

# **Ergotherapie in der Pflegeoase im Seniorenpark Alztal Garching a. d. Alz**

Die Pflegeoase in unserem Seniorenheim besteht nunmehr seit sieben Jahren. Während anfangs acht Bewohner dort untergebracht waren, ist die Anzahl aufgrund der räumlichen Bedingungen auf sieben Bewohner – im Augenblick sechs Frauen und ein Mann – reduziert worden.

Zwei der Bewohner können im Rollstuhl sitzen, alleine essen und trinken, und sich bei gutem AZ über kurze Strecken allein fortbewegen. Die anderen fünf Bewohner sind schwerstpflegebedürftig. Diese Menschen sind überwiegend bettlägerig, können aber in den Pflegestuhl mobilisiert werden. Die Ergotherapie begegnet hier Immobilität, geringer Eigenaktivität und stark eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten. Notwendige Informationen für die Therapie finden sich

- in den Stammdaten aus der Dokumentation
- im Biografischen Hintergrund

Ausschlaggebend bei der Auswahl der Therapiemaßnahmen ist ein klares Bild von der Tagesverfassung der einzelnen Bewohner durch

- Informationen vom Pflegepersonal über die aktuelle Befindlichkeit / AZ
- Beobachtungen vor Behandlungsbeginn (Verhalten, Reaktionen auf die Umgebung)
- Intuition und Bauchgefühl

## **Grundlagen der Therapie**

### **1. Vorhandene Ressourcen erhalten und fördern**

Die Definition Ressource in Bezug auf Bewohner der Pflegeoase benötigt eine angepasste Erwartungshaltung. So gilt bei einem bettlägerigen Mensch z.B. schon die Fähigkeit, die Bettdecke festzuhalten, Blickkontakt aufzunehmen, eine Kopfdrehung oder die Bewegung der Fußspitze als Reaktion auf Musik, als beachtenswert. Viele der verbliebenen vorhandenen Fähigkeiten sind eher mit denen von kleinen Kindern vergleichbar.

- Neugier (das Alltagsgeschehen beobachten, Schachteln öffnen und hineinsehen, Gegenstände untersuchen...)
- Reaktionsvermögen (z.B. einen rollenden Ball aufhalten, Kopfdrehung bei Geräuschen, Aufnahme von Blickkontakt...)
- Koordination der Muskelkraft in Teilbereichen, z.B. Gegenstände ergreifen und halten
- Selbständig trinken oder essen
- Gebrauch des Tastsinns (z.T. auch oral)
- Fähigkeit zu singen, sprechen, beten oder lautieren
- Situationsverständnis, z.B. Lachen bei Situationskomik etc.

Ein schwerstpflegebedürftiger Mensch vermittelt, oberflächlich gesehen, oft den Eindruck, über keinerlei Fähigkeiten mehr zu verfügen. Passivität kann evtl. auch die Reaktion auf den „Pflegealltag“ sein, wo oft nicht genug Zeit bleibt, um den Bewohner aktiv handeln zu lassen. Bewohner, die noch mobilisiert werden und im Pflegestuhl sitzen können, haben mitunter Ressourcen, die verkümmern, weil diese kaum gefordert werden, z.B. sich beim Waschen oder Anziehen selbst aktiv einzubringen, etwas festhalten, selbständig trinken oder essen etc. Ein Bewohner, der „nur“ passiv an Aktivitäten teilnimmt, wie z.B. Kuchen backen, kann im Rahmen seiner Möglichkeiten (beobachten, Teig probieren oder einen Löffel halten) trotzdem als aktiv teilnehmend angesehen werden. Durch geführte Bewegungen können evtl. alte Handlungsmuster wieder in Erinnerung gebracht und neu aktiviert werden.

Es ist Aufgabe des Therapeuten durch sensible Beobachtungen geeignete Maßnahmen zu finden, welche die gesunden Anteile ansprechen. Damit wird erreicht, dass die Bewohner ihre Selbstwirksamkeit wieder erleben und die Hilflosigkeit, wenigstens für einen Moment, vergessen können. Hier ist vom Therapeuten auch die Fähigkeit zum intuitiven Handeln und der Mut zu experimentieren gefordert. Das stille Beobachten eines Bewohners, das nicht wie „Arbeit“ aussieht, ist ebenfalls von großer Wichtigkeit.

## **2. Empathisches Handeln**

Definition Empathie (lt. Duden): Die Bereitschaft und Fähigkeit sich in die Einstellung anderer Menschen einzufühlen.

Kann ich mir vorstellen...

- Habe ich am eigenen Körper erlebt wie es ist, wenn ich mich nicht frei bewegen kann und auf fremde Hilfe angewiesen bin, z.B. nach Unfall, bei Krankheit?
- Wie geht es mir, wenn ich mein Essen nicht selbst essen oder nicht schmecken kann, wenn der Schluckvorgang schmerzt oder nicht richtig funktioniert, wie z.B. bei einer Grippe?
- Weiß ich, wie es ist, wenn ich mich nicht verständlich machen kann oder mein Gegenüber mich nicht versteht?
- Kenne ich das Gefühl desorientiert zu sein?
- Wie fühle ich mich, wenn ich unter starken Schmerzen leide, wenn ich mich fürchte oder stundelang ohne Ansprache im Bett liege und mich einsam fühle?
- Wie geht es mir, wenn ich kalte Füße habe oder schwitze, und nichts dagegen tun kann?
- Wie fühlt es sich an, wenn fremde Menschen sich mir nähern, mich berühren, etwas von mir fordern und ich mich nicht entziehen / wehren kann?
- Kann ich mir vorstellen, wie sich die Einnahme vieler Medikamente auf mein Befinden auswirken würde?
- Was wünsche ich mir in diesem Zustand? Was würde mir gut tun?

## Wie sieht empathisches Handeln in der Praxis aus?

- Initialbegrüßung - den Bewohner informieren: wie ich heiße, wer ich bin und was ich tun werde – jedes Mal aufs Neue!
- Achtsame und respektvolle Zuwendung
- Dem Bewohner 100%ige Aufmerksamkeit schenken
- Unterbrechungen / Gespräche mit anderen Personen während der Behandlung vermeiden
- An die Befindlichkeit des Bewohners angepasste Maßnahmen
- Auf Impulse vom Bewohner und die aktuelle Situation eingehen
- Echte Wertschätzung und Lob geben

## 3. Non-Verbale Kommunikation

Der Anteil des gesprochenen Worts wird häufig überschätzt. Wir gehen davon aus, dass wir zu 70% auf verbaler Ebene kommunizieren, und uns nur zu 30% mittels Gestik und Mimik austauschen.

Die Wirklichkeit sieht allerdings ganz anders aus:

Das gesprochene Wort macht gerade **7%** der zwischenmenschlichen Kommunikation aus. **93%** der Verständigung laufen hingegen im nonverbalen Bereich. Dies bedeutet, dass es neben dem Inhalt ganz entscheidend darauf ankommt, **wie** etwas ausgedrückt wird.

Wenn Kommunikation weitgehend nonverbal über Mimik, Gestik, Körperhaltung und Lautieren, aber auch über körperliche Vorgänge wie Veränderung der Atemfrequenz, Augenbewegungen (z.B. Objektverfolgung, schließen oder öffnen der Augen), Ausscheidung von Harn und Stuhlgang, sowie vegetative Symptome (z. B. Erröten, Frieren, Schwitzen, Pupillengröße), funktioniert, dann muss es möglich sein durch genaue Beobachtung die Bedürfnisse des schwerstpflegebedürftigen Menschen zu erkennen, zu verstehen und darauf einzugehen, vorausgesetzt man kann diese Zeichen deuten.

## 4. Situative Orientierung

Impulse aus dem Alltag in die Therapie zu integrieren ist ein Weg, dem Bewohner bzw. seinen Bedürfnissen gerecht zu werden. Kalte Füße zum Beispiel können massiert werden. Bei schönem Wetter können die Bewohner auf der Terrasse sitzen und Sonne und Wind spüren. Eine Gesichtsmassage vor den Mahlzeiten kann die Nahrungsaufnahme erleichtern. Gezieltes Esstraining hilft dem Bewohner wieder Selbstwirksamkeit erleben zu lassen. Die basale Stimulation im Sinne von oraler Stimulation während einer Mahlzeit gibt dem Bewohner die Möglichkeit, das Essen zu genießen und ein Handbad nach den Mahlzeiten ist eine schöne Art saubere Hände zu bekommen. Wenn der Tagesverlauf bei der Therapie berücksichtigt wird, kann dem Bewohner damit zusätzlich Sicherheit gegeben werden, da er sich leichter orientieren kann. Obendrein wird durch den Zeitgewinn, den ein solches Vorgehen mit sich bringt, die Pflege entlastet.

## Anpassung therapeutischer Absichten an die Bedürfnisse der Bewohner

Die Bewohner der Pflegeeaso leiden häufig unter ihrer Demenz, Schmerzen, Schluckbeschwerden, Immobilität von unterschiedlicher Intensität, Desorientiertheit, Schwerhörigkeit, „Sprachlosigkeit“ etc. Die Frage ist: Welche Bedürfnisse haben diese Menschen (noch)? Da sie sich nicht mehr mitteilen können und wir auf unsere Beobachtungen angewiesen sind, haben sich im Laufe der Zeit folgende Ziele ergeben:

- Zuwendung / menschliche Nähe
- Verständnis / Annahme
- Geborgenheit / Sicherheit
- Selbstwahrnehmung
- Linderung von Schmerzen / Entspannung
- Sinnlicher Genuss
- Teilnahme am Alltag oder Ruhe /Rückzug
- Selbstwirksamkeit
- Lebens-Freude

## **Therapeutische Zielsetzung**

Die Bewohner der Pflegeoase befinden sich im letzten Lebensabschnitt. Hinzu kommen häufig zusätzliche Krankheitsbilder, die Verbesserung des Allgemeinzustands ist eher die Ausnahme. Die Vitalität nimmt unterschiedlich schnell ab, manchmal besteht ein Zustand unverändert über viele Jahre. Was soll unter diesen Umständen durch eine Therapie erreicht werden? Welche Reaktionen sollen bzw. können ausgelöst werden? Wie sind die Ziele in Einklang mit den Bedürfnissen des Bewohners zu bringen? Welche Ziele könnten das Hauptanliegen, dem Bewohner das Lebensende so angenehm wie möglich zu gestalten, unterstützen?

- Vermitteln von Sicherheit und Geborgenheit z.B. durch langsames und behutsames Vorgehen und begleitendes Sprechen
- Schmerzlinderung durch Entspannungsmethoden (soweit wie möglich)
- Verbesserung der Eigenwahrnehmung durch Körperarbeit
- Stimmungsaufhellung durch Handpuppe, Gespräch, Musik...
- Förderung sozialer Kontakte durch Nutzung und Gestaltung des Alltagsgeschehens
- Ermöglichen von Selbstbestimmung durch Beachten der Reaktionen
- Wohlgefühl und Lebensfreude

## **Maßnahmen der Ergotherapie**

Durch Bewegungsmangel (langes Liegen im Bett oder Sitzen im Pflegestuhl) verliert der Bewohner sein Körpergefühl, die Umrisse und Grenzen seines Körpers verschwimmen und können nicht mehr deutlich wahrgenommen werden. Dieser Umstand zeigt, wie wichtig es ist, die einzelnen Wahrnehmungskanäle zu stimulieren, und somit dem Bewohner wieder ein Körpergefühl zu vermitteln. Zusätzlich kann hierbei auch das Gefühl von Geborgenheit und des Angenommen Seins vermittelt werden. Aus diesem Grund kommt sehr häufig die basale Stimulation zur Anwendung.

### **1. Basale Stimulation**

(von lat. basal = grundlegend und voraussetzungslos und stimulatio = Anreiz, Anregung, kein Be-reizen!) bedeutet die Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche und die Anregung primärer Körper- und Bewegungserfahrungen, sowie Angebote zur Herausbildung einer individuellen non-verbalen Mitteilungsform (Kommunikation) bei Menschen, deren Eigenaktivität auf Grund ihrer mangelnden Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ist und deren Fähigkeit zur Wahrnehmung und

Kommunikation erheblich beeinträchtigt ist, wie dies in der Pflegephase der Fall ist. Mit einfachsten Möglichkeiten wird dabei versucht, den Kontakt zu diesen Menschen aufzunehmen, um ihnen den Zugang zu ihrer Umgebung und ihren Mitmenschen zu ermöglichen und Lebensqualität zu erfahren.

Die Basale Stimulation wurde von Prof. Andreas D. Fröhlich ab 1975 im Rahmen eines Schulversuches entwickelt, veröffentlicht und ist heute als Begriff markenrechtlich geschützt. Sie versteht sich ausdrücklich als pädagogisches Konzept und nicht als therapeutische Technik. Während Fröhlich das Konzept für den Bereich der Sonderpädagogik entwickelte, wurde das Konzept von Christel Bienstein in Zusammenarbeit mit Fröhlich in den Bereich der Pflege übertragen.

### **Taktile Stimulation**

Rezeptoren der Haut liefern Empfindungen, die dem Tast-, Temperatur- und Schmerzsinne zugeordnet werden. Die Art und Weise, wie taktile Stimulation durch Materialien angeboten wird, bestimmt, wie gut der Bewohner die Reize aufnehmen und genießen kann. Deshalb sollte der Therapeut in der Lage sein, dies den individuellen Bedürfnissen und Umständen anzupassen.

- Initialberührung – ein sich wiederholender taktiler Reiz, um Anfang und Ende einer Behandlung kenntlich zu machen
- Massagen – Ganzkörper- oder Teilmassagen (kann gut mit Aromatherapie kombiniert werden / taktile Abwehrreaktionen beachten!!!)
- Streicheln – einzelne Körperteile, Rücken, Hände, Füße. Vorsicht bei Kopf und Bauch, dies sind sehr intime Körperzonen
- Tastangebote – unterschiedliche Materialien wie Tastsäckchen, Fühlschnur, Tiere, Einsatz von Temperaturunterschieden z.B. mit erwärmten und kühlen Steinen, natürliches Material wie Sand, Erde (mobiles Hochbett) etc. Hierbei muss darauf geachtet werden, dass die Bewohner das Material nicht in den Mund nehmen oder verschlucken!
- Vollbäder, Hand- oder Fußbad
- Atembehandlung – durch Auflegen der Hände z.B. auf Schulter, Rücken, Bauch, Füße...
- Körperkontakt – die Hand halten, den Bewohner in den Arm nehmen oder den eigenen Körper berühren lassen, wenn dieser Impuls spürbar ist. Dabei eigene und fremde Abwehrreaktionen beachten!
- Kitzeln – kann dosiert eingesetzt werden, um Reaktionen zu provozieren

### **Vibratorische (Tiefensensible) Stimulation**

Vibratorische Anregungen reizen besonders die im Körperinneren liegenden Druckrezeptoren und fördern so die Eigenwahrnehmung.

- Traktionsübungen ( Einsatz von Zug- und/oder Druckübungen bei Bewohnern, die sich mit hohem Kraftaufwand festhalten können)
- Abklopfen des Körpers in verschiedener Intensität
- Passives Durchbewegen als Kontrakturprophylaxe und zur Stimulation der Eigenwahrnehmung

## **Vestibuläre Stimulation**

- Lageveränderung im Bett, z.B. durch Aufrichten, Seitenwechsel oder sanftes Hin- und Herschaukeln
- Fahren im Pflegestuhl
- Wasserbett

## **Auditive Stimulation**

Das Ohr liefert die akustische Wahrnehmung der averbalen Anteile des Sprechens, wie Stimmfärbung, Tonhöhe usw. Es ist sehr wichtig einen Bewohner vor der Behandlung zu begrüßen und das beabsichtigte Vorgehen zu beschreiben, dabei langsam zu sprechen und einfache Worte zu benutzen. Ebenso wichtig ist es, das Ende der Therapie anzukündigen und sich wieder zu verabschieden.

- Gezielter Einsatz der eigenen Stimme, beruhigend oder motivierend sprechen, vorlesen, erzählen etc.
- Musik (optimaler Weise zur Biografie passend, Vorlieben einbeziehen), etwas vorsingen, CD abspielen
- Instrumente (Tao Leier, Klangbaum, Flöte, Gitarre, Klavier), Klangspiele

## **Olfaktorische Stimulation**

Der Geruchssinn bestimmt z. B. ob man „jemanden riechen kann“. Ebenso können Gerüche Erinnerungen auslösen. Bei Stimulation der olfaktorischen Wahrnehmung sollte, wenn möglich, der biografische Hintergrund beachtet werden, um zu vermeiden, dass durch Gerüche negative Reaktionen ausgelöst werden. Oft sind hier Informationen von Angehörigen und Pflegepersonal hilfreich.

- Ätherische Öle (Aromatherapie) können gezielt bei körperlichen Beschwerden eingesetzt werden, z.B. schleimlösende Wirkstoffe bei Erkältung oder den Duft von Zitrusfrüchten zur Stimmungsaufhellung
- Cremes oder Parfums
- Material aus der Natur (Blumen, Moos, Heu, nasse Erde...)
- Gewürze – z.B. an Pfeffer riechen, um Niesen auszulösen
- Backen, Kaffee kochen etc.

## **Gustatorische Stimulation**

Kau- und Schluckbewegungen sind sehr wichtig für den Menschen. Der Mund gehört zu unseren sensibelsten Bereichen. Durch seine Verbindung zur Nase können die Riechnerven und der Geschmackssinn mitgereizt werden. Diese Regionen gehören zu den wahrnehmungsstärksten Körperzonen von uns Menschen.

Da die Nahrungsaufnahme von den Bewohnern meist nicht mehr selbständig durchgeführt werden kann, und so die „momentanen Gelüste“ nicht selbst befriedigt werden können, ermöglicht diese Form der Stimulation mundmotorische und geschmackliche Reize,

welche die Eigenwahrnehmung intensiv anspricht. Vorsicht bei Schluckstörungen – hier die Nahrungsmittel in Kompressen geben!

- Anbieten verschiedener Speisen in passender Form, geschmackliche Kontraste süß-sauer, warm-kalt, flüssig-fest
- In Anlehnung an die persönliche Biografie besondere Vorlieben beachten!

### **Visuelle Stimulation**

Vor allem ein Angebot für Bewohner, die durch Eigenaktivität zeigen, dass sie diesen Wahrnehmungskanal nutzen, d.h. sie beobachten das Geschehen und betrachten auch Materialien eingehend.

- Bilder, Fotos und Zeitschriften ansehen, Personen und das Geschehen beobachten
- Jahreszeitlicher Einsatz von natürlichen Materialien wie Blumen, Herbstblätter, Kastanien, Schneeball etc.
- Einsatz von Lichtprojektoren oder Mobiles
- Die Natur betrachten, entweder am Fenster sitzen oder nach draußen gehen

## **2. Biografiearbeit**

Jeder Bewohner bringt seine persönliche Geschichte mit. Die Generation, die in der Pflegeoase betreut wird, hat Krieg, Vertreibung und andere Schicksalsschläge erlitten, was unwiderruflich im Langzeitgedächtnis verankert ist und das Verhalten beeinflusst. Dementsprechend sind therapeutische Maßnahmen mit Vorsicht einzusetzen. Die enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist hier sehr wichtig. Von ihnen erhält der Therapeut wichtige Informationen, die für Behandlungen relevant sind:

- Vorlieben für Pflanzen, Blumen, Tiere, Musik, Nahrungsmittel, Kleidung, Körperpflege, Technik, Literatur etc.
- bestimmte Rituale und Lebensgewohnheiten wie Struktur des Tagesablaufs, Hobbys, Kirchgänge, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, Ehrenamt etc.
- Schicksalsschläge (Unfälle, Tod v. Angehörigen, unerfüllter Kinderwunsch etc.)
- Familienverhältnisse
- Besondere Freundschaften
- Persönliche Eigenheiten

## **3. Aktivitäten des Alltags**

Kuchen backen, Tisch abwischen, Therapiemittelkorb aufräumen, Wolle aufwickeln, Pflanzen pflegen (z.B. welke Blätter abzupfen) etc. sind Aktivitäten, die sich häufig aus der Situation heraus ergeben. Gemäß dem Ansatz von Maria Montessorie gilt hier: **Hilf mir es selbst zu tun!**

Der Therapeut ist hier gefordert sämtliche Tätigkeiten zu analysieren und den Bewohnern Teilaufgaben zu übertragen, die sie, allein oder mit Hilfestellung, bewältigen können, um so das Gefühl von Selbstwirksamkeit zu spüren. Es gibt aktive und passive Teilnahme. Viele Bewohner scheinen schon allein vom Zusehen zu profitieren.

Da sie nicht mehr in der Lage sind selbständig zu handeln, ist die passive Teilnahme die aktivste Form, zu der sie in der Lage sind. Der Therapeut muss lernen zu erkennen, wann ein Bewohner eine passive Phase hat und dies respektieren, anstatt mit allen Mitteln eine Mitarbeit erreichen zu wollen. Es ist wichtig immer wieder zu überprüfen, ob die Anforderungen adäquat sind und den Bewohner weder über- noch unterfordern.

#### **4. Soziale Kontakte**

Ein schwerstpflegebedürftiger Bewohner hat keinen Zugang mehr zu alltäglichen Informationen. Er kann die Zeitung nicht mehr lesen oder über den Gartenzaun mit dem Nachbarn Neuigkeiten austauschen. Deshalb sind Gespräche über das Tagesgeschehen, Neuigkeiten im Haus oder in der Stadt, die Natur, das Wetter usw. oft sehr willkommen und können die kognitiven Fähigkeiten stimulieren. Das Zusammensitzen mit anderen Bewohnern oder Angehörigen am Tisch ist ebenfalls eine Gelegenheit für sozialen Austausch.

#### **5. Bewegungstraining / Mobilisation**

Immobilität und Kontrakturen sind bei Schwerstpflegebedürftigen häufig anzutreffen. Die passive Bewegung der Gelenke dient, neben einer Verbesserung der Beweglichkeit, auch dem Zweck der basalen Stimulation im Sinne der tiefensensiblen Reizsetzung. Dabei ist oft zu beobachten, dass rechte und linke Körperhälfte ein unterschiedliches Bewegungsausmaß und Schmerzgrenzen aufweisen. Mit entsprechenden Methoden (beruhigende Ansprache, sanftes Streicheln, Vibrationen oder Wärme durch Teilbäder / Wärmflasche) kann die notwendige Entspannung vor der Behandlung bewirkt werden.

Mobilisation im Sinne von Lageveränderung (z.B. aus dem Bett in den Pflegestuhl) kann dem Bewohner helfen einen Tagesrhythmus zu entwickeln. Auch wenn er im Bett liegt und von dort aus alles hören kann, so ist er im Pflegestuhl doch ganz nah an der Alltagssituation, was sich positiv auf den AZ auswirken kann.

#### **6. Arbeit mit Angehörigen**

Die Anleitung von Angehörigen, die oft hilflos am Bett der Bewohner stehen, nicht wissen, wie sie kommunizieren oder sich verhalten sollen, ist ein wertvoller Beitrag, den ein Therapeut leisten kann. Angehörige kennen den Bewohner aus „besseren Zeiten“ und haben oft große Probleme, den aktuellen Zustand und den stetigen Abbau der Fähigkeiten zu akzeptieren oder damit umzugehen. Trauer, Angst, Scham und Schuldgefühle, weil der Bewohner nicht zu Hause gepflegt wird, spielen häufig eine wichtige Rolle.

Ein Therapeut kann hier verständnisvoll, klärend und beruhigend zur Seite stehen, anleiten oder gemeinsam mit den Betroffenen Zeit beim Bewohner verbringen, um das Zusammensein zu erleichtern. Sie könnten z.B. auch in den Pflegeprozess mit einbezogen werden, indem man sie ermutigt zu helfen, wenn der Bewohner Mahlzeiten zu sich nimmt oder gebadet wird. Damit haben Angehörige das Gefühl etwas Sinnvolles zu tun und ihren Beitrag zu leisten, was für alle Beteiligten positive Auswirkungen haben kann. Hier sollte allerdings darauf geachtet werden, ob sich Angehörige für die Übernahme von helfenden Tätigkeiten eignen und wie der Bewohner darauf reagiert.

## **Reaktionen auf die Therapie**

Da Bewohner in der Pflegeoase häufig nicht mehr in der Lage sind ihren Empfindungen Ausdruck zu verleihen, fehlt einem Therapeuten oft ein Feedback, um zu wissen, ob die Behandlung als angenehm empfunden wurde. Hier sind wieder Kenntnisse in der nonverbalen Kommunikation hilfreich und angebracht, da auf diese Weise die Reaktionen erkannt und gedeutet werden können. Dabei muss unterschieden werden, ob eine Maßnahme aktivierend oder beruhigend wirken soll.

Mögliche Reaktionen der Bewohner auf eine ergotherapeutische Behandlung:

- Lächeln
- Aktiv werden, lautieren oder still werden
- Blickkontakt, vermehrte Augenbewegungen oder Lidschluss
- Sichtbarer Entspannungszustand (Mimik, Gähnen, einsetzender Schlaf...)
- Aktive Mundmotorik (Zungenbewegungen, Schmatzen...)
- Regelmäßige, tiefere oder schnellere Atmung
- Einsetzende Körperbewegungen oder zur Ruhe kommen