

Überlastungssyndromen begegnen

Therapiekonzept: Selbstwirksam ohne Schmerz (SOS) Repetitive Belastungen, ungünstige Körperhaltungen, Stress oder psychosoziale Belastungen bei der Arbeit können zu Schmerzen in Nacken, Schultern, Armen und Händen führen – den sogenannten Überlastungssyndromen. Das ergotherapeutische Konzept „Selbstwirksam ohne Schmerz (SOS)“ leitet in diesem Fall durch den rehabilitativen Prozess.

Wer im Job viel am Computer arbeitet, dabei eine ungünstige Haltung einnimmt und stark unter Druck steht, ist gefährdet, Überlastungssyndrome zu entwickeln. Aber auch bei Menschen, die nicht am Computer arbeiten, wie Landschaftsgärtnerinnen, Köche oder Friseurinnen, können sich Schmerzen im Nacken, in den Schultern, Armen und Händen entwickeln. In den letzten Jahren hat die Zahl dieser Work Related Upper Extremity Disorders (WRUED) in den westlichen Ländern stark zugenommen [1, 2]. Dies erlebten wir auch in der Praxis. In der Schweiz sind laut Bundesamt für Statistik Schmerzen in Nacken, Schulter und Armen der dritthäufigste Grund, warum Personen der Arbeit fernbleiben – Tendenz steigend. Bei Personen mit Schmerzen ist die große Herausforderung für alle Health Care Professionals weltweit, frühzeitig zu reagieren und mit allen Mitteln eine Chronifizierung zu verhindern [3].

In der Literatur gibt es noch keinen Standard von evidenten Therapiemethoden und präzisen Assessments, die bei WRUED nachhaltig wirksam sind. Es gibt diverse Ansätze von Evidenz, zum Teil aber auch zahlreiche widersprüchliche Informationen. In den letzten Jahren zeichnete sich trotzdem ein klarer wissenschaftlicher Trend ab, dass diese Belastungsproblematiken nicht rein physisch gelöst werden können. Die Literatur weist darauf hin, dass physische Belastungen (repetitive und kumulative Bewegungen bei ungünstiger Haltung) oft erst in Zusammenhang mit psychosozialen Faktoren (Fehlen von sozialem Support, Stress, Zeitdruck, wenig Empathie des Vorgesetzten) und/oder arbeitsorganisatorischen Belastungen zu Problemen führen [1, 4]. Somit ist die Arbeitssituation häufig Auslöser oder verstärkender Trigger der muskuloskelettalen Probleme.

In der Ergotherapie braucht es somit neben den physiologischen Ansätzen ein Miteinbeziehen von psychosozialen und arbeitsorganisatorischen Aspekten. Bereits beim Assessment wie auch bei der Behandlung ist es wichtig, diese Klient*innen in ihrer gesamten Komplexität zu erfassen, um dann gezielt bei Bedarf auch weitere Disziplinen hinzuzuziehen und eine interdisziplinäre Behandlung zu initiieren [4–6].

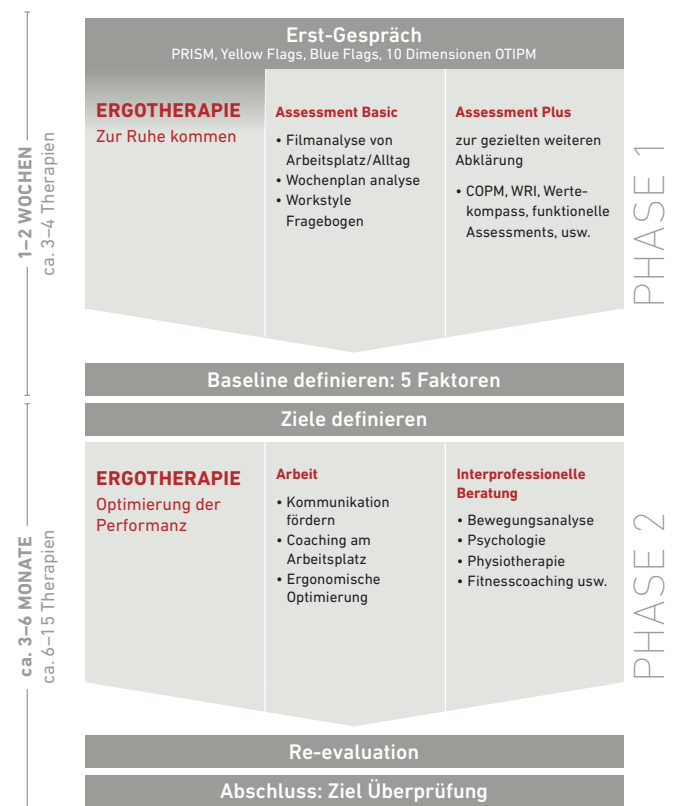


ABB. Das SOS-Konzept im Überblick

Krankheitsbild WRUED → „Belastungen/Überlastungen“ sind in der Literatur etwas kontrovers definiert; es gibt diverse Überbegriffe/ Sammelbegriffe („umbrella terms“) wie Repetitive Strain Injury (RSI) (ein älterer Begriff), Cumulated Trauma Disorders (CTD) (ein älterer Begriff, der vor allem in Amerika bekannt ist), Occupational

[SOS]

Selbstwirksam ohne Schmerz

Nachhaltiges Konzept bei Work related upper extremity disorders



Quelle: J. Casas [rerif]

Cervicobrachial Disorders, Occupational Overuse Syndrome (OOS), Upper Limb Disorders, Upper Limb Pain Syndromes oder Occupational Musculoskeletal Injury or Illness und noch weitere [7–9]. Unter diesen Überbegriffen/Sammelbegriffen werden heutzutage Muskel-, Sehnen-, Nerven-, Bursaprobleme, die durch Arbeit ausgelöst oder verschlimmert werden, gezählt. Diese können sowohl durch spezifische Diagnosen benannt sein als auch anhand von unspezifischen Schmerzen diagnostiziert werden. Zu den spezifischen Diagnosen gehören Carpal Tunnel Syndrome (CTS), periphere Tendinopathien, Tendosynovitis (De Quervain), Tendovaginitis (Sehnenscheidenentzündungen), Trigger-Finger, Ganglion und weitere muskuloskelettale Beschwerden [8–10].

Wie erkenne ich als Ergotherapeutin diese Klient*innen? Die Diagnosestellung ist häufig diffus, und es werden kaum die Überbegriffe/Sammelbegriffe (RSI, CTD, WRUED, OOS etc.) benannt oder diagnostiziert, sondern die spezifischen Diagnosen oder unspezifische Schmerzen. Aus unserer Erfahrung heraus gibt es zudem verschiedene „Gruppen“ von Klient*innen mit WRUED:

→ **Gruppe 1:** Klient*innen leiden seit kurzem an massiven akuten Schmerzen an der oberen Extremität, die entsprechende Stelle ist gerötet, geschwollen, sie machen sich große Sorgen, sind gestresst, möchten sofort einen Termin vereinbaren, haben aber einen übervollen Terminkalender. Als Ergotherapeutin erkenne ich bereits am Telefon den Stress und die arbeitsorganisatorischen Herausforderungen.

→ **Gruppe 2:** Klient*innen leiden seit ein paar Wochen/Monaten unter langsam beginnenden Schmerzen. Die stetig steigenden Schmerzen bewirken, dass sie immer eingeschränkter sind und nach weiteren Lösungen als nur Krankschreiben und Ruhigstellen oder Cortisonspritzen suchen. Diese Betroffenen wirken vorübergehend weniger gestresst, geben bei genauerem Nachfragen aber einen hohen Leidensdruck an.

→ **Gruppe 3:** Klient*innen leiden zum wiederholten Mal unter einer eher chronischen Schmerzproblematik. Sie haben vieles ausprobiert, doch nichts hat nachhaltig geholfen. Sie wirken resigniert, verzweifelt. Häufig ist die psychosoziale Umgebung (privat und Arbeit) bereits sehr angespannt.

SOS-Konzept → Das ergotherapeutische Programm „Selbstwirksam ohne Schmerz (SOS)“ leitet Therapeut*innen bei Klient*innen mit Überlastungsproblematiken durch den rehabilitativen Prozess. Es wurde während der letzten fünf Jahre zusammen mit dem reha-punkt Kompetenzzentrum für Ergotherapie, Neurorehabilitation und Berufliche Integration in Bern, Schweiz, entwickelt. Es basiert auf Evidenz, beinhaltet zwei Phasen und fünf Kriterien (👁 ABB.).

Die erste Phase folgt dem Ziel, „zur Ruhe“ zu kommen, und einer parallel verlaufenden tiefen Analyse der Gesamtsituation. Die fünf Faktoren (materielle Umgebungsfaktoren, Verhalten, physische Belastbarkeit, Arbeitsorganisation und emotionale Faktoren) am Ende der ersten Phase helfen, einen Überblick über die Komplexität

der Situation der Klient*innen zu erhalten. Die Ziele werden erst nach der Analyse der fünf Faktoren gemeinsam mit den Klient*innen und Klienten definiert und leiten die zweite Phase. Meist geht es dabei um Adaptieren, Umlernen und einen gezielten Belastungsaufbau. Unsere therapeutische Haltung basiert auf Empowerment und Selbstwirksamkeit, damit die Betroffenen sich an all ihren Erfolgen bewusst freuen.

Empowerment und Selbstwirksamkeit

→ Der Sozialwissenschaftler Herriger beschreibt Empowerment als eine Haltung und Vorgehensweise, die Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken und Ressourcen ermutigt und ihnen dabei Hilfestellungen bei der Aneignung von Selbstbestimmung, Gestaltungsvermögen und Lebensautonomie vermittelt [11]. Empowerment wird teilweise auch als Selbstkompetenz ins Deutsche übersetzt.

Mit unserem Empowerment-Konzept verfolgen wir den Ansatz, die Klient*innen zu befähigen, sowohl im Kontext der Schmerzproblematik als auch im Kontext der belasteten Arbeits- und Lebenssituation Lösungsansätze und Strategien zu erkennen und umzusetzen. Ziel ist es, dass sie sich aus der Opferrolle (Schmerzen, Leiden, ungerecht behandelt fühlen, unter Druck stehen) befreien

”

Mit dem SOS-Konzept ist es möglich, Chronifizierungen entgegenzuwirken.

können, mutig Verantwortung für ihren Weg übernehmen und selbstkompetent an Veränderungen arbeiten.

Selbstwirksamkeit wird von Bandura beschrieben als die subjektive Überzeugung, dass eine Verhaltensänderung durch das Anwenden eigener Strategien erreicht werden kann [12]. Klient*innen drehen sich oft vor lauter Stress, Schmerz und Belastungen im Kreis und sehen keine Möglichkeiten einer eigenen Veränderung.

Nach einem Top-down-Assessment, um die Komplexität und den persönlichen Leidensdruck der Klient*innen zu erfassen, beginnen wir gerne mit dem Fokus auf die Frage: Was tut Ihnen gut? In diesem Zuge setzen wir ein oder zwei Mini-Aktivitäten in der Therapie um (ERGOPRAXIS 9/19, S. 16) – mit dem Ziel, dass die Klient*innen eine direkte positive Wirkung erleben [13]. Dies soll ihre subjektive Überzeugung stärken, dass sie selbst durch ihr Verhalten bzw. ihr Handeln etwas verändern können. Mit Empowerment geht es dann darum, dass die Klient*innen selbstkompetent ein optimiertes Selbstmanagement im Alltag umsetzen. Selbstmanagement besteht laut Ellis et al. aus der Verbesserung der Selbst-

1



Quelle: Jr Casas [rerif]

wirksamkeitserwartung und im Erlangen eines positiven Gesundheitsverhaltens [14].

Zwei Phasen des Konzepts → Das SOS hat zwei Phasen. Die erste Phase dauert rund 10 Tage, damit die überlasteten Strukturen ausheilen können. Die zweite Phase dauert zwischen 3–6 Monate, damit ein Umlernen nachhaltig zur Gewohnheit werden kann.

Das übergeordnete Ziel von Phase 1 ist, zur Ruhe zu kommen und den Alltag sowie die Arbeitssituation zu analysieren. Je nach Stress- und Schmerzlevel der Klient*innen beginnen wir die Therapie sofort (in der ersten Therapiestunde, nach einem kurzen Erstgespräch) und nutzen parallel weitere Assessments.

1. Phase, Schritt 1: Das Erstgespräch

→ Im Erstgespräch verwenden wir das Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM, www.prismium.ch), um den momentanen Leidensdruck, mögliche Ressourcen und Stressoren der Klient*innen zu erfassen. Zudem erheben wir die 10 Dimensionen des Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) sowie die Yellow und Blue Flags (psychosoziale und arbeitsspezifische Risikofaktoren für eine Chronifizierung, siehe Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL), www.leitlinien.de).

1. Phase, weitere Assessments:

- Im Verlauf der ersten Phase führen wir zudem eine Tätigkeitsanalyse von gezielten Aktivitäten, die Schmerzen bereiten, mittels Videoanalyse durch (Arbeiten am Computer, Essenzubereiten, Schlafen, Fahrradfahren etc.). Die Klient*innen filmen sich selbst beim Tun im privaten Setting. In der Therapie führen wir die Analyse des Videos mit definierten Kriterien durch.
- Wir analysieren mit Klient*innen ihren Wochenplan (Alltagsmanagement) bezüglich ihrer Betätigungsbalance.
- Den Arbeitsplatz erfassen wir mittels des Fragebogens „Workstyle“ (Broger et al. 2022) und mit spezifischen Fragen aus dem Worker Role Interview (WRI) (www.moho.uic.edu) sowie den Blue und Black Flags (www.leitlinien.de).

1. Phase, Therapie:

→ In der Therapie betrachten wir mit den Klient*innen diverse Techniken, wie sie selbst zur Ruhe kommen können, sei es über Faszienübungen, Taping, physikalische Anwendungen wie Wärme und Kälte und mentale Ansätze wie die „Acceptance und Commitment Therapy (ACT)“ oder einfache Atemübungen. Wir verwenden den Mini-AktivitätenAnsatz, um die Resilienz zu stärken [13]. Das Hormon Oxytocin triggern wir mit gezielten Tätigkeiten, damit überlastete Strukturen besser ausheilen können [15].

Zielsetzung und Problemanalyse → Nach etwa 10 Tagen (wenn die Entzündungszeichen rückgängig sind und die Schmerzen deutlich abgenommen haben) – am Ende der ersten Phase – haben wir ein umfassendes Bild der komplexen Situation.

Diese wird mit Hilfe der fünf Faktoren (materielle Umgebungsfaktoren, Verhalten, physische Belastbarkeit, Arbeitsorganisation, emotionale Faktoren) aufgezeigt. Darauf basierend werden mögliche Ansätze und individuelle nachhaltige Ziele mit den Klient*innen besprochen.

2. Phase, Therapie:

→ In dieser Phase leiten uns die Ziele der Klient*innen. Häufige Themen sind gezielte Veränderung der Performanz, der Körperhaltung, Belastungsaufbau mittels Pacing, Veränderung der Occupational Balance mittels Tiny Habits [16] oder gezielte Stärkung der Resilienz. Wir arbeiten zudem viel über das Faszien-system: Es lässt die Betroffenen immer wieder physische und psychische Wow-Effekte erleben. Hier stärken wir mit gezielten Tätigkeiten sowohl das Dopamin- (Drive, Motivation) als auch das Serotoninsystem (sich „wertvoll“ fühlen) [15].

→ Je nach Problematik beziehen wir gezielt weitere Professionen wie Psycholog*innen, Bewegungsanalytiker*innen, Fitness-coaches, Ernährungsberater*innen etc. ein. Teilweise braucht es nur 1–2 Beratungen dieser weiteren Disziplinen und wir können daraus gewonnene Informationen und empfohlene Verhaltensveränderungen in der Ergotherapie einbeziehen respektive bei ihrer Umsetzung im Alltag unterstützen.

→ Wichtig ist, dass der Einbezug und die wohlwollende Kommunikation mit dem Arbeitsort gefördert und unterstützt wird. Dies ist je nach Wunsch der Klient*innen und der Größe und Firmenstruktur des Arbeitgebers sehr unterschiedlich. Bei großen Firmen gibt es betriebsinterne Coaches oder ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), mit denen Kontakt aufgenommen werden kann. Bei kleineren Unternehmen ist dies der direkte Vorgesetzte oder die Personalabteilung. Die Kommunikation sollte möglichst wertschätzend und behutsam ins Rollen gebracht werden, da dies häufig mit einer Angst vor Arbeitsplatzverlust belastet ist.

Fünf grundlegende Faktoren → Die fünf Faktoren des Konzepts basieren auf diverser Literatur [4] und wurden von uns selbst defi-

niert und zusammengestellt. Sie helfen dabei, die Komplexität der Situation der Klient*innen in der Ergotherapie zu erfassen, Probleme zu lokalisieren, und sie geben die Basis, um mögliche Veränderungsoptionen mit den Betroffenen zu besprechen.

1 materielle Umgebungsfaktoren

Darunter werden die Masse und Anpassungsmöglichkeiten der benutzten Gegenstände bei den belastenden Tätigkeiten erfasst, wie Höhe, Länge, Tiefe und Anpassungsmöglichkeiten von Tischen, Stühlen, Küchen, Autositzen, Fahrrädern etc. Anpassungen in diesem Bereich können zu schneller und nachhaltiger Reduktion der Beschwerden führen. Allerdings ist hier häufig die Kostenfrage die Herausforderung: Wer zahlt den neuen Stuhl oder den höhenverstellbaren Tisch? Diese Abklärungen wiederum brauchen Zeit und verhindern somit teilweise eine schnelle Lösung.

2 Verhalten

Hier erfassen wir, wie die Klient*innen ihre Tätigkeiten durchführen: Wie sitzt die Person auf dem Stuhl, wie benutzt sie Gegenstände, was sind ihre Gewohnheiten und Muster? Kurz: „Wie“ tut sie es? Das Verhalten, eigene Gewohnheiten und Muster zu verändern ist möglich, braucht aber Zeit und Engagement. Häufig liegt aber genau hier der Schlüssel zu einer nachhaltigen positiven Veränderung der Symptome (indem die repetitive Belastung verändert wird). Der neue Ansatz von Tiny Habits [16] gibt uns hier eine Möglichkeit, diese Verhaltensveränderungen lustvoller, effizienter und schneller anzugehen und Erfolge zu feiern. Wir erfassen diesen





Bereich mittels Videos, die die Klient*innen von ihren Tätigkeiten im gewohnten Umfeld machen. Wenn Videos nicht möglich sind, dann erhalten wir unsere Informationen durch Erzählungen und Imitationen der Betroffenen oder durch direkte Beobachtung der schmerzauslösenden Tätigkeiten.

3 physische Belastbarkeit

Darunter erfassen wir, wie „fit“ jemand ist. Sind die körperlichen Voraussetzungen gegeben, dass jemand z.B. 8 Stunden sitzen oder seine Tätigkeiten ausführen kann? Viele Menschen weisen zu wenig Rumpfstabilität für langes Sitzen oder Arbeiten in stehender Position auf, was zu suboptimaler Körperhaltung führt. Hier erfassen wir im Detail, wie viel Bewegung und Sport der Klient bzw. die Klientin im Alltag durchführt und ob die Person Sportaktivitäten eventuell kürzlich gestoppt oder das Sportverhalten verändert hat. Für eine detaillierte Abklärung ziehen wir bei Bedarf Physiotherapeut*innen hinzu. Häufig geht es darum, im Alltag mehr sportliche Betätigungen einzubauen.

4 Arbeitsorganisation

Kann und darf die Person sich selbst, zu Hause und bei der Arbeit organisieren? Bekommt sie den Handlungsspielraum von ihrem Arbeitgeber, sich selbst den Alltag zu strukturieren, bei Bedarf kurze Pausen einzulegen, den eigenen Ablauf der Tätigkeiten festzulegen? Gleichzeitig erfassen wir auch, ob sich die Person selbst organisieren kann. Dass Arbeitsorganisation wesentliche Auswirkung auf WRUED hat, wurde erst kürzlich wissenschaftlich basiert in der Literatur ergänzt. Über den Workstyle-Fragebogen [17] und den

Wochenplan erhalten wir dazu mehr Informationen. Wichtige Inhalte in der Therapie sind in diesem Bereich die Umsetzung von Occupational Balance und Alltagsmanagement.

5 emotionale Faktoren

Darunter erfassen wir momentane Stressoren im Leben der Klient*innen. Dabei fragen wir uns: Wie hoch ist der Leidensdruck der Person? Kann sie mit den Stressoren umgehen, hat sie genügend Ressourcen, sieht sie mögliche Perspektiven oder braucht sie ggf. zusätzlich Hilfe in Form von Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen etc.? Wichtig dabei ist, den Klient*innen den Zusammenhang zu erklären, dass der Körper unter Stress weniger gut die physischen verletzten Mikrostrukturen ausheilt. Dies kann über die Wirkmechanismen von Cortisol erklärt werden [15]. Zudem lässt sich zeigen, mit welchen Tätigkeiten Stress gezielt gesenkt werden kann. Weitere Stressoren und den momentanen Leidensdruck erfragen wir gezielt über das PRISM im Erstgespräch.

Strukturierter Prozess → Unsere Erfahrung hat zeigt, dass viele Klient*innen sehr froh sind, wenn wir die physiologischen Zusammenhänge von Stress, psychosozialer Belastungssituation und ihren physischen Schmerzen aufzeigen. Das konkrete Ausprobieren kurzer Mini-Aktivitäten, um sogleich die gute Wirkung zu spüren, hilft dabei, die Selbstwirksamkeit zu stärken.

Bezüglich konkreter Maßnahmen rund um den Arbeitsplatz braucht es Fingerspitzengefühl, da meist eine erhebliche Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes besteht. Gleichzeitig ist es erleichternd, wenn mit Arbeitgebern, Klient*innen, Angehörigen und Versicherungen unausgesprochene Erwartungen und Ängste





Quelle: Jr Casas [ref1]

Autorin



Barbara Aegler ist seit 1998 Ergotherapeutin, hat einen Abschluss im European Master of Science in OT und ist seit 2010 Inhaberin der Praxis für Handrehabilitation und Ergotherapie GmbH in Zürich. Zudem ist sie als externe Lehrbeauftragte an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW tätig. Kontakt: aegler@handrehabilitation.ch

Das Entwicklungsprojekt-Kernteam des SOS-Konzepts bestand aus: Barbara Aegler, Jacqueline Bürki und Nicole Brühlhart. Weitere Personen, die am Projekt mitgearbeitet haben, sind: Thomas Piller, Priska Stampfli, Irene Wiedmer, Yvonne Indermühle, Clara Eberhard und Chantal Wildhaber-Philips.

geklärt und ein möglicher Weg aufgezeigt und gemeinsam besprochen werden kann.

Das SOS-Konzept gibt uns einen strukturierten Prozess, indem es Klarheit vermittelt und unsere eigene Selbstwirksamkeit stärkt. Die zwei Phasen helfen uns, direkt mit der Intervention zu beginnen. Die fünf Faktoren unterstützen dabei, mehr Klarheit in den teils sehr komplexen Klient*innensituationen zu erhalten. So können wir uns gegenüber Ärzt*innen und Kostenträgern klarer vertreten. Es macht aber vor allem mehr Freude, weil wir unterdessen mehrheitlich erfolgreiche Outcomes erleben.

Wie geht es weiter? → 2018 konnten wir mit dem SOS-Konzept den Preis beim nationalen Handkongress gewinnen. Zudem stellten wir es beim IFSHT Congress in Berlin (2019) und bei weiteren Symposien und Kongressen vor, und wir geben Workshops in der Schweiz und den Niederlanden. Wer sich dafür interessiert, erhält unter der Webseite www.handrehabilitation.ch weiterführende Informationen und kann sich in die E-Mail-Liste für Fortbildungen eintragen.

Barbara Aegler

Literaturverzeichnis

www.thieme-connect.de/products/ergopraxis > „Ausgabe 11-12/22“



Quelle: Jr Casas [ref1]