

Das Affolter-Modell®

Informationen spürbar machen

Menschen mit erworbenen Hirnschäden brauchen gezielte Informationen, um sich in ihrer Umwelt zurechtzufinden. Das Affolter-Modell® kann den Betroffenen helfen, Reize aus der Umwelt besser wahrzunehmen, abzuspeichern und in Alltagshandeln umzusetzen. Grundlage sind dabei das pflegerische und das einfache Führen nach Affolter.



Menschen mit einer Schädigung des Gehirns sind in ihrer Fähigkeit eingeschränkt, Reize aus der Umwelt zu verarbeiten. Das Affolter-Modell® geht davon aus, dass durch gespürte Information dieser Reize die darauf folgende Reaktion und die Speicherung verbessert werden kann. Für die Bewältigung der Alltagsaufgaben muss jeder Mensch immer wissen, wo (und in welcher Position) er sich gerade befindet und was (mit ihm oder seinem Umfeld) passiert. Durch das Führen nach Affolter werden dem Patienten diese Informationen – wo er sich befindet und was passiert – immer wieder vermittelt. Frau Dr. Felicie Affolter, klinische Psychologin und Lehrerin, hat das Modell ursprünglich vor 50 Jahren aus den Theorien des Entwicklungspsychologen Jean Piaget erarbeitet und mit jahrelanger Forschung unterlegt. In den Bereichen Heilpädagogik und Pädiatrie hat das Konzept längst Fuß gefasst.

**Das Affolter-Modell®
in der Neurologie**

Nachdem das Affolter-Modell® in der Rehabilitation und der Langzeitbetreuung von Menschen mit erworbenen Hirnschäden wie Schlaganfall, Gehirnblutung und hypoxischen Hirnschäden nicht mehr wegzudenken ist, gibt es immer mehr Be-

richte über die Umsetzung des Affolter-Modells® bei Menschen mit Demenz.

Durch die stark auf die Alltags-handlung ausgerichtete Vorgehensweise, die oft mit wenig Sprache auskommt, reagieren gerade Betroffene mit Orientierungsstörungen und Menschen mit wenig Situationsverständnis gut auf das Führen nach Affolter.

Ziele werden gemeinsam entwickelt

Um nicht das Ziel des Patienten aus den Augen zu verlieren, wird oft mit der Top-down-Methode gearbeitet. Das bedeutet, dass mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen unter Berücksichtigung der fördernden Ressourcen und hemmenden Kontextfaktoren ein Fernziel entwickelt wird.

Natürlich fließen hier die Erfahrung und Kompetenz der Fachpflegekraft mit ein. Im Behandlungsteam wird dann erarbeitet, wie diese Ziele erreicht werden können. Welche Aktivitäten benötigt der Betroffene und Strukturen sind gestört (7)?

Es gilt: Der Patient muss eine Leidenschaft für das Ziel entwickeln, nicht ein Ziel, das für ihn Leiden schafft!

Pflegeplanung nach dem Affolter-Modell®

Der 59-jährige Jochen D. wird mit einer schweren Gehirnblutung ins Krankenhaus gebracht. Die Blutung wird erkannt und schnell operiert. Der gute Verlauf lässt es zu, dass er schon nach acht Tagen in die Rehabilitationsklinik verlegt werden kann. Es sind bei der Aufnahme jedoch noch deutliche Probleme zu erkennen, wie eine spastische Hemiparese der linken Seite und eine ständige, nicht zielgerichtete Unruhe. Die Ehefrau, die zehn Jahre älter ist, und eine der beiden Töchter begleiten Herrn D. auf die Station.

Die Tochter erzählt, dass ihr Vater schon immer ein sehr aktiver und ruheloser Typ gewesen

Das Affolter-Modell® im Kontext von ICF

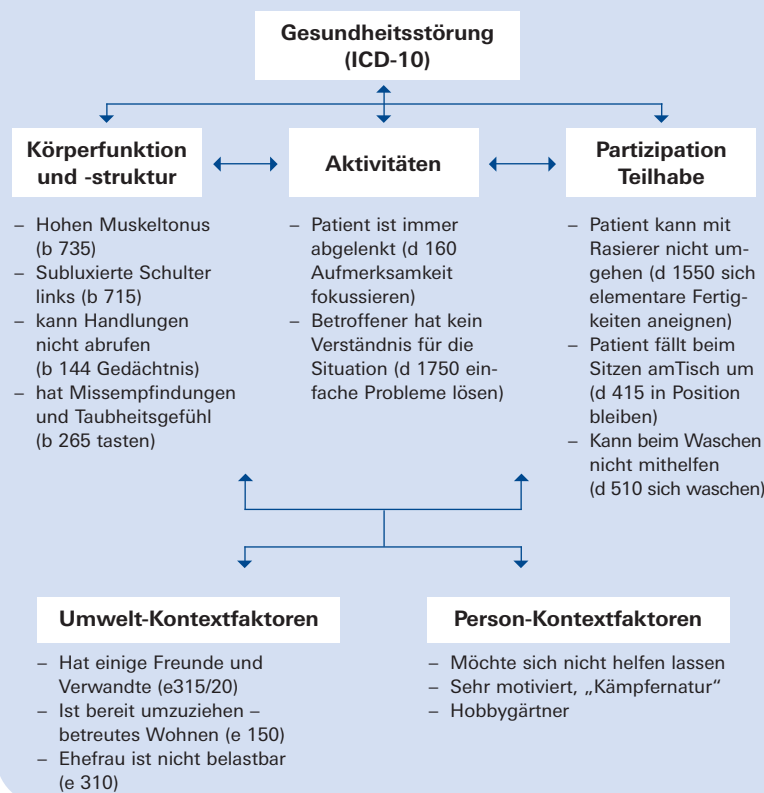
Seit 2001 bietet die von der WHO herausgegebene ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) hervorragende Möglichkeiten, ein Behandlungsmodell interdisziplinär anzuwenden. Gerade für Pflegeberufe ist die Entwicklung des Klassifikationssystems eine sehr praktikable Möglichkeit, ihr Tun im therapeutischen Team darzustellen und zu evaluieren.

Im Mittelpunkt von ICF steht die Partizipation, also die Teilhabe des Betroffenen an seinem alltäglichen Leben. Sollte die Teilhabe in einem Bereich beeinträchtigt sein, werden die zugrunde liegende Aktivität, Funktion oder Struktur befundet und Pflege- und Therapiemaßnahmen festgelegt.

Bei der Festlegung der Ziele und der Maßnahmen wird ein Augenmerk auf die Kontextfaktoren, also auf die Umgebung, gelegt, die fördernd oder hemmend auf die Gesundung einwirken. Die Dimensionen körperliche, geistige und seelische Verfassung werden positiv und ressourcenorientiert beschrieben und das Vorgehen mit dem Betroffenen abgestimmt (7).

ICF-Modell der WHO

mit Beispielen Gesundheitsstörung: Thalamusblutung (ICD-10: I 61.3)



sei, der schwer Hilfe von anderen annehmen könne. Die Ehefrau, die gleich in Tränen ausbricht, berichtet davon, dass sie nicht wisse, wie es weiter gehen solle. Ihr Mann habe immer alles gemacht. Wer soll nun die schweren Einkäufe in den ersten Stock tragen? Sie habe ja schon den zweiten Bandscheibenvorfall. Am Ende der ersten Woche beschließen alle gemeinsam, einen Umzug in eine betreute Wohnanlage anzustreben. Hier soll der

Betroffene jedoch bis auf das Baden oder Duschen alles allein verrichten können. Das Appartement wurde ausgesucht, da sich in der Nähe die Kleingartenanlage befindet, in der das Ehepaar meist ihr Wochenende verbringt und eine Tochter mit ihrer Familie eine Straße weiter wohnt.

Viel ist jedoch noch zu tun, um dieses Ziel zu erreichen. Herr D. muss lernen, sich selbst zu waschen und anzuziehen. Der linke,

mehr betroffene Arm hat bereits beginnende Funktion, das Schultergelenk hat jedoch wenig Stabilität. Der rechte Arm hat zwar volle Funktion, kann aber nicht immer zielorientiert eingesetzt werden. Oft wiederholt Herr D. einzelne Handlungen oder weiß nicht mehr weiter, es fehlt ihm das Verständnis für die Situation. Schnell ist er abgelenkt von anderen Dingen und verliert dadurch auch das Gefühl für seine Position im Raum. Er ist dann gefährdet, vom Stuhl zu fallen. Herr D. kann mit Hilfe stehen, übernimmt jedoch kaum Gewicht auf das linke Bein. Zugrunde liegt diesen Symptomen eine Thalamusblutung und dadurch eine veränderte Wahrnehmung.

Der Patient muss eine Leidenschaft für das Ziel entwickeln, nicht ein Ziel, das für ihn Leiden schafft!

Das pflegerische Führen nach Affolter

Da der Patient sowieso sehr aktiv und ruhelos ist, beschließt das Team in der ersten Woche, nur wenig von ihm zu fordern. Herr D. soll zuerst seine Wahrnehmung (hier hauptsächlich das Spüren) und seine Aufmerksamkeit schulen, dadurch verbessert sich auch das Verständnis für die einzelnen Alltagssituationen.

Dies geschieht mit dem pflegerischen Führen nach Affolter

(Abb. 1) und könnte so aussehen: Wenn ich als Pflegeperson beginne, den Socken über den Fuß von Herrn D. zu ziehen, kann er kurzzeitig seine Aufmerksamkeit auf die Aktivität lenken und dabei bleiben. Das führe ich auf die deutliche Was-Information (siehe Glossar) zurück, die er durch Spüren wahrnimmt, wenn ich den Socken über den Fuß „stopfe“. Das sagt mir, dass der Patient fähig ist, Reize aufzunehmen und diese im Gehirn zu verarbeiten. Immer wieder werde ich versuchen, durch deutlich spürbare Veränderungen an seinem Körper seine Aufmerksamkeit auf die Handlung zu lenken.

Wenn der Betroffene sich bewegt, ist erkennbar, dass die Aktivität mit einer deutlichen Erhöhung des Muskeltonus im Körper einhergeht. Beim Sitzen an der Bettkante kann er seine Position nicht länger als eine Minute halten und würde zur Seite umfallen, obwohl die Strukturen und Funktionen des Rumpfes und der Extremitäten erhalten sind.

Das Affolter-Modell® geht davon aus, dass das Problem in der Verarbeitung der Sinnesreize in Bezug auf die Körperposition liegt. Die Aufmerksamkeit des Betroffenen ist ganz auf die Pflegeperson vor ihm oder auf andere visuelle Reize gerichtet. Deshalb bewegt die Pflegeperson das Gesäß des Patienten auf der Unterlage etwas, um seine Aufmerksamkeit auf das Sitzen,

die Wo-Information (siehe Glossar), zu lenken. Sie beobachtet dabei, dass der Patient seinen Muskeltonus etwas nachlassen kann und sich in seiner Position ein wenig aufrichtet (4).

In den folgenden Tagen verläuft so jede Pflegehandlung. Bei allen Aktivitäten wie Waschen, Anziehen, Lagern, Umsetzen bekommt der Patient deutliche Spürinformationen über das, was mit ihm passiert. Zusätzlich wird immer wieder die Aufmerksamkeit des Gehirns auf die Position gelenkt, indem die Pflegeperson eine deutliche Wo-Information mit dem Betroffenen sucht. Bei allen Positionen und Positionsveränderungen wird darauf geachtet, dass sich der Patient möglichst sicher und stabil fühlt. Das kann im Liegen mit zusammengerollten Decken erreicht werden oder im Sitzen, wenn der Stuhl ganz nahe am Tisch oder seitlich an der Wand steht. Beim Umsetzen oder Stehen wird das Gewicht immer auf beide Beine verteilt und zusätzlich Stabilität durch eine Wand oder einen Tisch angeboten.

Das einfache Führen nach Affolter

Nach etwa zehn Tagen ist zu beobachten, dass der Patient schon deutlich ruhiger ist und allen Handlungen immer wieder mit Aufmerksamkeit folgt. Das Behandlungsteam interpretiert nun, dass der Betroffene meist Verständnis für das Vorgehen hat und beschließt, seine Hände nun mehr in die Handlung mit einzubeziehen. Dies geschieht mit dem einfachen Führen nach Affolter (Abb. 1). Das bedeutet, dass die Pflegenden dem Patienten die Zahnpastatube in die Hand legt und die andere Hand führt, um sie zu öffnen. Wenn der Deckel zur Seite gelegt ist, wird die Hand geführt, um die Zahnbürste zu holen.

Zwischendurch wird wie beim pflegerischen Führen durch kleine Bewegungen am Gesäß die Aufmerksamkeit des Gehirns auf die Position gelenkt und die Wo-Information vermittelt. Dadurch wird verhindert, dass der Be-

Glossar

Wo-Information

Um sich im Raum orientieren zu können, muss man seine Position bestimmen. Bei Menschen mit erworbenem Hirnschaden ist dies oft nicht mehr möglich, sie reagieren oft mit absoluter Passivität oder erhöhtem Muskeltonus. Durch gezieltes Verändern des Körpers und Bewegens des Beckens auf der Unterlage kann dem Betroffenen geholfen werden(4).

Was-Information

Unser Handeln ist zielorientiert, „Ich nehme eine Tasse aus dem Schrank und gieße heißes Wasser aus der Thermoskanne hinein. Warum? Weil ich Tee trinken möchte! Was hat sich verändert beim Öffnen des Schrankes oder beim Kippen der Thermoskanne? Bei Menschen mit Hirnschädigungen müssen oft gespürte Erlebnisse wiederholt und taktile Kontrollinformationen gegeben werden, damit sie Verständnis für die Situation bekommen. Das kann beim pflegerischen Führen durch deutliche Berührungen des Gegenstandes mit dem Betroffenen, zum Beispiel beim „Stopfen“ des Hosenbeines über des Bein, geschehen. Beim Einfachen Führen werden alle Veränderungen in der Umwelt, zum Beispiel das Öffnen Cremedose, mit dem Patienten deutlich spürbar geführt (2).

Das Affolter-Modell® im Pflegealltag

Abb. 1

Das pflegerische Führen nach Affolter



Beim pflegerischen Führen führt die Pflegeperson die Handlung für den Patienten aus. Wichtig ist, dass der Betroffene spürt, was mit ihm passiert (Was-Information) und dadurch Verständnis für das Vorgehen bekommt. Deutlich spürbare Interaktionen zwischen dem Patienten und seiner Umwelt ersetzen verbale Aufträge und Erklärungen. Die Alltagshandlung sollte klar strukturiert und zielorientiert ablaufen. Es ist wichtig, beide Körperseiten abwechselnd zu stimulieren, um Aufmerksamkeit und Verständnis zu fördern. Im Verlauf muss der Betroffene immer wieder seine Position im Raum (Wo-Information) spüren (3).

Das einfache (elementare) Führen nach Affolter



Die Pflegeperson führt die Alltagshandlung zusammen mit dem Betroffenen durch und vermittelt dabei regelmäßig die Wo-Information am Becken. Die Pflegenden steht (oder sitzt) neben oder hinter dem Patienten und führt abwechselnd mit seiner rechten Hand die rechte Hand des Betroffenen sowie mit seiner linken die linke Hand des Patienten. Das Ziel des Führens ist, dass der Patient der Handlung mit Aufmerksamkeit und Verständnis folgen kann. Wenn der Betroffene den Ablauf schnell übernimmt, kann die Situation beim nächsten Mal komplexer gestaltet werden (2).

troffene zu viel Muskelspannung aufbaut oder das Gefühl für seine sichere Position verliert. Diese Vorgehensweise kann bei vielen Aktivitäten des täglichen Lebens eingesetzt werden und Stück für Stück wird der Betroffene immer mehr das Ziel des Handelns erkennen und selbst handeln.

„Arbeiten an der Wurzel“

Durch das Führen nach Affolter kann der hirngeschädigte Patient seine gespeicherten Alltagshandlungen oft besser abrufen. Die Organisation des Inputs wird verbessert und dadurch die Verarbeitung im Gehirn strukturierter. Affolter spricht vom „Arbeiten an der Wurzel“, wenn sie das Spüren der Aktivität durch das Führen und den abwechselnden Input von „Was und Wo“ beschreibt.

Das Therapiezentrum in Burgau arbeitet bereits 20 Jahre mit Frau Dr. Affolter zusammen, sie lehrt ihr Modell am Schulungszentrum. Den Fachpflegekräften mit Primary Nurse-Weiterbil-

dung obliegt es, das Wissen über komplexe Probleme und Fähigkeiten nach einer Hirnschädigung auf der Grundlage von ICF zu erfassen und im interdisziplinären Team einzubringen.

Das Wissen und die Erfahrung von 20 Jahren neurologischer Frührehabilitation und 15 Jahren Primary Nursing gibt das Therapiezentrum Burgau anlässlich des 20-jährigen Bestehens in Form von zwei Kongressen im Oktober 2009 weiter (s. Kasten).

Literatur:

- (1) Thiemes Pflege. Thieme-Verlag 2004, Stuttgart, 10. Aufl., S. 868–876
- (2) Söll, J.: Affolter-Modell, Die Schwester Der Pfleger, Bibliomed Verlag, Juni 2007
- (3) Pflege lernen. Band 5 Westermann Verlag 2008, S. 377–432
- (4) Affolter et al.: Erfassung der Wirksamkeit gespürter Interaktionstherapie, Neurologie und Rehabilitation, Januar 2009, Hippocampus Verlag
- (5) Affolter F.: Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache, Villingen Schwenningen, Neckar Verlag 1987
- (6) Affolter F. Bischofberger W.: Nichtsprachliches Lösen von Problemen in Alltagssituationen bei Kindern und Kindern mit Sprachstörungen, Neckar Verlag 2007
- (7) Schuntermann, M.: Einführung in die ICF, ecomed Medizin 2007

Weitere Infos:

www.affolter.info
www.affolterteam.de
www.therapiezentrum-burgau.de
www.dimdi.de (ICF-Fassung)

Anschrift der Verfasser:

Jürgen Söll, Praxisbegleiter am Therapiezentrum Burgau, Lehrer für Pflegeberufe und APW anerkannter Instruktor im Affolter-Modell®
 E-Mail: j.soell@therapiezentrum-burgau.de

Bettina Sandner, Stv. Stationsleiterin, Primary Nurse am Therapiezentrum Burgau

Tipp

„Spürbar mehr Leben“

Fachkongress zum 20-jährigen Jubiläum des Therapiezentrums Burgau 1. bis 3. Oktober 2009

„Primary Nursing – in der Praxis aus der Praxis“

Fachtagung zum 15-jährigen Jubiläum Primary Nursing 15. und 16. Oktober 2009

Weitere Infos unter: www.therapiezentrum-burgau.de