

Teilhabe von Anfang an!

Neurologische Frührehabilitation an der Schnittstelle Phase A und B

Jana Alber & Andreas Zieger

Klinik für Neurorehabilitation
Frührehabilitation Phase B
Ev. Krankenhaus Oldenburg



Institut für Sonder-/Rehapedagogik
Ambulatorium für ReHabilitation
Beratungsstelle „Stroke“
CvO Universität Oldenburg

3. Fachübergreifendes Symposium „Stroke“ – Nachsorge im Fokus von nachhaltiger Teilhabe
CvO Universität Oldenburg, 31. Okt. 2014

Frührehabilitation (Phase B)

*„ist integrierte, den Patienten frühzeitig und nahtlos begleitende, **interdisziplinäre Therapie** mit wechselnden Schwerpunkten.“*

Kuratorium ZNS 1991, AG Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation 1993

*„ist eine Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch **intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten** vorgehalten werden müssen.“*

BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1999

Neurologisches Rehaphasenmodell

„Vom Koma zurück in die Gemeinde ...“

BAR 1995/1999/2003

Ziel

F Integration/Teilhabe/Inklusion

E Amb. Nachsorge, berufl. Reha

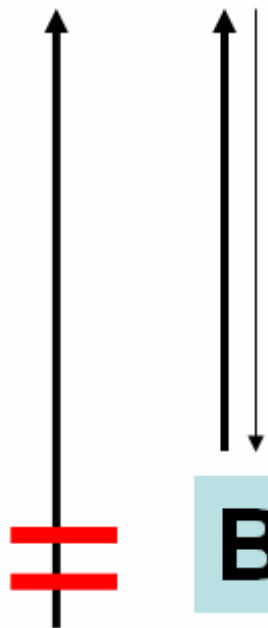
D Rehabilitation (AHB), teilstat. Reha

C Frühmobilisation, weiterführende Reha

B Frührehabilitation „Schnittstelle“ A/B

A Akutphase: Stroke Unit OP, Intensivstation

Beatmung



Neue Stationen am „Evangelischen“

Seit 1. Juni 2014: 42 Betten

Neben der „Mutterstation“ **Station 34** (seit 1997) mit maximal **23** Behandlungsplätzen:

- **Neue Station 28:**
9 Behandlungsplätze
 - Einzelzimmer
 - Monitoring
 - extra Therapieraum



- **Neue Station 29: 10** Behandlungsplätze
Intensiveinheit mit Beatmung
 - Einzelzimmer, Dialysemöglichkeit, Isolierung
- Kernstück Phase B und Kooperation mit ANÄ

Intensiv-Beatmungsbetten Frührehabilitation Phase B in der Nordwestregion

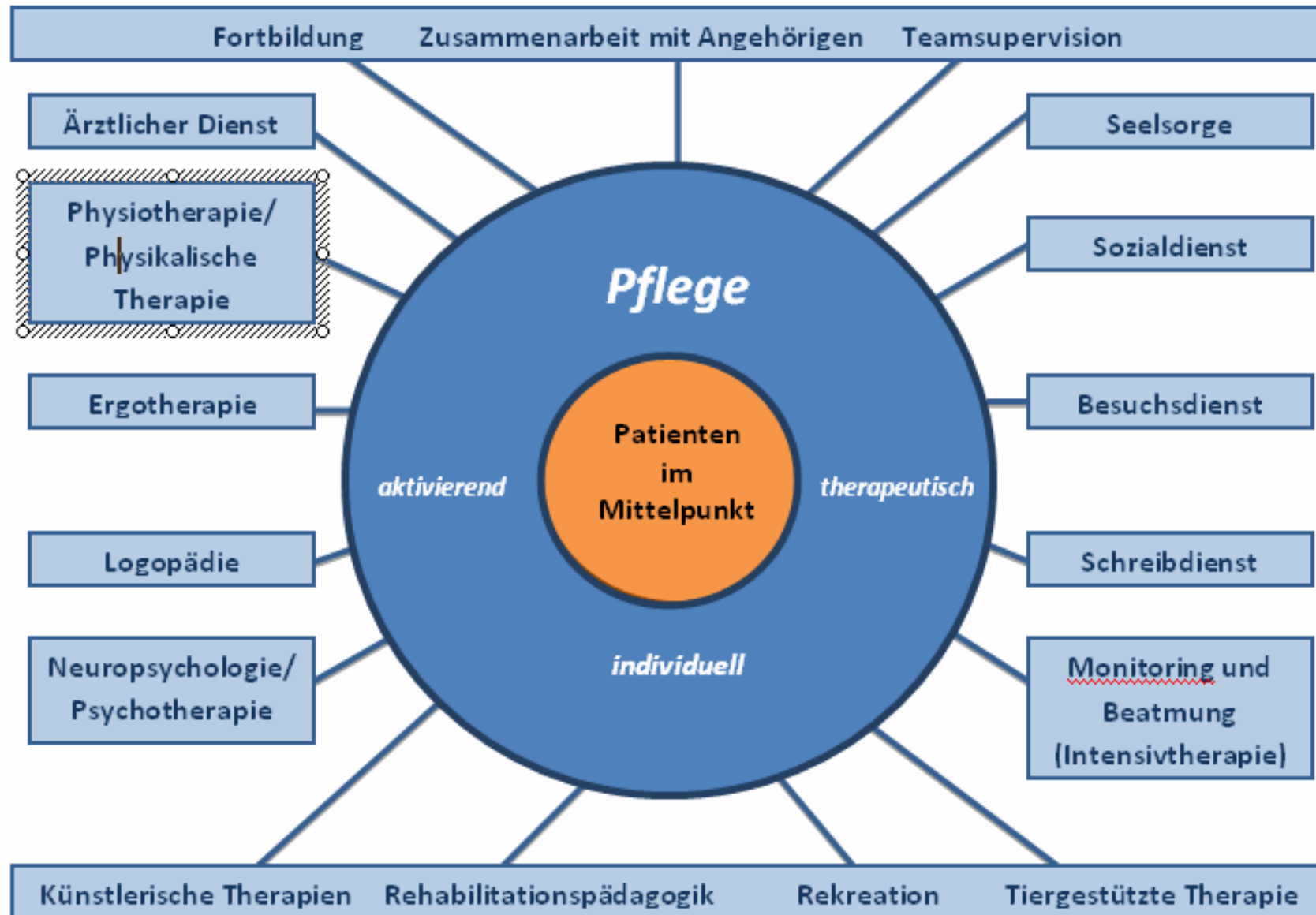
Alleinstellungsmerkmal



Klinik für Neurorehabilitation

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B)

- ein interdisziplinäres Team -



Förder- und Rehabilitationsplan

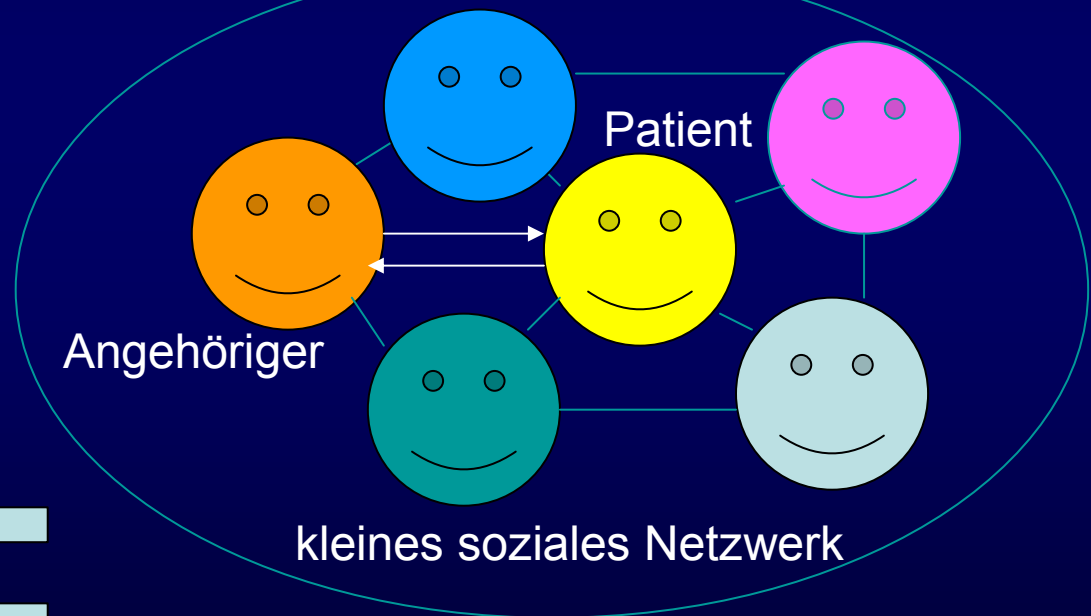
Teamkonferenz:

Aufbau eines „geistigen Bildes“, Ziel

Problem- und Syndromanalyse

Wahrnehmungen
Beobachtungen
Untersuchungs-
befunde

Operationalisierung und
Umsetzung in die Praxis



Beobachtungen, Erfahrungen

Rückmeldungen

Outcome Frühreha Phase B EVK OL 2013

N = 96

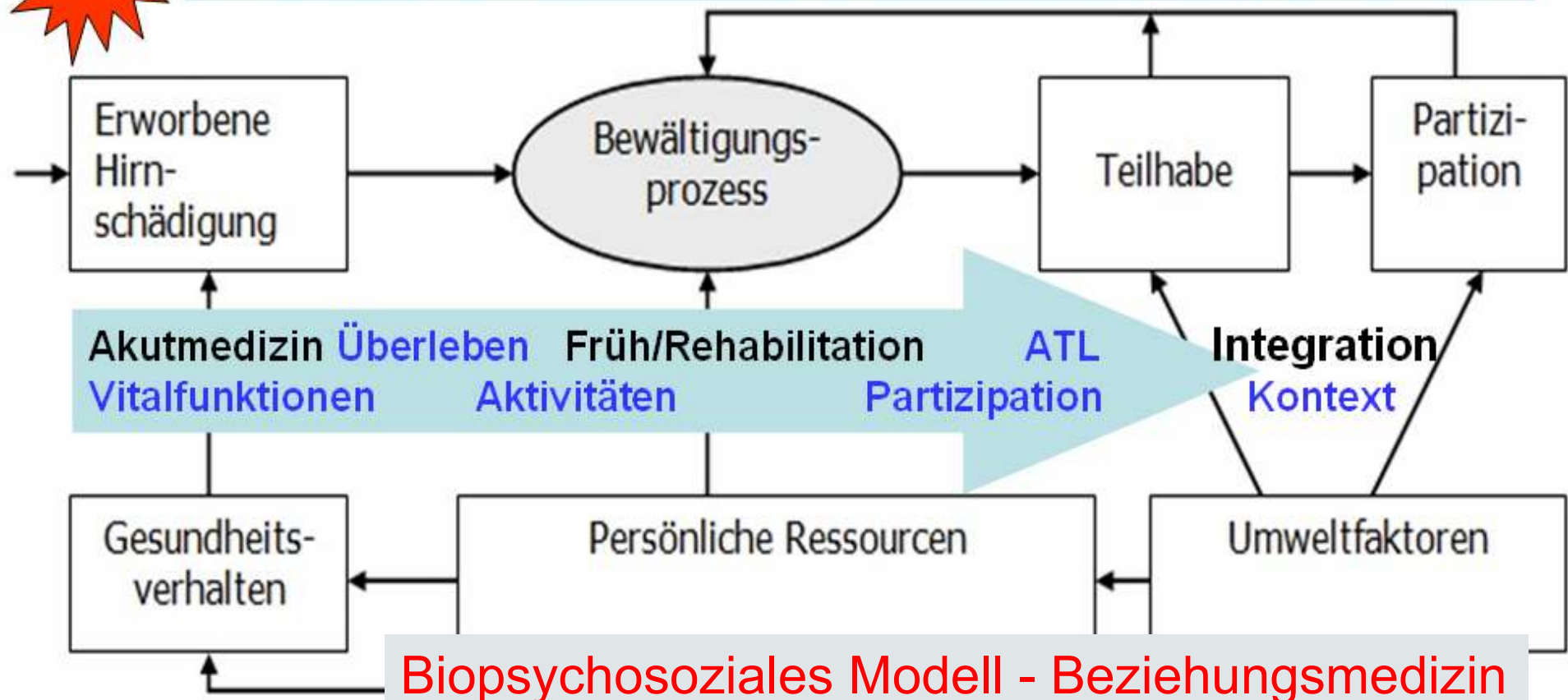
• verstorben	1	1%
• rückverl. in Akutklinik	11	11,5%
• nach Hause	14	14,5%
• Pflegeheim	24	25%
• Rehaklinik	46	48%
davon Phase C	46	100%
und mit anschl. AHB	37	80,5% (38,5%)

Integrierte teilhabeorientierte Versorgung bei schwerer neurologischer Beeinträchtigung

(modifiziert nach Bengel & Koch 2000, Reha-Phasenmodell BAR 1995 und ICF 2001)



A Akutphase - B Frühehabilitation - C Weiterführende Reha - D AHB – E, F



Beeinträchtigungen der Teilhabe nach erworbener Hirnschädigung

Fries & Fischer 2008

Pilotstudie zum Verhältnis von Funktionsstörungen und person-/umweltbezogenen Kontextfaktoren

Prospektive Einschätzung (Team) der Anteile an der Gesamtbehinderung bei 49 Patienten:

- **Funktions-/Aktivitätsstörungen: 58,4%**
- Personbezogene Kontextfaktoren: 26,5%
- Umweltbezogene Kontextfaktoren: 15,1%
- **Anteil der Kontextfaktoren an Gesamtbehinderung/Teilhabebestörung 41,6 %**

Mangelnde Nachhaltigkeit

„Eine Vielzahl von Studien hat gezeigt, dass funktionelle Verbesserungen nicht in den Alltag transferiert werden können oder dort **nicht nachhaltig wirksam** bleiben“

Fries & Fischer 2008, S. 267:

- 60% kein Einsatz verfügbarer Fähigkeiten im Hausalltag Sterr et al 2002
- 33-80% verlassen nicht das Haus trotz erreichter Gehfähigkeit Hesse et al 2001; Lord et al 2004
- 40% Verlust motorischer Fähigkeiten Langhammer 2003
- 21% Abnahme der Mobilität Port et al 2006

SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe

§§ 1 u. 4:

- Das Ziel jeder Rehabilitation ist **„Teilhabe [...] selbstbestimmte und selbständige Lebensführung.“**
- **„Teilhabe“** ist das **Einbezogensein** einer Person in einer Lebenssituation oder in einem Lebensbereich
- Ein **unabhängiges, selbständiges und gleichberechtigtes Leben** führen können.

Schuntermann: Einführung in die ICF 2005, S. 55

Teilhabe als Ziel der Rehabilitation

„... *dass Rehabilitationsmaßnahmen ausschließlich dem Ziel der **Verbesserung von Teilhabe** dienen müssen.*“

Fries et al 2007, 10

„... **Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe** behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft sowie die **Vermeidung von Benachteiligungen.**“

Fuchs 2012, 116



UN-Behindertenkonvention (UN-BRK 2006)

Menschenrechte für Behinderte!



Artikel 26: Habilitation und Rehabilitation verlangt von den ratifizierenden Staaten Rehabilitations-dienste und -programme

„...um [für] Menschen mit Behinderungen [...] **die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens** zu erreichen und zu bewahren...

... im **frühestmöglichen Stadium** einsetzen

... **multidisziplinäre Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken**

... **freiwillig ... so gemeindenah wie möglich!**“

Specialized Early Treatment for Persons With Disorders of Consciousness: Program Components and Outcomes

Seel et al (Atlanta), APMR 2013;94:1908-23

Participants: N=210 TBI, coma 2%, VS 41%, MCS 57%.

Interventions: **Daily interdisciplinary rehabilitation >90min; caretaking education for families;** length of stay 93 d (6-209)

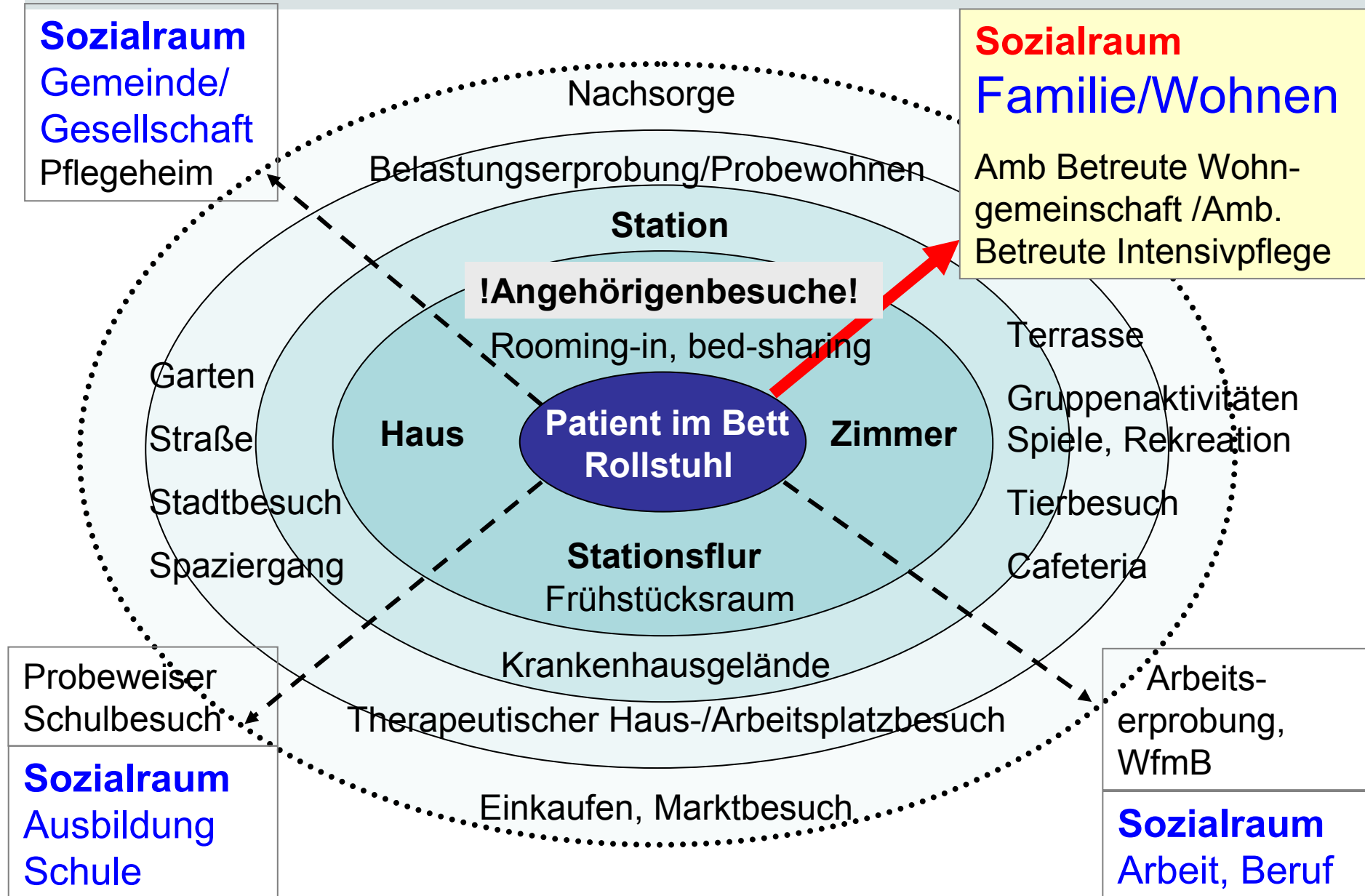
Outcome: CRS-R ...

Results: **54% emerge from MCS:** postacute inpatient rehabilitation; 29% do not emerge: discharged home to family (with ongoing support); 13% do not emerge: institutionalized.

Conclusions:

- **More than a half of patients** show improved consciousness and body functions.
- **Families twice as likely** provide care for patients **in their homes** vs nursing placement.

Partizipation/Teilhabe von Anfang an!



Frühe Mobilisation und Vertikalisierung ...

Ullrich et al 2010: Intensivpflege und Anästhesie, Thieme, S. 238/244



Warm-up der Beine
Stabiler Bettsitz



Transfer



Sitzen im Stuhl



Verbessertes Weaning ...



- Aufrichten
- Ansprache
- Vigilanz**↑↑
- Schlucken
- Kreislauf-
training

Praxis der Teilhabeorientierung

Interdisziplinäres Team und Teamarbeit als „Umgebungsfaktor“ (Stationskultur)

- Emotionale Trigger, Tiere, Musik, vertraute Angehörige: rooming-in, bed-sharing
- Stadtbesuche und Belastungsproben mit angeleiteten Angehörigen
- Einbeziehung von Kontextfaktoren: Barrieren, Resilienz, Umweltfaktoren, Ressourcen
- Therapeutischer Hausbesuch
- **Beteiligung der Betroffenen/Angehörigen an Entscheidungen und Zielvereinbarungen!**

Wirksamkeit **teilhabeorientierter** Reha

- Das soziale und emotionale „**Klima**“ (Milieu) der Reha und Nachsorge spielt eine **besonders positive Rolle**. (Prigatano 2004)
- Interdisziplinäre ambulante wohnortnahe Reha **fördert soziale Integration/Teilhabe nachhaltiger** als traditionelle funktionsbezogene Reha. (Malec 2001, Goranson et al 2003)
- Positive Effekte nach 2 Jahren **nachhaltig** nachweisbar. (Powell 2002)

Einflussfaktoren auf die Partizipation

Larsson et al 2013

Explorative Studie **4 Jahr nach SHT** n=129

- EBIQ, IPA, Regressionsanalyse

Ergebnisse:

- EBIQ: 40% Probleme in mehreren Lebensbereichen
- IPA: 20-40% „keine gute“ Partizipation

Motorische Aktivitätsbeeinträchtigungen haben einen nur geringen Einfluss auf die erlebte Partizipation

70% der nicht als „gut“ erlebten Partizipation können auf **5 soziale und emotionale Faktoren** bezogen und mit ihnen erklärt werden (Prädiktoren)

Es gibt keinen isolierten Faktor/Pädikator für die Qualität der erlebten Partizipation (Lebensqualität, Zufriedenheit)

Nachsorge- u. Teilhabemanagement

unter Beteiligung der Betroffenen/Angehörigen

Zielerstellung

Planung

Umsetzung/Leistungen

Ergebnismessung:
Zufriedenheit, QoL

Entlassung
Teilhabe-
Prognose und
**Bedarfs-
Assessment**

Aufnahme
Assessment
Rehaklinik

Frühreha
Phase B

**Akutkranken-
haus**

Überleitung
**Nachsorge-
und Teilhabe-
plan**

Partizipative
Evaluation

Ambulante
„nachgehende“
Reha, Nach-
sorge und
Integration
unter Berück-
sichtigung von
SGB IX § 26(3)
und Hilfsmittel-
versorgung

Rückmeldung / Befragung

Bundesteilhabeleistungsgesetz in Vorb.

Individuelle
Lebenssituation /
Sozialraum
**Wohnen /
Leben Familie**

Arbeit / Beruf

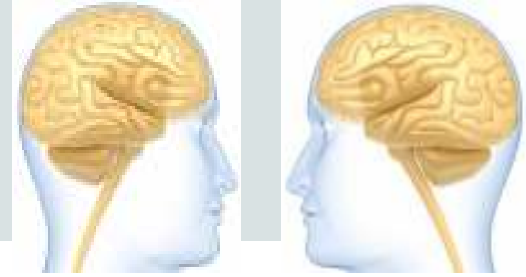
**Schule /
Ausbildung**

**Gemeinde /
Gesellschaft**

Integratives Cure-, Care- and Case-Management

Zieger 2012,
2014 (BAR)

Angehörige/Partner/Familien



Eine Hirnverletzung

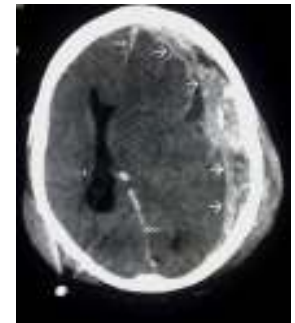
- „is a family affair“ Lezak 1988
- „effects the whole family“ Kreutzer et al 2009
- **Angehörige sind Mitbetroffene**

Angehörigenarbeit und Hilfen zur Krankheitsverarbeitung

- sind elementare Aufgaben in der Neurorehabilitation!

Angehörige sind soziale Ressourcen

- **wesentlich für Nachsorge und Teilhabeplanung!**



Jana Alber:

NeuroRehapädagogik in der NFR

- Einrichtung eines **neuen Tätigkeitsfeldes** NeuroRehaPädagogik im „Evangelischen“
- Schnittstelle Universität - Krankenhaus
- Kooperationsvertrag - Stellenbeschreibung
- Ausdruck einer neuen Kooperationskultur
- Begründung auf Literaturbasis und Forschungsergebnissen

Herausforderungen

- Krankenhaus als Arbeitsbereich mit festen Strukturen, die man durch den „klassischen“ Ausbildungsweg nicht kennenlernt
- Körpernahe Zusammenarbeit mit Patienten, die Grundkenntnisse und Grundfähigkeiten in pflegerischen Tätigkeiten wie Mobilisation, Transfers etc. erfordern
- Interdisziplinäre Team-Arbeit, die ein situativ adäquates Einbringen von Wissen und Zurücknehmen von Meinungen erfordert

Erste Schritte in der Implementierung

- Einarbeiten in die Stationsabläufe
- Hospitation bei weitestgehend allen beteiligten Berufsgruppen (Physio- und Ergotherapeuten, Neuropsychologen, Sozialdienst, Pflege, Ärztlicher Dienst ...)
- Vertiefendes Kennenlernen verwandter Berufsgruppen (Neuropsychologen, Sozialdienst, Seelsorge)
- Erarbeiten möglicher Aufgabenbereiche (Austangieren von Bedarfen der Patienten/Angehörigen und der Station und der eigenen Kompetenzen)

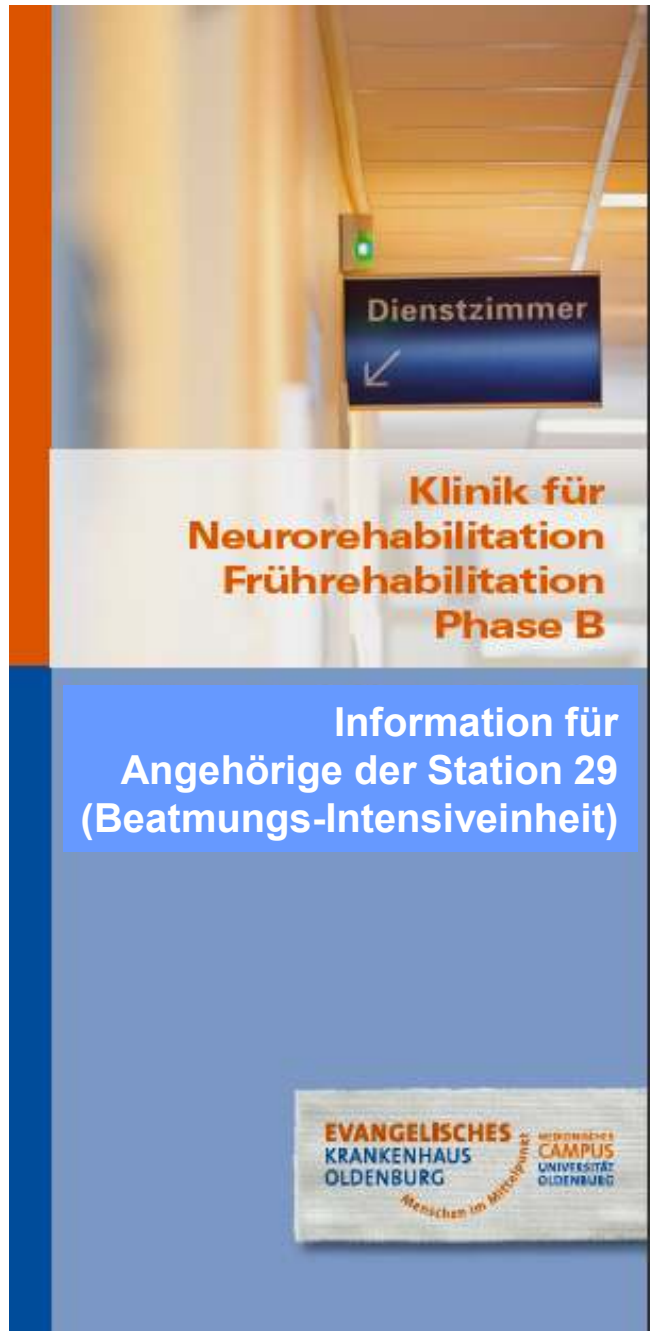
Aufgabengebiete in der NFR

- Leitung und Durchführung der Rekreation
- Neurorehabpädagogische Begleitung von Patienten durch wechselnde Angebote, die der Förderung von Aktivitäts- und Handlungskompetenzen des Patienten dienen
- Begleitung von Patienten im Prozess der Krankheitsverarbeitung
- Vertiefende Beratung von Angehörigen
- Perspektiverarbeitung mit Patienten und Angehörigen ...

- Kommunikationsaufbau der Patienten untereinander
- Anleitung von Praktikanten aus dem Bereich Rehabilitationspädagogik
- Sinnvolle und notwendige Ergänzung der interdisziplinären Teamarbeit mit einer wichtigen humanwissenschaftlichen Disziplin

Angedachte Aufgabenbereiche in Zusammenarbeit mit anderen Teamdisziplinen:

- Angehörigengruppe
- Planung und Vorbereitung von Stationsaktivitäten (Weihnachtsfeier, Adventstee, Singnachmittage...)



Gerade fertiggestellt:

„Angehörigen-Flyer“ - Information für Angehörige von Patienten der Station 29 (BeatmungsIntensiv-einheit):

- Begrüßung
- Schwerpunkt der Station
- Wichtige Hinweise zur Station
- Orientierung und Wegeleitung
- Warte- und Aufenthaltsraum:
Rückzug, Toilette, Getränke, Info-
material ...
- Übernachtungsmöglichkeiten
- Ansprechpartner

Partizipation durch Rekreation

Kooperationsprojekt der CvO Universität Oldenburg, Studiengang MA Erziehungs- und Bildungswissenschaft und Evangelisches Krankenhaus Oldenburg, Klinik für Neurorehabilitation (Frühreha Phase B)

- 14-tägiges kreatives Gruppenangebot
- Inhaltliche Planung liegt im Aufgabenbereich der Studierenden
- Organisatorische Planung, Vorbereitung und Supervision: Neurorehabpädagogin

- Unterstützung und Begleitung durch das Therapeutenteam (jeweils ein Therapeut der Station 28 und der Station 34)
- Durchführung vorwiegend durch die Studierenden und durch Praktikanten



Besonderheiten der Rekreation

Gruppenangebot für Patienten und Angehörige

→ Austausch und Kommunikation zwischen den Patienten und Angehörige wird angebahnt

Kontaktaufbau zu Angehörigen

→ Vertiefende Angehörigenarbeit wird durch erste Kontaktabahnung und Vertrauensaufbau ermöglicht

Stärkung des Wohlbefindens/des Selbstwertgefühls

→ Eigene Produktivität als Motivation; keine Therapieziele, die „verfehlt“ werden können

„**Passung**“ der kreativen Angebote und der Fähigkeiten der Patienten stellt **keine Voraussetzung** für die Teilnahme/die Auswahl der gewählten Inhalte dar

→ Patienten und Angehörige lernen Grenzen der eigenen aktuellen Fähigkeiten kennen und erarbeiten in einem geschützten Kontext alternative Handlungsstrategien

Anbahnung von „Normalität“

→ Studenten in Alltagskleidung auf der Station;
keine Kontakthemmung im Umgang miteinander

Nachsorge durch Beratung

- Angehörigen und Patienten ist das **Ausmaß der Folgen** einer erworbenen Hirnschädigung zum Zeitpunkt der Frührehabilitation i.d.R. **nicht bewusst**
- Für die Patienten und Angehörigen steht die **Verbesserung der Funktion** im Vordergrund
- Unterstützungsleistungen wie Gespräche zur Krankheitsverarbeitung und Perspektiventwicklung werden **aus eigenem Antrieb** in der Frühphase **nicht als Bedarf** erkannt

Die **wirklichen Probleme** bezüglich der Gestaltung des Alltags, der Erarbeitung gemeinsamer Perspektiven, der **Bewältigung von Barrieren der Partizipation** und dem Umgang mit **nicht sichtbaren Beeinträchtigungen** werden oftmals erst im ambulanten Kontext deutlich.

→ Bedeutung einer **Vorbereitung auf diese Problemlagen**, z.B. in Form von Kontaktanbahnung zu ambulanten **Beratungsstellen mit spezifischer „Neurokompetenz“**

Kontakt

Beratungsstelle „Stroke“

Leitung

Prof. Dr. Gisela C. Schulze

gisela.c.schulze@uni-oldenburg.de

Koordination

M.A. Jana Alber

0441 798-4348

beratungsstelle-stroke@uni-oldenburg.de

Sprechzeiten

nach Vereinbarung

Postanschrift

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I,

Institut für Sonder- und Rehabilitations-
pädagogik,

Arbeitsbereich: Sonderpädagogik,

Rehabilitation / Health Care

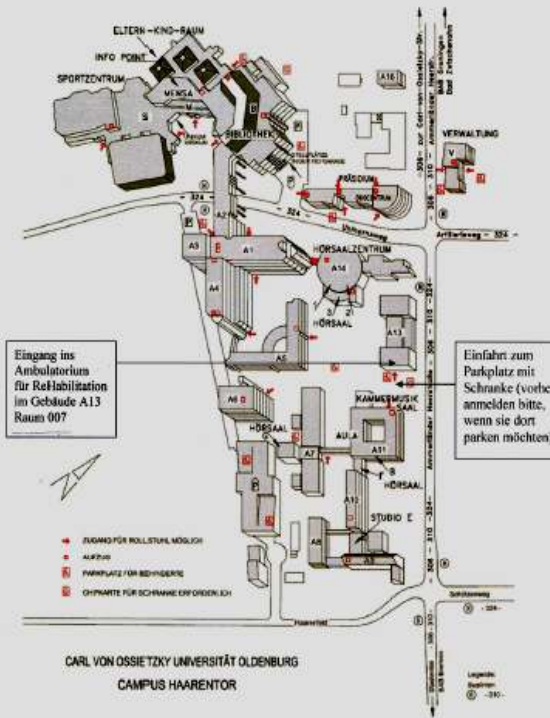
Ammerländer Heerstraße 114 - 118

26111 Oldenburg

Weitere Informationen

www.uni-oldenburg.de/beratungsstelle-stroke

Lage und Anfahrt



Anfahrt mit dem Bus

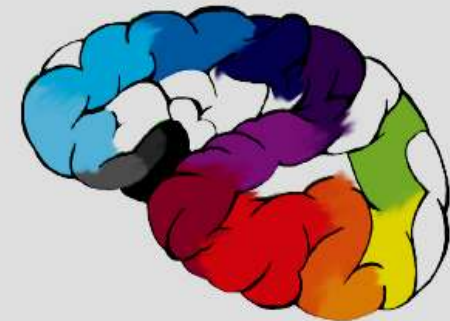
Linie 306/310 Haltestelle Universität

Anfahrt mit dem Auto

Vom Autobahnkreuz Oldenburg-Ost kommend, fahren Sie auf der A28 in Richtung Emden/Leer. An der BAB-Abfahrt Haarentor fahren Sie ab und biegen an der Ampel rechts auf die Ammerländer Heerstraße ab. An der zweiten Ampelkreuzung (nach ca. 800 m) biegen Sie links in den Uhlhornsweg ein.

Beratungsstelle „Stroke“

Beratungsangebote für Menschen nach Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma und anderen erworbenen Hirnschädigungen



Zielgruppe

Wir möchten mit unserem Angebot Menschen ansprechen, die einen Schlaganfall, ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine andere Hirnschädigung erlitten haben. Ihnen sowie ihren Partnern, Familienangehörigen, Freunden und Bekannten stehen die Angebote der Beratungsstelle „Stroke“ kostenfrei zur Verfügung.

Neben einem Überblick über entsprechende stationäre und ambulante Hilfsangebote in und um Oldenburg steht auch die Vernetzung der Akteure untereinander im Fokus unserer Bemühungen.

Um bei spezifischen Folgeerscheinungen Unterstützung bieten zu können, arbeiten wir mit weiteren Partnern in den Bereichen Therapie, Beratung und Pflege eng zusammen.



Beratungsstelle „Stroke“

Aufgrund des demographischen Wandels gewinnen Schlaganfälle und andere erworbene Hirnschädigungen zunehmend gesamtgesellschaftlich an Bedeutung. Die Patientenzahlen sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Vorwiegend sind ältere Menschen von Hirnschädigungen betroffen. Doch auch junge Erwachsene, Jugendliche und Kinder können z. B. durch ein Schädel-Hirn-Trauma betroffen sein.

Bei der Rehabilitation von Stroke-Patienten sind sowohl eine umfassende („ganzheitliche“) Analyse als auch vernetzte Versorgungsangebote vor Ort gefragt. Oftmals werden fachübergreifende Beratungsbedarfe für Hilfsmittelversorgung, Unterstützte Kommunikation sowie bei Behördengängen, zu gesetzlichen Ansprüchen, zur Nachsorge und zu einer nachhaltigen Teilhabe erforderlich.

Da erworbene Hirnschädigungen und ihre Folgen für Patienten, Lebenspartner, Familien und das erweiterte Umfeld häufig komplex sind, ergeben sich die folgenden Fragen:

- ▶ An wen kann ich mich wenden?
- ▶ Welche Unterstützungsangebote gibt es?
- ▶ Welche Erfahrungen machen andere in ihrer neuen Lebenssituation?
- ▶ Wie komme ich in den Austausch mit anderen betroffenen Familien?

Diese Fragen werden nach der Entlassung der Betroffenen aus dem Krankenhaus existenziell und zentral.

Angebot

Wir bieten in der Beratungsstelle „Stroke“ am Ambulatorium für ReHAbilitation folgende Leistungen an:

- ▶ Information und Aufklärung über Aktivitätseinschränkungen, Barrieren und Teilhabemöglichkeiten
- ▶ Information, Beratung und Unterstützung zu individuellen Hilfeangeboten und Bewältigungsstrategien
- ▶ Vermittlung von sozialen Hilfestellungen und Netzwerken, z. B. Selbsthilfegruppen.

Die Beratungsstelle „Stroke“ bildet eine Schnittstelle zur Versorgungsforschung mit klinischen und ambulanten Einrichtungen in und um Oldenburg.

Alle Angebote der Beratungsstelle „Stroke“ sind niedrigschwellig, zeitnah, kostenfrei und erfolgen in der Regel ehrenamtlich.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Gern stehen wir für Fragen zur Verfügung!

MA Jana Alber

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Neurorehabpädagogin in der Klinik für Neurorehabilitation (Frühreha Phase B)

j.alber@uni-oldenburg.de

www.uni-oldenburg.de/jana-alber

Prof. Dr. Andreas Zieger

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Chefarzt der Klinik für Neurorehabilitation (Frühreha Phase B) (bis 31.12.2014)

Mitglied im Lehrkörper des Instituts für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

a.zieger@t-online.de

www.a-zieger.de