

Die Bedeutung von Kontext in der Re-Integration von Schädel-Hirn Verletzten Menschen

Hans Peter Rentsch

Neurorehabilitation, Luzerner Kantonsspital

Leben nach erworbener Hirnschädigung

22.03.2012

Mariott Hotel Linz

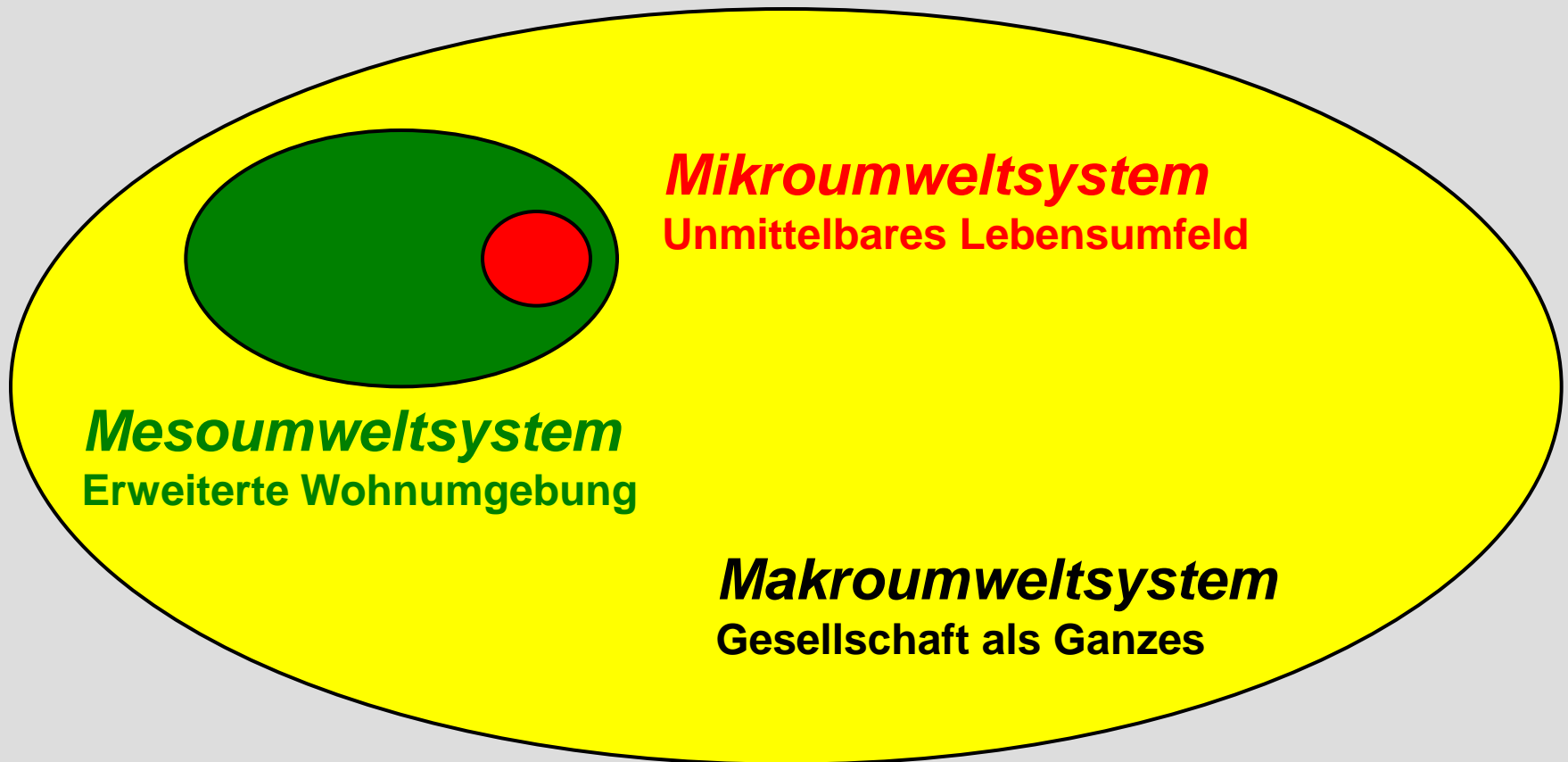
Inhalt

- Ebenen des Kontexts
- Bedeutung des Kontexts für den Outcome der Rehabilitation
- Fallbeispiel
- Shared Care ein kontextorientiertes Eingliederungsmodell

Ebenen des Kontexts

Umweltfaktoren

3 Ebenen



Umweltfaktoren

Makroumweltsystem



Kontext

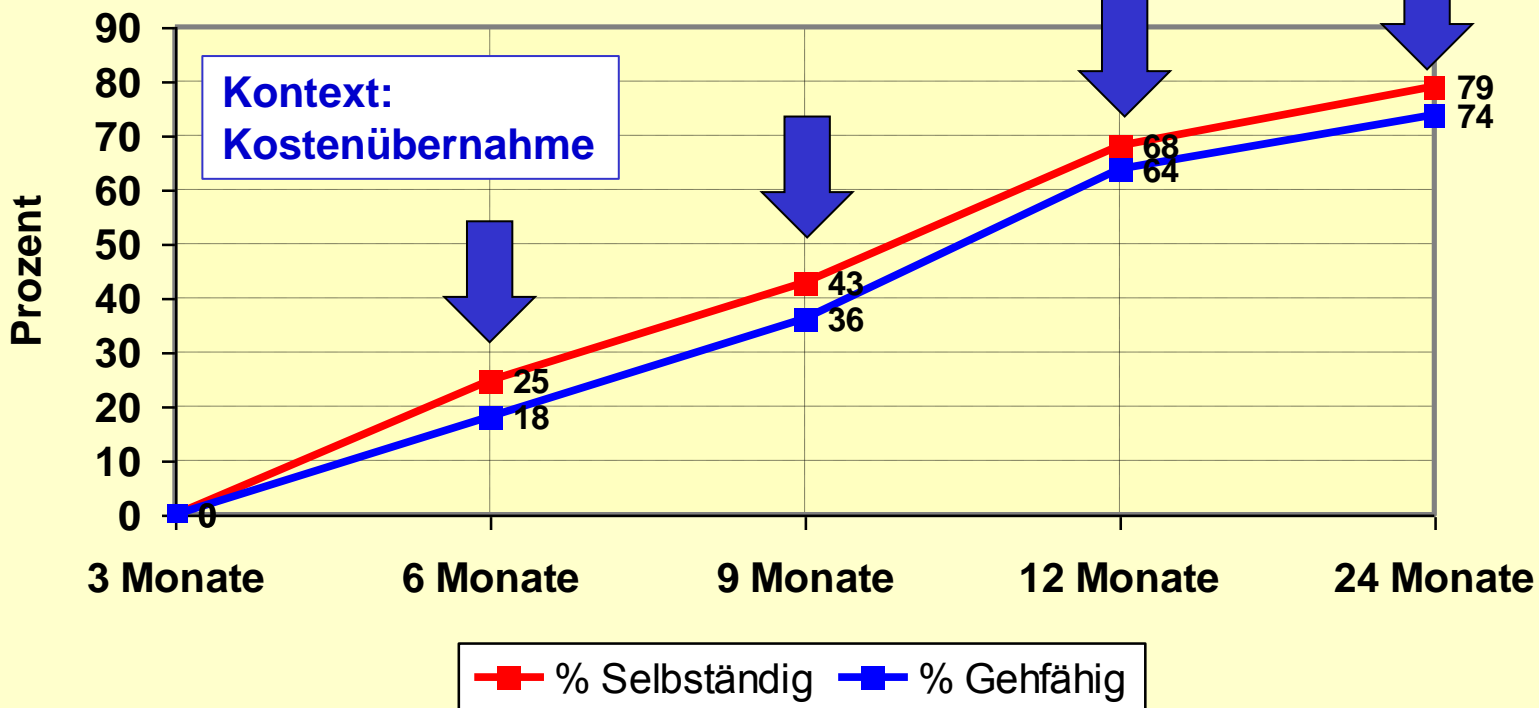
Einfluss des Makroumweltsystems auf die Rehabilitation

- **Leistungen des Gesundheitssystems (e580)**
 - Aufenthaltsdauer stationäre Rehabilitation
 - Kostenvergütung stationäre und ambulante Rehabilitation:
 - Behandlungsvorgaben

CVI-Rehabilitation

Fehlende Selbständigkeit in Mobilität / ATL nach 3 Monaten

Langzeitrehabilitation nach Hemiplegie Entwicklung der Gehfähigkeit und Selbständigkeit



Umweltfaktoren

Mesoumweltsystem

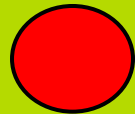


Umweltfaktoren

Mikroumweltsystem

Mikroumweltsystem

Unmittelbares Lebensumfeld



Intimer eigener Lebensraum

Eigene Wohnung

Familie und Freundeskreis

Analyse umfasst auch personbezogene Faktoren

Gut für direkte Interventionen zugänglich

Beeinflussung der Partizipation durch Kontextmassnahmen

Hilfsprogramme / Hilfsmittelversorgung

Kontext

Einfluss des Mikro- und Mesoumweltsystems auf die Rehabilitation

Umweltfaktoren

- Umfeld: Klinik, Angehörige, Bekannte (e3 und e4)
- Wohnverhältnisse (e1)
- Verfügbarkeit von Hilfsdiensten (e5)
- Verfügbarkeit von Hilfsmitteln (e1)

Kontext

Personbezogene Kontextfaktoren

- Alter
- Geschlecht
- Lebensauffassung / Bewältigungsstrategien
- Motivation / Leistungsbereitschaft

Kontext

Personbezogene Kontextfaktoren

Überlegungen zu einer Klassifizierung der personbezogenen
Kontextfaktoren

Grotkamp Sabine et al., Personbezogene Faktoren der ICF - Entwurf der AG «ICF» des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Gesundheitswesen 2010, 72:908-916

Bedeutung des Kontexts für den Outcome der Rehabilitation

Outcome Modell

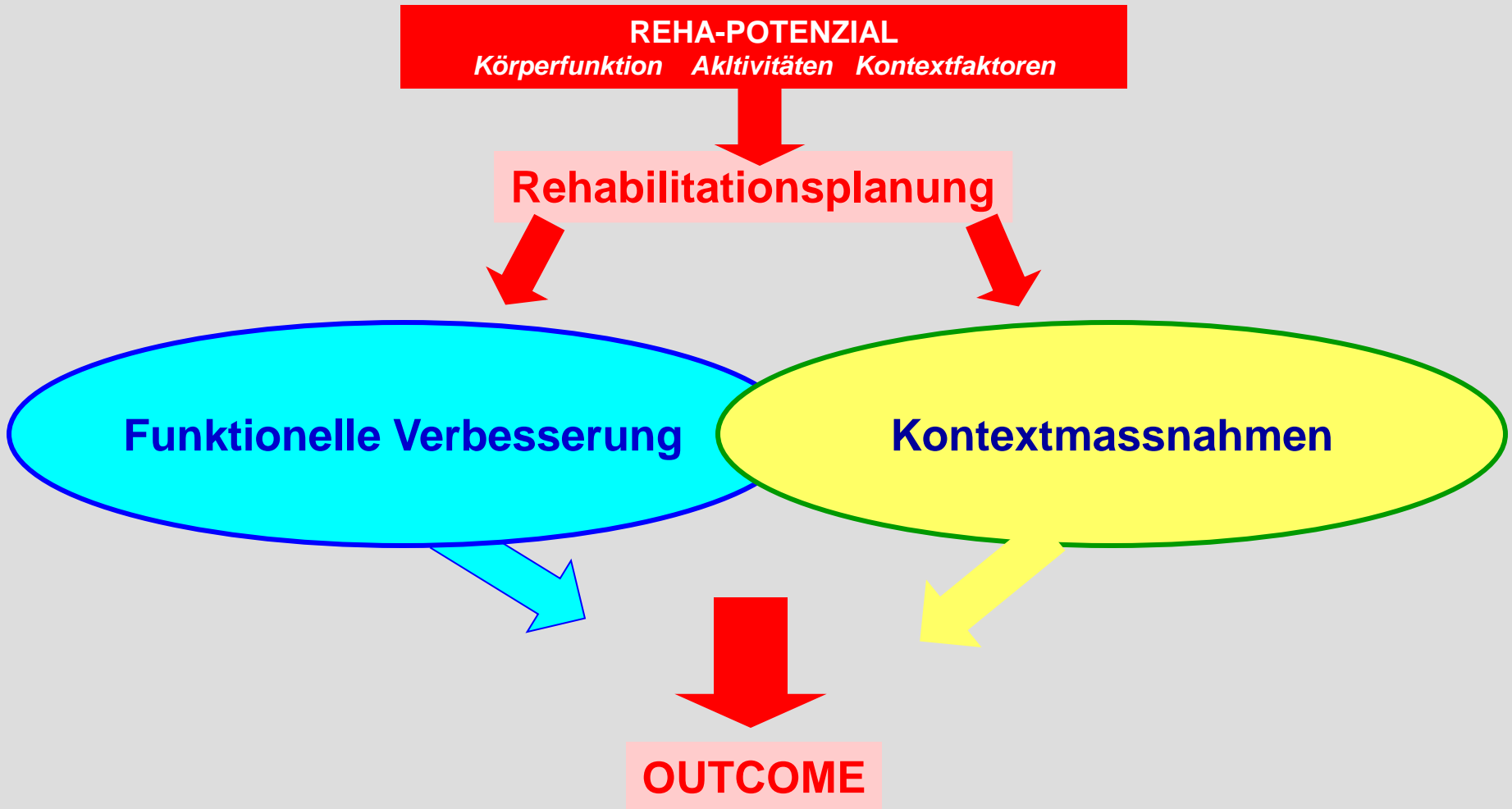
REHA-POTENZIAL
Körperfunktion Aktivitäten Kontextfaktoren

Rehabilitationsplanung

Funktionelle Verbesserung

Kontextmassnahmen

OUTCOME



Rehabilitationsinterventionen

Fachliche Konzepte

Neurowissenschaft

Funktionsbezogene Reha
Abbau von Schädigungen

Akut-
behandlung

Knowhow und Erfahrung

Komplexe Interventionen
Ermöglichung der Partizipation

Sozialwissenschaft

Interaktion
Mensch - Umwelt

Einfluss von Veränderungen des Kontexts und / oder neu erworbener Erkrankungen / Hospitalisation

Kontext:

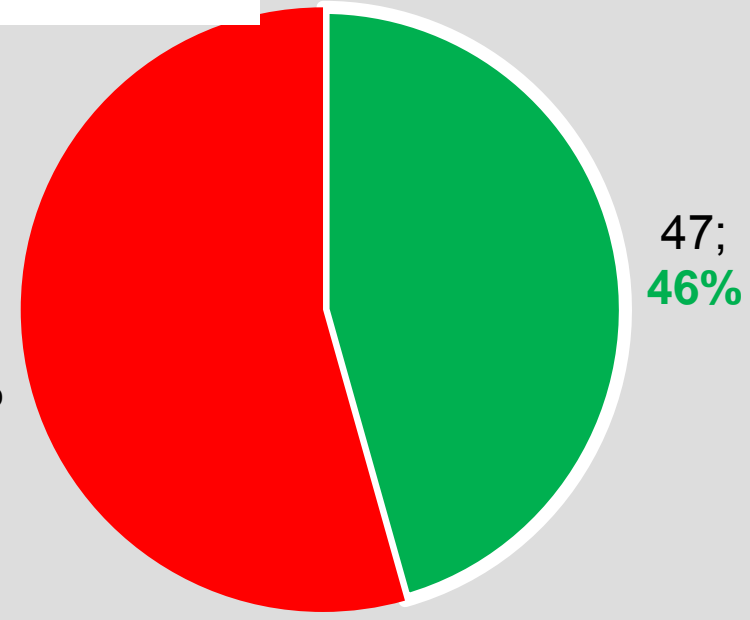
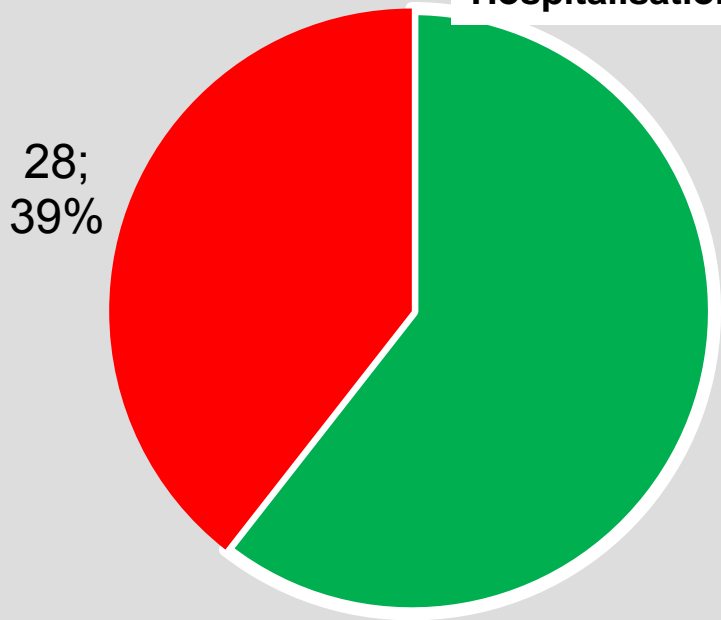
- Erkrankung / Tod der betreuenden Person
- Trennung vom Lebenspartner
- Wechsel der Wohnung
- Neuerkrankungen des Patienten
- Hospitalisationen

71 Patienten
1-3 Jahre nach

Keine Veränderung

71 Patienten
nach Entlassung

Veränderung des Kontextes



P<0.05

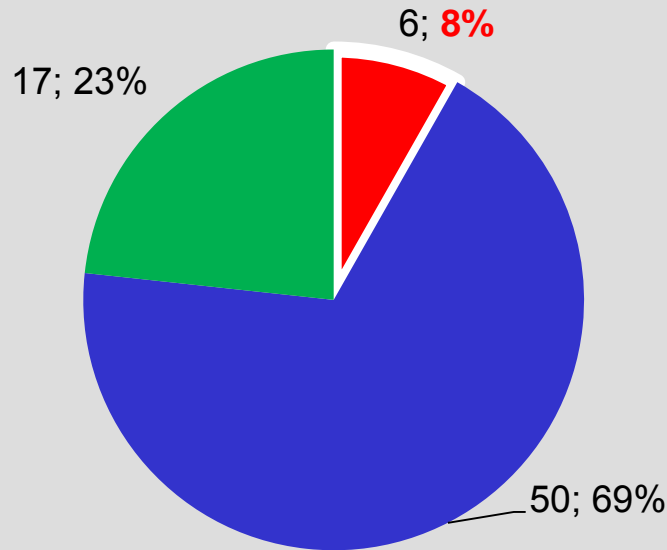
■ Wohnziel erreicht ■ Wohnziel nicht erreicht

■ Wohnziel erreicht ■ Wohnziel nicht erreicht

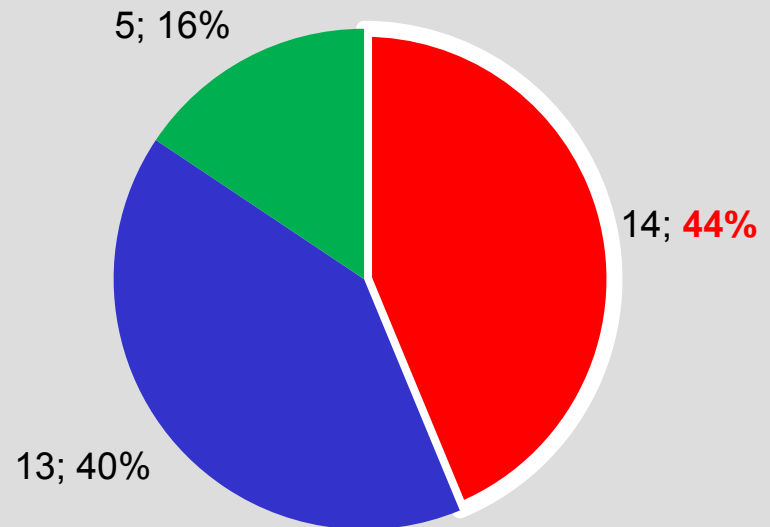
Veränderungen der Zielkategorien «Wohnen»

Vergleich von Patienten, die auf Hilfe angewiesen sind und alleine leben (A4) oder in einer Partnerschaft leben (A3)

A3 Leben mit betreuendem Partner
n=73



A4 Leben allein mit externer Hilfe
n=32



p<0.001

actual lower category actual same category
actual higher category

actual lower category actual same category
actual higher category

Fallbeispiel

Beispiel

Frau A., 58 jährig

Kontext

- Aktive, verheiratete Frau
- Übergewichtig: 158kg
- Lebt zusammen mit Ehemann, 1 erwachsene Töchter, 1 Sohn
- Lebt in einem Einfamilienhaus
- Familie finanziell gut gestellt

Beispiel

Frau A., 58 Jahre

Einweisung LUKS

- Doppelseitige Hirnstamm- und Kleinhirnininfarkte
- Fehlendes Bewusstsein, Gewicht: 158 kg

Nach 106 Tagen

- Ehemann will Patientin nach Hause nehmen
- Bauliche Anpassungen und Hilfsmittel
- Schulungen Familie / Betreuer
- Einüben des Alltags zu Hause (DOR)

Nach 174 Tagen

- Entlassung nach Hause

Nach 551 Tagen

- Gut integriert
- geht 10m am Rollator, 111kg, Transfer mit Ehemann, Ferien in Majorca

Beispiel

Frau A.

Fazit

Erfolgreiche Rehabilitation

- Gute Eingliederung zu Hause
- Familie und Patientin zufrieden
- Hohe subjektive Lebensqualität

Trotz

- Hoher Pflegebedürftigkeit
- Spitexbetreuung

Jedoch

- Weiterhin ständige Fortschritte
- Sukzessive Senkung der Betreuungskosten

Beispiel (hypothetisch)

Frau B., 58 jährig

Kontext:

- verheiratete Frau
- Übergewichtig: 158kg
- Lebt zusammen mit Ehemann in einer Dreizimmerwohnung im 3. Stock eines MFH, ohne Lift.
- Ehemann berufstätig mit Teil-IV-Rente, leidet an Herz-Kreislaufproblemen und Diabetes, reduziert belastbar.
- 1 erwachsene Töchter, 1 Sohn, beide haben Familien und leben im Ausland. Haben nur noch wenig Kontakte mit den Eltern.

Beispiel

Frau B., 58 Jahre

Nach 106 Tagen

- Entscheid zur Betreuung im Pflegeheim

Nach 128 Tagen

- Entlassung in Pflegeheim

Nach 551 Tagen

- Lebt in PH
- Kann an einzelnen Wochenenden Besuche zu Hause machen

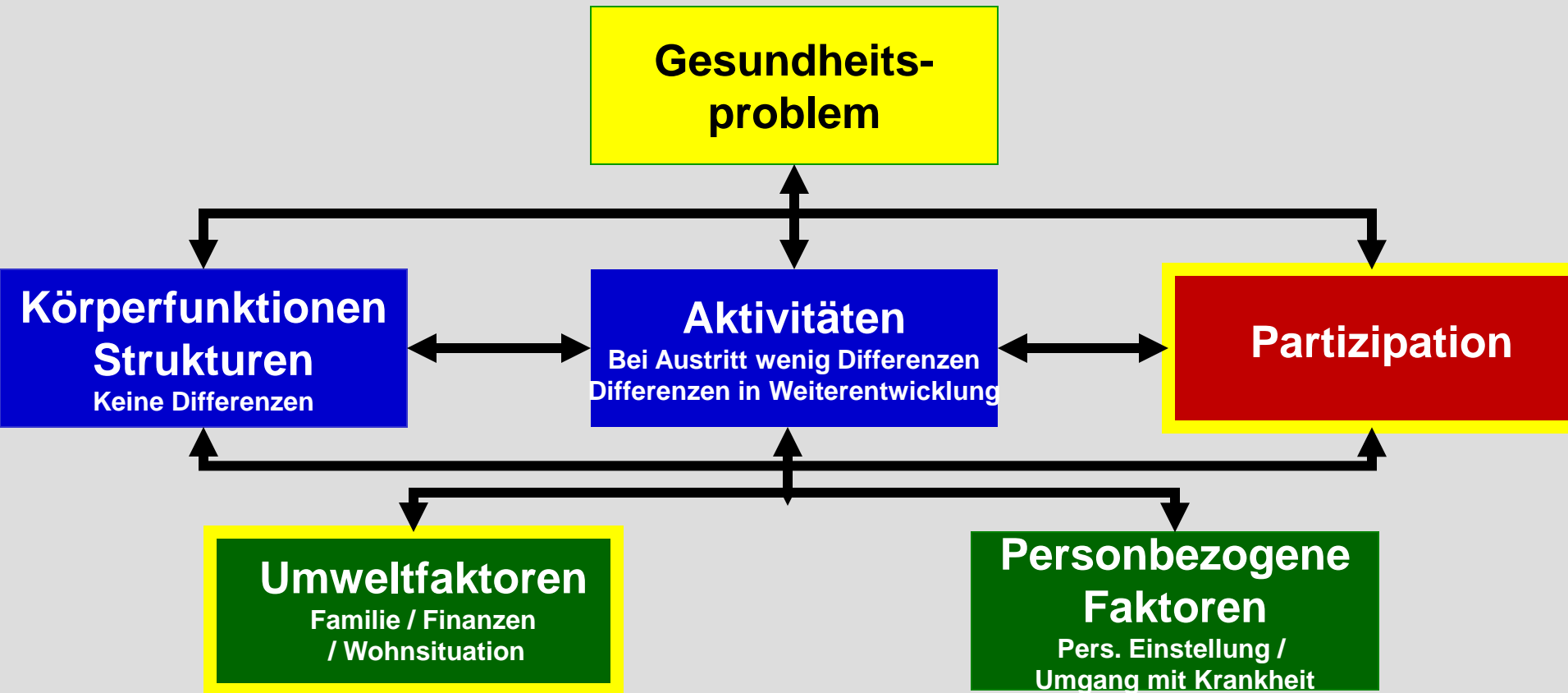
Langzeitvergleich Patientin A / B

Unterschiedliche Verläufe aufgrund der Kontextsituation

Auswirkungen	Pat A Nach Hause	Pat B Pflegeheim
Partizipation am Leben	stark	
Voraussetzungen für Fortschritte	gut	
Ambulante Rehab Massnahmen	Shared Care	Einzeltherapien
Stationäre Kosten	sFr. 390'000	sFr. 298'000
Poststationäre Kosten pro Jahr	sFr. 32'000	sFr. 105'000

Rehabilitationsergebnis Frau A und B

Bedeutung des Kontextes für Outcome



Shared Care

Ein kontextorientiertes Rehabilitationskonzept

B.L., 1989, f
Maturandin

Einweisung LUKS

29.12.2008 bis 09.01.09

Sehstörungen

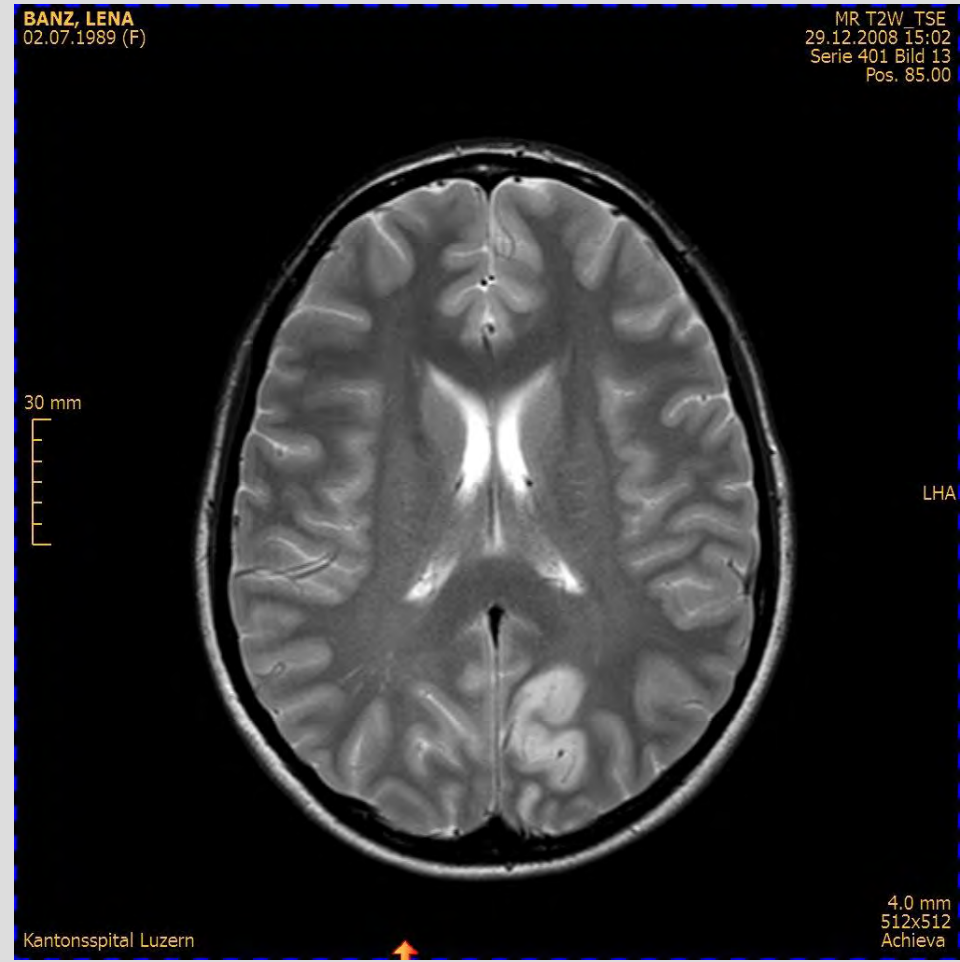
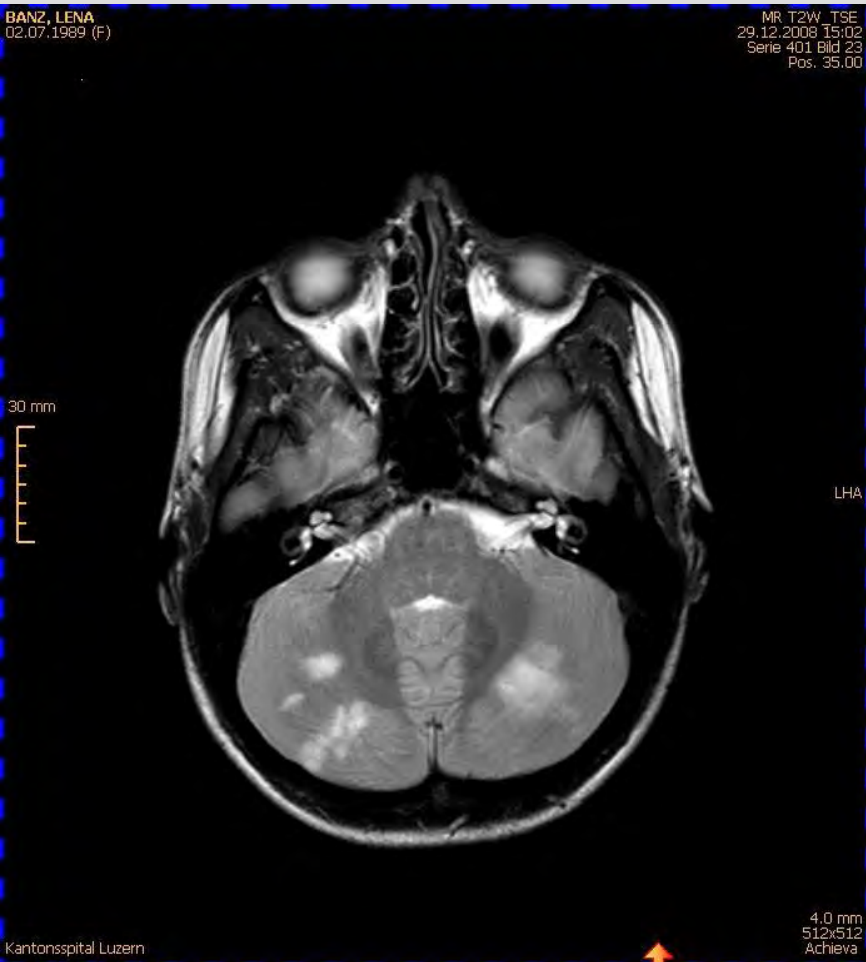
Diagnose:

Mehrere kleine Schlaganfälle im Hinterhaupt und
Kleinhirn

Bilaterale Dissektion der Vertebralarterien

B.L., 1989, f

Maturandin



B.L., 1989, f
Maturandin

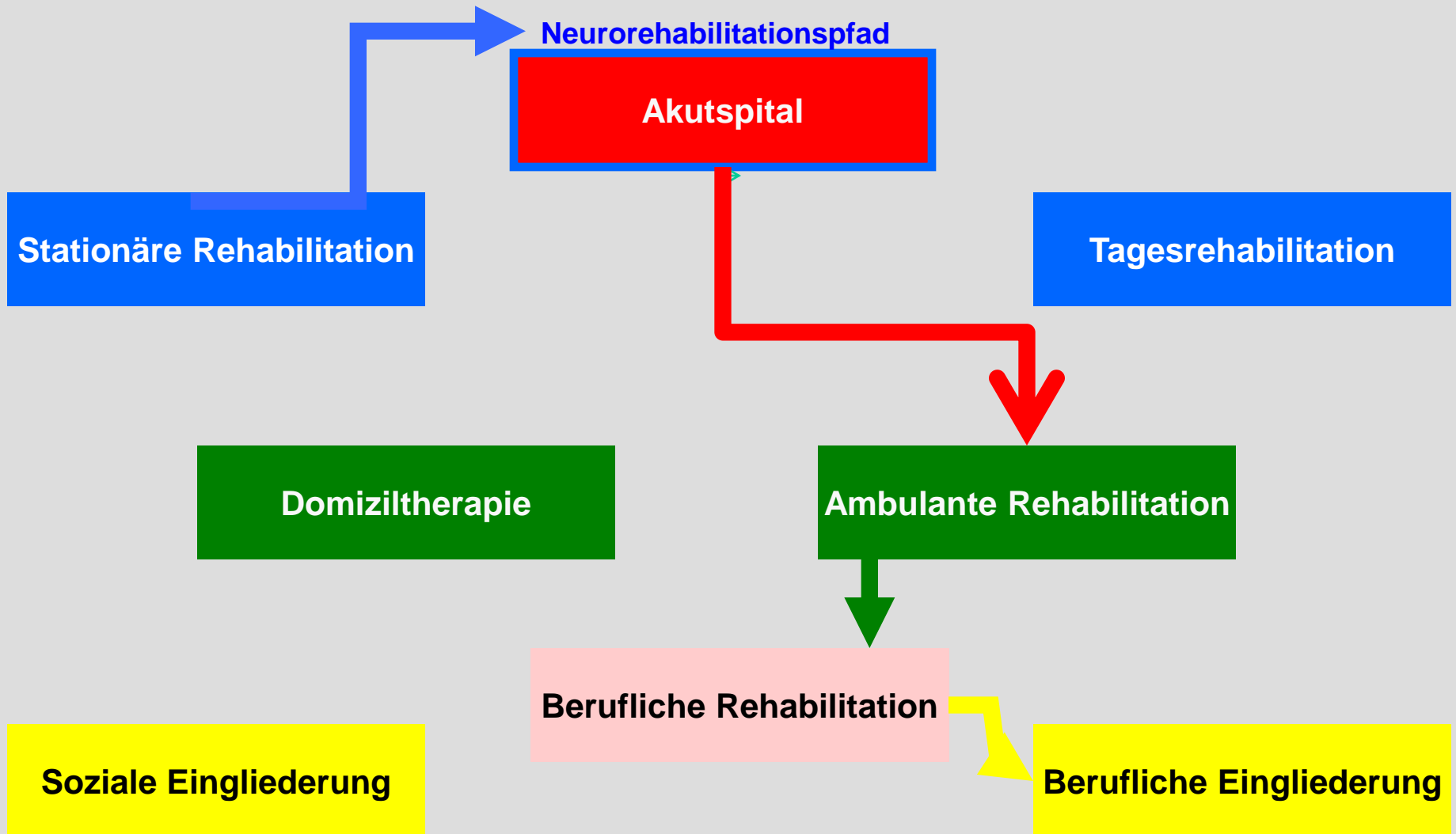
- Akutmedizin
 - Abklärung und Akutbehandlung
 - Gesichtsfeldausfall nach links
- Neurorehabilitationspfad
 - Ergotherapie / Physiotherapie: Feinmotorik
 - Neuropsychologische Testung
 - Normale Motorik
 - Normale Neuropsychologie
 - Deutlich reduzierte körperliche und mentale Belastbarkeit

Organisation Neurorehabilitation in Lausanne und Einstieg in
Maturitätsklasse in Toulouse

B.L., 1989, f
Maturandin

- Reintegration in die Maturitätsschule in Toulouse
 - Neuropsychologie: Begleitung des Reintegrationsprozesses über das Telefon
 - 10.04.09 Neurologischer Follow up
 - 14.04.09: Rehabilitation Shared Care Konferenz: Patientin mit Mutter, Neuropsychologin, Reha-Mediziner
 - Planung des weiteren rehabilitativen Vorgehens
- Ziel
 - Maturitätsabschluss im September 2009 (anstelle Juli)

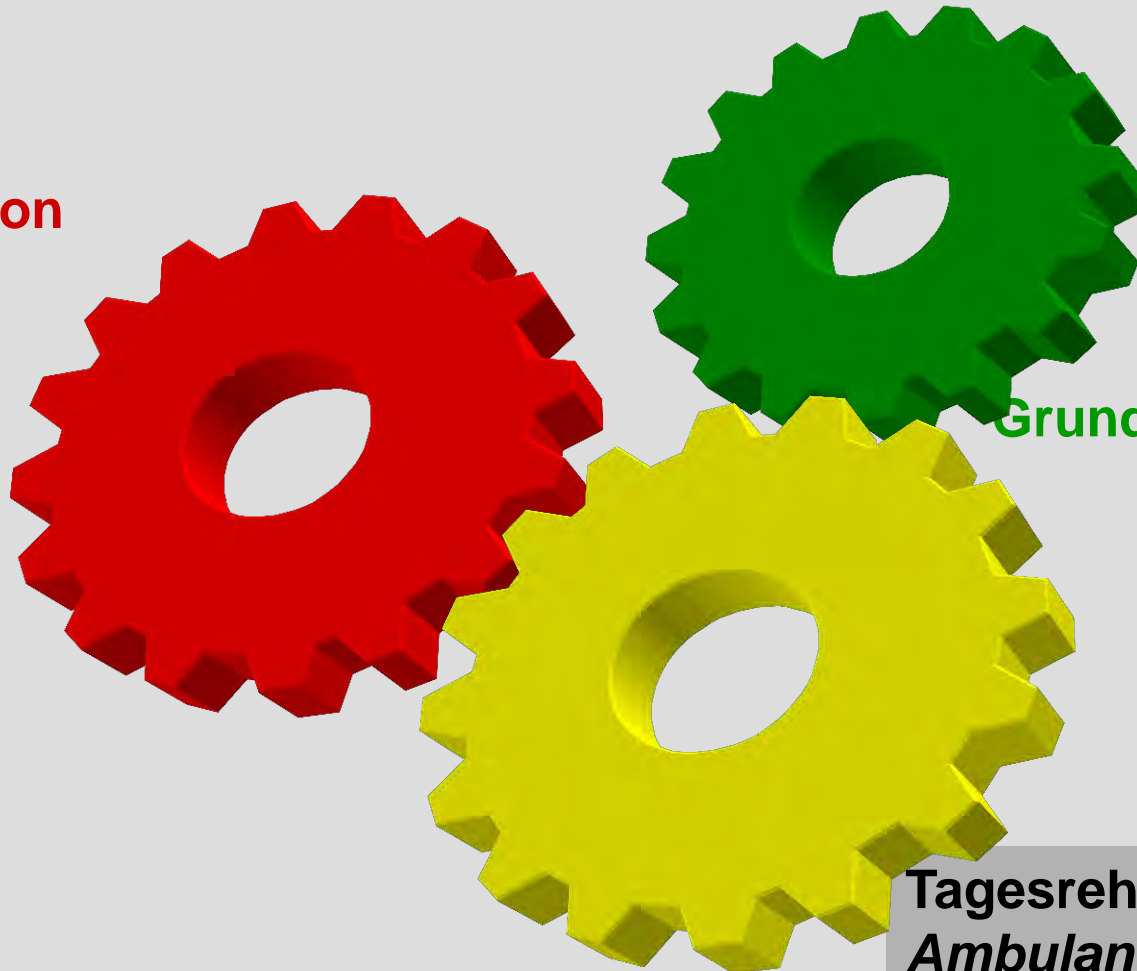
B.L., 1989, f
Maturandin



Shared Care

als Drehscheibe der vernetzten Rehabilitation

**Stationäre
Rehabilitation**



Grundversorger

**Tagesrehabilitation
Ambulante Rehabilitation**

Trägerübergreifende Leistungen

Zelfel,R.C., Berufliche Rehabilitation im Wandel der Gesellschaft,
Inauguraldissertation, 2007

- Sind sehr häufig
- Aber kaum erfasst
- Kaum koordiniert

Shared Care bietet ein Modell, das alle diese Leistungen zusammenfasst und dafür sorgt, dass jeweils die geeigneten Reha-Institutionen gemeinsam die gesetzten Ziele optimal anstreben.

Shared Care

Ausgangslage

- In jedem Staat besteht bereits eine organisierte Gesundheitsversorgung mit definierter Sozialpolitik und vorgegebenen ökonomischen Bedingungen.
- Es geht deshalb darum, bestehende regionale Rehabilitationsinstitutionen in ein Gesundheitssystem mit vorbestehender Primär- und Sekundärversorgung zu integrieren.

Shared Care

Ziele

- Dem Menschen mit einer Behinderung wird eine regional basierte Rehabilitationsbehandlung in der Wohnregion zugänglich gemacht.
- Dabei muss er **nicht** auf das Know-how des Zentrums verzichten.

Das Shared Care Modell

Partnerschaft zwischen Reha-Zentrum und regionaler
Grundversorgung

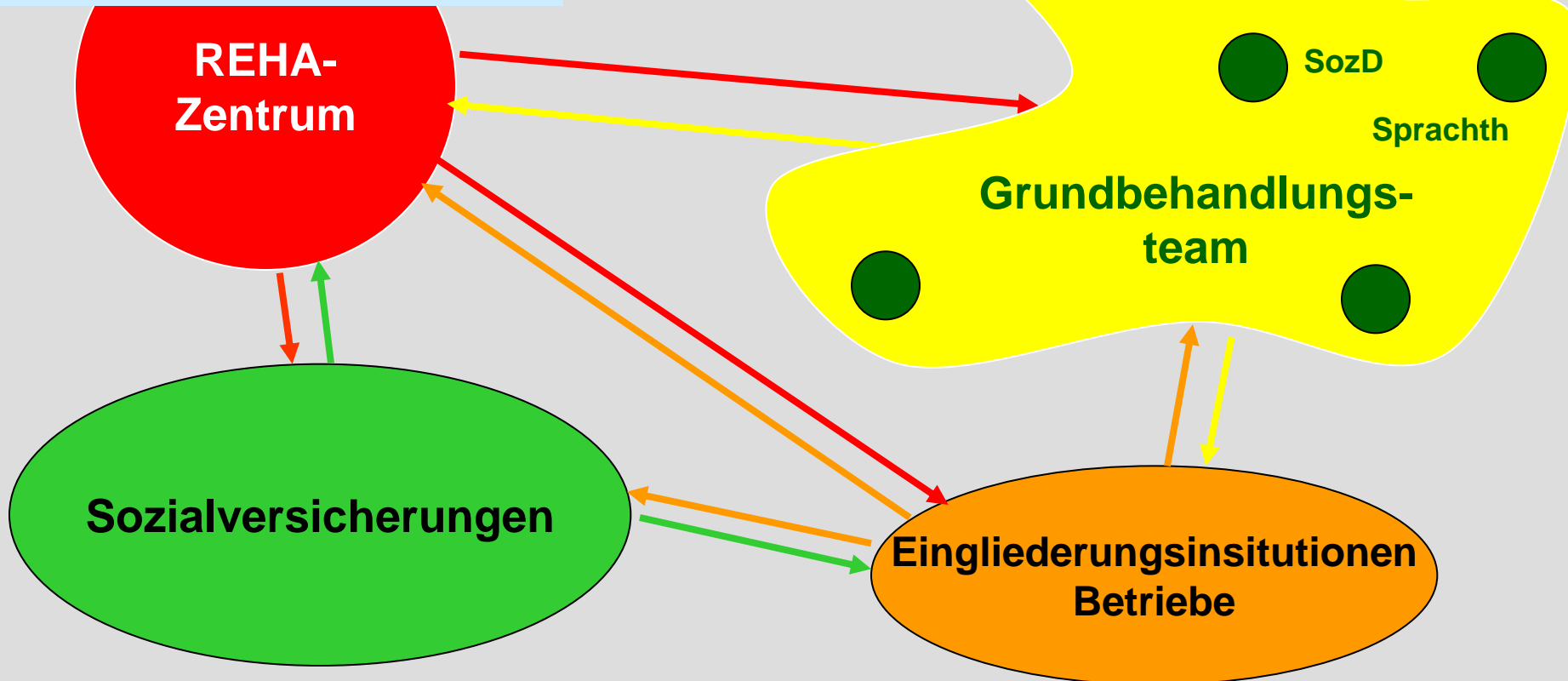
Vernetzt die ambulante Rehabilitation im Rahmen der
medizinischen und rehabilitativ-therapeutischen
Grundversorgung

Verteilt die Aufgaben zwischen der regionalen
Grundversorgung und dem Rehabilitationszentrum

Regional basierte berufliche Frührehabilitation

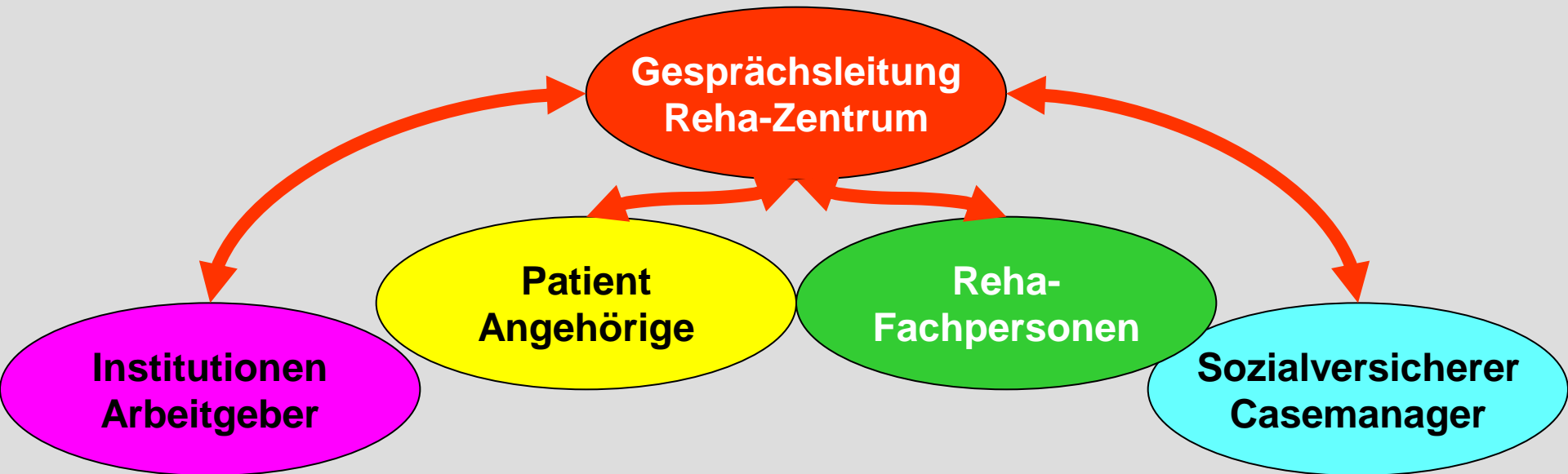
„Shared Care Modell“

Stationäre Rehabilitation
Tagesrehabilitation
fachliche Unterstützung
Koordination



Shared Care

Das Rehabilitationsgespräch



1. Bestandesaufnahme, Evaluation Zielerreichung
2. Bestätigung / Anpassung Partizipationsziel
3. Festlegen von Teilzielen / Terminvorgaben
4. Rehabilitationsplan / Aufgabenverteilung / Kommunikationswege / Zuständigkeiten / Termine

Shared Care Patienten in Luzern

2005 bis 2008

191 Patienten

Ein effizientes Managementinstrument

Mittlere Betreuungsdauer

- 267 Tage (8 bis 1092)

6 Stunden Gesamtaufwand pro Woche

- 3 Shared Care Konsultationen pro Patient
- 60 – 80 Patienten pro Jahr

Das Shared Care Modell

Vorteile

- Mit kleinem Personalaufwand können viele Patienten betreut werden
- Die Zusammenarbeit verhindert Doppelspurigkeiten und Konfliktsituationen
- Gewährleistet einen nahtlosen Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation
- Hohe Flexibilität und geringe Investitionen

Das Shared Care Modell

Gesundheitspolitischer Aspekt

- Kleinunternehmer im Gesundheitswesen in den zentrumsfernen Regionen werden gestärkt (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten).
- Dadurch bleiben rehabilitationstherapeutische Angebote den zentrumsfernen Regionen erhalten.

Literatur

- Eldar, R, Integrated institution – community rehabilitation in developed countries, Disability and Rehabilitation. 2000; 22:266-274
- Rentsch, H.P. Das „Shared Care Modell“ als effizientes und qualitativ hochstehendes Versorgungsprinzip in der Rehabilitation. Neurologie und Rehabilitation. 2004;10:253-260
- Rentsch, H.P. Das „Shared Care Modell“: Am Beispiel der Neurorehabilitation Luzern. Managed Care. 2003 (6):34-36
- Bucher, P., Dommen-Nyffeler, I und Rentsch, H.P. Die Umsetzung der ICF im Spannungsfeld von Kontext und neurorehabilitativer Intervention. Neurologie und Rehabilitation, 2005; 11:196-203

Besten Dank

Dr. med. Hans Peter Rentsch
Médecin adjoint Neurorehabilitation
Luzerner Kantonsspital
CH-6000 Luzern 16

hanspeter.rentsch@luks.ch