



Bericht des IGPNR Workshops vom 1.3.2011

Thema: neurologische Langzeit PatientInnen

Teilnehmende:

Martina Gilli, Bernadette Vögele, Gail Cox Steck, Adrian Pfeffer, Anita ???, Christine Horstmann, Hansueli Schläpfer, Maya Keller, Charlotte Wälti, Beatrice Schindler

Vorbereitung:

Anne-Lise Joray-Tendon, Sandra Signer

Aus einer Fülle von Themen, welche interessierte IGPTR.N Mitglieder an Tagungen und Mitgliederversammlungen aufbrachten (vgl Tabelle 1), wählten die Moderatorinnen als Einstieg zwei aus:

1. Rückblick auf drei Austauschforen IGPTR-N:

Nebst angeregten Diskussionen in den Foren wurden drei Bereiche vertieft bearbeitet:

a) „Typisierung“ von Patienten (vgl Tabelle 2)

Typ a: verbessern, viel Potential, Fortschritte

Typ b: erhalten, mittleres Potential, saisonal

Typ c: Verlauf aufhalten, wenig potential, chronisch progredient, geriatrische Veränderungen

b) Diskussion um die Begrifflichkeit „Rehabilitation“ in diesem Kontext

Rehabilitation ist der koordinierte Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen

- zur Funktionsverbesserung

- zum Erreichen grösstmöglicher Eigenaktivität

- zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird

c) eigene Definition eines „Langzeitpatienten“ in diesem Kontext:

Hirnverletzte, welche nach Erstrehab (nach ca 6 Monaten) weiterhin ambulante Neurorehabilitation benötigen

2. Kurze Zusammenstellung einiger Erkenntnisse aus der Literatur

a) einige Aussagen zu Prognose von Behinderungen nach CVI, die zeigen, dass Bereiche wie Gehfähigkeit, allgemeine Mobilität oder Pflegebedürftigkeit nach einem

- Jahr noch bis zu einem Drittel der Betroffenen vorhanden ist (1), dass motorische oder ADL Fähigkeiten nach 5 Jahren zurückgehen können (2).
- b) Erkenntnisse zu allgemeinen Behandlungsgrundsätzen wie das Überwinden eines Plateaus der motorischen Erholung (3) oder allgemeine Therapieschwerpunkte im Langzeitmanagement (4)
 - c) Algorithmen aus dem muskuloskelettalen Bereich zur Überprüfung von Hypothese/Management und Initialisierung einer Therapiepause (5), (vgl. Tabelle 3)
 - d) Effekte, Grenzen und Möglichkeiten einiger Therapieansätze in einem ambulanten Setting nach CVI, wie z.B. intermittierend intensiv versus kontinuierlich, Gruppensetting etc. (6,7,8)

3. Themenfindung und Diskussion

Wie schon in vorgängigen Diskussionsrunden zeigten sich heterogene Interessen der Teilnehmenden. Je nach Patientengut in Klinik oder Praxis divergieren die Problembereiche und die persönlichen Interessen zu Veränderungen (vgl. Darstellung unten).



Einige Themen konnten diskutiert werden. So wurde z.B. der Bereich von **Kosten/Tarife/Hilfestellungen bei Härtefällen** erwähnt, wo unser Verband physio swiss sehr aktiv und erfahren ist und auch diverse Tools zu Hilfestellungen bietet (Briefvorlagen etc). Hier können wir alle auf ein kompetentes Netzwerk zurückgreifen und dieses nutzen.

Eine andere Diskussion drehte sich um den **Begriff „Langzeitpatienten“**. Um eine klarere Abgrenzung zum Begriff der „Langzeitverordnung“ herzustellen, gefiel der Vorschlag von „neurologischen Patienten in Langzeitbehandlung“ oder „neurologische Patienten mit

Langzeitmanagement“.

4. Ergebnis der Diskussion in Kleingruppen zum Thema „wie behandeln wir“?

Nach regem Austausch kamen zahlreiche Behandlungs- und Managementmöglichkeiten zusammen. Im Nachfolgenden sind einige Auszüge aufgelistet:

- **Therapiepausen:**

gehören dazu, sind von Beginn weg an Patient und Betreuende kommuniziert, sind mit validierten Tests monitorisiert, sind die Regel (vice versa: keine Pausen sind begründete Ausnahmen), haben variable Dauer (ca 4-10 Wochen)

- regelmässiger Gebrauch von **Assessments:**

helfen nicht nur für Zielfindung und Verlaufsmessung, sondern helfen auch z.B. in der Kommunikation mit Patient für Veränderungen oder Plateaus darzustellen

- **Therapeutenwechsel** sind wichtig!

- Behandlung ist meist ein **Kompromiss** zwischen verschiedenen Anforderungen und Einflüssen (Patientenwunsch, ärztliche Verordnung, Kostenträgerbereitschaft, Angehörigenvorstellungen, eigenes Setting)

- **ICF** ist ein hilfreiches Denk- und Kommunikationsschema gegenüber allen Playern

- **Verlaufsmessungen** sind unerlässlich, man muss herausfinden, wie oft und wann diese sinnvoll sind

- unsere **Ideale** sind eine angepasste Wahl von Einzel-, Gruppentherapie, Heimprogramm, Integration von Assessment, Coachingelemente etc

5. Unsere Sorgen und Bedenken in diesem Themenkreis?

In den Diskussionen, in welchen sich die unterschiedlichen Anforderungen an uns zeigten, wurden auch Sorgen formuliert:

- zunehmender Kampf um unsere **Zeit** und das **Geld** (Tarif, Anzahl bezahlter Behandlungen)

- Verknüpfung der Anforderungen des Patienten mit dem aktuellen **gesundheitspolitischen Umfeld**

- unser **berufliches Selbstverständnis** gegenüber dem zunehmendem Kostendruck

- wie viel **Kunde** ist der Patient?

- „intensives“ Training hilft Plateaus zu überwinden! Wie viel ist **intensiv**?

Die verschiedenen Themen, das breite Spektrum, das eine Betreuung und Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen von uns PhysiotherapeutInnen verlangt, regt nicht nur zu spannenden Workshops an, wie wir es an diesem Nachmittag erleben durften, sondern sollte uns auch motivieren, unsere Fähigkeiten und unser berufliches Selbstverständnis (wie in den Gruppen diskutiert) weiter anzuspornen.