

Rehabilitationspotential erkennen – Argumente benennen

Interdisziplinarität am Beispiel der Rehabilitation
nach Hirnverletzung



Patientenbeispiel

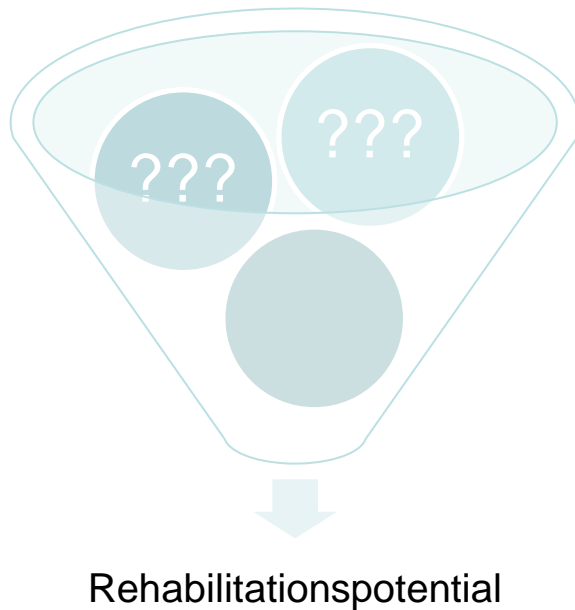


- Zeitlicher Verlauf?
- Alter?
- Ort der Läsion?
- Comorbidität?
- Grad der Lähmung?
- Aphasie?
- Harninkontinenz?
- Geschlecht?
- Bildung?
- Soziales Umfeld?
- cvRF?
- Beginn der Rehabilitation?
- Hemisphäre?
- Verlauf?
-

Prognose?
Rehabilitationpotential?



Inhalt: eine Praxisanalyse....



- Begriffe
- Theorien
- Denkanstösse



...unser Dilemma....

- «Vorhersagen sind schwierig, vor allem wenn sie die Zukunft betreffen»
(Twain, Churchill, Tucholsky, Valentin o.A.)
- «Vorhersagen für Kollektive von Patienten sind viel besser möglich, da man sich auf Studienergebnisse beziehen kann. Die ...Kunst wird gefordert, wenn diese kollektiven Voraussagen auf die Situation des individuellen Patienten umgedeutet werden müssen.»
G.F. Hammann: Prädiktion bei zerebrovaskulären Erkrankungen, Der Nervenarzt, 10.2014
- «Begriffe «Prognose» und «Rehabilitationspotential» sind nicht genau definiert..... Die Kostenträger verlangen jedoch «hard facts». In der Rehabilitation muss aus der Prognose und anderen Faktoren das Rehabilitationspotential bestimmt werden.»
Mark Mäder ehem Chefarzt REHAB



Unser Problem bei der Beurteilung

- Hohe Variabilität des Krankheitsbildes (Schlaganfallausmass)
- Hohe Variabilität des Heilungsverlaufs (Einflussfaktoren)



Schlagwortsuche

Rehabilitation
motorfunction
motor learning
functional status
efficacy
physiotherapy
Stroke
quality of life
neuroplasticity
motor activity
Poststroke recovery

Outcome Measures: - Quality of Live; Gait function, Arm function, psychology state

Quellen u.a.:



Bei der Einschätzung der Prognose sollte beachtet werden (Resultate zusammengefasst):

- Die Prognose ist abhängig vom Verlauf der zugrunde liegenden Läsion
- Berücksichtigung beeinflussender Faktoren:
Alter / Soziales Umfeld / Mentale Verfassung / Stimmungslage/
Einfluss von motorischen Fertigkeiten
- Therapiedauer und Therapieart sind ausschlaggebend für den Erfolg/ Prognose
Problem: unzureichende Angaben hierüber
- Therapiebeginn ist ebenfalls entscheidend für die Prognostik



Wie gut nutzen wir das Wissen zur Prognose nach CVI?



- Ergebnisse aus Studien
- Selektion der Information
- Nutzen von Instrumenten in der Befundaufnahme und Evaluation

Prädiktoren nach CVI

- Harninkontinenz
- Grad der funkt. Beeinträchtigung 2 Wo nach Ereignis (mRS)
- Schweregrad der Lähmung
- Höheres Alter
- Bewusstlosigkeit in den ersten 48h
- Zeitliche und örtliche Desorientierung
- Verminderte Rumpfkontrolle
- Vorangegangenes CVI
- Grad der Selbstständigkeit
- Grad der sozialen Einbindung



Funktionelle Prognose



Explizit eingebettet in den physiotherapeutischen Denkprozess:
 Diagnostischer Prozess – Funktionelle Prognose – Behandlungsplan –
 Behandlung - Evaluation

Table 7. Determinants and recommended measurement instruments to help establish a prognosis for the patient's functional status after the stroke.

| Domain | Determinants | Measurement instruments | |
|-----------------|---|---|-----------------------------|
| walking ability | | Administer at least: | Consider: |
| | sitting balance | TCT – sitting balance | |
| | motor function of leg | MI – lower extremity | FMA – lower extremity |
| | initial ADL skills | | BI |
| | age | | |
| | homonymous hemianopia | | NIHSS – visual fields |
| | urinary incontinence | | BI – bladder |
| | premorbid walking ability | | FAC |
| | premorbid ADL skills | | BI |
| dexterity | motor function of arm | FMA – finger extension MO – shoulder abduction | |
| | initial dexterity | | FAT, ARAT |
| | neurophysiological outcome measures (MEP, SEP) | | |
| basic ADLs | ADL at end of first week | BI (day 5) | |
| | initial neurological status, e.g. motor function of arm | | NIHSS, MI – upper extremity |
| | age | | |
| | initial walking ability | | FAC |
| | premorbid ADL skills | | BI |
| | premorbid participation | | mRS |
| | recurrent stroke | | |

Prognose für 6 Monate nach Ereignis:

- Gehfähigkeit:
Sitzbalance, Beinfunktion
- Fingerfertigkeit:
Fingerextension,
Schulterabduktion
- Basis ADL:
Barthel Index



Rehabilitationspotential: ein altes Thema

- **Rehabilitationspotential:**
«indicates a prognostic evaluation of the levels of functioning the individual is capable of reaching under certain circumstances»
- **Assessment:**
Konzept von Behinderung auf Ebene des Individuums (Funktion, Alter, Geschlecht, Ausbildung, Skills) und auf Ebene der Lebensumstände (Dienstleistungen)
- **Fokus auf Fähigkeiten (weniger auf Limitationen)**
- **Konsensbasiert**



Rehabilitationspotential in der Praxis



- Übereinstimmung unter den Berufsgruppen?
- Gegenseitiges Verstehen?
- Unterschiedliche Gewichtung der Interventionen zwischen den Berufsgruppen
- Interdisziplinär oder multidisziplinär?
- Gewichtung in der Bedeutung der Zielsetzung?
- Rolle des Patienten und seiner Angehörigen innerhalb des Teams?
- Belastung für die Teammitglieder

Uneinigkeit

- «Agreement between professionals as to the rehabilitation potential of their patients was quite poor». This may reflect differences in the way they assessed the patients or differences in their concept of what rehabilitation potential actually entails.»

C. Cunningham et al: Clinical assessment of rehabilitation potential of the older patient: a pilot study; Clinical Rehabilitation 2000,14

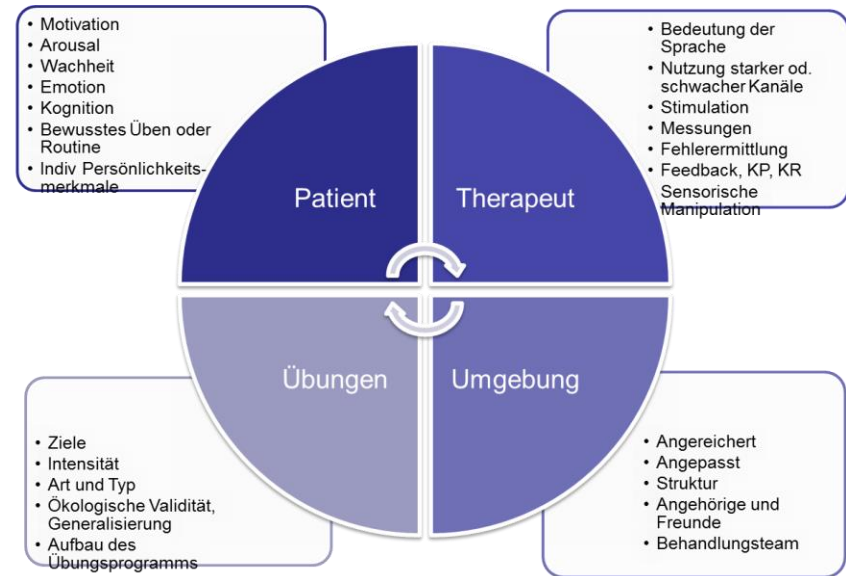
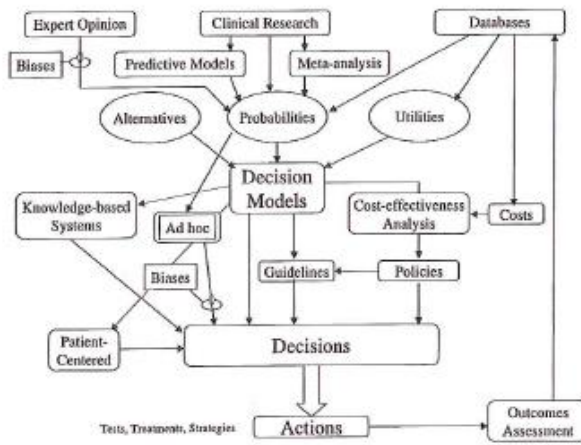
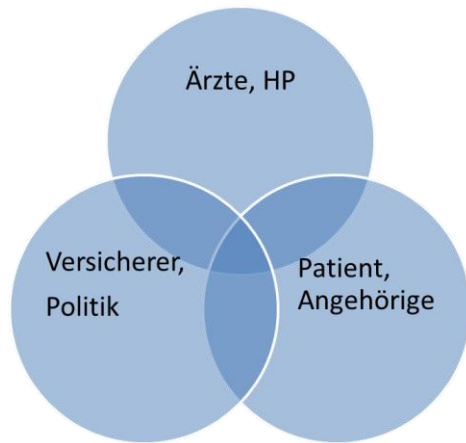


Worüber werden Aussagen gemacht?

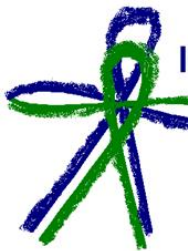
- Theorien fehlen
- Beobachtungen zum «carry over» und zum Funktionsgewinn
- unterschiedliche Bewertung durch die BG
- Arbeitsbelastung, anstehende Arbeiten, zwischen Optimismus und Realismus
- Hohe emotionale Belastung
- **Implikationen:**
 - beansprucht verschiedene Quellen
 - besteht oft aus experimentellem Wissen
 - kann wenig zuverlässig sein
 - Entscheidungen haben für den Patienten weitreichende Folgen
 - besseres Verständnis über dieses Thema könnte die Entscheidungsqualität verbessern



Entscheidungen treffen



Decision making in health care; G. Chapman et al, S. 3 ff
B. Van Cranenburgh, Neurorehabilitation, 2007



Gemeinsame Sprache

Niveaus der Wiederherstellung

- Funktionstraining
- Stimulation/Reaktivierung
- Kompensationstraining
- Anpassung der Umgebung

Der Wille zur Wiederherstellung

- Arousal
- Emotionen
- Kognition



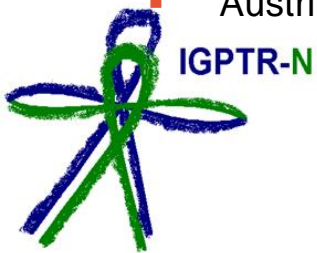
Rehabilitationsplanung

- Initiale Schwere des CVI
- Ort, Ätiologie und Typ des Ereignisses
- Funktionelle Defizite (Assessments)
- Therapiebedarf gemäss der Identifikation der Defizite
- Kognitiver Status
- Zeit seit Ereignis
- Medizinische Stabilität
- Rehabilitationsziele
- Genügend Toleranz und Ausdauer für die Therapien
- Alter und Zustand vor dem Ereignis
- Komorbiditäten
- Caregiver
- Behandlungsangebot
- Verfügbares Fachwissen
- Angehörigeneinbezug
- Austrittsmanagement

**Charakteristik
des Symptombilds**

**Charakteristik des
Patienten**

**Charakteristik
der Institution**



Gemeinsame Haltung bei «schwer betroffenen» CVI Patienten

- viele personelle Ressourcen in Therapie und Pflege, wenig funktionelle Fortschritte
- Fokus:
familiärer Support, präorbider Zustand
«slow stream rehabilitation»
- «poor prognosis» ≠ «poor rehabilitation potential»
- Rehaschwerpunkte auf Austrittsplanung, Unterstützung der Angehörigen und Komplikationen reduzieren



Prinzipien der Zielsetzung

- Patientenzentrierte Praxis
- Interdisziplinäre Praxis
- Demokratische Teamarbeit
- Partizipative Zielsetzung, SMART, überprüfen

- ☺ Im Konfliktfall sollte den Wünschen des Patienten das grösste Gewicht zugemessen werden



und nun? (Zusammenfassung der Praxisanalyse)



- ICF
- Zielsetzung
- Strukturen für Interdisziplinarität
- Prädiktoren
- Messen, monitorisieren und vergleichen
- Achtsamkeit der Sprache
- Emotionale Belastung
- Abwägen und explizite Konsensbildung
- gezielt Informationen verarbeiten und Aussagen dazu machen

Herzlichen Dank!

