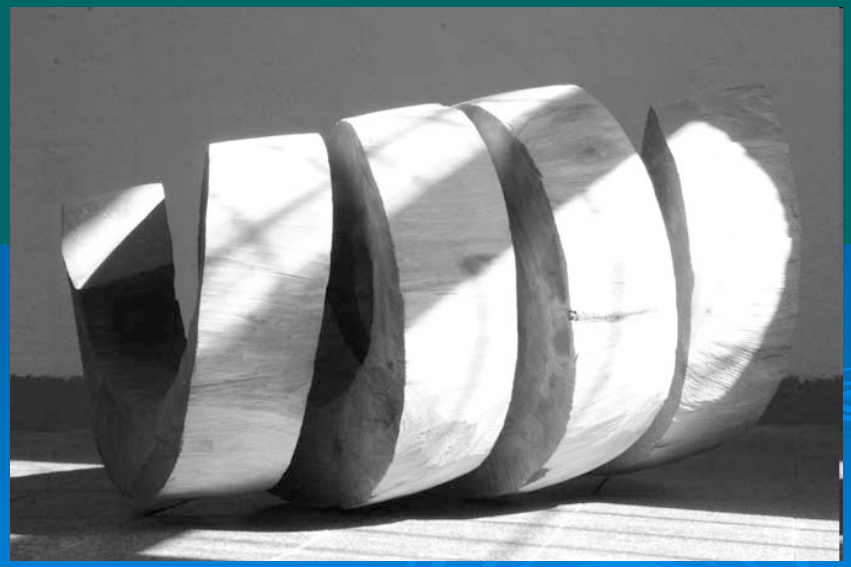
LEBENSGESTALTUNG UND ALLTAGSBEWÄLTIGUNG

nach erworbener Hirnschädigung



SCHWERPUNKTE DES VORTRAGS

- *Begriffsklärung – Alltag und Handeln*
- *Die veränderten Möglichkeiten in der Alltagsbewältigung*
- *Rehabilitationslandschaft - Österreich*
- *Vorstellung INR – Institut für neuropsychologische Rehabilitation*
  - Zielgruppe
  - Zuweiser und Vernetzung - Kostenträger
  - Behandlungsansatz - Konzept
  - Team
- Bisherige Erfahrungen und zukünftige Notwendigkeiten
- Zusammenfassung – MESSAGE TO GO

DEFINITION: Alltag

- *Unter Alltag versteht man routinemäßige*

  Abläufe im Tages- und Wochenzyklus. Der Alltag ist durch sich wiederholende Muster von Arbeit und Arbeitswegen, Konsum, Freizeit, Körperpflege, sozialer sowie kultureller Betätigung und Schlaf uvm. geprägt.

- *„Unser **HandeIn** im Alltag bestimmt, ob wir glücklich sind oder nicht.“*

  Dalai Lama

Alltag = Lebensqualität

- Unser Alltag inkludiert für uns:

  Strukturen und Routineabläufe welche Sicherheit geben, Erfolgserlebnisse, soziale Kontakte, Partnerschaft, Familie, Bewegung, Sexualität, Freizeit, Arbeit, Leistung, Humor, Körperkontakt etc.

EINSCHRÄNKUNGEN DES HANDELNS DURCH EINE NEUROLOGISCHE ERKRANKUNG KÖNNEN VIELSCHICHTIG SEIN

- Senso-motorische Störungen
- Aufmerksamkeitsdefizite
- Probleme des Lernen und Gedächtnis
- Wahrnehmungsprobleme
- Affektveränderungen
- Störungen der Krankheitseinsicht
- Sprachstörungen
- Störungen exekutiver Funktionen
- Störungen der Bewegungsabfolge etc.

Wichtige Frage!

- *Wie wirkt sich die Summe der Störungen im Alltag aus?*
-

– Kontextfaktoren (Umweltfaktoren plus personenbezogene Faktoren – diese können unterstützend oder hemmend sein.)

Die Folgen einer Hirnschädigung können nur im Kontext der Biographie und der Persönlichkeit des betroffenen Menschen sowie seiner sozialen und beruflichen Lebensumstände erfasst und beurteilt werden.

- Die Bedingungen, welche den Alltag bestimmen sind von Person zu Person verschieden. Den Alltag in seiner Komplexität zu erfassen ist schier unmöglich. Die Patienten benötigen meist viel mehr unterschiedliche Ressourcen als im klinischen Alltag!

Ziel der Rehabilitation ist, den Betroffenen zu helfen, in möglichst vielen Alltagssituationen zurechtzukommen und diese zu bewältigen.

Veränderungen und Beeinträchtigungen sind kaum überschaubar nach einer Hirnschädigung

TEILHABE UND AUTONOMIE IM PHASENMODELL

Fries et al 2007

REHA-Stufen	Phasen-modell (BAR)	Grad der Autonomie (Selbstbestimmung)	Ziele	Teilhabe
Akutbehandlung Früh-Reha	A B	**biologische Autonomie** (Vitalfunktionen)	Unabhängigkeit von Maschinen und dauernder Pflege	
Postakute stationäre und ambulante Reha	C D	**funktionelle Autonomie** (ADL [Schlucken, Toilettenfähigkeit, Selbstversorgung, Mobilität, Kommunikation	Unabhängigkeit von Pflege und ständiger funktioneller Hilfestellung	
Wohnortnahe stationäre und ambulante Reha Medizinisch-berufliche Reha ambulante Nachsorge	D E	**soziale Autonomie** (soziale Reintegration einschließlich beruflicher Wiedereingliederung)	Unabhängige, selbstbestimmte Lebensführung in der sozialen Gemeinschaft Sicherung des Rehabilitationserfolges	
Wohnortnahe ambulante (mobile) Langzeit-Reha	F	**Dauerhaft eingeschränkte Autonomie** (basale Autonomie, aktivierende Pflege, Leistungen zum Erreichen in ADL-Kompetenz, Kommunikation und Mobilität)	Betreute Lebensführung, langfristige Förderung, Vermeidung von Komplikationen (zu Hause oder in Einrichtung) Unterstützung betreuender Personen	Basale Teilhabe trotz chronischer Behinderung

KLINISCHER ALLTAG VS. LEBENSALLTAG

Fall: Gerhard

„Sie sind gesund“ - Sie sind austherapiert“????

„ Ich versuchte einfach mehr oder weniger weiter zu leben“

„Über die Zeit machte ich negative Erfahrungen mit mir selbst“

„ Meine Rolle in der Firma verändert sich“

„Alles wurde mir zu viel – ich begann zu trinken“

„Ich hatte keine Freunde mehr – ich war alleine“

„Ich galt als arbeitsfaul“

INR –INSTITUT FÜR NEUROPSYCHOLOGISCHE REHABILITATION VILLACH

INR - ZIELGRUPPEN

- ***Patienten nach erworbener Hirnschädigung:***
  - SHT
  - Hypoxien
  - Insulten
  - Hirnblutungen - Tumorerkrankungen
  - Chronisch-progredienten Erkrankungen
- ***Patienten mit Demenzen***
- ***Patienten mit angeborener Intelligenzminderung***

Behandlungsprogramm für Menschen nach erworbener Hirnschädigung

1) Neuropsychologische Diagnostikphase

2) Neuropsychologisches Programm: Dauer: 15 Wochen

Oktober bis Feber

März bis Juni

3) Neuropsychologische Nachsorge

NEUROPSYCHOLOGISCHE STÖRUNGEN

- Gedächtnisstörungen
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Störungen der Exekutivenfunktionen
- Visuelle und visuell-räumliche Defizite
- Sprach- und Kommunikationsstörungen
- Störungen von Persönlichkeit und Verhalten

Programm: Alltagsbewältigung

Örtlich: zuhause, im Institut, im öffentlichem Raum etc.

Setting: Einzel-, Diaden-, Triaden- und Gruppenarbeit

Soziale Integration – soziale Basisfertigkeiten:

Bereiche Awareness, Kommunikation, Verhalten und Krankheitsverarbeitung.

BEHANDLUNGSANSATZ
- Ganzheitlicher und individueller Zugang

- Beziehungs- und Motivationsarbeit - Rahmenklärung
- Problemanalyse
- Zielklärung – Zielfindung
- Therapieplanung
- Behandlung
- Evaluation

THERAPIEPLAN

Patient: Frau W — **Wochenplan** — Woche:6

Oktober	08. MO	09. DI	10. MI	11. DO	12. FR	13. SA	14. SO
9.00 – 9.50		ARGE			ARGE		
10.00 – 10.50				Aufmerksamkeit			
11.00 – 11.50			Gespräch (mit Mutter)	Aufmerksamkeit			
12.00 – 12.50			Aufmerksamkeit	Entspannung			
13.00 – 13.50	VPU	Entspannung	Aufmerksamkeit	PQRST			
14.00 – 14.50		Exekutive Funktionen	Entspannung	Exekutive Funktionen			
15.00 – 15.50		Exekutive Funktionen	Malwerkstatt	Lernwerkstatt			
16.00 – 16.50		PQRST	Malwerkstatt	Lernwerkstatt			
17.00 – 17.50			Exekutive Funktionen				
18.00 – 18.50	Walken			Walken	Schönes Wochenende		

Bitte eine gesunde Jause mitbringen!

UNSERE ZUWEISER

- *Neurologische Stationen und Ambulanzen*
- *Privatkliniken*
- *Reha-Kliniken*
- *Niedergelassene Fachärzte*
- *Vereine wie Autark, Pro mente, Arge Sozial; BBRZ Lebenshilfe, Diakonie Kärnten*
- *Klinische Psychologen – Diagnostiker*
- *Psychotherapeuten*
- *Gutachtern*
- *Firmen*
- *Internet: www.fahlboeck.at*

UNSERE VERNETZUNG

- Verein der Angehörigen
- Selbsthilfe Kärnten
- Div. Firmen
- Wohngemeinschaften
- Div. Therapeuten
- Tageszentren
- Arge Sozial
- AMS - Rehaberater
- Autark etc.

KOSTENTRÄGER

- Selbstzahler
- Firmen
- Versicherungen (Auva, Haftpflicht etc.)
- Verein (zur Förderung der amb. Neuropsych. Reha)
- Aktion „Kärntner in Not" - Charity Veranstaltungen

TEAM

- *Neuropsychologin*
- *Psychotherapeutin*
- *Kunsttherapeutin*
- *Klinischen Psychologen*
- *Klinische Psychologen i. A.*
- *Behindertenpädagogin*
- *Sozialarbeiterin*
- *Pädagogin*

Bisherigen Erfahrungen – Wichtige Faktoren

- Vertrautheit schaffen
- Ängste abbauen
- Struktur vorgeben – Sicherheiten schaffen
- Einfach- und Mehrfachanforderungen bieten
- Möglichkeit zum Einsatz von Kompensationsstrategien bieten
- Modell sein

Was wird benötigt?

- *Langzeitbeobachtung über die gesamte Rehakette*

Schnittstellenprobleme beheben

(Früh- , Postakutreha, Alltagsbewältigung, berufsorientierende Maßnahmen etc.)

Mehr professionelle Angehörigenarbeit

Es besteht oder kommt zu:

- Mangel an Wissen
- Konfliktsituationen bzgl. Über- und Unterforderung
- Mehrfachbelastungen
- chronische Überforderungssituationen
- Probleme beim Finden von neuen Rollen
- psychischen Störungen

Im Rahmen von Gruppen, Seminaren oder Einzelgesprächen

Fall: PLÖTZLICH ALLEIN

„Der Einsatz der übrigen Angehörigen ist mäßig. Sie sind zum Teil überfordert, oder sehen wenig Sinn in einem vermehrten Bemühen und wenig Erfolg. Die Fortschritte sind minimal, es gibt auch Stillstand oder kleine Rückschritte. Die Hilfe der Anderen lässt auch nach – Alltag ist eingekehrt – für alle – jeder hat seine Arbeit, Familie und Freizeit und vielleicht auch eigene Sorgen. Und ich bin allein mit meiner verrückten Situation.“

Mehr Neuropsychotherapie

- Krankheitsbewältigung

Die kognitiven Probleme schränken das Copingverhalten ein und limitieren es teilweise. Meist läuft ein ständiger psychoedukativer Prozess parallel ab.

Fall Maria:

„Zuerst hofft man, dass alles wieder gut wird. Erst wenn man weiß und begriffen hat, dass es nicht wieder wird, stellt man sich dem neuen Leben. Damit hat man den wichtigsten Schritt getan.“

- Mehr Förderung von Selbsthilfegruppen

- Vermeidung von Doppelgleisigkeiten in der Behandlung
- Berührungsängste unterschiedlicher Behandler sind wichtig abzubauen!
- Bedarf an Casemanagement im ambulanten Bereich

WAS KÖNNTE EINE GEZIELTE AMBULANTE NEUROPSYCHOLOGISCHE REHABILIATION ÖSTERREICHWEIT BRINGEN?

- Verringerung stationärer Aufnahmen
- Verringerung von Wiederholdungsaufnahmen
- Reduktion von Behandlungskosten von Angehörigen
- Reduktion von unpassenden Interventionen (Drehtür)
- Reduktion von Heimunterbringungen

Kosteneffizienz – Prigatano & Plinskin 2003

MESSAGE TO GO

- *Die vordringlichste Aufgabe des Therapeuten besteht darin, Erfahrungen zu verstehen nicht nur Worte.*

DANKE
FÜR
IHRE AUFMERKSAMKEIT