



- Medizinisches Konzept -

Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation

Dr. med. Martin Groß

Juni 2016

Lebensqualität als Schnittmenge und Ziel vernetzter Arbeit

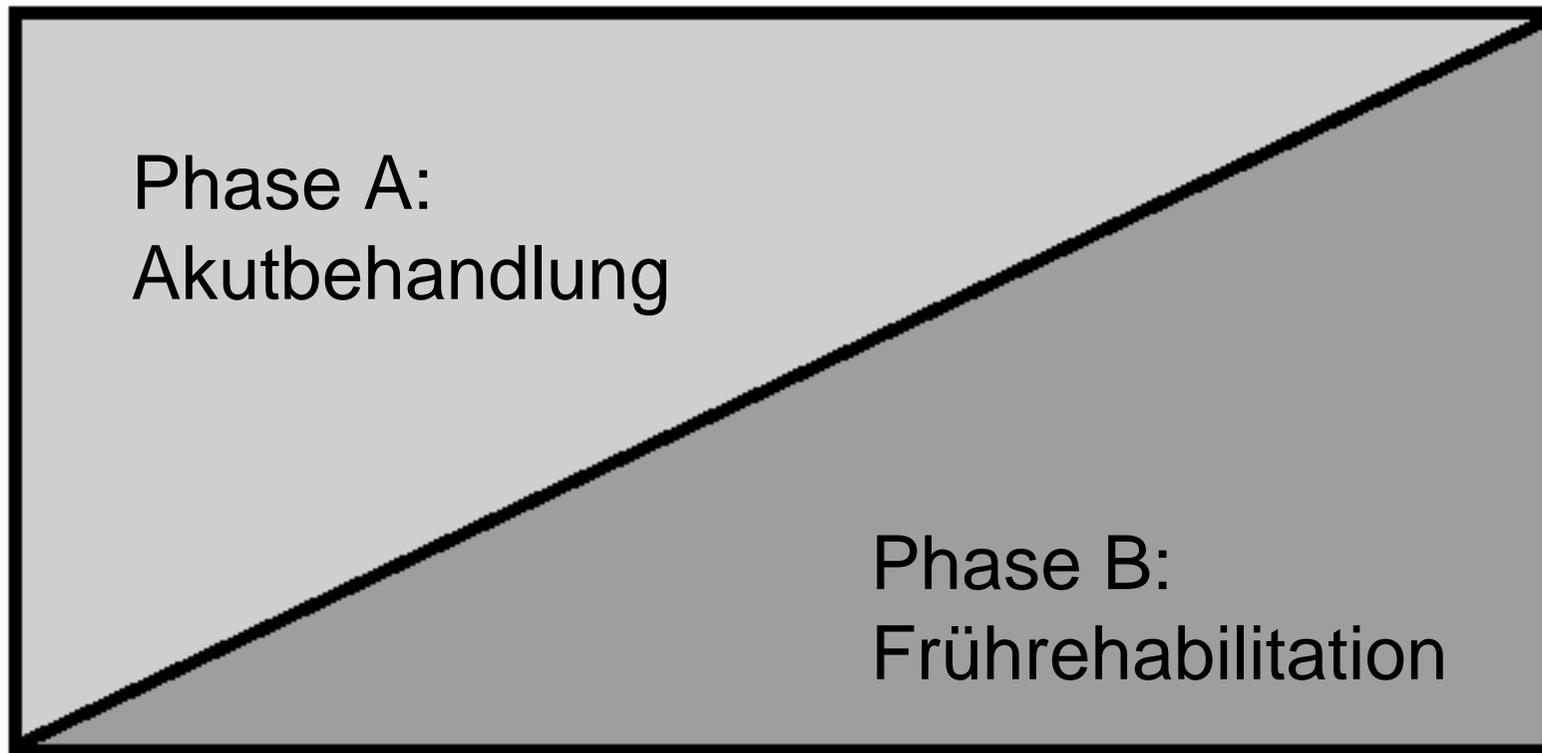


Sechs Phasen der Neurorehabilitation



- Phase A Akutphase im Krankenhaus
- Phase B Frührehabilitation (Patient schwerst betroffen, pflegeabhängig, oft bewusstseinsgestört)
- Phase C Weiterführende Rehabilitation (zunehmend aktive Mitarbeit, sinkender Pflegebedarf)
- Phase D Anschlussheilbehandlung (Patient weitgehend selbstständig in Aktivitäten des täglichen Lebens)
- Phase E Nachsorge und berufliche Rehabilitation
- Phase F Aktivierende, zustandserhaltende Langzeitpflege bei anhaltend hoher Pflegebedürftigkeit

NFR bietet nahtlose Übergänge



Aufnahme in Phase A und fließender Übergang in Phase B

NFR hat drei tragende Säulen



Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation
60 Betten

Pflegebereich Frührehabilitation

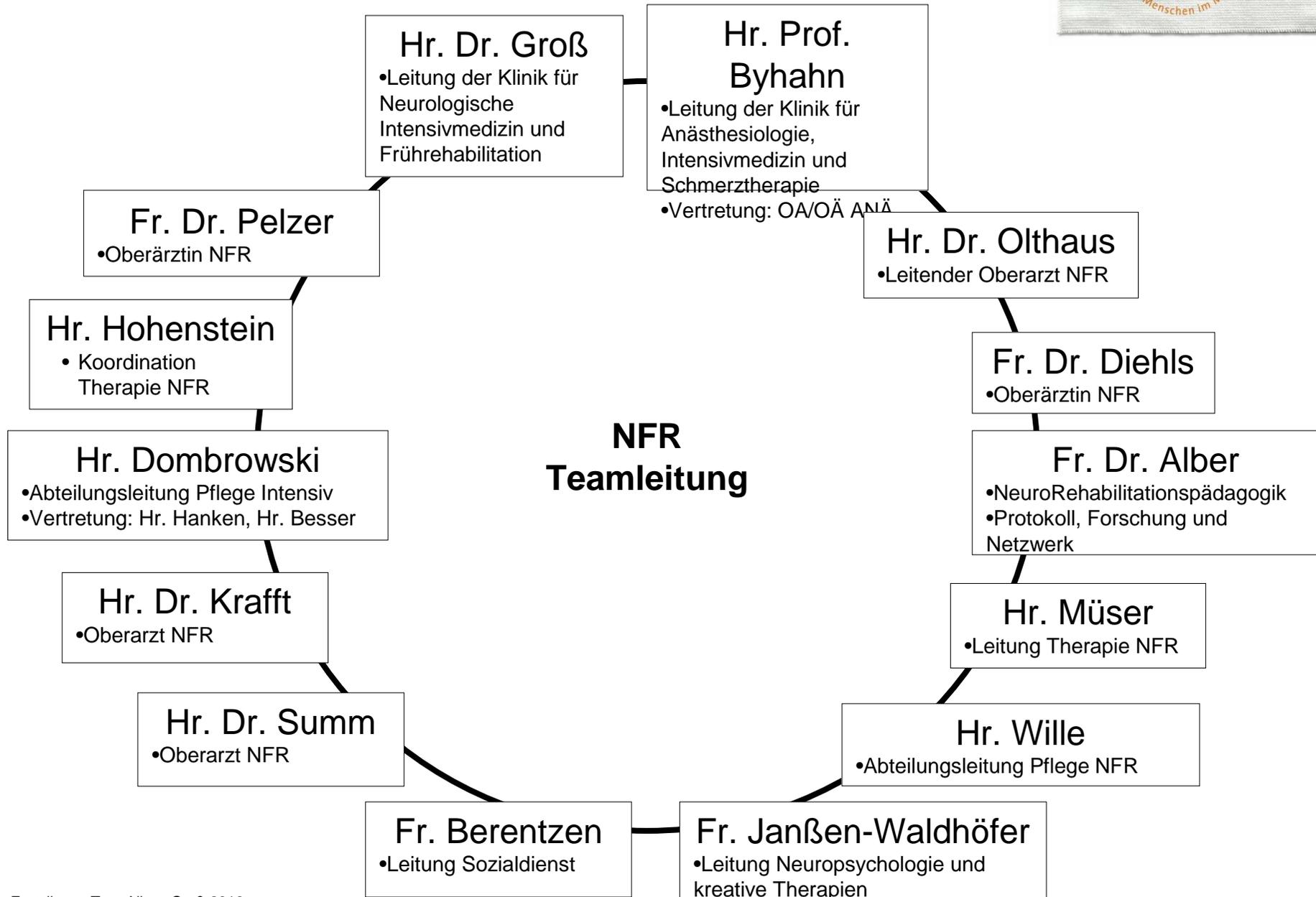
Pflegebereich
Intensivmedizin

Station 34
Frührehabilitation
20 Betten

Station 22
Beatmungszentrum,
Frührehabilitation
20 Betten

Station 29
Neurologische
Intensivmedizin
20 Betten

NFR: Interdisziplinäres Team



Station 34 - Frührehabilitation



- Ausgangspunkt des schrittweisen Aufbaus der Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation
- Behandlungsschwerpunkt neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
- Ausgeprägte Expertise in der Behandlung von Dysphagie und Spastik
- Einordnung und Behandlung von schweren Bewusstseinsstörungen sowie komplexen neurokognitiven und neuropsychiatrischen Folgeerscheinungen einschließlich psychopharmakologischer Methodik

Station 22 – Beatmungszentrum und Frührehabilitation



- Schwerpunkte neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation und Behandlung chronisch kritisch-kranker, langzeitbeatmeter Patienten
- Besondere Expertise in der Versorgung schwerer neuromuskulärer Erkrankungen wie der Amyotrophen Lateralsklerose sowie schlafbezogener Atmungsstörungen
- Anpassung des rehabilitativen Konzeptes der Teilhabe an den fortschreitenden Verlauf bei neuromuskulären Erkrankungen
- Laufender Ausbau der apparativen Ausstattung und Schulung des Personals zur Etablierung als neurologisches Beatmungszentrum für den nordwestdeutschen Raum

Beatmungszentrum: Aufgabe + Pluspunkte

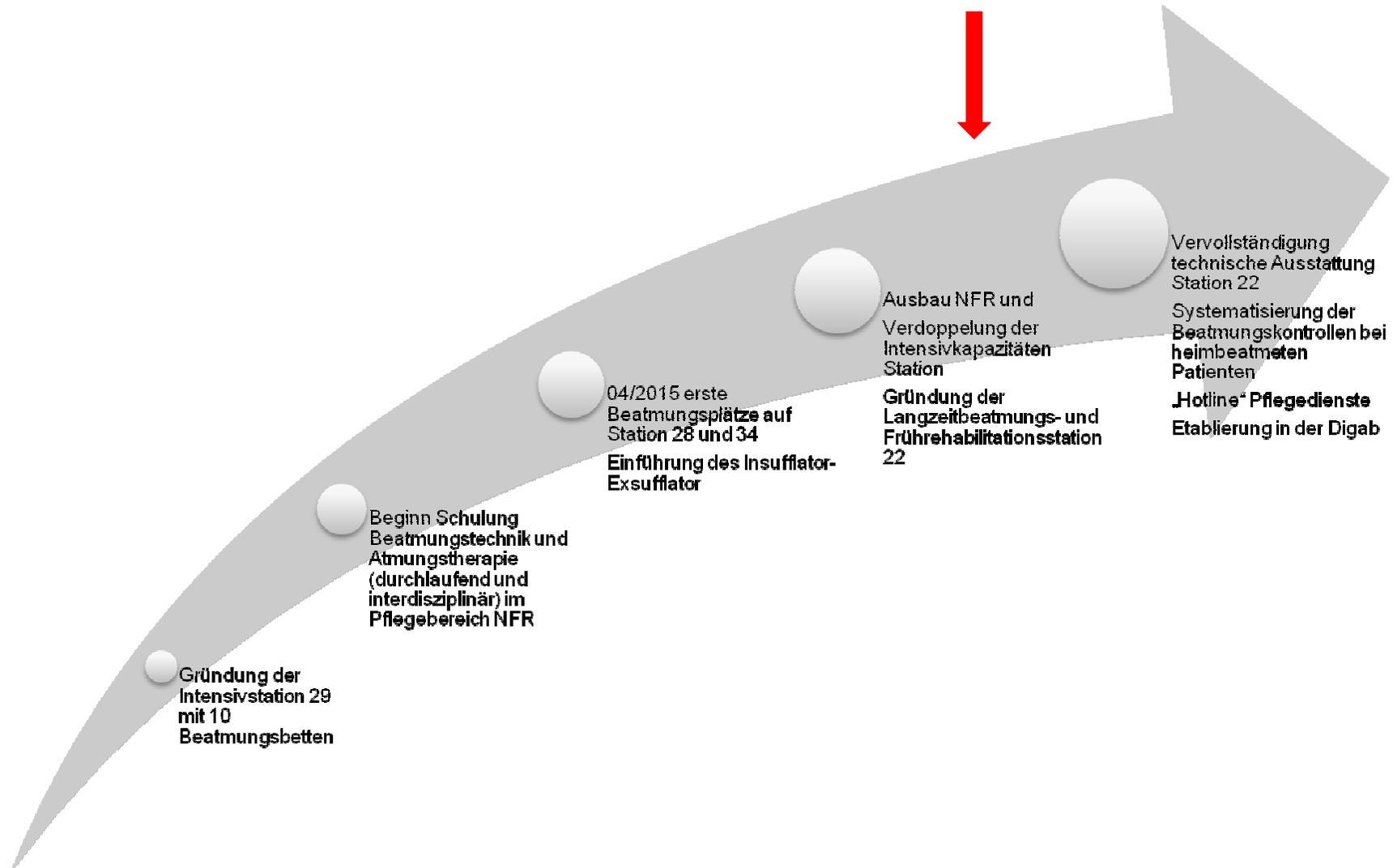


- Ersteinstellung der außerklinischen Beatmung ausschließlich in einem Beatmungszentrum
- Expertise in Indikationsstellung, Beginn und Überwachung außerklinischer Beatmung
- Langfristige Überwachung entlassener Patienten oder Anbindung an ein wohnortnahes Beatmungszentrum bei überregionaler Verlegung
- Notfallmäßige Wiederaufnahme der Patienten bei Verschlechterung und Einbindung regionaler Kliniken in die Notfallversorgung
- Ansprechpartner für außerklinische Pflegeteams

Timeline Beatmungszentrum



Wir sind hier.



Station 29

Neurologische Intensivstation



- Enge Kooperation der Kliniken für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation und für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
- Aufnahme bei Vorliegen einer akut intensivpflichtigen neurologischen oder neurochirurgischen Erkrankung, auch bei unklarer Prognose - Hämofiltration und Keimbesiedelung sind kein Aufnahmehindernis
- Hochdynamischer Erkrankungsverlauf, eventuell Erfordernis eines palliativen Vorgehens
- Breites Spektrum therapeutischer Unterstützung zum frühestmöglichen Zeitpunkt
- Volle Weiterbildungsermächtigung für Neurologische Intensivmedizin als absolutes Alleinstellungsmerkmal in Nordwestdeutschland

Station 29

Hand in Hand: ANÄ und NFR

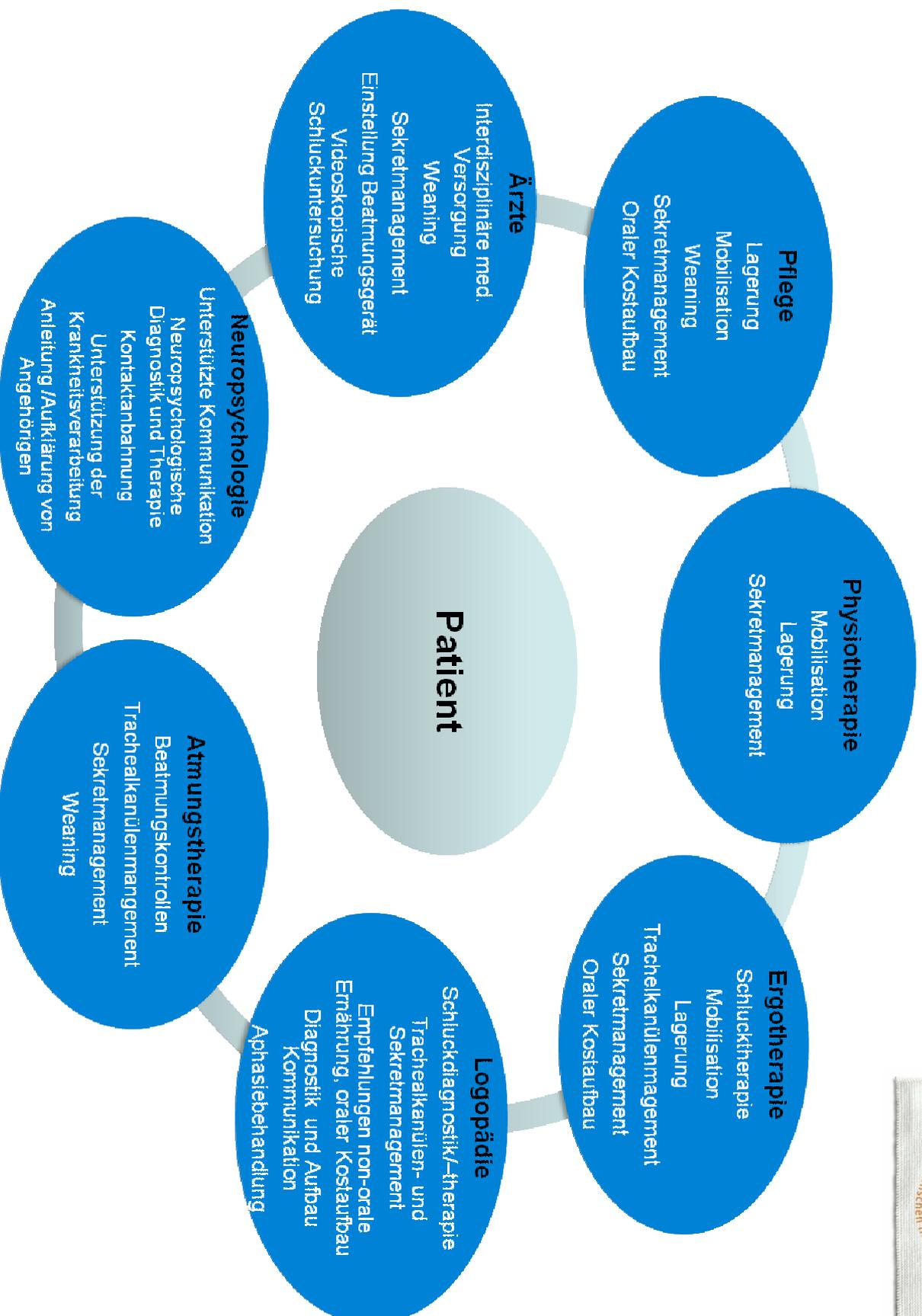


- Verantwortlichkeit für die anästhesiologisch - intensivmedizinische Versorgung der Patienten der Station 29 bei der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie mit ihrem ärztlichen Leiter (Prof. Dr. Byhahn)
- Verantwortlichkeit für die neurologisch-intensivmedizinische und frührehabilitative Versorgung sowie die Heim- und Langzeitbeatmung bei der Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation (Dr. Groß)
- Pflicht zur unbedingten Kooperation und Absprache vor Entscheidungen als Arbeitsaufgabe und Qualitätsmerkmal

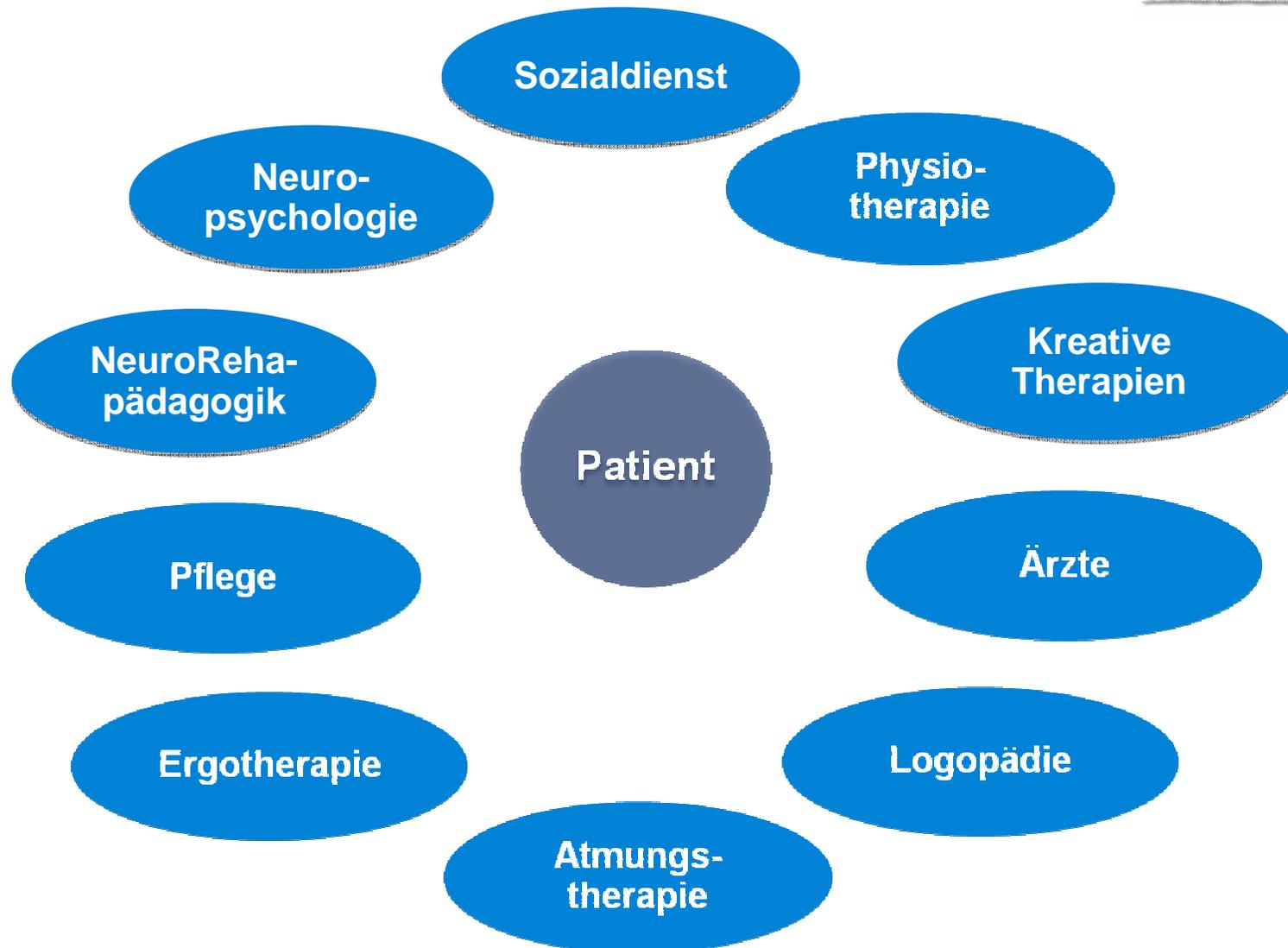
Konzepte



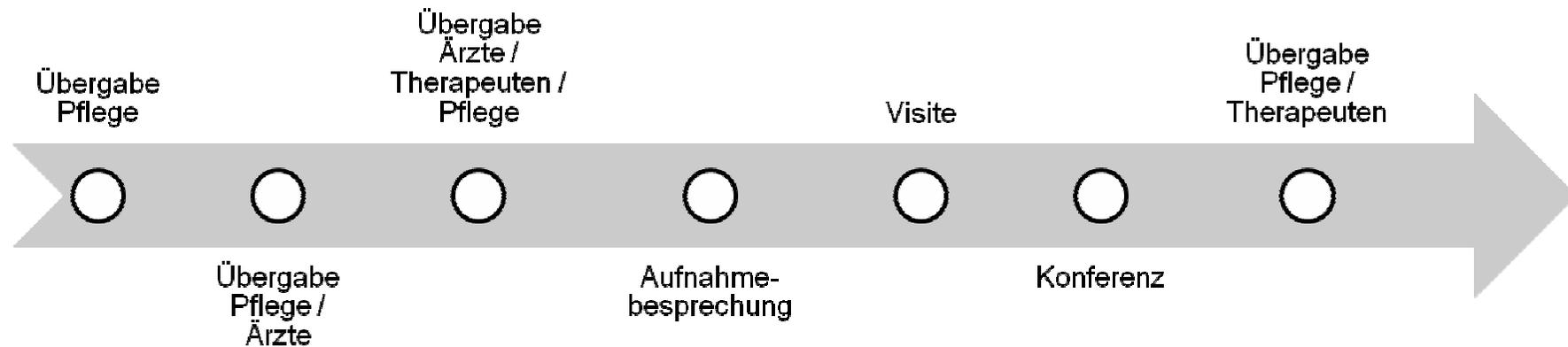
Aufgaben im Team



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

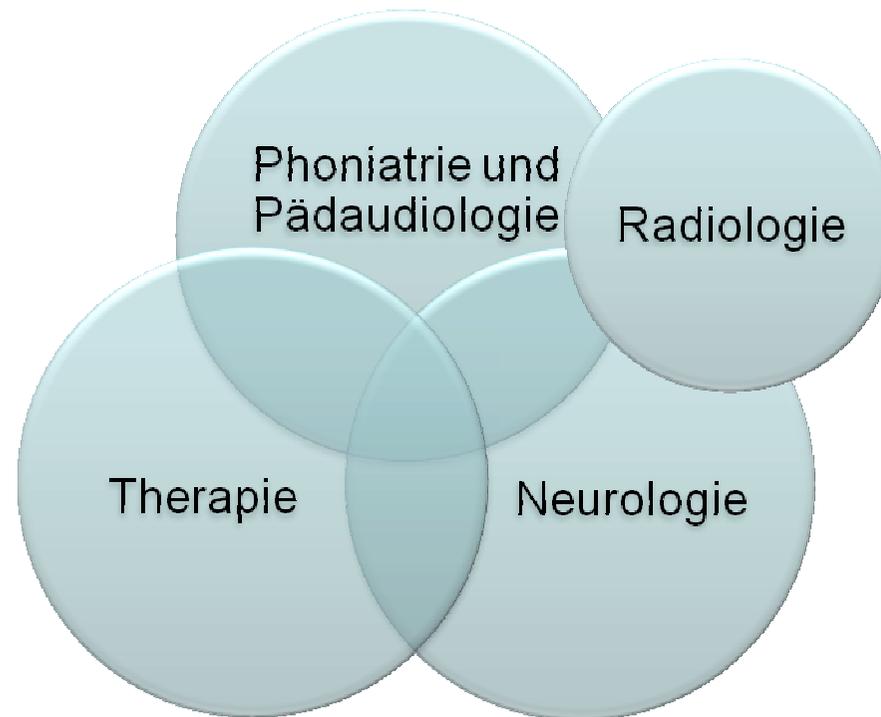


Hochkomplexer Abstimmungsbedarf: Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team



Beispiel 6:00 – 13:00 auf Station 29 (nebst stetiger persönlicher Abstimmung)

Kooperative Organisation: Dysphagiologie



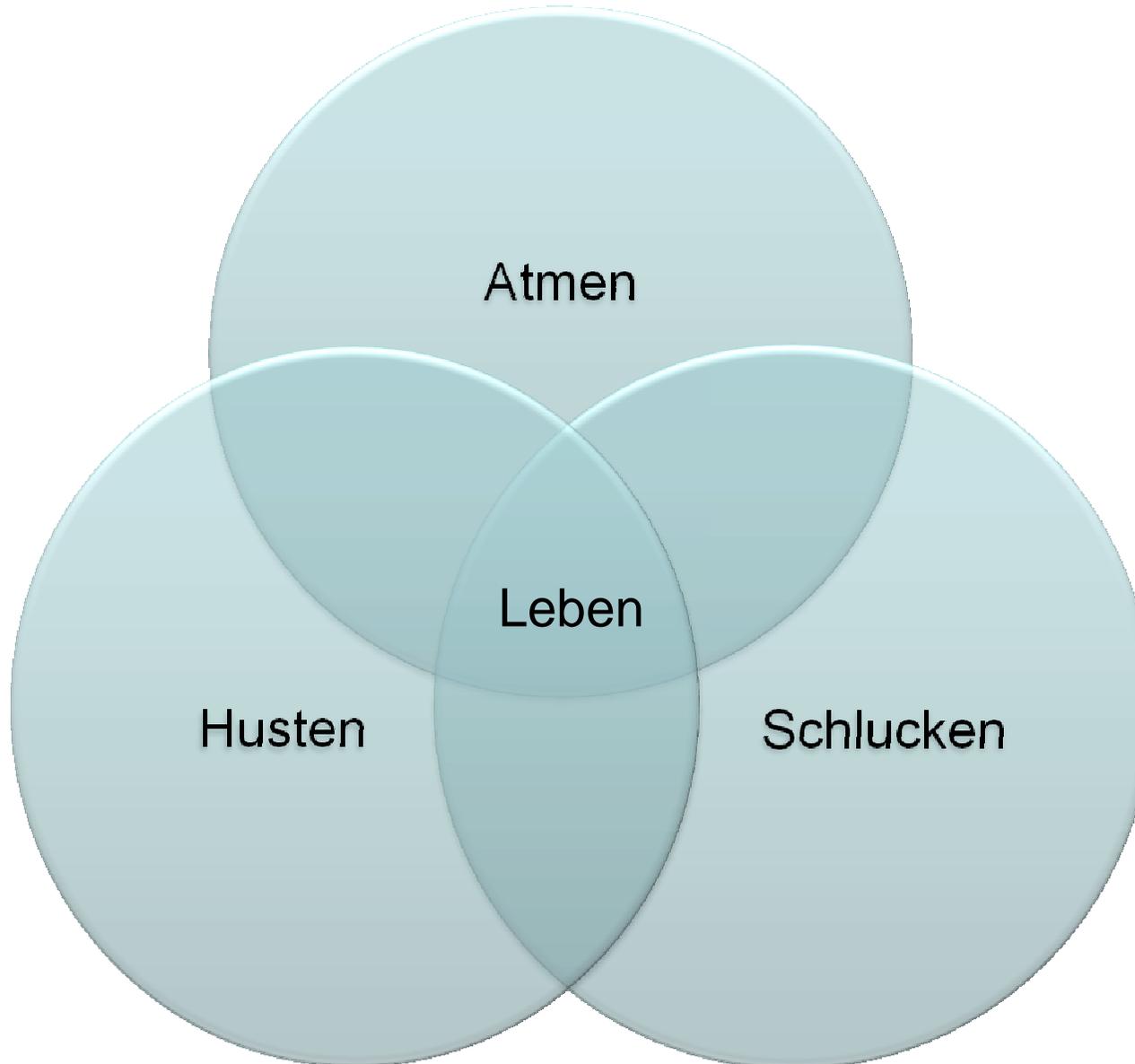
Phoniatrie / Pädaudiologie:	FEES (federführend), Erstdiagnostik
Logopädie:	FEES-Verlaufsdagnostik, klinische Diagnostik, funktionelle Dysphagietherapie, Kanülenmanagement
Ergotherapie:	funktionelle Dysphagietherapie, Kanülen- und Sekretmanagement
Neurologie:	Behandlungsverantwortung, Management, Langzeitbeatmung
Radiologie:	Videofluoroskopie, Schichtbilddiagnostik

Schwerpunkt Atmungstherapie

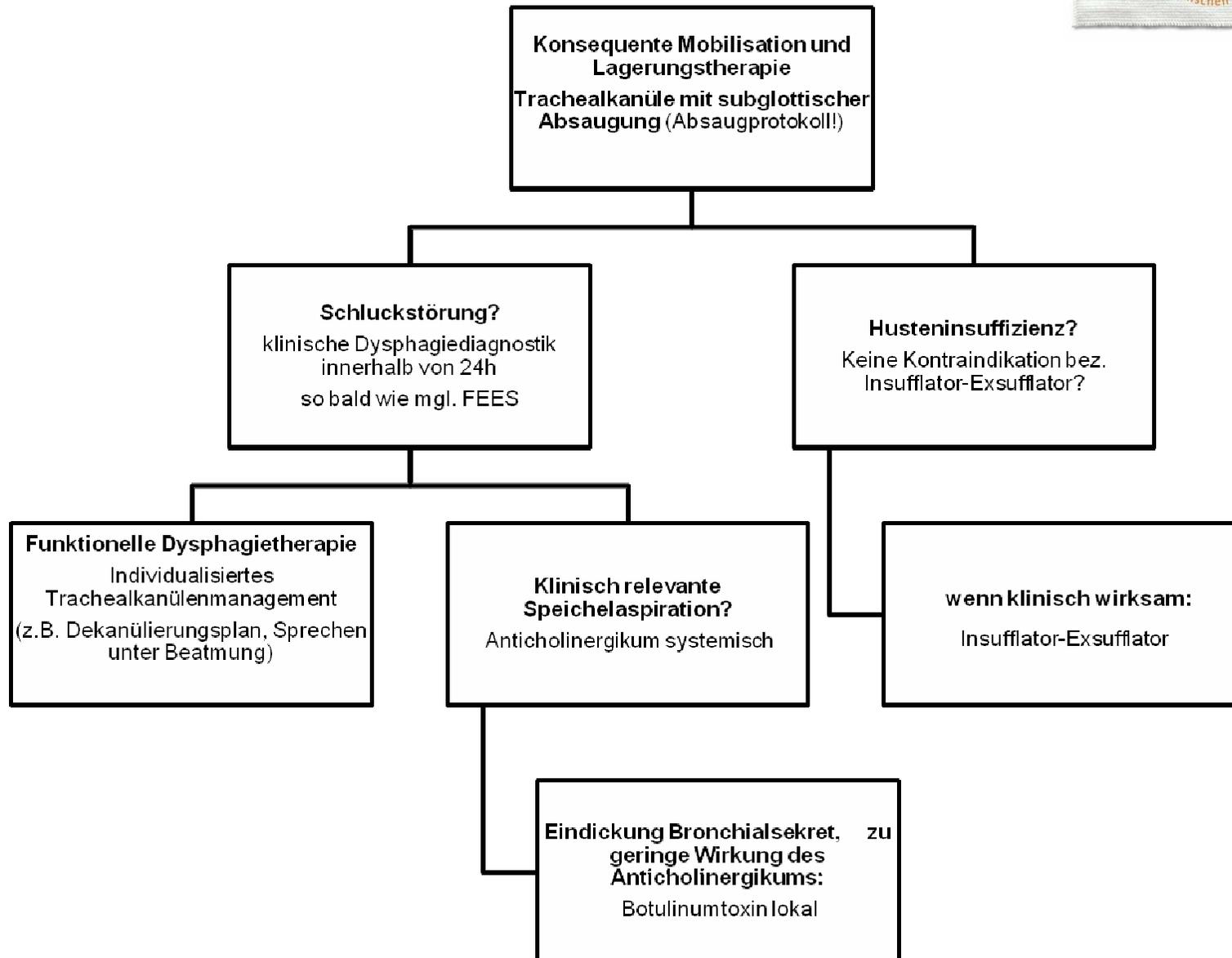


- Zunehmend bedeutsames Thema aufgrund der Ausweitung des Beatmungsschwerpunktes der Klinik
- Durch konsequente Atmungstherapie Reduktion von Sekretretention und Pneumonien
- 2 Therapeuten und 4 Pflegekräfte in Weiterbildung zum Atmungstherapeuten (2-jährige Weiterbildung für Physiotherapeuten und Pflegekräfte (DGP), auch für andere Therapiebereiche (z.B. Logopädie, Ergotherapie) möglich bei der Deutschen Gesellschaft für pflegerische Weiterbildung (DgpW))
- Dozententätigkeit durch Dr. Groß (Neurologie für Atmungstherapeuten) bei der Deutschen Gesellschaft für Pflegerische Weiterbildung
- Jährliche Fachsymposien, veranstaltet durch die Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation

Bedeutung der Atmungstherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen



Sekretmanagement-Algorithmus



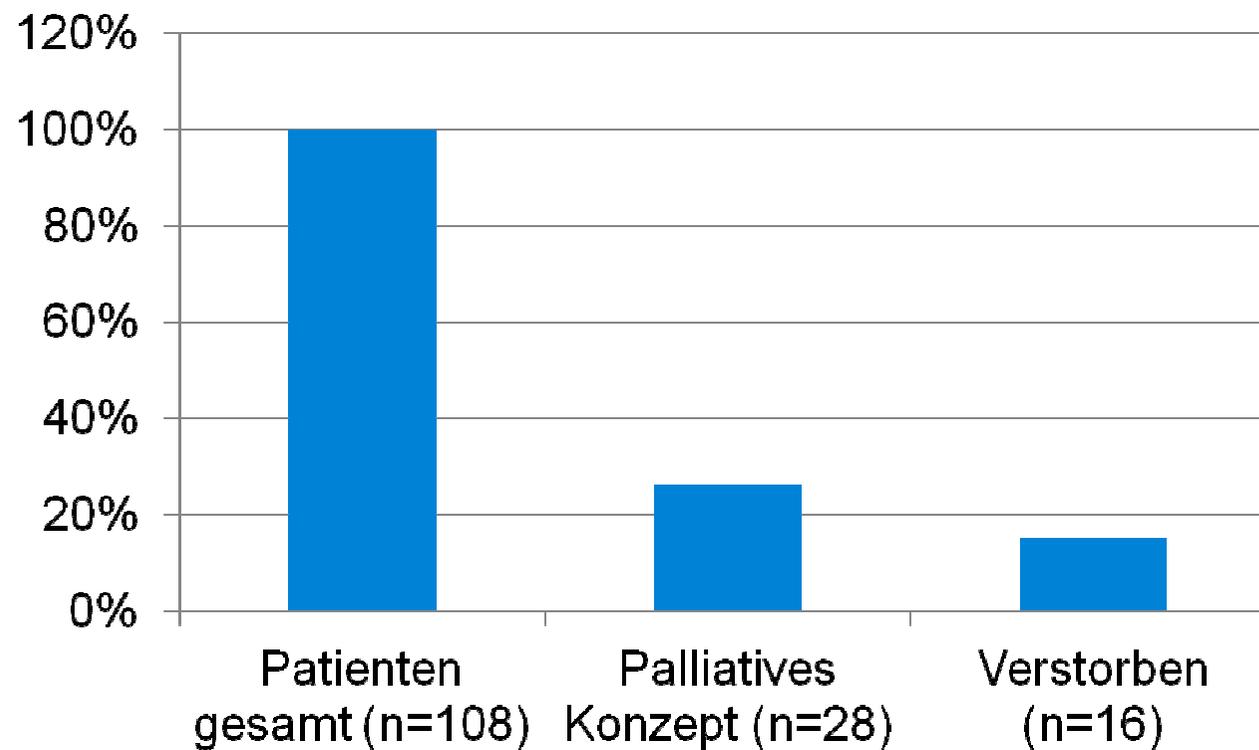
Kahle, Groß, Müller, Bischoff, Becker 2016

Prospektive Evaluation für bewusstseinsgestörte Patienten mit historischen Kontrollen, geplant 2016 bis 2017, Fr. Fiedler

Neuropalliative Care: Steigender Bedarf



Patienten Juni 2015 bis Mai 2016



Organisationsethik: Vielfältiger Support



- Sorgen und Entscheiden in hochkomplexen Situationen
- Rollendefinition in der Schwerstkrankenversorgung
- Organisation von Ethik für Mitarbeiter/innen und die Organisation Krankenhaus – Modelle entwickeln - Perspektiven erschließen
- Organisationsethik sorgt für die Partizipation möglichst aller Betroffenen – wichtig für nachhaltige Entscheidungen
- Möglichkeitsräume in der Alltagsroutine schaffen für die ethische Reflexion unseres Tuns – Selbstreflexion der Handlungen und Unterlassungen

Unterstützte Kommunikation (UK)



Handlungsbedarf: Hohe Zahl von Patienten mit vorübergehenden oder langfristig bleibenden erworbenen Beeinträchtigungen in der Kommunikation!

Das Konzept: Konzeptentwicklung in Kooperation mit der Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, aufbauend auf Pilotprojekt „Interdisziplinäre Sprechstunde UK“ zwischen Uni und EV zur Beratung von Patienten mit schweren neurologischen Beeinträchtigungen im ambulanten Setting (2015/16)

Die Arbeitsgruppe: Zusammenführung und Koordination der Aktivitäten auf den Stationen in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe „Unterstützte Kommunikation und Umfeldsteuerung“ (Start: August 2016)

Das Forschungsprojekt: Brain-Computer-Interface bei der medizinischen Kommission für Forschungsfolgenabschätzung der Universität Oldenburg eingereicht

NeuroRehabilitationspädagogik:

Regelmäßige interdisziplinäre Angehörigenberatung



1. Angehörigengruppe:
 - In Interdisziplinärer Kooperation mit Pflege und Referenten aus allen Berufsgruppen
2. Zugehende Angehörigenberatung
 - Kontaktaufnahme mit Angehörigen in Patientenzimmern
3. Angehörigengespräche:
 - Rolle der Angehörigen im Rehabilitationsprozess
 - Konzept/Verlauf NFR
 - Austausch zu partizipationsrelevanten Aspekten (Stichwort: Kontextfaktoren)
4. Informationsmappe für Angehörige (in Arbeit):
 - Übersicht zum Klinik-Konzept, Aufgabenbereichen der beteiligten Berufsgruppen,...
 - Aushändigung im Erstkontakt durch NeuroRehabilitationspädagogen

NeuroRehabilitationpädagogik:

Zusammenarbeit zur Förderung der Rekreation



- Kooperationsprojekt mit der C.v.O. Universität Oldenburg (Master-Studenten des Studiengangs Rehabilitationpädagogik)
- Gruppenangebot für Patienten und Angehörige / 14-tägig
- Findet in interdisziplinärer Kooperation mit Therapie statt
- Besonderheiten:
 - Beisein von Studierenden (Alltagsverhalten, Alltagskleidung,...)
 - Bewusster Einbezug der individuell teilweise noch nicht wieder erlangten Fähigkeiten → Umgang mit Barrieren
 - Neue Stufe in Hinblick auf Partizipationsfähigkeit (Umgang mit Geräuschpegel, Unruhe, Konfrontation mit Gefühlen Anderer, Kommunikation/Smalltalk)
- Non-direktive Grundhaltung:
 - Patienten und Angehörige entwickeln im geschützten Rahmen eigene Lösungswege

Neuropsychologie: Schwerpunkte



Integraler Bestandteil des Therapiekonzepts auf allen NFR-Stationen

- Neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- Mitarbeit im Bereich der unterstützten Kommunikation und Umfeldsteuerung (Anbahnung von Kommunikationsmöglichkeiten und Einleitung der Versorgung mit entsprechenden Hilfsmitteln)
- Unterstützung der Krankheitsverarbeitung, Anleitung von Angehörigen
- Stimulation im Wachkoma und minimal bewusstem Zustand; Aufbau Reiz-Reaktionsverhalten, körpernaher Dialogaufbau, sensorische Stimulation
- Differentialdiagnostische Aussagen

Sozialdienst: Wege finden und gehen



Begleitung von Patienten und Angehörigen während der Rehabilitation unter dem Aspekt des Case Management und der klinischen Sozialarbeit

- Erhebung der Sozialanamnese
- Sozialrechtliche Beratung
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Beratung und Unterstützung bei Antragsverfahren
- Pflegeberatung

Entlassungsmanagement unter Berücksichtigung der gesundheitlichen, sozialen, beruflichen und wirtschaftlichen Situation des Patienten

Bedürfnis- und bedarfsgerechte Nachsorgegestaltung unter der Beachtung des § 4 SGB IX Leistungen zur Teilhabe / Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit

- AHB, Reha Phase C, geriatrische Rehabilitationsmaßnahme
- Pflegerische Nachsorge, wie KZP, LZP, amb. Pflege, amb. int. Pflege, palliative Versorgung

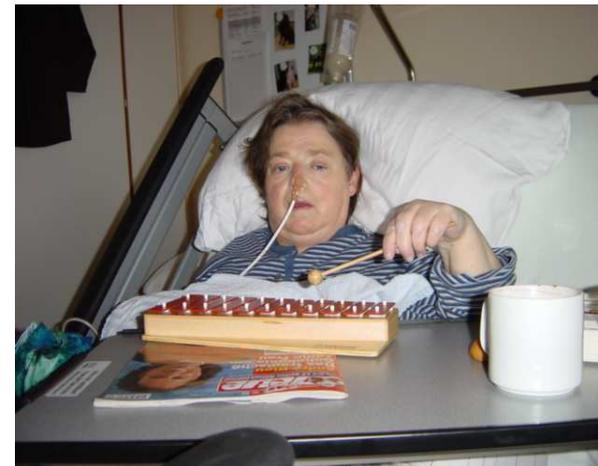
Netzwerkarbeit

Qualitätssicherung und -verbesserung sowie zeitgerechte Nachsorgegestaltung

Kunst- und Musiktherapie: Sinne spüren

„Bedingungslose“ nonverbal-kommunikative Angebote an den Patienten zur Förderung von

- Entspannung
- Selbstwahrnehmung und -ausdruck
- affektiver Stabilisierung
- emotionaler Begleitung des eigenen Entwicklungsprozesses



Tiertherapie: „Hilfe auf vier Pfoten“

Erweiterung des Therapieangebotes durch speziell geschulte Therapiehunde seit 2005 als Einzel- und Gruppentherapie zur

- Förderung von Wachheit, Aufmerksamkeit und Handlungskompetenz
- emotionalen Entlastung und affektiven Stabilisierung
- Vermittlung von Freude und Verbesserung der Eigenwahrnehmung

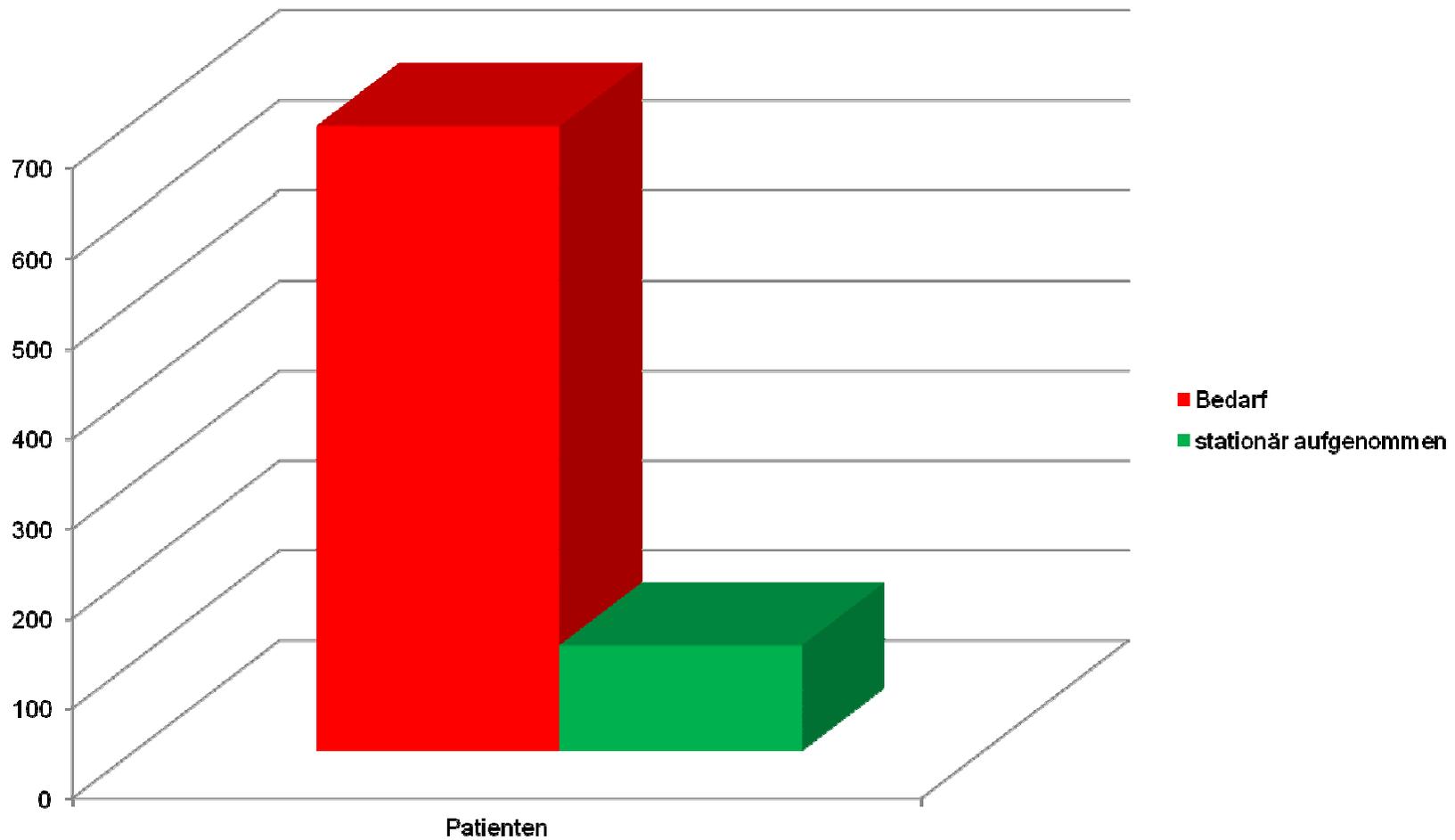


Zuweisung/Anmeldung: Organisation



- Anmeldung von Patienten über das Sekretariat der Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation per Fax
- Annahme von Voranmeldungen – insbesondere von der interdisziplinären Intensivstation 11 – auch telefonisch
- Indikation zur Aufnahme von Patienten durch den Chefarzt der NFR oder einen von ihm benannten Vertreter
- Aufnahme interner und externer Patienten in einem ausgewogenen Verhältnis
- Planung und Terminierung per täglicher Absprache zwischen den ärztlichen und pflegerischen Leitungen aller Stationen der NFR

Anmeldungen: Lage 01/2015 bis 11/2015

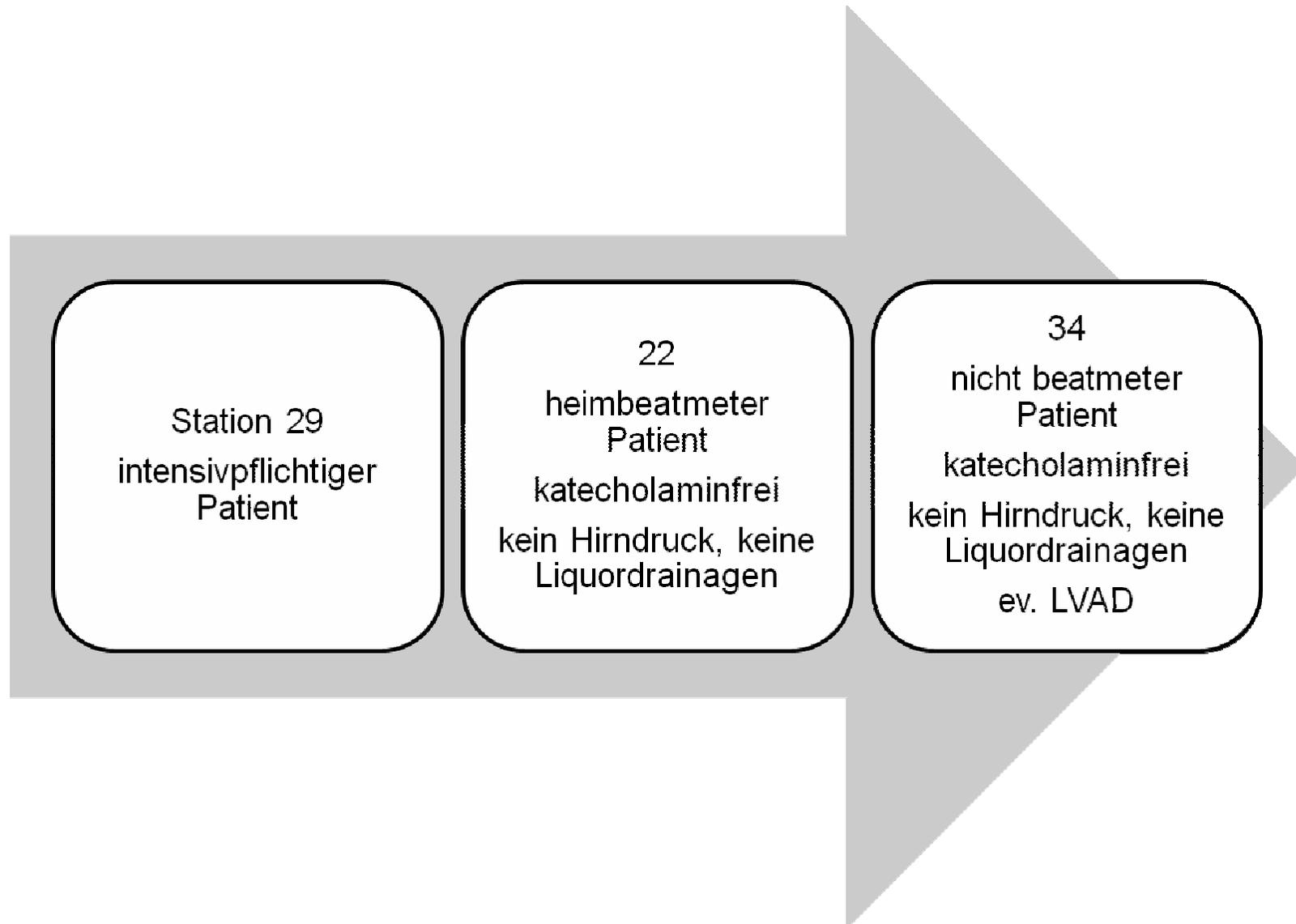


Aufnahmen: Klare Voraussetzungen



- Vorliegen einer Intensiv- und Beatmungspflichtigkeit aufgrund neurologischer Erkrankung auch bei unklarer Prognose
- Bei nicht beatmeten Patienten Vorliegen der Indikation zur neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation Phase B
- **Wiederkehrer** als Patienten des Beatmungszentrums zur Heimbeatmungskontrolle und -anpassung, Schluckdiagnostik, Botulinuminjektion in die Speicheldrüsen und weiteren Therapien

Verlegungen: Klinikinterner Ablauf



Entlassungen: Individuelle Kriterien



In der Regel Erfordernis einer Rehabilitation von 3-6 Monaten, wovon in Einzelfällen erheblich abgewichen werden kann.

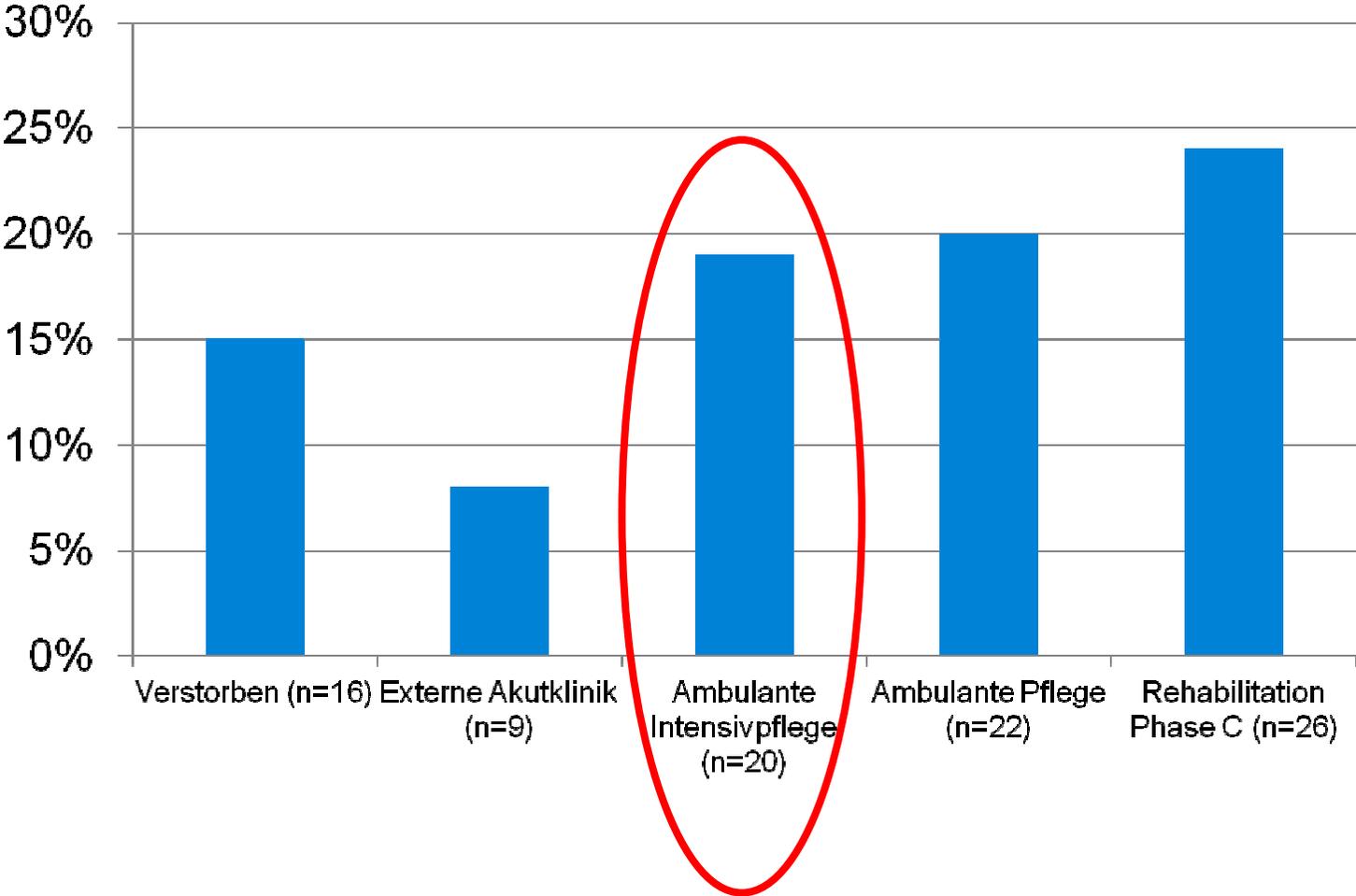
Eine Entlassung erfolgt im Wesentlichen in diesen Situationen:

- Wegfall des stationären Behandlungsbedarfs
 - keine Notwendigkeit neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation
 - keine Notwendigkeit stationärer Diagnostik oder Therapie
 - Ausbleiben von Besserung
 - Kurzaufenthalt zur Beatmungskontrolle (2-7 Tage) abgeschlossen
- Erreichen der Phase C
- Auf eigenen Wunsch oder Wunsch der gesetzlichen Vertreter

Ergebnisse: Eindeutige Schwerpunkte



Patienten Juni 2015 bis Mai 2016



Unsere Arbeit lohnt sich ...



Der chronisch kritisch-kranken Mensch



Die Ausgangssituation erscheint zunächst hoffnungslos

„Langzeitabhängigkeit von lebenserhaltenden Technologien...“

Tracheotomie (Luftröhrenschnitt), Beatmung, Kunstherz“

Oehmichen, Manzeschke, Deutsches Ärzteblatt 2011

Aber unser Ziel ist erreichbar

Langzeitüberleben mit guter Lebensqualität
auch bei schwersten Beeinträchtigungen

Wir sind dafür gut aufgestellt

Vernetztes Handeln + höchste Expertise



Wir lernen immer dazu und tauschen regelmäßig unsere Erfahrungen aus

Kongresse zur Situation der chronisch kritisch-kranken Menschen

Zusammenarbeit mit Wäertvoldt Liewen e.V., Luxemburg

Die Karawane zieht weiter ...



Projekte & Ausblick

