

Shared Care

Hans Peter Rentsch , ehemaliger Chefarzt Neurorehabilitation, Luzerner
Kantonsspital
Silvia Planzer, Ergotherapeutin, Mobile Ergopraxis, Luzern

ICF Anwendertagung der SAR
11.11.2014

Inhalt

1. Grundlagen der rehabilitativen Versorgung
2. Fallbeispiel
3. Shared Care als effizientes Versorgungskonzept in der Rehabilitation

1. Grundlagen der rehabilitativen Versorgung

Schnittstellen – Nahtstellen

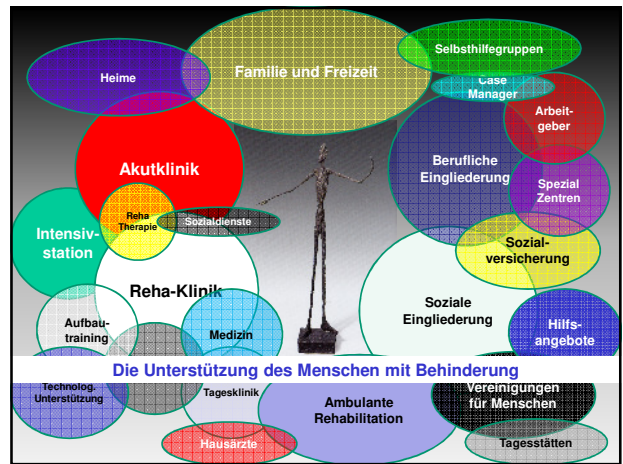
Rehabilitation

Ziel

Der Betroffene kann wieder am Leben partizipieren

Soziales Leben

Berufliches Leben



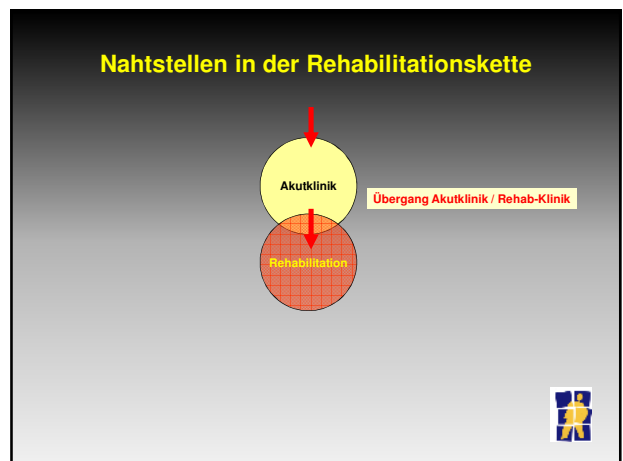
Rehabilitation

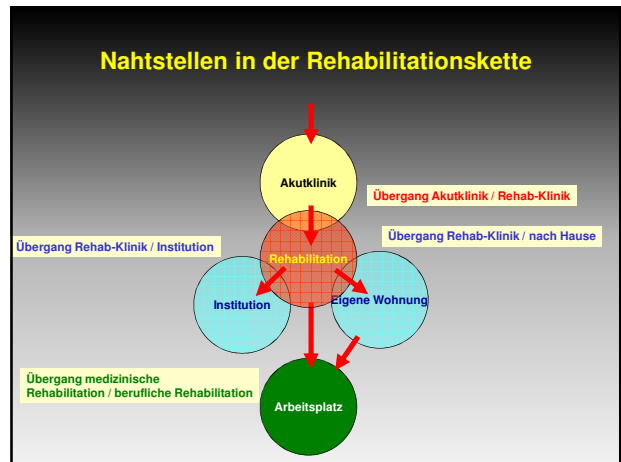
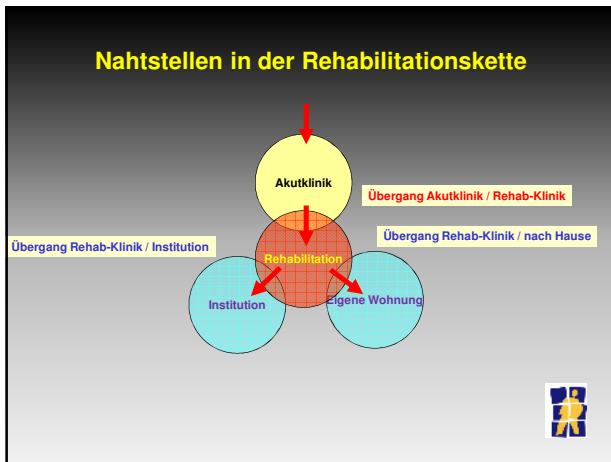
Prozess

Verlangt eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten

Verlangt den Einbezug des Lebensumfeld

- Zeitlich lang dauernder Prozess
- Zielorientierung
- Interaktion zwischen Funktion und Umwelt
- Sie erstreckt sich über mehrere Phasen mit und ohne Interventionsbedarf





2. Fallbeispiel

Shared Care

- ### UR, 36-jährig
- Kontext
- **Personbezogener Kontext**
 - Ausgebildete Goldschmiedin
 - Aktive, aufgestellte Persönlichkeit
 - Vorbestehende gesundheitliche Probleme
 - **Umweltkontext**
 - Wohnt zusammen mit Partner in 51/2 Zimmer Wohnung
 - Behindertengerecht (mit Anpassungen)
 - Unterstützung durch Partner, Familie und Spitex
 - Arbeitsstelle vor Ereignis gekündigt (Goldschmiede Stans)

UR, 36jährig

Diagnosen

- **Subarachnoidalblutung am 07.09.09**
 - Hess-Hunt IIa, Fischer IV, WFNS 1
 - Aneurysma A. cerebri posterior rechts
 - Aneurysmaklipping am 27.11.2009
 - **ACP und ACM Infarkt rechts, spasmenbedingt**
- **Endometriose des gesamten Beckens**
 - Prävesikale Ureterstenose und Hydronephrose rechts
 - Verschiedene diagnostische und kurative Eingriffe
- **Substituierte Hypothyreose**
- **Rezidivierende Hydrothoraces**
 - 2008 bis 2010

UR, 36-jährig

Behandlungsverlauf

Massnahmen	Daten
Akutspitalzentrum	07.09.2009 – 28.09.2009
Stationäre Rehabilitation: Rheinfelden	28.09.2009 – 31.10.2009
Akutspitalzentrum	27.11.2009 – 04.01.2010
Stationäre Rehabilitation: Rheinfelden	04.01.2010 – 30.09.2010
Tagesrehabilitation: LUKS	27.11.2010 – 05.10.2011
LUKS: Shared Care, Domizil Ergotherapie	08.04.2011 – 20.12.2012
Ambulant: Physiotherapie	Ab 20.12.2012
Interkurrente Massnahmen / Hospitalisationen	Pneumothoraces (4x) Endometriose (3x)
Tracheostomie	bis 04.03.2010
PEG	bis 26.04.2010

UR, 36 jährig

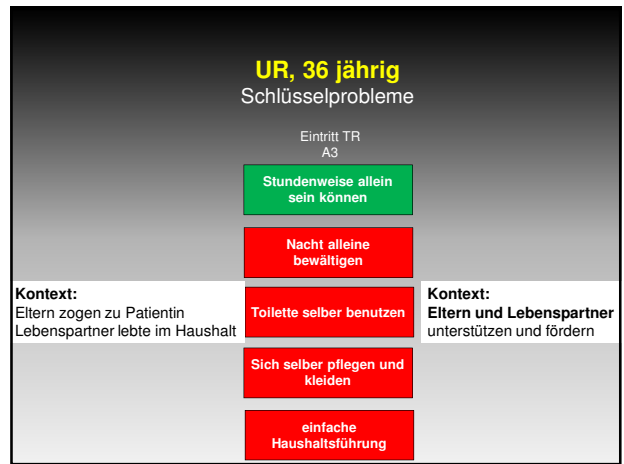
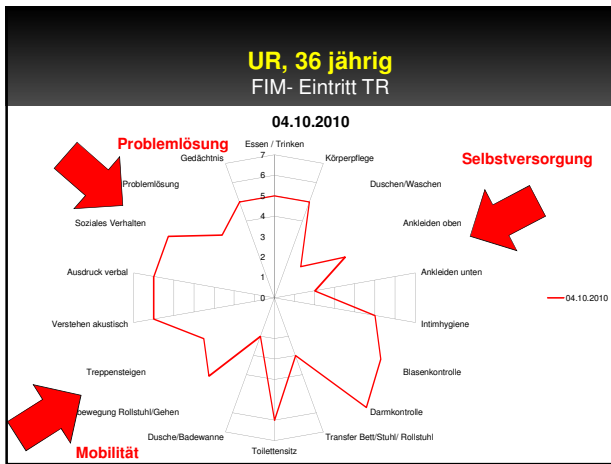
Schädigungen

- **Sensomotorische spastische Hemiparese links**
 - Plegie linker Arm
 - Spastische Beinparese links
 - Stark reduzierte Gleichgewichtsfunktionen
 - Kontrakturen Ellbogen, Schulter und OSG links
- **Hemianopsie nach links**
- **Mentale Funktionen**
 - Hemineglect nach links
 - Exekutive Dysfunktionen
 - Reduzierter Antrieb

UR, 36 jährig

Aktivitäten

- **Mobilität**
 - Hand / Armgebrauch li nicht möglich
 - Lagewechsel: Braucht Unterstützung beim Transfer
 - Gehen: mit Wanderstock und Begleitung
- **Selbstversorgung**
 - Unterstützung bei: Kleidung Hosen, Stützstrümpfe, Zerschneiden von Speisen
- **Lernen und Wissensanwendung**
 - Strukturierung bei Problemlösungsaufgaben notwendig
- **Aufgaben / Anforderungen**
 - Braucht unterstützende Strukturgebung zur Lösung von Aufgaben
- **Häusliches Leben**
 - Abhängig von Unterstützung

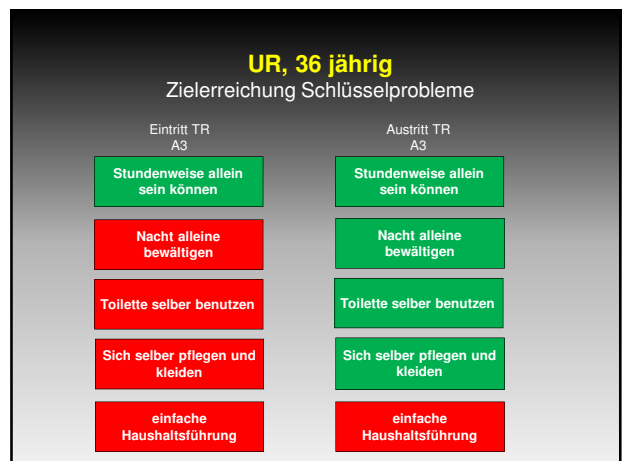


UR, 36 jährig

Zielsetzung für den Austritt aus der Tagesrehabilitation

- **A3** Wohnen zu Hause mit Unterstützung durch im gleichen Haushalt lebende Bezugsperson
 - Externe Unterstützung offen
 - Familiäre Unterstützung abbauen
- **B1** Unterstützte Teilnahme am soziokulturellen Leben ausserhalb des Hauses

gemäß ANQ Richtlinien



Domizilergotherapie

- Ab April 2011, 1 Mal pro Woche 1 bis 1 ½ Stunden parallel zu TR
- Zusammenarbeit mit Therapeuten und Arzt TR
- Zusammenarbeit mit Casemanagerin der KK
- Zusammenarbeit mit Partner, Eltern und Kolleginnen
- Standortbestimmungen, gemeinsame Zieldefinierung zu Beginn alle 2 Monate

Domizilergotherapie

Einfache Haushaltführung

- Mit Betreuungspersonen bereits bekannte Aktivitäten durchführen, Tagesstruktur abdecken
- In Domizil ET neue Aktivitäten erarbeiten und danach an Betreuungspersonen weitergeben

Haushaltführung



Haushaltführung



- Herausfinden was Frau U. übernehmen kann
- Fertigkeiten erlangen
- Gefahren erkennen – Sicherheit geben
- Sich verantwortlich fühlen, mitdenken und planen

Tages- und Wochenstruktur



- 24 Stunden Betreuung
- Stundenweise alleine sein
- Juni 2011 erster Tag alleine zuhause
- Oktober 2011 Besuch Aktivtreff Fragile Suisse

Mobilität



Teilnahme an soziokulturellen Leben

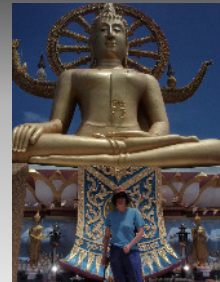


- Schwimmgruppe
- Konzerte- und Theaterbesuche
- Frauentreffen

Teilnahme an soziokulturellen Leben



Ferien



Domizilergotherapie



- 1-2 Mal pro Monat
- Aktuelle Probleme besprechen und angehen
- Standortbestimmung Dezember 2014

UR, 36 jährig

Zielerreichung: Schlüsselprobleme

Eintritt TR A3	Austritt TR A3	Abschluss Shared Care A5
Stundenweise allein sein können	Stundenweise allein sein können	Stundenweise allein sein können
Nacht alleine bewältigen	Nacht alleine bewältigen	Nacht alleine bewältigen
Toilette selber benutzen	Toilette selber benutzen	Toilette selber benutzen
Sich selber pflegen und kleiden	Sich selber pflegen und kleiden	Sich selber pflegen und kleiden
einfache Haushaltsführung	einfache Haushaltsführung	einfache Haushaltsführung

UR, 36 jährig

Erreichte Ziele bei Beendigung von Shared Care

- **A5** Selbständiges Wohnen zu Hause
- **B2** Selbständige Teilnahme am soziokulturellen Leben ausserhalb des Hauses

gemäss ANQ Richtlinien

Selbständigkeit heute

Haushaltsführung Mobilität Gemeinschaftsleben

Putzarbeiten erledigen	Mit Gehstock draussen alleine unterwegs sein	Aktivtreff Fragile Suisse
Einfache Menus kochen	Mit Rucksack etwas transportieren	Schwimmgruppe
Wäsche erledigen	Selbständige ÖV Benützung	Besuche im Altersheim
Kleine Einkäufe erledigen	Ohne Fusschiene gehen	Frauentreff
Bettwäsche wechseln	Neue Wege erarbeiten	Bilderausstellung

3. Shared Care als effizientes Versorgungskonzept in der Rehabilitation

Ein kontextorientiertes Versorgungsmodell

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

Institutionelle Trennung von der stationären Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation



Grundversorger

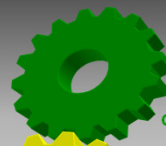


Ambulantes Zentrum

Shared Care

als Drehscheibe der vernetzten Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation



Grundversorger



Tagesrehabilitation
Ambulante Rehabilitation

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

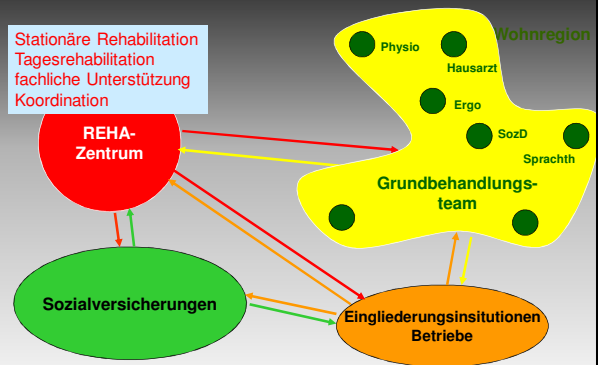
Partnerschaft zwischen Reha-Zentrum und regionaler Grundversorgung

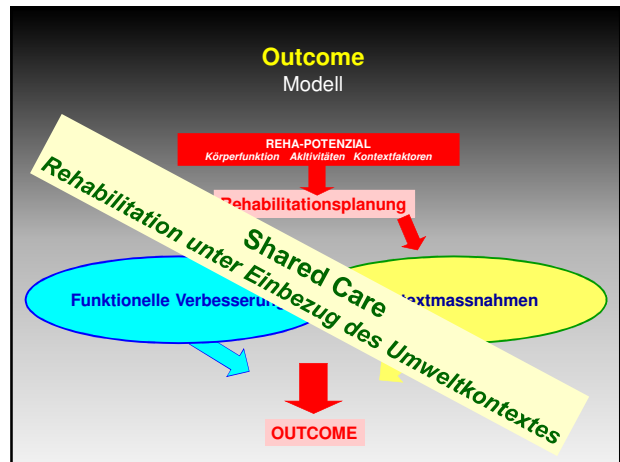
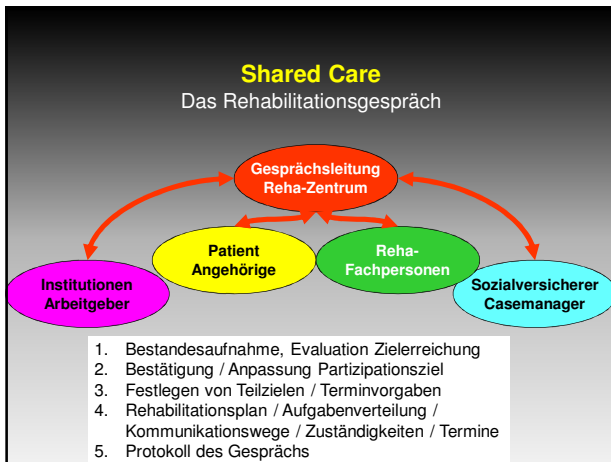
- Vernetzt die ambulante Rehabilitation im Rahmen der medizinischen und rehabilitativ-therapeutischen Grundversorgung
- Verteilt die Aufgaben zwischen der regionalen Grundversorgung und dem Rehabilitationszentrum

Rentsch et al. Das "Shared Care Modell" als effizientes und qualitativ hochstehendes Versorgungsprinzip in der Rehabilitation, Neurologische Rehabilitation, 2004, 10:253-260

Regional basierte berufliche Frührehabilitation „Shared Care Modell“

Stationäre Rehabilitation
Tagesrehabilitation
fachliche Unterstützung
Koordination





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 reha-therapeutische Angebote den zentrumsfernen Regionen erhalten.

Shared Care

Sichert Vernetzung an kritischen Schnittstellen

- **Setzt klar definierte Ziele und evaluiert den Outcome**
 - Soziale Integration
 - Berufliche Integration
- **Koordiniert den Reha-Prozess des Patienten über die kritischen Schnittstellen**
- **Integriert den Kontext**
- **Führt das Casemanagement über die verschiedenen Reha-Phasen**
 - Optimiertes Reha-Ergebnis
 - Optimierte ökonomische Effizienz

UR, 36 jährig

Ablauf der Neurorehabilitation

Shared Care



Akuttherapie	Stationäre Rehab	Tagesrehab + extern	Amb Zentrum + extern	Amb extern
	Funktionen Aktivitäten (Kontext)	Funktionen Aktivitäten Kontext	Aktivitäten Kontext Funktionen	Aktivitäten Kontext (Funktionen)
Medizinische Stabilisierung	Soziale Reintegration	Soziale Reintegration	Soziale Reintegration	Soziale Reintegration
Akutmedizin	Stationäres Rehabeteam	ZAN Team/Arzt Ext. Ergo IV, Casemanaging	ZAN Arzt / NP Ext Ergo IV, Casemanaging	Ext. Ergo, Physio Hausarzt, IV, Casemanaging
SHARED CARE				

Besten Dank