Therapieziele effektiver erreichen

INTERDISZIPLINÄRE THERAPIE BEI MULTIPLER SKLEROSE **Ein gemeinsames Therapieziel definieren und sich gemeinsam darauf zubewegen. Zu schön, um wahr zu sein? Sicherlich stoßen Therapeuten häufig auf Grenzen, wenn es darum geht, weitere Berufsgruppen mit ins Boot zu holen. Zum Glück gibt es Beispiele, die Mut machen.**

Ein interdisziplinäres Therapieziel sollte auf der Aktivitäts- oder auf der Partizipationsebene liegen. Zentral sind dabei die Aktivitäten des täglichen Lebens wie Waschen, Anziehen oder Essen, die eine größere Selbstständigkeit ermöglichen. Bei Menschen mit Multipler Sklerose (MS) kann an der Therapie neben der Ergo- und Physiotherapeutin auch der Neurologe oder Neuropsychologe beteiligt sein, zum Beispiel wenn Fragen zu Medikamenten oder kognitiven und visuellen Problemen auftauchen. Psychologen können den Klienten bei der Krankheitsbewältigung, bei Problemen mit der veränderten Lebenssituation und bei der weiteren Lebensplanung unterstützen. Aber genauso sind Sozialarbeiter gefragt, wenn es etwa um Teilberentung oder um Hilfsmittelgenehmigung geht. Logopäden kommen bei Sprachproblemen oder auch bei beginnenden Schluckschwierigkeiten ins Spiel.

Abb. 1 Bei der interdisziplinären Reha erarbeiten die Beteiligten optimalerweise ein gemeinsames Ziel und stimmen das weitere Vorgehen miteinander ab.

Foto: S. Oldenburg

Netzwerke bilden! > In einigen Rehabilitationskliniken arbeiten verschiedene Disziplinen nebeneinander, ohne die Therapieziele untereinander abzusprechen. Nur gelegentlich gleichen sie einzelne Vorgehensweisen ab. Die Absprache scheitert hier meist an fehlenden oder ineffizient gestalteten Teamsitzungen. In ambulanten Therapiezentren ist diese Problematik noch ausgeprägter, da diese noch stärker von wirtschaftlichen Überlegungen abhängig sind. Das heißt: Selbst in Rehabilitationskliniken oder ambulanten interdisziplinären Therapiezentren wird eher multidisziplinär als interdisziplinär gearbeitet. Sehr viel problematischer ist die gemeinsame Zielfestlegung in eigenständigen Praxen. Im ambulanten Bereich ist es deshalb notwendig, Netzwerke zu bilden, die auch Orthopädiehäuser oder Pflegedienste einbeziehen.

Therapeuten eines interdisziplinären Therapiezentrums zu Besuch im Pflegeheim > In unserem ersten Fallbeispiel geht es um Frau Müller*, die seit kurzem in einem Pflegeheim lebt, welches auf Menschen mit MS spezialisiert ist. Ihre ausgeprägte Ataxie macht sie nahezu bewegungsunfähig. Das Pflegepersonal setzt sie deshalb teilweise mit dem Lifter um. Sie erhält pro Woche zweimal Physiotherapie und einmal Ergotherapie. Die Therapieziele in der Physiotherapie sind eine dynamische Brustkorbstabilisierung und die Aufrichtung, um Frau Müllers Rumpfstabilität zu verbessern – als Voraussetzung für die Extremitätenfunktion, die es ihr zum Beispiel erlaubt, ein Glas Wasser zu greifen. Um den Kopftremor zu verringern, der Frau Müller sehr stört, arbeitet die Physiotherapeutin des nahegelegenen Therapiezentrums mit entsprechenden Übungen auf der Bobathbank, zum Beispiel nach Vojta, Bobath, FBL oder PNF. Für die Ausgangsstellungen im Unterarmstütz und im Vierfüßlerstand benötigt die Klientin viel Stützaktivität der Arme, sodass die dadurch stabilisierten Bereiche „Schultergürtel“ und „Brustkorb“ schließlich zu einem verringerten Kopftremor führen (Abb. 2). Für das Bewegungstraining der unteren Extremitäten ziehen sowohl Ergo- als auch Physiotherapeutin zusätzlich das Motomed und den Stehtrainer hinzu.

* Namen von der Redaktion geändert

weiter auf Seite 27

Heruntergeladen von: Thieme International Business, Permissions. Urheberrechtlich geschützt.

Foto: H. Lamprecht

Abb. 2 Um den Kopftremor der Klientin zu verringern, arbeitet die Therapeutin mit entsprechenden Übungen auf der Bobathbank.

Gemeinsame Absprachen führen zu einem gemeinsamen Ziel > Die Ergotherapeutin aus demselben Therapiezentrum kümmert sich bei Frau Müller unter anderem um die Hilfsmittelversorgung, in erster Linie um eine Kopfstütze am Rollstuhl. Sie übt Transfers, zum Beispiel vom Bett in den Rollstuhl, und Alltagsfunktionen der oberen Extremität wie das Greifen mit der rechten Hand. Gemeinsame Absprachen zwischen Ergo- und Physiotherapeutin, die meist zwischen Tür und Angel erfolgen, führen zu einem gemeinsamen Ziel: mehr Selbstständigkeit im Alltag. Dies wollen die Therapeutinnen unter anderem erreichen, indem sie Frau Müllers Kopftremor reduzieren. Zu Beginn mithilfe einer Kopfstütze, langfristig durch eine dynamische Stabilisierung des Rumpfes und des Brustkorbs. Außerdem soll Frau Müller ihren E-Rollstuhl selbst steuern können, ihre Umsetzfähigkeiten verbessern und sich wieder selbstständig anziehen und essen können. Die Ergotherapeutin plant gemeinsam mit der Klientin, das Stehen und Umsetzen zu üben, das Essen und Anziehen zu trainieren sowie das selbstständige Steuern des E-Rollstuhls zu erlernen. Beide Therapeutinnen tauschen sich während des gesamten therapeutischen Prozesses regelmäßig mit dem Pflegepersonal und den Angehörigen aus.

Ambulante Behandlung in einem interdisziplinären Therapiezentrum > Das zweite Beispiel führt uns zu Herrn Eich*, der relativ gering von MS betroffen ist. Er kann Gehstrecken über viele Kilometer bewältigen und ist voll berufstätig. Seine behandelnde Physiotherapeutin stellt eine beginnende Fußheberschwäche fest sowie eine eingeschränkte Hüftgelenksbeugemuskulatur. Der Klient klagt über eine Blasenproblematik, Sensibilitätsstörungen in den Beinen und kann seine Belastungsfähigkeit nicht einschätzen. Ergo- und Physiotherapeutin einigen sich auf das gemeinsame Therapieziel, das Empowerment des Klienten zu stärken, ihn also gemeinsam dahingehend zu beraten, was er selbst gegen seine Symptome unternehmen kann. Um sich immer wieder absprechen zu können, nutzen sie die Möglichkeit, sich kurze schriftliche Notizen in ihr jeweiliges Fach zu legen.

Ergo- und Physiotherapie ergänzen sich > Die Ergotherapeutin behandelt primär Herrn Eichs Sensibilitätsstörungen. Neben Bürsten und Vibrationsgeräten setzt sie auch „Bäder" mit verschiedenen Hülsenfrüchten ein und übt das Spürvermögen und die Feinmotorik anhand von verschiedenen Materialien und Aufgaben. Physiotherapeutisch stehen Eigenübungen und die Beratung in Bezug auf die Blasenproblematik im Vordergrund. Da der Klient zusätzlich unter Sensibilitätsstörungen in der unteren Extremität leidet, ist es sinnvoll, dass die Ergotherapeutin das Sensibilitätstraining auch an den Füßen anwendet und die Physiotherapeutin das bewusste Spüren der Druckbelastung der Füße und damit das Gleichgewicht trainiert.

Die beiden Therapeutinnen gehen gemeinsam mit Herrn Eich in den Trainingsbereich, um ihm einerseits seine Belastungsfähigkeit aufzuzeigen und andererseits mehr Zutrauen in seine körperliche Leistungsfähigkeit zu vermitteln. Dazu setzen sie das Laufband ein und analysieren sowohl den Bewegungsablauf als auch die Ausdauer beim Gehen und das Gangtempo.

Therapeuten aus verschiedenen Praxen gehen auf Hausbesuch > Das dritte Beispiel erzählt von Frau Franz*, die seit über 20 Jahren von MS betroffen ist. Sie lebt alleine in ihrer Wohnung. Dort bewegt sie sich mit einem Aktiv-Rollstuhl fort, im Außenbereich benutzt sie einen E-Rollstuhl. Bis vor kurzem konnte sie noch stehen, einen Schritt gehen und sich selbstständig umsetzen. Vor zehn Wochen stürzte sie jedoch und brach sich dabei den Oberschenkelhals. Um eine Operation zu vermeiden, lag Frau Franz mehrere Wochen ohne entsprechende Mobilisation in der Klinik. Als absehbar war, dass eine Operation unumgänglich ist, wurde sie operiert und zur Anschlussheilbehandlung überwiesen. Dort erhielt sie lediglich Physiotherapie. Da das Stehen unmöglich geworden war, schloss sich ein Aufenthalt in der Kurzzeitpflege an, währenddessen sie ebenfalls physiotherapeutisch behandelt wurde. Das Ziel von Frau Franz war es, wieder in ihre Wohnung zurückzukehren. Allerdings litt sie an beginnenden Kontrakturen in den Knien, konnte ihre Beine nicht mehr extendieren und somit nicht mehr stehen. In den Armen und im Rumpf hatte sie sehr wenig Kraft, selbstständiges Umsetzen war trotz ihres geringen Körpergewichts nicht mehr möglich. Auch die Beine konnte sie nicht mehr selbstständig von den Fußstützen nehmen, da ihre Armmuskulatur zu schwach war.

Interdisziplinäre Wohnungsberatung > Die behandelnde Physiotherapeutin empfiehlt Frau Franz, sich zusätzlich Ergotherapie verordnen zu lassen. Diese vereinbart daraufhin telefonisch einen Hausbesuchstermin, an dem Physiotherapeutin und Ergotherapeutin gemeinsam mit ihr vor Ort die Wohnung sichten. Eine Terminfindung erschien anhand der unterschiedlichen Verordnungen schwierig, die beiden Therapeutinnen planen jedoch genügend Zeit ein und vereinbaren einen „Randtermin". Ihr Ziel ist es, herauszufinden, was in der Wohnung noch verändert werden kann, um es Frau Franz zu ermöglichen beziehungsweise zu erleichtern, so selbstständig wie möglich zurechtzukommen. Da sich diese im Vorfeld schon viele Gedanken gemacht hat, können die Therapeutinnen mit ihr die wichtigsten Fragen in kurzer Zeit klären:

Heruntergeladen von: Thieme International Business, Permissions. Urheberrechtlich geschützt.

Abb. 3 Kleiner Tipp mit großer Wirkung: Ein seitliches Heranfahren mit dem Rollstuhl erleichtert sämtliche Aktivitäten in der Küche.

> Welche Hilfsmittel braucht Frau Franz noch?
> Welche Umsetztechniken muss sie trainieren?
> Wo sind Umbauten nötig?
> Wo braucht sie noch Griffe?

Ergo- und Physiotherapeutin analysieren die einzelnen Zimmer > Das Badezimmer von Frau Franz ist bereits behindertengerecht eingerichtet, sodass nur ein paar zusätzliche Griffe in Dusche und Toilette sowie ein Duschstuhl nötig sind. Da das Umsetzen für Frau Franz noch schwierig ist, unterstützt sie der Pflegedienst beim Duschen und beim Toilettengang.

In der Küche entfernt ihr Sohn ein Schränkchen, um Platz zu gewinnen, damit sich Frau Franz zukünftig mit ihrem E-Rollstuhl besser in der Küche bewegen kann. Ihr wichtiges Ziel ist es, wieder selbst kochen zu können. Die vorderen Herdplatten kann sie vom E-Rollstuhl aus erreichen und beim Kühlschrank kommt sie an die zwei unteren Fächer (◉ Abb. 3). Problematisch ist für sie, an den Wasserhahn und an die Spüle zu gelangen. Das lösen die Therapeutinnen, indem sie Frau Franz empfehlen, seitlich an die Spüle heranzufahren. Dieser Tipp ist für sie sehr wichtig, da sie ihr Geschirr schon immer gerne sofort abgespült hat.

Das größte Problem im Schlafzimmer ist, dass sich Frau Franz nicht mit dem Rutschbrett vom Rollstuhl ins Bett umsetzen kann. Das bedeutet, dass sie und ihre Therapeutinnen sich für den Moment damit zufrieden geben müssen, dass sie nur mithilfe des Pflegedienstes ins Bett kommt.

Gemeinsame Ziele gemeinsam evaluieren > Das gemeinsame Hauptziel der Therapeutinnen und Frau Franz ist ihre größtmögliche Selbstständigkeit. Um das zu erreichen, steht das Umsetzen an oberster Stelle. Die Physiotherapeutin dehnt deshalb Frau Franz' Beinmuskulatur, trainiert mit ihr die Kraft in den Beinen und vor allem das Stehen und Aufstehen. Außerdem üben sie immer wieder das Umsetzen. Um den Stehtrainer benutzen zu können, vereinbart die Physiotherapeutin mit Frau Franz die folgenden Termine in der Praxis. Mithilfe der Bobath-Methode erarbeitet die Ergotherapeutin gemeinsam mit Frau Franz Umsetztechniken sowie das Stehen. Außerdem nimmt das Haushaltstraining einen großen Stellenwert während den Hausbesuchen ein.

Letztendlich ermöglicht es die Wohnungsbegehung den beiden Therapeutinnen, gemeinsam Ziele festzulegen. Jede weiß, wie und woran die andere arbeitet. Spätestens nach drei bis vier Wochen vereinbaren Ergo- und Physiotherapeutin, das Erreichen der Ziele zu evaluieren und die Therapien gegebenenfalls anzupassen.

Weitere Disziplinen in die Zusammenarbeit einbeziehen > Frau Franz zieht nach zwei Wochen Kurzzeitpflege wieder in ihre eigene Wohnung. Sie empfindet die Zusammenarbeit von Ergo- und Physiotherapeutin als optimal. Da die Klientin aktiv am therapeutischen Prozess beteiligt ist, kümmert sie sich beispielsweise selbst um entsprechende Hilfen beim Orthopädiehaus. Auch hier ist eine gute Zusammenarbeit von Therapeuten und Orthopädiefachberatern sehr wichtig. Vor allem, damit nicht nur finanzielle Aspekte, sondern wirklich sinnvolle Hilfen angeboten werden. Im weiteren Therapieverlauf ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Pflege mindestens genauso wichtig. Auch hier könnte ein gemeinsamer Hausbesuchstermin mit Ergo- und Physiotherapeutin hilfreich sein.

Interdisziplinäre Behandlung kommt bei Klienten gut an > Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit muss sich also nicht auf Rehabilitationskliniken oder Therapiezentren beschränken, sondern kann auch zwischen einzelnen Praxen erfolgen. Wichtig dabei ist, eine Praxis zu kennen, auf die man sich wirklich verlassen kann. Letztendlich profitieren beide Einrichtungen von dieser Kooperation: Die Ergotherapiepraxis empfiehlt bei guter Zusammenarbeit die entsprechende Physiotherapiepraxis weiter und umgekehrt. Der große Vorteil einer interdisziplinären Zusammenarbeit liegt jedoch darin, dass jeder weiß, was der andere macht. Man zieht am gleichen Strang, erhöht sowohl die Behandlungszeit als auch die Intensität und erzielt damit erfahrungsgemäß auch bessere Behandlungserfolge. Der große Gewinner bei der interdisziplinären Zusammenarbeit ist der Klient: Er kann seine Therapieziele schneller und effektiver erreichen. Probieren Sie es selbst aus! Ihr Klient wird es Ihnen danken. *Sabine Lamprecht*

Das Literaturverzeichnis finden Sie unter www.thieme.de/ergoonline > „ergopraxis" > „Artikel" > „Ergotherapie".

Sabine Lamprecht, MSc Neurehabilitation, ist als Physiotherapeutin in ihrer eigenen Praxis tätig. Darüber hinaus gibt sie bundesweit Fortbildungen für Ergotherapeuten und Physiotherapeuten mit dem Schwerpunkt „Multiple Sklerose": www.ms-fobi.de, sl@hsh-lamprecht.de.

Heruntergeladen von: Thieme International Business, Permissions. Urheberrechtlich geschützt.

NACHGEFRAGT

... BEI REGINA ROTH

Regina Roth, Ergotherapeutin bc (NL), Master of Medical Education, arbeitet im Kantonsspital Glarus, Schweiz. Seit 1997 behandelt sie Menschen mit Multipler Sklerose (MS) und gibt Seminare unter anderem zu diesem Thema und zum Schreiben von ergotherapeutischen Berichten. Erfahrungen mit der interdisziplinären Zusammenarbeit sammelte sie außerdem in den Bereichen Handchirurgie und Psychiatrie.

Was sind für Sie die größten Vorteile einer interdisziplinären Zusammenarbeit?
Der größte Vorteil ist meiner Meinung nach, dass Interdisziplinarität klientenzentriertes Arbeiten zusätzlich fördert. Man kann Klienten mit komplexen Krankheitsbildern wie der MS noch gerechter werden. Denn: Bei einer funktionierenden Zusammenarbeit fühlen sich die Klienten in einem viel größeren Wissens- und Kompetenzpool besser aufgehoben.

Ich empfinde interdisziplinäres Arbeiten als sehr befriedigend, weil jeder weiß, an welchem Part der Klientenproblematik er arbeitet. Außerdem fallen Überschneidungen weg, Ergo- und Physiotherapeutin müssen bei umfassenden Schwierigkeiten nicht beide an der Handfunktion arbeiten.

Durch den Austausch kann man zum einen besser Frühsignale eines Schubes erkennen, zum anderen kann ich meine therapeutische Rolle besser reflektieren, indem ich mich selbst am Klienten und im Team noch mehr wahrnehme.

An der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen schätze ich, dass man ihnen über die Schulter schauen kann. So habe ich erfahren, dass Logopädie sehr effizient im kognitiven Bereich arbeiten kann. Außerdem können wir im interdisziplinären Team die Ergotherapie präsentieren, sodass sie andere Berufsgruppen kennenlernen.

Was sind im ergotherapeutischen Praxisalltag die größten Schwierigkeiten bei der interdisziplinären Zusammenarbeit?
Ein wichtiger Punkt ist die Erreichbarkeit der anderen Berufsgruppen. Ärzte sind häufig wegen Notfällen unterwegs. Physiotherapeuten haben oft andere Arbeitszeiten, sind vielleicht mittwochs nicht erreichbar, dafür aber samstags. Außerdem hat man durch die eigene Arbeitsbelastung nicht immer Zeit, auch noch Organisatorisches im Tagesablauf unterzubringen. Man ist ja auch noch mit anderen Klienten beschäftigt. Klientenbesprechungen zu organisieren, also alle Beteiligten an einen Tisch zu bekommen, kann somit zu einer großen Herausforderung werden.

Begrifflichkeiten können ebenfalls eine Schwierigkeit darstellen – selbst innerhalb der eigenen Berufsgruppe. Es erschwert die Kommunikation sehr, wenn zum Beispiel jeder den Begriff „Handlungskompetenz“ unterschiedlich definiert.

Hinzu kommt, dass sich unser Beruf in den letzten Jahren stark gewandelt hat. Viele Ärzte wissen nicht, dass sie bei MS ihre Patienten bereits nach der Erstdiagnose zu uns schicken können. Wir haben das Handwerkszeug dazu, beratend und begleitend tätig zu sein. Wir können die Klienten einerseits bei der Krankheitsbewältigung unterstützen und ihnen andererseits ihre Möglichkeiten hinsichtlich Energie- und Ressourcenhaushalt aufzeigen, sodass sie sich bei Bedarf an uns wenden können. Denn: Je nach Verlauf der MS haben die Betroffenen ja noch viele symptomarme Jahre vor sich.

Ab und zu kann es allerdings vorkommen, dass Klienten keinen Austausch wünschen – gerade wenn sie unflexibel sind oder psychische Probleme eine Rolle spielen.

Wie lösen Sie diese Schwierigkeiten, womit haben Sie gute Erfahrungen gemacht?
Ich greife in meiner Arbeit oft zum Telefon. Dabei ist es wichtig, auf den Punkt zu kommen, sich kurz zu fassen, sein Anliegen klar zu formulieren oder auch kurze aussagefähige Berichte zu schreiben. Andere Berufsgruppen dürfen nicht das Gefühl haben, dass wir ihre Zeit stehlen. Das wäre kontraproduktiv. Bei den Ärzten rufe ich in der Sprechstunde an und bitte um einen 15-minütigen Gesprächstermin. Das kommt gut an, denn so können die Ärzte zeitlich besser planen und die Akte vorher noch mal einsehen.

Meiner Meinung nach sollte man mit dem ICF-Vokabular arbeiten und eindeutige Begriffe verwenden. Bei den Zielen erkläre ich zum Beispiel dem Arzt, dass der Klient selbstständig aus einer Tasse trinken möchte – momentan fehlt aber noch das obere Drittel zum Mund. Man sollte also in Aktivitäten sprechen. Der Arzt ist schließlich auch nur ein Mensch, er muss sich das vorstellen können.

Man sollte die ergotherapeutische Arbeit, ihre Möglichkeiten und Erfolge transparent machen, also messbare und realistische Ziele kommunizieren. So kann man dem Arzt besser präsentieren, wenn Klienten Ziele erreicht haben. Dazu ist eine regelmäßige Dokumentation wichtig. Sie ermöglicht es, kurze Berichte zu schreiben und Ziele nachvollziehbar zu machen.

Darüber hinaus sollten Ergotherapeuten ihren Beruf häufiger in Fortbildungen für Ärzte vorstellen, zu einer Praxispräsentation einladen oder Vorträge bei Selbsthilfegruppen halten. Wir wollen die Klienten ja in die Eigenverantwortung bringen. Wer nämlich weiß, warum und wann Ergotherapie sinnvoll ist, kann auch zum Arzt gehen und danach verlangen.

Gibt es klar abgegrenzte Aufgaben, zum Beispiel zwischen den Therapeuten?
Nein. Schließlich treffen verschiedene Menschen aufeinander. Klienten und Therapeuten haben jeweils ihr eigenes Lebensmodell. So kann eine Ergotherapeutin mit 15 Jahren Berufserfahrung auf einen Physiotherapeuten treffen, der noch Berufsanfänger ist. Jeder kommt mit einem anderen Erfahrungs- oder Ausbildungsstand und bietet das Beste aus seinen aktuellen Möglichkeiten. Diese Varianz sollte man nutzen. Wenn Konkurrenzdenken entsteht, ist dieses oft auf eine mangelnde Selbstreflexion bei mindestens einem der Beteiligten zurückzuführen.

Was möchten Sie Ihren Kollegen mit auf den Weg geben?
Den ersten Schritt zu gehen, nämlich zum Telefonhörer zu greifen, ist meist der schwierigste. Dennoch sollten wir für einen Austausch bereit sein und ihn immer wieder suchen. Wichtig: Sich von Fehlschlägen nicht abschrecken lassen! Es lohnt sich, Probleme anzusprechen und Unklarheiten aus dem Weg zu räumen. Offenheit schafft Vertrauen zwischen den Berufsgruppen und ermöglicht eine vernetzte, optimierte, erfolgreiche Therapie.

Das Gespräch führte Simone Gritsch.

Heruntergeladen von: Thieme International Business, Permissions. Urheberrechtlich geschützt.