

Neurorehabilitative Pflege - Förderung von Schädelhirntrauma betroffenen PatientenInnen mit Verhaltensstörungen im Rehabilitationsprozess

Caroline Kunz

Abschlussarbeit MAS Rehabilitation Care (Beratung zum Postertext durch Ch. Conrad, Careum Hochschule für Gesundheit)

Ausgangslage

- Schädelhirntrauma (SHT) ist eine Hauptursache von dauerhafter Behinderung, dies liegt an der Vielfältigkeit der Folgen.^{1, 2, 3}
- SHT führt häufig zu schwerwiegenden Störungen der Exekutivfunktionen (=exekutive Dysfunktion).^{2, 4, 5, 6}
- Unter dem Begriff Exekutivfunktion (EF) werden emotionale, motivationale, affektive und kognitive Prozesse zusammengefasst.^{2, 4, 5, 6}
- EF sind komplex und ermöglichen uns Menschen, dass wir uns in jeder Situation angepasst und zielgerichtet verhalten können. Sie steuern Antrieb/ Aktivität, Motivation, Emotion, soziales Verhalten und Kognition.^{3, 4, 5, 6}
- Patienten mit einer exekutiven Dysfunktion weisen viele Symptomen auf, welche im Grad des Ausmasses von Person zu Person variieren.^{3, 4, 5, 6}
- Symptome sind klinische Verhaltensstörungen, die sich negativ auf die Rehabilitation auswirken.^{3, 4, 5, 6}
- Die Begleitung und Förderung solcher PatientenInnen im Rehabilitationsprozess ist besonders herausfordernd und komplex für die neurorehabilitative Pflege. Die gezielte Aufmerksamkeit in der Diagnostik und das Management des Verhaltens ist vordergründig.^{2, 8, 9, 10}

Fragestellung und Zielsetzung

Wie kann die neurorehabilitative Pflege PatientenInnen nach einem SHT mit Verhaltensstörungen infolge exekutiver Dysfunktionen im Rehabilitationsprozess fördern?

Mittels einer explorativen Literaturrecherche und ExpertenInnenbefragungen sollen geeignete Massnahmen zur Förderung von PatientenInnen mit Verhaltensstörungen infolge einer exekutiven Dysfunktion im Rahmen eines SHT während der Rehabilitation aufgezeigt werden.



Methode

Explorative Literaturrecherche in den Datenbanken Cochrane, Pubmed, PsycNet, PsycBite, Livivo, Embase. Nach Anwendung von Ein- und Ausschlusskriterien wurden vier systematische Reviews, fünf RCT Studien und eine Längsschnitt – Interventionsstudie in die Literaturanalyse einbezogen. Auf Basis der Ergebnisse der Studien wurden vier leitfadengestützte, semi-strukturierte ExpertenInnenbefragungen durchgeführt.

Ergebnisse

Es haben sich zwei Ansätze herauskristallisiert: *Kompensationsansatz* und *restaurativer Ansatz*.¹¹ Studien, die in den Kompensationsansatz fallen, stützen sich auf die Anwendung von Kompensationstechniken (interne und externe Strategien), um Probleme, die sich aus einer kognitiven Beeinträchtigung ergaben, im täglichen Leben zu kompensieren. Um neue Wege zu lehren mit Problemen umzugehen, obwohl die kognitiven Defizite dauerhaft vorhanden sind. Im restaurativen Ansatz liegt der Fokus auf der Wiederherstellung oder Reparatur der zugrunde liegenden EF. Beide Ansätze vermischen sich aus Sicht der Studien und ExpertenInnen.²¹

(1) **Interne Strategien** umfassen das Erlernen von selbstregulierenden und / oder metakognitiven Strategien.¹¹

- Studien^{12, 15, 18} und ExpertenInnen²¹ weisen auf Strategietrainings / Zielmanagement Trainings zum Lösen von Problemen mit folgendem Vorgehen: Beurteilung des aktuellen Zustands; Ziele definieren; Ziele in Unterziele einteilen; Lernen der Schritte; Überprüfung des Ergebnisses der Aktion mit den definierten Zielen hin.
- Studie¹⁷ empfiehlt spezifische Trainings zur Förderung der Awareness: Zieldefinition, mögliche Schwierigkeiten vorhersagen, Strategien entwickeln im Umgang mit diesen Schwierigkeiten, Unterstützung festlegen und Zielevaluation. Für ExpertenInnen²¹ erst sinnvoll, wenn PatientenInnen über ein Bewusstsein ihrer Schwierigkeiten verfügen.

(2) Nutzen von **externen Strategien** in Form von Einsatz von Objekten oder Hinweisen aus der Umgebung, die dazu beitragen, Defizite bei EF auszugleichen.¹¹

- Cueing- Verfahren, durch Studien belegt^{13, 18}, durch ExpertenInnen²¹ bestätigt: Hinweis (Cue) wie „Stopp“ setzen um Handlung zu überprüfen oder abbrechen.
- Studien¹² weisen auf den Nutzen von Paging-Systemen hin: Timer, Wecker, Handy. ExpertenInnen bestätigten dies und weisen auf elektronische Kalender hin.²¹
- Studien^{12, 16} und ExpertenInnen²¹ empfehlen fehlerlose Lerntechniken, um Kompensationsstrategien für bestimmte Gedächtnisdefizite zu vermitteln z.B. Einnahme von Medikamenten zur Mahlzeit, Aufbewahrung von Dingen aber auch fehlerbasierte Lerntechniken um Awareness zu fördern und Verhalten nach einem sozialen Feedback zu verbessern. ExpertenInnen stimmen einer Exposition gegenüber Problemsituationen zu. Nutzen dafür Tagebücher, Fotos vom Unfall oder Spital.
- Studien^{12, 16} und ExpertenInnen²¹ empfehlen die Verwendung von Tools wie Checklisten, Tagebuch, Notizzettel oder visuelle Wegweiser, Ablaufpläne.
- Studien¹⁴ empfehlen positive Verstärkung durch Anerkennung und Lob mit Belohnungssystem (Abgabe von Punkten) und negative Verstärkung durch Ignorieren (Sanktionieren). ExpertenInnen²¹ bevorzugen Lob und Wertschätzung ohne Belohnungssystem und keine negative Verstärkung durch Ignoranz aber durch Hinweisschilder (z.B. Stopp Tafel) oder situativer Kontaktabbruch mit nachgehender Reflexion der Situation zwischen PatientIn und TherapeutIn.
- Studien^{12, 19, 20} und ExpertenInnen²¹ empfehlen eine Umgebungsanpassung durch Reizverminderung, klare / einfache Kommunikation, Respekt und Autonomie, Vermeidung von Stresssituationen/ keine Hektik, strukturiertes oder klares und präzises Vorgehen.

Diskussion

- Zu den analysierenden Punkten liegen insgesamt wenig pflegespezifische Einzelstudien vor.
- Aufgrund der Heterogenität des Störungsbildes und der noch uneinheitlichen Definition von EF liegen wenige Einzelstudien mit gutem Design vor. Eine Vergleichbarkeit und Verallgemeinerung ist schwierig.
- Die Messinstrumente schränken die Beurteilung der Effektivität einer Intervention ein.
- Es besteht bei den Messungen kein Vergleich zur kognitiven Leistungsfähigkeit oder Persönlichkeit vor dem SHT.
- Studien haben wenige nachhaltigen Ergebnisse und enthalten Verzerrungen.
- Durch die ExpertenInnenbefragungen konnten die Ergebnisse jedoch zielführend aufgewertet werden.

Schlussfolgerung

Es benötigt eine ganzheitliche und interprofessionelle Herangehensweise. Eine einheitliche Zielvereinbarung ist wichtig. Der Einsatz von gezielten, individuell zugeschnittenen Massnahmen, welche eine Alltagsnähe, ausreichende zeitliche Dauer und ein Mass an Konsistenz haben sind förderlich und bringen stabile Effekte.

Empfehlungen

- Eine Auseinandersetzung mit dem Störungsbild, dem patientenspezifischen Verhalten, der Ressourcen der PatientenInnen und mit der Umgebung, um Zusammenhänge zu erklären, sind gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation.
- Anwendung von internen Strategien nach der Frühphase. PatientenInnen im Lösen von Problemen unterstützen/ anleiten/ zum nachdenken anregen und in der Ausführung der ADL motivierend und strukturierend begleiten.
- PatientenInnen im geschützten Rahmen der Rehabilitation aus einer fehlerbasierten Situation lernen lassen (Exposition) um dann wertschätzend, konfrontierend aber nicht negativ darauf reagieren. Es zeigt sich als empfehlenswert, mit den PatientenInnen ein wünschenswertes Verhalten zu reflektieren und gemeinsam Ziele auszuarbeiten.
- Umgebung förderlich und stabil gestalten. Intensive, hochfrequente therapeutische Beziehung.
- Sinnvoller, angepasster, individueller und alltagstauglicher Einsatz der obenerwähnten externen Strategien/ Tools.
- individuelles Eingehen auf die Bereitschaft, den Antrieb und die Motivation der PatientenInnen.
- Entgegenbringen von Respekt und Autonomie trotz des teilweise schwierigen PatientenInnen Verhalten.

