

**Bewerbung um den  
SAMW-Award „Interprofessionalität“  
mit dem Projekt  
Integrative Rehabilitation Neurologie**

Kilchberg, 15. September 2016

Projektleitung: Britta Lassen

RehaClinic Kilchberg  
Grütstrasse 60  
8802 Kilchberg  
[www.rehaclinic.ch](http://www.rehaclinic.ch)

«Ein Unternehmen der RehaClinic Zürich AG»

Kilchberg, September 2016

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
1 Ausgangslage.....	3
1.1 Eine kurze Beschreibung von RehaClinic .....	3
1.2 Ausgangslage.....	3
2 Ziele .....	4
3 Projekt „Integrative Rehabilitation Neurologie“ .....	4
3.1 Definition der drei Therapiegruppen.....	5
3.2 Benennung der entsprechenden therapeutischen Interventionen .....	6
3.3 Organisation der integrativen Rehabilitation.....	6
4 Antrag.....	7
5 Lessons learned .....	8

## 1 Ausgangslage

### 1.1 Eine kurze Beschreibung von RehaClinic

Die Unternehmensgruppe RehaClinic betreibt stationäre Rehabilitationskliniken, ambulante Rehabilitationszentren sowie auf die berufliche und soziale Reintegration spezialisierte Einrichtungen. Die Kliniken für stationäre Rehabilitation sind aktuell an acht Standorten vertreten. Die RehaClinic-Gruppe verfügt über ein breites Spektrum für Rehabilitation und Prävention.

Vernetzt näher – Dieser strategische Leitgedanke veranschaulicht die Orientierung von RehaClinic an den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten: die Leistungen werden zeit- und wohnortsnah erbracht. Zeitnah in der Akutnahen Rehabilitation und wohnortsnah in den ambulanten und stationären Einrichtungen.

Die interne Vernetzung hat für RehaClinic ebenfalls eine grosse Bedeutung: Die Entwicklung neuer Angebote wird häufig durch die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche und Berufsgruppen angestossen.

RehaClinic Kilchberg ist eine Klinik in der Klinik. Das heisst, wir sind innerhalb eines Spitals eingemietet und nutzen dessen Infrastruktur, wie z.B. die Leistungen der Hotellerie, Diagnostik, IT, Anästhesie etc., sind ansonsten aber völlig eigenständig. An dem Standort Kilchberg wird sowohl ambulante als auch stationäre neurologische Rehabilitation angeboten. Das Projekt bezieht sich auf die stationäre Rehabilitation. Die Station hat 36 Betten, davon sind vier Betten für Frührehabilitation vorgesehen.

### 1.2 Ausgangslage

Die Projektidee entstand aufgrund einer unbefriedigenden Situation für die Patientinnen und Patienten in der Zeit zwischen 7.00 und 9.00 Uhr am Morgen. In dieser Zeit fallen viele Anforderungen gleichzeitig an. Von Seiten der Patientinnen und Patienten besteht der Wunsch nach der Nachtruhe aufzustehen, z.B. für den Toilettengang, die Körperpflege und das Ankleiden. Zeitgleich sollen Vitalwerte erhoben werden, Medikamente kontrolliert und verabreicht werden. Die ersten Therapieeinheiten stehen um 8.00 Uhr an, die Patientinnen und Patienten möchten gern gewaschen und angekleidet in die Therapie und gern auch vorher frühstücken. Die meisten Patientinnen und Patienten benötigen Unterstützung bei der Mobilisation, der Körperpflege und dem Ankleiden. Sie werden zu Therapien und in den Speisesaal begleitet. (Die Mahlzeiten werden in der Rehabilitation in einem Speisesaal gemeinsam eingenommen.)

Die Pflegefachpersonen sehen sich teilweise aus zeitlichen Gründen nicht in der Lage den Patientinnen und Patienten dann eine therapeutisch-rehabilitative Pflege angedeihen zu lassen und übernehmen diese Aktivitäten, weil „es“ dann schneller geht.

Einige Ergotherapeutinnen sind am Morgen bereits auf der Station zum sogenannten Selbsthilfetraining. Das ist eine Therapieeinheit von einer Stunde, in der die Patientinnen und Patienten von der Ergotherapeutin, dem Ergotherapeuten bei der morgendlichen Körperpflege unterstützt und angeleitet werden. Ansonsten werden die Patientinnen und Patienten ab 8.00 Uhr zu den weiteren Therapien erwartet, deren Räumlichkeiten ein Stockwerk weiter unten verortet sind.

Die Patientinnen und Patienten fühlten sich zum Teil sehr unter Zeitdruck, damit sie pünktlich bei der Therapie sind. Sie beklagten, dass sie keine Zeit zum Frühstücken haben. Die Möglichkeit vielleicht die Körperpflege nach der Therapie durchzuführen oder am Abend zu du-

schen wurde von vielen Patientinnen und Patienten abgelehnt, da sie den Therapeutinnen und Therapeuten gern gepflegt und „frisch“ gegenüberstehen wollten. Die andere Möglichkeit, Therapien zu einem späteren Zeitpunkt anzusetzen, war für die Patientinnen und Patienten ebenfalls nicht zufriedenstellend, weil dann nicht immer eine genügende Anzahl von Therapien gewährleistet werden konnte.

Je nach Störungsbild und Einstufung stehen den Patientinnen und Patienten mindestens je eine Einzeltherapie durch Ergo- und Physiotherapeutinnen zu. Sobald eine logopädische Behandlung dazu kommt, ist dies eine weitere Einzeltherapie. Hinzu kommen zwei bis vier Gruppentherapien. Eventuell ergänzt durch beaufsichtigtes Eigentaining im Krafraum (MTT) und Neuropsychologie bei Bedarf, individuell angepasst an das Rehabilitationsziel und das Rehabilitationspotenzial der Patientin, des Patienten.

## 2 Ziele

Die Zielsetzungen des Projekts „Integrative Rehabilitation Neurologie“ sind:

- Das Motto „Vernetzt näher“ ist umgesetzt.
- Die Patientin, der Patient erhält ihre, seine Therapie dort, wo die Aktivität erforderlich ist.
- Die gute therapeutische Qualität bleibt erhalten.

Diese Zielsetzungen beschreiben die patientenzentrierte Sichtweise des Vorgehens. Die Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen bringt diese näher an die Patientin, an den Patienten. Das ist die Voraussetzung für das zweite Ziel. Die Aktivitäten, die von der Patientin, dem Patienten im Verlauf der morgendlichen Pflege ausgeführt werden müssen bzw. bei denen sie, er Unterstützung benötigt, werden unter therapeutischer Anleitung und/ oder unter therapeutischen Bedingungen durchgeführt.

Aufgrund der Zielsetzungen werden folgende Auswirkungen des Projekts angenommen:

- Patientenzufriedenheit, da weniger „Stress“ am Morgen
- Patientenzufriedenheit durch Therapie in Alltagssituationen
- Mitarbeitendenzufriedenheit, da „Ruhe“ in den Ablauf einkehrt (Nutzen z.B. für Medikamentensicherheit)
- Mitarbeitendenzufriedenheit durch gesteigerte interprofessionelle Zusammenarbeit

## 3 Projekt „Integrative Rehabilitation Neurologie“

Nach dem der Projektauftrag an die Projektleitung gegangen ist, wurde ein Projektteam gebildet. Die Projektgruppe setzt sich aus folgenden Berufsgruppen zusammen:

- Projektleitung: Fachleitung Pflege (ist nicht Mitglied des Pflorgeteams)
- Chefärztin Neurologie (ist gleichzeitig die Standortleiterin und stellt die Verbindung zur Steuerungsgruppe her)
- Teamleitung Therapie (Teamleitung aller therapeutischen Berufsgruppen)
- Teamleitung Pflege
- Je eine Ergotherapeutin, Physiotherapeutin, Logopädin und Pflegefachfrau

Die Steuerungsgruppe für das Projekt setzt sich aus der Geschäftsleitung und der Standortleitung sowie der Teamleitung Therapie und Teamleitung Pflege von RehaClinic Kilchberg zusammen.

Die Projektgruppe hat folgende Arbeitsschritte definiert:

1. Definition von drei Therapiegruppen
2. Benennung von entsprechenden therapeutischen Interventionen
3. Organisation der Integrativen Rehabilitation

### **3.1 Definition der drei Therapiegruppen**

Als Grundlage für die Einteilung der Therapiegruppen wird der FIM™ (Functional Independence Measure) Score genutzt.

Der FIM ist ein Instrument zur Messung der funktionalen Selbständigkeit im Alltag. Es ist eine Fremdeinschätzung mit 18 Items (A-R), unterteilt in den so genannten motorischen FIM mit den Items 1-13 (A-M) und den Kategorien: Selbstversorgung, Kontinenz, Transfer, Fortbewegung und den so genannten kognitiven FIM mit den Items 14-18 (N-R) und den Kategorien: Kommunikation, Kognitive Fähigkeiten. Es gibt eine jeweils 7-stufige Ausprägungsskala (mit 1 – 7 Punkten) über alle Items, mit denen insgesamt zwischen 18 und max. 126 Punkte erreichbar sind (Zwischen 13 und 91 im motorischen Teil und zwischen 5 und 35 im kognitiven Teil). Eine Einstufung von 7 bedeutet vollständige Selbstständigkeit und eine 1 vollständige Abhängigkeit.

#### **Interpretation der FIM-Punkte: motorischer Teil**

- 81 - 91 Punkte: leichte bis keine praktisch-motorischen Einschränkungen
- 56 - 80 Punkte: mittlere praktisch-motorische Einschränkungen
- 13 - 55 Punkte: sehr schwere bis schwere praktisch-motorische Einschränkungen

#### **Interpretation der FIM-Punkte: kognitiver Teil**

- 30 - 35 Punkte: keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkungen
- 11 - 29 Punkte: mittlere kognitive Funktionseinschränkungen
- 5 - 10 Punkte: schwere kognitive Funktionseinschränkungen

Aus beiden Anteilen wird ein Summenscore gebildet und eine zusammenfassende Beurteilung (leicht -, mittel -, schwer - betroffen) abgeleitet.

Es werden die Gruppen leicht / mittel / schwer betroffene Patientinnen und Patienten gebildet. Die Patientinnen und Patienten der Frührehabilitation fallen gemäss Kriterien der Frührehabilitation in die Kategorie „schwer betroffen“.

Anschliessend wurde folgender Ablauf zur Kategorisierung der Patientinnen und Patienten festgelegt:

Die Erst-Einschätzung erfolgt anhand klinischer Kriterien während der Eintrittsvisite am Eintrittstag der Patientin, des Patienten und ist eine ärztliche Entscheidung. Bei der Eintrittsvisite sind eine Ärztin, ein Arzt, eine Therapeutin, ein Therapeut und eine Pflegefachperson anwesend. Die Eintrittsvisite findet im Anschluss an die ärztliche Eintrittsuntersuchung statt. Der Einbezug der Patientin, des Patienten wird mittels gemeinsamer Festlegung des Rehabilitationsziels sichergestellt.

Eine Logopädin wird für weitere Abklärungen einbezogen, sobald eine Patientin, ein Patient mit einer Schluckstörung und/ oder wenn der FIM für das Item Essen und Trinken zwischen 1 – 3 liegt. Die FIM-Beurteilung erfolgt innerhalb der ersten 72 Stunden des Aufenthalts und dann jeweils einmal wöchentlich. Die Alltagsfähigkeiten der Patientin, des Patienten werden bei allen Patientinnen, Patienten innerhalb der ersten drei Tage durch eine Ergotherapeutin,

einen Ergotherapeuten abgeklärt (ADL-Abklärung). Diese Abklärung unterstützt die FIM-Einstufung, die üblicherweise durch eine Pflegefachperson erhoben wird.

Fortschritte der Patientinnen und Patienten führen zu Veränderungen der FIM-Einschätzung, die dann eventuell auch einen Gruppenwechsel zur Folge hat (Therapiegruppen siehe Tabelle 1). Diese Veränderungen werden an der Visite oder am interdisziplinären Rapport (idR) thematisiert und es wird gemeinsam entschieden, ob eine Anpassung der Therapie bzw. der therapeutisch-rehabilitativen Pflege vorgenommen werden soll.

### 3.2 Benennung der entsprechenden therapeutischen Interventionen

Als relevante Aktivitäten werden Essen und Trinken, die Körperpflege (Ganzkörperpflege inkl. Toilethygiene) und das Ankleiden des Ober- und Unterkörpers, sowie die Mobilität (beinhaltet Transfers und Fortbewegung) festgelegt. Im FIM werden diese Aktivitäten mit fünf Items für die Körperpflege und mit zwei Items für die Mobilität abgebildet. Essen und Trinken ist ein Item. Es wird darauf verzichtet die Einzelitems für Körperpflege oder Mobilität separat zu betrachten. (Zusammenstellung siehe Tabelle 1)

Da die Kognition mit den FIM Items nicht immer differenziert dargestellt werden kann, blieb die Frage offen, ob die Kognition separat beurteilt werden soll oder ob sich die Auswirkungen der kognitiven Beeinträchtigungen, in den oben aufgeführten Items deutlich genug zeigen.

Tabelle 1: Therapiegruppen und Interventionen in der integrativen Rehabilitation

	Essen und Trinken		Körperpflege und Kleiden		Mobilität	
	FIM Score	(Therap. und /oder pflegerische) Intervention	FIM Score	(Therap. und /oder pflegerische) Intervention	FIM Score	(Therap. und /oder pflegerische) Intervention
<b>Leicht betroffen</b>	(7)	Selbstständig	(7)	Selbstständig*	(7)	Selbstständig
	6	Erhöhter Zeitbedarf	6	Erhöhter Zeitbedarf*	6	Erhöhter Zeitbedarf
<b>Mittel betroffen Ergo / Physio</b>	5	Supervision, Vorbereitung	5	Supervision, Vorbereitung* Ergotherapie / Physiotherapie	5	Supervision, Vorbereitung Physiotherapie
	4	Wenig Unterstützung	4	Kontakthilfe* Ergotherapie / Pflege	4	Gehtraining durch Physio
<b>Schwer betroffen Ergo / Physio und Logo</b>	3	Abklärung durch Logopädie	3	Mässige Hilfestellung* Ergotherapie	3	Transfers und Begleitung durch Physiotherapie / Ergotherapie
	2	Essbegleitung/ F.O.T.T.	2	Ausgeprägte Hilfestellung* (zwischen 25 und 49% der Leistung)	2	Ausgeprägte Hilfestellung (zwischen 25 und 49% der Leistung)
	1	Abhängigkeit (Pat. erledigt weniger als 25% der Aufgabe)	1	Abhängigkeit* (Pat. erledigt weniger als 25% der Aufgabe)	1	Abhängigkeit (Pat. erledigt weniger als 25% der Aufgabe)

### 3.3 Organisation der integrativen Rehabilitation

Eine zentrale Organisation, in der eine Disponentin die Therapiepläne anhand der oben aufgeführten Therapiegruppen zusammenstellt, wird nach reiflicher Überlegung verworfen. Es wird entschieden, die Zuteilung von Patientinnen und Patienten zu Therapeutinnen, Therapeuten und Pflegefachpersonen entsprechend der Zimmer und des Pflegeaufwands zu gestalten. Es ist üblich, dass eine Pflegefachperson für eine bestimmte Anzahl von Zimmern

zuständig ist. Dieser Pflegegruppe wird nun eine Therapeutin, ein Therapeut zugeordnet. Dies kann eine Ergotherapeutin, ein Ergotherapeut oder eine Physiotherapeutin, ein Physiotherapeut sein. Eine Logopädin oder auch eine Neuropsychologin kann bei Bedarf hinzugezogen werden. Die Pflegefachperson und die Therapeutin, der Therapeut bilden in der Zeit zwischen 7.00 und 9.00 Uhr ein „Bezugsteam“ für die Patientinnen, Patienten in den zugeordneten Zimmern. So können kurzfristige Absprachen und ein fachlicher Austausch zwischen den Berufsgruppen stattfinden. Zudem werden regelmässige Absprachen geplant, damit der Austausch nicht nur situativ bedingt ist. Es werden zumindest jeden Montag-Morgen die Patientinnen und Patienten der eigenen Gruppe besprochen und der Verlauf der Woche geplant.

Der Ablauf innerhalb einer Pflegegruppe gestaltet sich zwischen 7.00 und 9.00 Uhr wie folgt:  
Täglich:

- 7.00 Uhr Dienstbeginn Pflegeteam mit Rapport (ca. 15 Minuten)
- 7.00 Uhr Start einer Therapeutin, eines Therapeuten mit einer Therapieeinheit bei einer Patientin, einem Patienten der zugeteilten Gruppe
- 7.15 Uhr kurzer Kontakt zwischen Pflegefachperson und Therapeutin
- 8.00 Uhr Start einer zweiten Therapeutin innerhalb der Pflegegruppe nach dem am Montag festgelegten Therapieplan. Dies kann beispielsweise eine Mobilisation sein, in dem der Weg zum Speisesaal bereits als Gehtraining zurückgelegt wird.
- 9.00 Uhr kurze Evaluation der Interventionen gemeinsam mit der Pflegefachperson.

Montags: 8.45 Uhr Planung und Koordination von Therapie und Pflege für die Woche

## 4 Antrag

Die Projektgruppe „Integrative Rehabilitation Neurologie“ bewirbt sich mit diesem Praxis-Projekt um den Award „Interprofessionalität“. Wir sind überzeugt, dass wir mit diesem Projekt einen grossen Beitrag zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit in RehaClinic Kilchberg leisten.

Das Projekt zielt insbesondere auf das Kernelement 3 der Charta „Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen“ (SAMW, 2014)

**„Kernelement 3: Die Übernahme von Aufgaben im Versorgungsprozess orientiert sich am Bedarf der Patienten und ihrer Angehörigen und an den benötigten fachlichen Kompetenzen“** (ebd. S.3)

Mit der integrativen Rehabilitation stellen wir sicher, dass der Bedarf und die Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten systematisch erhoben werden (interprofessionelle FIM-Einschätzung und Einteilung zu einer Therapiegruppe) und dass dem Bedarf und dem Rehabilitationspotenzial mit den entsprechenden fachlichen Kompetenzen (Ergo-, Physiotherapie, Logopädie oder Pflege) begegnet wird.

Im Projektverlauf wird auch das Kernelement 2 der Charta der Zusammenarbeit erfüllt.

„Kernelement 2: Die Gesundheitsberufe klären für konkrete Arbeitssituationen in einem gemeinsamen Prozess ihre Kompetenzen und Verantwortlichkeiten und halten diese fest; bei überlappenden Kompetenzen sind die Verantwortlichkeiten explizit zu bezeichnen.“ (SAMW, 2014, S. 3)

Das Projekt stellt den gemeinsamen Prozess dar, in dem die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten geklärt werden. Dazu gehört einerseits die Einschätzung der Patientin, des Patienten

ten bei Eintritt. Die Verantwortung liegt bei den Ärztinnen und Ärzten, wird aber ergänzt durch die Fachexpertise der Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie der Pflegefachpersonen. Bei den festgelegten FIM-Erfassungen (bei Eintritt, 1x wöchentlich und bei Austritt der Patienten) ist der Lead bei den Pflegefachpersonen, ergänzt durch die Fachexpertise der anderen Berufsgruppen (inkl. Logopädie und Neuropsychologie). Noch zu klären sind die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in den konkreten Arbeitssituationen der morgendlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Die Projektgruppe ist sich bewusst, dass das Projekt „Integrative Rehabilitation Neurologie“ noch nicht umgesetzt ist und damit ein Kriterium des Awards nicht erfüllt wird. Da wir uns zur Zeit in der Umsetzungsphase befinden und uns bis Ende Oktober/ Anfang November die ersten Evaluationsresultate vorliegen werden, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie unsere Bewerbung trotzdem berücksichtigen.

## 5 Lessons learned

Die Gruppeneinteilung über den FIM ist sinnvoll, aber nicht so wie ursprünglich gedacht als Organisationshilfe. Es war vorgesehen, den Einsatz der Therapeutinnen und Therapeuten anhand der Therapiegruppen zu planen (siehe Tabelle 1). Dies erwies sich als nicht praktikabel und wurde wieder verworfen zugunsten der Bildung von Bezugseinheiten/ Pflegegruppen. Die Einteilung in Therapiegruppen (Tabelle 1) zeigt erforderliche Unterstützungsmerkmale auf und unterstützt so das Verständnis des FIM in allen Berufsgruppen.

In der Berufsgruppe Therapie entstand die Sorge, dass nicht mehr ausreichend Zeit für alle Gruppen- und die ambulanten Therapien ist, wenn die Therapeuten auf der Station gebunden sind und ob die Patientinnen und Patienten die Therapieeinheit im Zimmer auch als Therapie wahrnehmen. Dieses Thema konnte noch nicht vollständig geklärt werden, da die Erprobungsphase nicht abgeschlossen ist (Anspruch der Patientinnen und Patienten auf Therapie, siehe S. 4).

Die Kommunikation unter den Berufsgruppen ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Jede Berufsgruppe soll vermittelt bekommen, dass sie ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt ist. Insbesondere bei den patientennahen Arbeiten am Morgen kann der Eindruck entstehen, dass alle alles machen (müssen). Es ist nicht gedacht, dass Therapeuten pflegerische Tätigkeiten ausführen sollen und Pflegenden therapeutisch tätig sind, auch wenn hier die Grenzen nicht immer eindeutig sind. Der Fokus liegt auf dem (Wieder-)Erlernen von Fähigkeiten einer Patientin, eines Patienten. Mit der Physiotherapeutin lernt sie, er z.B. das korrekte Aufstehen aus dem Bett. Das ist Therapie. Die Pflegenden trainiert dann diesen Transfer im Verlauf des Tages. Sie stellt sicher, dass sich das Erlernete durch Repetition setzen kann. Das ist rehabilitative Pflege.

15.09.2016

Für die Projektgruppe



Britta Lassen  
Projektleitung