Übersetzung

„Taking Charge After Stroke
A training manual for facilitators“

Take Charge training manual v7

von Diplom-Dolmetscherinnen Monika Ebinger und Ursula Dörken
mit Adaptationen durch Prof. Martin Ebinger

Dezember 2022

1. Einführung in den *Take-Charge*-Prozess

Die *Take-Charge*-Sitzung ermöglicht es den betreffenden Personen (und ihren Angehörigen), ihr Leben nach dem Schlaganfall selbst in die Hand zu nehmen (*take charge*). Das Ziel ist es, dass diese Personen die Verantwortung für ihre eigene Rehabilitation (i.e. Selbst-Rehabilitation) und die Wiederherstellung ihrer Persönlichkeit unabhängig von den Auswirkungen des Schlaganfalls übernehmen. Frühere Forschungen haben gezeigt, dass „*Taking Charge*“ etwas ist, was Menschen wollen, es aber nicht schaffen, entweder weil sie nicht wissen, wie sie es anstellen sollen, oder weil sie meinen, dass sie tun müssen, was ihnen andere sagen.

Wir wissen, dass viele Menschen in den ersten Monaten nach ihrem Schlaganfall von diesem Ereignis überwältigt sind, selbst wenn die dadurch verursachten Probleme nicht schwerwiegend sind. Es gibt eine Mischung aus körperlichen („Es bereitet mir Mühe, das und das zu tun …“) und psychologischen Herausforderungen („Bedeutet das, dass sich mein Leben für immer verändert hat? …“) sowie Aspekte der Lebensumstände („Was ist mit meiner Familie? Meiner Arbeit? …“). Traditionell ist Rehabilitation eher auf das Körperliche ausgerichtet, mit der (unausgesprochenen) Botschaft, dass, wenn das Körperliche erst mal besser ist, sich alles andere schon regeln wird. […] Die Betonung auf dem Körperlichen kann Menschen daran hindern, sich mit den Problemen der Psyche und den allgemeinen Lebensumständen auseinander zu setzen. Die „*Take-Charge*-Sitzung“ geht von den großen Lebensfragen aus und hilft der Person dabei, die für sie wichtigsten Fragen herauszuarbeiten.

Menschen, bei denen „*Take Charge*“ erfolgreich ist, haben häufig Folgendes gemeinsam:

i. Sie erkennen das große Ganze.
ii. Sie können zum Ausdruck bringen, wer sie als Person sind.
iii. Sie haben die Einstellung, dass alles möglich ist.
iv. Sie werden von jemandem (meist einem Familienmitglied) unterstützt.

Die *Take-Charge*-Intervention motiviert die Menschen, diese Ressourcen, soweit bereits vorhanden, zu nutzen oder sie andernfalls zu entwickeln.

2. Komponenten der *Take-Charge*-Intervention

Die *Take-Charge*-Intervention besteht aus drei Komponenten:

1. Grundlegende Einschätzung (Baseline Assessment)

Die *Take-Charge*-Sitzung beginnt mit einer grundlegenden Einschätzung, die der Schlaganfallperson ein Bild davon verschafft, wie es ihr jetzt geht. Das ermöglicht es ihr, darüber nachzudenken, wo sie in Zukunft sein möchte und wie sie dahin gelangen könnte. Es fördert ihre Fähigkeit zu beschreiben, was sie machen kann, und einzuschätzen, wie viel Hilfe sie braucht. Es soll ihr dabei helfen, anhand dieser Informationen darüber **nachzudenken**, wo sie jetzt steht, um **vorausschauen** zu können, wohin sie kommen möchte (der nächste Schritt). Wir empfehlen eine sehr kurze Version der Assessments, die in den bisherigen klinischen Studien verwendet wurden.
Planen Sie dafür 5 Minuten ein.

Die grundlegende Einschätzung besteht aus folgenden Teilen (am Ende dieser Broschüre aufgeführt):

i. Frenchay Activities Index – betrachtet anspruchsvollere Tätigkeiten des täglichen Lebens (13 Fragen)
ii. modified Rankin Scale – betrachtet generelle Unabhängigkeit von fremder Hilfe (eine Antwort verlangt)

Nach der grundlegenden Einschätzung beginnen Sie den nächsten Teil der Intervention, indem Sie der Person erklären, dass zunächst das große Ganze (ihres Lebens) betrachtet wird und danach spezifische Bereiche, die für sie von Interesse sind. Geben Sie ihr das *Take-Charge*-Arbeitsbuch und versichern Sie ihr, dass es ihr gehört, dass es nicht zurückgegeben werden muss und dass es keine „richtigen“ und „falschen“ Antworten gibt.

2. Das große Ganze (s. S. 2-4 im *Take-Charge*-Arbeitsbuch)
Eine ausführliche Befassung mit diesen drei Seiten hilft dabei herauszufinden, was für die Person am wichtigsten ist. In diesem Stadium betrachtet die Person die Zeit nach dem Schlaganfall und stellt die großen Fragen: „Wer bin ich?“, „Wer sind die wichtigen Personen in meinem Leben?“, „Was möchte ich mit meinem Leben in 6 Monaten machen, in 12 Monaten und darüber hinaus?“ So kann die Person beschreiben, wer sie wirklich ist. Dies bietet einen Rahmen, um zu beschreiben, wohin die Person will, und suggeriert, dass sie es erreichen kann – durch „*Taking Charge*“.
Planen Sie 15 Minuten für „das große Ganze“ ein.

Das „2 Kreise“-Diagramm (Seite 2) ermöglicht es der Person aufzuschreiben (oder zu sagen), wie sie sich selbst sieht. Beginnen Sie links auf der Seite. Als erstes bitten Sie die Person, im linken Kreis aufzuschreiben, welche Auswirkungen der Schlaganfall bei ihr hat. (Ein Unterstützer oder der

Betreuer kann auf Wunsch der Person das Schreiben übernehmen.) Dann bitten Sie sie, in dem großen Kreis rechts zu beschreiben, *wer sie als Person ist*. Einige werden dazu ihren Beruf angeben – „ich bin Lehrer, Baufachmann, Pfleger, usw.“. Einige werden ihre Beziehung zu anderen beschreiben – „ich bin Ehefrau, Vater, Großmutter, Mutter“. Einige werden ihre besonderen Eigenschaften hervorheben – „ich bin hilfsbereit, ich bin gesund und sportlich, ich kann gut zuhören“. Andere werden betonen, was sie gern machen – „ich lese gern, schaue mir gern Filme an, ich gehe gern ins Café, ich arbeite gern im Garten“. Es ist Ihre Aufgabe, der Person Gelegenheit zu geben, sich darzustellen. Dabei kann ihr vielleicht jemand helfen. Das Endergebnis kann an den Kühlschrank zuhause oder an die Wand geheftet werden.

Auf Seite 3 wird die Person aufgefordert, ihre **Hoffnungen und Ängste** auszudrücken. Manchmal gibt es ein Paradox – erst wenn die Person über ihre Zukunftsängste spricht, werden die größten Hoffnungen klar. Zum Beispiel: „Ich mache mir Sorgen, dass meine Enkelkinder sich nicht gerne von mir vorlesen lassen, weil meine Sprache schlecht zu verstehen ist“. Das bedeutet eigentlich „Es ist sehr wichtig für mich, meinen Enkelkindern vorzulesen (und eine Beziehung zu ihnen zu haben)“. Sie könnten sagen „Ihre Enkelkinder scheinen Ihnen sehr wichtig zu sein“, was positive Gedanken auslösen könnte. Andere übliche Ängste haben ähnliche positive Gegenpole (Angst vor einem weiteren Schlaganfall/ Wunsch, etwas zur Vorbeugung gegen einen weiteren Schlaganfall zu tun; Angst, in ein Heim ziehen zu müssen/Wunsch, mein Leben mit Unterstützung zu organisieren, so dass ich zumindest eine Weile noch in meiner eigenen Umgebung leben kann; Angst vor sozialer Isolierung/Wunsch nach Kontakt mit den wichtigen Menschen in meinem Leben und Wunsch nach neuen Kontakten).

Seite 4 gibt Gelegenheit, den „Besten Tag“ zu visualisieren und zu beschreiben. Das Malen eines Bildes, oft beschrieben als ein Vorgang in der rechten Gehirnhälfte, kann den kognitiven Vorgang, manchmal beschrieben als ein Vorgang in der linken Gehirnhälfte, unterstützen, um im eigenen Selbstverständnis von einer „Schlaganfallperson“ zu einer „Person, die u.a. mal einen Schlaganfall hatte“ zu kommen. Die Person oder ihre Unterstützenden, einschließlich z.B. der Enkelkinder, kann/können alles Mögliche unter der Überschrift „Mein bester Tag“ malen. Sie können Impulse geben wie z.B. „mit wem“, „wo“, „welche Tätigkeit“. (Anmerkung: Rechnen Sie mit einigem Widerstand gegen das Malen, aus Befangenheit oder aus Überzeugung, „nicht malen zu können“. Versichern Sie der Person, dass es ihr dabei hilft, etwas zu visualisieren und die kreative Hälfte des Gehirns zu nutzen. Es kann hilfreich sein, die Person zu bitten, die Augen zu schließen und sich ihren besten Tag vorzustellen und ihn dabei zu beschreiben. Auf Wunsch der Person kann ein Unterstützender zusätzlich ein paar Bilder

malen oder Notizen machen.) Wenn das Bild fertig ist, sagen Sie zu der Person „Erzählen Sie mir was über Ihr Bild“ und hören Sie zu.
Das Visualisieren und das Sprechen darüber sind von Wert, selbst wenn nichts aufgeschrieben wurde. Das Gehirn wird durch neue Ideen stimuliert und so wollen wir neue Wege ermöglichen.

Zum Abschluss des Kapitels „das große Ganze“ fragen Sie die Person, was sie bislang besonders beeindruckt hat. Fragen Sie sie z.B., ob sie etwas überrascht hat oder ob sie ein neues Bewusstsein für bestimmte Zukunftshoffnungen hat. Durch dieses Assessment werden Sie eine gewisse Vorstellung davon haben, was für die Person besonders herausfordernd oder motivierend war, je nachdem, wie mitteilsam die Person ist. Wenn es ihr schwer fällt zu benennen, was ihr wichtig ist, ermutigen Sie sie, mehr zu erzählen. Sagen Sie vielleicht „Sie haben vorhin etwas über …. gesagt (ein in Kürze bevorstehendes Ereignis), können Sie mir mehr darüber erzählen? Würde das hier reinpassen (Hoffnungen für die nächsten 12 Monate)?“

3. Aufteilen in machbare Schritte (s. Seiten 5-11)
Beim Betrachten des „großen Ganzen“ hat die Person vielleicht gemerkt, dass sie mit einem bestimmten Bereich beginnen möchte. Erklären Sie ihr, dass die Seiten 5 bis 11 der Broschüre ihr helfen sollen, sich auf bestimmte Bereiche von Veränderung zu konzentrieren und eine Vorstellung davon zu entwickeln, wie sie die gewünschten Veränderungen erreichen könnte. Fragen Sie sie, mit welchem Bereich sie beginnen möchte. Fordern Sie sie auf, den Bereich zu benennen, der für sie am nützlichsten wäre. Bearbeiten Sie diesen Teil gründlich; Ihre Aufgabe ist es, die Person in dieser Sitzung durch **einen** Bereich der Veränderung zu leiten. Planen Sie dafür ca. 15 Minuten ein [Anmerkung: ursprüngl. waren hier 20- 30 Minuten vorgesehen]. Wenn sich die Person mehr als einen Bereich vornehmen will, stellen Sie fest, ob sie die Kraft dazu hat. Später können Sie sie dazu ermutigen, mit ihren Angehörigen weiterzuarbeiten, vielleicht mit Hilfe weiterer Vorschläge in der Broschüre.

Folgende Fragen könnten gestellt werden: „Was möchten Sie in diesem Bereich tun?“; „Schauen wir uns nochmal all Ihre Hoffnungen, Ziele und Wünsche auf Seite 3 an … Gibt es da etwas, was für Sie hilfreich sein kann?“ ; „Schauen wir uns nochmal Ihren besten Tag an – gibt es da etwas, was Sie auf Ideen für diesen Bereich bringt?“. Es kommt oft vor, dass jemand die Beispiele lesen will und befürchtet, dass er „etwas falsch macht“, deshalb empfiehlt es sich, der Person erneut zu versichern, dass die Broschüre nur für sie bestimmt ist und dass es kein richtig oder falsch gibt. Wenn sie damit fertig ist, fragen Sie: „Gibt es noch etwas, was Ihrer Meinung nach auf diese Seite gehört?“. Sagen Sie ihr, dass sie jederzeit etwas hinzufügen kann, wenn ihr noch etwas einfällt.

Der Schwerpunkt sollte darauf liegen, was die Person für sich selbst tun kann, wobei Rehabilitationseinrichtungen und andere Dienstleister eine nützliche Rolle spielen können. Ihre Aufgabe ist es, die Person und ihre Angehörigen reden zu lassen und einen *Take-Charge*-Plan vorzulegen; Sie können dabei als eine Art Projektionsfläche dienen. Sie sind nicht der Problemlöser.

Wenn die Person z.B. fragt „Wie kann ich meinen Gang verbessern, so dass ich im Supermarkt zurechtkomme?“, sagen Sie in etwa „Was, glauben Sie, könnte Ihnen (jetzt im Moment) helfen?“ Die Person oder ihre Unterstützenden haben vielleicht viele verschiedene Vorschläge, wie dieses Problem zu lösen ist (z.B. Taxi, im Supermarkt einen Rollstuhl benutzen, der von einem der Kinder oder Enkelkinder geschoben wird, Online-Bestellung beim Supermarkt, alles Dinge, die keine Verbesserung der Mobilität dieser Person voraussetzen), wobei die Vorschläge, die von ihr selbst kommen, eher akzeptabel für sie sind und Erfolg haben werden. (Bedenken Sie, dass, wenn Sie mögliche Lösungen vorschlagen - wie „Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt, er soll Ihnen mehr Physiotherapie verschreiben“ -, der Person die Kontrolle aus der Hand genommen wird.)

Es kann schwierig werden, zu entscheiden, in genau welches Kästchen Dinge einzutragen sind – das soll keinen Stress machen; das Wichtigste ist, dass die Person angeregt wurde, über ihre Zukunft nachzudenken und über kleine Schritte (oder einen Schritt nach dem anderen) auf dem Weg in die von ihr gewünschte Zukunft.

Für Schlaganfallpatient*innen: Viele Menschen beschäftigen sich mit der Frage, wie man einem Schlaganfall vorbeugen kann. Die Tabellen in der *Take-Charge*-Broschüre (auf Seite 12) sollen Präventionsstrategien aufzeigen. Die anschließenden Gesundheitsinformationen können ebenfalls hilfreich sein (sie sind vermutlich bereits vom Akuthaus vermittelt worden und in Vergessenheit geraten oder in der Masse der nach dem Schlaganfall erhaltenen Informationen untergegangen). Das Schlaganfallrisiko im ersten Jahr nach einem Schlaganfall beträgt 5 bis 10 %. Dies kann durch Blutdruckkontrolle um bis auf die Hälfte reduziert werden, ebenso durch mehr Bewegung, angemessene Kost, Medikamente (insbesondere Thrombozytenfunktionshemmer wie Aspirin und Clopidogrel, lipidsenkende Mittel wie Simvastatin oder Atorvastatin, Antikoagulantien wie Warfarin und Apixaban (oder ähnliche Mittel) für Menschen mit Vorhofflimmern), und Rauchen einstellen. Der Person zu zeigen, wo sie nach den Tabellen für BMI sowie Blutdruck und Bewegung steht, kann einen Anreiz für sie bieten, an sich zu arbeiten. Die Zielwerte sind aus den Tabellen ersichtlich (normaler BMI, Blutdruck <135 systolisch, <80 diastolisch, Bewegung 150 min/Woche, d.h. 30 Minuten an fünf Tagen pro Woche).

3. Nützliche Hinweise für das „*Taking Charge*“

Stellen Sie eine Beziehung zu der Person her. Akzeptieren Sie die Person, wie sie wirklich ist.

Hören Sie, was sie zu sagen hat (ohne sie zu unterbrechen).

Geben Sie wieder, was sie gesagt hat, wenn nötig mit Umschreibung.

Fragen Sie, ob Sie ihre Wünsche korrekt zusammengefasst haben, und wenn nötig,

Fragen Sie, ob sie eine Vorstellung davon hat, wie sie ihre Hoffnungen verwirklichen kann.

Sie sind nicht dazu da, Ideen zu liefern – alle Ideen sollten von der Person und ihren Unterstützenden kommen.

Schlüsselsätze:

„Sie sagen also …“ oder „Habe ich das richtig verstanden …?“

„Wie wichtig ist es für Sie, dass …?“

„Wie sicher sind Sie, dass Sie …. könnten …?“

„Was müsste geschehen, damit Sie ….?“

Das Wichtigste ist, dass Sie nicht zu viel reden. Es ist sehr wichtig, dass die Ideen von der Person und ihren Angehörigen und nicht von Ihnen kommen. „*Taking Charge*“ ist ein Prozess, der dauern kann – am Ende der Sitzung mag sehr wenig aufgeschrieben worden sein. Das ist in Ordnung. Manche werden über Tage, Wochen und Monate über diese Dinge nachdenken. Sie geben ihnen einfach Werkzeuge in die Hand, um diesen Prozess einzuleiten oder voranzutreiben. Sie werden dabei die verschiedensten Menschen, Familienformen und Einstellungen zu diesen Fragen erleben.

Zur Erinnerung:

- **Das Ziel ist es, dass die Person selbst die Verantwortung übernimmt** (*Takes Charge*). Nicht Sie haben die Verantwortung – wir wissen, dass ein direkter Ansatz der „Problemlösung“ nach einem Schlaganfall nicht effektiv ist, und Sie dürfen das auch nicht versuchen, so sehr Sie auch helfen möchten.
- **Lassen Sie zu, dass die Person am meisten redet.**
  Der Schlaganfallperson würde am ehesten die Kontrolle entzogen, wenn Sie viel reden - es ist schwer, zuzuhören und nicht zu reden, besonders wenn die Person nicht (viel) sagt. Widerstehen Sie der Versuchung! Wenn es nicht weitergeht, versuchen Sie zusammenzufassen, was die Person gesagt hat. Zum Beispiel: „Sie sagen also, Sie möchten jede Woche zum Kegeln gehen, glauben aber, dass Sie das jetzt noch nicht hinkriegen?“ Und dann entweder „Was sehen Sie als größten Hinderungs-grund?“ oder „Sehen Sie eine Möglichkeit, den Kegelverein zu besuchen, auch wenn Sie nicht mitspielen?“ Diese Einleitung kann die Person dazu bringen, zu reden und sich kleinere „Stückchen“ des Problems vorzunehmen (*wie komme ich dahin, was kann ich dort machen, wie bewältige ich die Beeinträchtigung durch halbseitige Lähmung/undeutliche Sprache/Rollator vor anderen Leuten, schnelle Ermüdung usw*.). Es ist jedoch Sache der Person (und/oder ihrer Angehörigen), selbst Ideen und mögliche Lösungen zu entwickeln.
- **Bestätigen Sie die von ihr entwickelten Ideen,** z.B. so :“Großartig, dass Sie das vorhaben.“ Aber vermeiden Sie es, die Idee an sich zu bewerten wie „Das ist wirklich eine gute Idee“. Menschen, vielleicht besonders Alleinlebende, tendieren dazu, das zu sagen, was der andere vermeintlich hören will. Wenn Sie sagen „gute Idee“, kann sie das davon abhalten, darüber nachzudenken, ob die Idee gut/schlecht/nicht durchführbar ist, oder (noch wichtiger) neue Ideen zu entwickeln.
- **Erinnern Sie die Person an das „ganze Bild“**. Wenn die Ideen versiegen, kommen Sie auf „meinen besten Tag“ und die „Zwei Kreise“-Bilder für Ideen zurück und erinnern Sie an die Hoffnungen und Ängste, aber üben Sie keinen Druck in Bezug auf neue Ideen aus.

Am produktivsten ist es, wenn Ideen von der Person selbst ausgehen. Sie können sagen „Schauen wir uns nochmal Ihr Bild an.“ oder „Sagen Sie mir nochmal, was Sie in Ihrem Leben für wertvoll halten.“ oder „ Was Sie mir vorher erzählt haben, etwas über Musik, … wie könnte Sie das auf ein paar Ideen bringen?“ Wenn Sie merken, dass Sie zu bestimmend werden, nehmen Sie sich zurück und atmen Sie tief durch, sagen Sie sich, dass die Gedanken und Ideen der Person das „Gold sind, nach dem wir schürfen“. Entspannen Sie sich und warten Sie auf den magischen Moment. Wenn bei der „*Take-Charge*“-Sitzung lediglich die grundlegende Einschätzung erfolgt, das *Take-Charge*-Blatt übergeben und dessen Gebrauch erklärt wird und nichts tatsächlich aufgeschrieben wird, dann ist das auch in Ordnung. Das sind vielleicht die wichtigsten Elemente der Intervention.

nur eine Zahl markieren

Modified Rankin Score

„übliche tägliche Verrichtungen“ wie Gehen, Essen, Anziehen, Duschen, Toilettengang

0= keine Symptome oder Anzeichen
1= Symptome und/oder Anzeichen, aber keine Einschränkung
2= Einschränkung, aber selbstständig bei täglichen Verrichtungen
3= braucht Hilfe bei einer oder mehreren Verrichtungen, aber noch mobil
4= abhängig und hilfsbedürftig in Bezug auf Mobilität
5= bettlägerig

Frenchay activities index

„ Wie oft haben Sie das seit dem Schlaganfall gemacht?“

1. Mahlzeiten zubereiten
0= nie, 1= <1x/Woche, 2= 1-2x/Woche, 3= meistens

2. Abwasch
0= nie, 1= <1x/Woche, 2= 1-2x/Woche, 3= meistens

3. Wäsche
0= nie, 1= 1-2x/3 Monate, 2= 3-12x/3 Monate, 3= mindestens wöchentlich

4. Leichte Hausarbeit
0= nie, 1= 1-2x/3 Monate, 2= 3-12x/3 Monate, 3= mindestens wöchentlich

5. Schwere Hausarbeit
0= nie, 1= 1-2x/3 Monate, 2= 3-12x/3 Monate, 3= mindestens wöchentlich

6. Einkaufen
0= nie, 1= 1-2x/3 Monate, 2= 3-12x/3 Monate, 3= mindestens wöchentlich

7. Soziale Kontakte
0= nie, 1= 1-2x/3 Monate, 2= 3-12x/3 Monate, 3= mindestens wöchentlich

8. Spazierengehen >15 Minuten
0= nie, 1= 1-2x/3 Monate, 2= 3-12x/3 Monate, 3= mindestens wöchentlich

9. Hobbys betreiben
0= nie, 1= 1-2x/3 Monate, 2= 3-12x/3 Monate, 3= mindestens wöchentlich

10. Autofahren/Busfahren
0= nie, 1= 1-2x/3 Monate, 2= 3-12x/3 Monate, 3= mindestens wöchentlich

11. Ausflüge/Autofahrten
0= nie, 1= 1-2x/ 6 Monate, 2= 3-12x/6Monate, 3= mindestens 2x/Woche

12. Gartenarbeit
0= nie, 1= leicht, 2= mäßig, 3= alles Notwendige

13. Haus- und Autowartung
0= nie, 1= leicht, 2= mäßig, 3= alles Notwendige

14. Bücher lesen
0= nie, 1= eins in 6 Monaten, 2= < 1 in 2 Wochen, 3= > 1 in 2 Wochen

15. Bezahlte Arbeit
0= keine, 1= bis zu 10 St./Woche, 2= 10–30 St./Woche, 3= >30 St./Woche

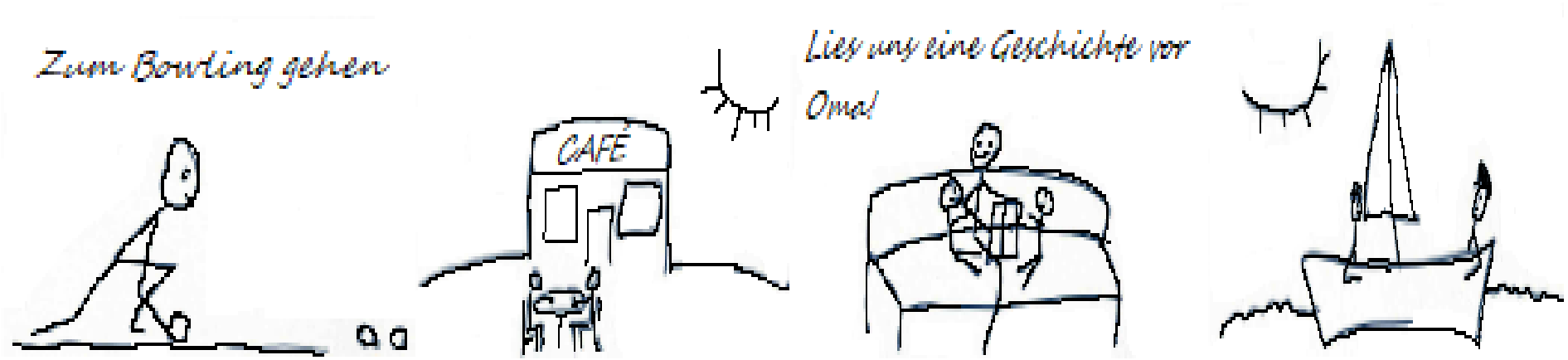
MEDICAL PARK

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Rehabilitation in unserer Klinik soll Ihnen auf Ihrem Weg zurück in ein selbstbestimmtes Leben helfen.

Bitte zeichnen Sie dafür auf der Rückseite des Blattes ein Bild von Ihrem „schönsten Tag“, wie Sie ihn sich vorstellen.

Das hilft Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Sie als Person besser kennenzulernen, etwas über Ihre persönlichen Ziele zu erfahren und daraufhin Ihren individuellen Therapieplan noch besser abzustimmen.
Hier ein kleines Beispiel, wie ein perfekter Tag aussehen könnte:



Bitte wenden ->

MEDICAL PARK

Hier ist Platz für Ihren „schönsten Tag“. - Los geht‘s!