

Falldarstellung von Fr. D.

Betreuung vom PSD durch **DPGKS Gulz Susanne, ET Schmidt Constanze** und **DSA Zehetner Judith** im Bezugsteam

Betreuungsbeginn im Modellprojekt „Personenzentrierte Wohnbetreuung Mostviertel“:
01. Juni 2005

Casemanagement: DPGKS Gulz Susanne

Persönliche Daten von Fr. D.:

Alter: 57 Jahre

Familienstand: geschieden seit 1996

Kinder: 2 Töchter (beide über 30 Jahre alt), Pflegesohn (13 Jahre alt, lebt aber zurzeit im Jugendheim)

Wohnsituation: Mietwohnung in einem Seniorenwohnhaus

Psychiatr. Diagnose: F10.2 Alk. Chron.

Somatische Diagnosen: Laktose- u. Fructoseintoleranz, chron. Zervikalsyndrom, Vertigo (vermutl. multifaktorieller Genese), tox. nutr. Hepatopathie

Vormalige Aufenthalte: LKM Mauer, TZ Ybbs

Situation zu Beginn der Betreuung durch Bezugsteam:

Fr. D. lebt alleine, wird mehrmals wöchentlich von der Heimhilfe betreut, befindet sich gerade in einer Trinkphase. Sie trinkt nach eigenen Angaben ca. seit 11 Jahren. Körperliche Verfassung von Fr. D. ist eher bedenklich, sie geht nur mehr mit einem Rollator, da sie schon mehrere schwere Stürze aufgrund ihres Schwindels hatte (Folgen: u.a. Gehirnblutung, Beckenbruch,...); Fr. D. ist stark untergewichtig, da sie in Phasen des Trinkens zu essen aufhört. Sie verbringt die meiste Zeit des Tages im Bett. Töchter haben den Kontakt zur Mutter abgebrochen, da sie den Verfall von Fr. D. nicht mit ansehen wollen.

Juni – Juli 2005:

Die ersten beiden Hausbesuche finden gemeinsam mit DSA Debrah-Auer (Betreuerin im Regelbetrieb des PSD) statt. Fr. D. wirkt beide Male alkoholisiert, das Thema Alkohol kommt beim 2. HB erstmals zur Sprache, beim Versuch den IHP mit ihr zu erarbeiten.

Danach alleinige HB, Themen: Alkoholentzug und mögliche Therapieplätze;
Kontaktaufnahme mit Hausarzt

Abklärungen über Voraussetzungen in LKM Mauer und TZ Ybbs

Fr. D. ist jedoch momentan noch zu keiner Therapie bereit.

Fr. D. stürzt zuhause und wird mit einer Serienrippenfraktur ins KH Steyr gebracht, im KH fällt sie aus dem Bett und bricht sich noch das Unterkiefer – Besuch im KH

Fr. D. wird danach ins KH Wels auf die Kieferchirurgie verlegt, aber bald wieder entlassen.

Zuhause wieder regelmäßige HB (1x pro Woche) – Motivation zu Therapie, jedoch nicht zu überzeugen; Heimhilfe kommt jetzt 2x täglich. Alkoholkonsum steigt zuhause wieder beträchtlich, sodass Fr. D. nur mehr im Bett liegt und auch inkontinent wird, da sie es alleine nicht mehr auf die Toilette schafft.

Enger Kontakt mit Hauskrankenpflege und Hausarzt.

August – September 2005:

Gemeinsamer HB mit ET Schmidt um Fr. D. kennen zulernen, Fr. D. liegt jedoch volltrunken im Bett und kann kaum mehr reden – Konfrontation mit ihrer äußerst bedenklichen Situation und schließlich gelungener Versuch sie von einem KH-Aufenthalt zu überzeugen – mit Rettung ins LKM Mauer

Sachwalterschaft wurde von der Hauskrankenpflege angeregt.

Fr. D. war einige Tage im UBG und blieb dann freiwillig auf der Station – Fallbesprechung mit DSA im LKM – Heimplatz wird gesucht, da sie in der momentanen Situation nicht mehr im Stande ist alleine zu wohnen – Besuch im LKM

Mitte August wird Fr. D. in ein privates Pflegeheim in Pöchlarn verlegt. Regelmäßige Besuche ca. alle 2 Wochen von mir im Pflegeheim.

Fr. D. erholt sich körperlich wieder recht gut und bleibt abstinent.

Kontaktaufnahme mit vorläufiger Sachwalterin – Fallbesprechung

Kontakt zu älterer Tochter wieder hergestellt, kommt sie auch im Pflegeheim besuchen.

Fr. D. hat den Wunsch wieder in ihre Wohnung zurückzukehren, körperlich und psychisch befindet sie sich auf dem Weg der Besserung und übernimmt auch im Pflegeheim einige Aufgaben, wie z.B. Tischdecken, Blumen gießen,... weil sie nicht untätig herumsitzen will.

Oktober – Dezember 2005:

Besprechung mit SW, Fr. D. wird Mitte Oktober wieder vom Pflegeheim nach Hause entlassen.

Besprechung mit Hauskrankenpflege – Vereinbarung: Fr. D. wird Mo, Mi u. Fr. von Heimhilfe betreut und Di, Do vom PSD; Fr. D. soll damit unter engmaschiger Beobachtung von Profis stehen um mögliche Rückfälle sobald als möglich abzufangen bzw. sie so zu stabilisieren und zu motivieren, dass sie nicht rückfällig wird.

Aufgaben von ET: Stützende Gespräche und sinnvolle Freizeitgestaltung

Aufgaben von DPGKS: Motivation, stützende Gespräche jeglicher Art

Fr. D. erholt sich zuhause und findet recht gut in ihr Leben zurück. Der Kontakt mit den Töchtern findet wieder regelmäßig statt und vor allem mit der älteren Tochter entwickelt sich dieser intensiver.

Fr. D. fährt regelmäßig, ca. 1x pro Monat für einige Tage bis zu einer Woche zu ihr, in die Nähe von St. Pölten – Fahrten zur Tochter werden auch vom PSD ermöglicht und auch einmal genutzt.

Diese Besuche stabilisieren Fr. D. sehr, da ihr ihre Familie sehr viel bedeutet; sie kann dabei auch ihr Pflegekind wieder intensiver sehen, da sich dieser auch regelmäßig bei der älteren Tochter aufhält.

Die Gespräche mit der Klientin werden in dieser Zeit intensiver, weil sie mehr Vertrauen fasst und auch die traumatischen Erlebnisse ihrer Vergangenheit zum Thema werden.

Cravingsituationen sind zu bewältigen.

Die Tochter organisiert für Fr. D. einen Neurologen in Krems zur Behandlung ihrer andauernden Schmerzen im Rücken und Kopf. Auch beginnt die Klientin wieder mit einer Physio- und Psychotherapie.

Gegen Ende November hat Fr. D. einen Rückfall und trinkt einige Tage lang wieder Alkohol – wird von der Heimhilfe ins KH Steyr geschickt; einige Tage Aufenthalt, Diagnose: Bauchspeicheldrüsenentzündung; danach muss sie strenge Diät halten und hat auch kein Verlangen mehr nach Alkohol.

Anfang Dezember war die Verhandlung bezüglich der Sachwalterschaft, diese wurde aufgehoben, da Fr. D. ihre finanziellen Angelegenheiten gut alleine regeln kann und auch ansonsten keine Unterstützung von einem Sachwalter braucht.

Fr. D. versucht selbständig eine Rezeptgebührenbefreiung zu erwirken, diese wird jedoch aufgrund des zu hohen Einkommens abgelehnt.

Jänner – Mai 2006:

Fr. D. ist zurzeit stabil, Kontakt zur Tochter in regelmäßigen Abständen.

Helferkonferenz bei der Caritas Hauskrankenpflege: Betreuung weiter wie bisher, 3x Heimhilfe, 2x PSD pro Woche.

Fr. D. möchte dann im Februar von sich aus nur mehr 2x pro Woche die Heimhilfe, da sie nicht so viel Arbeit für diese hat.

Kontakt zu Tochter hergestellt, um die regelmäßigen Besuche von Fr. D. bei ihr zu gewährleisten.

Probleme mit Tochter: Vater lässt sie nicht länger in seinem Haus wohnen und sie muss sich eine neue Wohnung suchen – Tochter hat auch einen neuen Lebensgefährten, möchte aber in der Gegend bleiben, hauptsächlich wegen der Kinder.

Juni- Juli 2006:

Einstieg von DSA Zehetner in die Betreuung von Fr. D. – DSA und ET werden von jetzt an abwechselnd alle 2 Wochen einen HB machen, ich weiterhin regelmäßig 1x pro Woche.

DSA versucht sich einen Überblick über die finanzielle Situation von Fr. D. zu machen und sie bei der Erreichung der Rezeptgebührenbefreiung zu unterstützen.

August – Dezember 2006:

Tochter stellt Fr. D. vor vollendete Tatsachen indem sie ihr ca. 2 Wochen vor Ferienende erklärt, dass sie zum Schulbeginn zu ihrem neuen Lebensgefährten in die Steiermark zieht; somit sind auch die regelmäßigen Besuche von Fr. D. nicht mehr möglich, da die Anreise zu beschwerlich ist.

Fr. D. ist sehr enttäuscht, kann es sich aber noch nicht so wirklich eingestehen, sie macht sich vor allem Sorgen um ihr Pflegekind, da dieser nun auch nicht mehr so einfach zu seiner „Schwester“ und ihren Kindern fahren kann.

In dieser Zeit beginnt Fr. D. zuerst heimlich und dann für Betreuer offensichtlich wieder zu trinken.

Im November erklärt ihr die Tochter, dass sie zu den Zeugen Jehovas konvertiert, dies ist auch ein Schlag für Fr. D., da sie sehr gläubig ist. Es kommt zu einem Streitgespräch mit der

Tochter am Telefon, Fr. D. ist sehr traurig darüber, sie will aber die Einladung zur Taufe annehmen.

Zu dieser Zeit trinkt sie schon wieder regelmäßig.

Im Dezember heiratet dann die Tochter ihren Lebensgefährten, Fr. D. nimmt an der Hochzeit teil, macht sich aber Sorgen um ihre Tochter, ob das nicht alles viel zu schnell geht.

Alkoholkonsum ist in dieser Zeit das Hauptthema bei den HB.

Ab Jänner 2007:

Immer wieder motivierende Gespräche und Versuche Fr. D. ihre momentane Verfassung zu spiegeln, um sie von einem längerfristigen Therapieaufenthalt zu überzeugen. Die Klientin meint aber, dass sie die Situation noch immer alleine in den Griff bekommt.

Helferkonferenz mit Betreuern vom PSD und Dr. Swittalek vom Pav.5 in Mauer – Situation der Klientin immer wieder spiegeln und sie von einem Vorstellungsgespräch auf Pav. 5 zu überzeugen.

Fr. D. erklärt sich zu einem Vorstellungsgespräch bereit, will aber noch immer keine Therapie machen. Vorstellungsgespräch in meiner Begleitung – Motivation zur Therapie steigt – Vereinbarung eines Aufnahmetermins Anfang März.

Mitte Februar möchte Fr. D. die Therapie von sich aus machen, und trifft schon selbständig Vorbereitungen dafür. Sie möchte es auch machen, da sie ihrem Pflegekind wieder mehr Unterstützung bieten möchte, und er regelmäßig zu ihr fahren kann. Dies zu ermöglichen wird das nächste Ziel der PSD-Betreuung sein, da dies wieder ein sehr stabilisierender Faktor für Fr. D. wäre.

Ziele und Aufgabenverteilung der Betreuung im Bezugsteam:

Ziele der Betreuung:

- Rückfallminimierung bzw. schnellere Interventionen bei Rückfällen
- Erhaltung der derzeitigen selbständigen Wohnform
- Sinnvolle Freizeitgestaltung
- Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten

Aufgaben von DPGKS:

- Casemanagement (Einberufung von Helferkonferenzen, Fallbesprechungen,...)
- Intensive Beziehungsgestaltung
- Stützende und motivierende Gespräche
- Gewährleistung (und Ermöglichung) einer besseren medizinischen Versorgung (FA Kontakte herstellen und erhalten)
- Unterstützung im familiären Umfeld

Aufgaben von ET:

- Findung sinnvoller Freizeitgestaltung
- Training kognitiver Fähigkeiten
- Stützende Gespräche

Aufgaben von DSA:

- Unterstützung in finanziellen Angelegenheiten
- Stützende Gespräche

Amstetten, am 21.2.2007

DPGKS Gulz Susanne