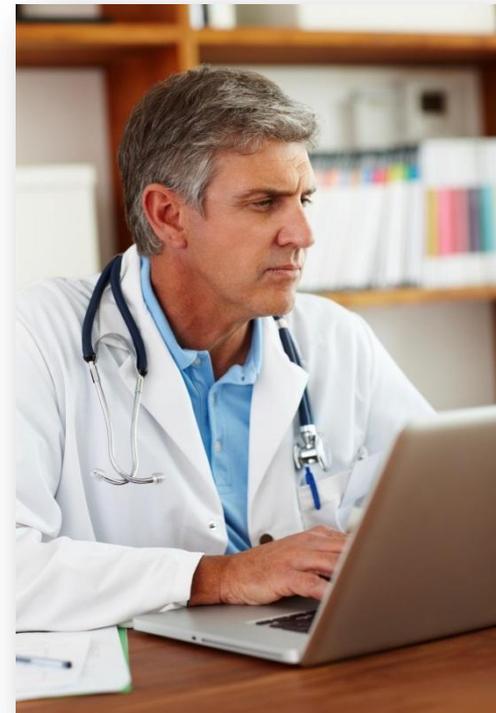


*Prof. Dr. Erik Farin-
Glattacker*



Reha-Ziele und die Beteiligung von Rehabilitanden an der medizinischen Rehabilitation

Zwei Ansatzpunkte für die Förderung von Partizipation



Gliederung

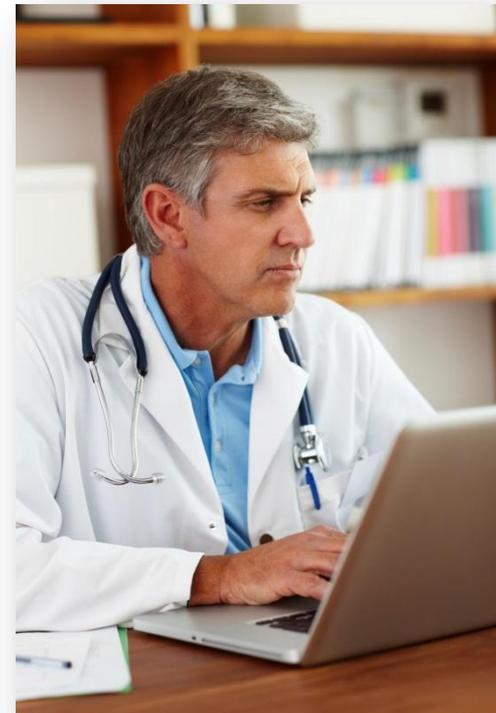
1. Der **Rehabilitand** und die Förderung der Partizipation bei der Zielvereinbarung

→ Projekt „Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei chronisch Kranken (GeKo)“ (Farin-Glattacker, Ullrich, Schöpf & Nagl; Förderer: BMBF) → ***Vielen Dank an das Projektteam!***

2. Der **Behandler** und die Förderung der Partizipation bei der Zielvereinbarung

→ Projekt „Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung in der medizinischen Rehabilitation“ (Glattacker, Farin-Glattacker, Quaschnig, Dibbelt, Bredehorst; Förderer: DRV-Bund) → ***Vielen Dank an das Projektteam!***

Zwei Ansatzpunkte für die Förderung von Partizipation



Gesundheitskompetenz von Patienten

- **WHO (1998):** *„the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health”.*
- **Übertragen auf Rehabilitation:** Kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeiten, über die ein Rehabilitand verfügen muss, um Informationen aufzunehmen, Fertigkeiten zum Gesundheitsverhalten zu erlernen und selbstverantwortlich anzuwenden.

Relevanz von Gesundheitskompetenz

- ein **weit verbreiteter** Risikofaktor (in Europa haben 12% “inadäquate” und 35% “problematische” Gesundheitskompetenz, vgl. HLS-EU Projekt, 2012)
- der mit **negativen Ergebnissen** assoziiert ist: z.B. schlechterer Gesundheitszustand (z.B. Dewalt et al, 2004), Mortalität (z.B. Sudore et al, 2006) und erhöhte Kosten (z.B. Cho et al., 2008)

Patientenschulung „Aktiv in der Reha“



Manual

Aktiv in der Reha

Patientenschulung zur Förderung
der Gesundheitskompetenz

Vielen Dank an das
Zentrum für Patienten-
schulung! (Frau Reusch,
Herr Küffner)

Drei Themen

1. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell

- Förderung eines mehrdimensionalen Verständnis von Gesundheit/ Krankheit

2. Eigene Reha-Ziele entwickeln

- Förderung des Verständnisses für die Wichtigkeit persönlicher Reha-Ziele und Fertigkeiten zur Formulierung von Zielen

3. Kommunikation mit Behandlern

- Förderung aktiver Gesprächsverhaltensweisen für das Patient-Behandler-Gespräch

Vier Module

Modul 1	Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell: Den Menschen als Ganzes sehen
Modul 2	Zielorientierung in der Reha: Persönliche Ziele haben und aktiv verfolgen
Modul 3	Der aktive Patient im Gespräch mit Behandlern: Kommunikative Fertigkeiten des Patienten
Modul 4	Was können Sie aus der Schulung mitnehmen? Abschluss und Resümee
Dauer	60 Minuten pro Modul
Teilnehmerzahl	Maximal 15 Personen
Gruppe	Geschlossene Gruppe (Empfehlung)
Leitung	Psychologe, Therapeut oder Arzt
Methoden	Vortrag, Diskussion, Partnerarbeit, Rollenspiel

Vier Module

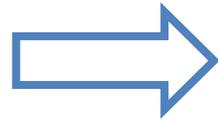
Modul 1	Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell: Den Menschen als Ganzes sehen
Modul 2	Zielorientierung in der Reha: Persönliche Ziele haben und aktiv verfolgen
Modul 3	Der aktive Patient im Gespräch mit Behandlern: Kommunikative Fertigkeiten des Patienten
Modul 4	Was können Sie aus der Schulung mitnehmen? Abschluss und Resümee
Dauer	60 Minuten pro Modul
Teilnehmerzahl	Maximal 15 Personen
Gruppe	Geschlossene Gruppe (Empfehlung)
Leitung	Psychologe, Therapeut oder Arzt
Methoden	Vortrag, Diskussion, Partnerarbeit, Rollenspiel

***Es folgen Originalfolien aus dem
Schulungsmodul***

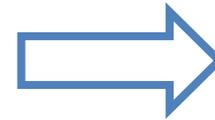
Was erwartet Sie heute?



Zielsuche



Zielformulierung



Ziele aufschreiben

Was bedeutet „Ziel“ überhaupt?

Ein Ziel...

- a) Liegt in der **Zukunft**.
- b) Ich muss einen aktuellen *Zustand A* in einen neuen *Zustand B* **verändern** bzw. *Zustand A* soll **erhalten** bleiben.
- c) Das **eigene Verhalten** spielt eine bedeutende Rolle.

Übungsfrage

Stellen Sie sich doch bitte vor, die drei Wochen der Reha-Maßnahme sind vorbei. Sie kommen zurück nach Hause.

Woran würden Sie merken, dass sich etwas durch die Reha bei Ihnen verändert hat?

**Mein Ziel ist es, wieder
gesund zu werden.**

**Mein Ziel ist es, im Sommer bei
einem Gartenfest meiner Freunde
für eine längere Zeit auf einer
Gartenbank sitzen zu können. Dazu
möchte ich einfache Übungen für
meinen Rücken erlernen, die ich
nach der Reha 3-mal die Woche
selbstständig durchführen kann.**



Zielformulierung ohne
Berücksichtigung der
grundlegenden Regeln

Zielformulierung nach den
grundlegenden Regeln unter
Berücksichtigung der Teilhabe

Vier Module

Modul 1	Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell: Den Menschen als Ganzes sehen
Modul 2	Zielorientierung in der Reha: Persönliche Ziele haben und aktiv verfolgen
Modul 3	Der aktive Patient im Gespräch mit Behandlern: Kommunikative Fertigkeiten des Patienten
Modul 4	Was können Sie aus der Schulung mitnehmen? Abschluss und Resümee
Dauer	60 Minuten pro Modul
Teilnehmerzahl	Maximal 15 Personen
Gruppe	Geschlossene Gruppe (Empfehlung)
Leitung	Psychologe, Therapeut oder Arzt
Methoden	Vortrag, Diskussion, Partnerarbeit, Rollenspiel

Aktiv im Gespräch: VFB

V

Vorbereiten auf das Gespräch

F

Fragen stellen

B

Berichten von eigenen
Meinungen, Befürchtungen,
Wahrnehmungen

V = Vorbereiten auf das Gespräch

- Überlegen Sie, was Sie mit dem Gespräch erreichen möchten
 - Was möchte ich wissen?
 - Was möchte ich dem Behandler sagen?
 - Was soll hinterher anders sein?
 - Inwieweit möchte ich in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden?
- Fragen, die man hat, vorher aufschreiben
 - Markieren Sie die für Sie wichtigsten Fragen
 - Die Fragen dann im Gespräch gemeinsam durchgehen

F = Fragen stellen

- Prüfen Sie, ob Sie das, was der Behandler gesagt hat, auch wirklich richtig verstanden haben!
 - *„Ich habe verstanden, dass ich diese Übung auch zu Hause alleine machen kann, am besten einmal täglich. Stimmt das so?“*
- Stellen Sie Rückfragen, wenn Sie etwas nicht verstanden haben oder Ihnen Fachbegriffe unbekannt sind!
 - *„Was ist denn eigentlich mit „Selbstmanagement“ genau gemeint?“ Was bedeutet „Osteoporose“?“*

Erste formative Evaluation

Patienten (N=274)

- ❖ Alter: M=50,88 Jahre (SD=9,00)
- ❖ „Wie bewerten Sie die Schulung insgesamt?“ (M=2,03;SD=0,98)
- ❖ Gesamtbewertung der Module basierend auf acht Beurteilungskriterien
 - ❖ Modul 1: M=2,07 (SD=0,22)
 - ❖ Modul 2: M=2,06 (SD=0,19)
 - ❖ Modul 3: M=1,78 (SD=0,17)
 - ❖ Modul 4: M=1,80 (SD=0,19)

Modul 3 mit dem Thema
„Kommunikation mit
Behandlern“ wird am
besten bewertet

Ausblick

- kostenfreie Verbreitung des Manuals
- ab Herbst 2013 Anwendung des Kommunikationsmoduls auch bei Selbsthilfegruppen (im Kontext einer vom BMBF geförderten „Umsetzungsbegleitung“)

Zwei Ansatzpunkte für die Förderung von Partizipation



Projekt „Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung in der medizinischen Rehabilitation“

Ziel: Entwicklung eines Arbeitsbuches, das Rehabilitationseinrichtungen bei der Umsetzung von (partizipativen) Reha-Zielvereinbarungen im Alltag unterstützt

- basierend auf Literaturrecherchen, einer bundesweiten Bestandsaufnahme von praxisnahen Konzepten und Expertenerfahrungen

Ende 2014: **Printversion und Online-Version**
(www.reha-ziele.de)

Inhalte des Arbeitsbuches Reha-Zielvereinbarung

(Autor/innen: Glattacker, Farin-Glattacker, Quaschning, Dibbelt, Bredehorst)

- Reha-Ziele formulieren und überprüfen
- Patientenorientierte Kommunikation in der Reha-Zielarbeit
 - Rehabilitanden aktiv beteiligen
- Zielarbeit als Prozess im interdisziplinären Reha-Team
- Reha-Zielarbeit in der Reha-Einrichtung umsetzen
- **Umfangreiche Sammlung von Praxisbeispielen aus Rehabilitationseinrichtungen**

Ausschnitte aus dem Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung

Patientenorientierte Kommunikation

Kasten 4: Qualitätsmerkmale patientenorientierter Kommunikation

Affektive Qualität:

- Wertschätzung, Respekt, Stimmigkeit (Kohärenz) und Empathie
- Zuständigkeit und Verfügbarkeit
- (Ungeteilte) Aufmerksamkeit

Instrumentelle Qualität:

- Gespräche strukturieren und moderieren
- zuverlässige und vollständige Informationen geben und einholen
- patientennahe Sprache
- Abstimmung von Problem-Bereichen, -Definitionen und Lösungswegen

Partizipative Qualität:

- Beteiligung von Rehabilitanden ermöglichen (z.B. Transparenz, offene Fragen stellen, Verständnis absichern durch Rückfragen)
- flexible Abstimmung der Kommunikation auf Bedürfnisse, Kompetenzen, Stile und Präferenzen der Rehabilitanden
- Präferenzen klären und eigenständige Entscheidungen unterstützen
- Motivierung und Stärkung des Selbstmanagements

Quelle: Eigene Darstellung (nach Bensing, 1991; Dibbelt et. al. 2011)

Patientenorientierte Kommunikation

Kasten 4: Qualitätsmerkmale patientenorientierter Kommunikation

Affektive Qualität:

- Wertschätzung, Respekt, Stimmigkeit (Kohärenz) und Empathie
- Zuständigkeit und Verfügbarkeit
- (Ungeteilte) Aufmerksamkeit

Instrumentelle Qualität:

- Gespräche strukturieren und moderieren
- zuverlässige und vollständige Informationen geben und einholen
- patientennahe Sprache
- Abstimmung von Problem-Bereichen, -Definitionen und Lösungswegen

Partizipative Qualität:

- Beteiligung von Rehabilitanden ermöglichen (z.B. Transparenz, offene Fragen stellen, Verständnis absichern durch Rückfragen)
- flexible Abstimmung der Kommunikation auf Bedürfnisse, Kompetenzen, Stile und Präferenzen der Rehabilitanden
- Präferenzen klären und eigenständige Entscheidungen unterstützen
- Motivierung und Stärkung des Selbstmanagements

Quelle: Eigene Darstellung (nach Bensing, 1991; Dibbelt et. al. 2011)

Partizipative Gestaltung von Gesprächen über Reha-Ziele

Kasten 5: Partizipative Gestaltung von Gesprächen über Reha-Ziele

1. Rehabilitanden eine aktive Rolle und Autonomie ermöglichen, z.B. durch

- das Stellen (offener) Fragen,
- ausreichende Redezeit,
- das Schaffen von Entscheidungsspielräumen und
- die Unterstützung selbstständiger Entscheidungen (z.B. durch Partizipative Entscheidungsfindung).

2. Transparenz schaffen und informieren, z.B. durch:

- Erläuterung von Ziel und Ablauf des Gespräches,
- Begründung der Reha-Zielvereinbarung und Ausblick auf das weitere Vorgehen,
- dosierte und verständlich dargestellte Informationen über die Rehabilitation (z.B. grafisch) sowie
- Verwendung einer patientennahen Sprache.

3. Absicherung des wechselseitigen Verständnisses und der Vollständigkeit durch Formulierungen wie z.B.:

- „Habe ich das richtig verstanden?“
- „Kann ich das so notieren?“
- „Sind alle Punkte, die Ihnen wichtig sind, genannt?“

Quelle: Eigene Darstellung

Zusammenfassung

- Zu einer verstärkten Partizipation in der Rehabilitation können **Behandler und Patienten** einen Beitrag leisten
- Erforderlich ist eine **generelle Akzeptanz** der Idee von Partizipation; diese vorausgesetzt sind konkrete **Techniken und Hilfsmittel** nützlich (vgl. die vorgestellten Projekte)
- Da Partizipation über Kommunikation vermittelt ist, sind dabei **kommunikative Kompetenzen** von hoher Bedeutung

Thesen zu zwei Leitfragen

1. Welche Bedeutung kann die Partizipation in der Rehabilitation für die Inklusion nach der Rehabilitation haben?

Im idealen Fall:

- Einüben partizipativer Verhaltensweisen (auch für die Zeit nach der Reha)
- Förderung des Selbstmanagements (auch für die Zeit nach der Reha)
- positive Erfahrungen mit Partizipation gegenüber Behandlern → Motivation zur Partizipation

Der **Kausalweg** Partizipation an der Behandlung → verbesserte Teilhabe ist aber wissenschaftlich schwer nachweisbar

Thesen zu zwei Leitfragen

2. Wo besteht Verbesserungsbedarf bezüglich der Partizipation in der Rehabilitation?

Mindestens an drei Stellen:

- **Patienten** Kompetenzen vermitteln zur Umsetzung partizipativer Verhaltensweisen
- **Behandler**: Motivation steigern, Hilfsmittel an die Hand geben, Kompetenzen vermitteln
- **Rahmenbedingungen**: Zeit und Ressourcen der Behandler (zumindest kurzfristig bis zur Routinisierung)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker
Mail erik.farin@uniklinik-freiburg.de
Tel. 0761 / 270-74430

Bildnachweise:

Folien 2, 4 und 22: ©iStockphoto.com/christie&cole studio, ©iStockphoto.com/GlobalStock; Folie 32: ©iStockphoto.com/Cginspiration,

Folie 12: ©iStockphoto.com/vuifah