

Patientenorientierung durch Shared Decision Making in der MBOR

Matthias Lukaszczik, Christian Gerlich, Silke Neuderth

Universität Würzburg
Abt. für Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften

Warum dieses Projekt?

- Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)
 - häufig mangelnde Motivation von Patienten zur Auseinandersetzung mit beruflichen Problemlagen in der Rehabilitation
 - „Kurerwartungen“
 - fehlende Motivation teils Ausschlusskriterium für Maßnahmenteilnahme

- längere AU-Zeiten
- ungünstige subjektive Erwerbsprognose
- (drohende) Arbeitslosigkeit
- Konflikte und Belastungen am Arbeitsplatz

Warum dieses Projekt?

- Motivationsförderung durch Beteiligung von Patienten an Therapieentscheidung [Say et al., 2006; Stacey et al., 2011]
- patientenzentrierte Ansätze wie Shared Decision Making geeignet?
- Patientenorientierung in der medizinischen Rehabilitation: zunehmende Bedeutung [Farin, 2014; Körner et al., 2012; van Til et al., 2010]
- bislang im Rahmen berufsorientierter medizinischer Rehabilitation kaum untersucht [Coutu et al., 2011]

➔ Erprobung im Kontext der MBOR



Fragestellung

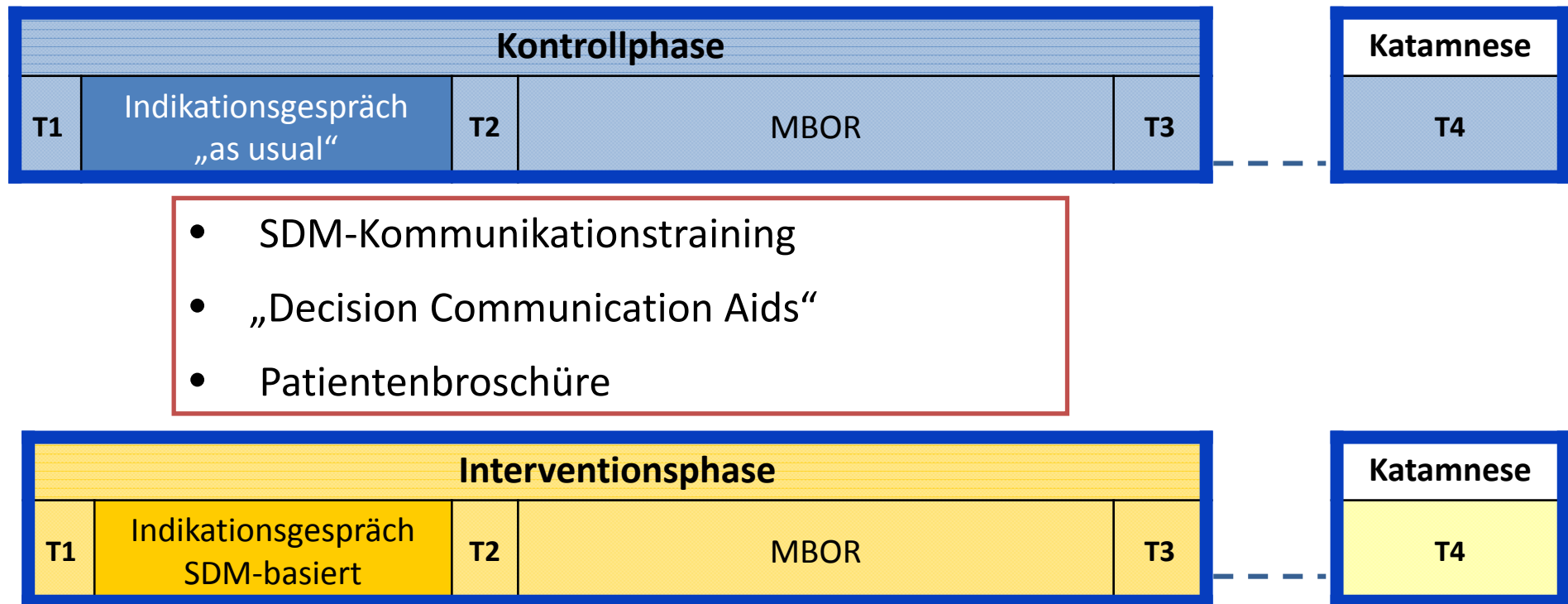
Beeinflusst Patientenorientierung (in Form von Shared Decision Making)...

- die Motivation zur Bearbeitung beruflicher Problemlagen
- die Zufriedenheit mit dem MBOR-Indikationsgespräch
- die Zufriedenheit mit der darin getroffenen Entscheidung

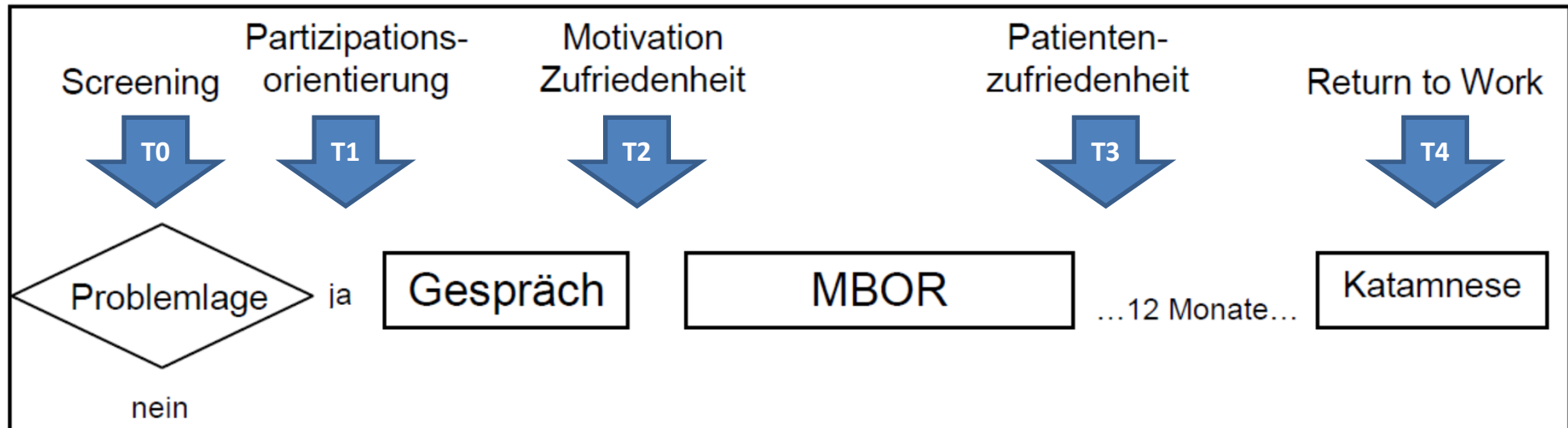
bei Rehabilitanden in einer MBOR-Maßnahme?

Umsetzung

- quasi-experimentelles Design mit zeitversetzten Kontroll- und Interventionsphasen



Umsetzung



Umsetzung

T0 – Beginn Reha	Berufliche Problemlage	Würzburger Screening [Löffler et al., 2009]
T1 – vor Indikationsgespräch	Partizipationsorientierung	API [Ende et al., 1989]
T2 – nach Indikationsgespräch	Erlebte partizipative Einbindung	PEF-FB-9 [Kriston et al., 2010]
	Motivation	FBTM [Zwerenz et al., 2005]
	Zufriedenheit mit Gespräch und Entscheidung(sfindung)	PZF [Langewitz et al., 1995] SWDS [Holmes-Rovner et al., 1996] PDSS [Sainfort et al., 2000]
	Zufriedenheit mit Maßnahme	ZUF-8 [Schmidt & Nübling, 2002]
T3 – Abschluss MBOR-Maßnahme		
T4 – 12-Monats-Katamnese	Maßnahmenbewertung, subjektives Leistungsvermögen	Einzelitems (Eigenkonstruktion)

SDM-Kommunikationstraining

- für Ärzte/Behandler in Reha-Einrichtungen
- halbtägig
- Elemente
 - Wissensvermittlung SDM
 - Üben (Rollenspiele mit Feedback)
 - Decision Communication Aids („Kärtchen“)

(Grundlage: Manual „Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen“, Bieber et al., 2007)

Arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainingstherapie (AMTT)

Bei dieser Maßnahme werden die Muskelgruppen, die bei beruflichen Anforderungen belastet werden, trainiert.

INHALTE

- Fehlbelastung, Überlastung oder Unterforderung sollen vermindert werden
- Training von Muskelgruppen, die im jeweiligen Beruf besonders beansprucht werden
- individuelle Anpassung je nach Berufsgruppe (Pflegeberufe, Verkauf, Bürobereich, Erziehung)

UMFANG

5 bis 6 Termine zu je 30 Minuten.

Patientenbroschüre

- Informationsbroschüre zu den berufsbezogenen Therapieangeboten der Einrichtung
- speziell für jede Kooperationsklinik erstellt
- soll Patient Vorbereitung auf Indikationsgespräch ermöglichen (Patient als informierter Partner im Gespräch)

EFL-Testung

Bei einer sog. EFL-Testung (*Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen*) geht es darum herauszufinden, welche körperlichen Anforderungen Sie nach erfüllen können. Sie bearbeiten dabei verschiedene arbeitstypische Situationen und Aktivitäten, die im Rahmen der Testung simuliert werden. Dazu gehören z. B. Heben und Tragen, Arbeiten in einseitiger Haltung, eventuell auch Hand-Koordinations-Übungen. So kann ermittelt werden, inwieweit Ihre Leistungsfähigkeit den Anforderungen Ihrer Arbeitstätigkeit entspricht.

Durchgeführt wird die EFL-Testung von den Physiotherapeuten und Ergotherapeuten unserer Klinik. Je nach Bedarf werden entweder bestimmte Elemente des Tests (Dauer ca. 1 bis 2 Stunden) oder die komplette Testung durchgeführt. Diese Maßnahme richtet sich in erster Linie an Patienten, die in ihrer Arbeit körperlich belastet sind und bei denen die weitere berufliche Zukunft unklar ist.



Arbeitsplatz

Diese Maßnahme richtet sich an Patienten, die an ihrem Arbeitsplatz körperlich belastet sind. Ziel ist es, die körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern.



Ergonom

Im diesem Seminar lernen Sie die ergonomischen Richtlinien für den Arbeitsplatz kennen und erfahren, wie Sie diese in Ihrer Arbeit umsetzen können.

Berufsbezogene Einzelberatung

Eine individuelle Beratung zu berufsbezogenen Fragen wird durch den Sozialdienst unserer Klinik durchgeführt. Diese Beratung kann die folgenden Themen betreffen:

- Ihre aktuellen Arbeitsbedingungen und Ihre berufliche Zukunft (z. B. berufliche Probleme infolge von Krankheit)
- Beratung zu rechtlichen Fragen (z. B. Arbeitsrecht)
- Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung
- Vorstellung beim Rehabilitationsberatungsdienst zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. innerbetriebliche Umsetzung, Qualifizierungsmaßnahmen)

Die berufsbezogene Beratung richtet sich vor allem an Patienten, die Fragen zu ihrer beruflichen Perspektive haben und die Informationen zu den oben genannten und anderen sozialrechtlichen Fragen benötigen. Beratungsgespräche durch unseren Sozialdienst können je nach Bedarf ein- oder zweimal stattfinden. Ein Beratungsgespräch dauert ca. 45 Minuten.



Berufswegeplanung

Im Rahmen der Berufswegeplanung besprechen Sie berufliche Problemsituationen und erarbeiten gemeinsam mit der Sozialarbeiterin unserer Klinik Strategien zum Umgang mit diesen Situationen. Sie erhalten hierbei umfassende Informationen zu sozialrechtlichen Fragen.

Die Berufswegeplanung ist ein Gruppenangebot mit maximal vier Teilnehmern. Sie findet an drei Terminen à 60 Minuten statt.



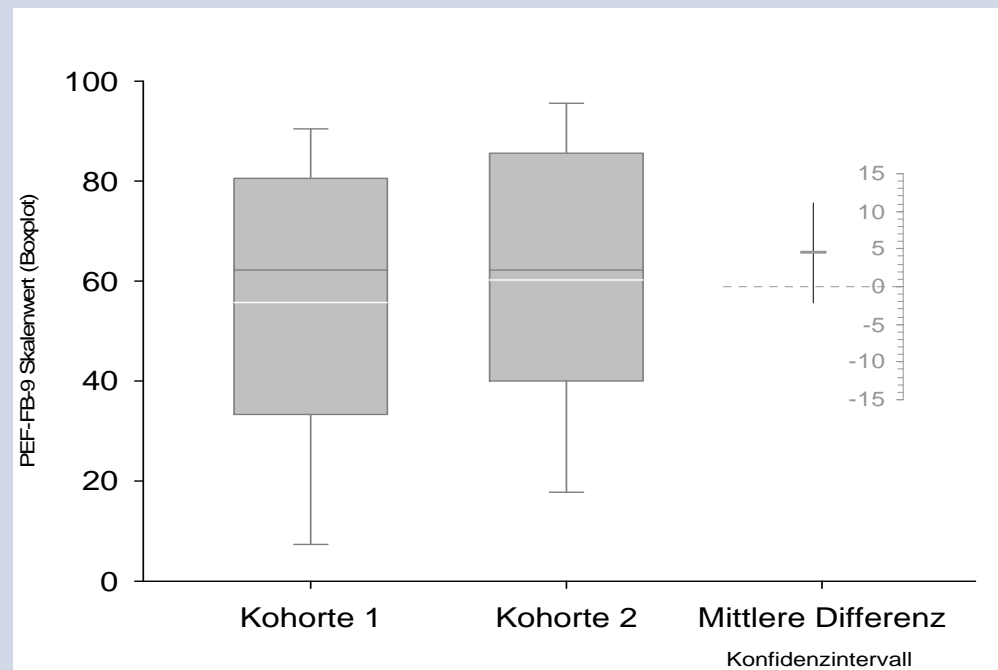
Stichprobe

aus 2 orthopädischen Reha-Kliniken

	Gesamt	Phase 1		Phase 2		
Teilnehmer (n)	283	142		141		
Alter (M, SD)	50,0	50,3	(10,0)	49,7	(9,5)	n.s.
Frauen	194	101	71,1%	93	66,0%	n.s.
Männer	89	41	28,9%	48	34,0%	
Vollzeit tätig	123	63	44,4%	60	42,4%	n.s.
Teilzeit tätig	45	25	17,6%	20	14,2%	n.s.
arbeitslos	105	48	33,3%	57	40,4%	n.s.
berufliche Belastung	12,2	12,1	(2,6)	12,3	(2,8)	n.s.
Interesse MBOR	7,2	7,0	(3,1)	7,5	(2,8)	n.s.

Ergebnisse

Erlebte Partizipation (PEF-FB-9)



	Kontrollphase	Interventionsphase
M (SD)	55,7 (29,0)	60,2 (28,2)
p	n.s.	

Ergebnisse

	Veränderungsabsicht (FBTM)		Neg. Behandlungserwartung (FBTM)	
	Kontrollphase	Interv.phase	Kontrollphase	Interv.phase
M (SD)	3,0 (0,8)	2,9 (0,7)	2,3 (0,9)	2,2 (0,7)
p	n.s.		n.s.	

Ergebnisse

	Interaktion (PZF _{mod})		Entscheidungs- findung (SwD _{mod})		Entscheidung (PDS _{mod})	
	Kontroll	Interv.	Kontroll	Interv.	Kontroll	Interv.
M (SD)	69,8 (23,1)	70,5 (22,7)	71,6 (25,1)	72,4 (23,5)	66,5 (17,6)	69,7 (16,8)
p	n.s.		n.s.		n.s.	



Zusammengefasst:

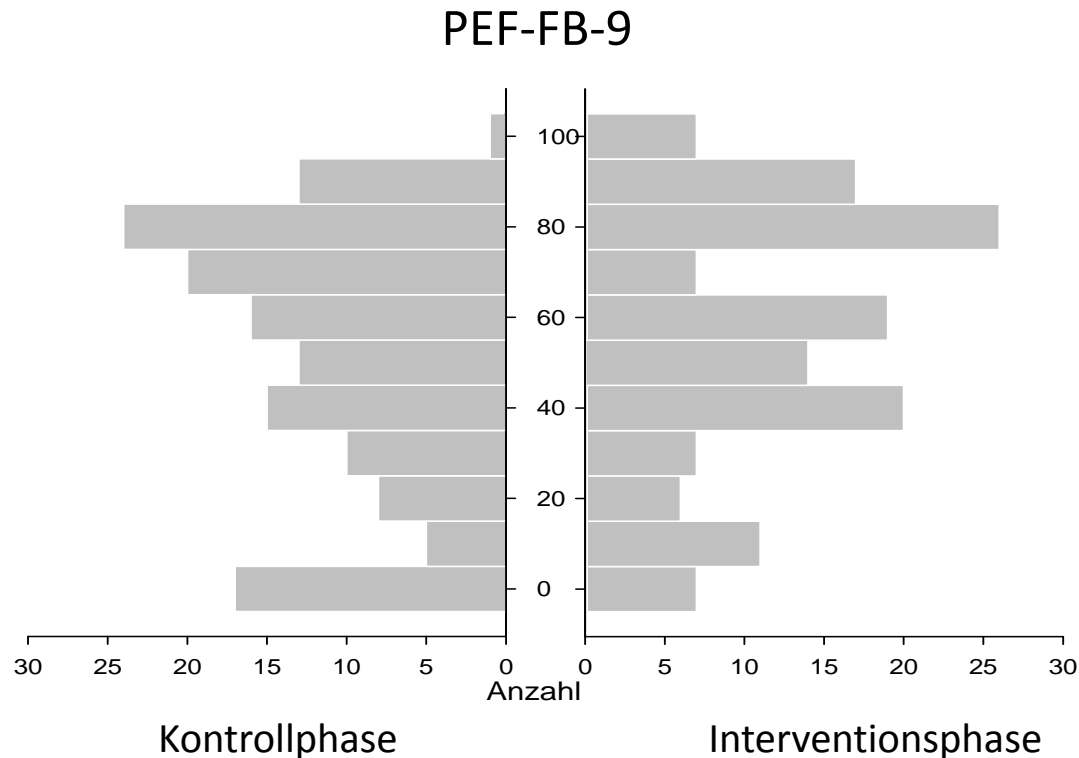
- kein „Schulungseffekt“
 - keine Unterschiede in Kohorten bzgl. Zufriedenheit, Motivation
 - vergleichbares Maß an erlebter partizipativer Einbindung in beiden Kohorten

Zu diskutieren:

- hohes Maß an Patientenorientierung bereits (implizit) in der medizinischen Reha umgesetzt?
 - PEF (k)ein neuer Ansatz für die MBOR?
 - Aspekt der Gleichberechtigung/Gleichwertigkeit realisierbar? (Behandler gleichzeitig „Gutachter“)
 - gleichwertige Optionen gegeben? „Speisekarteneffekt“?
- Treatment-Integrität unklar / Umsetzung?
- halbtägige Schulung → Dosis zu gering?
- Schulung: nur Ärzte

... und ein Nebenbefund

- nicht unerheblicher Anteil an Rehabilitanden beschrieb sich als partizipativ eingebunden

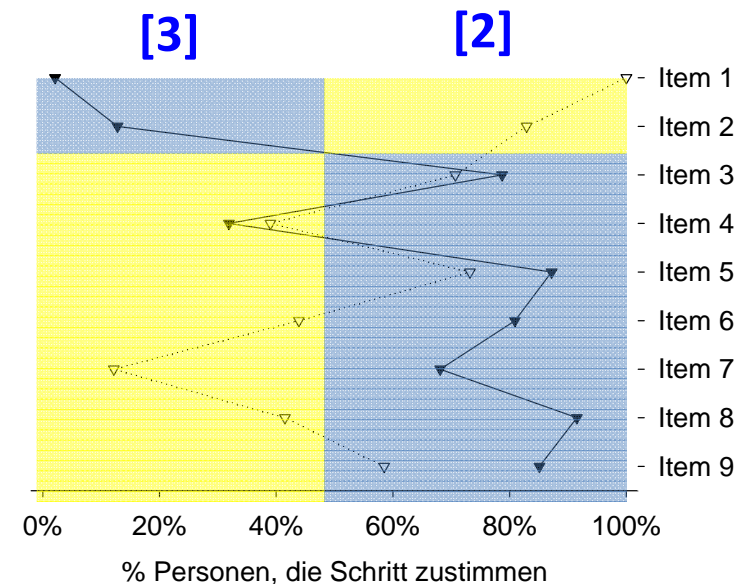
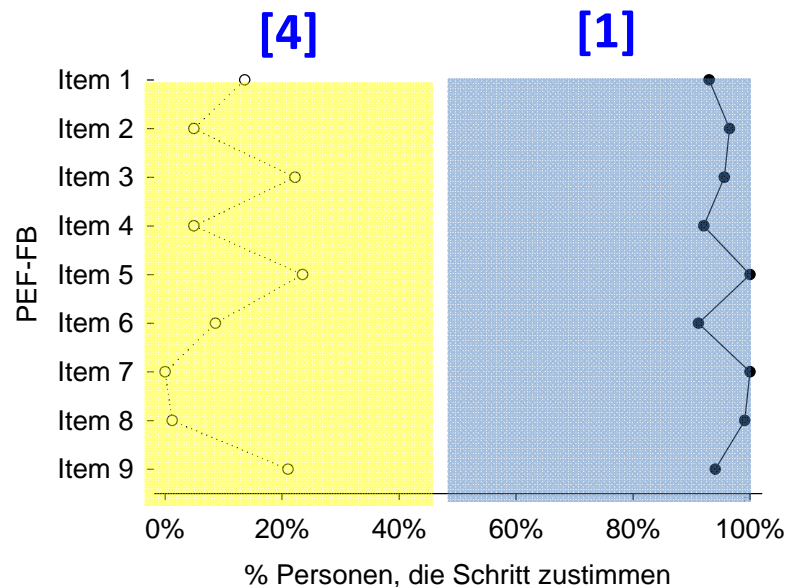


daher: alternative Auswertung

- Differenzierung von Rehabilitandengruppen entsprechend der erlebten partizipativen Einbindung (ähnliche Teilgruppen)?
- Basis: Beantwortung PEF-FB-9 (Prozessbeschreibung Shared Decision Making anhand von 9 definierten Prozessschritten)
- Latent-Class-Analyse (LCA)
- Prüfung der Klassen auf Mittelwertsunterschiede in Zielgrößen (Motivation, Zufriedenheit)

Formen der Patientenorientierung

Rehabilitandenklassen	gesamt		Kontroll		Interv	
	n	%	n	%	n	%
[1] Partizipative Entscheidungsfindung	119	42%	59	41%	60	43%
[2] Patientenorientierte Interaktionsform, in Entscheidungsprozess eingebunden	44	16%	20	14%	24	17%
[3] Patientenorientierte Interaktionsform, nicht in Entscheidungsprozess eingebunden	41	14%	21	15%	20	14%
[4] Keine patientenorientierte Interaktionsform	79	28%	42	30%	37	26%



Formen der Patientenorientierung



Partizipative Entscheidungsfindung

strukturiertes Einbinden
alle PEF-Prozessschritte wurden erlebt

Patientenorientierung + gem. entscheiden

Erklären, Nachfragen, verstehen helfen
gemeinsames Abwägen und Auswählen

Patientenorientierung ∅ gem. entscheiden

Erklären, Nachfragen, verstehen helfen

keine Patientenorientierung

kein Erklären, Nachfragen, verstehen helfen

5. Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen	◆	◆	◆	◇
6. Präferenzen ermitteln	◆	◆	◇	◇
7. Aushandeln	◆	◆	◇	◇
8. Gemeinsame Entscheidung herbeiführen	◆	◆	◇	◇
9. Vereinbarung zur Umsetzung treffen	◆	◆	◆	◇

Formen der Patientenorientierung

Ableitung:

- Prozessschritt erfolgt
- Prozessschritt nicht erfolgt

Partizipative Entscheidungsfindung Prozessschritte

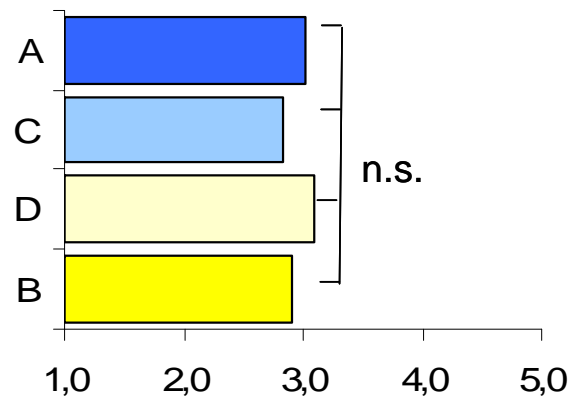
PEF-FB-9 [Kriston et al., 2010]

1. Mitteilen, Entscheidung ist notwendig
2. Fragen nach Patientenbeteiligung
3. Mitteilen, mehrere Optionen
4. ERklären der Vor- und Nachteile
5. Helfen Informationen zu verstehen
6. Fragen nach Patienten-Präferenz
7. Gemeinsames Abwägen
8. Gemeinsames Auswählen
9. Vereinbaren weiteres Vorgehen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Partizipative Entscheidungsfindung	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Patientenorientierung + gem. entscheiden	○	○	●	○	●	●	●	●	●
Patientenorientierung \emptyset gem. entscheiden	●	●	●	○	●	○	○	○	●
keine Patientenorientierung	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Grundlage: 4-Klassen-Lösung, Latent-Class-Analyse Fragebogen PEF-FB-9

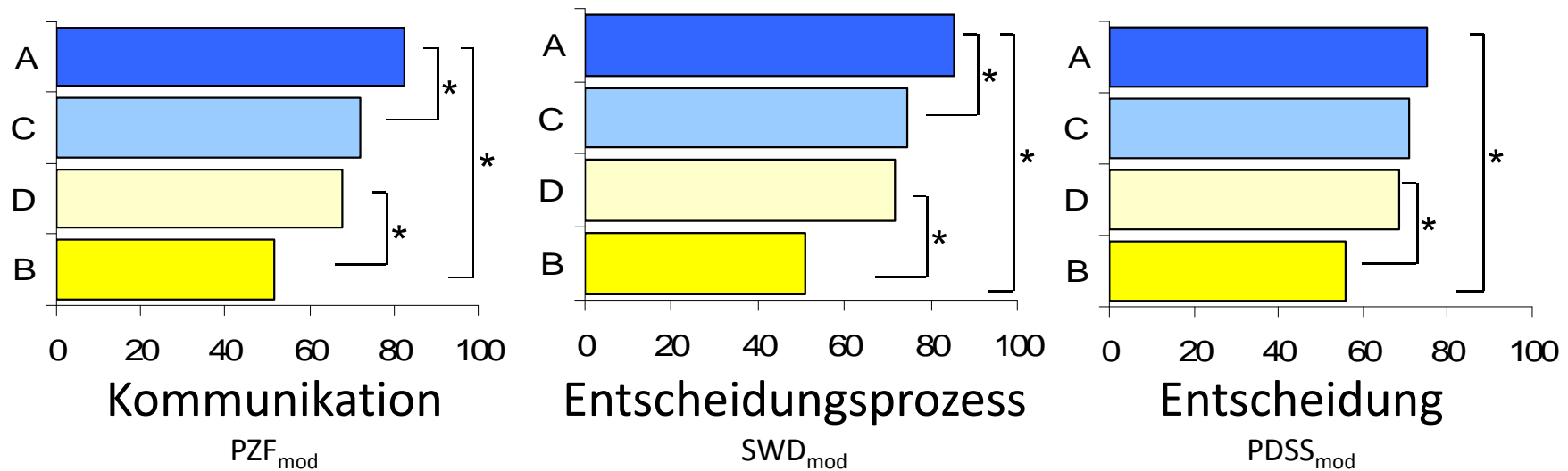
Motivation (T2)



Veränderungsabsicht
FBTM-VA

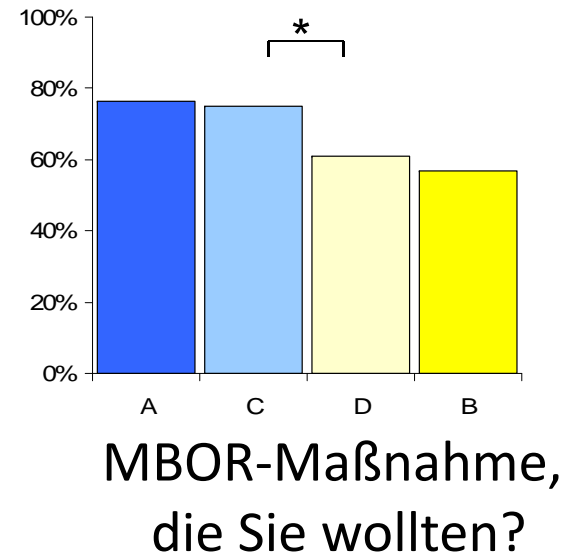
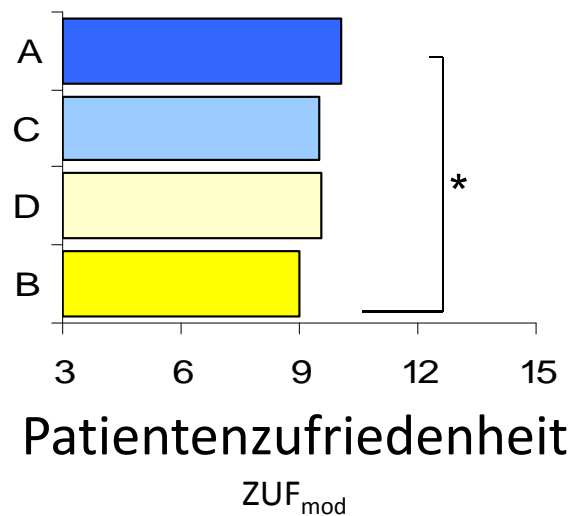
	M (SD)
Partizipative Entscheidungsfindung	3,0 (0,8)
Patientenorientierung mit gemeinsamem Entscheiden	2,8 (0,7)
ohne gemeinsames Entscheiden	3,1 (0,7)
keine Patientenorientierung	2,9 (0,7)

Zufriedenheit (T2)



	Kommunikation M (SD)	Prozess M (SD)	Entscheidung M (SD)
Partizipative Entscheidungsfindung	82,4 (14,2)	85,2 (12,7)	75,1 (12,9)
Patientenorientierung mit gem. Entscheiden	72,2 (18,0)	74,3 (22,3)	70,8 (13,6)
ohne gem. Entscheiden	67,8 (21,3)	71,7 (21,8)	68,6 (15,6)
keine Patientenorientierung	51,9 (24,7)	51,1 (25,7)	55,7 (19,1)

Zufriedenheit (T3)



	Zufriedenheit M (SD)	Passung % (n)
Partizipative Entscheidungsfindung	10,0 (2,6)	76% (91)
Patientenorientierung mit gemeinsamem Entscheiden	9,5 (2,7)	75% (33)
ohne gemeinsames Entscheiden	9,5 (2,7)	61% (25)
keine Patientenorientierung	9,0 (2,8)	57% (45)

Zusammengefasst:

- Differenzierung von Rehabilitandenklassen auf Basis erlebter partizipativer Einbindung
- mehr erlebte Patientenorientierung →
 - höhere Zufriedenheit mit Indikationsgespräch und Entscheidung
 - höhere Zufriedenheit mit Maßnahme, bessere „Passung“
 - keine Unterschiede bzgl. Motivation

Zu diskutieren:

- Zusammenhang SDM – Zufriedenheit \neq Wirknachweis
- fehlende Zusammenhänge SDM – Motivation
 - SDM nur eine Strategie zur Motivationsförderung
 - Einflussfaktoren auf Motivation (z.B. Ängste,)?
- Patientenklassen
 - Klassifizierung nur anhand subjektiver Angaben
 - Validierung notwendig (z.B. Fremdrating/OPTION-Skala)
 - spezifisch für MBOR-Kontext?

Lukaszczik, M., Gerlich, C. & Neuderth, S. (im Druck). Patients' perceived involvement in vocationally oriented medical rehabilitation and its associations with satisfaction and motivation to deal with work-related issues during rehabilitation. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*.



Vielen Dank (fürs Partizipieren)!



<http://3.bp.blogspot.com/-sYD9GgRUr4/VMNOVHjpNml/AAAAAAAAA4g/LR9-8yc7Mo0/s1600/Zuh%25C3%25B6ren1.png>