



Mit einer chronischen Erkrankung leben

Kompetenzen von Ergotherapeuten und
Ergotherapeutinnen zur Unterstützung des
Selbstmanagements von Erwachsenen mit
chronischen Erkrankungen

Mara Widmer
S14639595

Martina Zimmermann
S14639652

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2014
Eingereicht am: 05.05.2017
Begleitende Lehrperson: Daniela Senn

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Anmerkung

Die Begriffe „Autorinnen und Autoren“ sowie „Forschende“ werden für die Personen verwendet, die die Literatur publiziert haben. Mit „Verfasserinnen“ sind die Personen gemeint, die diese Bachelorarbeit verfasst haben.

Wie in der Ergotherapie üblich, werden die chronisch kranken Personen grundsätzlich Klienten und Klientinnen genannt, auch wenn in der Literatur von Patienten und Patientinnen gesprochen wird. Im gleichen Sinne wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff Klienten-*edukation* verwendet, auch wenn in der Literatur von Patientenedukation die Rede ist.

Englische Begriffe, die nicht ins Deutsche übersetzt wurden um einer Sinnesänderung vorzubeugen, werden kursiv geschrieben. Die mit einem * versehenen Wörter werden im Glossar im Anhang A erläutert.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	1
1 Einleitung	2
1.1 Einführung in die Thematik	2
1.2 Joint International Project	4
1.3 Fragestellung	5
1.4 Zielsetzung	5
2 Theoretischer Hintergrund.....	6
2.1 Definition der chronischen Krankheiten	6
2.2 Definition des Selbstmanagements	7
2.3 Definition des Kompetenzbegriffs	9
2.4 Enablement Skills der Ergotherapie.....	10
3 Methodisches Vorgehen.....	13
3.1 Datenbankrecherche	13
3.1.1 Keywords	13
3.1.2 Ein-/Ausschlusskriterien.....	14
3.2 Selektionsprozess.....	15
3.3 Evaluationsinstrumente	17
4 Ergebnisse	18
4.1 Studie 1: Zusammenfassung (Dures et al., 2014).....	21
4.2 Studie 1: Kritische Würdigung (Dures et al., 2014)	23
4.3 Studie 2: Zusammenfassung (Dures et al., 2016).....	24
4.4 Studie 2: Kritische Würdigung (Dures et al., 2016)	26
4.5 Studie 3: Zusammenfassung (Guidetti & Tham, 2002)	27
4.6 Studie 3: Kritische Würdigung (Guidetti & Tham, 2002)	30
4.7 Studie 4: Zusammenfassung (Mikkonen & Hynynen, 2012)	31
4.8 Studie 4: Kritische Würdigung (Mikkonen & Hynynen, 2012)	33
4.9 Studie 5: Zusammenfassung (Lawn et al., 2009).....	33
4.10 Studie 5: Kritische Würdigung (Lawn et al., 2009)	36
4.11 Studie 6: Zusammenfassung (Lawn & Schoo, 2009)	37
4.12 Studie 6: Kritische Würdigung (Lawn & Schoo, 2009)	40
5 Diskussion.....	41
5.1 Zusammenstellung der Kompetenzen in Bezug zu den Enablement Skills	41
5.2 Kritische Diskussion der Ergebnisse.....	45
5.3 Theorie-Praxis-Transfer	55

5.4	Limitationen	56
6	Schlussfolgerung	57
	Verzeichnisse	58
	Literaturverzeichnis	58
	Tabellenverzeichnis.....	64
	Abbildungsverzeichnis.....	64
	Abkürzungsverzeichnis	64
	Wortzahl.....	65
	Danksagung.....	65
	Eigenständigkeitserklärung.....	65
	Anhang	66
	Anhang A Glossar	66
	Anhang B Definition des Selbstmanagements (ausführliche Version).....	68
	Anhang C Zusammenstellung der Kompetenzen in Bezug zu den Enablement Skills (ausführliche Version)	74
	Anhang D Kritische Beurteilung der Hauptstudien	80
	Anhang E Rechercheprotokoll.....	116
	Anhang F Studienmatrix der Nebenstudien.....	121
	Anhang G Studienmatrix der Hauptstudien	123
	Anhang H Studienmatrix der ausgeschiedenen Studien	129
	Anhang I Unpubliziertes Dokument JIP	137

Abstract

Hintergrund: Viele Menschen leiden an chronischen Krankheiten, die oft einen grossen Einfluss auf ihren Alltag haben. Selbstmanagement ist ein Konzept zum Umgang mit physischen, emotionalen und sozialen Auswirkungen der Krankheit. Diese Interventionen nehmen in der Ergotherapie an Bedeutung zu und verlangen von den Fachpersonen spezifische Kompetenzen.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen und zu begründen, welche Kompetenzen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen für die Unterstützung des Selbstmanagements bei erwachsenen Klienten und Klientinnen mit chronischen Erkrankungen benötigen.

Methode: Eine systematische Literaturrecherche ergab fünf qualitative Studien und ein Literaturreview, die zusammengefasst und kritisch beurteilt wurden.

Ergebnisse: Es wurden 13 Kompetenzen identifiziert, die ergotherapeutische Fachpersonen benötigen, um das Selbstmanagement chronisch kranker Erwachsener zu unterstützen. Diese beinhalten unter anderem klientenzentrierte und ganzheitliche Ansätze sowie Kommunikationsfertigkeiten für die Stärkung der therapeutischen Beziehung und der Motivation, Verhaltensänderungen anzustreben. Die Kompetenzen wurden anschliessend den *Enablement Skills* des ergotherapeutischen Modells CMOP-E zugeordnet und diskutiert.

Schlussfolgerung: Alle in dieser Arbeit definierten Kompetenzen werden implizit mit den *Enablement Skills* abgedeckt. In der Literatur fehlt jedoch die explizite Benennung der Kompetenzen von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in Bezug auf die Unterstützung des Selbstmanagements chronisch kranker Personen. Deshalb besteht weiterer Forschungsbedarf.

Keywords: Self-management, Competence, Occupational therapy, Chronic disease, Patient education

1 Einleitung

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird die Frage untersucht, wie Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen chronisch kranke Erwachsene befähigen können, sich aktiv in das Management ihrer Gesundheitsprobleme einzubringen.

1.1 Einführung in die Thematik

Die höhere Lebenserwartung sowie zunehmende psychische und physische Erkrankungen führen zu einer stetigen Zunahme chronischer Krankheitsverläufe in der Bevölkerung, was zu steigenden Kosten im Gesundheitswesen führt (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2008, zit. nach dem schweizerischen Gesundheitsobservatorium [Obsan], 2015). Laut einem Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [OECD] und der WHO (2011) stellen chronische Krankheiten das grösste Problem im Schweizer Gesundheitssystem dar. Gemäss der Statistik des Obsan (2015) leiden 2,2 Millionen Menschen in der Schweiz an einer solchen und verursachten im Jahr 2011 80% der gesamten Gesundheitskosten der Schweiz.

Nach Boyd und Fortin (2010) haben chronische Erkrankungen negative Auswirkungen auf körperliche Funktionen, das psychische Wohlbefinden und damit auf die Lebensqualität. Es wurden Schwierigkeiten in der Aufrechterhaltung von sozialen Rollen, bedeutungsvoller Arbeit und Freizeitaktivitäten identifiziert (Lindsay, 2009; Hitchcock Noël, Frueh, Larme & Pugh, 2005; Townsend, Wyke & Hunt, 2006). Die Betroffenen sind besorgter über den Einfluss ihrer Krankheit auf den Alltag als über die Symptome (Hitchcock Noël et al., 2005). Zunehmend wird angenommen, dass Informationen allein selten zu Verhaltensänderungen führen und eher Gesundheitsverbesserungen erreicht werden können, wenn Klienten und Klientinnen in die Entscheidungen miteinbezogen werden (Iversen, Hammod & Betteridge, 2010; Hibbard, Mahoney, Stock & Tusler, 2006). Die Zusammenarbeit verlangt, dass Klienten und Klientinnen Fertigkeiten erlangen und Informationen erhalten, um eigene Entscheidungen treffen und eine aktive Rolle in der eigenen Pflege übernehmen zu können (Bodenheimer, MacGregor & Stothart, 2005).

Dieses Konzept der aktiven Mitarbeit ist zentral für das Selbstmanagement (Eaton, Collins, Coulter, Elwyn, Grazin & Roberts, 2012). Der Prozess des Selbstmanagements fokussiert auf die Entwicklung von Fertigkeiten wie Problemlösestrategien, Entscheidungsfindung,

Handlungsplanung und einen adäquaten Gebrauch von Leistungen des Gesundheitswesens (Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth, 2002). Nach Richardson et al. (2014) stellt dies eine Transition vom medizinischen zum verhaltensorientierten Management dar und bringt laut Packer (2013) mit dem klientenzentrierten und betätigungsfokussierten Ansatz neue Ansichten über die Leistungen und Interventionen, die chronisch kranke Menschen brauchen. Der Fokus von erwarteten, geplanten und gemessenen Ergebnissen liegt momentan hauptsächlich auf Verhaltensänderungen und dem Gesundheitszustand, sollte sich jedoch in Zukunft vermehrt hin zu Partizipation in alltäglichen Rollen verschieben (Packer, 2013).

Dies betont den Schwerpunkt der Ergotherapie, die die Handlungsfähigkeit des Menschen in den Mittelpunkt stellt und ihn befähigt, an Aktivitäten des täglichen Lebens teilzuhaben (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS], 2016). Da Klienten und Klientinnen mit chronischen Erkrankungen oft über längere Zeit Ergotherapie in Anspruch nehmen, ist es wichtig, Selbstmanagement als festen Bestandteil in die Therapie zu integrieren, um Managementstrategien für längerfristige Probleme im Alltag zu etablieren (Richardson et al., 2014).

Da immer mehr Menschen an chronischen Krankheiten leiden, ist eine Reform des Gesundheitswesens wichtiger denn je (WHO, 2008). Die WHO stellt in ihrem Bericht von 2002 Folgendes dar: Die medizinische Grundversorgung heutzutage eher an akuten Problemen. Doch für eine grundsätzliche Verbesserung ist eine Evolution in der Grundversorgung zwingend notwendig. Ein primäres Gesundheitssystem, das chronische Krankheiten wie Diabetes oder Depression nicht effektiv bewältigen kann, wird bald irrelevant sein. Die medizinische Grundversorgung muss gestärkt werden, um chronische Krankheiten besser verhindern und managen zu können. Eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei chronischen Erkrankungen bedeutet auch, den Fokus auf die Adhärenz in Langzeittherapien zu legen. Zurzeit ist diese bemerkenswert tief. Obwohl oft die Klientel beschuldigt wird für ein nicht-adhärentes Verhalten, liegt dafür auch Verantwortung beim Gesundheitssystem. Mit angemessenen Informationen, Unterstützung und fortlaufender Überwachung kann die Adhärenz verbessert werden. Dadurch wird die Belastung einer chronischen Erkrankung reduziert und die Lebensqualität erhöht. Gesundheitsanbieter brauchen neue Modelle und evidenzbasierte Fertigkeiten, um chronische Krankheiten zu bewältigen. Erweiterte Kommunikationsfertigkeiten, Techniken zur Verhaltensänderung,

Klientenedukation und Beratungsfertigkeiten sind notwendig, um Personen mit chronischen Erkrankungen zu unterstützen. Weil das Management einer chronischen Krankheit Änderungen des Lebensstils und des täglichen Verhaltens verlangt, muss die zentrale Rolle und Verantwortung des Betroffenen hervorgehoben werden. Dies bedingt eine Verschiebung der aktuellen klinischen Praxis, in der die Klientel passive Empfängerin der Versorgung ist, hin zur aktiven Beteiligung der Betroffenen (WHO, 2002).

Nach Packer (2013) handelt es sich bei der Unterstützung des Selbstmanagements der Klientel um einen fortlaufenden Prozess, für den eine einzige Intervention nicht genügt. Pols et al. (2009) schreiben, dass von Professionen im gesamten Gesundheitswesen verlangt wird, dass sie Kompetenzen zur Unterstützung des Selbstmanagements erwerben, die ihnen ermöglichen, partnerschaftlich mit Klienten und Klientinnen zusammenzuarbeiten und deren aktive Partizipation im Management ihres Gesundheitszustandes zu stärken. Der Erwerb dieser Kompetenzen soll vermehrt im Kurrikulum von Gesundheitsberufen verankert werden (Pols et al., 2009).

1.2 Joint International Project

Diese Arbeit entstand im Rahmen des „Joint International Project“, kurz genannt JIP. Das JIP ist eine internationale Zusammenarbeit von Studierenden- und Forschungsprojekten im Bereich der Gesundheitsförderung und des Selbstmanagements. Dabei findet ein Austausch zwischen zwölf europäischen Fachhochschulen im Gesundheitsbereich statt mit dem Ziel, ein multiprofessionelles Netzwerk für europäische Studierende zu errichten. Ein übergeordnetes Ziel im Rahmen des JIP ist es, herauszufinden, ob Studenten und Studentinnen der Ergotherapie über die notwendigen Kompetenzen verfügen, ihre zukünftigen chronisch kranken Klienten und Klientinnen im Selbstmanagement zu unterstützen (Joint International Research Proposal, im Anhang I einsehbar). Daraus erfolgt die Notwendigkeit einer Zusammenstellung der notwendigen Kompetenzen für Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen. Da eine solche Zusammenstellung bei einer ersten explorativen Literatursuche nicht gefunden wurde, entstand im Rahmen des JIP diese Bachelorarbeit dazu.

1.3 Fragestellung

Welche Kompetenzen benötigen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, um das Selbstmanagement bei erwachsenen Klienten und Klientinnen mit chronischen Erkrankungen zu unterstützen?

1.4 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen und zu begründen, welche Kompetenzen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen für die Unterstützung des Selbstmanagements bei erwachsenen Klienten und Klientinnen mit chronischen Erkrankungen benötigen. Die recherchierten Kompetenzen werden mit den *Enablement Skills* des *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* [CMOP-E] verglichen, um die Einbettung im ergotherapeutischen Berufskontext zu überprüfen.

2 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden zentrale Begriffe der vorliegenden Arbeit erläutert. Definiert werden chronische Krankheiten, Selbstmanagement und der Kompetenzbegriff. Zudem werden die *Enablement Skills* beschrieben, welche im CMOP-E von Polatajko, Townsend und Craik (2007) festgehalten sind.

2.1 Definition der chronischen Krankheiten

Da es keine einheitliche Definition von chronischen Krankheiten gibt, werden in diesem Kapitel verschiedene aufgeführt und in Bezug zu dieser Arbeit gestellt.

Die *United States Centers for Disease Prevention and Control* [CDC] (2016) definieren Krankheiten, die nach ihrem Auftreten nicht geheilt werden können und länger als drei Monate andauern, als chronisch.

Die WHO (2016) schreibt, dass nichtübertragbare Krankheiten, auch bekannt als chronische Krankheiten, nicht von Person zu Person übertragbar sind. Sie sind von langer Dauer und haben generell einen langsamen Verlauf. Die vier wichtigsten Arten von nichtübertragbaren Krankheiten sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (wie Herzinfarkt und Schlaganfall), Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes (WHO, 2016, sinngemäss übersetzt durch die Autorinnen).

Die Definition von Hurrelmann (2006) lautet:

Wird eine Krankheit durch die lang andauernde Überlastung der körperlichen, psychischen und sozialen Anpassungskräfte eines Menschen ausgelöst und schlägt sich zum Beispiel in Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der inneren Organe, Krebskrankheiten, Atemwegs-, Haut- und Stoffwechselerkrankungen oder psychischen Krankheiten nieder, dann wird sie als chronische Krankheit bezeichnet, die oft lebenslang bestehen bleibt. (S. 19f)

In der vorliegenden Arbeit ist es nicht von Bedeutung, um welche Art von chronischer Krankheit es sich handelt und wie sie entstanden ist. Relevant sind die Dauer der Krankheit von mehr als drei Monaten und die Tatsache, dass sie oft lebenslang bestehen bleibt.

2.2 Definition des Selbstmanagements

Es gibt in der Literatur keine Standard-Definition für den Begriff Selbstmanagement. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel vier unterschiedliche, von den Verfasserinnen ausgewählte Definitionen erläutert und in Bezug zu dieser Arbeit gestellt. Die Auswahl erfolgte aufgrund der Relevanz des Inhaltes für diese Arbeit. Weitere Definitionen werden im Anhang B erläutert.

Corbin und Strauss (1988, S. 89) beschreiben die Bewältigung chronischer Krankheiten folgendermassen: „Balancing the tasks of everyday life, medical care and personal accommodation to the illness“. Gemäss Corbin und Strauss (1988) ist bei der Unterstützung von chronisch kranken Personen der Einbezug aller drei Bereiche notwendig. In späterer Literatur wird aufgrund dieser Beschreibung von den Begriffen *medical*, *emotional* und *role management* gesprochen. Unter *role management* wird die Adaptation des Lebensstils und der sozialen Rollen an die Krankheit verstanden. Das *medical management* beinhaltet das medizinische Management wie beispielsweise die Einnahme der Medikamente oder das Wahrnehmen von Arztterminen. Das *emotional management* umfasst die Verarbeitung von Emotionen, die durch die chronische Erkrankung ausgelöst werden.

Laut Barlow et al. (2002) geht es beim Selbstmanagement um die Fähigkeit eines Individuums, die Symptome und Behandlung sowie die physischen, psychosozialen, kulturellen und spirituellen Konsequenzen und die damit verbundenen Änderungen des Lebensstils, die für ein Leben mit einer chronischen Krankheit erforderlich sind, erfolgreich zu bewältigen. Effizientes Selbstmanagement setzt die Fähigkeit voraus, den eigenen Zustand zu überwachen und die kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Reaktionen zu beeinflussen, um eine zufriedenstellende Lebensqualität aufrechtzuerhalten. So wird ein dynamischer und kontinuierlicher Prozess der Selbstregulierung etabliert (Barlow et al., 2002).

Lorig und Holman (2003) beschreiben Selbstmanagement als einen dynamischen, interaktiven und täglichen Prozess, in welchem Individuen sich bemühen, mit chronischen Erkrankungen umzugehen. Bei der Unterstützung des Selbstmanagements geht es darum, die Klientel zu informieren und ihr zu ermöglichen, Entscheidungen zu treffen sowie neue Perspektiven und Fertigkeiten zu erlernen, um neu auftretende Probleme bewältigen zu können. Für die Klienten und Klientinnen ist es wichtig, die zur Verfügung stehenden Ressourcen zu nutzen, mit den Gesundheitsdienstleistern zusammenzuarbeiten, aktiv zu werden und ihre Selbstwirksamkeit zu verbessern. Lorig und Holman (2003) beziehen sich auf Mara Widmer & Martina Zimmermann

das Konzept von Corbin und Strauss (1988), entwickelten jedoch zusätzlich fünf Selbstmanagement-Fertigkeiten: *problem solving*, *decision making*, *resource utilization*, *forming of a patient-provider partnership* und *taking action*.

Schulman-Green et al. (2012) identifizieren in ihrem Literaturreview drei Kategorien von Selbstmanagement-Prozessen. Zur Kategorie „Fokussierung auf Krankheitsbedürfnisse“ gehören Selbstmanagement-Aufgaben und -Fertigkeiten, die notwendig sind für Individuen, damit sie sich um ihren Körper und die krankheitsspezifischen Probleme kümmern können. Unter die Kategorie „Aktivierung von Ressourcen“ fallen individuelle Ressourcen, wie auch gesellschaftliche, die bei medizinischen, psychosozialen, spirituellen und finanziellen Aspekten der Krankheit helfen können. Die Kategorie „Leben mit einer chronischen Krankheit“ ist ein Selbstmanagement-Prozess, dessen Aufgaben und Fertigkeiten in Bezug zum Umgang mit der Krankheit, dem persönlichen Wachstum und der Transition vom Krankheitsfokus hin zur Integration der Krankheit in den Lebenskontext stehen (Schulman-Green et al., 2012).

Aufgrund der verschiedenen Definitionen muss Selbstmanagement für diese Arbeit spezifiziert werden. Obwohl es verschiedene Definitionen zu Selbstmanagement gibt, beziehen sich die meisten Autoren und Autorinnen direkt oder indirekt auf die Arbeit von Corbin und Strauss (1988). In der vorliegenden Arbeit wird unter dem Begriff Selbstmanagement verstanden, dass Personen mit chronischen Krankheiten ihren Alltag trotz Einschränkungen zufriedenstellend meistern können. Um die physischen, emotionalen und sozialen Auswirkungen der Krankheit zu reduzieren und Verhaltensweisen anzupassen, werden von den Betroffenen spezifische Fertigkeiten benötigt.

2.3 Definition des Kompetenzbegriffs

„Kompetenz“ wird oft als Sammelbegriff verwendet für „Wissen, Fähigkeiten, Motivation, Interesse, Fertigkeiten, Verhaltensweisen und andere Merkmale, die eine Person für eine erfolgreiche Bewältigung ihrer Aufgaben benötigt“ (Sonntag & Schmidt-Rathjens, 2004, S. 18). Die Abschlusskompetenzen im Bachelor of Science der Ergotherapie werden in einem Rollenkompetenzprofil dargestellt. Dabei werden das Wissen, die Fertigkeiten sowie die Haltung aufgezeigt, welche für den Einsatz der jeweiligen Kompetenzen notwendig sind (Hendriks & Kneisner, 2014).

Im Englischen spricht man bei *competence* von „*knowledge, skills and attitudes*“ (Cooper, 2000, S. 23). Allerdings wird der Begriff *skills* in der Literatur oft auch als Synonym von *competence* verwendet, weshalb zum Teil nicht klar ist, von welcher Definition die Autoren und Autorinnen ausgehen. Aus diesem Grund gehen die Verfasserinnen dieser Arbeit von der deutschen Definition des Begriffs Kompetenz nach Hendriks und Kneisner (2014) aus, die Wissen, Fertigkeiten und Haltung beinhaltet.

2.4 Enablement Skills der Ergotherapie

Die zehn *Enablement Skills* sind Bestandteil des CMOP-E (Polatajko, Townsend & Craik, 2007). Im Mittelpunkt des CMOP-E steht *enablement*, also Befähigung, mit dem Fokus auf die Ermöglichung von Betätigung im Alltag. Townsend und Polatajko (2013) beschreiben eine Betätigung als Ausübung von Aktivitäten, welche Gesundheit und Wohlbefinden fördern. Die Befähigung stellt die Hauptkompetenz von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen dar. Durch den Gebrauch der *Enablement Skills* wird der Klient oder die Klientin in einer zusammenarbeitenden Beziehung befähigt, einer Betätigung nachzugehen (Townsend & Polatajko, 2013).

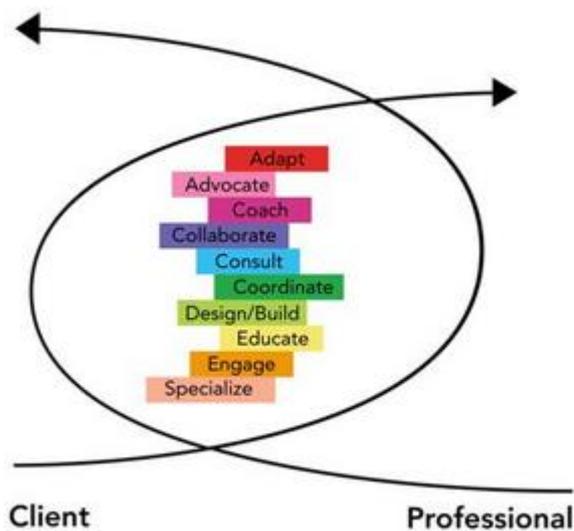


Abbildung 1. Enablement Skills (Townsend & Polatajko, 2013, S. 110)

Die zehn *Enablement Skills* werden nach Townsend und Polatajko (2013) in verschiedenfarbigen Balken dargestellt, welche von zwei asymmetrisch geschwungenen Linien umgeben sind (Abbildung 1). Diese stellen die Dynamik, Wandelbarkeit, Variabilität und Risikobereitschaft der Klienten-Therapeuten Beziehung dar. Die Schnittpunkte der beiden Linien stehen für das Vorhandensein von Grenzen innerhalb der Beziehung und umrahmen den Anfang und das Ende jeder therapeutischen Beziehung. Befähigung, mit dem Fokus auf Betätigung, ist die Schlüsselkompetenz der Ergotherapie (Townsend & Polatajko, 2013).

Innerhalb der Schlüsselkompetenz unterscheiden Townsend und Polatajko (2013) zwischen *Generic Skills*, also Grundfertigkeiten und *Enablement Skills*, den eigentlichen therapeutischen Fertigkeiten. Die folgenden drei Gruppen von *Generic Skills* gehören als Basis zu allen therapeutischen Fertigkeiten und kommen meist nur indirekt zur Anwendung:

Zu den *Process Skills* gehören zum Beispiel Analysieren, Zeigen von Empathie, Planen, Intervenieren, Evaluieren und Reflektieren. Zu den *Professional Skills* gehören unter anderem die Anwendung ethischer und moralischer Grundsätze, das Respektieren professioneller Regelwerke und das Dokumentieren. Zu den *Scholarship Skills* gehören das Verwenden von Evidenz, das Evaluieren von Programmen sowie das Generieren und Verbreiten von Wissen (Townsend & Polatajko, 2013).

Die Schlüsselkompetenz Befähigung ist gemäss Townsend und Polatajko (2013) von den zehn *Enablement Skills* gezeichnet. Die *Enablement Skills* basieren auf Werten wie Zusammenarbeit und Achtsamkeit gegenüber ungerechten Machtverhältnissen und ermöglichen individuelle und/oder soziale Veränderungen. Die Anwendung der *Enablement Skills* werden durch acht Grundsätze geleitet (Townsend & Polatajko, 2013):

1. Nur ein *Enablement Skill* zu gebrauchen wäre ungewöhnlich, da die verwandten *Enablement Skills* überlappend und verwoben sind.
2. Die *Enablement Skills* sollen entwickelt und entfaltet werden, um auf die Umwelt des Klienten oder der Klientin zu reagieren.
3. Suche nach gegenseitiger Zusammenarbeit: Klienten und Klientinnen sind Partner, welche über eigene *Enablement Skills* verfügen.
4. Ein persönliches Spektrum von *Enablement Skills* mit unterschiedlichen Schwerpunkten auf ihren besonderen Interessen, Talenten und Erfahrungen soll entwickelt werden.
5. Die *Enablement Skills* sind für Aussenstehende nicht immer sichtbar und können daher unterschätzt werden, wenn diese nicht klar angesprochen werden. Die beste Befähigung geschieht dann, wenn der Klient oder die Klientin die professionelle Begleitung nur minimal wahrnimmt.
6. Die *Enablement Skills* werden durch Forschung und Evidenz geleitet.
7. Das Erlernen der ergotherapeutischen *Enablement Skills* soll in der Ausbildung zum Ergotherapeut oder zur Ergotherapeutin verankert sein.
8. Die *Enablement Skills* sollen im gesamten therapeutischen Prozess eingesetzt werden.

In Tabelle 1 sind die zehn *Enablement Skills* mit der sinngemässen deutschen Übersetzung von Krieger (2012) dargestellt. Da alle zehn *Enablement Skills* gleichwertig sind, werden sie alphabetisch angeordnet (Townsend & Polatajko, 2013).

Tabelle 1

Die zehn Enablement Skills des CMOP-E

adapt (adaptieren)	anpassen, ergonomisch gestalten, ergonomisch analysieren, zeitlich und räumlich verändern, Tätigkeitsanalyse durchführen, konfigurieren, in Kleinschritte herunterbrechen
advocate (für jemanden eintreten, jemanden verteidigen)	für Rechte einsetzen, juristisch vertreten, Rechte ein- und herausfordern, strategisch politisieren, lobbyieren, mobilisieren, bewusstseinsbildend wirken
coach (beraten, trainieren)	betreuen, supervidieren, ermutigen, führen, Möglichkeiten erweitern, mentorieren, reflektieren, spiegeln, unterstützen
collaborate (zusammenarbeiten)	kommunizieren, eine Verbindung aufbauen, mitteilen, verknüpfen, vermitteln, Mediation anwenden, kooperieren
consult (jemanden beratschlagen)	beraten, Optionen denken, empfehlen, vorschlagen, vorausdenken
coordinate (koordinieren)	verknüpfen, koordinieren, managen, Prioritäten setzen, vermitteln, synthetisieren
design/build (entwerfen/erstellen)	bauen, konstruieren, anpassen, erfinden, entwickeln, visualisieren, umsetzen
educate (bilden)	beibringen, anleiten, erziehen, bilden, vermitteln, instruieren, Transfer ermöglichen
engage (engagieren)	ermutigen, einbeziehen, an Tätigkeiten heranführen, Partizipation ermöglichen, Vertrauen aufbauen, motivieren, kreativen Ausdruck ermöglichen, Potential erwecken
specialize (spezialisieren)	Spezialwissen anwenden, z.B. zu verschiedenen Fachbereichen (physische Unterstützung, kognitive Ansätze, Ergonomie, Gruppentherapie, psychosoziale Rehabilitation usw.)

3 Methodisches Vorgehen

Die Fragestellung dieser Arbeit wurde anhand eines Literaturreviews bearbeitet. Es wurde in thematisch relevanten Datenbanken, mit von den Verfasserinnen festgelegten Keywords, recherchiert. Die gefundenen Studien wurden anhand von Ein- und Ausschlusskriterien selektioniert. Im Ergebnisteil wurden die für die Fragestellung relevanten Resultate der Hauptstudien zusammengefasst und die Studien kritisch gewürdigt. Im Diskussionsteil wurden die Ergebnisse anhand der *Enablement Skills* in den ergotherapeutischen Kontext gesetzt und mithilfe weiterführender Literatur diskutiert.

3.1 Datenbankrecherche

Bei der Recherche in den Datenbanken CINAHL, Medline, AMED, PubMed, PsycINFO, OTDBASE und OTseeker wurde mit den Keywords, Synonymen und den entsprechenden Schlagwörtern von Tabelle 2 gesucht. Diese wurden mit Trunkierungen (z.B. competenc*) und Bool'schen Operatoren (AND, OR) kombiniert. In den ergotherapie-spezifischen Datenbanken OTDBASE und OTseeker wurde keine relevante Literatur gefunden. Die Zeitspanne der Datenbankrecherche dauerte von Juli 2016 bis Dezember 2016. Für den Ergebnisteil wurde Primär- und Sekundärliteratur verwendet.

3.1.1 Keywords

Vor der Literaturrecherche wurden aus der Fragestellung Schlüsselwörter abgeleitet und in englische Keywords übersetzt. Zusätzlich wurde in Online-Wörterbüchern nach Synonymen, Ober- und Unterbegriffen gesucht. Während der Literaturrecherche kamen weitere Begriffe hinzu, welche von den Autoren und Autorinnen in den Studien verwendet wurden. Entsprechende Schlagwörter wie CINAHL Headings und Medical Subject Headings [MeSH] wurden gesucht und während der Recherche angewendet. Die verwendeten Keywords, Synonyme und Schlagwörter sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2

Schlüsselwörter, Keywords, Synonyme und Schlagwörter

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme	Schlagwörter
Ergotherapie	Occupational therapy	Therapy, intervention, occupational therapist	<u>MeSH:</u> Occupational Therapy, Occupational therapists <u>CINAHL Heading:</u> Occupational Therapy
Kompetenz(en)	Competenc*	Skill*, professional expertise, expertise, ability, clinical reasoning, professional competence*, clinical competence*	<u>MeSH:</u> Mental Competency, Professional Competence, Clinical Competence <u>CINAHL Heading:</u> Professional Competence
Selbstmanagement	Self-management	Self-care	<u>MeSH:</u> Self Care <u>CINAHL Heading:</u> Self Care
Chronische Erkrankung(en)	Chronic disease*	Chronic condition*, Chronic illness	<u>MeSH:</u> Chronic Disease, Chronic Illness <u>CINAHL Heading:</u> Chronic disease, Disease Management, "Mental disorders, chronic"
Patientenedukation	Patient education	Teaching method, coaching, medical education, health care delivery, educational models	<u>MeSH:</u> Patient Education as Topic, "Models, Educational" <u>CINAHL Heading:</u> Patient Education, Health Education, Educational Clinic

3.1.2 Ein-/Ausschlusskriterien

Damit die Erkenntnisse dieser Arbeit auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand sind, sollten die Hauptstudien nicht älter als zehn Jahre sein. Es ist wichtig, dass die Studien sich auf industrialisierte Länder mit ähnlichem soziodemografischem Hintergrund wie die Schweiz beziehen, damit ein Übertrag gemacht werden kann. Studien, in denen Kinder und/oder ihre Eltern als Klientengruppe definiert werden, wurden ausgeschlossen, da sich die Fragestellung auf erwachsene Personen mit chronischen Erkrankungen bezieht. Für die Beantwortung der Fragestellung ist es irrelevant, ob es sich um multiple chronische Erkrankungen oder einfache chronische Erkrankungen handelt, weswegen unter dem Begriff „chronische Erkrankungen“ beide Ausprägungen miteinbezogen wurden. Die Einschlusskriterien sind in Tabelle 3 ersichtlich.

Tabelle 3

Einschlusskriterien für Literaturrecherche

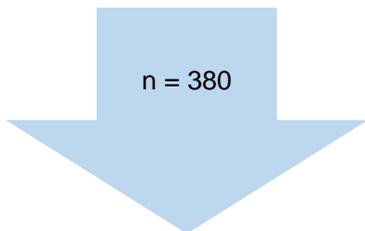
Kriterium	Einschlusskriterien
Erscheinungsjahr Literatur	2006-2016 (Ausnahmen in begründeten Fällen)
Land	Industrialisierte Länder mit ähnlichem soziodemografischem Hintergrund wie die Schweiz (Europa, Australien, USA, Kanada)
Population	Erwachsene Klienten und Klientinnen mit einer chronischen Erkrankung
Kompetenzen	Kompetenzen von allen Gesundheitsprofessionen, welche das Selbstmanagement von Klienten und Klientinnen unterstützen
Setting	Keine Einschränkung

3.2 Selektionsprozess

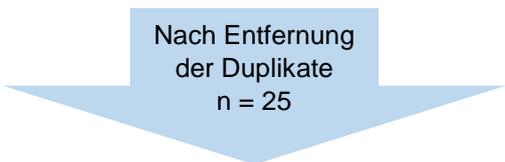
Nach einer ersten Suche in den genannten Datenbanken wurden 380 Studien gefunden. Um zu entscheiden, ob es sich um relevante Literatur in Bezug auf die Fragestellung handelt, wurden Titel und/oder Abstract gelesen und anhand der Einschlusskriterien aussortiert. Da keine ergotherapeutische Studie gefunden wurde, die sich auf das Selbstmanagement von chronisch kranken Personen bezieht, erweiterten die Verfasserinnen das Einschlusskriterium „Kompetenzen von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen“ auf „Kompetenzen von allen Gesundheitsprofessionen“. Nach der Anpassung der Einschlusskriterien und Entfernung der Duplikate blieben 25 Studien übrig. Aus diesen wurden mittels Schneeballsuche* acht weitere Studien ausgewählt.

Insgesamt wurden 33 Studien gelesen und mittels einer Matrix in den Anhängen F, G und H zusammengefasst und inhaltlich beurteilt. Nach der Würdigung wurden die folgenden sechs Hauptstudien inkludiert: Dures et al. (2014), Dures et al. (2016), Guidetti und Tham (2002), Mikkonen und Hynynen (2012), Lawn et al. (2009) und Lawn und Schoo (2009). Alle bis auf die Studie von Guidetti und Tham (2002) sind in den letzten zehn Jahren entstanden. Diese wurde trotzdem beibehalten, da sie sich als einzig gefundene Studie spezifisch auf die Ergotherapie bezieht (ausführliche Begründung der Inklusion in Kapitel 4.1.6). Das angewandte Suchvorgehen wird in Abbildung 2 dargestellt.

1. Suche: Datenbankrecherche	
OTDbase	n = 0
OTseeker	n = 0
Medline	n = 25
CINAHL	n = 46
Pubmed	n = 243
AMED	n = 41
PsychInfo	n = 25



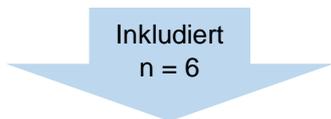
1. Beurteilung: Einschluss relevanter Studien nach Durchsicht von Titel und/oder Abstract	
Medline	n = 9
CINAHL	n = 5
Pubmed	n = 12
AMED	n = 2
PsychInfo	n = 4



2. Suche: Schneeballsuche	
Einschluss relevanter Studien nach Durchsicht von Titel und/oder Abstract -> n = 8	



2. Beurteilung: Einschluss relevanter Studien nach Beurteilung des Volltextes mittels Studienmatrix in den Anhängen F, G & H	
Einschluss relevanter Studien nach Erfüllen der Einschlusskriterien	



Hauptstudien	
Dures et al. (2014)	
Dures et al. (2016)	
Guidetti & Tham (2002)	
Mikkonen & Hynynen (2012)	
Lawn et al. (2009)	
Lawn & Schoo (2009)	

n = Anzahl

Abbildung 2. Suchvorgehen

3.3 Evaluationsinstrumente

Für die kritische Beurteilung von den fünf qualitativen Hauptstudien wurde das *Critical Review Form* von Letts et al. (2007) verwendet. Das Review wurde mittels des *Critical Appraisal Skills Programme* [CASP] (2006) beurteilt.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel wird ein Überblick über Ziel, Design, Stichprobe, Datenerhebung und -analyse und Ergebnisse der sechs inkludierten Hauptstudien gegeben. Die Tabelle 4 dient zur zusammengefassten Übersicht der Hauptstudien. Nachfolgend wird auf die Ergebnisse eingegangen, die von den Verfasserinnen für die Beantwortung der Fragestellung als relevant angesehen werden. Anschliessend werden die Studien kritisch gewürdigt. Zu diesem Zweck wurden die fünf qualitativen Studien zuvor anhand des *Critical Review Form* von Letts et al. (2007) und das Review anhand des CASP (2006) ausgewertet (siehe Anhang D).

Tabelle 4

Kurzzusammenfassungen der sechs inkludierten Hauptstudien

Studie	Ziel	Design	Stichprobe	Datenerhebung/ -analyse	Ergebnisse
Studie 1: Dures et al. (2014) Rheumatology clinicians' experiences of brief training and implementation of skills to support patient self-management	Erfahrungen von Gesundheitsfachpersonen in der Rheumatologie in Bezug auf verschiedene kurze Fertigkeitstrainingskurse zur Unterstützung des Selbstmanagements	Qualitativ, deduktiver und induktiver Ansatz → vermutlich Mixed-Methods	Gesundheitsfachpersonen n=16 Davon: Rheumatologen n=3 Physiotherapeuten/-therapeutinnen n=3 Pflegefachpersonen n=4 Ergotherapeuten/-therapeutinnen n=6	Land: Grossbritannien Semi-strukturierte Interviews Analyse durch deduktiven und induktiven Ansatz Es wird keine Methode genannt	Die Berufsidentität, die Arbeitskultur, das Pflegemodell und die Klientenzentriertheit wurden als sehr wichtig zur Unterstützung des Selbstmanagements identifiziert. Dazu wurden Techniken wie Formulieren, Reflektieren, Zielsetzung, Problemidentifikation und Problemlösestrategien gebraucht. Die Theorie, dass kognitive Verhaltensansätze das Selbstmanagement unterstützen können, wurde untermauert.
Studie 2: Dures et al. (2016)	Einblick in die Erfahrungen von Klienten und Klientinnen mit rheumatoider	Qualitativ, induktiver Ansatz in zwei Phasen	Teilnehmer/-innen mit rheumatoider Arthritis n=19	Land: Grossbritannien	Der ganzheitliche Ansatz in der Beratung zum Selbstmanagement ist sehr wichtig für die Zusammenarbeit und den Erfolg. Bezug

<p>A qualitative study of patients' perspectives on collaboration to support self-management in routine rheumatology consultations</p>	<p>Arthritis und ihre Ansichten über die Zusammenarbeit und das Selbstmanagement im Rahmen einer Beratung</p>	<p>→ vermutlich phänomenologisch</p>		<p>Semi-strukturierte Interviews</p> <p>Analyse durch induktiven Ansatz</p> <p>Es wird keine Methode genannt</p>	<p>zur Wichtigkeit der Kommunikation, insbesondere der nicht-didaktischen Kommunikation, wurde geschaffen. Die Förderung von aktiver Beteiligung sowie Eigenverantwortung der Betroffenen führt zu grösserer Akzeptanz eines langfristigen Zustandes.</p>
<p>Studie 3:</p> <p>Guidetti & Tham (2002)</p> <p>Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: A qualitative study</p>	<p>Charakteristik von therapeutischen Strategien, die von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen während Selbstversorgungstrainings mit Klienten nach einem Schlaganfall oder einer Wirbelsäulenverletzung angewendet werden</p>	<p>Qualitativ, phänomenologisch</p>	<p>Ergotherapeuten/-therapeutinnen n=12</p> <p>Davon arbeiteten mit Klienten/Klientinnen nach:</p> <p>Schlaganfall n=6</p> <p>Wirbelsäulenverletzung n=6</p>	<p>Land: Schweden</p> <p>Informelle, offene Interviews → kein Leitfaden ersichtlich</p> <p>Analyse nach EPP-Methode in fünf Schritten</p>	<p>Als wichtigste Resultate der Studie wurden die vertrauensvolle Beziehung und die Zusammenarbeit identifiziert. Zusammenfassend ergab die Studie, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen durch das Verständnis der individuellen Situation ihre Strategien variierend einsetzen, um Erfahrungen und Bedürfnisse während des Interventionsprozesses wahrzunehmen und darauf einzugehen.</p>
<p>Studie 4:</p> <p>Mikkonen & Hynnen (2012)</p> <p>Health Care Professionals' Views about Supporting Patients' Self-Management</p>	<p>Beschreibung der Sicht von Gesundheitsfachpersonen über ihre Klientenedukationsfertigkeiten sowie deren Entwicklungsmöglichkeiten</p>	<p>Qualitativ</p>	<p>Gesundheitsfachpersonen n=14</p>	<p>Land: Finnland</p> <p>Schriftliche Arbeiten innerhalb eines Weiterbildungskurses</p> <p>Inhaltsanalyse in fünf Schritten, induktiver Ansatz</p>	<p>Um bestmögliche Erfolge in der Behandlung zu erzielen, sollte mehr klientenzentriert gearbeitet werden. Die Unterstützung des Selbstmanagements in der Betreuung und Edukation der Klientel ist von zentraler Bedeutung. Die Studienteilnehmenden haben erkannt, dass sie ihre eigenen Fähigkeiten und Wertvorstellungen anerkennen müssen, um ihre Klientenedukationsfertigkeiten zu entwickeln.</p>

<p>Studie 5:</p> <p>Lawn et al. (2009)</p> <p>What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? Seeking consumer perspectives</p>	<p>Identifikation der Fertigkeiten, die aus Sicht von Klienten und Klientinnen von Gesundheitsfachpersonen gebraucht werden für die Unterstützung des Selbstmanagements von chronisch kranken Personen</p>	<p>Qualitativ</p>	<p>Klienten/Klientinnen mit chronischer Erkrankung n=8</p> <p>Wichtige Informanten von Vertretungsgruppen n=5</p>	<p>Land: Australien</p> <p>Fokusgruppen-interview, einzelne Interviews</p> <p>Inhaltsanalyse, Kodierung und Themenbildung</p>	<p>Aus Sicht der Klientel und Betreuenden bestehen fundamentale Lücken in den Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen. Die Studienteilnehmenden empfehlen Schulungen in Bezug auf psychosoziale Fertigkeiten und Kommunikationsfertigkeiten, Wissen über verfügbare Angebote für die Unterstützung der Betroffenen, Identifikation der Stärken und momentanen Kapazitäten der Betroffenen und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen.</p>
<p>Studie 6:</p> <p>Lawn & Schoo (2009)</p> <p>Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches</p>	<p>Einerseits Beschreibung von fünf Ansätzen in Bezug auf die Unterstützung des Selbstmanagements und andererseits die Diskussion, wie Gesundheitsfachpersonen ihre Unterstützung diesbezüglich verbessern können</p>	<p>Review</p>	<p>Nationale und internationale Literatur, Reporte und Richtlinien von Regierungen und Gesundheitsdepartments</p>	<p>Land: Australien</p> <p>Literaturanalyse, eigene Erfahrung und Expertise</p>	<p>Personen mit chronischen Erkrankungen brauchen fortlaufende Unterstützung und einen klientenzentrierten Ansatz, bei welchem der Fokus vermehrt auf Selbstmanagement, Partnerschaft zwischen Klientel und Gesundheitsfachperson sowie Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Anbietern im Gesundheitswesen liegt. Alle fünf Ansätze unterstützen das Selbstmanagement.</p>

4.1 Studie 1: Zusammenfassung (Dures et al., 2014)

Diese Studie untersucht die Erfahrung von Gesundheitsfachpersonen in der Rheumatologie, welche sie in kurzen Fertigkeitstrainingskursen* zur Unterstützung des Selbstmanagements der Klientel sammelten. Dadurch sollen hilfreiche Aspekte des Kurses sowie hinderliche und unterstützende Faktoren für die Anwendung in der Praxis identifiziert werden. An der Studie nahmen 16 Gesundheitsfachpersonen (3 Rheumatologen, 3 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, 4 Pflegefachpersonen, 6 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen) aus der Rheumatologie teil, welche vor kurzem einen Fertigkeitstrainingskurs besucht hatten. Für die Studie wurde mit der Datenerhebungsmethode des semistrukturierter Interviews ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Dazu wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, welcher sich im ersten Teil auf die Rolle als Professionsangehörige und die Fertigkeitstrainingskurse bezieht und im zweiten Teil auf die Umsetzung der erlernten Fertigkeiten in der Praxis. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und anonymisiert. Die Daten wurden zuerst anhand eines deduktiven und danach anhand eines induktiven Ansatzes analysiert. Darauf wurden Verknüpfungen zwischen den Themen erarbeitet und zu einem Einzelanalysebericht zusammengefasst.

Es wurden drei übergeordnete Themen identifiziert, welche die Gesundheitsfachpersonen nach den Fertigkeitstrainingskursen beurteilt haben. Als erstes Thema wurde der Übertrag von der Theorie in die Praxis festgehalten. Die Teilnehmenden reflektierten die Nützlichkeit der Kurse, die sie besucht hatten, und gaben ihre Empfehlungen für eine künftige Selbstmanagement-Ausbildung. Hilfreich waren beispielsweise Theorien und Wirksamkeitsstudien über Selbstmanagement, um die Teilnehmenden in ihrem Ansatz zu bestärken und sich Situationen in der Praxis vorzustellen. Als ungünstiger Aspekt wurde das allgemeine Training empfunden, welches sich nicht auf ein spezifisches Krankheitsbild bezog. Als zweites Thema kam heraus, dass Berufsidentität, Arbeitskultur und Pflegemodelle die Implementierung der Selbstmanagement-Ansätze positiv oder negativ beeinflussen. Ein ganzheitlicher Ansatz in der Klientenbetreuung wurde für die Unterstützung des Selbstmanagements als wichtig identifiziert, wobei die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen mit diesem Ansatz besser vertraut waren als die anderen Berufsgruppen. Ebenfalls erhöhte eine unterstützende Arbeitsumgebung die Wahrscheinlichkeit, dass die erlernten Fertigkeiten in der Praxis eingesetzt werden. Beim dritten Thema nannten die Teilnehmenden Änderungen sowie Techniken und Werkzeuge zur persönlichen Verhaltens-

änderung, von denen sie glaubten, dass sie ihre Beratungen verbessern würden, wie beispielsweise weniger reden und mehr zuhören. Als wichtige Änderung wurde eine Verschiebung von der „Arzt-Patienten-Hierarchie“ zur Klientenzentriertheit gesehen. Durch die Klientenzentriertheit könnten Betroffene vermehrt Verantwortung für ihre Behandlung übernehmen und gewännen so ein grösseres Gefühl der Kontrolle. Eine schematische Darstellung der Wechselwirkungen zwischen Gedanken, Gefühlen, Symptomen und Verhaltensweisen wurde als gute Technik erkannt, um die Auswirkungen von internen und externen Faktoren dem Klienten oder der Klientin aufzuzeigen. Andere Techniken wie Reflexion, Erforschung innerer Werthaltungen sowie die Interpretation von Vor- und Nachteilen eines Verhaltens waren oft hilfreich, um Betroffenen zu helfen, ihre aktuelle Situation zu analysieren und Verhaltensweisen zu überdenken. Ziele zu setzen fanden viele Teilnehmende schwierig, da dies regelmässiger Überprüfung und Aktualisierung bedarf. Diejenigen, die dieses Werkzeug einsetzten, erarbeiteten und analysierten mit den Klienten und Klientinnen kleine Schritte, um das Endziel zu erreichen, was zu Erfolgserlebnissen führte. In Tabelle 5 sind die drei Hauptthemen mit den zusammengefassten Unterthemen dargestellt.

Tabelle 5

Auszug aus den Ergebnissen von Dures et al. (2014)

Übergeordnete Themen

1. Transfer von der Theorie in die Praxis	- Theorie und Wirksamkeitsstudien über Selbstmanagement - Spezifisches Training
2. Herausfordernde Berufsidentität	- Ganzheitlicher Ansatz - Einfluss der Einstellungen im Team (Arbeitskultur)
3. Verbesserte Praxis	- Weniger reden – mehr zuhören - Klientenzentriertheit - Schematische Darstellung der Wechselwirkungen zwischen Gedanken, Gefühlen, Symptomen und Verhaltensweisen - Reflexion, Erforschung innerer Werthaltungen, Interpretation von Vor- und Nachteilen eines Verhaltens - Ziele und Teilziele setzen

4.2 Studie 1: Kritische Würdigung (Dures et al., 2014)

In der Einleitung wird der Forschungszweck mit Referenzen begründet und die Forschungslücke aufgezeigt. Hintergrundinformationen zu den Auswirkungen der Krankheit auf das Leben von Personen mit rheumatoider Arthritis wird dargelegt sowie das Konzept des Selbstmanagements erläutert. Die Autoren und Autorinnen nennen kein explizites Studiendesign. Aufgrund der Beschreibung des induktiven und deduktiven Ansatzes ist davon auszugehen, dass sich das Studiendesign am *Mixed-Methods-Ansatz* der qualitativen Forschung orientiert. Dieses Studiendesign scheint dem Zweck der Studie zu entsprechen: Einblicke in die Erfahrungen von Gesundheitsfachpersonen nach Fertigkeitstrainingkursen zu erhalten. Ebenfalls wollten die Forschenden bestehende Theorien über die Techniken zur Unterstützung des Selbstmanagements erweitern oder widerlegen. Als Methode wurden semi-strukturierte Interviews durchgeführt, um die subjektive Sichtweise zu erfassen und analysieren. Der Interviewleitfaden, der Kontext und die Dauer der Durchführung werden aufgezeigt, was die Zuverlässigkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit erhöht (Lincoln & Guba, 1985). Die 16 Teilnehmenden werden in ihrer Profession, Alter, Geschlecht und Berufserfahrung beschrieben, was für die Fragestellung ausreichend scheint und die Übertragbarkeit steigert (Lincoln & Guba, 1985). Ob eine Datensättigung erreicht wurde, wird nicht erwähnt. Durch die *Purposive maximum sampling size** wird versucht, eine Aussage über alle Gesundheitsberufe im Bereich der Rheumatologie zu machen und somit unterschiedliche wie auch gemeinsame Muster zu dokumentieren (Patton, 1990). Die Daten wurden mit einem deduktiven und induktiven Ansatz analysiert, wobei keine bestimmte Methode genannt wird. Die Datenanalyse wird sehr kurz und eher vage beschrieben, was die Zuverlässigkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit einschränkt. Es fehlen Angaben zu Entscheidungspfaden, wie zum Beispiel Randnotizen oder Farbcodes und zur Entstehung der Kodierungen. Die Glaubwürdigkeit wird durch die Umsetzung verschiedener Triangulationen* gesteigert (Lincoln & Guba, 1985). Durch die Kombination der induktiven und deduktiven Analyse wird eine Methodentriangulation gewährleistet. Eine Datentriangulation wurde umgesetzt, indem acht Interviews persönlich geführt wurden und acht per Telefon. Ebenfalls wurde eine Forschertriangulation erreicht, indem sechs der Transkripte zusätzlich von unabhängigen Personen analysiert wurden. Es wurde kein *Member-Checking**, jedoch ein *Peer-Debriefing** durchgeführt und wörtliche Zitate in den Ergebnissen eingefügt. Eine ethische Bestätigung wurde durch das Ethikkomitee der *University of the West of England* in Bristol eingeholt.

4.3 Studie 2: Zusammenfassung (Dures et al., 2016)

Diese Studie untersuchte die Perspektive der Klientel mit rheumatoider Arthritis, die eine Beratung bei Gesundheitsfachpersonen in Anspruch nahm. Das Ziel war, einen Einblick in ihre Erfahrungen in Bezug auf die Zusammenarbeit und das Selbstmanagement im Rahmen der Beratung zu erhalten. Die Gesundheitsfachpersonen hatten zuvor einen Fertigkeitstrainingskurs besucht (siehe Studie 1). Es nahmen 19 Personen mit rheumatoider Arthritis teil, die eine Beratung zum Selbstmanagement bei einer von vier Gesundheitsfachpersonen erhielten. Als Methode wurde mit semi-strukturierten Interviews ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Ein Interviewleitfaden mit offenen Fragen über die Interaktion und die Kommunikation während der Beratung wurde vom Forschungsteam entwickelt. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und anonymisiert. Die Daten wurden mit einem induktiven Ansatz analysiert. In der ersten Phase wurden die Daten kodiert und in der zweiten Phase wurden ähnliche Kodierungen zu Clustern zusammengefasst. Daraus entstanden vier übergeordnete Themen zu den Gedanken der Betroffenen über Interaktionen, welche ihr Selbstmanagement beeinflussten. Beim ersten Thema geht es um Klientel und Gesundheitsfachpersonen, die Betreuung als eine gemeinsame Aufgabe betrachten. Die Betroffenen sahen die Eigenverantwortung für das Leben mit der chronischen Krankheit als grundlegende Voraussetzung, um Verhaltensänderungen vorzunehmen. Ebenso wurde das offene Erzählen von ihrer Gesundheit sowie Informationen zur eigenen Pflege als wichtig erachtet. Es wurde nicht erwartet, dass die Gesundheitsfachpersonen immer eine Antwort bereit hatten. Vielmehr wünschten sich die Klienten und Klientinnen die Offenheit der Gesundheitsfachpersonen, Optionen zu ermitteln und diese zu diskutieren. Als zweites Thema wurde das Verständnis der Gesundheitsfachpersonen für die Herausforderungen der Betroffenen identifiziert. Die Gesundheitsfachpersonen sollten den Fokus nicht nur auf die Symptome der Krankheit und deren Behandlung legen. Vielmehr sollten sie auch Wissen und Verständnis über die physischen, sozialen und emotionalen Auswirkungen haben. Durch Gespräche in den Beratungen wurden die Hauptsorgen, Fragen und Prioritäten der Klienten und Klientinnen erst sichtbar. Als drittes Thema wurden offene, klientenzentrierte Kommunikationsstile festgehalten. Die Konsultationen wurden als konstruktiver empfunden, wenn die Gesundheitsfachpersonen die Klienten und Klientinnen dazu ermuntert hatten, selbst an eine Herausforderung zu denken, eine Priorität für Veränderungen und Ziele festzulegen. Zusätzlich zu den Gesprächen waren der Einbezug von visuellem Material und schriftlichen Aufzeichnungen hilfreich für die Kommu-

nikation und das Verständnis. Das vierte Thema hebt die Vorteile eines aktiven Engagements in Beratungen hervor. Durch die aktive Mitarbeit der Betroffenen und der Anerkennung eigener Erfahrungen und Fachkenntnisse wird das Vertrauen gestärkt, die Auswirkungen der Krankheit zu meistern. Selbstmanagement wurde als ein fortlaufender Prozess beschrieben, der Gedanken und Anstrengungen benötigt, um aufrechterhalten zu werden. Durch diese Beratung wurde eine Verschiebung von einem Kampf mit den Symptomen, Zukunftsängsten und Heilungswünschen hin zu einer Akzeptanz ihres Zustandes und dem Glauben an die Bewältigungsmöglichkeit ihrer Situation festgestellt. In Tabelle 6 sind die vier übergeordneten Themen mit den zusammengefassten Unterthemen dargestellt.

Tabelle 6

Auszug aus den Ergebnissen von Dures et al. (2016)

Übergeordnete Themen

1. Zusammenarbeitend in der Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> - Eigenverantwortung der Klientel fördern - Offen über Krankheit sprechen können - Informationen über Krankheit und ihren Umgang damit erhalten - Offenheit der Gesundheitsfachpersonen, Optionen zu ermitteln und zu diskutieren
2. Verständnis für die Herausforderungen der Klienten und Klientinnen	<ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung der Auswirkungen der Krankheit (ganzheitlicher Ansatz) - Fokussierung auf die Prioritäten der Betroffenen
3. Offene, klientenzentrierte Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Klienten und Klientinnen selbst entscheiden lassen - Visuelle und schriftliche Darstellungen
4. Vorteile von aktiver Beteiligung in der Beratung	<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhtes Vertrauen, die Auswirkungen der Krankheit zu meistern - Grössere Akzeptanz eines langfristigen Zustandes

4.4 Studie 2: Kritische Würdigung (Dures et al., 2016)

Der Forschungszweck sowie Hintergrundwissen zum Konzept des Selbstmanagements und zur Wirksamkeit von Selbstmanagement-Interventionen bei Personen mit chronischen Erkrankungen wird aufgezeigt und mit Literatur untermauert. Die Forschungslücke wird nur ansatzweise beschrieben. Die Autoren und Autorinnen nehmen Bezug zu ihrer früheren Studie (siehe Studie 1), bei der die Perspektive der Gesundheitsfachpersonen nach einem Fertigkeitstrainingskurs zur Unterstützung des Selbstmanagements untersucht wurde. Aus welchem Grund nun die Sicht der Klienten und Klientinnen untersucht wird, ist nicht klar. Da Erfahrungen durch semi-strukturierte Interviews in einem qualitativen Forschungsansatz erhoben werden, gehen die Verfasserinnen davon aus, dass es sich um ein phänomenologisches Design handelt, welches jedoch in der Studie nicht explizit erwähnt wird. Ziel der Phänomenologie ist, von Betroffenen zu erfahren, wie sie eine Situation oder einen Prozess erleben und welche Bedeutung sie ihnen zuschreiben (Smith et al., 2009). Dies passt zum Ziel dieser Studie. Die Datenerhebungsmethode mittels semi-strukturierter Interviews scheint angemessen, um die subjektive Sichtweise zu erheben. Die Zuverlässigkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit wurde gesteigert, indem der Kontext und die anwesenden Personen während des Interviews beschrieben wurden. Der Interviewleitfaden ist über einen elektronischen Link einsehbar. Die 19 Teilnehmenden wurden anhand von Alter, Geschlecht und Krankheitsdauer seit der Diagnosestellung beschrieben. Dies scheint für die Fragestellung ausreichend zu sein und steigert die Übertragbarkeit. Es wird angegeben, dass eine Datensättigung erreicht wurde. Durch eine Sättigung der Daten ist die Stichprobengrösse begründet (Mayer, 2007). Mit einem induktiven Ansatz wurden die Daten analysiert. Die Forschenden beschreiben, wie sie vorgegangen sind und wie die Kodierungen entstanden sind, jedoch eher kurz und vage. Es werden wörtliche Zitate verwendet, um die Übertragbarkeit zu verbessern. Durch die Anwendung eines iterativen Prozesses, bei dem die auftauchenden Themen und Unterthemen ständig mit den Transkript-Codes verglichen wurden, wird die Zuverlässigkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit gesteigert (Glaser & Strauss, 2010). Durch die Forschertriangulation, bei der verschiedene Personen die Daten analysierten, wird die Glaubwürdigkeit der Studie gesteigert (Lincoln & Guba, 1985). Ein *Member-Checking* wurde nicht durchgeführt. Die Bestätigbarkeit wird durch *Peer-Debriefings* erhöht, welche jedoch in der Studie nicht erwähnt werden, auf der Internetseite aber abrufbar sind. Ebenfalls wurde die Studie vom Ethikkomitee *Natural Resources and Environmental Sciences* [NRES] und der *University of the West of England* genehmigt.

4.5 Studie 3: Zusammenfassung (Guidetti & Tham, 2002)

Ziel der Studie ist eine Beschreibung und Charakterisierung der therapeutischen Strategien, die von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen während des Selbsthilfetrainings mit Betroffenen nach einem Schlaganfall oder einer Wirbelsäulenverletzung angewendet werden. Es nahmen zwölf Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen teil, wovon sechs mit einem Klienten oder einer Klientin nach einem Schlaganfall arbeiteten und sechs mit einem Klienten oder einer Klientin mit einer Wirbelsäulenverletzung. Die Studie basiert auf Interviews mit diesen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, womit ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde. Die Interviewfragen waren informell und offen. Sie konzentrierten sich einerseits auf die Gründe für ihr therapeutisches Tun und andererseits auf ihre Gedanken und Empfindungen während des Selbsthilfetrainings. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert, kodiert und anonymisiert. Die Datenanalyse fand in fünf Schritten nach der EPP-Methode* statt.

Acht therapeutische Strategien kristallisierten sich heraus. Zuerst wurde der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung als wichtig identifiziert. Es sollte eine Atmosphäre von Empathie und Verständnis gegenüber dem Klienten oder der Klientin herrschen, um gegenseitiges Vertrauen zu schaffen. Das Verständnis für die Klientel ist wichtig, um Kooperation zu erzielen und die Beziehung zu festigen. Aus Beobachtungen und Gesprächen wurden Ressourcen, Limitationen, Gewohnheiten, Rollen, Interessen und Erfahrungen der Betroffenen analysiert. Als zweites erwies sich der richtige Weg zur Motivation des Klienten oder der Klientin als bedeutsam. Dazu wurde nachgefragt, was bereits gut geht und wo noch Hilfe benötigt wird, um daraus Ressourcen und Schwierigkeiten abzuleiten. Mit der dritten Strategie wollten die Therapierenden die Klienten und Klientinnen bei der Zielsetzung unterstützen. Die Ziele sollten gemeinsam gesetzt werden. Dies funktioniert allerdings nur, wenn die Betroffenen wieder selbstständig sein wollen. Flexibilität wurde dazu als wichtige Kompetenz der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen festgehalten. Selbsthilfetraining sollte der Klientel helfen, flexibel in ihren Problemlösestrategien zu sein, um Alltagssituationen zu meistern. Ausserdem wurde es als wichtig erachtet, den Klienten als Experte bzw. die Klientin als Expertin zu sehen und die Therapierenden als Unterstützung. Die vierte Strategie bezieht sich auf die Erfahrung der Betroffenen durch das praktische Üben. Diese praktische Erfahrung schien ein Schlüsselement zu sein, damit Klienten und Klientinnen entsprechende Fertigkeiten entwickeln konnten. Dabei wurden die

Kompetenzen der Betroffenen sichtbar gemacht und Beeinträchtigungen durch Konfrontation aufgezeigt. Bevor spezifische Probleme gelöst werden konnten, musste das Bewusstsein für die Beeinträchtigung vorhanden sein. Ebenfalls wurde das Vertrauen der Therapeuten, dass die Betroffenen selbst auf Lösungen kommen können, als wichtig erachtet. Die fünfte Strategie beinhaltet die Anpassung der Trainingssituation auf die Bedürfnisse der Klientel. Ein wichtiger Punkt dabei war, gemeinsam mit den Klienten und Klientinnen Strategien herauszufinden, um die Selbstversorgung zu erleichtern. Bei der sechsten Strategie sind die verschiedenen ergotherapeutischen Rollen wichtig. Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen nahmen unterschiedliche Rollen ein: die motivierende Rolle, die beratende Rolle, die unterstützende Rolle und die lehrende Rolle. Diese Rollen wechseln sich ab, je nach Beziehung und Situation. Mit der siebten Strategie – dem Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehung – wurde der Schwerpunkt auf die Zusammenarbeit und die Interaktion gelegt. Als achte Strategie wurde der Gebrauch von verschiedenen Kommunikationswegen definiert. Der Einsatz von Symbolen und Metaphern war hilfreich, um die Kompetenzen der Klientel zu beschreiben. Durch Fragen konnten die Betroffenen angeregt werden, etwas über ihr Leben zu erzählen. Auch die nonverbale Kommunikation wurde als wichtig erachtet, um zum Beispiel durch Zuwenden Gespräche anzuregen oder durch die Anwesenheit des Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin Sicherheit im Raum zu schaffen. In Tabelle 7 sind die acht Strategien zusammengefasst dargestellt. Die Strategien eins bis fünf folgten nacheinander im Prozess, wobei die Strategien sechs bis acht während des ganzen Prozesses angewendet wurden.

Tabelle 7

Auszug aus den Ergebnissen von Guidetti & Tham (2002)

Strategien	
1. Vertrauensvolle Beziehung aufbauen und Klientel verstehen	<ul style="list-style-type: none"> - Empathie und Verständnis - Gespräche führen - Ressourcen, Limitationen, Gewohnheiten, Rollen, Interessen und Erfahrungen herausfinden oder erfragen
2. Weg zur Motivation der Klientel finden	<ul style="list-style-type: none"> - Schwierigkeiten und Ressourcen identifizieren
3. Die Klientel unterstützen bei der Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstständigkeitsbedürfnis des Klienten oder der Klientin - Gemeinsame Zielsetzung - Flexibilität der Therapeuten und Therapeutinnen - Flexibler Einsatz von Problemlösestrategien - Klient als Experte bzw. Klientin als Expertin
4. Erfahrung durch Praxis ermöglichen	<ul style="list-style-type: none"> - Kompetenz des Klienten oder der Klientin sichtbar machen - Aufzeigen von Beeinträchtigung durch Konfrontation - Neue Lösungen finden lassen durch Versuch und Irrtum
5. Trainingssituation anpassen	<ul style="list-style-type: none"> - Strategien entwickeln
6. Therapeutische Rolle wie ein Chamäleon wechseln	<ul style="list-style-type: none"> - Motivierende Rolle - Beratende Rolle - Unterstützende Rolle - Lehrende Rolle
7. Therapeutische Beziehung aufrechterhalten	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit - Interaktion
8. Verschiedene Kommunikationswege gebrauchen	<ul style="list-style-type: none"> - Symbole und Metaphern einsetzen - Anregen, aus dem Leben zu erzählen - Nonverbale Kommunikation

4.6 Studie 3: Kritische Würdigung (Guidetti & Tham, 2002)

Der Zweck der Studie und die Forschungslücke werden beschrieben. Auch die Hintergründe von Selbsthilfetraining in neurologischen Rehabilitationskliniken sowie Strategien und Ziele von ergotherapeutischen Interventionen werden aufgezeigt und mit Literatur belegt. Dies wird ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Das Studiendesign orientiert sich an der Phänomenologie innerhalb der qualitativen Forschung. Dies scheint angemessen, da die Erfahrungen wie auch das individuelle Erleben und innere Gedankengänge der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen erforscht werden sollen. Als Methode wurde die Durchführung von Interviews mit informellen und offenen Fragen gewählt. Die Teilnehmenden wurden gebeten, so konkret wie möglich ihre Erfahrungen mit der Durchführung von Selbsthilfetrainings zu beschreiben. Der Kontext, die Dauer und die anwesenden Personen während des Interviews werden beschrieben, was die Übertragbarkeit steigert. Allerdings ist kein Interviewleitfaden ersichtlich. Die Teilnehmenden werden in ihrer Profession, dem Krankheitsbild ihrer Klientel, ihrem Arbeitsort und ihrer Berufserfahrung beschrieben. Es wird nicht angegeben, ob eine Datensättigung erreicht wurde. Auch wird nicht ganz klar, wie die Teilnehmenden rekrutiert wurden, was die Zuverlässigkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit einschränkt. Die kodierten Daten wurden mittels EPP-Methode analysiert. Dies passt zum Ziel der Studie. Durch die Forschertriangulation wurde die Glaubwürdigkeit verstärkt. Die Übertragbarkeit wird durch die Verwendung von wörtlichen Zitaten gesteigert. Es wird weder ein *Peer-Debriefing* explizit erwähnt, noch eine Bestätigung eines Ethikkomitees. Auch wird nicht ersichtlich, ob die Teilnehmenden informiert wurden und ihr Einverständnis gaben, was die Bestätigbarkeit stark einschränkt.

Begründung der Inklusion der Studie

Die Studie erfasst Strategien von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen während des Selbsthilfetrainings mit Klienten und Klientinnen, die einen Schlaganfall oder eine Wirbelsäulenverletzung erlitten haben. Daraus können die notwendigen Kompetenzen für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit abgeleitet werden. In der Studie geht es begriffsmässig zwar um Selbsthilfetraining und nicht um Selbstmanagement. Die Forschenden beschreiben jedoch, dass das Ziel ergotherapeutischer Interventionen sei, dass die Betroffenen grösstmögliche Selbstständigkeit in ihrem Leben erreichen. Das Selbsthilfetraining wird als interaktiver und zusammenarbeitender Prozess zwischen Betroffenen und Therapeuten bzw. Therapeutinnen beschrieben. Dieser kann durch frühere Gewohn-

heiten oder Rollen, Umweltanforderungen, aktuelle Aufmerksamkeit, Verständnis, Motivation und motorische Funktionen beeinflusst werden. Diese beschriebenen Komponenten spielen auch in der Unterstützung des Selbstmanagements eine wichtige Rolle und können daher teilweise übertragen werden. Aus diesem Grund und weil dies die einzige gefundene Studie war, die sich explizit auf die Ergotherapie bezieht, wurde die Studie inkludiert, obwohl sie älter als zehn Jahre ist und nicht wörtlich von Selbstmanagement spricht.

4.7 Studie 4: Zusammenfassung (Mikkonen & Hynynen, 2012)

Diese Studie will die Sicht von Gesundheitsfachpersonen auf ihre Klientenedukationsfertigkeiten sowie deren Entwicklungsmöglichkeiten beschreiben. Dabei sollen Fertigkeiten identifiziert werden, die Gesundheitsfachpersonen brauchen, um chronisch kranke Menschen in ihrem Selbstmanagement besser unterstützen zu können. Im Rahmen eines Onlinekurses über Klientenedukation und Beratung bekamen die 14 Teilnehmenden die Aufgabe, schriftlich eine SWOT-Analyse* ihrer Klientenedukationsfertigkeiten sowie einen persönlichen Entwicklungsplan zu erstellen, um ihre Kompetenzen zu verbessern. Mit dieser Methode wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Von den schriftlichen Arbeiten der Teilnehmenden machten zwei Forschende separat eine qualitative Inhaltsanalyse in fünf Schritten.

Die Ergebnisse der Daten wurden in drei Hauptthemen unterteilt. Das erste Thema war die klientenzentrierte Beratung. Die Teilnehmenden schrieben, dass sie ihren klientenzentrierten Beratungsstil verbessern möchten, indem sie die Edukation und Beratung mit dem Klienten oder der Klientin zusammen planen und evaluieren sowie gemeinsam Ziele setzen. Sie möchten die Lebenssituation und Bedürfnisse der Betroffenen als Ausgangspunkt für ihre Beratung nehmen. Unter Lebenssituation wurden Alltagsaufgaben, Ressourcen, Lebensstil, Umwelt, Werte und Glauben des Klienten oder der Klientin verstanden. In der Beratung sollte die Lernfähigkeit der Klientel berücksichtigt werden. Wesentlich wären auch die individuellen Anpassungen in der Klientenedukation. Den Teilnehmenden wurde bewusst, dass sie sehr viel sprachen, dem Klienten oder der Klientin nicht zuhörten und zu wenig Raum zum Sprechen gaben. Sie waren der Meinung, dass Fachperson und Klient bzw. Klientin eine gleichgestellte Position innehaben sollten, da beide Experten bzw. Expertinnen in der Situation sind. Die Fachperson bringe das Fachwissen mit und der Klient oder die Klientin das Wissen über die eigenen Lebensumstände. Beim zweiten Thema ging es um die Unterstützung des Selbstmanagements. Der Klient oder die Klientin sollte

motiviert werden, eigene Ziele zu formulieren. Sie fanden es wichtig, den Betroffenen Alternativen aufzuzeigen anstatt direkte Instruktionen zu geben. Der Klientel sollte unterstützendes Feedback gegeben werden und von ihr auch Feedback eingefordert werden. Sie wollten den Klienten oder die Klientin bei Veränderungen und beim Übernehmen von Verantwortung unterstützen. Die Besinnung auf das Recht auf Selbstbestimmtheit der Betroffenen sowie die Stärkung ihres Selbstvertrauens wurde als notwendig beschrieben. Auch die Partizipation der Familie sollte gefördert werden. Die mündliche Beratung sollte mit schriftlichen Unterlagen ergänzt werden. Um Kontinuität sicherzustellen, war es wichtig, die individuelle Edukation und Beratung zu dokumentieren. Das dritte Thema war die kontinuierliche Weiterentwicklung. Fortlaufende Reflexion und Entwicklung der eigenen Kompetenzen in der Klientenedukation und Beratung ist gemäss den Teilnehmenden nötig. Um den klientenzentrierten Ansatz in der Edukation umzusetzen, erwähnten sie, dass sie sich in der motivierenden Gesprächsführung üben müssen. Die Problemlöse- und Entscheidungsfindungsfertigkeiten der Klientel sollte dadurch unterstützt werden. Sie wollten auch aktiv Feedback und Evaluation aus Sicht des Klienten oder der Klientin einfordern und sich versichern, dass er oder sie die Edukation verstanden hat. In Tabelle 8 sind die drei übergeordneten Themen zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 8

Auszug aus den Ergebnissen von Mikkonen & Hynynen (2012)

Übergeordnete Themen

1. Klientenzentrierte Beratung	<ul style="list-style-type: none"> - Klientenzentrierter Beratungsstil - Planung und Evaluation von Beratung in Zusammenarbeit - Individuelle Zielsetzung - Bedürfnisse und Lebenssituation der Klientel als Ausgangspunkt - Berücksichtigung der Lernfähigkeit der Betroffenen - Individualität in der Klientenedukation
2. Unterstützung des Selbstmanagements	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation zur Formulierung eigener Ziele - Aufzeigen von Alternativen - Geben von unterstützendem Feedback - Unterstützung bei Veränderungen und beim Übernehmen von Verantwortung - Stärkung von Selbstbestimmtheit und Selbstvertrauen - Förderung der Partizipation der Familie - Schriftliche Unterlagen als Ergänzung zur mündlichen Beratung - Dokumentation von Edukation und Beratung
3. Kontinuierliche Weiterentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierliche Reflexion und Entwicklung der eigenen Kompetenzen in der Klientenedukation und Beratung - Motivierende Gesprächsführung - Unterstützung der Problemlöse- und Entscheidungsfindungsfertigkeiten - Aktive Einforderung von Feedback und Evaluation aus Sicht des Klienten oder der Klientin - Versicherung über das Verständnis der Klientel der Edukation

4.8 Studie 4: Kritische Würdigung (Mikkonen & Hynynen, 2012)

In der Einleitung wird der Forschungszweck mit Referenzen begründet und der Forschungsbedarf mit Hintergrundinformationen zu chronischen Erkrankungen, zum Konzept des Selbstmanagements und zu den Kompetenzen der Gesundheitsfachpersonen in Bezug auf Klientenedukation erläutert. Die Autorinnen nennen kein explizites Studiendesign. Es handelt sich um einen qualitativen Forschungsansatz, da als Methode zur Datenerhebung schriftliche Arbeiten verlangt wurden, die die subjektive Sichtweise der Befragten aufzeigen sollen. Die Methode scheint dem Zweck der Studie zu entsprechen. Zur Datensättigung wird nichts geschrieben. Über die 14 Teilnehmenden wird nur gesagt, dass sie Gesundheitsfachpersonen sind. Es fehlen Informationen über Geschlecht, Alter und genaue Berufsbezeichnung. Zudem ist unklar, ob der Kurs obligatorisch oder freiwillig war und ob die Kursteilnehmenden schon diplomiert oder noch in Ausbildung waren. Diese Informationslücken erschweren die Übertragbarkeit (Lincoln & Guba, 1985). Von den schriftlichen Arbeiten der Teilnehmenden machten zwei Forschende separat eine qualitative Inhaltsanalyse in fünf Schritten, um anhand einzelner Statements eine Generalisierung zu erreichen. Dies entspricht einer induktiven Analysemethode. Die Statements wurden identifiziert, kondensiert und kodiert. Unterkategorien wurden gebildet und kombiniert, um Themen zu formen, welche die Sicht der Teilnehmenden repräsentieren. Die Analyseschritte werden mit Beispielen und die Ergebnisse mit Zitaten verdeutlicht, was die Übertragbarkeit und Verlässlichkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit steigert. Die Daten werden sinnvoll interpretiert und in Unterthemen kategorisiert. Um persönliche Vorurteile auszuräumen und die Objektivität zu steigern, führten die Forschenden während allen Phasen der Studie gegenseitige Reflexionen durch. Forschertriangulation wurde umgesetzt, indem zwei Forschende separat die Arbeiten analysierten. Es wurde jedoch keine externe Person hinzugezogen, was die Bestätigbarkeit mindert. Die Studie wurde von der Forschungsuniversität Savonia in Finnland genehmigt und ausgeführt.

4.9 Studie 5: Zusammenfassung (Lawn et al., 2009)

Durch diese Studie sollten Fertigkeiten identifiziert werden, die Gesundheitsfachpersonen benötigen, um Personen mit chronischen Krankheiten in ihrem Selbstmanagement effektiv zu unterstützen. Dabei wird sowohl die Sicht der Klienten und Klientinnen als auch die der Betreuenden berücksichtigt. Es wurden acht Teilnehmende für ein Fokusgruppeninterview eingeladen. Alle acht Teilnehmenden bezeichneten sich als Klient bzw. Klientin der

Gesundheitsdienste, aufgrund einer chronischen Erkrankung. Vier Teilnehmende bezeichneten sich zusätzlich als Betreuende von jemandem mit einer chronischen Erkrankung. Darunter waren drei Männer und fünf Frauen aus urbanen Gebieten, die zwischen 48 und 82 Jahre alt waren. Für weitere Interviews wurden Informanten* aus fünf Vertretungsgruppen eingeladen, welche das breite Netzwerk der australischen Betroffenen und Betreuenden repräsentieren. Mit den verschiedenen Interviewformen und der Inhaltsanalyse wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die Daten aus dem Fokusgruppeninterview wurden aufgezeichnet, von drei Gutachtern unabhängig voneinander analysiert, kodiert und danach verglichen. Die Interviews mit den Informanten wurden ebenfalls aufgezeichnet, transkribiert und ähnlich analysiert wie die Daten der Fokusgruppe.

Aus Sicht aller Teilnehmenden konnten die von Gesundheitsfachpersonen benötigten Fertigkeiten, um nach einem klientenzentrierten Ansatz zu arbeiten, in drei Hauptkategorien unterteilt werden. In die erste Kategorie gehörten generelle klientenzentrierte Fertigkeiten wie Kommunikations- und Gesprächsführungsfertigkeiten, Erhebung von Klientenbedürfnissen, Zusammenarbeit mit Klienten bzw. Klientinnen und Anerkennung ihrer Selbstmanagement-Rolle sowie die Dokumentation über den Krankheitsverlauf. Durch gezielte Fragen sollten zusammen mit dem Klienten oder der Klientin Probleme aufgedeckt werden. Des Weiteren sollten die Stärken der Klientel identifiziert und die Selbstwirksamkeit gefördert werden. Zudem wurde es als wichtig festgehalten, die Erfahrung und Expertise des Klienten oder der Klientin wertzuschätzen. Auch die Ressourcen aus anderen Angeboten im Gesundheitssystem sollten wertgeschätzt und effektiv genutzt werden. Ebenfalls sollten kulturelle Hintergründe bewusst wahrgenommen werden. Die zweite Kategorie betraf die Fertigkeiten zur Unterstützung von Verhaltensänderungen. Es sei wesentlich, die Stadien des Wandels und die Motivation der Betroffenen oder der Mangel an Motivation zu verstehen. Probleme und Prioritäten sollten von der Klientenperspektive aus verstanden werden. Als essenziell wurde das ganzheitliche Verständnis der Klientenbedürfnisse inklusive der psychosozialen Einflüsse und Umwelteinflüsse beschrieben. Zudem sollten die Klienten und Klientinnen in der Zielsetzung und Zielerreichung unterstützt werden. In der dritten Kategorie ging es um die organisatorischen und systemischen Fertigkeiten. Die Klienten und Klientinnen sollten unterstützt werden, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Dafür brauche es mehr Zusammenarbeit, Kooperation, Teamwork und Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Dienstleistern im Gesundheitswesen. Die Betroffenen

und Betreuenden sollten vermehrt in die Planung, Umsetzung, Evaluation und Akkreditierung von Schulungen für Gesundheitsfachpersonen einbezogen werden. Es brauche Verständnis über die effektive gesellschaftliche Ressourcennutzung. Zudem wäre es nützlich, neue unterstützende Technologien zu erlernen. In Tabelle 9 sind die drei übergeordneten Kategorien zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 9

Auszug aus den Ergebnissen von Lawn et al. (2009)

Übergeordnete Kategorien

1. Generelle klientenzentrierte Fertigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationsfertigkeiten - Gesprächsführungsfertigkeiten - Erhebung von Klientenbedürfnissen - Zusammenarbeit mit Klient oder Klientin und Anerkennung ihrer Selbstmanagement-Rolle - Dokumentation über Krankheitsverlauf - Gemeinsames Aufdecken von Problemen - Identifikation der Stärken und Förderung der Selbstwirksamkeit des Klienten oder der Klientin - Wertschätzung der Erfahrung und Expertise des Klienten oder der Klientin - Andere Angebote im Gesundheitssystem wertschätzen und effektiv nutzen - Kulturelles Bewusstsein
2. Fertigkeiten zur Unterstützung von Verhaltensänderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Verständnis für Stadien des Wandels und Motivation bzw. Mangel an Motivation - Verständnis für Probleme und Prioritäten aus Klientenperspektive - Ganzheitliches Verständnis der Klientenbedürfnisse inklusive psychosoziale Einflüsse und Umwelteinflüsse - Unterstützung in Zielsetzung und -erreichung
3. Organisatorische und systemische Fertigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung in der Zurechtfindung im Gesundheitssystem - Mehr Zusammenarbeit, Kooperation, Teamwork und Informationsaustausch zwischen verschiedenen Dienstleistern im Gesundheitssystem - Einbezug von Klienten bzw. Klientinnen und Betreuenden in die Planung, Durchführung, Evaluation und Akkreditierung von Schulungen - Verständnis für effektive gesellschaftliche Ressourcennutzung - Erlernen von neuen unterstützenden Technologien

4.10 Studie 5: Kritische Würdigung (Lawn et al., 2009)

In der Einleitung wird der Forschungszweck mit Referenzen begründet und der Forschungsbedarf mit Hintergrundinformationen zu chronischen Erkrankungen, zum Konzept des Selbstmanagements und zu den Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen erläutert. Die Forschenden nennen kein explizites Studiendesign. Es handelt sich um eine qualitative Studie, da als Methode zur Datenerhebung ein Fokusgruppeninterview und einzelne Interviews durchgeführt wurden. Diese Methode scheint dem Zweck der Studie zu entsprechen, da die Sicht der Befragten aufgezeigt werden will. Die Fragen aller Interviews orientierten sich an Themen zur medizinischen Grundversorgung. Es werden jedoch keine konkreten Fragen, Zitate oder Notizen aufgeführt, was die Übertragbarkeit erschwert. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe repräsentieren eine limitierte und potentiell voreingenommene Stichprobe, da sie sich mit der Thematik in einem Kurs bewusst auseinandergesetzt haben. Die Teilnehmenden des Fokusgruppeninterviews werden mit ihrer Rolle, Alter und Geschlecht beschrieben. Die Vertretungsorganisationen, für welche die Informanten arbeiteten, wurden mit Namen erwähnt. Alle von ihnen hatten Verbindungen zu urbanen und ländlichen Klientengruppen sowie zu Betroffenen und Betreuenden mit unterschiedlichem kulturellen und sprachlichen Hintergrund. Für die Fragestellung scheinen die gegebenen Informationen über die Teilnehmenden ausreichend zu sein, was die Übertragbarkeit steigert (Lincoln & Guba, 1985). Eine Datentriangulation wurde angewendet, indem Daten sowohl durch Gruppeninterviews wie auch durch Einzelinterviews erhoben wurden. Die Daten wurden aufgenommen, transkribiert und mittels einer Inhaltsanalyse untersucht. Forschertriangulation wurde angewendet, indem drei Forscher separat die Daten kodiert und danach verglichen haben. Durch die Anwendung dieser Triangulationen wird die Glaubwürdigkeit gesteigert (Lincoln & Guba 1985). Es wurde keine externe Person hinzugezogen, was die Bestätigbarkeit reduziert. Der Prozess der Datenerhebung wird ausführlich beschrieben, der Analyseprozess jedoch eher knapp und ohne Beispiele. So wird nicht klar, wie kodiert wurde, was die Zuverlässigkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit mindert. Über die Datensättigung wird nichts gesagt. Die ethische Genehmigung wurde vom *Flinders Clinical Research Ethics Committee* für alle Phasen des Projektes gegeben.

4.11 Studie 6: Zusammenfassung (Lawn & Schoo, 2009)

In diesem Review werden einerseits Unterstützungsarten in Bezug auf das Selbstmanagement beschrieben werden anhand des Stanford- und Flinders-Ansatzes, des 5A-Modells, der motivierenden Gesprächsführung und des Gesundheitscoachings. Andererseits diskutieren die Forschenden, wie Gesundheitsfachpersonen ihre Unterstützung erhöhen und das Engagement sowie die Adhärenz der Klientel generell verbessern können. Die zwei Forschenden aus Australien stützen sich auf nationale und internationale Literatur sowie auf eigene Erfahrung und Expertise.

Es wurden fünf Ansätze bzw. Modelle gefunden, die einen Beitrag zur Unterstützung von Selbstmanagement leisten. Der Stanford-Kurs aus den USA ist ein Gruppenkurs für chronisch kranke Erwachsene. Er wird über sechs Wochen von einer Gesundheitsfachperson und einer chronisch kranken Person geleitet. Kursteilnehmende lernen Fertigkeiten in den Bereichen Problemlösung, Massnahmenplanung, Zielsetzung, Umgang mit schwierigen Emotionen, gesunder Lebensstil, Kommunikation, partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen sowie Medikamenten- und Symptom-Management.

Das Flinders-Programm aus Australien arbeitet mit klientenzentrierten individuellen Assessments und Betreuungsplanungen, um Verhaltensänderungen zu erleichtern. Zu den Hauptkomponenten gehören eine Selbsteinschätzung der Betroffenen, motivierende Gesprächsführung seitens der Therapierenden und die Identifikation von Hauptproblemen. Bei der Zielsetzung ist es wichtig, dass die Ziele SMART* formuliert werden. Durch die Aushandlung der Hauptanliegen wird ein Selbstmanagement-Betreuungsplan erstellt. Auf dem Plan werden Probleme, Ziele, Interventionen, Verantwortlichkeiten und Überprüfungsdaten notiert, um die Kommunikation zwischen der Klientel und den verschiedenen Gesundheitsfachpersonen und somit die Betreuung zu verbessern.

Das internationale 5A-Modell wurde ursprünglich vom Gesundheitsdepartement der USA für Raucherinterventionen entwickelt. Es wird insbesondere in kurzen Konsultationen in der Allgemeinmedizin angewendet. Gebrauch wird es für die Erkennung sowie für das Assessment und Management von Risikofaktoren in Bezug auf Rauchen, Ernährung, Alkohol und körperliche Aktivität. Im Folgenden werden die fünf A-Wörter erläutert. Bei *assess* geht es darum, nach dem Verhalten zu fragen. *Advice* bedeutet, eine klare Ermutigung zur Veränderung zu geben. Unter *agree* wird verstanden, basierend auf der Veränderungsbereitschaft Ziele zu setzen. Mit *assist* wird Unterstützung beim Erwerb von Wissen und Fertigkeiten gegeben. *Arrange* bedeutet, Termine und Folgekontakte zu vereinbaren.

Die motivierende Gesprächsführung von William Miller aus den USA ist eine klientenzentrierte Methode, um intrinsische Motivation zu Veränderungen zu fördern. Gesundheitsfachpersonen können ihre Klientel darin unterstützen, Verantwortung für ihre Entscheidungen zu übernehmen und sich selbst zu helfen, indem sie einen Lebensstil mit positiven Gewohnheiten in Bereichen wie soziale Beziehungen, Ernährung und körperliche Aktivität aufrechterhalten. Die Prinzipien dieser Methode sind das Ausdrücken von Empathie, das reflektierende Zuhören ohne zu beurteilen, das Aufbauen von Vertrauen und Zusammenarbeiten, das Vermeiden von Argumentationen, das Aufdecken von Ambivalenzen, der Umgang mit Widerstand, die Förderung von Selbstwirksamkeit sowie die Erhöhung der Bereitschaft zur Veränderung.

Das Gesundheitscoaching wird zur Unterstützung von Verhaltensänderungen eingesetzt. Selbstbetroffene oder Fachpersonen übernehmen die interaktive Rolle, den Klienten oder die Klientin darin zu unterstützen, ein aktiver Teilnehmer bzw. eine aktive Teilnehmerin im Selbstmanagement der chronischen Erkrankung zu sein. Gesundheitscoaching beinhaltet evidenzbasierte psychologische Theorien, Prinzipien und praktische Techniken, wie beispielsweise die motivierende Gesprächsführung.

Alle fünf Ansätze wurden als unterstützend für das Selbstmanagement von chronisch kranken Personen beschrieben. Personen mit chronischen Erkrankungen bräuchten fortlaufende Unterstützung und einen klientenzentrierten Ansatz, bei welchem der Fokus vermehrt auf Selbstmanagement, Partnerschaft zwischen Klientel und Gesundheitsfachperson sowie Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Anbietern im Gesundheitswesen liege. Die Forschenden ergänzten, dass bei der Auswahl des passenden Ansatzes die Rahmenbedingungen und individuellen Bedürfnisse des Klienten oder der Klientin berücksichtigt werden müssen. Die Tabelle 10 gibt einen Überblick über die fünf Ansätze bzw. Modelle.

Tabelle 10

Auszug aus den Ergebnissen von Lawn & Schoo (2009)

Ansätze und Modelle

1. Stanford-Kurs	<ul style="list-style-type: none"> - Problemlösung - Massnahmenplanung - Zielsetzung - Umgang mit schwierigen Emotionen - Gesunder Lebensstil - Medikamenten- und Symptom-Management - Kommunikation - Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen
2. Flinders-Programm	<ul style="list-style-type: none"> - Selbsteinschätzung der Betroffenen - Motivierende Gesprächsführung - Identifikation von Hauptproblemen - Zielsetzung - Selbstmanagement-Betreuungsplan
3. 5A-Modell	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Assess</i> - <i>Advice</i> - <i>Agree</i> - <i>Assist</i> - <i>Arrange</i>
4. Motivierende Gesprächsführung	<ul style="list-style-type: none"> - Ausdrücken von Empathie - Reflektierendes Zuhören - Nicht beurteilen - Aufbauen von Vertrauen - Zusammenarbeiten - Vermeiden von Argumentationen - Aufdecken von Ambivalenzen - Umgang mit Widerstand - Förderung von Selbstwirksamkeit - Erhöhung der Bereitschaft zur Veränderung
5. Gesundheitscoaching	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung zur aktiven Teilnahme am Selbstmanagement - Unterstützung von Verhaltensänderungen

4.12 Studie 6: Kritische Würdigung (Lawn & Schoo, 2009)

In der Einleitung wird der Forschungszweck mit Referenzen begründet und der Forschungsbedarf mit relevanten Hintergrundinformationen erläutert. Es handelt sich um ein Review im EMED-Format*. Die Forschenden prüften die breite internationale Literatur sowie Berichte und Richtlinien von verschiedenen Regierungen und Gesundheitsdepartments. Sie zogen eigene Erkenntnisse und Expertise aus praktischer Erfahrung hinzu und nutzten ihren umfangreichen Zugang zu unveröffentlichter Literatur. Diese Informationen wurden ergänzt durch eine spezifische Internetsuche mit den Begriffen *self-management models* und *self-management support*. Die Suche wurde somit sehr breit angelegt. Die Anwendung dieser verschiedenen Methoden und die Recherche über mehrere Jahre stärkt die Glaubwürdigkeit. Dieses Studiendesign scheint dem Zweck der Studie zu entsprechen, da bestehende Unterstützungsarten des Selbstmanagements zusammengetragen werden wollten. Die Bestätigbarkeit wird herabgesetzt, da nur die zwei Forschenden beteiligt waren, jedoch keine externe Person hinzugezogen wurde. Es wird weder etwas über die Ein- und Ausschlusskriterien noch über das Auswahlverfahren der inkludierten Literatur gesagt und die verwendeten Dokumente werden auch nicht beschrieben. Dies mindert die Zuverlässigkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit. Die Resultate sind detailliert beschrieben und in einer Tabelle werden von allen fünf Ansätzen bzw. Modellen Vor- und Nachteile aufgeführt, wodurch die Übertragbarkeit gesteigert wird. Dass keine Limitationen genannt werden, ist zu kritisieren. Die Verfasserinnen sind der Meinung, dass die Ansätze und Modelle auf andere Länder mit ähnlichem soziodemografischen Hintergrund wie Australien und die USA übertragen werden können.

5 Diskussion

In diesem Literaturreview wurde die Fragestellung untersucht, welche Kompetenzen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen benötigen, um das Selbstmanagement bei Klienten und Klientinnen im Erwachsenenalter mit chronischen Erkrankungen zu unterstützen. Die aus den sechs inkludierten Hauptstudien resultierenden Kompetenzen werden in diesem Kapitel zusammengefasst, verglichen und mithilfe weiterführender Literatur diskutiert. Damit die Kompetenzen in den Kontext der ergotherapeutischen Praxis gesetzt werden können, werden sie von den Verfasserinnen den *Enablement Skills* zugeordnet.

5.1 Zusammenstellung der Kompetenzen in Bezug zu den *Enablement Skills*

In diesem Kapitel werden die Kompetenzen aus den Ergebnissen der inkludierten Studien von den Verfasserinnen zusammengestellt und in Bezug zu den *Enablement Skills* der Ergotherapie gesetzt. Die Ergebnisse wurden in Wissen, Fertigkeit und Haltung unterteilt. Zusammenfassend wurde je eine Kompetenz formuliert, die dieses Wissen, diese Fertigkeit und Haltung umfasst. Diese Kompetenz wurde anschliessend den *Enablement Skills* zugeordnet. Diese Zuordnung ist in Tabelle 11 ersichtlich. Die Nummern hinter den einzelnen Aussagen deklarieren, in welcher der sechs Hauptstudien die jeweilige Aussage gefunden wurde. Diese sind in der Tabellenbeschriftung ersichtlich.

Tabelle 11

Zusammenstellung der Kompetenzen in Bezug zu den Enablement Skills der Ergotherapie

Kompetenz	Wissen	Fertigkeit	Haltung	Enablement Skill
1. Erfassung und Beratung nach einem ganzheitlichen Ansatz	Kennen eines gesunden Lebensstils (6) Kulturelles Bewusstsein (5)	Ganzheitliches Verständnis und Erhebung der Klientenbedürfnisse inklusive psychosoziale Einflüsse und Umwelteinflüsse (4, 5) Förderung der Partizipation der Familie (4)	Anerkennung der Auswirkungen der Krankheit (ganzheitlicher Ansatz) (1, 2)	Collaborate Educate Engage Specialize
2. Erfassung und Beratung nach einem klientenzentrierten Ansatz	Bewusstsein der Individualität in der Klientenedukation (4)	Klientenzentrierter Beratungsstil (4) Erhebung von Klientenbedürfnissen (5)	Klientenzentriertheit (1) Fokussierung auf die Prioritäten der Betroffenen (2)	Collaborate Educate Engage Specialize
3. Aufbau der therapeutischen Beziehung und Förderung der Zusammenarbeit		Aufbauen von Vertrauen (6) Planung und Evaluation von Edukation und Beratung in Zusammenarbeit mit dem Klienten oder der Klientin (3, 4, 5, 6)	Offen über Krankheit sprechen können (2) Nicht beurteilen (6)	Collaborate Engage
4. Identifikation von Ressourcen und Schwierigkeiten		Ressourcen, Limitationen, Gewohnheiten, Rollen, Interessen und Erfahrungen herausfinden oder erfragen (3) Aufdecken von Ambivalenzen (6) Identifikation von Hauptproblemen (6)	Verständnis für Probleme und Prioritäten aus Klientenperspektive (5)	Adapt Coordinate Engage
5. Gemeinsame und individuelle Zielsetzung		Ziele und Teilziele setzen (1, 3, 5, 6) Motivation zur Formulierung eigener Ziele (4)	Fokussierung auf die Prioritäten der Betroffenen (2)	Adapt Coach Collaborate Coordinate

6. Kommunikation zur Verbesserung der Beratung	Kommunikation (6) Umgang mit Widerstand (6) Motivierende Gesprächsführung (4, 6) Interaktion (3) Gespräche führen (3)	Kommunikationsfertigkeiten (5) Aktives und reflektierendes Zuhören (1) Ausdrücken von Empathie und Verständnis (6) Anregen, aus dem Leben zu erzählen (3) Geben von unterstützendem Feedback (4)		Collaborate
7. Nutzung verschiedener Kommunikationswege	Nonverbale Kommunikation (3) Visuelle und schriftliche Darstellungen (1, 2) Schriftliche Unterlagen als Ergänzung zur mündlichen Beratung (4)	Symbole und Metaphern einsetzen (3)		Design/build
8. Aktive Beteiligung der Klientel und Förderung der Eigenverantwortung	Selbstständigkeitsbedürfnis des Klienten oder der Klientin (3) Wissen über Auswirkungen von aktiver Beteiligung (2)	Stärkung von Selbstbestimmtheit und Selbstvertrauen (2, 4, 6) Aktive Einforderung von Feedback und Evaluation aus Sicht des Klienten oder der Klientin (4) Unterstützung bei Veränderungen und beim Übernehmen von Verantwortung (4)	Klient als Experte bzw. Klientin als Expertin (3) Wertschätzung der Erfahrung und Expertise des Klienten oder der Klientin (5)	Coach Collaborate Engage
9. Unterstützung der Fertigkeiten zur Problemlösung und Entscheidungsfindung	Massnahmenplanung (6) Umgang mit schwierigen Emotionen (6)	Flexibler Einsatz von Problemlösestrategien (3, 6) Aufzeigen von Alternativen (4) Klienten und Klientinnen selbst entscheiden lassen (2)	Neue Lösungen finden lassen durch Versuch und Irrtum (3) Offenheit der Gesundheitsfachpersonen, Optionen zu ermitteln und zu diskutieren (2)	Coach Collaborate Design/build Engage

10. Förderung von Verhaltensänderungen	Medikamenten- und Symptom-Management (6) Selbstmanagement-Betreuungsplan (6)	Erhöhung der Bereitschaft zur Veränderung (6) Ermutigung und Unterstützung von Verhaltensänderungen (4, 6)	Verständnis für Stadien des Wandels und Motivation bzw. Mangel an Motivation (5)	Coach Collaborate Engage
11. Hintergrundwissen zu Selbstmanagement und Krankheitsbildern sowie Aufklärung der Klientel	Theorie und Wirksamkeitsstudien über Selbstmanagement (1) Spezifisches Training (1)	Berücksichtigung der Lernfähigkeit der Betroffenen (4) Individuelle Anpassungen in der Klientenedukation (4) Versicherung, dass die Betroffenen die Edukation verstehen (4)		Adapt Coach Consult Design/build Educate Specialize
12. Kooperation mit verschiedenen Dienstleistern im Gesundheitssystem und effektive Nutzung der Angebote	Verständnis von effektiver gesellschaftlicher Ressourcennutzung (5)	Unterstützung in der Zurechtfindung im Gesundheitssystem (5, 6) Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachpersonen (5, 6)	Wertschätzung anderer Angebote im Gesundheitssystem (5)	Advocate Coach Coordinate
13. Weiterbildung der Therapeuten und Therapeutinnen		Erlernen von neuen unterstützenden Technologien (5) Kontinuierliche Reflexion und Entwicklung der eigenen Kompetenzen in der Klientenedukation und Beratung (4)		Specialize

Anmerkung: Die Nummern hinter den einzelnen Aussagen deklarieren, in welcher der sechs Hauptstudien die jeweilige Aussage gefunden wurde:

Studie 1: Dures et al. (2014). Rheumatology clinicians' experiences of brief training and implementation of skills to support patient self-management.

Studie 2: Dures et al. (2016). A qualitative study of patients' perspectives on collaboration to support self-management in routine rheumatology consultations.

Studie 3: Guidetti & Tham (2002). Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: A qualitative study.

Studie 4: Mikkonen & Hynynen (2012). Health Care Professionals' Views about Supporting Patients' Self-Management.

Studie 5: Lawn et al. (2009). What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? Seeking consumer perspectives.

Studie 6: Lawn & Schoo (2009). Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches.

5.2 Kritische Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die notwendigen Kompetenzen sowie der Bezug zu den *Enablement Skills* diskutiert. Im Anschluss wird die Fragestellung beantwortet.

1) Erfassung und Beratung nach einem ganzheitlichen Ansatz

In fünf der sechs inkludierten Hauptstudien werden Inhalte zum ganzheitlichen Ansatz thematisiert. Ein ganzheitlicher Ansatz in der Klientenbetreuung wird für die Unterstützung des Selbstmanagements als wichtig erachtet, wobei die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen mit diesem Ansatz besser vertraut waren als die anderen Berufsgruppen (Dures et al., 2014). Die Gesundheitsfachpersonen sollten den Fokus nicht nur auf die Symptome der Krankheit und deren Behandlung legen, sondern vielmehr auch auf das ganzheitliche Verständnis der Klientenbedürfnisse einschliesslich der psychosozialen Einflüsse, der Umwelteinflüsse und der kulturellen Hintergründe (Dures et al., 2016; Lawn et al., 2009; Mikkonen & Hynynen, 2012). Wichtig sind zudem ein gesunder Lebensstil (Lawn & Schoo, 2009) sowie die Förderung der Partizipation der Familie der Klientel (Mikkonen & Hynynen, 2012). Die *American Holistic Health Association* [AHHA] (2017) empfiehlt ebenfalls, Gesundheitsfachpersonen in der Zusammenarbeit mit Klienten und Klientinnen nach einem ganzheitlichen Ansatz zu therapieren und somit die ganze Person und deren gesamte Situation einzubeziehen. Ein ganzheitlicher Ansatz geht über eine Symptombehandlung hinaus, indem mithilfe des Symptoms nach der Ursache gesucht wird, welche anschliessend behandelt wird. Auf diese Weise unterstützt die ganzheitliche Betrachtung Wohlbefinden und Prävention von Krankheit (AHHA, 2017).

Dieser Kompetenz werden von den Verfasserinnen die *Enablement Skills collaborate, educate, engage* und *specialize* zugeordnet, da es darum geht, mit der Klientel zusammenzuarbeiten, sie in die Therapie einzubeziehen, einen Transfer in ihre Lebenswelt zu ermöglichen und dabei Spezialwissen zum ganzheitlichen Ansatz anzuwenden.

2) Erfassung und Beratung nach einem klientenzentrierten Ansatz

Der Aspekt der Klientenzentriertheit ist in vier der sechs inkludierten Hauptstudien beschrieben. Nach Lawn et al. (2009) und Dures et al. (2014) ist ein klientenzentrierter Ansatz wichtig in der Beratung, damit Betroffene vermehrt Verantwortung für ihre Behandlung übernehmen können und ein stärkeres Gefühl der Kontrolle gewinnen. Mikkonen und Hynynen (2012) sowie Dures et al. (2016) beschreiben den klientenzentrierten Ansatz als Kommunikations- oder Beratungsstil, bei dem die Edukation und Beratung mit der Klientel

zusammen geplant und evaluiert sowie gemeinsam Ziele gesetzt werden. Das Menschenbild der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers (1994) geht davon aus, dass jeder Mensch eine Selbstverwirklichungs- und Vervollkommnungstendenz hat, die für eine Entwicklung der Persönlichkeit sorgt. Der Hilfesuchende ist somit Experte für sich selbst und trägt alles in sich, um seine persönliche Situation zu analysieren und Lösungen für seine Probleme zu erarbeiten. Um einen Klienten oder eine Klientin darin zu unterstützen, müssen Therapeuten und Therapeutinnen folgende drei Grundhaltungen einnehmen: bedingungslose Zuwendung (Respekt, Akzeptanz, Wertschätzung), Empathie (einfühlsames Verstehen der Welt und Probleme aus Sicht der Klientel) und Kongruenz (Echtheit, Unverfälschtheit, Transparenz seitens des Therapierenden). In den zwei Hauptstudien, in welchen die Klientenzentriertheit nicht explizit genannt wurde, wurden jedoch viele Elemente der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers (1994) als wichtig identifiziert. Guidetti und Tham (2002) beschreiben zum Beispiel die Wichtigkeit, den Klienten als Experte bzw. die Klientin als Expertin zu sehen. Die motivierende Gesprächsführung, welche von Lawn und Schoo (2009) beschrieben wird, enthält Elemente wie Empathie, Respekt, Förderung der Selbstwirksamkeit und Erhöhung der Bereitschaft zur Veränderung und ist demnach der klientenzentrierten Gesprächsführung sehr nahe.

Dieser Kompetenz werden die *Enablement Skills collaborate, educate, engage* und *specialize* von den Verfasserinnen zugeordnet. Im klientenzentrierten Ansatz in der Ergotherapie ist es wichtig, in Zusammenarbeit mit der Klientel die Edukation und Beratung zu planen und zu eruieren, wie auch den Klienten oder die Klientin einzubeziehen und zu motivieren. Zudem ist es wesentlich, sich Spezialwissen, zum Beispiel über die motivierende Gesprächsführung, anzueignen.

3) Aufbau der therapeutischen Beziehung und Förderung der Zusammenarbeit

Der Beziehungsaufbau und die Zusammenarbeit kristallisieren sich in fünf der sechs Hauptstudien als wichtig heraus. Dures et al. (2016), Mikkonen und Hynynen (2012) sowie Lawn et al. (2009) beziehen sich in erster Linie auf die Zusammenarbeit, wodurch die Betreuung und Edukation als gemeinsame Aufgabe von Fachperson und Klient bzw. Klientin beschrieben wird. Guidetti und Tham (2002) wie auch Lawn und Schoo (2009) nehmen Bezug zur Wichtigkeit einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Dazu sollte eine Atmosphäre von Empathie und Verständnis gegenüber dem Klienten oder der Klientin entstehen, um gegenseitiges Vertrauen aufzubauen. Um die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten, sind Zusammenarbeit und Interaktion wesentlich (Guidetti & Tham, 2002).

Laut Price (2009, zit. nach Fisher, 2014, S. 329) ist es für die therapeutische Beziehung erforderlich, „dass sich zwei Menschen gegenseitig verstehen, sich vertrauen und respektieren und ein gemeinsames Verständnis dafür aufbringen, was der therapeutische Prozess für das Leben und die Zukunft des Klienten bedeutet“.

Dieser Kompetenz teilen die Verfasserinnen die *Enablement Skills collaborate* und *engage* zu. Es geht darum, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Intervention mit dem Klienten oder der Klientin zusammenarbeiten sowie eine Verbindung und Vertrauen aufbauen und aufrechterhalten.

4) Identifikation von Ressourcen und Schwierigkeiten

Auf diese Thematik gehen drei der sechs inkludierten Hauptstudien ein. Durch Beobachtungen und Gespräche sollen Schwierigkeiten, Ressourcen und Prioritäten der Betroffenen identifiziert und aus Klientenperspektive verstanden werden (Guidetti & Tham, 2002; Lawn et al., 2009). Ambivalenzen können laut Lawn und Schoo (2009) durch motivierende Gesprächsführung aufgedeckt werden. Zudem sollen die Betroffenen durch praktisches Üben von Aktivitäten mit ihren Kompetenzen und Beeinträchtigungen konfrontiert werden (Guidetti & Tham, 2002). Gemäss Fisher (2014) soll die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut zusammen mit dem Klienten oder der Klientin die Ressourcen und Einschränkungen im klientenzentrierten Performanzkontext* herausfinden sowie benannte Stärken und Betätigungsprobleme erkennen und priorisieren. Fishers Ansicht unterstützt demnach die Ergebnisse aus den inkludierten Hauptstudien.

Dieser Kompetenz werden von den Verfasserinnen die *Enablement Skills adapt, coordinate* und *engage* zugeordnet, denn anhand von Performanzanalysen* in der Ergotherapie können Schwierigkeiten und Ressourcen aufgedeckt werden und bei Bedarf kann die Tätigkeit adaptiert werden. Dabei ist es wichtig, den Klienten oder die Klientin einzubeziehen und gemeinsam Prioritäten zu setzen.

5) Gemeinsame und individuelle Zielsetzung

In fünf der sechs Hauptstudien wird die Zielsetzung diskutiert. Gemeinsam haben alle fünf Studien, dass das Ziel immer zusammen mit den Klienten und Klientinnen gesetzt werden sollte (Dures et al., 2014; Guidetti & Tham, 2002; Lawn & Schoo, 2009; Lawn et al., 2009; Mikkonen & Hynynen, 2012). Nach Lawn und Schoo (2009) ist bei der Zielsetzung wichtig, dass die Ziele SMART formuliert werden. Ziele zu setzen erwies sich für einige Gesundheitsfachpersonen als schwierig, da dies regelmässige Überprüfung und Aktualisierung

bedingt (Dures et al., 2014). Flexibilität wurde dazu als wichtige Kompetenz der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen festgehalten (Guidetti & Tham, 2002). In der Studie von Playford et al. (2000), bei welcher die Erfahrung von Gesundheitsfachpersonen in der gemeinsamen Zielsetzung mit der Klientel untersucht wurde, kristallisierten sich ebenfalls Schwierigkeiten in der Umsetzung heraus: Das Formulieren der Ziele sei für viele Betroffene ungewöhnlich und fordere die Expertise der Fachpersonen, wobei diese wiederum dazu tendierten, die Ziele selbst zu formulieren. Laut Fisher (2014) ist das gemeinsame Setzen von individuellen Zielen jedoch unbedingt notwendig, damit die Ziele von den Klienten und Klientinnen auch wirklich erreicht werden möchten.

Die *Enablement Skills adapt, coach, collaborate* und *coordinate* werden von den Verfasserinnen dieser Kompetenz zugeordnet. Das bedeutet, dass die Ziele von den Ergotherapeuten bzw. Ergotherapeutinnen und der Klientel gemeinsam gesetzt und individuell angepasst werden sollten. Ebenfalls sollten Prioritäten gemeinsam gesetzt und die Klientel unterstützt und motiviert werden, eigene Ziele zu formulieren.

6) Kommunikation zur Verbesserung der Beratung

Die Kommunikation wird in fünf der sechs inkludierten Hauptstudien als wichtig erachtet. Befragte Klienten und Klientinnen sind der Meinung, dass Gesundheitsfachpersonen im Allgemeinen ihre Kommunikations- und Gesprächsführungsfertigkeiten verbessern sollten (Lawn et al., 2009). Die Sicht der befragten Gesundheitsfachpersonen bestätigt diese Aussage. Sie nennen Änderungen, Techniken und Werkzeuge zur persönlichen Verhaltensänderung, von denen sie glauben, dass ihre Beratungen dadurch verbessert würden, wie beispielsweise weniger reden und mehr zuhören (Dures et al., 2014). Dies kann durch das Stellen von Fragen, welche die Betroffenen anregen, über ihr Leben zu sprechen, angestrebt werden (Guidetti & Tham, 2002). Laut Mikkonen und Hynynen (2012) soll der Klientel unterstützendes Feedback gegeben und von ihr auch Feedback eingefordert werden. Um den klientenzentrierten Ansatz in der Edukation umzusetzen, sei die motivierende Gesprächsführung essenziell (Mikkonen & Hynynen, 2012; Lawn & Schoo, 2009). An einem kognitiv-verhaltensorientierten Programm teilnehmende Klienten und Klientinnen sagen, sie erlebten den Prozess der geleiteten Entdeckung, in welchem die Therapierenden ihnen Fragen stellten, als eine effektive Methode zur Ausarbeitung ihrer eigenen Selbstmanagement-Strategien (Dures et al., 2012). Sie betonen, dass die kognitiv-verhaltensorientierten Ansätze in der Therapie der Schlüssel zu Verhaltensänderungen gewesen seien (Dures et al., 2012).

Dieser Kompetenz werden die *Enablement Skills coach* und *collaborate* zugeordnet. Die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut baut durch Kommunikation eine Verbindung zum Klienten oder zur Klientin auf, welche eine vertrauensvolle Zusammenarbeit ermöglicht. Dadurch ist eine gute Beratung erst möglich und Inhalte können vermittelt werden.

7) Nutzung verschiedener Kommunikationswege

In vier der sechs inkludierten Hauptstudien vertreten die Forschenden die Meinung, dass in der Klientenedukation verschiedene Kommunikationswege genutzt werden sollten. Dures et al. (2014), Dures et al. (2016) sowie Mikkonen und Hynynen (2012) geben an, dass der Einbezug von visuellem Material und schriftlichen Unterlagen hilfreich für die Kommunikation und das Verständnis waren. Dies wird auch im Review von Friedman, Cosby, Boyko, Hatton-Bauer und Turnbull (2011) bestätigt, welches aufzeigt, dass verbale Instruktionen immer mit anderen Lehrmethoden wie beispielsweise schriftlichen Unterlagen, Videoaufnahmen, Bilder oder Illustrationen verbunden werden sollten. So hilft zum Beispiel eine schematische Darstellung von Wechselwirkungen zwischen Gedanken, Gefühlen, Symptomen und Verhaltensweisen, die Auswirkungen von internen und externen Faktoren dem Klienten oder der Klientin aufzuzeigen (Dures et al., 2016). Guidetti und Tham (2002) empfehlen den Gebrauch von Symbolen und Metaphern, um die Kompetenzen der Betroffenen zu beschreiben. Ebenfalls wurde der bewusste Einsatz von nonverbaler Kommunikation als wichtig erachtet, um zum Beispiel durch Zuwenden Gespräche anzuregen. Nach Muijsers (2001) spielt nonverbales Verhalten eine sehr wichtige Rolle in zwischenmenschlichen Beziehungen. Schätzungsweise werden nur 30-35% der Information verbal vermittelt, 65-70% erfolgen über nonverbale Zeichen. So kann etwa in einer Beratungssituation durch nonverbale Signale wie Nicken oder Blickkontakt der Fortgang eines Gesprächs unterstützt werden (Muijsers, 2001).

Dieser Kompetenz ordnen die Verfasserinnen das *Enablement Skill design/build* zu. Die ergotherapeutische Beratung kann zum Beispiel durch Visualisierung anhand von Bildern und Illustrationen unterstützt werden. Die Unterlagen sollten an der Klienten bzw. die Klientin angepasst werden.

8) Aktive Beteiligung der Klientel und Förderung der Eigenverantwortung

In fünf der sechs inkludierten Hauptstudien erachten die Forschenden Inhalte zu dieser Thematik als relevant. In der Studie von Dures et al. (2016) wird die Eigenverantwortung für das Leben mit der chronischen Krankheit von Betroffenen als grundlegende Voraussetzung gesehen, um Verhaltensänderungen vorzunehmen. Durch die aktive Mitarbeit der

Betroffenen und die Anerkennung eigener Erfahrungen und Fachkenntnissen wird das Vertrauen gestärkt, die Auswirkungen der Krankheit zu meistern. Dies führt zu einer grösseren Akzeptanz eines langfristigen Zustandes (Dures et al., 2016). Ausserdem wird es als wichtig erachtet, den Klienten als Experte bzw. die Klientin als Expertin zu sehen und die Therapierenden als Unterstützung (Guidetti & Tham, 2002; Lawn et al., 2009). Die Therapierenden möchten den Klienten oder die Klientin bei Veränderungen und beim Übernehmen von Verantwortung unterstützen (Mikkonen & Hynynen, 2012). Notwendig ist auch, an das Recht auf Selbstbestimmtheit der Betroffenen zu denken sowie ihr Selbstvertrauen zu stärken (Guidetti & Tham, 2002; Mikkonen & Hynynen, 2012; Lawn & Schoo, 2009). Gemäss Lawn und Schoo (2009) sollen Fachpersonen die Klientel darin unterstützen, einen aktiven Part im Selbstmanagement der eigenen chronischen Erkrankung zu übernehmen. Wressle, Eeg-Olofsson, Marcusson und Henriksson (2002) fanden ebenfalls heraus, dass aktiv beteiligte Klienten und Klientinnen, im Gegensatz zu passiven Klienten und Klientinnen, während des Rehabilitationsprozesses motivierter und erfolgreicher sind, ihre Ziele zu erreichen und ihr Leben nach der Rehabilitationsphase trotz Einschränkungen zu managen.

Dieser Kompetenz werden die *Enablement Skills coach, collaborate* und *engage* zugeordnet. In Zusammenarbeit mit den Betroffenen ermutigen und unterstützen die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen diese in ihrem Selbstmanagement und beziehen sie mit in die Therapie ein, sodass sie Eigenverantwortung übernehmen können.

9) Unterstützung der Fertigkeiten zur Problemlösung und Entscheidungsfindung

Problemlösestrategien werden in vier der sechs inkludierten Hauptstudien untersucht. Die an den Studien teilgenommenen Klienten und Klientinnen erwarteten nicht, dass die Gesundheitsfachpersonen immer eine Antwort bereit haben, sondern vielmehr wird die Offenheit erwünscht, Optionen zu ermitteln und gemeinsam zu diskutieren (Dures et al., 2016). Auch eine gemeinsame Entwicklung von Strategien zur Erleichterung der Selbstversorgung ist laut Guidetti und Tham (2002) ein zentraler Punkt bei der Anpassung der Trainingssituation auf die Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen. Selbsthilfetraining soll der Klientel helfen, in ihren Problemlösestrategien flexibler zu sein, um Alltagssituationen besser zu meistern. Laut Mikkonen und Hynynen (2012) sollen die Problemlöse- und Entscheidungsfindungsfertigkeiten der Klientel durch motivierende Gesprächsführung unterstützt werden, indem den Betroffenen Alternativen aufgezeigt werden, anstatt dass sie direkte Instruktionen erhalten. Lawn und Schoo (2009) heben ebenfalls hervor, dass es

den Betroffenen hilft, wenn sie sich Fertigkeiten in den Bereichen Problemlösung und Massnahmenplanung aneignen. Götsch (2007, S. 3) unterstützt diese Erkenntnisse: „Ergotherapeuten sollten ihren Klienten Möglichkeiten für eigene Problemlösungen und Planungen zur Verfügung stellen, sodass die Klienten die Regie über ihre Entscheidungen selbst übernehmen können.“

Dieser Kompetenz werden die *Enablement Skills coach, collaborate, design/build* und *engage* zugeordnet. Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen entwickeln gemeinsam mit dem Klienten oder der Klientin Problemlösestrategien und unterstützen und motivieren sie im Erlernen dieser Fertigkeiten.

10) Förderung von Verhaltensänderungen

Zur Förderung von Verhaltensänderungen äussern sich drei der sechs inkludierten Hauptstudien explizit. Allerdings wird in fünf Studien beschrieben, dass es wichtig ist, Verhaltensänderungen zu unterstützen (Dures et al., 2014; Dures et al., 2016; Mikkonen & Hynynen, 2012; Lawn et al., 2009; Lawn & Schoo, 2009). Laut Lawn et al. (2009) ist es wesentlich, die Stadien des Wandels und die Motivation der Betroffenen bzw. den Mangel an Motivation für Verhaltensänderungen zu verstehen. Um die intrinsische Motivation für Veränderungen zu fördern, kann nach Lawn und Schoo (2009) beispielsweise die motivierende Gesprächsführung genutzt werden. Eine weitere Studie, welche mit chronisch kranken Erwachsenen durchgeführt wurde, bestätigt, dass Beratungen, die auf der motivierenden Gesprächsführung basieren, die Selbstwirksamkeit sowie die Bereitschaft zu Verhaltensänderungen nachweislich verbessern (Linden, Butterworth & Prochaska, 2010). In der Studie von Dures et al. (2014) wurden Techniken, wie Reflexion, Erforschung innerer Werthaltungen sowie die Interpretation von Vor- und Nachteilen eines Verhaltens als hilfreich empfunden, um Betroffenen zu helfen, ihre aktuelle Situation zu analysieren und Verhaltensweisen zu überdenken. Die Betroffenen selbst sahen die Eigenverantwortung für das Leben mit einer chronischen Krankheit als grundlegende Voraussetzung, um Verhaltensänderungen vorzunehmen (Dures et al., 2016). Diese Erkenntnisse gehen mit einer Studie von Contento et al. (1995) einher, welche beschreibt, dass eine reine Informationsvermittlung für eine Verhaltensänderung meist nicht ausreicht, ausser wenn sie an bereits hochmotivierte, veränderungsbereite Personen gerichtet ist. Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung [TTM] nach Prochaska und Velicer (1997) zeigt auf, welche Aspekte essenziell sind, um Verhaltensänderungen zu initiieren. Das Modell besteht aus

sechs Stufen der Verhaltensänderung, welche intentionale und verhaltensbezogene Aspekte beinhalten. In den einzelnen Stufen unterscheiden sich Personen voneinander in der Ausprägung der wahrgenommenen Vor- und Nachteile sowie durch die Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich einer Verhaltensänderung (Prochaska & Velicer, 1997).

Dieser Kompetenz ordnen die Verfasserinnen die *Enablement Skills coach, collaborate* und *engage* zu. Es geht darum, in Zusammenarbeit mit dem Klienten oder der Klientin schädliches Verhalten aufzudecken und die intrinsische Motivation zu Veränderungen zu fördern. Dazu ist es wichtig das Verhalten zu reflektieren und zu ermutigen.

11) Hintergrundwissen zu Selbstmanagement und Krankheitsbildern sowie Aufklärung der Klientel

Diese Thematik wird nur in zwei der sechs inkludierten Hauptstudien als wichtig erachtet. In der Studie von Dures et al. (2014) reflektierten Gesundheitsfachpersonen die Nützlichkeit besuchter Fertigkeitstrainingskurse und gaben ihre Empfehlungen für eine künftige Selbstmanagement-Ausbildung. Als hilfreich empfanden sie beispielsweise Theorien und Wirksamkeitsstudien über Selbstmanagement, um dies dem Klienten oder der Klientin zu vermitteln. Das allgemeine Training, welches sich nicht auf ein spezifisches Krankheitsbild bezog, wurde für den Theorie-Praxis-Transfer als ungünstig betrachtet, da bei der Aufklärung der Klientel das Krankheitsbild eine zentrale Rolle spielt (Dures et al., 2014). Laut Mikkonen und Hynynen (2012) soll in der Beratung die Lernfähigkeit der Klientel unbedingt berücksichtigt werden. Wesentlich seien auch die individuellen Anpassungen in der Klientenedukation. Durch aktives Einholen von Feedback des Klienten oder der Klientin kann versichert werden, dass er oder sie die Edukation verstanden hat (Mikkonen & Hynynen, 2012). Der Edukationsprozess ist im *“Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process”* (3rd ed.; American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014, S. 30) definiert als *“imparting of knowledge and information about occupation, health, well-being, and participation that enables the client to acquire helpful behaviors, habits, and routines that may or may not require application at the time of the intervention session”*. Laut Carandang, Pyatak und Vigen (2016) zielen ergotherapeutische Interventionen, die auf einem Edukationsprozess basieren, darauf ab, die Partizipation der Klientel und die Unabhängigkeit im Management einer chronischen Krankheit zu erhöhen.

Dieser Kompetenz werden die *Enablement Skills adapt, coach, consult, design/build, educate* und *specialize* zugeordnet. Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen eignen sich

Wissen über spezifische Krankheitsbilder und Selbstmanagement-Ansätze an. Sie beraten ihre Klientel und vermitteln ihnen das notwendige Wissen über ihre Krankheit und die Relevanz von Selbstmanagement. Sie visualisieren den Krankheitsverlauf mit dem Klienten oder der Klientin und passen die Edukation den Klientenbedürfnissen an.

12) Weiterbildung der Therapeuten und Therapeutinnen

In nur zwei der sechs inkludierten Hauptstudien wird das Thema Weiterbildung angeschnitten. Fortlaufende Reflexion und Entwicklung der eigenen Kompetenzen in der Klientenedukation und Beratung ist aus Sicht von Gesundheitsfachpersonen notwendig (Mikkonen & Hynynen, 2012). Zudem wäre es nützlich, neue unterstützende Technologien zu erlernen (Lawn et al., 2009). Unter dem Kapitel „Entwicklung von Fachwissen“ schreibt der Berufskodex des EVS (2011, S. 6): „Die ErgotherapeutIn festigt und erweitert kontinuierlich ihr berufliches Wissen und ihre Fertigkeiten und setzt diese im Berufsalltag ein. Dies basiert auf fundierten Erkenntnissen, die sowohl Erfahrungswissen als auch Resultate wissenschaftlicher Forschungen berücksichtigen.“ Demnach sind praktizierende Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen zu fortlaufender Weiterbildung verpflichtet.

Dieser Kompetenz wird das *Enablement Skill specialize* zugeordnet. Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen müssen sich weiterbilden, um das notwendige Spezialwissen im Bereich, in dem sie arbeiten, zu erwerben oder zu vertiefen und anwenden zu können.

13) Kooperation mit verschiedenen Dienstleistern im Gesundheitssystem und effektive Nutzung der Angebote

Eine effiziente Zusammenarbeit verschiedener Akteure des Gesundheitssystems wird nur in zwei der sechs inkludierten Hauptstudien explizit erwähnt. Lawn et al. (2009) und Lawn und Schoo (2009) schreiben, dass Klienten und Klientinnen unterstützt werden sollen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Dafür braucht es mehr Zusammenarbeit, Kooperation, Teamwork und Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Dienstleistern im Gesundheitswesen. Von Seiten der Gesundheitsfachpersonen braucht es die Wertschätzung anderer Angebote im Gesundheitssystem und Verständnis für die effektive Ressourcennutzung (Lawn et al., 2009; Lawn & Schoo, 2009). Dem pflichtet auch der EVS bei. Unter dem Kapitel „Verantwortung gegenüber PatientInnen/KlientInnen“ des Berufskodex schreibt der EVS (2011, S. 4): „Die ErgotherapeutIn informiert PatientInnen/KlientInnen über ihr bekannte Dienste und Angebote ausserhalb der Ergotherapie, die dem Wohlergehen der KlientInnen förderlich sein könnten.“

Dieser Kompetenz werden die *Enablement Skills advocate, coach* und *coordinate* zugeordnet. Die Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen kooperieren mit anderen Dienstleistern im Gesundheitswesen und beraten und unterstützen ihre Klientel in deren Nutzung und Vermittlung. Sie stehen für ihre Klienten und Klientinnen ein und fordern deren Rechte ein.

Fazit

Es wurden alle zehn *Enablement Skills* mindestens einmal einer Kompetenz zugeordnet, was bedeutet, dass alle gebraucht werden in der Unterstützung des Selbstmanagements von chronisch kranken Erwachsenen. Die *Enablement Skills collaborate, coach* und *engage* wurden jedoch auffällig häufig zugeteilt. Daraus kann geschlossen werden, dass grundsätzlich die Zusammenarbeit und Partizipation wie auch die motivierende Beratung zentral sind. Um das Selbstmanagement bei Klienten und Klientinnen im Erwachsenenalter mit chronischen Erkrankungen zu unterstützen, benötigen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen gemäss dem heutigen Stand der Literatur die 13 Kompetenzen, die in diesem Kapitel erläutert wurden.

5.3 Theorie-Praxis-Transfer

Mit den *Enablement Skills* deckt die Ergotherapie alle in dieser Arbeit definierten Kompetenzen implizit ab. In der Literatur jedoch fehlt die explizite Hervorhebung und Benennung der Kompetenzen in Bezug auf die Unterstützung des Selbstmanagements chronisch kranker Erwachsener. Zum Selbstmanagement von Diabetes und Asthma liegt viel Literatur vor, insbesondere zum Umgang mit medizinischen und physischen Aspekten. Dazu gibt es auch ergotherapeutische Literatur, jedoch ohne Betrachtung der Kompetenzen der Fachpersonen. Zu den emotionalen und sozialen Auswirkungen der Krankheit und der Alltagsbewältigung scheint weniger geforscht worden zu sein. In der Ergotherapie sind diese Bereiche sehr präsent, jedoch nicht spezifisch in Bezug auf das Selbstmanagement chronisch kranker Menschen. Die Betonung emotionaler und sozialer Auswirkungen zeigt sich in der Ergotherapie auch in der starken Verankerung der zwei identifizierten Kompetenzen „Erfassung und Beratung nach einem ganzheitlichen und klientenzentrierten Ansatz“. In den ergotherapeutischen Modellen CMOP-E (Polatajko et al., 2007), *Model of Human Occupation* [MOHO] (Kielhofner, 2008), und *Occupational Therapy Intervention Process Model* [OTIPM] (Fisher, 2014) sind dies grundlegende Ansätze.

Da zu Kompetenzen für die Unterstützung chronisch kranker Erwachsener keine Literatur vorliegt, die sich ausschliesslich auf die Ergotherapie bezieht, vermuten die Verfasserinnen, dass das Bewusstsein dafür in der Praxis noch nicht ausreichend vorhanden ist. Da aber der Anteil chronisch kranker Personen und damit die Gesundheitskosten stetig steigen (WHO, 2008, zit. nach Obsan, 2015), ist es elementar, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen entsprechende Kompetenzen in der Begleitung dieser Klientel bewusst einsetzen können. Konkret empfehlen die Verfasserinnen Weiterbildungen in Kommunikationstechniken wie zum Beispiel der motivierenden Gesprächsführung. Um die erlernten Techniken im Berufsalltag bewusst einzusetzen und zu überprüfen, wäre Peer-Feedback denkbar. Dabei hospitiert ein Berufskollege oder eine Berufskollegin während einer Intervention und gibt danach konkretes Feedback zu bestimmten Kompetenzen, wie beispielsweise zur Kommunikation oder zur Zielsetzung. Grundsätzlich sollten alle 13 Kompetenzen zur Verbesserung des Selbstmanagements der Klientel in der Praxis angewendet werden. Denn mit einem gut funktionierenden Selbstmanagement können Gesundheitskosten gesenkt und Lebensqualität der Betroffenen erhöht werden (WHO, 2002). Das JIP leistet mit seinen Forschungsprojekten zu Gesundheitsförderung und Selbstmanagement einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Praxis.

5.4 Limitationen

Obwohl bei der Recherche Stichworte und Datenbanken sorgfältig ausgewählt und strukturiert vorgegangen wurde, kann nicht garantiert werden, dass alle relevanten Studien zur Beantwortung der Fragestellung einbezogen wurden. Demzufolge besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Da die Aussagen dieses Literaturreviews auf sechs ausgewählten Hauptstudien mit meist eher kleinen Stichproben beruhen, ist eine Generalisierung nur bedingt zulässig. In den Stichproben fanden sich unterschiedliche Fachpersonen des Gesundheitswesens. Um spezifischere Aussagen zu den ergotherapeutischen Kompetenzen machen zu können, wäre eine Studie mit Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sinnvoll. Gemäss der kritischen Würdigung der Hauptstudien weisen alle inkludierten Studien gewisse Mängel in der Datenerhebung und/oder Datenanalyse auf, weshalb die Ergebnisse kritisch betrachtet werden müssen. Da die Studien nicht in der Schweiz durchgeführt wurden, müssen kulturelle Unterschiede miteinbezogen werden. Bei der Übersetzung der englischen Studien ins Deutsche könnten sich Übersetzungsfehler eingeschlichen haben. Der englische Begriff *skills* wurde in den inkludierten Studien nicht erläutert. Übersetzt werden kann er mit Fertigkeiten oder Kompetenzen, deshalb bleibt die genaue Definition des Begriffs der jeweiligen Autoren und Autorinnen unklar. Die Formulierung der 13 Kompetenzen sowie die Zuteilung zu den *Enablement Skills* erfolgte durch die Verfasserinnen und ist somit subjektiv.

6 Schlussfolgerung

Die in der Literatur diskutierten Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen zur Unterstützung des Selbstmanagements chronisch kranker Erwachsener sind aus Sicht der Verfasserinnen auch relevant für die Ergotherapie. Diese beinhalten unter anderem klientenzentrierte und ganzheitliche Ansätze wie auch Kommunikationsfertigkeiten, um die therapeutische Beziehung zu stärken, zu motivieren oder Verhaltensänderungen anzustreben. Um diese Kompetenzen in den ergotherapeutischen Kontext einzubetten, können sie den *Enablement Skills* zugeordnet werden. Eine Spezifizierung der Kompetenzen, wie sie von den Verfasserinnen vorgenommen wurde, ist jedoch notwendig für deren bewusste Aneignung und Anwendung in der Praxis. Da keine ergotherapie-spezifische Literatur zum Thema gefunden wurde, besteht weiterer Forschungsbedarf für die Überprüfung der Effektivität dieser Kompetenzen in der Ergotherapie.

Das JIP verfolgt unter anderem das Ziel, herauszufinden, ob die Studenten und Studentinnen der Ergotherapie die notwendigen Kompetenzen in ihrem Studium erlangen, um in der Praxis chronisch kranke Erwachsene in ihrem Selbstmanagement unterstützen zu können. Die Zusammenstellung der Kompetenzen bildet somit die Basis für diese Zielverfolgung des JIP. Eine weiterführende Bachelorarbeit könnte untersuchen, inwiefern diese Kompetenzen im Bachelorstudiengang Ergotherapie gelehrt werden.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- American Holistic Health Association. Holistic Health. <https://ahha.org/selfhelp-articles/holistic-health/> abgerufen am 30.03.2017
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 1-48. doi:10.5014/ajot.2014.682006
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education & Counseling*, 48, 177-187.
- Bodenheimer, T., MacGregor, K. & Stothart, N. (2005). Nurses as leaders in chronic care. *clinical reader*, 330, 612-613.
- Boyd, C. M. (2010). Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Reviews*, 32, 451-474.
- Carandang, K., Pyatak, E. A. & Vigen, C. L. P. (2016). Systematic review of educational interventions for rheumatoid arthritis. *American Journal of Occupational Therapy*, 70, 1-12. doi:10.5014/ajot.2016.021386
- Contento, I. R., Basch, G. I., Bronner, Y. L., Lytle, L. A., Maloney, S. K., White, S. L., Olson, C. M. & Schwandener, S. S. (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs, and research: A review of research. *Journal of Nutrition Education*, 27, 277-423.
- Cooper, K. C. (2000). *Effective Competency Modeling & Reporting*. New York: American Management Association.
- Corbin, J.M. & Strauss, A. (1988). *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2006). *Making Sense Of Evidence. 10 Questions to Help You Make Sense of Reviews*. Public Health Resource Unit, England. Heruntergeladen von <http://www.cfkr.dk/images/file/CASP%20instrumentet.pdf>. am 07.07.2016
- Dures, E., Kitchen, K., Almeida, C., Ambler, N., Cliss, A., Hammond, A. & Hewlett, S. (2012). "They didn't tell us, they made us work it out ourselves": Patient perspectives of a cognitive-behavioral program for rheumatoid arthritis fatigue. *Arthritis Care and Research*, 64, 494-501. doi:10.1002/acr.21562

- Dures, E., Hewlett, S., Ambler, N., Jenkins, R., Clarke, J. & Gooberman-Hill, R. (2014). Rheumatology clinicians' experiences of brief training and implementation of skills to support patient self-management. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15, 108. doi:10.1186/1471-2474-15-108
- Dures, E., Hewlett, S., Ambler, N., Jenkins, R., Clarke, J. & Gooberman-Hill, R. (2016). A qualitative study of patients' perspectives on collaboration to support self-management in routine rheumatology consultations. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17, 129. doi:10.1186/s12891-016-0984-0
- Eaton, S., Collins, A., Coulter, A., Elwyn, G., Grazin, N. & Roberts, S. (2012). Putting patients first. *BMJ* 2012, 1-2, doi:10.1136/bmj.e2006
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (2011). Berufskodex. 3. überarbeitete Ausgabe. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/ethik/berufskodex_de.pdf am 27.03.2017
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (2016). Neue Definition Ergotherapie. Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?ID=414&Nav=21> am 20.07.2016
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM. Occupational Therapy Intervention Model. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Friedman, A. J., Cosby, R., Boyko, S., Hatton-Bauer, J. & Turnbull, G. (2011). Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. *Journal of Cancer Education*, 26, 12-21. doi:10.1007/s13187-010-0183-x
- Gesundheitsobservatorium, S. (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. *Nationaler Gesundheitsbericht*.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. (2010). *Grounded Theory, Strategien qualitativer Forschung* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Götsch, K. (2007). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 2-10). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Guidetti, S. & Tham, K. (2002). Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: A qualitative study. *Occupational Therapy International*, 9, 257-276. doi:10.1002/oti.168
- Hendriks, S. & Kneisner, M. (2014). Rollen-Kompetenz-Profil 2014. Darstellung der Abschlusskompetenzen als Arbeitsversion im Rahmen der Studierendenbegleitung und

aller Module im BSc Ergotherapie. Winterthur, Zürich: ZHAW. (Unpubliziertes Dokument)

- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R. & Tusler, M. (2006). Self-Management and Health Care Utilization Do Increases in Patient Activation Result in Improved Self-Management? *HSR: Health Services Research*, 42, 1443-1463.
doi.org:10.1111/j.1475-6773.2006.00669.x
- Hitchcock Noël, P., Frueh, B. C., Larme, A. C. & Pugh, J. A. (2005). Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. *Health Expectations*, 8, 54-63. doi:10.1111/j.1369-7625.2004.00312.x
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Juventa-Verlag.
- Iversen, M. D., Hammond, A. & Betteridge, N. (2010). Self-management of rheumatic diseases : state of the art and future perspectives. *Annals of the rheumatic diseases*, 69, 955-963. doi:10.1136/ard.2010.129270
- Joint International Research Proposal.pptx. (Unpubliziertes Dokument, siehe Anhang I).
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and application* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Krieger, B. (2012). Was tun Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen? *Ergotherapie*, 8, 15-17.
- Lawn, S., Battersby, M., Lindner, H., Mathews, R., Morris, S., Wells, L., ... & Reed, R. (2009). What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? seeking consumer perspectives. *Australian Journal of Primary Health*, 15, 37-44. doi:10.1071/PY08053
- Lawn, S. & Schoo, A. (2010). Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches. *Patient Education and Counseling*, 80, 205-211.
doi:10.1016/j.pec.2009.10.006
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Critical Review form – Qualitative studies (Version 2.0). Heruntergeladen von https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters_qualreview_version2%200.pdf. am 07.07.2016
- Lincoln, S. & Guba, G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, London, New Dehli: SAGE Publications.

- Linden, A., Butterworth, S. W. & Prochaska, J. O. (2010). Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 166-174. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01300.x
- Lindsay, S. (2009). Prioritizing illness: Lessons in self-managing multiple chronic diseases. *Canadian Journal of sociology/cahiers canadiens de sociologie*. 34, 983-1002.
- Lorig, K. R. & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 1-7. doi:10.1207/S15324796ABM2601_01
- Mayer, H. (2007) *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Mikkonen, I. & Hynynen, M. A. (2012). Health Care Professionals' Views about Supporting Patients' Self-Management. *Health Education*, 112, 396-405. doi:10.1108/09654281211253416
- Muijsers P. (2001). „Wir verstehen uns...oder?“. *Gesprächskultur für Gesundheitsberufe*. Programmbereich Gesundheit. Bern: Hans Huber Verlag.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2011). *Bericht über Gesundheitssysteme-Schweiz-OECD*. (Übersetzt aus der englischen Originalversion)
- Packer, T. L. (2013). Self-management interventions: Using an occupational lens to rethink and refocus. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 1-2. doi.org:10.1111/1440-1630.12032
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Playford, E. D., Dawson, L., Limbert, V., Smith, M., Ward, C. D. & Wells, R. (2000). Goal-setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals' perceptions of goal-setting. *Clinical Rehabilitation*, 14, 491-496. doi:10.1191/0269215500cr343oa
- Polatajko, H.J., Townsend, E.A. & Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In E.A. Townsend & H.J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. (S. 22-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Pols, R. G., Battersby, M. W., Regan-Smith, M., Markwick, M. J., Lawrence, J., Auret, K., ... & Nguyen, H. (2009). Chronic condition self-management support: proposed competencies for medical students. *Chronic Illness*, 5, 7-14. doi:10.1177/1742395308098888

- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Richardson, J., Loyola-Sanchez, A., Sinclair, S., Harris, J., Letts, L., MacIntyre, N. J., ... & Ginis, K. M. (2014). Self-management interventions for chronic disease: A systematic scoping review. *Clinical Rehabilitation*, 28, 1067-1077.
doi:10.1177/0269215514532478
- Rogers, C. (1994). *Die nicht-direktive Beratung. Counseling and psychotherapy*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., Mccorkle, R., ... & Whittemore, R. (2012). Processes of Self-Management in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44, 136-144. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x
- Smith, J.A., Flower, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.
- Sonntag, K. & Schmidt-Rathjens, C. (2014). Kompetenzmodelle – Erfolgsfaktoren im HR-Management? Ein strategie- und evidenzbasierter Ansatz der Kompetenzmodellierung. *Personalführung*, 37, 18-26.
- Townsend, A., Wyke, S. & Hunt, K. (2006). Self-managing and managing self : practical and moral dilemmas in accounts of living with chronic illness. *Chronic Illness*, 2, 185-194. doi:10.1179/174592006X129518
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT.
- United States Centers for Disease Control and Prevention, (2016).
<http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm> abgerufen am 15.07.2016
- World Health Organisation (2002). *Innovative care for chronic conditions. Building Blocks for Action*. Geneva: WHO.
- Weltgesundheitsorganisation im Namen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (2008). *Wie lassen sich Disease-Management-Programme unter Einbeziehung sämtlicher Versorgungsumgebungen und -dienstleister durchführen? Grundsatzpapier*. Tallinn: WHO.
- World Health Organisation (2016). Noncommunicable diseases. http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/ abgerufen am 15.07.2016

Wressle, E., Eeg-Olofsson, A-M., Marcusson, J. & Henriksson, C. (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centered goal formulation structure. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 5-11.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. In Anlehnung an Krieger (2012). Die zehn Enablement Skills des CMOP-E.....	12
Tabelle 2. Schlüsselwörter, Keywords, Synonyme und Schlagwörter	14
Tabelle 3. Einschlusskriterien für Literaturrecherche	15
Tabelle 4. Kurzzusammenfassungen der sechs inkludierten Hauptstudien.....	18
Tabelle 5. Auszug aus den Ergebnissen von Dures et al. (2014)	22
Tabelle 6. Auszug aus den Ergebnissen von Dures et al. (2016)	25
Tabelle 7. Auszug aus den Ergebnissen von Guidetti & Tham (2002).....	29
Tabelle 8. Auszug aus den Ergebnissen von Mikkonen & Hynynen (2012).....	32
Tabelle 9. Auszug aus den Ergebnissen von Lawn et al. (2009)	35
Tabelle 10. Auszug aus den Ergebnissen von Lawn & Schoo (2009)	39
Tabelle 11. Zusammenstellung der Kompetenzen in Bezug zu den Enablement Skills der Ergotherapie.	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Townsend & Polatajko, 2013, S. 110. Enablement Skills.....	10
Abbildung 2. Suchvorgehen.....	16

Abkürzungsverzeichnis

AHHA	American Holistic Health Association
AOTA	American Occupational Therapy Association
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CDC	United States Centers for Disease Prevention and Control
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
MOHO	Model of Human Occupation
NRES	Natural Resources and Environmental Sciences
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
TTM	Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Wortzahl

Abstract 198

Arbeit 11'910

(exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Verzeichnisse, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

Danksagung

Wir bedanken uns bei unserer Mentorin Daniela Senn von der ZHAW für die fachkundige Begleitung dieser Arbeit. Unser Dank geht auch an die Verantwortlichen des JIP, die uns nach Nijmegen eingeladen haben.

Des Weiteren danken wir Rahel Cavegn, Katrin Dubach, Aline Burkart, Franziska Widmer, Vera Seitz und Sarah Fisch für ihre kritische Lektüre und wertvollen Rückmeldungen. Bei Francisco Florez bedanken wir uns für die Bereitstellung seines ergonomisch angepassten Computerarbeitsplatzes.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Ort & Datum

Winterthur, 01.05.2017

Verfasserinnen

Mara Widmer

Martina Zimmermann

Anhang

Anhang A Glossar

EMED-Format	Zeigt den Aufbau von wissenschaftlichen Artikeln auf: Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion (Mayer, 2007).
EPP-Methode	Die EPP-Methode ist eine qualitative, interpretative und deskriptive Methode, die das Wesen, die Struktur und den Charakter des untersuchten Phänomens auf der Grundlage der Lebenserfahrungen der Teilnehmenden beschreibt (Giorgi & Giorgi, 2003)
Fertigkeitstrainingskurse	Es wurden sechs unterschiedliche Kurse besucht, die zwischen zehn Stunden und 20 Tagen dauerten. Die Kursinhalte waren unterschiedlich, bezogen sich aber alle auf chronische Krankheiten. In jedem Kurs wurde eines der folgenden Themen behandelt: Zielsetzungs- und Kommunikationsfertigkeiten, kognitive Verhaltenstherapie, Salutogenese oder Selbstmanagement im Allgemeinen.
Informanten	Vertreter oder Vertreterinnen aus folgenden Netzwerken: <i>Consumers Health Forum, Carers Australia, The Chronic Illness Alliance, The Australian Chronic Disease Prevention Alliance and the Health Consumers of Rural, Remote Australia Inc.</i>
<i>Member-Checking</i>	Die Forschungsergebnisse werden mit den Studienteilnehmenden diskutiert und auf Richtigkeit überprüft (Steinke, 1999)
<i>Peer-Debriefing</i>	Die Forschungsergebnisse werden von einer oder mehreren externen Personen begutachtet und kritisch diskutiert (Steinke, 1999)
Performanzanalysen	„Eine Performanzanalyse beinhaltet die Beobachtung und Evaluation von Qualität oder Effektivität der beobachtbaren, zielgerichteten Aktionen, die – miteinander verbunden – eine Kette von Aktionen bilden: die Ausführung einer Aufgabe“ (Fisher, 2014, S.101).
Performanzkontext	Der Performanzkontext zeigt den Lebenskontext eines Klienten oder einer Klientin auf und hilft, die Bedürfnisse, die Aufgaben und die Probleme bei der Ausführung von Betätigungen im Alltag zu erfassen und zu verstehen (Fisher, 2014).
<i>Purposive maximum sampling size</i>	Die Charaktere der Population sind bei diesem Sampling weit gefasst, d.h. es werden verschiedene Gesundheitsberufe einbezogen, nicht nur einer. Ziel dabei ist es, zentrale Themen zu identifizieren, die die verschiedenen Charaktere gemeinsam haben (Patton, 1990).
Schneeballsuche	Das Schneeballsystem ist ein Suchverfahren, mit welchem Literaturverzeichnisse oder Quellenangaben nach geeigneter Literatur durchsucht werden. Man beginnt mit einer konkreten Quelle, die für das eigene Thema relevant ist, und stösst so auf weitere relevante Literatur.
SMART	Die Ziele sollen s pezifisch, m essbar, a traktiv, r ealistisch und t erminiert sein.

SWOT-Analyse Die Abkürzung steht für **Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats**. Ein Instrument, mit dem die Stärken, Schwächen, Chancen und Bedrohungen analysiert werden, um einen Entwicklungsplan zu erstellen.

Triangulationen Triangulationen sind Forschungsstrategien, bei welchen verschiedene Methoden oder Sichtweisen auf das gleiche Phänomen angewendet werden oder verschiedenartige Daten herangezogen werden. Ziel ist es, dadurch die Validität der Ergebnisse zu erhöhen und systematische Fehler zu verringern (Lincoln & Guba, 1985).

Anhang B Definition des Selbstmanagements (ausführliche Version)

Es gibt in der Literatur keine Standard-Definition für den Begriff Selbstmanagement. Aus diesem Grund werden in diesem Anhang unterschiedliche Definitionen erläutert.

Corbin und Strauss (1988, S. 89) beschreiben die Bewältigung chronischer Krankheiten folgendermassen: „Balancing the tasks of everyday life, medical care and personal accommodation to the illness“. Gemäss Corbin und Strauss (1988) ist bei der Unterstützung von chronisch kranken Personen der Einbezug aller drei Bereiche notwendig. In späterer Literatur wird aufgrund dieser Beschreibung von den Begriffen *medical*, *emotional* und *role management* gesprochen. Unter *role management* wird die Adaptation des Lebensstils und der sozialen Rollen an die Krankheit verstanden. Das *medical management* beinhaltet das medizinische Management wie beispielsweise die Einnahme der Medikamente oder das Wahrnehmen von Arztterminen. Das *emotional management* umfasst die Verarbeitung von Emotionen, die durch die chronische Erkrankung ausgelöst werden.

Clark et al. (1991) definieren Selbstmanagement als die täglichen Aufgaben, die eine Person meistern muss, um den Einfluss der Krankheit auf Körper und Psyche zu kontrollieren oder reduzieren, in Zusammenarbeit mit Gesundheitsdienstleistern. Sie gehen davon aus, dass Klienten und Klientinnen mit chronischen Erkrankungen auch mit den psychosozialen Problemen konfrontiert werden und ihren Alltag den finanziellen und sozialen Bedingungen anpassen müssen. Um erfolgreiches Selbstmanagement mit chronischer Erkrankung zu erlangen und psychosoziales Funktionieren aufrechtzuerhalten, ist laut Clark et al. (1991) ausreichendes Wissen zum Gesundheitszustand und seiner Behandlung sowie zur Anwendung der notwendigen Fertigkeiten erforderlich. Erfolgreiches Selbstmanagement einer chronischen Erkrankung verlangt, dass Betroffene drei separate aber verwandte Kategorien von Aktivitäten im Griff haben: Erstens müssen sie über die Erkrankung und deren Behandlung genügend wissen, um Entscheidungen zu treffen. Zweitens müssen sie Aktivitäten im Management ihrer Erkrankung gezielt ausüben. Als drittes müssen sie sich notwendige Fertigkeiten aneignen für die Aufrechterhaltung adäquaten psychosozialen Funktionierens. Mit all diesen Verhaltensweisen wird eine Verringerung der Auswirkungen der Krankheit auf das tägliche Leben angestrebt (Clark et al., 1991).

Lorig (1993, zit. nach Mc Gowan, 2005, S. 2) definiert Selbstmanagement als “learning and practicing skills necessary to carry on an active and emotionally satisfying life in the

face of a chronic condition". Lorig (1993) betont, dass Selbstmanagement keine Alternative zu medizinischer Versorgung ist, sondern darauf abzielt, dem Betroffenen zu helfen, einen aktiven, nicht gegnerischen Partner der Gesundheitsdienstleistern zu werden.

Laut Barlow et al. (2002) geht es beim Selbstmanagement um die Fähigkeit eines Individuums, die Symptome und Behandlung sowie die physischen, psychosozialen, kulturellen und spirituellen Konsequenzen und die damit verbundenen Änderungen des Lebensstils, die für ein Leben mit einer chronischen Krankheit erforderlich sind, erfolgreich zu bewältigen. Effizientes Selbstmanagement setzt die Fähigkeit voraus, den eigenen Zustand zu überwachen und die kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Reaktionen zu beeinflussen, um eine zufriedenstellende Lebensqualität aufrechtzuerhalten. So wird ein dynamischer und kontinuierlicher Prozess der Selbstregulierung etabliert (Barlow et al., 2002).

Lorig und Holman (2003) beschreiben Selbstmanagement als einen dynamischen, interaktiven und täglichen Prozess, in welchem Individuen sich bemühen, mit chronischen Erkrankungen umzugehen. Bei der Unterstützung des Selbstmanagements geht es darum, die Klientel zu informieren und ihr zu ermöglichen, Entscheidungen zu treffen sowie neue Perspektiven und Fertigkeiten zu erlernen, um neu auftretende Probleme bewältigen zu können. Für die Klienten und Klientinnen ist es wichtig, die zur Verfügung stehenden Ressourcen zu nutzen, mit den Gesundheitsdienstleistern zusammenzuarbeiten, aktiv zu werden und ihre Selbstwirksamkeit zu verbessern. Lorig und Holman (2003) beziehen sich auf das Konzept von Corbin und Strauss (1988), entwickelten jedoch zusätzlich fünf Selbstmanagement-Fertigkeiten: *problem solving, decision making, resource utilization, forming of a patient-provider partnership* und *taking action*.

Adams, Greiner und Corrigan (2004, S. 57, zit. nach Packer 2013, S. 1) definieren Selbstmanagement als individuelle Bewältigungsaufgabe chronisch kranker Menschen: „Self-management relates to the tasks that an individual does to live well with one or more chronic conditions. These tasks include gaining confidence to deal with medical management, role management and emotional management“. Diese Definition vergegenwärtigt Selbstmanagement als Verhalten, bezieht jedoch den Begriff des Vertrauens mit ein und umfasst *medical, role* und *emotional management* des Individuums. Des Weiteren präsentieren Adams, Greiner und Corrigan (2004), zit. nach McGowan, 2005) ein Konzept zum *self-management support*, in welchem deutlich wird, was Gesundheitsfachpersonen tun können, um Selbstmanagement zu unterstützen:

Self-management support is defined as the systematic provision of education and supportive interventions by health care staff to increase patients' skills and confidence in managing their health problems, including regular assessment of progress and problems, goal setting, and problem-solving support. (S. 3)

Gemäss Richard und Shea (2011) bezieht sich Selbstmanagement auf die Fähigkeit des Individuums zusammen mit dem sozialen Umfeld und Gesundheitsfachpersonen mit Symptomen, Behandlungen, Veränderungen des Lebensstils sowie psychosozialen, kulturellen und spirituellen Konsequenzen des Gesundheitszustandes zurechtzukommen.

Schulman-Green et al. (2012) identifizieren in ihrem Literaturreview drei Kategorien von Selbstmanagement-Prozessen. Zur Kategorie „Fokussierung auf Krankheitsbedürfnisse“ gehören Selbstmanagement-Aufgaben und -Fertigkeiten, die notwendig sind für Individuen, dass sie sich um ihren Körper und die krankheitsspezifischen Probleme kümmern können. Unter die Kategorie „Aktivierung von Ressourcen“ fallen individuelle Ressourcen, wie auch gesellschaftliche, die bei medizinischen, psychosozialen, spirituellen und finanziellen Aspekten der Krankheit helfen können. Die Kategorie „Leben mit einer chronischen Krankheit“ ist ein Selbstmanagement-Prozess, dessen Aufgaben und Fertigkeiten in Bezug zum Umgang mit der Krankheit, dem persönlichen Wachstum und der Transition vom Krankheitsfokus hin zur Integration der Krankheit in den Lebenskontext stehen (Schulman-Green et al., 2012).

Die Tabelle A stellt eine chronologische Übersicht von verschiedenen Definitionen dar. Es wurden Definitionen aufgelistet, bei denen die Verfasserinnen die Primärquelle zur Verfügung hatten.

Jahr, Autoren/Autorinnen	Definition Selbstmanagement
1988, Corbin & Strauss	Das Gleichgewicht von Alltagsleben, medizinischer Versorgung und persönlicher Anpassung. Konzept mit den drei Bereichen des medical, role und emotional management.
1991, Clark et al.	Die täglichen Aufgaben, die eine Person in Zusammenarbeit mit Gesundheitsdienstleistern meistern muss, um den Einfluss der Krankheit auf Körper und Psyche zu kontrollieren oder reduzieren. Konzept mit drei separaten aber verwandten Kategorien: <ul style="list-style-type: none"> - Wissen über die Erkrankung und Behandlung - Aktivitäten gezielt ausüben - Fertigkeiten für die Aufrechterhaltung des psychosozialen Funktionierens
1993, Lorig	Durch das Lernen und Üben von Fertigkeiten wird ein aktives und emotional befriedigendes Leben angestrebt.
2002, Barlow et al.	Die Fähigkeit eines Individuums die Symptome und Behandlung sowie die physischen, psychosozialen, kulturellen und spirituellen Konsequenzen und die damit verbundenen Änderungen des Lebensstils, die für ein Leben mit einer chronischen Krankheit erforderlich sind, erfolgreich zu bewältigen.
2003, Lorig & Holman	Basierend auf dem Konzept von Corbin und Strauss (1988). Zusätzlich die fünf Selbstmanagement-Fertigkeiten: Problemlösung, Entscheidungsfindung, Ressourcennutzung, Bildung einer klientenorientierten Partnerschaft und Handlung.
2004, Adams et al.	Individuelle Bewältigungsaufgabe chronisch kranker Menschen. Beziehen ebenfalls das medical, role und emotional management ein. Zusätzlich das Konzept des <i>self-management support</i> , in welchem deutlich wird, was Gesundheitsfachpersonen tun können, um Selbstmanagement zu unterstützen.
2011, Richard & Shea	Fähigkeit des Individuums zusammen mit dem sozialen Umfeld und Gesundheitsfachpersonen mit Symptomen, Behandlungen, Veränderungen des Lebensstils sowie psychosozialen, kulturellen und spirituellen Konsequenzen des Gesundheitszustandes zurechtzukommen.
2012, Schulman-Green et al.	Drei Kategorien von Selbstmanagement-Prozessen, welche Aufgaben unterliegen und spezifische Fertigkeiten verlangen: <ul style="list-style-type: none"> - Fokussierung auf Krankheitsbedürfnisse - Aktivierung von Ressourcen - Leben mit einer chronischen Krankheit

Tabelle A: Chronologische Übersicht über verschiedene Definitionen des Selbstmanagements

Quellen

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education & Counseling*, 48, 177-187.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W. & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults. A review and questions for older adults. *Journal of Aging and Health*, 3, 3-27.
- Corbin, J.M. & Strauss, A. (1988). *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Giorgi, A. P. & Giorgi, B. M. (2003). Chapter 13: The descriptive phenomenological psychological method. In P. M. Camic, J. E. Rhodes & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 243-273). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lincoln, S. & Guba, G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, London, New Delhi: SAGE Publications.
- Lorig, K. R. & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 1-7. doi:10.1207/S15324796ABM2601_01
- Mayer, H. (2007). *Pflegforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (2. Aufl.). Wien: Facultas.
- McGowan, P. (2004). Self-Management: A Background Paper. University of Victoria - Centre on Aging. *New Perspectives: International Conference on Patient Self-Management*, 1-10.
- Packer, T. L. (2013). Self-management interventions: Using an occupational lens to rethink and refocus. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 1-2. doi.org:10.1111/1440-1630.12032
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Richard, A. A. & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43, 255-264. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., Mccorkle, R., ... & Whittemore, R. (2012). Processes of Self-Management in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44, 136-144. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x

Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung - Ansätze zur Bewertung qualitativer-empirischer Sozialforschung*. ISBN: Juventa Verlag.

Anhang C Zusammenstellung der Kompetenzen in Bezug zu den Enablement Skills (ausführliche Version)

Kompetenz	Wissen	Fertigkeit	Haltung	Enablement Skill
1. Erfassung und Beratung nach einem ganzheitlichen Ansatz	<p>Kennen eines gesunden Lebensstils (6)</p> <p>Kulturelles Bewusstsein (5)</p>	<p>Ganzheitliches Verständnis und Erhebung der Klientenbedürfnisse inklusive psychosozialen- und Umwelteinflüssen (4, 5)</p> <p>Förderung der Partizipation der Familie (4)</p> <p>Bedürfnisse und Lebenssituation des Klienten oder der Klientin als Ausgangspunkt für die Beratung (4)</p>	<p>Anerkennung der Auswirkungen der Krankheit (ganzheitlicher Ansatz) (2)</p> <p>Ganzheitlicher Ansatz (1)</p>	<p>Collaborate</p> <p>Educate</p> <p>Engage</p> <p>Specialize</p>
2. Erfassung und Beratung nach einem klientenzentrierten Ansatz	<p>Kennen der Individualität in der Klientenedukation (4)</p> <p>Einbezug von Klienten bzw. Klientinnen und Betreuenden in die Planung, Durchführung, Evaluation und Akkreditierung von Schulungen (5)</p>	<p>Klientenzentrierter Beratungsstil (4)</p> <p>Erhebung von Klientenbedürfnissen (5)</p>	<p>Klientenzentriertheit (1)</p> <p>Fokussierung auf die Prioritäten des/der Betroffenen (2)</p>	<p>Collaborate</p> <p>Educate</p> <p>Engage</p> <p>Specialize</p>
3. Aufbau der therapeutischen Beziehung und Förderung der Zusammenarbeit		<p>Aufbauen von Vertrauen (6)</p> <p>Zusammenarbeit für die therapeutische Beziehung (3)</p> <p>Planung und Evaluation von Edukation und Beratung in Zusammenarbeit mit dem Klienten oder der Klientin (4)</p>	<p>Offen über Krankheit sprechen können (2)</p> <p>Nicht beurteilen (6)</p>	<p>Collaborate</p> <p>Engage</p>

		<p>Zusammenarbeit mit Klient oder Klientin und Anerkennung ihrer Selbstmanagement-Rolle (5)</p> <p>Gemeinsames Aufdecken von Problemen (5)</p> <p>Zusammenarbeiten (6)</p>		
4. Identifikation von Schwierigkeiten und Ressourcen	Schwierigkeiten und Ressourcen identifizieren (3)	<p>Ressourcen, Limitationen, Gewohnheiten, Rollen, Interessen und Erfahrungen herausfinden oder erfragen (3)</p> <p>Aufzeigen von Beeinträchtigung durch Konfrontation (3)</p> <p>Identifikation der Stärken und Förderung der Selbstwirksamkeit des Klienten oder der Klientin (5)</p> <p>Aufdecken von Ambivalenzen (6)</p> <p>Identifikation von Hauptproblemen (6)</p>	Verständnis über Probleme und Prioritäten aus Klientenperspektive (5)	Adapt Coordinate Engage
5. Gemeinsame und individuelle Zielsetzung		<p>Ziele und Teilziele setzen (1)</p> <p>Gemeinsame Zielsetzung (3)</p> <p>Individuelle Zielsetzung (4)</p> <p>Motivation zur Formulierung eigener Ziele (4)</p> <p>Unterstützung in Zielsetzung und -erreichung (5)</p> <p>Zielsetzung (6)</p> <p>Agree (Ziele setzen) (6)</p>	Fokussierung auf die Prioritäten des/der Betroffenen (2)	Adapt Coach Collaborate Coordinate

6. Kommunikation zur Verbesserung der Beratung	Kommunikation (6) Umgang mit Widerstand (6) Motivierende Gesprächsführung (4, 6) Interaktion (3) Gespräche führen (3)	Aktives und reflektierendes Zuhören (1) Ausdrücken von Empathie und Verständnis (6) Anregen über Leben zu erzählen (3) Geben von unterstützendem Feedback (4) Kommunikationsfertigkeiten (5) Gesprächsführungsfertigkeiten (5) Vermeiden von Argumentationen (6) Assess (nach Verhalten fragen) (6)		Collaborate
7. Nutzung verschiedener Kommunikationswege	Nonverbale Kommunikation (3) Visuelle und schriftliche Darstellungen (2) Schriftliche Unterlagen als Ergänzung zur mündlichen Beratung (4) Schematische Darstellung der Wechselwirkungen zwischen Gedanken, Gefühlen, Symptomen und Verhaltensweisen (1)	Symbole und Metaphern einsetzen (3) Reflexion, Erforschung innerer Werthaltungen, Interpretation von Vor- und Nachteilen eines Verhaltens (1)		Design/build

<p>8. Aktive Beteiligung der Klientel und Förderung der Eigenverantwortung</p>	<p>Selbstständigkeitsbedürfnis des Klienten oder der Klientin (3)</p> <p>Selbsteinschätzung der Betroffenen (6)</p> <p>Aktive Beteiligung der Klientel (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhöhtes Vertrauen, die Auswirkungen der Krankheit zu meistern - Grössere Akzeptanz eines langfristigen Zustandes 	<p>Eigenverantwortung der Klientel fördern (2)</p> <p>Stärkung von Selbstbestimmtheit und Selbstvertrauen (4)</p> <p>Förderung von Selbstwirksamkeit (6)</p> <p>Unterstützung zur aktiven Teilnahme am Selbstmanagement (6)</p> <p>Aktive Einforderung von Feedback und Evaluation aus Sicht des Klienten oder der Klientin (4)</p> <p>Unterstützung bei Veränderungen und beim Übernehmen von Verantwortung (4)</p>	<p>Klient als Experte bzw. Klientin als Expertin (3)</p> <p>Wertschätzung der Erfahrung und Expertise des Klienten oder der Klientin (5)</p>	<p>Coach Collaborate Engage</p>
<p>9. Unterstützung der Fertigkeiten zur Problemlösung und Entscheidungsfindung</p>	<p>Massnahmenplanung (6)</p> <p>Umgang mit schwierigen Emotionen (6)</p>	<p>Flexibler Einsatz von Problemlösestrategien (3, 6)</p> <p>Aufzeigen von Alternativen (4)</p> <p>Klienten und Klientinnen selbst entscheiden lassen (2)</p> <p>Unterstützung der Problemlöse- und Entscheidungsfindungsfertigkeiten des Klienten oder der Klientin (4)</p> <p>Gemeinsam Strategien entwickeln (3)</p> <p>Flexibilität der Therapeuten und Therapeutinnen (3)</p>	<p>Neue Lösungen finden lassen mit Versuch und Irrtum (3)</p> <p>Offenheit der Gesundheitsfachpersonen Optionen zu ermitteln und zu diskutieren (2)</p>	<p>Coach Collaborate Design/build Engage</p>

10. Förderung von Verhaltensänderungen	Medikamenten- und Symptom-Management (6) Selbstmanagement-Betreuungsplan (6) Assist (Unterstützung bei Erwerb von Wissen und Fertigkeiten) (6)	Erhöhung der Bereitschaft zur Veränderung (6) Ermutigung und Unterstützung von Verhaltensänderungen (4, 6) Unterstützung bei Veränderungen und beim Übernehmen von Verantwortung (4) Advice (Ermutigung zur Veränderung) (6)	Verständnis über Stadien des Wandels und Motivation bzw. Mangel an Motivation (5)	Coach Collaborate Engage
11. Hintergrundwissen zu Selbstmanagement und Krankheitsbildern sowie Aufklärung der Klientel	Theorie und Wirksamkeitsstudien über Selbstmanagement (1) Spezifisches Training (1)	Berücksichtigung der Lernfähigkeit der Betroffenen (4) Individuelle Anpassungen in der Klienten-education (4) Versicherung, dass die Betroffenen die Education verstehen (4) Dokumentation von Education und Beratung (4)		Adapt Coach Consult Design/build Educate Specialize
12. Kooperation mit verschiedenen Dienstleistern im Gesundheitssystem und effektive Nutzung der Angebote	Verständnis über effektive gesellschaftliche Ressourcennutzung (5)	Unterstützung in der Zurechtfindung im Gesundheitssystem (5, 6) Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachpersonen (5, 6) Mehr Zusammenarbeit, Kooperation, Teamwork und Informationsaustausch zwischen verschiedenen Dienstleistern im Gesundheitssystem (5) Arrange (Termine vereinbaren) (6)	Andere Angebote im Gesundheitssystem wertschätzen (5)	Advocate Coach Coordinate
13. Weiterbildung der Therapeuten und Therapeutinnen		Erlernen von neuen unterstützenden Technologien (5)		Specialize

		Kontinuierliche Reflexion und Entwicklung der eigenen Fertigkeiten in der Klientenedukation und Beratung (4)		
--	--	--	--	--

Tabelle B: Zusammenstellung der Kompetenzen in Bezug zu den Enablement Skills der Ergotherapie

Die Nummern hinter den einzelnen Aussagen deklarieren, in welcher der sechs Hauptstudien die jeweilige Aussage gefunden wurde:

Studie 1: Dures et al. (2014) Rheumatology clinicians' experiences of brief training and implementation of skills to support patient self-management

Studie 2: Dures et al. (2016) A qualitative study of patients' perspectives on collaboration to support self-management in routine rheumatology consultations

Studie 3: Guidetti & Tham (2002) Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: A qualitative study

Studie 4: Mikkonen & Hynynen (2012) Health Care Professionals' Views about Supporting Patients' Self-Management

Studie 5: Lawn et al. (2009) What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? Seeking consumer perspectives

Studie 6: Lawn & Schoo (2009) Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches

Anhang D Kritische Beurteilung der Hauptstudien

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

Studie 1:

Dures, E., Hewlett, S., Ambler, N., Jenkins, R., Clarke, J. & Gooberman-Hill, R. (2014). Rheumatology clinicians' experiences of brief training and implementation of skills to support patient self-management. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15, 108. doi:10.1186/1471-2474-15-108

	Comments
<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Das Ziel ist, die Erfahrung von Gesundheitsfachpersonen in der Rheumatologie (Rheumatologen, Physio-, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen) zu untersuchen in Bezug auf verschiedene kurze Fertigkeitstrainingskurse (brief skill training courses), um zu verstehen, welche Aspekte hilfreich bzw. nicht hilfreich waren und um die hinderlichen sowie erleichternden Faktoren zu identifizieren für die Anwendung in der Praxis.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Auswirkungen auf das Leben von Personen mit Rheumatoider Arthritis wurden aufgezeigt. Der Hintergrund, sowie das Konzept des Selbstmanagements wurde kurz erklärt. Daraus ableitend wurde die Wirksamkeit von Selbstmanagementinterventionen bei Personen mit chronischen Erkrankungen wie Rheumatoider Arthritis aufgezeigt.</p> <p>Der "gap of knowledge" wurde beschrieben. Die Integration von Selbstmanagement in die klinische Versorgung ist eine wichtige Gesundheitspolitik in Großbritannien und den USA. Allerdings gibt es keine Leitlinien für die Schulung von Mitarbeitern, um das Selbstmanagement zu unterstützen. Daher ist ein stärkeres Verständnis der effektivsten Strategien erforderlich und wie diese umgesetzt werden können. Ebenfalls ist wenig bekannt über die Barrieren und die Möglichkeiten, Fertigkeiten zu erwerben und umzusetzen und wie sie sich zwischen Berufen, wie Ärzten, Krankenschwestern, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, unterscheiden.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?1</p> <p>Die Studie eignet sich für die Beantwortung unserer Fragestellung, da der Schwerpunkt auf den Fertigkeiten, die Gesundheitsprofessionen benötigen um das Selbstmanagement bei Personen mit Rheumatoider Arthritis welches eine chronische Erkrankung ist, liegt. Zudem ist die Studie in England durchgeführt worden und weist somit eine ähnliche geprägte Kultur zur Schweiz auf. Mit dem Publikationsjahr 2014 ist die Studie aktuell.</p>
<p>STUDY DESIGN: What was the design? <input type="checkbox"/> phenomenology</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Es wird kein explizites Studiendesign genannt. Vermutlich orientiert sich das Studiendesign an der Mixed-Method, mit einem induktiven und einem deduktiven Ansatz, der qualitativen Forschung. Durch semistrukturierte Interviews werden individuelle Erfahrungen</p>

<input type="checkbox"/> ethnography <input checked="" type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other	<p>von Gesundheitsfachpersonen, die einen Fertigkeitstrainingskurs besucht haben, erhoben. Mit den erworbenen Erkenntnissen sollen die Fertigkeitstrainingskurse angepasst werden.</p> <p>Dieses Studiendesign scheint dem Zweck der Studie zu entsprechen, da es das Ziel war, Einblicke in die Erfahrungen von Gesundheitsfachpersonen nach einem Fertigkeitstrainingskurs zu erhalten. Ebenfalls wollten die Forschenden bestehende Theorien über die Techniken zur Unterstützung des Selbstmanagements erweitern oder widerlegen.</p>
<p>Method(s) used:</p> <input type="checkbox"/> participant observation <input checked="" type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Als Methode wurden semi-strukturierte Interviews durchgeführt, welche vom Forscherteam erstellt wurde. Die Interviews wurden von einer der Autorinnen (ED) durchgeführt, 8 davon persönlich und 8 am Telefon. Diese wurden danach von derselben Autorin in zwei Schritten analysiert.</p> <p>Das Ziel der Studie wurde mit dieser Methode verfolgt.</p>
<p>SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Die Teilnehmenden wurden über zwei Wege rekrutiert. Einerseits sendeten 4 Tutoren, die Fertigkeitstrainingskurse anbieten, ehemaligen Teilnehmern Briefe. Gleichzeitig wurde eine Anzeige über die Studie in einem elektronischen nationalen Newsletter für britische Rheumatologie-Gesundheitsfachpersonen platziert. Um eine Aussage über alle Gesundheitsberufe machen zu können wurde ein „maximum variation sampling“ verwendet. Schlussendlich nahmen 16 Gesundheitsfachpersonen aus der Rheumatologie teil (3 Rheumatologen, 3 Physiotherapeuten, 4 Pflegefachpersonen, 6 Ergotherapeuten).</p> <p>Die Stichprobenmethode war für den Studienzweck angemessen, da alle Teilnehmende vor kurzem einen Fertigkeitstrainingskurs zur Unterstützung des Selbstmanagements besucht haben. Auch die Stichprobengröße war angemessen.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?² <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Die Teilnehmenden werden in ihrer Profession, Alter, Geschlecht und Berufserfahrung beschrieben, was für die Fragestellung ausreichend ist. Es nahmen 3 Rheumatologen, 3 Physiotherapeuten, 4 Pflegefachpersonen, 6 Ergotherapeuten, 13 davon Frauen und 3 Männer, im Alter von 29 – 62 mit Berufserfahrung von 8 – 35 Jahren teil. Es wurde nicht explizit beschrieben ob die Stichprobe zusammengestellt wurde bis Redundanz erreicht war. Durch das „maximum sampling size“ wurde jedoch versucht eine Aussage über alle Gesundheitsberufe im Bereich Rheumatologie zu machen.</p>
<p>Was informed consent obtained? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Um die Vertraulichkeit zu gewährleisten meldeten sich potenzielle Teilnehmende direkt beim Forscherteam. Alle Teilnehmenden wurden über die Studie schriftlich informiert und gaben ihre Zustimmung. Die Interviews wurden anonymisiert.</p> <p>Die Studie wurde vom Ethik-Ausschuss an der University of the West of England, Bristol genehmigt.</p>
<p>DATA COLLECTION: Descriptive Clarity</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>Die Teilnehmer sowie der Ort der Interviews wurden beschrieben. Die 8 persönlichen Interviews wurden in der Klinik, in der die Gesundheitsfachpersonen arbeiteten durchgeführt. Die 16 Teilnehmenden arbeiteten in 11 verschiedenen Spitälern in England.</p>

<p>Clear & complete description of site: x yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>participants: x yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input type="checkbox"/> yes x no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Über die Rolle der Forschenden, sowie ihrer Beziehung zu den Teilnehmenden wurde nichts beschrieben.</p> <p>Die Teilnehmenden besuchten alle einen von 6 Fertigkeitstrainingskursen, welche zwei bis 3 Tage dauerten. Die Kurse wurden von Pflegefachpersonen, Psychologen oder Ergotherapeuten geführt und waren nicht spezifisch auf ein Krankheitsbild. Die Kurse umfassten kognitive-Verhaltenstechniken, gemeinsame Tagesstrukturierung und Zielsetzung.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Es wurde nicht klar beschrieben, wo, wie und mit wie vielen Teilnehmern diese Fertigkeitstrainingskurse durchgeführt wurden. Dazu fehlen meiner Meinung nach wichtige Angaben.</p>
<p>Procedural Rigour</p> <p>Procedural rigor was used in data collection strategies? x (yes) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Das Forschungsteam entwickelte den Interviewleitfaden, welcher angegeben wurde. Ebenfalls ersichtlich waren die Zeitdauer der Interviews (40-75 min) sowie der Ort der Durchführung. Die Interviews wurden aufgenommen, wörtlich übersetzt und anonymisiert. Über die Zeitspanne während die Interviews durchgeführt wurden gibt es keine Angaben. Ebenso fehlt der Zeitaufwand des Forscherteams. Die Angaben waren somit grösstenteils von prozeduraler Strenge.</p>
<p>DATA ANALYSES: Analytical Rigour</p> <p>Data analyses were inductive? x yes x no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Die 16 Interviews wurden von derselben Autorin (ED), die die Interviews geführt hat in zwei Schritten analysiert. Im ersten Schritt sollten anhand deduktiver Analyse bestehende Theorien über Techniken zur Unterstützung des Selbstmanagements erweitert oder widerlegt werden. Im zweiten Schritt wurden anhand induktiver Analyse Inhalte identifiziert, die sich auf die persönlichen Erfahrungen nach dem Fertigkeitstrainingskurs beziehen. Danach wurden 6 Transkripte noch von den anderen Autoren und Autorinnen unabhängig analysiert. Schlussendlich wurden Verknüpfungen zwischen den Themen erarbeitet, und die deduktiven und induktiven Analysen wurden von der ersten Autorin (ED) zu einem zusammenhängenden Einzelanalysebericht zusammengefasst, der durch</p> <p>Zitate belegt wurde. Zum Schluss fand ein Meeting zwischen allen Autoren und Autorinnen statt.</p> <p>Die Datenanalyse war nur teilweise, eher vage und sehr kurz beschrieben. Es fehlen Angaben, mit was Entscheidungen getroffen wurden (Randnotizen, Farbecodes etc.)</p> <p>Ergebnisse:</p> <p>Es wurden drei übergeordnete Themen identifiziert, die Gesundheitsfachpersonen nach einem Fertigkeitstrainingskurs zur Unterstützung des Selbstmanagements von Patienten erfahren haben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Übertrag von Theorie in die Praxis: Hilfreiche und Hinderliche Aspekte des Trainings

2. Herausfordernde Berufsidentität: Faktoren, die das Lernen und die Umsetzung der Fertigkeiten beeinflussen
3. Verbesserte Praxis: Werkzeuge und Techniken zur Unterstützung von Verhaltensänderungen

Thema 1: Übertrag von Theorie in die Praxis

Die Teilnehmer reflektierten die Nützlichkeit der Kurse, die sie besucht hatten, und gaben ihre Empfehlungen für eine künftige Selbstmanagementausbildung.

Balance zwischen Theorie und Praxis

- kurze Trainingskurse, wegen Zeitaufwand
- Es sollten im Voraus Informationen über den Kursinhalt abgegeben werden → Unsicherheit über Ziel und Resultat des Trainings
- Theorie und Wirksamkeitsstudien über Selbstmanagement war hilfreich, um die Teilnehmer in ihrem Ansatz zu bestärken und sich Situationen in der Praxis vorzustellen
- Verständnis der Tutoren von der Schwierigkeit und Unsicherheit erworbene Fertigkeiten in die Praxis umzusetzen wurde als hilfreich empfunden.

Zugang zu Supervisionen

- Das Selbstvertrauen, die eigenen Fertigkeiten auszubauen und in der Praxis einzusetzen, war wesentlich höher, wenn Superioren zur Verfügung standen

Training für das gesamte Team, würde das Verständnis und die Anpassung in die Praxis eher ermöglichen

- Rheumatologie-spezifisches Training wäre besser als allgemeines
- geteilte Erfahrungen sind wertvoll und Teambildend

Thema 2: Herausfordernde Berufsidentität

Berufsidentität, Arbeitskultur und Pflegemodelle (models of care) beeinflussen stark die Implementierung der Selbstmanagement-Ansätze.

Tradition im Gesundheitswesen: Arzt – Patienten

- Bestehender Kontrast zwischen gemeinschaftlicher Zusammenarbeit, welche ein Eckpfeiler des Selbstmanagements-Modells ist, und dem traditionellen Arzt als Experten, wurde diskutiert.
- Viele Teilnehmende wurden sich während des Trainings bewusst, dass sie für die Patienten oft Problemlösend arbeiten und dass diese Art des Arbeitens schwer zu verändern war.

Gesamtheitlicher Ansatz in der Patientenbetreuung

- Ergotherapeuten waren mehr mit einem ganzheitlichen Ansatz vertraut, als Physiotherapeuten, die den Fokus mehr auf physische Symptome und Funktionen legten.
- Die am meisten verbreitete Ansicht war, dass, während einige Teilnehmer mehr natürlich auf diese Weise arbeiten, waren sie im Wesentlichen erlernbare Fähigkeiten für das gesamte Team.

Einfluss der Einstellungen im Team

- Obwohl viele Teilnehmer fanden, dass das Training ihre Arbeit positiv beeinflusst, war die Unterstützung ihrer Kollegen und Managers nicht immer gegeben.
- > wichtige Erkenntnis, da eine unterstützende Arbeitsumgebung die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass im Kurs gelernte Fertigkeiten in die Praxis umgesetzt werden.

Thema 3: Verbesserte Praxis

Es gab Abweichungen hinsichtlich des Umfangs der eingesetzten Fähigkeiten in der Praxis, aber alle Teilnehmer identifizierten einige Änderungen, von denen sie glaubten, ihre Beratungen verstärkt zu haben.

	<p>Verschiebung von Klinikerverständnis zu Klientenzentriertheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserte Konsultation dank dem Ansatz 'weniger reden – mehr zuhören' (Fragen stellen anstatt Anweisungen geben) - Nicht alle Patienten mögen die Klientenzentriertheit - Durch die Klientenzentriertheit konnten Patienten vermehrt Verantwortung für ihre Behandlung übernehmen, gewannen ein grösseres Gefühl der Kontrolle und Problemlösung <p><i>Werkzeuge und Techniken zur Unterstützung von Verhaltensänderungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine schematische Darstellung der Wechselwirkungen zwischen Gedanken, Gefühlen, Symptomen und Verhaltensweisen kann helfen die Auswirkungen von internen und externen Faktoren aufzuzeigen. (<i>Dieses „hot cross bun“ wird in einer weiteren Studie von ED aufgezeigt</i>) - Mehrere andere Techniken, wie Reflexion, Innere Werthaltungen erforschen und die Interpretation von Vor- und Nachteilen eines Verhaltens waren oft hilfreich, um Patienten zu helfen, ihre aktuelle Situation zu analysieren, Verhaltensweisen zu überdenken und mögliche Wege voranzutreiben - Ziele zu setzen fanden viele Teilnehmende schwierig, da es regelmässige Überprüfung und Aktualisierung benötigt. - Diejenigen, die dieses Werkzeug eingesetzt haben, erarbeiteten und analysierten mit den Patienten kleine Schritte um das Endziel zu erreichen →Erfolgs erlebnis
<p>Auditability Decision trail developed? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no x not addressed Process of analyzing the data was described adequately? <input type="checkbox"/> yes x <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Es wird beschrieben, dass Kodierungen vorgenommen wurden und dass diese von den weiteren unabhängigen Autoren überprüft wurden. Jedoch wurde nicht beschrieben, wie diese Kodierungen entstanden sind. Es wurde kein Entscheidungspfad erwähnt. Aus diesem Grund ist der Prozess der Datenanalyse meiner Meinung nach nicht adäquat beschrieben.</p>
<p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Das Konzept des Selbstmanagements wurde in der Einleitung beschrieben. Im Ergebnisteil wurden zu den drei Hauptthemen weitere Kategorien abgeleitet und es entsteht ein vollständiges Bild über die Erfahrungen und Verbesserungsmöglichkeiten der Fertigkeitstrainingskurse zur Unterstützung des Selbstmanagements von Patienten. Direkte Zitate wurden zur besseren Verständlichkeit verwendet. Es wurden in der Diskussion Bezüge zur Literatur hergestellt.</p>
<p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility x yes <input type="checkbox"/> no Transferability x yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input type="checkbox"/> yes x <input type="checkbox"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Glaubwürdigkeit: Es wurden verschiedene Strategien angewendet, um die Glaubwürdigkeit zu steigern. So wurde eine Datentriangulation benutzt, indem 8 Interviews persönlich geführt wurden und 8 per Telefon. Ebenfalls wurde eine Forschertriangulation gewährleistet, da 6 der Transkripte noch von unabhängigen Autoren analysiert wurden. Durch die Kombination der induktiven und deduktiven Analyse wurde eine Methodentriangulation durchgeführt. Ein Peer-Debriefing fand am Schluss der Analyse statt, was die Glaubwürdigkeit steigert. Ein Member-Checking wurde nicht durchgeführt.</p> <p>Übertragbarkeit: Die Teilnehmenden wurden genau beschrieben, was die Übertragbarkeit steigert. Ebenfalls wurden wörtliche Zitate in den Ergebnisse verwendet.</p> <p>Nachvollziehbarkeit: Der Kontext und die Dauer der Interviews wurde beschrieben, was die Nachvollziehbarkeit steigert. Die Beschreibung der Datenanalyse ist etwas kurz.</p>

<p>Confirmability x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Bestätigbarkeit: Bestätigung wurde durch Peer Debriefing eingeholt, ebenso vom Ethik Komitee. Die Teilnehmer wurden aufgeklärt.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Die Studie zeigt Erfahrungen von Gesundheitsfachpersonen, sechs davon Ergotherapeuten oder Ergotherapeutinnen, mit Fertigkeitstrainingskursen zur Unterstützung des Selbstmanagements auf. Es werden hilfreiche, sowie hinderliche Faktoren aufgezeigt und daraus auch Fertigkeiten herauskristallisiert, welche Gesundheitsfachpersonen benötigen um das Selbstmanagement zu unterstützen, welche für unsere Forschungsfrage von Bedeutung sind.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? x yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>In der Schlussfolgerung wurden wichtige Ergebnisse zusammengefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spezialisiertes Training wäre besser als ein allgemeines. Dies wurde in einer anderen Studie aus Sicht der Patienten ebenso gesehen. - Ein Schlüsselement waren die Superioren. Dies wurde auch in einer anderen Studie gefunden, die aufzeigt, dass der Transfer von der Theorie in die Praxis durch die Unterstützung von Superioren besser gelingt. - Die Berufsidentität, die Arbeitskultur sowie das Pflegemodell haben ebenfalls einen hohen Einfluss auf die Umsetzung der Fertigkeiten in der Praxis. - Ein signifikanter Fund war der Einfluss der Einstellung des Teams. 2 weitere Studien gehen davon aus, dass wenn das Selbstmanagement der Patienten unterstützt wird und es somit bessere Outcomes gibt, sowie die Kosten gesenkt werden, es eine Veränderung innerhalb der Organisation und dem Teamsupport. - Die Klientenzentriertheit wurde als sehr wichtig identifiziert. Die Techniken die dazu gebraucht wurden, wie Formulieren und Reflektieren, verstärkt die Theorie, dass kognitive-Verhaltens-Ansätze das Selbstmanagement unterstützen können. - Ebenfalls wurden die Wichtigkeit von Zielsetzung, Probleme identifizieren und Problemlösestrategien betont und wiederum mit einer weiteren Studie belegt. In dieser Studie wurde die Zielsetzung jedoch vor allem von Ergotherapeuten und Physiotherapeuten eingesetzt. <p>Die Studie spricht alle Gesundheitsfachpersonen an. Es nahmen jedoch 6 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen daran teil. Dadurch ist diese Studie für die Ergotherapie relevant.</p> <p>Die Haupteinschränkungen der Studie waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die kleine Teilnehmerzahl der einzelnen Berufsgruppen - Die Interviews folgten keinem spezifischen Kurs und waren somit in der Dauer unterschiedlich. - Die Inhalte der Fertigkeitstrainingskurse war nicht bei allen Teilnehmenden derselbe

1 When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

2 Throughout the form, "no" means the authors explicitly state reasons for not doing it; "not addressed" should be ticked if there is no mention of the issue.

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

Studie 2:

Dures, E., Hewlett, S., Ambler, N., Jenkins, R., Clarke, J. & Gooberman-Hill, R. (2016). A qualitative study of patients' perspectives on collaboration to support self-management in routine rheumatology consultations. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17, 129. doi:10.1186/s12891-016-0984-0

	Comments
<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Diese Studie untersuchte die Perspektive der Patienten, die eine Beratung bei Gesundheitsfachpersonen in Anspruch nahmen. Die Gesundheitsfachpersonen hatten zuvor einen Fertigkeitstrainingskurs besucht (siehe Studie 1). Das Ziel war, einen Einblick in die Erfahrungen von Klienten mit rheumatoider Arthritis zu erhalten und ihre Ansichten über die Zusammenarbeit und das Selbstmanagement im Rahmen der Beratung zu erforschen.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Auswirkungen auf das Leben von Personen mit Rheumatoider Arthritis wurden aufgezeigt. Der Hintergrund, sowie das Konzept des Selbstmanagements wurden kurz erklärt und mit Literatur untermauert. Daraus ableitend wurde die Wirksamkeit von Selbstmanagementinterventionen bei Personen mit chronischen Erkrankungen wie Rheumatoider Arthritis aufgezeigt.</p> <p>Der "Gap of knowledge" wurde nur ansatzweise beschrieben. Die Autoren nahmen Bezug zu ihrer früheren Studie, bei der die Sicht der Gesundheitsfachpersonen nach einem Fertigkeitstrainingskurs zur Unterstützung des Selbstmanagements untersucht wurde. Aus welchem Grund nun die Sicht der Patienten untersucht wird, wird nicht klar ersichtlich.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> <p>Die Studie untersucht die Erfahrungen von Patienten in Beratungssituationen zum Selbstmanagement. Daraus resultieren förderliche und hinderliche Faktoren, von welchen Fertigkeiten von den Gesundheitsfachpersonen für die Unterstützung des Selbstmanagements abgeleitet werden können. Diese Fertigkeiten sind Untersuchungsgegenstand dieser Bachelorarbeit. Deshalb ist diese Studie für unsere Fragestellung passend.</p>
<p>STUDY DESIGN: What was the design? x phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Das Studiendesign wird nicht explizit erwähnt. Es sollen jedoch Erfahrungen durch semi-strukturierte Interview in der qualitativen Forschung erhoben werden. Deshalb gehen wir davon aus, dass es sich um ein phänomenologisches Design handelt. Denn in der Phänomenologie ist das Ziel, von Betroffenen zu erfahren, wie sie eine Situation oder Prozess erleben & welche Bedeutung sie ihnen zuschreiben. Da es das Ziel der Studie ist, Erfahrungen von Patienten in einer Beratungssituation zu erhalten, scheint das Studiendesign angemessen.</p>

<input type="checkbox"/> other	
<p>Method(s) used:</p> <input type="checkbox"/> participant observation <input checked="" type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Als Methode wurden semi-strukturierte Interviews durchgeführt. Der Interviewleitfaden wurde vom Forschungsteam, bestehend aus Patienten Partner, Rheumatologen, Psychologen und Methodenlehrer der qualitativen Forschung. Die Interviews wurden von einer der Autorinnen (ED) persönlich im Spital, in dem auch die Beratung stattfand, durchgeführt. Die Interviews wurden Audio aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Diese wurden danach von derselben Autorin in zwei Schritten mit einem induktiven Ansatz analysiert.</p> <p>Das Ziel der Studie wurde mit dieser Methode verfolgt. Allerdings sollte nicht dieselbe Person die Interviews durchführen und analysieren. Um Bias zu verhindern wurden jedoch 6 Interviews noch von unabhängigen Personen analysiert.</p>
<p>SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>4 Gesundheitsfachpersonen, die in unterschiedlichen Spitälern arbeiteten und die einen Fertigkeitstrainingskurs zu Unterstützung des Selbstmanagements besucht hatten, identifizierten potenzielle Teilnehmer. Die Gesundheitsfachpersonen verteilten ungefähr 15 Einladungspakete während einer Woche an ihre Patienten. Die Pakungen beinhalteten ein Anschreiben, ein Informationsblatt und einen Antwortzettel. Die Teilnehmenden mussten mindestens 18 Jahre alt sein und die Diagnose Rheumatoide Arthritis erhalten haben. Schlussendlich waren es 19 Teilnehmende.</p> <p>Die Stichprobenmethode war für den Studienzweck angemessen, da alle Teilnehmende in einer Beratung bei einer Gesundheitsfachperson waren, die vor kurzem einen Fertigkeitstrainingskurs zur Unterstützung des Selbstmanagements besucht haben. Die Stichprobengröße war für einen qualitativen Forschungsansatz ebenfalls angemessen.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Die 19 Teilnehmenden werden in ihrem, Alter, Geschlecht, Dauer der Diagnosestellung und dem rekrutierenden Gesundheitsexperten beschrieben, was für die Fragestellung ausreichend ist. Es nahmen 14 Frauen und 5 Männer, im Alter von 27 – 75 Jahren und die ihre Diagnose seit 0,75 – 40 Jahren kennen. Die Gesundheitsfachpersonen waren 2 Rheumatologen, 1 Pflegefachperson und 1 Ergotherapeutin. Es wurde angegeben, dass eine Datensättigung erreicht wurde.</p>
<p>Was informed consent obtained? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Um die Vertraulichkeit zu gewährleisten wurden die Patienten im Informationsschreiben darüber informiert, dass die Gesundheitsfachpersonen nicht direkt in die Studie involviert seien, nicht wissen wer an der Studie teilnahm und keine Einsicht in die Studiendaten hätten. Die interessierten Patienten nahmen direkt Kontakt mit der Forschungsleitung (ED) Alle Teilnehmenden wurden über die Studie schriftlich informiert und gaben ihre Zustimmung. Die Interviews wurden anonymisiert.</p> <p>Die Studie wurde vom NRES (National Research Ethics Service) Committee North East sowie vom Ethik-Ausschuss an der University of the West of England, Bristol genehmigt.</p>
<p>DATA COLLECTION: Descriptive Clarity Clear & complete description of site: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>Die 19 Teilnehmer sowie der Ort der Interviews wurden beschrieben. Die Interviews wurden in den jeweiligen Kliniken (4 verschiedene), in der die Patienten ihre Beratung hatten, durchgeführt. Die Beratungen zur Unterstützung des Selbstmanagements wurde von Gesundheitsfachpersonen durchgeführt, welche zuvor einen Fertigkeitstrainingskurs besucht hatten. Die Forschungsleiterin (ED) gab an, kein früherer Kontakt oder Beziehung zu den Teilnehmenden gehabt zu haben.</p>

<p>participants: x yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of re- searcher & rela- tionship with partici- pants: x yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of re- searcher: <input type="checkbox"/> yes x no</p>	<p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Die Dauer der Interviews wurde nicht angegeben. Auch wie oft und wie lange die Beratung zur Unterstützung des Selbstmanagements dauerte, wurde nicht erwähnt. Ansonsten scheint die Studie keine Bias zu beinhalten.</p>
<p>Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies? x (yes) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Das Forschungsteam entwickelte den Interviewleitfaden, zu welchem mit einem Link verwiesen wurde. Auf der Internetseite www.biomedcentral.com/submit kann der Interviewleitfaden als Word-Dokument heruntergeladen werden. Der Ort der Durchführung der Interviews, sowie die anwesenden Personen (ED und Interviewte) waren ersichtlich. Die Interviews wurden Audio aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert.</p> <p>Über die Zeitspanne sowie die Dauer der Interviews gibt es keine Angaben. Ebenso fehlt der Zeitaufwand des Forscherteams. Die Angaben waren somit grösstenteils von prozeduraler Strenge.</p>
<p>DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? x yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Die 19 Interviews wurden von derselben Autorin (ED), die die Interviews geführt hat mit einem induktiven Ansatz analysiert. In der ersten Phase wurden die Daten, anhand mehrmaligem Durchlesen und versehen von Notizen, codiert. In einer zweiten Phase wurden alle Wörter und Phrasen aus den codierten Transkripten gesammelt und zusammengestellt. Diese Liste wurde anschliessend verfeinert und zu übergreifenden Themen und Unterthemen geordnet. Die Forschende wandte hier einen iterativen Prozess an, bei dem die auftauchenden Themen und Unterthemen ständig mit den Transkript-Codes verglichen wurden. 6 Transkripte wurden noch, um einen Forscher-Bias zu reduzieren, von 3 unabhängigen Personen aus dem Forscherteam analysiert. Die endgültige Analyse stammte schlussendlich aus den Interpretationen von 4 Personen aus dem Forscherteam.</p> <p>Die Datenanalyse ist gut beschrieben und passend zur Fragestellung.</p> <p>Ergebnisse: Es wurden 3 Themen erhoben, zu den Gedanken der Patienten über Interaktionen welches ihr Selbstmanagement beeinflusste. Diese drei Themen wurden miteinander verknüpft und in ein viertes Thema eingeteilt, das die Vorteile eines aktiven Engagements in Beratungen identifizierte.</p> <p>Thema 1: Patienten und Gesundheitsfachpersonen, die Betreuung als eine gemeinsame Aufgabe betrachten Die Patienten beschrieben, dass sie sich besser fühlten, wenn sie aktiv in ihre Behandlungen einbezogen werden.</p>

	<p>Patienten übernehmen Verantwortung für ihre Rheumatoide Arthritis und ihre Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Patienten sehen die Offenheit über ihre Krankheit zu sprechen und wie sie dadurch beeinflusst werden, als essenziell in der Beratung. - Die Teilnehmenden sehen die Eigenverantwortung für das Leben mit der RA als grundlegende Bedeutung, um Verhaltens- und psychologische Anpassungen überhaupt vorzunehmen. - Zusätzlich zum Erzählen über ihre Gesundheit, wollten die Patienten informiert und sachkundig sein über ihre eigene Pflege, was oft zu Fragen führt, die die Gesundheitsfachperson beantworten sollte. <p>Gesundheitsfachpersonen erforschen und verhandeln mit Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es wird nicht erwartet, dass die Gesundheitsfachpersonen immer eine Antwort bereit haben. Vielmehr wünschen sich die Patienten die Offenheit der Gesundheitsfachpersonen Optionen zu erforschen und offen für Verhandlungen zu sein. - Ebenso wie Offenheit und Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachperson und Patient, ist es von Vorteil, wenn verschiedene Professionen in einem Team zusammenarbeiten. <p>Thema 2: Gesundheitsfachpersonen verstehen die Herausforderungen der Patienten</p> <p><i>Anerkennung der Auswirkungen der Krankheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Gesundheitsfachpersonen sollten den Fokus nicht nur auf den Symptomen der Krankheit und deren Behandlung legen. Vielmehr sollten sie auch Wissen und Verständnis über die Physischen, Sozialen und Emotionalen Auswirkungen haben. Also einen Ganzheitlichen Ansatz. <p>Fokussierung auf die Prioritäten des Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durch Gespräche in den Beratungen werden die Hauptsorgen, Fragen und Prioritäten der Patienten erst sichtbar. <p>Thema 3: Offene, nicht-didaktische Kommunikation Patienten bevorzugen offene, patientenzentrierte Kommunikationsstyle</p> <p><i>Der Gebrauch von nicht-didaktischen, Patientenzentrierten Ansätze</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Konsultationen waren konstruktiver, wenn die Gesundheitsfachpersonen die Patienten dazu veranlasst haben, an eine Herausforderung zu denken, eine Priorität für Veränderungen zu identifizieren und Ziele festzulegen. Das heisst, wenn die Patienten selbst entscheiden konnten und nicht gesagt bekommen, was sie tun sollten - Zusätzlich zu den Gesprächen waren der Einbezug von visuellem Material und schriftlichen Aufzeichnungen hilfreich für die Kommunikation und das Verständnis. <p>Thema 4: Die Vorteile von aktiver Beteiligung in der Beratung</p> <p><i>Erhöhtes Vertrauen, die Auswirkungen der IA zu meistern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Vertrauen der Patienten in den Beratungen proaktiv zu sein und ihre eigenen Erfahrungen und Fachkenntnisse zu bewerten die ihre Fähigkeit, mit den Auswirkungen der IA umzugehen, erhöht haben, sollte verstärkt werden. <p>Grössere Akzeptanz eines langfristigen Zustandes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstmanagement wurde als ein fortlaufender Prozess beschrieben, der Gedanken und Anstrengungen benötigt um ihn aufrechtzuerhalten. - Durch diese Beratung wurde eine Verschiebung von kämpfen mit den Symptomen, Zukunftsängsten, Heilungswünschen zu einer Akzeptanz ihres Zustandes und dem Glauben ihre Situation zu managen beschrieben.
Auditability	Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.

<p>Decision trail developed? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Es wurde beschrieben, wie die Kodierungen vorgenommen wurden, wie diese entstanden sind und dass diese von den weiteren unabhängigen Autoren überprüft wurden. Ebenfalls wurde aufgezeigt, dass ein iterativer Prozess verwendet wurde. Somit scheint der Prozess der Datenanalyse adäquat beschrieben zu sein.</p>
<p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Ein Konzept des Selbstmanagements wurde in der Einleitung beschrieben. Im Ergebnis teil wurden zu den vier Hauptthemen weitere Kategorien abgeleitet und es entstand ein vollständiges Bild über die Erfahrungen von Patienten in einer Beratung zur Unterstützung des Selbstmanagements. Die Themenbereiche wurden mit passenden Zitaten untermauert, um die Verständlichkeit zu verbessern. In der Diskussion wurde das Konzept des Selbstmanagements erneut aufgegriffen und in der Diskussion der Ergebnisse Bezüge zu Literatur hergestellt.</p>
<p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Confirmability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Glaubwürdigkeit: Durch die Forschertriangulation, bei der verschiedene Personen die Daten analysierten, wurde die Glaubwürdigkeit gesteigert. Ein Peer-Debriefing fand zum Schluss statt, um die endgültige Analyse zu interpretieren. Ein Member-Checking wurde nicht durchgeführt.</p> <p>Übertragbarkeit: Die Teilnehmenden wurden genau beschrieben, was die Übertragbarkeit steigert. Ebenfalls wurden wörtliche Zitate in den Ergebnisse verwendet.</p> <p>Nachvollziehbarkeit: Der Kontext und die anwesenden Personen während des Interviews wurde beschrieben, was die Nachvollziehbarkeit steigert. Ebenfalls steht der Interviewleitbogen zur Verfügung. Zur Zeitdauer der Interviews stehen keine Angaben.</p> <p>Bestätigbarkeit: Bestätigung wurde durch Peer Debriefing eingeholt, welches jedoch in der Studie nicht erwähnt wird, auf der Internetseite aber abrufbar sind. Ebenfalls wurde die Studie vom Ethik-Komitee NRES und University of the West of England genehmigt. Die Teilnehmer wurden aufgeklärt und gaben ihre Zustimmung.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Die Studie zeigt die Erfahrungen von Patienten in Beratungen mit Gesundheitsfachpersonen, die zuvor einen Fertigkeitstrainingskurs zur Unterstützung des Selbstmanagements besucht haben. Es werden hilfreiche sowie auch hinderliche Fertigkeiten und Kompetenzen der Gesundheitsfachpersonen aufgezeigt. Nur eine der Teilnehmenden hatte ihre Beratung bei einer Ergotherapeutin. Die erhobenen Fertigkeiten und Kompetenzen können jedoch auch von den anderen Gesundheitsberufen auf die Ergotherapie übertragen werden. Deshalb ist diese Studie für unsere Forschungsfrage von Bedeutung.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>In der Schlussfolgerung wurden wichtige Ergebnisse zusammengefasst:</p>

<p>Conclusions were appropriate given the study findings? x yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Forschenden nehmen Bezug zur Einleitung und weisen darauf hin, dass das Konzept des Selbstmanagements, welches einen ganzheitlichen Ansatz einnimmt, wichtig ist für die Zusammenarbeit und das klinische Outcome. - Es wird kurz angesprochen, dass nicht alle Patienten dieses Modell mögen, jedoch nicht weiter darauf eingegangen. Es hätten zum Beispiel Alternativen oder Ideen aufgezeigt werden können. - Es wird ein Bezug zur Wichtigkeit der Kommunikation insbesondere der nicht-didaktischen Kommunikation in der Beratung geschaffen und mit mehreren Quellen unterstützt. Es werden dazu weitere Konzepte kurz aufgezeigt, wie das 5-Schritte-Modell, die motivierende Gesprächsführung und gemeinsame Entscheidungsfindung. - Zum Schluss nehmen die Forschenden nochmals Bezug zu ihrer Früheren Studie, bei der es um die Sicht der Gesundheitsfachpersonen ging. Es wird aufgezeigt, dass sich die Ergebnisse der beiden Studien unterstützen. <p>Die Studie spricht alle Gesundheitsfachpersonen an. Einer der rekrutierenden Gesundheitsfachpersonen war eine Ergotherapeutin. Da es bei dieser Studie um die Sicht der Patienten ging, spielt es keine grosse Rolle, welche Gesundheitsfachperson die Beratung durchführte. Dadurch ist diese Studie für die Ergotherapie relevant.</p> <p>Der ganzheitliche Ansatz in der Beratung zum Selbstmanagement, ist sehr wichtig für die Zusammenarbeit und das klinische Outcome. Bezug zur Wichtigkeit der Kommunikation insbesondere der nicht-didaktischen Kommunikation wurde geschaffen. Es werden dazu weitere Konzepte kurz aufgezeigt, wie das 5-Schritte-Modell, die motivierende Gesprächsführung und gemeinsame Entscheidungsfindung.</p> <p>Die Haupteinschränkungen der Studie waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle Teilnehmenden wurden von Gesundheitsfachpersonen, die zuvor einen Fertigkeitstrainingskurs besuchten rekrutiert. Es könnte deshalb sein, dass die ausgewählten Patienten über mehr Erfahrung hinsichtlich solchen Beratungen verfügten, als andere Patienten. - Auch könnte es sein, dass sich vor allem Patienten gemeldet haben, die positive Erfahrungen durch die Interaktion in der Beratung gemacht haben.
---	---

1 When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

2 Throughout the form, “no” means the authors explicitly state reasons for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

**Critical Review Form - Qualitative
Studies (Version 2.0)**

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

Studie 3:

Guidetti, S. & Tham, K. (2002). Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: A qualitative study. *Occupational Therapy International*, 9, 257-276. doi:10.1002/oti.168

	Comments
<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Das Ziel war, zu beschreiben, was die therapeutischen Strategien charakterisiert, die von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen während Selbstversorgungstraining mit Klienten nach einem Schlaganfall oder einer Wirbelsäulenverletzung, angewendet werden.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>In der Einleitung wird ersichtlich, dass es in der Literatur an empirischen Studien fehlt, die die therapeutischen Strategien, die im Selbsthilfettraining in den Rehabilitationszentren verwendet werden, identifizieren. Ebenfalls weiss man sehr wenig über die therapeutischen Komponenten sowie die Auswirkungen von Aktivitäten wie Selbsthilfettraining.</p> <p>Die Hintergründe von Selbsthilfettraining in neurologischen Rehabilitationskliniken, sowie Strategien und Ziele von Ergotherapeutischen Interventionen werden aufgezeigt und mit Literatur belegt. Dies wird sehr ausführlich, klar und nachvollziehbar beschrieben.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?1</p> <p>Die Studie eignet sich teilweise für unsere Fragestellung. Die Studie bezieht sich auf Strategien von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, wodurch Kompetenzen und Fertigkeiten abgeleitet werden können. Auch geht es um Selbsthilfettraining und nicht um das Unterstützen im Selbstmanagement. Wir gehen jedoch davon aus, dass hier ein Übertrag stattfinden kann. Aus diesem Grund und weil dies die einzige Studie war, die sich expliziert auf die Ergotherapie bezieht, lohnt es sich die Ergebnisse zu studieren.</p>
<p>STUDY DESIGN: What was the design? x phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Das Studiendesign orientiert sich an der Phänomenologie. Dies scheint angemessen zu sein, da die Erfahrungen sowie das individuelle Erleben und innere Gedankengänge von den Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen erforscht werden sollen.</p>

<input type="checkbox"/> other Method(s) used: <input type="checkbox"/> participant observation <input checked="" type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other	Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose? Die Studie basierte auf Interviews, die codiert und mittels EPP (Empirical, Phenomenological, Psychological) analysiert wurden. Die EPP-Methode ist eine qualitative, interpretative und deskriptive Methode, die das Wesen, die Struktur und den Charakter des untersuchten Phänomens auf der Grundlage der Lebenserfahrungen der Teilnehmer beschreibt. Somit ist diese Methode passend zur Fragestellung. Die Interview-Fragen waren informell, offen und konzentrierten sich darauf, wie die Ergotherapeuten das Selbsthilfetraining empfunden haben, sowie die Gründe für ihr Tun und ihre Gedanken während des Selbsthilfetrainings. Die Ergotherapeuten wurden gebeten, so konkret und mit so vielen Details wie möglich ihre Erfahrungen über die Durchführung von Selbsthilfetraining mit einem bestimmten Klienten zu beschreiben. Sie konnten wählen, ob sie über eine Intervention mit einem positiven oder einem negativen Outcome interviewt werden möchten. Der Interviewleitfaden war in der Studie nicht ersichtlich.
SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input checked="" type="checkbox"/> (yes) <input type="checkbox"/> no	Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? Die Teilnehmenden Ergotherapeuten wurden in geriatrischen und neurologischen Rehabilitationskliniken in Schweden rekrutiert. Eine selektive Auswahl erfolgte von Personen, die von Kollegen als "gute" Ergotherapeuten empfohlen wurden, die in ihrer täglichen klinischen Arbeit mehrmals wöchentlich ein Selbsthilfetraining durchführten. Daraufhin nahmen die Forschenden mit diesen Personen Kontakt auf. In wie vielen Rehabilitationskliniken nach Teilnehmenden rekrutiert wurde ist nicht ersichtlich. Ebenso ist aus der Beschreibung nicht klar, wer genau diese selektive Auswahl getroffen hat. Die Stichprobenmethode war für den Studienzweck angemessen, da alle Teilnehmenden, Selbsthilfetraining bei Klienten nach einem Schlaganfall oder einer Wirbelsäulenverletzung durchführen. Die Stichprobengröße war für einen qualitativen Forschungsansatz ebenfalls angemessen.
Was sampling done until redundancy in data was reached? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed	Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing? Es nahmen 12 Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen teil, 6 davon mit einem Klienten nach einem Schlaganfall und 6 davon mit einem Klienten mit einer Wirbelsäulenverletzung. Sie arbeiteten alle in einer geriatrischen oder neurologischen Rehabilitationsklinik in Schweden und mussten mindestens 5 Jahre Berufserfahrung haben. Die Schweregrade der betroffenen Klienten variierte. Über das Geschlecht und das Alter der Teilnehmenden gibt es keine Angaben, was wir noch wichtig gefunden hätten. Wenn nur Frauen an der Studie teilgenommen haben, wäre dies ein einseitiges Bild der Ergebnisse. Er wurde nicht angegeben, ob eine Datensättigung erreicht wurde.
Was informed consent obtained? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed	Es wird nicht ersichtlich, ob die Teilnehmenden eine Einverständniserklärung unterschrieben haben oder nicht.
DATA COLLECTION: Descriptive Clarity Clear & complete description of	Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture? Die 12 Teilnehmer, die Zeitdauer sowie der Ort der Interviews wurden beschrieben. Die Interviews wurden in den jeweiligen Kliniken in dem die Ergotherapeuten arbeiteten durchgeführt. Es wird aus der Studie nicht ersichtlich, wie sie die Teilnehmenden genau

<p>site: <input type="checkbox"/> yes x no participants: <input type="checkbox"/> yes x no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input type="checkbox"/> yes x no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: <input type="checkbox"/> yes x no</p>	<p>rekrutiert haben. Ebenfalls steht kein Interviewleitbogen oder Beispielfragen zur Verfügung.</p> <p>Ob die Forschenden die Teilnehmenden persönlich kennen wurde nicht beschrieben.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genauer Beschrieb der Rekrutierung der Teilnehmenden • Angaben zum Geschlecht der Teilnehmenden
<p>Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies? <input type="checkbox"/> yes x no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Das Interview beinhaltete informelle und offene Fragen. Ein Interviewleitfragen oder Beispielfragen wurden nicht beschrieben. Der Ort der Durchführung der Interviews, die Dauer, sowie die anwesenden Personen waren ersichtlich. Die Interviews wurden Audio aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert.</p> <p>Über die Zeitspanne der Interviews gibt es keine Angaben. Ebenso fehlt der Zeitaufwand des Forscherteams. Die Angaben waren somit grösstenteils von prozeduraler Strenge.</p>
<p>DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? x yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Die Datenanalyse fand in 5 Schritten nach dem EPP statt. Im ersten Schritt wurden alle Transkripte vom 1 und 2 Autor gelesen, um ein Verständnis der Erfahrungen zu bekommen. Im zweiten Schritt teilte der 1 Autor die Protokolle in kleinere Einheiten. Im dritten Schritt wurden alle Einheiten in eine Sprache der Forschenden übersetzt, interpretiert. Die Forscher verfolgten und interpretierten die Bedeutung der therapeutischen Strategien, die explizit und implizit von den Studienteilnehmern ausgedrückt wurden. Im vierten Schritt wurden diese Bedeutungen für jedes Protokoll strukturiert zusammengestellt. Im fünften Schritt wurden diese Bedeutungsstrukturen jedes einzelnen Protokolls auf alle Teilnehmende generalisiert.</p> <p>Die Datenanalyse ist sehr gut beschrieben und passend zur Fragestellung.</p> <p>Ergebnisse:</p> <p>8 therapeutische Strategien kamen zum Vorschein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vertrauensvolle Beziehung aufbauen, Klient verstehen 2. Den richtigen Weg zur Motivation des Klienten finden 3. Den Klienten unterstützen bei der Zielsetzung <ul style="list-style-type: none"> ○ Erwartungen des Trainings offenlegen 4. Erfahrung durch Praxis ermöglichen <ul style="list-style-type: none"> ○ Kompetenz des Klienten sichtbar machen ○ Aufzeigen von Beeinträchtigung durch Konfrontation ○ Neue Lösungen finden lassen mit Versuch & Irrtum 5. Die Trainingssituation auf die Klientenbedürfnisse anpassen <ul style="list-style-type: none"> ○ Präsenz des Therapeuten zurücknehmen während Training ○ Den richtigen Prozessmodus finden ○ Umwelt anpassen ○ Zeitabgleich um die Bedürfnisse des Klienten zu treffen 6. Therapeutische Rolle wie ein Chamäleon wechseln

7. Therapeutische Zusammenarbeit aufrechterhalten

8. Verschiedene Kommunikationswege brauchen

- Konversation als therapeutisches Mittel einsetzen
- Körper als Mittel einsetzen

Strategien 1-5 folgen nacheinander im Prozess, wobei 6-8 von Anfang bis Schluss ständig laufen.

Strategie 1: Vertrauensvolle Beziehung aufbauen

- Es sollte eine Atmosphäre von Empathie und Verständnis gegenüber dem Klienten herrschen, um eine sinnvolle Beziehung und gegenseitiges Vertrauen herzustellen.
- Physikalische und Psychische Grenzen sollten akzeptiert werden
- Konversation führen, zum Beispiel gemeinsam einen Kaffee trinken nach der Therapie

Klient verstehen

- Das Verständnis für den Klienten ist wichtig, um Kooperation zu erzielen und die Beziehung zu festigen.
- Es wird ein Bild über den Klienten geschaffen, durch Hintergrundwissen wie den Schweregrad der Verletzung, durch Beobachtungen des Klienten durch Interaktion mit dem Klienten und durch frühere Erfahrungen → Einfluss auf was vom Klienten erwartet werden kann.
- Während des Selbsthilfetrainings versuchen die Therapeuten so passiv wie möglich zu sein und zu beobachten. Daraus und aus den Gesprächen werden Ressourcen, Limitationen, Gewohnheiten, Rollen, Interessen und Erfahrungen analysiert.

Strategie 2: Den richtigen Weg zur Motivation des Klienten finden

- Aufklärung über den Grund und das Ziel des Selbsthilfetrainings
- Nachfragen, was gut geht, wo noch Hilfe benötigt wird
- Herausfinden was die grössten Schwierigkeiten sind und Ressourcen identifizieren

Strategie 3: Den Klienten unterstützen bei der Zielsetzung

- Aufzeigen, dass Training wieder zur Selbständigkeit führen kann
- Die Klienten müssen jedoch wieder selbstständig sein wollen und die Ziele sollen gemeinsam gesetzt werden.
- Die Fähigkeit Flexibel zu sein, wurde als wichtige Kompetenz der Therapeuten identifiziert.
- Selbsthilfetraining sollte den Klienten helfen flexibel in ihren Problemlösestrategien zu sein, um Alltagssituationen zu meistern.
- Die Klienten sind ihre eigenen Experten. Die Therapeuten sind nur zur Unterstützung da.

Erwartungen des Trainings offenlegen

- Aufzeigen, was mit dem Selbsthilfetraining möglich ist und was nicht.
- Die Einschränkungen der Verletzung aufzeigen, erklären (schien keinen Unterschied zu geben bei den Schlaganfallpatienten und denen mit einer Wirbelsäulenverletzung.)
- Denn wenn die Erwartungen zu hoch sind, gibt der Klient möglicherweise auf.

Strategie 4: Erfahrung durch Praxis ermöglichen

- Die praktische Erfahrung scheint ein Schlüsselement zu sein, damit Klienten entsprechende Fähigkeiten entwickeln konnten. Dazu wurden 3 Strategien angewandt:

Kompetenzen des Klienten sichtbar machen

Aufzeigen von Beeinträchtigung durch Konfrontation

	<ul style="list-style-type: none"> • Bevor spezifische Probleme gelöst werden können muss das Bewusstsein der Beeinträchtigung vorhanden sein • Konfrontieren und Unterstützung anbieten zur selben Zeit <p><i>Neue Lösungen finden lassen mit Versuch & Irrtum</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Vertrauen haben, dass die Klienten selbst auf Lösungen kommen und dies ausprobieren lassen. Erst Eingreifen, wenn das Problem lange Zeit nicht gelöst werden kann, der Klient in Gefahr ist oder er um Hilfe bittet. <p>Strategie 5: Die Trainingssituation auf die Klientenbedürfnisse anpassen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Selbsthilfetraining sollte die früheren Abläufe und Gewohnheiten des Klienten berücksichtigen • Balance schaffen zwischen den Anforderungen und den Fähigkeiten des Klienten <p><i>Präsenz des Therapeuten während des Trainings zurücknehmen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Den Klienten Autonomie und Selbstständigkeit erfahren zu lassen, und um ihn in die Verantwortung zu ziehen <p><i>Den richtigen Prozessmodus finden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammen mit dem Klienten Strategien herausfinden, um die Selbstversorgung zu erleichtern. Dies sind immer individuelle Strategien, je nach Klient, aber basierend auf Erfahrungswerten. <p><i>Umwelt anpassen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einrichtung möglichst gleich wie im Zuhause des Klienten gestalten • Aber auch in völlig anderen Einrichtungen, um den Klienten auf verschiedene Umgebungen vorzubereiten, wie Pflegeheim, angepasstes Bad Zuhause etc. <p><i>Zeitabgleich um die Bedürfnisse des Klienten zu treffen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapeuten sind eine der wenigen, die einfach auf die Klienten „warten“, Beziehungstärkung • Zeit wird auch genutzt, um Klienten aufzuzeigen wie lange sie benötigen, um schneller zu werden. • Zeit kann auch als Feedback genutzt werden → heute schneller als gestern <p>Strategie 6: Therapeutische Rolle wie ein Chamäleon wechseln</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapeuten nehmen unterschiedliche Rollen ein, wie die motivierende Rolle, die coachende Rolle, die unterstützende Rolle, die lehrende Rolle • Diese Rollen können je nach Beziehung und Situation wechseln <p>Strategie 7: Therapeutische Zusammenarbeit aufrechterhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interaktion und Teamwork! <p>Strategie 8: Verschiedene Kommunikationswege brauchen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch Konversation, Zusammenarbeit, nonverbale Kommunikation <p><i>Konversation als therapeutisches Mittel einsetzen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserungen aufzeigen → Kompetenzen des Klienten hervorheben • Aufzeigen von Schwierigkeiten, Bewusstwerden der Einschränkungen • Symbole und Metaphern einsetzen um die Fähigkeiten des Klienten zu beschreiben • Fragen stellen um ein Gespräch anzuregen → narrativ & konditional <p><i>Körper als Mittel einsetzen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Techniken selbst ausprobieren um ein besseres Gefühl dafür zu bekommen, wie es sich für den Klienten anfühlt. • Techniken selbst ausführen um es dem Klienten vorzumachen • Durch Anwesenheit Sicherheit im Raum schaffen
<p>Auditability Decision trail developed? x yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p>

<p>Process of analyzing the data was described adequately? x yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Es wurde beschrieben, wie die Kodierungen vorgenommen wurden und wie diese entstanden sind (EPP). Die Datenanalyse wurde von mehreren Forschern durchgeführt. Es ist aber nicht genau beschrieben von wie vielen. Trotzdem scheint der Prozess der Datenanalyse adäquat beschrieben zu sein.</p>
<p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Das Konzept ADL (activities of daily living) sowie die Verankerung des Selbsthilfetraining innerhalb dieses Konzeptes wird in der Einleitung aufgezeigt. Es werden verschiedene Verknüpfungen zu Ergotherapeutischen Interventionen, Strategien von Therapeuten sowie Ziele in neurologischen Rehabilitationskliniken hergestellt. Im Ergebnisteil wurden zu den acht Hauptthemen weitere Kategorien abgeleitet und es entstand ein vollständiges Bild über die verschiedenen Strategien die Ergotherapeuten im Selbsthilfetraining anwenden. Die Themenbereiche wurden mit passenden Zitaten untermauert, um die Verständlichkeit zu verbessern. In der Diskussion wurden die verschiedenen Strategien in Bezug zu anderer Literatur gestellt und gebündelt.</p>
<p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility x yes <input type="checkbox"/> no Transferability x yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input type="checkbox"/> yes x no Confirmability <input type="checkbox"/> yes x no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Glaubwürdigkeit: Durch die Forschertriangulation, bei der verschiedene Personen die Daten analysierten, wurde die Glaubwürdigkeit gesteigert. Ein Peer-Debriefing wurde nicht explizit erwähnt, wurde aber wahrscheinlich während der Datenanalyse durchgeführt, da sie beschreiben, dass sie mehrere Personen sind. Ein Member-Checking wurde nicht durchgeführt.</p> <p>Übertragbarkeit: Die Teilnehmenden wurden beschrieben, was die Übertragbarkeit steigert. Ebenfalls wurden wörtliche Zitate in den Ergebnisse verwendet.</p> <p>Nachvollziehbarkeit: Der Kontext, die Dauer sowie die anwesenden Personen während des Interviews wurde beschrieben, was die Nachvollziehbarkeit steigert. Allerdings wird nicht klar ersichtlich, wie die Teilnehmenden rekrutiert wurden. Auch steht der Interviewleitbogen nicht zur Verfügung.</p> <p>Bestätigbarkeit: Es wird weder ein Peer-Debriefing explizit erwähnt, noch eine Bestätigung eines Ethik-Komitees. Auch wird nicht ersichtlich, ob die Teilnehmenden informiert wurden und ihr Einverständnis gaben.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Die Studie zeigt Strategien von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen während des Selbsthilfetrainings mit Klienten die einen Schlaganfall oder eine Wirbelsäulenverletzung erlitten haben, auf. Daraus können die notwendigen Kompetenzen und Fertigkeiten abgeleitet werden. Auch geht es um Selbsthilfetraining und nicht um das Unterstützen im Selbstmanagement. Die Forschenden beschreiben jedoch, dass das Ziel von ergotherapeutischen Interventionen ist, dass die Klienten die grösstmögliche Unabhängigkeit und Kompetenz in ihrem Leben erreichen können. Die Definition einer therapeutischen Strategie ist nach Kielhofner (2002) die Handlung des Therapeuten, die das Tun, Fühlen und / oder Denken eines Klienten beeinflusst, um die gewünschte Veränderung zu erleichtern. Das Selbsthilfetraining wird als interaktiver und zusammenarbeitender Prozess zwischen Klient und Therapeut beschrieben. Dieser kann durch frühere Gewohnheiten oder Rollen, Umwelтанforderungen, aktuelle Aufmerksamkeit, Verständnis, Motivation und motorische Funktionen beeinflusst werden. Diese beschriebenen Komponenten spielen auch in der Unterstützung im Selbstmanagement eine wichtige Rolle, und können dadurch wahrscheinlich teilweise übertragen werden. Aus diesem Grund und weil dies</p>

	die einzige Studie war, die sich expliziert auf die Ergotherapie bezieht, wurde die Studie inkludiert.
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? x yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? x yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>In der Schlussfolgerung wurden wichtige Ergebnisse zusammengefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die erhobenen Strategien, können als theoretische Grundlage für Selbsthilfetraining in neurologischen Rehabilitationskliniken dienen. - Erstaunlich wenig Unterschiede im Umgang mit den Klienten mit einem Schlaganfall und solchen mit einer Wirbelsäulenverletzung - Interessant war, dass nicht mehr auf die Strategien eingegangen wurde, wie man einem Klienten Strategien lehrt. Die Forschenden führen dies auf die langjährige Erfahrung der Therapeuten zurück. - Als wichtigste Resultate der Studie wurde die vertrauensvolle Beziehung, die Zusammenarbeit sowie die Möglichkeit des Klienten selbst Erfahrungen zu machen identifiziert. - Diese Ergebnisse wurden auch in anderen Studien als wichtig erachtet, zum Beispiel, um Veränderungen zu erreichen (Kielhofner & Forthyth, 2002). Aber auch noch in weiteren. - Zusammenfassend ergab die Studie, dass Therapeuten, durch das Verständnis der individuellen Situation, ihre Strategien variierend einsetzen und sich selbst einsetzen, um Erfahrungen und Bedürfnisse während des Interventionsprozesses wahrzunehmen und darauf einzugehen. <p>In der Studie geht um die Sicht und die Erfahrungen von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen. Deshalb ist diese Studie für die Ergotherapie relevant.</p> <p>Die Haupteinschränkungen der Studie waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Fokus auf die Sicht der Therapeuten ist sehr spezifisch. Deshalb wäre es wichtig auch die Sicht der Patienten zu erforschen. - Fast alle Therapeuten beschrieben eine Situation mit einem positiven Outcome. Bei einer phänomenologischen Studie sollten aber möglichst viele verschiedene Sichtweisen erhoben werden.

1 When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

2 Throughout the form, “no” means the authors explicitly state reasons for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

**Critical Review Form - Qualitative
Studies (Version 2.0)**

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

Studie 4:

Mikkonen, I. & Hynynen, M. A. (2012). Health Care Professionals' Views about Supporting Patients' Self-Management. *Health Education, 112*, 396-405. doi:10.1108/09654281211253416

	Comments
<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? X yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Der Zweck der Studie ist, die Sicht von Gesundheitsprofessionen über ihre Klientenedukationsfertigkeiten sowie deren Entwicklung zu beschreiben.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? X yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Aufgrund der hohen Rate von chronisch kranken Menschen und den steigenden Kosten für eine angemessene Gesundheitsversorgung tragen Gesundheitsfachpersonen eine grosse Verantwortung in der Behandlung dieser Patienten und Patientinnen. Der Mangel an Wissen und Edukationsfertigkeiten unter den Gesundheitsfachpersonen hat zu unzureichender Versorgung und Aufklärung geführt. Demzufolge ist es für die Gesellschaft von grosser Bedeutung ein neuer innovativerer und effizienterer Behandlungsansatz für chronisch kranke Patienten und Patientinnen zu finden. Eine chronische Erkrankung betrifft alle Aspekte des Lebens. Gesundheitsfachpersonen haben ungenügendes Wissen über die Vorgehensweise, wie sie Patienten bzw. Patientinnen unterstützen können, ihr Verhalten zu ändern oder ihren Alltag zu bewältigen. Somit ist es wichtig, dass sie Patientenedukations- und Beratungsfertigkeiten entwickeln. Zudem ist es notwendig, dass sie das Selbstmanagements ihrer Patienten und Patientinnen unterstützen können.</p> <p>Ja, es ist klar und überzeugend.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review? 1</p> <p>In der Studie geht es um die Fertigkeiten, die Gesundheitsfachpersonen brauchen, um chronisch kranke Patienten und Patientinnen besser unterstützen zu können in ihrem Selbstmanagement.</p> <p>In unserer Fragestellung geht es um die gleichen Fertigkeiten, jedoch nur in Bezug auf Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.</p> <p>Ja, es lohnt sich, die Studie weiter zu analysieren.</p>
<p>STUDY DESIGN: What was the design?</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Es wird kein explizites Studiendesign erwähnt. Die Forscher untersuchen, warum Gesundheitsfachpersonen zu wenig kompetent sind in der Unterstützung des Selbstmanagements von chronisch kranken Patienten und Patientinnen. Es geht darum, die Sicht</p>

<input type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input checked="" type="checkbox"/> other	der Gesundheitsfachpersonen zu ihren eigenen Stärken und Schwächen sowie Entwicklungsmöglichkeiten ihrer Kompetenzen zu beschreiben.
Method(s) used: <input type="checkbox"/> participant observation <input type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input checked="" type="checkbox"/> other	Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose? Im Rahmen eines Onlinekurses über Patientenedukation und -beratung bekamen die 14 Teilnehmer die Aufgabe, schriftlich eine SWOT-Analyse zu ihren Patientenedukationsfertigkeiten sowie einen persönlichen Entwicklungsplan zu machen, um ihre Kompetenzen zu verbessern.
SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? 14 Gesundheitsfachpersonen eines Onlinekurses über Patientenedukation und -beratung wurden in die Studie inkludiert. Die meisten von ihnen hatten zu diesem Zeitpunkt viel Berufserfahrung. Die Teilnehmer wurden vorher informiert über die Studie und haben ihr mündliches Einverständnis gegeben.
Was sampling done until redundancy in data was reached? 2 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed	Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing? Zur Datensättigung sagen die Forscher nichts. Es wurde einfach einmal von jedem Teilnehmer die schriftliche Aufgabe ausgeführt. Es sind alles Gesundheitsfachpersonen. Die genaue Berufsbezeichnung wird aber nicht erwähnt. Sonst steht nichts zu den Einschlusskriterien. Unsere Forschungsfrage bezieht sich zwar nur auf Ergotherapeuten und -therapeutinnen, in den Einschlusskriterien sind aber alle Professionen des Gesundheitswesens. Es lohnt sich also weiterzufahren.
Was informed consent obtained? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed	Die Teilnehmer wurden zu Beginn der Studie darüber informiert und gaben ihre mündliche Zustimmung zur Teilnahme sowie zur anonymisierten Verwendung ihrer schriftlichen Arbeit.
DATA COLLECTION: Descriptive Clarity Clear & complete description of site: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no participants: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no	Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture? Es waren fünf Kurse und die darin enthaltene schriftliche Aufgabe wurde im zweiten Kursblock online ausgeführt. Es war ein Modul von 15 credits (400 Arbeitsstunden) an der Savonia University of Applied Sciences in Finland. Die Forscherin Mikkonen ist Verantwortliche für das Kurrikulum der Pflege an der Savonia University und hat Forschungserfahrung. Die Studie wurde von der Forschungsuniversität genehmigt und ausgeführt. Die Daten wurden von zwei Forschern einzeln analysiert. Um persönliche Vorurteile (bias) zu vermeiden, wurden in allen Phasen der Studie intensive Reflexionen unter den Kollegen gegeben. Somit wurde die Objektivität des Prozesses erhöht.

<p>Role of re- searcher & re- lationship with partici- pants: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assump- tions and biases of re- searcher: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Es fehlen Informationen zu den Teilnehmern (Geschlecht, Alter, Berufserfahrung). Zu- dem weiss man nicht, ob der Kurs obligatorisch oder freiwillig war und ob die Kursteil- nehmer schon diplomiert sind oder noch in Ausbildung.</p>
<p>Procedural Rigour Procedural ri- gor was used in data collection strategies? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not ad- dressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Es gibt einen Link zu diesem Onlinekurs der Savonia University. Er ist jedoch nicht mehr aufrufbar.</p> <p>In der Studie ist nur ein kleiner Ausschnitt aus der Datenanalyse zu sehen.</p>
<p>DATA ANAL- YSES: Analytical Rigour Data analyses were induc- tive? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> X not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Es waren insgesamt 83 Seiten der schriftlichen Aufgabe. Von zwei Forschern wurde se- parat eine qualitative Inhaltsanalyse gemacht. Zuerst wurden die Arbeiten gelesen. Da- nach gab es fünf Schritte in der Analyse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Die Statements der Teilnehmer wurden identifiziert. 2) Der Text wurde kondensiert ohne die Idee zu verlieren. 3) Den kondensierten Text wurde mit Codes zum Inhalt versehen. 4) Unterkategorien wurden gebildet. 5) Die Subkategorien wurden kombiniert, um Themen zu formen, welche die Sicht der Teilnehmenden repräsentieren. <p>Das Ziel war, herauszufinden, ob sie anerkennen, dass sie ihre Patientenedukationsfer- tigkeiten in Richtung Klientenzentriertheit und Selbstmanagement verbessern müssen.</p> <p>Es wird nicht erwähnt, ob die Methode induktiv ist oder nicht, aber ich denke, sie ist in- duktiv und angemessen, weil von einzelnen Statements eine Generalisierung gemacht werden will.</p> <p>Ergebnisse: 3 Hauptthemen kamen heraus, um die Sicht der Teilnehmer zu beschreiben in Bezug auf ihre Patientenedukationsfertigkeiten und deren Entwicklung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientenzentrierte Beratung - Unterstützung des Selbstmanagements - Kontinuierliche Weiterentwicklung <p>Patientenzentrierte Beratung: Unterthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientenzentrierter Beratungsstil - Edukation und Beratung mit dem Patienten zusammen planen und evaluieren - Patientenziele - Bedürfnisse und Lebenssituation des Patienten als Ausgangspunkt für die Bera- tung nehmen <p>(Unter Lebenssituation versteht das Pflegepersonal: Alltagsaufgaben, Ressourcen, Lebensstil, Umwelt, Werte und Glauben des Patienten)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Lernfähigkeit des Patienten berücksichtigen (Dem Personal wurde bewusst, dass sie sehr viel sprachen, dem Patienten nicht zuhörten und ihm kein Raum zum sprechen gaben. Sie fanden heraus, dass eine gleichgestellte Position zwischen Personal und Patient bestehen sollte, da beide Experten sind in der Situation und ihre Expertise teilen.) - Individualität in der Patientenedukation (Je mehr Beratungen durchgeführt wurden, desto sicherer wurde das Personal und fand eigene Muster in der Beratung, welche bei allen Klienten anwendbar war.) <p>Unterstützung des Selbstmanagements:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung des Selbstmanagements und der Selbstversorgung, indem der Patient motiviert wird, eigene Ziele zu formulieren. Es ist auch wichtig, dem Patienten Alternativen aufzuzeigen anstatt ihn mit direkten Instruktionen zu versorgen. Dem Patienten soll unterstützendes Feedback gegeben werden und von ihm auch Feedback an das Personal eingefordert werden. Der Patient soll unterstützt werden bei Veränderungen und beim Übernehmen von Verantwortung. Notwendig ist auch, an das Recht auf Selbstbestimmtheit des Patienten zu denken und sein Selbstvertrauen zu stärken. - Wichtig ist auch, die Partizipation der Familie zu fördern. - Mit schriftlichen Unterlagen soll die mündliche Beratung ergänzt werden. - Dokumentation der individuellen Edukation und Beratung, um Kontinuität sicherzustellen. <p>Kontinuierliche Weiterentwicklung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Notwendigkeit kontinuierlicher Reflexion und Entwicklung der eigenen Fähigkeiten in der Patientenedukation und Beratung - Gebrauch von motivierender Gesprächsführung und offenen Fragen - Die Problemlöse- und Entscheidungsfindungsfähigkeiten des Patienten unterstützen - Aktiv Feedback und Evaluation aus Sicht des Patienten einfordern - Sich versichern, dass der Patient die Edukation verstanden hat
<p>Auditability Decision trail developed? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Über den Entscheidungsweg schreiben die Forscher nichts.</p> <p>Der Prozess der Analyse wird in fünf Schritten nachvollziehbar beschrieben. Im Beispiel dazu sind jedoch nur vier Schritte ersichtlich. Der Schritt der Codierung fehlt und ist als einziger Schritt nicht gut nachvollziehbar.</p>
<p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Aus der Inhaltsanalyse wurden die verschiedenen Themen in Unterkategorien eingeteilt (siehe Ergebnisse). In der Diskussion wird die Wichtigkeit dieser Kategorien wieder aufgegriffen und mit zusätzlicher Literatur untermalt. Das Thema wird am Schluss der Diskussion auch noch in Bezug zur Gesellschaft gesetzt. Es wird empfohlen, noch weitere Studien zum Thema durchzuführen.</p>
<p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p>

<p>components of trustworthiness? Credibility X yes <input type="checkbox"/> no Transferability X yes <input type="checkbox"/> no Dependability X yes <input type="checkbox"/> no Confirmability <input type="checkbox"/> yes X no</p>	<p>Credibility/Glaubwürdigkeit: Die Forscherkollegen reflektierten sich während des gesamten Prozesses gegenseitig (peer-reflection). Forschertriangulation wurde angewendet, indem zwei Forscher separat die Arbeiten analysiert haben.</p> <p>Transferability/Übertragbarkeit: Über das Sampling wird nicht viel gesagt. Im Methodenteil sprechen sie von Gesundheitsfachpersonen und im Resultateteil von Pflegefachpersonen. Es wurden wörtliche Zitate und ein Analysebeispiel eingeführt, damit sich der Leser ein besseres Bild machen kann.</p> <p>Dependability/Verlässlichkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit: Der Weg der Datenerhebung wurde knapp beschrieben. Der Analyseprozess wurde detaillierter beschrieben, indem alle fünf Phasen aufgezeigt wurden. Die Daten wurden sinnvoll interpretiert und in Unterthemen kategorisiert.</p> <p>Confirmability/Bestätigbarkeit: Um persönliche Vorurteile (bias) auszuräumen und die Objektivität grösstmöglich zu halten, führten die Forscherkollegen während allen Phasen der Studie gegenseitige Reflexionen durch (peer-reflection). Es wurde jedoch keine externe Person hinzugezogen.</p> <p>School of Health Care, Savonia University of Applied Sciences, Kuopio, Finland</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Die Resultate können meiner Meinung nach auch auf Ergotherapeutinnen und –therapeuten übertragen werden, da sie wie Pflegefachpersonen oder andere Professionen des Gesundheitswesens in engem Kontakt mit dem Klienten oder der Klientin stehen und sie ebenfalls auf den Klinikaustritt vorbereiten.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? X yes <input type="checkbox"/> no The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? X yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Um bestmögliche Erfolge in der Behandlung zu erzielen, sollte im Kontakt mit Patienten mehr patientenzentriert gearbeitet werden, d.h. Bedürfnisse, Werte und Glauben sowie die Lebenssituation des Patienten sollen berücksichtigt werden. Es ist wichtig, dass beide, Gesundheitsfachperson und Patient, als Experten der Situation angesehen werden und dass der Patient aktiv partizipiert und Selbstverantwortung für sein Leben übernimmt. Ausserdem ist die Unterstützung des Selbstmanagements in der Patientenbetreuung und –edukation von zentraler Bedeutung.</p> <p>Die Studienteilnehmer haben erkannt, dass sie ihre eigenen Fähigkeiten, Werte und Glauben anerkennen müssen, um ihre Patientenedukationsfertigkeiten zu entwickeln. Reflexion ist unabdingbar für einen Paradigmawechsel von der traditionellen Patientenedukation zur patientenzentrierten Edukation.</p> <p>Die Studie hat keine expliziten Erkenntnisse für die Ergotherapie beschrieben, da die Studienteilnehmer Pflegefachpersonen waren. Die Erkenntnisse sind jedoch sehr gut übertragbar auf die Klientenarbeit in der Ergotherapie.</p> <p>Limitationen: Das Sampling ist mit 14 Teilnehmern eher klein. Es wurden keine Angaben zu den genauen Arbeitsfeldern der Studienteilnehmer und deren Berufserfahrung gemacht. Für die Datenanalyse wurde keine externe Person hinzugezogen, wodurch die Bestätigbarkeit nicht gewährleistet ist.</p>

1 When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

2 Throughout the form, “no” means the authors explicitly state reasons for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

<p>Studie 5:</p> <p>Lawn, S., Battersby, M., Lindner, H., Mathews, R., Morris, S., Wells, L. & Reed, R. (2009). What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? Seeking consumer perspectives. <i>Australian Journal of Primary Health</i>, 15, 37-44. doi:10.1071/PY08053</p>

	Comments
<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? X yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Das Ziel dieser Studie war, gemäss den Vorstellungen von australischen Klienten und Betreuenden zu identifizieren, welche Fertigkeiten Gesundheitsfachpersonen benötigen, um Personen mit chronischen Krankheiten im Selbstmanagement effektiv zu unterstützen.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? X yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Chronische Erkrankungen zählen zu den häufigsten und teuersten Erkrankungen im Gesundheitssystem. Zudem sind es die am besten zu vermeidenden Erkrankungen. Durch Früherkennung und Behandlung sowie partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Patienten können Komplikationen hinausgezögert werden. Dies ist am effektivsten in Systemen, die Selbstmanagement unterstützen. Die globale Verschiebung in der Gesundheitspolitik auf mehr patientenzentrierte Versorgung hat zu einer verstärkten Fokussierung auf Selbstmanagementmodelle geführt, die die Menschen mit chronischen Erkrankungen aktiver miteinbeziehen. Aktuelle Evidenz besagt, dass Patienten mit wirksamen Selbstmanagementstrategien den grösseren Nutzen aus den verfügbaren Gesundheitsdienstleistungen ziehen können sowie eine verbesserte Selbstversorgung haben. Globale Trends im Krankheitsauftreten indizieren, dass beträchtliche Veränderungen erforderlich sind, damit Gesundheitssysteme verantwortungsbewusst und flexibel auf die sich verändernden Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung reagieren können. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mehrere Kompetenzen identifiziert, die von Gesundheitsfachpersonen und -systemen gefordert sind für eine wirksame Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, einschliesslich patientenzentrierte Betreuung, Partnerschaft und Einnahme einer gesundheitspolitischen Perspektive. Mehr integrierte und multidisziplinäre Versorgungssysteme sind erforderlich, um auf die erhöhten Anforderungen an die Gesundheitsversorgung einzugehen. Wichtig für die Zufriedenheit der Patienten ist, dass sie mit Respekt, Würde, Zuversicht, Vertrauen und emotionaler Unterstützung behandelt werden. Zudem wurde herausgefunden, dass Empathie, Expertise und die Fähigkeit Hoffnung zu bieten genau so wichtig waren wie die Krebsbehandlung.</p> <p>Ja, es war klar und überzeugend.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> <p>Die Studie möchte die Fertigkeiten herausfinden, die von Gesundheitsfachpersonen gebraucht werden für die Unterstützung des Selbstmanagements von chronisch kranken Menschen.</p>

	<p>Diese Fertigkeiten können wir in unserer Arbeit bestimmt auf die Ergotherapie übertragen. Ja, es lohnt sich, weiterzulesen.</p>
<p>STUDY DESIGN: What was the design? <input type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Es wird kein explizites Studiendesign erwähnt. Die Forscher untersuchen, welche Fertigkeiten Gesundheitsfachpersonen aus der Sicht von Klienten und Betreuenden benötigen, um Personen mit chronischen Krankheiten im Selbstmanagement effektiv zu unterstützen.</p>
<p>Method(s) used: <input type="checkbox"/> participant observation X interviews <input type="checkbox"/> document review X focus groups <input type="checkbox"/> other</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Es wurden Fokusgruppeninterviews mit Klienten und Betreuenden sowie Interviews mit Schlüsselpersonen (key informant) durchgeführt. Zudem wurde nach Inputs von Stakeholdern (key consumer and carer stakeholders) gefragt. Zu den Stakeholdern gehören Konsumenten, Gesundheitsfachpersonen, Pädagogen und staatliche Gesundheitsbehörden. Die Befragungen wurden in drei aufeinanderfolgenden nationalen Referenztreffen durchgeführt. Die Daten wurden in einem zyklischen Prozess überprüft, interpretiert und verifiziert.</p> <p>Den Teilnehmenden wurden Fragen zu folgenden Punkten gestellt: -Ihr Verständnis über die Bedeutung der Unterstützung von Prävention und Selbstmanagement für chronische Erkrankungen. -Ihre persönliche Erfahrung mit den Leistungen der Grundversorgung in Bezug auf die Unterstützung bei chronischen Erkrankungen. -Was die Leistungen, die sie von der Grundversorgung erhalten haben, verbessern würde. -Welche Kompetenzen die Fachpersonen der Grundversorgung ihrer Meinung nach bräuchten.</p>
<p>SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? X yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Für die Fokusgruppeninterviews wurden Konsumenten und Betreuende angefragt, welche den Stanford Course besucht haben und dadurch für das Thema sensibilisiert waren und so umfangreiche Informationen dazu liefern könnten. Aus den Personen, die Interesse für die Teilnahme gezeigt haben, wurden zielgerichtet acht ausgewählt.</p> <p>Schlüsselpersonen aus fünf Vertretungsgruppen von Hauptkonsumenten und -betreuer in Australien wurden eingeladen, um an zwei nationalen Referenzgruppentreffen und einem nationalen Stakeholder Workshop über eine sechsmonatige Periode teilzunehmen. Dies waren Repräsentanten von Consumers Health Forum, Carers Australia, The Chronic Illness Alliance, The Australian Chronic Disease Prevention Alliance and the Health Consumers of Rural and Remote Australia Inc.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Zur Datensättigung sagen die Forscher nichts. Es geht um die Fertigkeiten von Gesundheitsfachpersonen generell. Eine genauere Berufsbezeichnung wird nicht erwähnt. Die Teilnehmer sind Konsumenten und Betreuer des Gesundheitswesens. Für die Fokusgruppeninterviews sind es acht Konsumenten</p>

<p>X not addressed</p>	<p>und Betreuer, welche den Stanford Course besucht haben. Alle acht Teilnehmer bezeichnen sich als Konsumenten, was heisst, dass sie eine chronische Erkrankung haben. Vier Teilnehmer bezeichnen sich zusätzlich als Betreuende von jemandem mit einer chronischen Erkrankung. Es waren drei Männer und fünf Frauen von der Stadt Adelaide zwischen 48 und 82 Jahren. Alle Teilnehmer hatten mehr als eine chronische Krankheit, welche im Schweregrad variierten und physischer wie psychischer Natur waren.</p> <p>Für die Interviews wurden Schlüsselpersonen/wichtige Informanten aus fünf Vertretungsgruppen von Hauptkonsumenten und –betreuer in Australien eingeladen.</p> <p>Unsere Forschungsfrage bezieht sich zwar nur auf Ergotherapeuten und -therapeutinnen, in unseren Einschlusskriterien sind aber die Kompetenzen aller Professionen des Gesundheitswesens eingeschlossen. Es lohnt sich also weiterzufahren.</p>
<p>Was informed consent obtained? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Die Teilnehmenden erhielten einen Einladungsbrief, eine Einverständniserklärung und eine kurze Projektübersicht mit den Projektzielen.</p>
<p>DATA COLLECTION: Descriptive Clarity Clear & complete description of site: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no participants: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>Die Studie wurde im Rahmen eines Projektes des Ministeriums für Gesundheit und Altern durchgeführt. Das Fokusgruppeninterview mit den acht Konsumenten und Betreuende dauerte zwei Stunden. Wo es durchgeführt wurde, wird nicht erwähnt.</p> <p>Die Organisationen, aus welchen Schlüsselpersonen und Stakeholders kommen, werden namentlich genannt. Alle von ihnen haben Verbindungen zu urbanen, regionalen, ländlichen und abgelegenen Konsumentengruppen sowie zu Konsumenten und Betreuenden mit unterschiedlichem kulturellen und sprachlichen Hintergrund.</p> <p>Die ethische Genehmigung wurde für alle Phasen des Projektes vom Flinders Clinical Research Komitee garantiert. Wer die Fokusgruppeninterviews geführt hat, wird nicht erwähnt. Ausgewertet wurden sie jedoch von drei verschiedenen Personen unabhängig.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Die Organisationen werden zwar namentlich genannt, doch es wäre auch interessant zu wissen, was die Anliegen der einzelnen Firmen sind. Zum Ort der Durchführung und zum Leiter der Treffen wird nichts gesagt. Es ist nicht klar verständlich, um was für ein Projekt es sich handelt.</p>
<p>Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Die Forscher beschreiben, welche Fragen den Teilnehmern gestellt wurden und wie der Ablauf der Datensammlung war. Das Fokusgruppeninterview fand einmal statt und dauerte zwei Stunden. Es wird jedoch nicht erwähnt, wer es geführt hat. Die Fragen wurden vom Projektteam beschlossen in Absprache mit der nationalen Referenzgruppe und mit unterstützender Literatur.</p> <p>Mit den Schlüsselpersonen und Stakeholdern war der Prozess folgendermassen: Alle Teilnehmer lieferten einen kritischen Input, den sie an nationalen Treffen für das Projekt diskutierten. Zudem lieferten sie schriftliches Feedback zu den Projektergebnissen und</p>

	<p>Diskussionen mit dem Projektmanager, von welchen ausführliche Notizen gemacht wurden und E-Mail-Korrespondenz geführt wurde. Zusätzlich wurde der Chef des Consumer Health Forum formell interviewt vom Projektmanager anhand der Fragen, die in der Fokusgruppe besprochen wurden.</p> <p>Die Forscher zeigen jedoch in ihrer Studie keine dieser Notizen zur Datenkollektion. Es ist mir etwas unklar, was genau in den Treffen diskutiert wurde.</p>
<p>DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no X not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? X yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Die Fokusgruppeninterviews wurden aufgenommen und transkribiert. Die Daten wurden anhand der Methoden der Inhaltsanalyse ausgewertet. Drei Gutachter (Moderator, Co-Moderator und Projektleiter) haben unabhängig voneinander die Daten kodiert, um Themen und Unterthemen zu identifizieren, die von den Teilnehmern kommentiert wurden. Danach diskutierten sie zusammen ihre Übereinstimmungen und Diskrepanzen. Der Moderator war ein unabhängiger Konsumenten- und/oder Betreuer-Akademiker. Der Co-Moderator war ein Projektmanager mit 23 Jahren klinischer Erfahrung und mit Qualifikationen in der Pflege und Sozialarbeit. Der Projektleiter hat einen Hintergrund in der Pflege. Er hat die Administration übernommen und ausführliche Notizen gemacht. Die Daten aus dem Interview mit der Schlüsselperson wurde aufgenommen und transkribiert und danach ähnlich analysiert wie die Daten der Fokusgruppe. Die Ergebnisse dieser Prozesse wurden zu den ersten zwei nationalen Referenzgruppentreffen und an die Stakeholder Workshops mitgenommen und diskutiert. Das Projektteam hat umfangreiche Notizen gemacht während diesen Sitzungen und in einer Nachbesprechung die Wichtigkeit und Bedeutung der Diskussionen besprochen. Die zusammengeführten Ergebnissen trugen zur Entwicklung und Anerkennung von Empfehlungen zur Bewältigung des Ausbildungs- und Informationsbedarfs der Belegschaft der nationalen medizinischen Grundversorgung bei.</p> <p>Die Inhaltsanalyse war angebracht, da es sich um die subjektive Sicht der Teilnehmer handelt.</p> <p>Ergebnisse:</p> <p><u>Fokusgruppeninterview:</u> <i>Zeitfaktor:</i> Alle Teilnehmer sagen, dass die Besuche beim Allgemeinarzt mit nur 15 Minuten viel zu kurz sind, um an den Problemen der Krankheit zu arbeiten. Sieben von acht sagen, dass wenig oder keine präventativen Massnahmen ergriffen werden und die Allgemeinärzte nicht proaktiv sind. Es gab wenig oder keine Nachbesprechungen für das Krankheitsmanagement. Auch war zu wenig Zeit vorhanden, um Probleme in einem ganzheitlichen Ansatz zu diskutieren, speziell in Bezug auf psychische Probleme. <i>Umwelt:</i> Die Teilnehmer sagen, dass sie das Gefühl haben, sie müssten ein schwerwiegendes Problem haben, um zum Arzt zu gehen und sonst eine Last für den Arzt sind. Dies sei für die Prävention, die Risikofrüherkennung und das Management problematisch. <i>Umgang:</i> Viele wechselten den Arzt, weil sie unzufrieden waren mit dem Service. Die neuen Ärzte waren eher bereit, die Sicht des Patienten anzuhören und mit ihm einen Dialog zu führen und ihn in die eigene Pflege einzubeziehen. <i>Spezialisten:</i> Zugang zu Spezialisten wie beispielsweise Psychologen oder Ernährungsberater war problematisch wegen langen Wartelisten und Kosten.</p> <p>Sie waren besorgt über die Auswirkungen dieser ungünstigen Bedingungen auf Gesellschaftsebene und glaubten, dass es nötig sei, die Bevölkerung im Selbstmanagement der Gesundheit auszubilden sowie auch die Gesundheitsfachpersonen zu schulen, so dass sie nach diesem Ansatz praktizieren.</p> <p>Alle Teilnehmer heben heraus, wie wichtig die Einstellung der Gesundheitsfachperson sowie die aktive Zusammenarbeit mit den Klienten und Betreuenden ist bei der Prävention von chronischen Krankheiten und Selbstmanagementunterstützung.</p>

Nur ein Teilnehmer sagte, dass sein Allgemeinarzt ein effektives Programm zur Unterstützung der Prävention und des Selbstmanagements von chronischen Erkrankungen hatte:

- Drei monatliche Rückrufe zur Überwachung des Pflegeplanes
- Vollständig automatisierte Prozesse, die umfangreiche populationsspezifische Daten an die Praxis geben, damit Mitarbeiter hohe Bedarfsgruppen besser identifizieren und zielgerichteter arbeiten können.
- Bereitschaft, längere Konsultationen anzubieten.
- Effektiver Gebrauch von Praxisassistenten

Von Gesundheitsfachpersonen benötigte Fertigkeiten (personenzentrierte Ansätze):

- Gesprächsführungsfertigkeiten
- Assessment von Klientenbedürfnissen
- Kommunikationsfertigkeiten
- Zusammenarbeit mit Konsumenten und Anerkennung ihrer Selbstmanagement-Rolle
- Probleme mit den Konsumenten hervorheben (lernen, wie zu fragen)
- Rapport entwickeln
- Stärken der Konsumenten identifizieren und Selbstwirksamkeit unterstützen
- Stadien des Wandels und die Motivation der Konsumenten oder der Mangel an Motivation verstehen
- Zielsetzung und Zielerreichung unterstützen
- Verstehen, wie Ressourcen aus dem Umfeld effektiver genutzt werden können
- Dem Konsumenten helfen, sich im System zurechtzufinden.

Die Teilnehmer sagten, dass es Spannungen gab, wenn sie zusätzlich zum Allgemeinarzt weitere Gesundheitsfachpersonen hinzuzogen. Die Probleme konzentrierten sich auf die Kommunikation, den Austausch von Informationen und wahrgenommene Skepsis gegenüber den anderen Rollen der verschiedenen Gesundheitsdienstleister. Ausgedruckte Unterlagen waren ein effektives Mittel, um die Informationen jeder involvierten Gesundheitsfachperson abzugeben. Sie empfanden Webseiten als gute Quellen, jedoch nicht für jeden zugänglich.

Interview mit Schlüsselpersonen/wichtigen Informanten:

Kommunikation: Gute Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen und mit den Konsumenten wurde als wichtigste Fertigkeit genannt. Sie befürworteten ein Training, das den Gesundheitsfachpersonen hilft, den Konsumenten und Betreuenden zuzuhören. Zudem finden sie wichtig, dass die Fachpersonen die Einstellung und Werte haben, die die Erfahrung und Expertise des Klienten anerkennt. Sie sollen auch versuchen, die Situation des Klienten zu verstehen.

Wissen über Unterstützungsangebote: Das Wissen der Gesundheitsfachpersonen über verfügbare Unterstützungsangebote wurde als Lücke im Gesundheitssystem identifiziert. Der Konsument wird oft aus dem akuten Setting entlassen ohne über weitere Unterstützungsangebote Bescheid zu wissen. Die verschiedenen Professionen im Gesundheitswesen sollten mehr zusammen kommunizieren und sich der Grenzen der anderen bewusst sein. Zudem sollten sie die Motivation von Konsumenten und Betreuenden für die Nutzung von alternativen Unterstützungsangeboten verstehen und sich nicht von diesen bedroht fühlen, sie sondern als Zusatz zur eigenen Behandlung sehen. Im Allgemeinen sind die Schlüsselpersonen der Meinung, dass keine koordinierte Versorgung stattfindet, was eine Verbesserung durch Unterstützung neuer Technologien erfordert. Sie heben heraus, dass Gesundheitsfachpersonen Selbstmanagement als Kontinuum der notwendigen Anpassung an den Wandel sehen müssen. Das bedeutet, dass sie den Patienten nicht isoliert betrachten, sondern die psychosozialen Umstände und die Umwelt miteinbeziehen sollten. In diesem Zusammenhang wurde der Erhalt von Unterstützung der Prävention von chronischen Erkrankungen von den Konsumenten als am schwierigsten eingestuft. Sie denken, dass Allgemeinärzte und andere Gesundheitsfachpersonen den ganzen Kontext des Patienten sehen müssen, um zu verstehen, warum er ihrem Rat folgt oder nicht.

Entwicklung von Arbeitskräften: Die Gesundheitsfachpersonen sollten sich im Allgemeinen mehr Zeit nehmen, die Klienten zu beraten und vollständig zu informieren. Die Gespräche mit ihnen sollten mehr Wichtigkeit erhalten. Die Schlüsselpersonen unterstützten sie Ansicht, dass Klienten in die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Schulungen für Gesundheitsfachpersonen involviert sein sollten. Bedenken wurde geäußert

	<p>gegenüber ausländischen Ärzten, die mit der australischen Kultur nicht vertraut sind und dadurch den kulturellen Kontext der Klienten nicht verstehen können. In ländlichen Gebieten stellten die Schlüsselpersonen fest, dass Schulung auf die Gemeinschaft reagieren muss, in der Lösungen häufig lokal erarbeitet werden, was praktisch ist und lokale Ressourcen braucht.</p> <p>Die Forscher verglichen die Ergebnisse der Konsumenten und Betreuenden mit denen des grösseren Personalprüfungsprojekts, welches für das Ministerium für Gesundheit und Altern (Department of Health and Ageing, Battersby and Lawn 2008) durchgeführt wurde. Die Prüfung involvierte ein umfangreiches Literaturreview, eine nationale Umfrage mit Arbeitskräften, eine Prüfung von Schulungsorganisationen, Fokusgruppen mit Gesundheitsfachpersonen und Interviews mit wichtigen Informanten (key informants). Daraus wurden 19 Kernkompetenzen von gleicher Wichtigkeit identifiziert, die für die Gesundheitsfachpersonen notwendig sind, um chronisch kranke Patienten im Selbstmanagement zu unterstützen.</p>
<p>Auditability Decision trail developed? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no X not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input type="checkbox"/> yes X no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Der Prozess der Datenanalyse wird beschrieben, jedoch sind keine Notizen oder Beispiele dazu aufgeführt. Sie schreiben, dass sie die Daten kodiert haben. Es wird aber nicht beschrieben, nach welchen Kategorien.</p>
<p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? X yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p>
<p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility X yes <input type="checkbox"/> no Transferability X yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input type="checkbox"/> yes X no Comfirmability X yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Credibility/Glaubwürdigkeit: Forschertriangulation wurde angewendet, indem drei Forscher separat die Daten kodiert und danach verglichen haben. Es wurde jedoch keine externe Person hinzugezogen.</p> <p>Transferability/Übertragbarkeit: Die Teilnehmer wurden genau beschrieben, was die Übertragbarkeit steigert. Es werden jedoch keine Zitate oder Notizen aufgeführt, was die Übertragbarkeit erschwert.</p> <p>Dependability/Verlässlichkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit: Der Prozess der Datenerhebung wurde ausführlich beschrieben, der Analyseprozess jedoch eher knapp und ohne Beispiele. So ist nicht klar, wie kodiert wurde.</p> <p>Comfirmability/Bestätigbarkeit: Die ethische Genehmigung wurde vom Flinders Clinical Research Ethics Committee für alle Phasen des Projektes gegeben.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p>

	Die Studie hat eine grosse Bedeutung für unsere Forschungsfrage, denn sie identifizierte wertvolle Kompetenzen und Fertigkeiten, die Klienten von Gesundheitsfachpersonen generell verlangen. Dies betrifft auch die Ergotherapie.
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Diskussion:</p> <p>Es wurden wichtige Lücken in den Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen aufgedeckt, v.a. in Bezug auf Engagement und Kommunikationsfertigkeiten. Es wird vorgeschlagen, dass in diesen Schulungsbereichen mehr Untersuchungen gemacht werden sollten. Die Klienten äusserten, dass sie nicht länger „Passagiere“ sein wollen in ihrem Krankheitsmanagement sondern „Fahrer“ oder Partner. Das bedeutet, dass ein grosser Wandel in der Haltung von Arbeitskräften und Schulungsorganisationen stattfinden muss, um die Klienten als aktive zusammenarbeitende Partner anerkennen zu können. Dies beinhaltet den Glauben an und das Vertrauen in die Fähigkeit des Klienten, sein Selbstmanagement zu übernehmen. Das verlangt vielleicht einen kulturellen Wandel in der Dienstleistungsphilosophie. Offene und respektvolle Kommunikation ist zentral bei einem patientenzentrierten Ansatz.</p> <p>Little et al. (2001) brauchen fünf Hauptdomänen, um Patientenzentriertheit zu messen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Erforschung von Erfahrung 2) Die ganze Person verstehen 3) Gemeinsamkeiten finden 4) Gesundheitsförderung 5) Verbesserte Beziehung mit Sorge- und Machtteilung <p>Patienten bestätigten, dass allen fünf Bereichen grössere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Diese Domänen könnten die Rahmenbedingungen für Schulungen von Gesundheitsfachpersonen darstellen. Das Picker Institut (Coulter and Ellins 2006, Coulter 2007) stellt eine nützliche Liste zur Verfügung für die Rechtfertigung für eine verbesserte personenzentrierte Gesundheitsversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung des Verständnisses der Person über Ursachen und Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen - Verbesserung der Selbstdiagnose und Behandlung von geringfügigen selbstlimitierenden Zuständen - Patienten befähigen, die am besten geeignete Behandlung für akute Bedingungen auszuwählen in Partnerschaft mit Gesundheitsfachpersonen - Verbesserung ihrer Fähigkeit, Symptome und Behandlungseffekte zu überwachen - Förderung eines besseren Bewusstseins für Sicherheitsprobleme und der Berichterstattung - Besser lernen mit den Symptomen der chronischen Krankheit umzugehen - Ermutigung des Patienten, ein verändertes Gesundheitsverhalten anzunehmen, um das Auftreten oder Wiederauftreten von Krankheit zu verhindern - Patienten befähigen, effektiv zu kritisieren und Rückmeldungen zur Qualität und Angemessenheit der Gesundheitsversorgung zu geben <p>Coulter ist der Meinung, dass es fundamental ist, diese Rollen anzuerkennen und zu stärken für einen patientenzentrierteren Ansatz im Gesundheitswesen.</p> <p>Conclusion:</p> <p>Aus Sicht von Klienten und Betreuenden bestehen fundamentale Lücken in den Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen. Die Studienteilnehmer empfahlen Schulungen in folgenden Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationsfertigkeiten inkl. Zuhören und Fragen über die Erfahrung des Klienten mit seiner chronischen Erkrankung und dessen Management stellen - Wissen über verfügbare Ressourcen für die Unterstützung der Betroffenen - Identifikation der Stärken und momentanen Kapazitäten des Klienten - Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, Klienten und Betreuenden - Psychosoziale Fertigkeiten, um den Einfluss der chronischen Erkrankung aus der Perspektive des Klienten zu verstehen

	<p>Die Ergebnisse dieser Studie haben das Potential, für verschiedene Arten von Betreuung und Behandlung relevant zu sein, nicht nur für die Unterstützung von Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen.</p> <p>Für die Ergotherapie bedeutet es dasselbe wie für die übrigen Professionen im Gesundheitswesen. Der klientenzentrierte Ansatz ist von fundamentaler Bedeutung für ein gutes Therapieangebot.</p> <p>Limitationen: Die Teilnehmenden der Fokusgruppe repräsentieren eine limitierte und potentiell voreingenommene Stichprobe, da sie sich dieser Thematik bewusst sind. Ein anderer potentieller Bias ist der Fakt, dass sieben von acht Teilnehmern negative Erfahrungen gemacht haben. Wie auch immer, andere Quellen wie die Gesundheitsorganisationen und Schlüsselpersonen (key informants) bestärkten diese Ergebnisse. Die ländlichen abgelegenen Gebiete wurden von einzelnen Personen als Teil der nationalen Referenzgruppe und der Workshops vertreten. Eine weitere Limitation war, dass die Fokusgruppenmitglieder aus städtischen Gebieten kamen. Die Bedürfnisse der indigenen Völker wurden nicht berücksichtigt. Aufgrund dieser Limitationen sollte vorsichtig mit den Ergebnissen umgegangen werden.</p>
--	---

1 When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

2 Throughout the form, “no” means the authors explicitly state reasons for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP): Making Sense Of Evidence

10 Questions to Help You Make Sense of Reviews

How to Use This Appraisal Tool

- Three broad issues need to be considered when appraising the report of a systematic review:
 - Is the study valid?
 - What are the results?
 - Will the results help locally?
- The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically.
- The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions.
- You are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question.
- These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

CITATION:

Studie 6:

Lawn, S. & Schoo, A. (2009). Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches. *Patient Education and Counseling*, 80, 205-211. doi:10.1016/j.pec.2009.10.006

Screening Questions

1. Did the review ask a clearly-focused question?

X Yes Can't Tell No

Die Ziele dieses Reviews sind:

- 1) Unterschiede zu diskutieren zwischen akuten und chronischen Erkrankungen, welche relevant sind für die Verbesserung des Managements von chronischen Erkrankungen innerhalb des Gesundheitssystems. (Introduction)
- 2) Details zu den Prinzipien des Selbstmanagements bereitzustellen. (Results)
- 3) gemeinsame Unterstützungsarten zu beschreiben, anhand der Beispiele des Stanford- und Flinders-Ansatzes in Bezug auf die Unterstützung des Selbstmanagements sowie anhand des 5As-Modells, der motivierenden Gesprächsführung und des Gesundheitscoachings und zusätzlich auch die Gewinne und Herausforderungen (Vor- und Nachteile), die mit der Anwendung der genannten Ansätze zusammenhängen, zu beschreiben. (Results Tabelle)
- 4) zu diskutieren, wie Gesundheitsfachpersonen ihre Unterstützung erhöhen

und das Engagement sowie die Adhärenz der Patienten generell verbessern können. (Diskussion)

2. Did the review include the right type of study?

Yes X Can't Tell No

Is it worth continuing? Ja.

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies?

Yes X Can't Tell No

Die Forscher prüften die breite internationale Literatur sowie internationale und australische Reporte und Richtlinien von Regierungen und dem Gesundheitswesen betreffend des Managements von chronischen Erkrankungen und Selbstmanagement unterstützenden Modellen. Sie brauchten ihre eigene Expertise und Erkenntnis, wie auch ihren umfangreichen Zugang zu grauer Literatur vom Feld. Dies wurde ergänzt durch spezifische Internetsuche mit den Begriffen 'self-management models' und 'self-management support'. Sie suchten insbesondere nach Informationen zu Vor- und Nachteilen jedes Ansatzes aus der existierenden Literatur sowie aus eigener Erfahrung in der Anwendung dieser Ansätze. Dazu führten sie

viele dieser Ansätze durch, besuchten Konferenzen und Foren und stellten in den letzten fünf Jahren Gesundheitsfachpersonen Edukation und Training zur Verfügung.

4. Did the reviewers assess the quality of the included studies?

Yes Can't Tell No

Es waren zwei Forscher an der Studie beteiligt. Sie sagen nichts über die Beurteilung der gefundenen Studien. Keine externe Person wurde hinzugezogen.

5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?

Yes Can't Tell No

Die Autoren führen die einzelnen Ergebnisse nicht auf, sondern nur gemeinsame Ansätze. Unterschiede werden nicht diskutiert. Sie haben keinen Heterogenitätstest erwähnt.

6. How are the results presented and what is the main result?

Die 5 Ansätze bzw. Modelle sind in Fliesstext beschrieben und von allen 5 wurden Vor- und Nachteile in einer Tabelle präsentiert. Der Ergebnisteil ist sehr ausführlich und bedeutungsvoll.

Ergebnisse:

Ansätze, die das Selbstmanagement in Australien fördern, basieren grundsätzlich auf einem der folgenden Modi:

- Gruppenprogramm für die Bereitstellung von Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten durch gegenseitige Hilfe
- Betreuungsplanungsprozess für die Verbesserung von Assessment und Kommunikation innerhalb und zwischen Betreuungssystemen und mit dem Patienten und anderen Betreuer
- Praktische Instrumente, welche die individuelle Interaktion zwischen Gesundheitsfachperson und Patient fördern, was bedeutet, dass die Gesundheitsfachpersonen besser ausgebildet werden, damit sie Verhaltensänderungen von Patienten besser unterstützen können

Die folgenden 5 Ansätze oder Modelle leisten einen strukturierten Beitrag zur Unterstützung von Selbstmanagement:

- Stanford Course* (Stanford University, US) geführt von Kate Lorig
- Flinders Chronic Care Management Program* (Flinders University, Australia) geführt von Malcolm Battersby
- 5As Modell* (Department of Health, US)

-> liefern Beispiele von den Modi zur Unterstützung von chronischen Erkrankungen

-*Motivierende Gesprächsführung* (entwickelt von William Miller und Kollegen)

-*Gesundheits-Coaching* (entwickelt innerhalb der Gesundheitspsychologie)

-> liefern Beispiele von Instrumenten zur Unterstützung von Verhaltensänderung

Stanford Course:

Der Gruppenkurs ist für chronisch kranke Erwachsene über sechs Wochen und wird von einer Gesundheitsfachperson und einem Betroffenen (peer) geleitet, der Erfahrung hat mit einer chronischen Erkrankung. Kursteilnehmer lernen folgende Fertigkeiten:

- Problemlösung
- Massnahmenplanung
- Zielsetzung
- Umgehen mit schwierigen Emotionen
- Gesundes Leben
- Medikamenten und Symptom Management
- Kommunikation
- In einer Partnerschaft mit Gesundheitsfachpersonen arbeiten

Flinders Program:

Dieses Programm arbeitet mit klientenzentrierten individuellen Assessments und Betreuungsplanung, um Verhaltensänderungen zu erleichtern.

Die Hauptkomponenten sind:

- Patienten-Selbstassessment
- Motivierendes Interview mit offenen Fragen, in welchem Patient und Gesundheitsfachperson die 6 Domänen des effektiven Selbstmanagements herausfinden
- Identifikation von Hauptproblemen und Zielsetzung (SMART: specific, measurable, action oriented, realistic, timely)
- Aufbau eines Selbstmanagement-Betreuungsplans durch die Aushandlung der Hauptanliegen aus dem motivierenden Interview. Auf dem Plan werden Probleme, Ziele, Interventionen, Verantwortlichkeiten und Überprüfungsdaten notiert, um die Betreuung und Kommunikation zwischen dem Patient und den verschiedenen Gesundheitsfachpersonen zu verbessern. Nützliche Werkzeuge, die für den Patienten zur Verfügung gestellt werden, umfassen einen Symptom-Aktionsplan, Arztbesuch-Checkliste und ein Handbuch.

Dieses Programm wurde kürzlich erfolgreich an die Zielgruppe angepasst, die ein Risiko für die Entwicklung chronischer Erkrankungen hat.

5A-Modell:

Dieses internationale Modell wurde ursprünglich in den USA für Raucher-Interventionen entwickelt. Es wurde insbesondere für kurze

Konsultationen in der Allgemeinmedizin angewendet. Es wird gebraucht für die Erkennung, das Assessment und Management von Risikofaktoren in Bezug auf Rauchen, Ernährung, Alkohol und körperliche Aktivität.

Die 5As sind folgende:

- 1) Assess: Nach dem Verhalten fragen
- 2) Advice: Eine klare Botschaft geben zur Ermutigung zur Veränderung
- 3) Agree: Ziele setzen basierend auf Veränderungsbereitschaft
- 4) Assist: Unterstützen beim Erwerb von Wissen, Fertigkeiten, Vertrauen und Unterstützung
- 5) Arrange: Vereinbaren von Terminen von Folgekontakten

Motivierende Gesprächsführung:

Dies ist eine patientenzentrierte Methode, um intrinsische Motivation zu Veränderungen zu fördern. Gesundheitsfachpersonen können die Patienten darin unterstützen, Verantwortung für ihre Entscheidungen zu übernehmen und sich selbst zu helfen, indem sie einen Lebensstil mit positiven Gewohnheiten in den Bereichen wie soziale Beziehungen, Ernährung und körperliche Aktivität aufrechterhalten. Im Gespräch werden Ambivalenzen aufgedeckt und geklärt. Motivierende Gesprächsführung wird eingesetzt, um die Diskrepanz zwischen dem gewünschten und dem momentanen Zustand aufzudecken. Der wahrgenommene Unterschied zwischen den beiden Zuständen macht die Klienten auf die Unstimmigkeiten zwischen dem, was sie gerade tun und ihren Grundwerten aufmerksam.

Die Prinzipien sind:

- Empathie ausdrücken
- Diskrepanzen entwickeln
- Argumentationen vermeiden
- Mit Widerstand umgehen
- Selbstwirksamkeit unterstützen

Motivierende Gesprächsführung erfordert:

- nicht beurteilen
- zusammenarbeiten
- Vertrauen aufbauen
- reflektierendes Zuhören
- Empathie ausdrücken
- Diskrepanzen aufdecken
- Ambivalenzen erforschen
- Widerstandskraft gegen Veränderung reduzieren
- Bereitschaft zur Veränderung erhöhen
- Wechselgespräche hervorrufen
- Selbstwirksamkeit fördern

Gesundheitscoaching

Ein Betroffener oder eine Fachperson übernimmt die interaktive Rolle, um einen Patienten

darin zu unterstützen, einen aktiven Teilnehmer im Selbstmanagement seiner chronischen Erkrankung zu sein. Gesundheitscoaching beinhaltet evidenzbasierte psychologische Theorien, Prinzipien und praktische Techniken, unter anderem auch die motivierende Gesprächsführung und andere kognitive Verhaltensansätze.

7. How precise are these results?

Die Resultate sind detailliert beschrieben und in einer Tabelle sind von allen 5 Ansätzen Vor- und Nachteile aufgeführt.

8. Can the results be applied to the local population?

X Yes Can't Tell No

Die Studie wurde in Australien durchgeführt. Die Literatur ist australisch und international. Die Ansätze und Modelle können auf andere Länder mit ähnlichem soziodemografischem Hintergrund wie Australien übertragen werden, demzufolge auch auf unser Setting.

9. Were all important outcomes considered?

X Yes Can't Tell No

Es wird Bezug auf Patienten, Betroffene (peers), Gesundheitsfachpersonen, Politik und Gesellschaft genommen.

10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?

X Yes Can't Tell No

Diskussion:

Wie entschieden wird, welcher Ansatz gebraucht wird:

Jeder Ansatz hat verschiedene Stärken und Schwächen. Es hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie beispielsweise von der Lokalität, der Mitarbeiterzusammensetzung, der organisatorischen Struktur und dem Auftrag sowie den Erwartungen des Klientels. Selbstmanagement-Betreuungsplanungsansätze sind effektive Mittel in der Kommunikation und Betreuungsorganisation, wenn viele verschiedene Betreuungspersonen involviert sind.

Wieso Programme scheitern:

-Gefährdung auf Seite des Unterstützers: keine Kontinuität, fehlender Einsatz, zu wenig Wissen und fehlende Fertigkeiten

-Gefährdung auf Organisationslevel: schlechte Planung des Programminhalts, nicht identifizieren können wo das Programm am ehesten gebraucht wird, keine angemessenen Ressourcen zur Verfügung stellen, Programmkonkurrenz innerhalb der Organisation oder zwischen Organisationen.

Mitarbeiter müssen gut informiert werden, warum neue Ansätze für die Praxis wichtig sind. Sie müssen auch die Möglichkeit haben, nach einem Kurs das neue Wissen anwenden zu können.

-Gefährdung auf Seite des Konsumenten: fehlendes Verständnis der Probleme des Patienten.

Gesundheitsfachpersonen müssen ein partnerschaftliches Verhältnis mit dem Patienten aufbauen, sodass die Sicht des Patienten und des Experten respektiert wird.

-Adhärenz erhöhen: Patienten müssen sich verstanden fühlen und Gesundheitsfachpersonen müssen ausgebildet sein, Patienten Fragen über ihre Bedenken zu stellen, sodass eine bessere Zusammenarbeit entstehen kann.

Conclusion:

Patienten mit chronischen Erkrankungen brauchen fortlaufende Unterstützung und einen personenzentrierten Ansatz, bei welchem der Fokus vermehrt auf Selbstmanagement, Partnerschaft zwischen Klient und Gesundheitsfachperson sowie Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Anbietern im Gesundheitswesen liegt. Alle 5 Ansätze unterstützen das Selbstmanagement von Patienten, keiner ist überlegen.

Praxistransfer:

Bei der Auswahl des passenden Ansatzes müssen die Rahmenbedingungen und individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt werden. Die Wahl des Ansatzes hängt zudem von organisatorischen Faktoren und Servicestrukturen ab.

Patienten brauchen eine systematische Überwachung und Gesundheitsfachpersonen müssen Massnahmen ergreifen, um die Notwendigkeit der Intervention den Klienten, Organisationen und der Öffentlichkeit besser beweisen zu können. Das verlangt die Integration von Selbstmanagementinterventionen bei chronisch Erkrankten in die Grundversorgung und die Integration zwischen Grundversorgung, sekundärer Versorgung und Spitälern. Egal welcher Ansatz gebraucht wird, wichtig ist, wie Gesundheitsanbieter zusammenarbeiten.

© Public Health Resource Unit, England (2006). All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise without the prior written permission of the Public Health Resource Unit. If permission is given, then copies must include this statement together with the words "© Public Health Resource Unit, England 2006". However, NHS organisations may reproduce or use the publication for non-commercial educational purposes provided the source is acknowledged.

Anhang E Rechercheprotokoll

Datenbank	Suchsyntax / Filter / Eingrenzungen	Anzahl Treffer	Brauchbare Studien Autor, Jahr, Titel
Google scholar	Self-management		<p>Barlow (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. (N)</p> <p>Jerant (2005). Patient's perceived barriers to active self-management of chronic conditions. (N)</p> <p>Lawn (2011). Chronic condition self-management: Expectation and responsibility. (N)</p> <p>Garvey (2015). OPTIMAL, an occupational therapy led self-management support programme for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial. (N)</p> <p>Lorig (2003). Self-management education: History, definition, outcomes and mechanisms. (N)</p>
Medline	Self-management OR Self Care AND Occupational Therapy AND Chronic Disease	3/6	<p>Packer (2013). Self-management interventions: Using an occupational lens to rethink and refocus. (N)</p> <p>O'Toole (2013). Impact of an occupational-based self-management programme on chronic disease management. (N)</p> <p>Richardson (2014). Self-management interventions for chronic disease: a systemic scoping review. (N)</p>
Medline	Self-management OR Self Care AND Chronic disease AND Education	4/13	<p>Whei Ming (2011) Using a Competency-Based Approach to Patient Education: Achieving Congruence Among Learning, Teaching and Evaluation. (-)</p>

			<p>Barlow (2009) The experience of attending a lay-led, chronic disease self-management programme from the perspective of participants with multiple sclerosis. (-)</p> <p>Nieman (2009). Chronic condition self-management and two teaching models for chronic conditions. (-)</p> <p>Pols (2009). Chronic condition self-management support: proposed competencies for medical students. (-)</p>
Medline PubMed	Self-management OR Self Care AND Occupational Therapy AND Professional Competence OR Clinical Competence	2/6 2/7	<p>Dures (2014). Rheumatology clinicians' experiences of brief training and implementation of skills to support patient self-management. (H)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ De Silva (2011). Evidence: Helping people help themselves. (N) ➔ Blakeman (2006). A qualitative study of GPs' attitudes to self-management of chronic disease. (-) <p>Carrier (2012). Clinical reasoning process underlying choice of teaching strategies: A framework to improve occupational therapists' transfer skill interventions. (H)</p>
PubMed	("Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Models, Educational"[Mesh]) AND "Occupational Therapy"[Mesh]	2/217	<p>Kessler (2015). The use of coaching in occupational therapy: An integrative review. (H)</p> <p>Solomon (2011). Student perspectives on patient educators as facilitators of interprofessional education. (-)</p>
PubMed	("Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Models, Educational"[Mesh] AND "Self Care"[Mesh]) AND "Occupational Therapy"[Mesh]	4/19	<p>Guidetti (2002). Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: a qualitative study. (H)</p> <p>Richardson (2014). Self-management interventions for chronic disease: A systematic scoping review. (N)</p>

			<p>Packer (2013). Self-management interventions: Using an occupational lens to rethink and refocus. (N)</p> <p>Carrier (2012). Clinical reasoning process underlying choice of teaching strategies: A framework to improve occupational therapists' transfer skill interventions. (H)</p>
PubMed			<p>Clark (2000). Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? (-)</p> <p>Dures (2012). "They didn't tell us, they made us work it out ourselves": Patient perspectives of a cognitive-behavioral program for rheumatoid arthritis fatigue. (-)</p> <p>Dures (2016). A qualitative study of patients' perspectives on collaboration to support self-management in routine rheumatology consultations. (H)</p> <p>Boardman (2006). Using motivational interviewing with smokers: Do therapists behaviors relate to engagement and therapeutic alliance. (?)</p>
AMED	Self-management AND Education OR Delivery of health care OR Education medical	1/40	<p>Pignataro (2015). The use of motivational interviewing in Physical Therapy education and practice: Empowering patients through effective self-management. (H)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Elwyn (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in health care choices. (-) ➔ Linden (2010). Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. (H) ➔ Butterworth (2007). Health Coaching as an Intervention in Health Management Programs. (N)

			→ Bodenheimer (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care.(-)
AMED	Professional competence AND Self care OR Patient education AND Occupational therapists	1/1	Carrier (2012). Clinical reasoning process underlying choice of teaching strategies: A framework to improve occupational therapists' transfer skill interventions. (H)
PsycINFO	exp Self-Management AND exp Occupational Therapy	1/13	Pyatak (2011). The role of occupational therapy in diabetes self-management interventions. (N)
PsycINFO	exp Self-Management AND exp PROFESSIONAL COMPETENCE	3/12	Nieman (2009). Chronic condition self-management and two teaching models for chronic conditions. (-) Pols (2009). Chronic condition self-management support: Proposed competencies for medical students. (-) Anderson (2005). Patient empowerment: Reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. (-)
CINAHL	(MH "Professional Competence") AND (MH "Chronic Disease" OR MH "Mental Disorders, Chronic" OR MH "Disease Management") AND (MH "Occupational Therapy" OR MH "Occupational Therapists")	1/1	Fouche (2014). Practitioner perspectives from seven health professional groups on core competencies in the context of chronic care. (-)
CINAHL	(MH "Self Care") AND (MH "Professional Competence")	4/45	Peters (2016). Experiences of Rehabilitation Professionals with the Implementation of a Back School for Patients with chronic Low Back Pain: A Qualitative Study. (-) Kosmala-Anderson (2010). Confidence matters: a self-determination theory study of factors determining engagement in self-management support practices of UK clinicians. (-) McKenna (2013). Emotional intelligence and the occupational therapist. (-)

		<p>Mikkonen (2012) Health Care Professionals' Views about Supporting Patients' Self-Management. (H)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Lawn, (2010). Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches. (H) ➔ Lindner (2003). Coaching for behaviour change in chronic disease: A review of the literature and the implications for coaching as a self-management intervention. (N) <p>Lawn (2009). What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? Seeking consumer perspectives. (H)</p>
--	--	---

Tabelle C: Rechercheprotokoll (N =Nebenstudie, H =Hauptstudie, - =nicht relevant)

Anhang F Studienmatrix der Nebenstudien

Jahr / Autor / Titel	Ziel der Studie	Methode	Ergebnisse	Relevanz
Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. <i>Patient Education and Counseling</i> , 48, 177-187.	Das Ziel ist, eine Übersicht über Selbstmanagement-Ansätze für Menschen mit chronischen Krankheiten zu erstellen.	Literatur Review 220 Studien (papers): RCT & non-RCT 1 Buch 2 Thesen	Es gibt Selbstmanagement-Interventionen, die diagnosespezifisch und solche, die allgemeingültig sind. Selbstmanagement-Komponenten: <i>Diagnosespezifisch:</i> -Informationen zur Verfügung stellen -Medikamenten-Management -Symptom-Management <i>Allgemeingültig:</i> -Umgang mit psychosozialen Konsequenzen -Lebensstil -Soziale Unterstützung -Kommunikation -Gesundheitsfürsorge Generell sind Selbstmanagement-Ansätze effektiv in Bezug auf den Wissenszuwachs der Patienten, das Management der Symptome, das Selbstmanagement-Verhalten, die Selbstwirksamkeit und die Aspekte des Gesundheitszustandes (z.B. Depression). Grössere Aufmerksamkeit ist notwendig in Bezug auf die Selbstmanagement-Versorgung von Kindern, jungen Erwachsenen und Pflegenden. Zudem ist es notwendig, die Gesundheitsfachpersonen zu schulen, um sicherzustellen, dass die Patienten die Selbstmanagement-Fertigkeiten aufrechterhalten können.	B (Introduction für SM-Definition)
Lorig, K. R. & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. <i>Annals of Behavioral Medicine</i> , 26, 1-7.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definition von SM in der Forschung 2. Evidenz des SM 3. Untersuchung von Selbstwirksamkeit in Bezug zum SM 4. Wie SM ins Gesundheitssystem integriert werden kann 	Keine Studie! Artikel	Geschichte des Selbstmanagements: <ul style="list-style-type: none"> - Corbin and Strauss Framework - Mit Beispielen von D'Zurilla - Sehr detailliert beschrieben! Evidenz für Selbstmanagement <ul style="list-style-type: none"> - Gut, aber Artikel von 2003 Erreichen von Selbstmanagement <ul style="list-style-type: none"> - Selbstwirksamkeit - Gruppeninterventionen - Nichts über Kompetenzen von Therapeut Ins Gesundheitssystem integrieren In USA -> schwierig zu übertragen	B (SM-Definition)

<p>Packer, T. L. (2013). Self-management interventions: Using an occupational lens to rethink and refocus. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>, 60, 1-2.</p>		<p>Keine Studie! Artikel</p>	<p>Definition von Selbstmanagement von Corbin und Strauss. Einteilung von medical-, role- und emotionalmanagement</p>	<p>B (Theoretischer Hintergrund, SM-Definition)</p>
<p>Richardson, J., Loyola-Sanchez, A., Sinclair, S., Harris, J., Letts, L., MacIntyre, N. J., ... & Ginis, K. M. (2014). Self-management interventions for chronic disease: A systematic scoping review. <i>Clinical Rehabilitation</i>, 28, 1067-1077.</p>	<p>Das Ziel ist, der Beitrag von Physiotherapeuten und Ergotherapeuten in Selbstmanagement-Interventionen zu prüfen und welche theoretischen Modelle gebraucht werden um diese Interventionen bei Personen mit chronischen Krankheiten zu unterstützen.</p>	<p>Literatur Review 47 Studien zu Physios 10 Studien zu Ergos</p>	<p>Ergotherapeuten fokussieren sich vermehrt auf: <ul style="list-style-type: none"> - Gelenkschutz - Müdigkeit - Stress Management Interventionen im Selbstmanagement lehnen in beiden Professionen stark an die Theorie der Verhaltensänderung an.</p>	<p>A (Studien, die bewertet wurden, auswählen) B (Introduction)</p>
<p>Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., Mccorkle, R., ... & Whitmore, R. (2012). Processes of Self-Management in Chronic Illness. <i>Journal of Nursing Scholarship</i>, 44, 136-144.</p>	<p>Das Ziel ist, die Prozesse von Selbstmanagement darzustellen, um direkten Interventionen zu helfen und Gesundheitsergebnisse für Personen mit einer chronischen Erkrankung zu verbessern.</p>	<p>Literature Review Methasynthesis</p>	<p>3 Kategorien von Selbstmanagementprozessen wurden identifiziert: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fokussieren auf die Krankheitsbedürfnisse 2. Aktivieren von Ressourcen 3. Leben mit einer chronischen Krankheit Innerhalb jedes Prozesses gibt es Aufgaben (tasks) und Fertigkeiten (skills). Die Fertigkeiten werden von den Klienten gebraucht um die Aufgaben zu erfüllen.</p>	<p>B (Introduction für SM-Definition & Abgrenzung zu self-care, SM-Prozesse, Tasks & Skills von Klienten)</p>

Tabelle D: Studienmatrix der Nebenstudien (A=relevanter Inhalt für Ergebnisteil, B=relevanter Inhalt für Einleitung und Theoretischer Hintergrund)

Anhang G Studienmatrix der Hauptstudien

Jahr / Autor / Titel	Ziel der Studie	Methode	Ergebnisse	Relevanz
Dures, E., Hewlett, S., Ambler, N., Jenkins, R., Clarke, J. & Gooberman-Hill, R. (2014). Rheumatology clinicians' experiences of brief training and implementation of skills to support patient self-management. <i>BMC Musculoskeletal Disorders</i> , 15, 108.	Das Ziel ist, die Erfahrung von Rheumatologie-Kliniker (Rheumatologen, Physio-, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen) zu untersuchen in Bezug auf verschiedene kurze Fertigkeitstrainingskurse (brief skill training courses), um zu verstehen, welche Aspekte hilfreich bzw. nicht hilfreich waren und um die hinderlichen sowie erleichternden Faktoren zu identifizieren für die Anwendung in der Praxis.	Qualitative Studie: Semi-strukturierte Interviews	<p>3 übergeordnete Themen wurden identifiziert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Übertrag von Theorie in die Praxis 5. Herausfordernde Berufsidentität 6. Verbesserte Praxis <p>Wichtige Faktoren bzgl. Thema 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> -kurze Trainingskurse -rheumatologie-spezifisches Training besser als allgemein -geteilte Erfahrung ist wertvoll -wäre vorteilhaft, wenn ganzes Team am Kurs teilnehmen könnte -> besseres Verständnis & Anpassung in der Praxis eher möglich -Schlüsselement: klinische Supervision vereinfachte die Umsetzung in die Praxis und unterstützte Entwicklung über längere Zeit <p>Wichtige Faktoren bzgl. Thema 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Berufsidentität, Arbeitskultur und Pflegemodelle (models of care) beeinflussen stark die Implementierung der Selbstmanagement-Ansätze -Arbeitseinbindung/-mentalität (job involvement) ist wichtiger Faktor bei der Implementierung -Obwohl viele Teilnehmer fanden, dass das Training ihre Arbeit positiv beeinflusst, war die Unterstützung ihrer Kollegen und Managers nicht immer gegeben. -> wichtige Erkenntnis, da eine unterstützende Arbeitsumgebung die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass im Kurs gelernte Fertigkeiten in die Praxis umgesetzt werden. <p>Wichtige Faktoren bzgl. Thema 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verbesserte Konsultation dank dem Ansatz 'weniger reden – mehr zuhören' (Fragen stellen anstatt Anweisungen geben) -> klientenzentrierter Ansatz -Formulierung & Reflektion verstärken die existierende Theorie über die Anwendung von kognitiv-verhaltensorientierten Ansätzen, welche das Selbstmanagement unterstützen -Strategie, Ziele mit dem Klienten zusammen setzen, wurde v.a. von Physios und Ergos angewendet 	<p>A Kompetenzen der ET's, Interventionen</p> <p>B (Introduction)</p> <p>Kritik: ET = Ja Kompetenzen = Ja SM = Ja Chronisch = Ja (nur Rheuma)</p>

			-Klienten unterstützen, Probleme selbst zu identifizieren und Problemlösestrategien zu lernen, welche für medizinische, soziale und emotionale Aspekte angewandt werden können	
Dures, E., Hewlett, S., Ambler, N., Jenkins, R., Clarke, J. & Goberman-Hill, R. (2016). A qualitative study of patients' perspectives on collaboration to support self-management in routine rheumatology consultations. <i>BMC Musculoskeletal Disorders</i> , 17, 129. http://dx.doi.org/10.1186/s12801-016-0129-0	Das Ziel war, einen Einblick in die Erfahrungen von Klienten mit chronischer Arthritis zu erhalten und ihre Ansichten über die Zusammenarbeit und das Selbstmanagement im Rahmen der Routine Beratung zu erforschen.	Qualitativ	<p>Resultate:</p> <p>Thema 1: Die Sicht von Klienten und Kliniker der Pflege als gemeinsames Bestreben → <i>aktive Mitarbeit des Klienten</i> Klienten und Klientinnen übernehmen Verantwortung für die Arthritis und ihre Pflege Erkunden des Klinikern und Verhandlung mit dem Klienten → <i>Kliniker müssen nicht Alles wissen, aber dem Klienten zuhören und gemeinsam nach Lösungen suchen.</i></p> <p>Thema 2: Das Verständnis der Kliniker über die Herausforderungen des Klienten Die Auswirkungen der Erkrankung anerkennen Den Fokus auf die Prioritäten des Klienten legen</p> <p>Thema 3: offene, nicht-lehrhafte Kommunikation Der Gebrauch von nicht-lehrhafter Kommunikation und Klientenzentrierten Ansätzen</p> <p>Thema 4: Die Förderung von aktiver Teilhabe in der Beratung Aufbau von Vertrauen um sich mit den Auswirkungen der Arthritis zu beschäftigen Grössere Akzeptanz von chronischen Erkrankungen schaffen</p>	A (Kompetenzen) (zusammen mit der ersten Studie von 2014, siehe oben) Kritik: ET = Ja Kompetenzen= Ja SM = Ja Chronisch =Ja (nur Rheuma)
Guidetti, S. & Tham, K. (2002). Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: A qualitative study. <i>Occupational Therapy International</i> , 9, 257-276.	Das Ziel ist, zu beschreiben, was die therapeutischen Strategien, die von Ergotherapeuten während Selbstversorgungstraining angewendet werden, charakterisiert.	Qualitative Studie Phänomenologisch Kritische Anmerkungen: Es geht um CR bei Selbstversorgung nach CVI & Wirbelsäulenverletzung (chronisch?)	8 therapeutische Strategien kamen zum Vorschein: 1. Vertrauensvolle Beziehung aufbauen -Klient verstehen 2. Den richtigen Weg zur Motivation des Klienten finden 3. Den Klienten unterstützen bei der Zielsetzung -Erwartungen des Trainings offenlegen 4. Erfahrung durch Praxis ermöglichen -Kompetenz des Klienten sichtbar machen -Aufzeigen von Beeinträchtigung durch Konfrontation -Neue Lösungen finden lassen mit Versuch & Irrtum 5. Die Trainingssituation auf die Klientenbedürfnisse anpassen -Präsenz des Therapeuten zurücknehmen während Training -Den richtigen Prozessmodus finden -Umwelt anpassen	A (Kompetenzen) B (Introduction) Kritik: ET = Ja Kompetenzen= Ja SM = Ja Chronisch =Ja (im

			<p>-Zeitabgleich um die Bedürfnisse des Klienten zu treffen</p> <p>6. Therapeutische Rolle wie ein Chamäleon wechseln</p> <p>7. Therapeutische Zusammenarbeit aufrechterhalten</p> <p>8. Verschiedene Kommunikationswege brauchen</p> <p>-Konversation als therapeutisches Mittel einsetzen</p> <p>-Körper als Mittel einsetzen</p> <p>Strategien 1-5 folgen nacheinander im Prozess, wobei 6-8 von Anfang bis Schluss ständig laufen.</p>	<p>akuten Stadium)</p> <p>Datum von 2002!</p>
<p>Lawn, S., Battersby, M., Lindner, H., Mathews, R., Morris, S., Wells, L., Reed, R. (2009). What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? Seeking consumer perspectives. <i>Australian Journal of Primary Health</i>, 15, 37-44.</p>	<p>Das Ziel dieser Studie ist, zu zeigen, welche Fähigkeiten Gesundheitsfachpersonen benötigen, um Personen mit chronischen Krankheiten im Selbstmanagement effektiv zu unterstützen, entsprechend den Vorstellungen von Australischen Klienten und Betreuenden.</p>	<p>Qualitativ</p> <p>Interviews</p> <p>Fokusgruppen</p>	<p>Fragen über:</p> <p>Ihr Verständnis für die Bedeutung von Chronical condition prevention and self-management</p> <p>Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem PHC – Service (primary health care, medizinische Grundversorgung)</p> <p>Was den PHC-Service verbessern würde</p> <p>Welche Fähigkeiten die Gesundheitsfachpersonen benötigen</p> <p>Resultate:</p> <p>Fähigkeiten welche von Gesundheitsfachpersonen benötigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesprächsfertigkeiten - Bedürfnisse des Klienten einschätzen - Kommunikationsfertigkeiten - Zusammenarbeit mit dem Klienten und Wissen über ihre Selbstmanagement-Rolle - Probleme gemeinsam mit dem Klienten identifizieren - Entwicklung von Vertrauen - Die Stärken des Klienten identifizieren und Selbstvertrauen unterstützen - Die Phasen der Verhaltensänderung verstehen und die Motivation des Klienten wahrnehmen - Zielsetzung und unterstützen von erreichten Zielen - Den Klienten helfen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden 	<p>A</p> <p>Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen -> Übertrag</p> <p>Kritik:</p> <p>ET = Jein</p> <p>Kompetenzen= Ja</p> <p>SM = Ja</p> <p>Chronisch =Ja</p>
<p>Lawn, S. & Schoo, A. (2009). Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches. <i>Patient Education and</i></p>	<p>Die Ziele der Studie sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Unterschiede zwischen akuten und chronischen 	<p>Review</p>	<p>The stanford course</p> <p>Enthält Peer-support, 10-15 Teilnehmer, ein strukturiertes Programm für 6 Wochen.</p> <p>Peer-leader und Personal lernt an einem 3-tägigen Kurs Fertigkeiten wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemlösestrategien - Handlungsplanung 	<p>A</p> <p>Kompetenzen ableiten</p> <p>Kritik:</p> <p>ET = Nein</p>

<p>Counseling, 80, 205-211.</p>	<p>Krankheiten zu diskutieren in Bezug auf die Verbesserung des Managements von chronischen Kranken innerhalb des Gesundheitssystems.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prinzipien von Selbstmanagement aufzeigen - Beschreibung von gebräuchlichen Unterstützungs-Modellen (the Stanford and Flinders, the 5As Model, motivational interviewing, health coaching) und die Vor- und Nachteile. - Diskussion darüber wie Professionen im Gesundheitswesen ihre Unterstützung steigern können und Verbesserungen beim Engagement und Adhärenz von Klienten erreichen können. 		<ul style="list-style-type: none"> - Zielsetzung - Umgang mit schwierigen Emotionen - Gesunder Lebensstil - Medikation- und Symptommanagement - Kommunikation - Zusammenarbeit mit einer Fachperson <p>The Flinders Program Dieses braucht individuelle, Klientenzentrierte Assessments und einen Pflegeplan, der die Verhaltensänderung erleichtern soll. Es wird auf motivierende Interaktion geachtet und die Ziele und Bedürfnisse des Klienten identifiziert. Das Personal benötigt einen 2-tägigen Kurs. Die Hauptkomponenten des Flinder Programmes sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Assessment um die Leistungsfähigkeit zu messen - Ein Motivierendes Gespräch - Identifizierung von Hauptproblemen, Zielsetzung - Erstellen eines Selbstmanagement Pflege-Plan <p>The 5A Model Ursprünglich als Raucherentöhnungsintervention gebraucht. Wird gebraucht, um die Interaktion zwischen Personal und Klient zu strukturieren. Die 5 Schritte sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beurteilen Fragen nach dem jetzigen Verhalten 2. Beraten Eine klare Aussage zur Unterstützung bei der Verhaltensänderung 3. Einverständnis Zielsetzung, basierend auf der Bereitschaft zur Verhaltensänderung 4. Unterstützen Mit Erwerb von Wissen, Fertigkeiten, Vertrauen und Unterstützung 5. Ordnen Zeitplan erstellen <p>Counseling – motivational interviewing Motivierende Gesprächsführung wird gebraucht um Klienten in Entscheidungen einzubeziehen und ihnen zu helfen einen gesunden Lebensstil zu erlangen. Es ist eine Klientenzentrierte Methode. Die Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung sind: Diskrepanzen aufdecken, Argumentation vermeiden, Umgang mit Widerstand, Unterstützung von Selbstwirksamkeitserfahrungen.</p>	<p>Kompetenzen= Ja SM = Ja Chronisch =Ja</p>
---------------------------------	--	--	--	--

			<p>Motivierende Gesprächsführung erfordert: Unvoreingenommenheit und Zusammenarbeit, Vertrauensaufbau, reflektierendes Zuhören, Empathie, Diskrepanzen aufdecken, Ambivalenzen wahrnehmen, Widerstand reduzieren, Bereitschaft Änderungen vorzunehmen erhöhen. Zunehmende Selbstwirksamkeit</p> <p>Health coaching Wird definiert als: Eine interaktive Rolle entweder von einem Peer oder vom Personal, einen Klienten zu unterstützen sich aktiv im Selbstmanagement seiner chronischen Erkrankung einzubringen. Dies kann persönlich oder auch am Telefon geschehen. Es werden motivierende Gespräche geführt und andere kognitive-Verhaltensänderungsansätze. Es kann ein Training von 1-2 Tagen gemacht werden.</p> <p>Im zweiten Teil wird auf die Vor- und Nachteile des jeweiligen Modells eingegangen...siehe Tabelle 2</p>	
<p>Mikkonen, I. & Hynynen, M. A. (2012). Health Care Professionals' Views about Supporting Patients' Self-Management. <i>Health Education</i>, 112, 396-405.</p>	<p>Der Zweck der Studie ist, die Sicht des Pflegepersonals und anderen Gesundheitsprofessionen über Klientenedukationsfertigkeiten sowie deren Entwicklung zu beschreiben.</p>	<p>Qualitativ content analysis</p>	<p>Es traten 3 Hauptthemen auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klientenzentrierte Beratung - Unterstützung des Selbstmanagements - Kontinuierliche Weiterbildung <p>Klientenzentrierte Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klientenzentrierter Beratungsstil - Planen, evaluieren der Schulung und der Beratung zusammen mit dem Klienten und der Klientin - Die Ziele der Klienten und Klientinnen - Die Bedürfnisse und die Lebenssituation des Betroffenen als Ausgangspunkt der Beratung - Berücksichtigung der Lernfähigkeit des Klienten und der Klientin (dem Personal wurde bewusst, dass sie sehr viel sprachen und für den Klienten kein Platz war sich auszudrücken, dies verhindert auch gleichgestellte Positionen von Personal und Klient) - Individualität in der Beratung (je mehr Beratungen durchgeführt wurden, desto sicherer wurden die Personen und fanden ihr eigenes Muster in der Beratung, welches sie bei allen Klienten anwenden konnten) <p>Unterstützung des Selbstmanagements</p>	<p>A</p> <p>Kritische Anmerkungen: - Eher Pflegepersonal - Es steht fast nichts über die Population! (14 Personen aus Professionen aus dem Gesundheitsbereich)</p> <p>Kritik: ET = Jein Kompetenzen= Ja SM = Ja</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung des Selbstmanagement und der Selbstversorgung (indem zum Beispiel motiviert wird, eigene Ziele zu formulieren) (Feedback geben und einfordern) - Die Partizipation der Familie fördern - Mit schriftlichen Unterlagen die Beratung ergänzen - Klientenzentrierte Dokumentation <p>Kontinuierliche Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Notwendigkeit kontinuierlicher Reflexion und Entwicklung der eigenen Fähigkeiten in der Bildung und Beratung (Gebrauch von motivierender Gesprächsführung und offenen Fragen) - Aktiv Feedback einfordern und Evaluation aus Sicht des Klienten/ der Klientin 	Chronisch =Ja
--	--	--	--	------------------

Tabelle E: Studienmatrix der Hauptstudien (A =relevanter Inhalt für Ergebnisteil, B =relevanter Inhalt für Einleitung und Theoretischer Hintergrund

Anhang H Studienmatrix der ausgeschiedenen Studien

Jahr / Autor / Titel	Ziel der Studie	Methode	Ergebnisse	Relevanz
Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D. & Desrosiers, J. (2012). Clinical reasoning process underlying choice of teaching strategies: A framework to improve occupational therapists' transfer skill interventions. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 59, 355-366.	Das Ziel ist, den Clinical Reasoning Prozess von ET's zu untersuchen in Bezug auf die Strategiewahl, mit welcher älteren Erwachsenen Transfer-Fertigkeiten (transfer skills) gelehrt werden.	Research Article Qualitative Studie Grounded Theory Study: 11 ET's von 6 Gesundheits- & Sozialen Servicezentren in Kanada -Beobachtungen -tiefe Semi-strukturierte Interviews -Memos	Der CR Prozess hat 8 Stufen die in 3 Phasen eingeteilt werden können: Phase 1: Entwicklung des Lehrplans 1. Informationen zusammentragen 2. Sich ein Bild der Lehrsituation machen 3. a) Anhand des Bildes einen allgemeinen Lehrplan aufstellen basierend auf den eigenen Erfahrungen b) Den Lehrplan auf die spezifische Sequenz anpassen Phase 2: Beendung der Wahl des Lehrplans 4. Plan überprüfen 5. Den Plan wählen oder nicht Phase 3: Adaptation während der Durchführung des Lehrplans 6. Plan umsetzen 7. Informationen überprüfen 8. Plan fortführen oder anpassen Der CR Prozess wird von internen und externen Faktoren beeinflusst. Interne Faktoren beziehen sich auf persönliche Eigenschaften der ET's und externe Faktoren auf den Klienten, die Umwelt, die Aufgaben und die Interaktionen von diesen Faktoren. Die Resultate empfehlen den ET's eine Stärkung des theoretischen Wissens und der praktischen Anwendung der Pädagogik, um die Wahl der Lehrstrategien zu optimieren. Zurzeit liegt der Fokus mehr beim Inhalt als bei der Strategie, diesen zu übermitteln, was sich negativ auf die Effektivität auswirken könnte.	A Kompetenzen der ET's Kritik: ET = Ja Kompetenzen= Ja SM = Nein Chronisch =Nein
Kessler, D. & Graham, F. (2015). The use of coaching in occupational therapy: An integrative review. <i>Australian Occupational</i>	Das Ziel ist, herauszufinden, wie Coaching in der Ergotherapeutischen Praxis angewendet wird und klar zu stellen, was mit Coaching gemeint	Integrative literature review Kritische Anmerkung: Nicht klar, wie effektiv die versch. Coaching-	Verschiedene Coaching-Interventionen bei Kindern und Erwachsenen wurden verglichen. Bei Erwachsenen waren es folgende: - CIMT kombiniert mit Coaching bei Hemiplegie als Einzelintervention - OPC (Occupational performance coaching) bei CVI als Einzelintervention - ReDO (Redesigning daily occupations) als Gruppenintervention für Frauen, die aufgrund von Stress nicht mehr arbeiten können, aber wieder integriert werden sollen.	A (enablement skill coaching) B

<p><i>Therapy Journal</i>, 160-176.</p>	<p>ist und zukünftige Forschung und Praxis darüber zu informieren.</p>	<p>Interventionen sind.</p>	<p>-Coaching for Enablement: Gesprächspartnerschaft als Einzelintervention Alle Interventionen ausser die letzte enthalten eine edukative Komponente.</p> <p>Coaching in der Ergotherapie ist noch neu. Wenn es angewendet wird, muss überlegt werden, welcher Typ des Coachings. Am besten geeignet für die Ergotherapie ist der nicht-direktive, zusammenarbeitende Ansatz von Coaching nach der Definition von Townsend und Polatajko (2007) aus dem Canadian Model of Client-Centred Enablement. Die Evidenz der Effektivität von Coaching-Interventionen ist vielversprechend für die Ergotherapie.</p> <p>Vorangehende Literatur besagt, dass Coaching-Interventionen, welche edukative, Zielsetzungs- und Problemlösekomponenten beinhalten, zu erhöhter Betätigungsperformanz, Betätigungszufriedenheit, Zielerreichung und verbesserter Selbstwirksamkeit oder Selbstvertrauen führen kann. Es gibt Ähnlichkeiten zwischen diesen Komponenten und den wichtigen Komponenten von Gesundheitscoaching: Zielsetzung, motivierende Gesprächsführung und Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen.</p> <p>Ähnlichkeiten zwischen Coaching- und Selbstmanagement-Interventionen wurden festgestellt inklusiv dem Gesundheitscoaching, welches als Mittel zur Unterstützung von Selbstmanagement beschrieben wird.</p>	<p>(Definition von Coaching)</p> <p>Kritik: ET = Ja Kompetenzen= Jein SM = Jein Chronisch =Jein</p>
<p>Linden, A., Butterworth, S. W. & Prochaska, J. O. (2010). Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i>, 16, 166-174.</p>	<p>Das Ziel ist, die Auswirkungen von motivational interviewing (MI)-based health coaching bei einer chronisch kranken Gruppe zu evaluieren. (im Vergleich zu Kontrollgruppe)</p>	<p>Quantitative Studie: Quasi-experimental study design RCT (randomised control & clinical trial)</p>	<p>MI-based health coaching ist eine effektive Intervention für die Erhöhung der Selbstwirksamkeit, der Aktivierung und des wahrgenommenen globalen Gesundheitsstatus bei chronisch kranken Menschen. Zudem kann dadurch Bereitschaft zu Verhaltensänderungen erlangt werden.</p> <p>Wie können mehrere Verhalten geändert werden, obwohl nicht an allen gearbeitet wird? Prochaska identifizierte mehrere Hypothesen: Wenn ein übergeordnetes Konstrukt wie Motivation therapiert wird, verändern sich auch untergeordnete Konstrukte wie spezifische Verhalten.</p>	<p>A (Evidenz für motivational interviewing in health coaching)</p> <p>Kritik: ET = Nein Kompetenzen= Jein SM = Ja Chronisch =Ja</p>

<p>Pignataro, R. M., & Huddleston, J. (2015). The Use of Motivational Interviewing in Physical Therapy Education and Practice: Empowering Patients Through Effective Self-Management. <i>Journal of Physical Therapy Education</i>, 29, 62-71.</p>	<p>Das Ziel ist, eine Übersicht darzustellen über Barrieren und unterstützende Massnahmen, um motivierende Gesprächsführung (MI) als Komponente der Patientenedukation in die Physiotherapie zu integrieren und einen Rahmen zu gewährleisten, um Techniken der motivierenden Gesprächsführung in die Ausbildung und Praxis aufzunehmen.</p>	<p>Position paper Artikel</p>	<p>Motivational Interviewing (MI) soll als Teil der Patientenedukation in der Physiotherapie eingesetzt werden. Diese Technik basiert auf Prinzipien des Transtheoretischen Modells (TTM). Dieses ist verwandt mit der Theory of Reasoned Action (TRA). Sie können beide gebraucht werden bei der Ermächtigung des Klienten.</p> <p>5 Phasen des TTM:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pre-Contemplation 2. Contemplation 3. Preparation 4. Action 5. Maintenance <p>TRA: Knowledge + Outcome expectations + Attitudes/Opinions + Self-Efficacy => Intention to Change</p> <p>MI-Techniken reflektieren ein Bewusstsein dafür, dass Ambivalenzen bezüglich Verhaltensänderungen menschlich sind und sind eine Alternative zur traditionellen Patientenedukation, wo der Patient passiver Empfänger von Informationen ist.</p> <p>5 A's von MI: Ask -> Advice -> Assess -> Assist -> Arrange Notwendige Kommunikationsfertigkeiten: Empathie ausdrücken, offene Fragen stellen, Klientenautonomie fördern, Klientenzentrierter Ansatz verfolgen</p> <p>Diskussion Die Forschung sagt, dass MI beim Management von chronischen Erkrankungen unterstützend wirkt. Durch MI steigt die Adhärenz. Bei verschiedenen Gesundheitsberufen wurde MI erfolgreich eingesetzt für Verhaltensänderungen. Die Ergotherapie anerkennt MI als Mittel für Verhaltensänderungen. Nationale Physiotherapiekonferenzen unterstreichen die Notwendigkeit für effektive Interventionen in Bezug auf einen problematischen Lebensstil und risikoreiches Verhalten und den Gebrauch von MI für die Verbesserung des Selbstmanagements von Patienten. Praktiker und Studenten benötigen verbessertes Training in MI und anderen Formen von evidenzbasierten Methoden der Patientenedukation.</p>	<p>A (motivational interviewing)</p> <p>Kritik: ET = Nein Kompetenzen= Je in SM = Ja Chronisch =Ja</p>
--	--	-------------------------------	--	--

<p>Fouche, C., Kenealy, T., Mace, J. & Shaw, J. (2014). Practitioner perspectives from seven health professional groups on core competencies in the context of chronic care. <i>Journal of Interprofessional Care</i>, 1820, 1-7.</p>	<p>Das Ziel der Studie war es, die Perspektiven von sieben Professionen im Gesundheitswesen in Neuseeland in der Versorgung chronisch Kranker, auf die erforderlichen Kernkompetenzen, zu erkunden. (allgemein Medizin, Pflegepersonal, Ergotherapie, Physiotherapie, Soziale Arbeit, Logopädie)</p>	<p>Qualitativ</p>	<p>Aus folgende Kernthemen, wurden Unterthemen entwickelt, anhand von qualitativem Design:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Team und Teamwork - Professionelle Rolle und Verantwortung - Interprofessionelle Kommunikation - Kulturelle Kompetenz - Besseres Engagement mit Klienten, Familie und Pflegenden - Teilen und Vertraulichkeit von Informationen <p>kritische Anmerkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studie in Neuseeland - Nicht spezifisch auf SM - Eher auf Interprofessionalität <p>Hat sehr gute Modelle zu Kernkompetenzen für Pflege von Personen mit chronischen Krankheiten (WHO, IPEC, IP-SDM)</p>	<p>Nicht relevant</p>
<p>Jerant, A. F., Von Friederichs-Fitzwater, M. M. & Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. <i>Patient Education and Counseling</i>, 57, 300-307.</p>	<p>Das Ziel ist Barrieren von aktivem Selbstmanagement herauszufinden und Unterstützungsmaßnahmen zu beurteilen.</p>	<p>Qualitativ</p>	<p>Die häufigsten Barrieren waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mangelndes Bewusstsein - Physische Symptome - Transportschwierigkeiten - Finanzielle Schwierigkeiten <p>Diskussion/ Hypothesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Bürde der SM ist für viele mit einer chronischen Krankheit schwer - Viele Barrieren könnten mit Selbstwirksamkeitserfahrungen überwunden werden - Mit einem Haus-Unterstützungs-Programm könnten viele Barrieren überwunden werden 	<p>Nicht relevant</p>
<p>Kosmala-Anderson, J. P., Wallace, L. M. & Turner, A. (2010). Confidence matters: a Self-Determination Theory study of factors determining engagement in</p>	<p>Zielsetzung: Die Studie möchte im Rahmen der Theorie der Selbstbestimmtheit (SDT) erforschen, welche Faktoren das Enga-</p>	<p>Cross-sectional design & Longitudinal design</p>	<p>Frage 1 Was ist die Beziehung zwischen Bedürfnisbefriedigung (Autonomie, Kompetenz und Beziehung) in Bezug auf Selbstmanagementunterstützung und die Motivation des Einzelnen auf Selbstmanagementunterstützung sowie auf das Üben von Selbstmanagementunterstützung in drei Bereichen (klinisches Selbstmanagementunterstützung, Patientenzentriertheit und organisatorisches Selbstmanagementunterstützung)?</p>	<p>Nicht relevant Kritische Anmerkungen:</p>

<p>self-management support practices of UK clinicians. <i>Psychology, Health & Medicine</i>, 15, 478-491.</p>	<p>gement von Klinikern, die Personen mit chronischen Erkrankungen im Selbstmanagement unterstützen, erleichtern oder behindern.</p> <p>Fragen siehe →</p>		<p>Frage 2 Was sind die demographischen und professionellen Eigenschaften von Klinikern, die mit chronisch Erkrankten arbeiten und an professionellen Training über Prinzipien und Praxis zur Unterstützung des Selbstmanagement teilnehmen (im Vergleich zu denen, die nicht bereit erklärt haben)?</p> <p>Frage 3 Unterscheiden sich Kliniker die freiwillig an dem professionellen Training teilgenommen haben in ihrer Bedürfnisbefriedigung und ihrer Motivation von Klinikern, die nicht teilgenommen haben?</p> <p>Frage 4 Wie effektiv ist die Ausbildung in der Praxis im Selbstmanagement unterstützen, in Bezug auf vermehrte Anwendung und der Motivation der Kliniker diese anzuwenden(Das heißt die Verbesserung ihrer Gefühl der Autonomie, Kompetenz und Verbundenheit in Bezug auf SMS)?</p> <p>Frage 5 Welche psychologischen Faktoren sind notwendig, damit die Ausbildung für Kliniker in der Praxis wirksam ist?</p>	<p>- Bezogen auf Ärzte, Pflege</p> <p>- Fragestellung nicht auf unsere Frage....</p>
<p>Peters, S., Faller, H., Pfeifer, K. & Meng, K. (2016). Experiences of Rehabilitation Professionals with the Implementation of a Back School for Patients with Chronic Low Back Pain : A Qualitative Study.</p>	<p>Das Ziel der Studie war die Einstellungen und Erfahrungen von Fachleuten zu erforschen, die das Programm „Rückenschule“ durchführten.</p>	<p>Qualitativ</p>	<p>Programm „Rückenschule“ (CBS) → ein Selbstmanagement-Schulungs-Programm Das Programm enthält 7 Sessionen von je 60 Minuten und ist Interdisziplinär.</p> <p>Es wurden 3 Hauptthemen gefunden</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Rückenschule als eine Gemeinsamkeit <ol style="list-style-type: none"> a. Die CBS als interprofessioneller Leitfaden b. Zugewiesene Zeit für die Durchführung c. Flexibilität in der Durchführung 2. Theorie versus Praxis 3. Partizipation und Klientenzentriertheit <ol style="list-style-type: none"> a. Hohe und heterogene Teilnahme b. Volitionale Inhalte und eine Erhöhung der Nachhaltigkeit c. Die Kompetenzen der Fachpersonen und deren Teilnahme 	<p>Nicht relevant</p> <p>Zuwenig spezifisch auf Kompetenzen</p>
<p>Butterworth, S. W., Linden, A. & McClay, W. (2007). Health Coaching as an Intervention in</p>	<p>Das Ziel ist, die Evolution des Begriffs Health</p>	<p>Paper (Dis)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Health Coaching 2. Publishe Studies in health coaching: Evidence for MI-based health coaching Evidence for other health coaching modalities 	<p>B</p>

<p>Health Management Programs. <i>Disease Management and Health Outcomes</i>. 15. 299-307.</p>	<p>Coaching zu beschreiben.</p>		<p>Health coaching in a disease management or health management setting 3.Health coaching as an intervention in health management: Health coaching model: MI → MI ist die einzige Technik innerhalb des health coaching, bei der ein positives Ergebnis in Bezug auf das Verhalten herausgekommen ist.</p> <p>Table I: Comparison of traditional health education approach and the ideal health coaching approach Aspect</p> <p>Conclusion: Health coaching ist eine vielversprechende Intervention in Gesundheitsmanagementprogrammen für Personen mit Risikofaktoren in Bezug auf ihren Lebensstil.</p>	<p>(health coaching definition, Evidenz für MI)</p>
<p>Garvey, J., Connolly, D., Boland, F. & Smith, S. M. (2015). OPTIMAL, an occupational therapy led self-management support programme for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial. <i>BMC Fam Pract</i>, 16, 59.</p>	<p>Das Ziel ist, die Effektivität eines von der Ergotherapie geleiteten Selbstmanagement-Unterstützungsprogramm, OPTIMAL, zu untersuchen.</p>	<p>Quantitative Studie RCT</p>	<p>Elemente des OPTIMAL: (wird in einer früheren Studie genauer beschrieben)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wöchentliches Treffen - Fokus des ET - Unterstützung durch Kollegen/Betroffene - Zielsetzung und Priorisierung <p>Ergotherapeutische Interventionen für SM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstmanagement - Müdigkeits und Energie Management - Stressmanagement, Sorge, psychische Gesundheit und well-being - Physikalische Aktivität - Gesunde Ernährung - Medikamentenmanagement - Effektive Kommunikationsstrategien - Zielsetzung <p>Signifikante Verbesserungen wurden gemessen in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wahrnehmung der Betätigungsperformanz und Zufriedenheit - Selbstwirksamkeit - Unabhängigkeit in der Alltagsroutine - Lebensqualität <p>Keine Verbesserungen in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sorge - Depression 	<p>B (Introduction)</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Self-management score? - Hospitation/medizinischer Gebrauch 	
<p>Lindner, H., Menzies, D., Kelly, J., Taylor, S. & Shearer, M. (2003). Coaching for behaviour change in chronic disease: A review of the literature and the implications for coaching as a self-management intervention. <i>Australian Journal of Primary Health</i>, 9, 177.</p>	<p>Das Ziel der Studie ist es, die spezifischen Komponenten oder Techniken im Coaching und die Wirksamkeit dieser Ansätze zur Verbesserung des Selbstmanagements bei chronischen Krankheiten zu untersuchen.</p>	<p>Review</p>	<p>Es wurden 3 Ansätze identifiziert und untersucht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankheitsbezogene Schulung <ul style="list-style-type: none"> o Krankheitsbezogene Schulung ist förderlich, aber Verhaltensschulung ist besser o Hat einen positiven Effekt auf medizinische Entscheidungen - Strategien zur Verhaltensänderung <ul style="list-style-type: none"> o Positive Effekte auf: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prävention von fortschreitender Krankheit ▪ Risikofaktoren reduzieren o Lorig et al. Programm = Zielfokussiertes Coaching <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielsetzung ▪ Selbstwirksamkeit Techniken ▪ Peer Schulung o Ein anderes Projekt brauchte ein 5-Schritte-Prozess <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einstellung festlegen ▪ Wissen und Glauben ▪ Erläuterung und Begründung der Behandlung ▪ Bewusstseinstaining ▪ Ziele setzen ▪ Neubewertung o Motivational Interviewing - Psychosoziale Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> o An einer chronischen Krankheit zu leiden, kann Einsamkeit bedeuten -> deshalb coaching um emotional zu unterstützen o Depressive Klienten = oft weniger compliant o Ein anderer Ansatz legte den Fokus auf Kommunikationsstrategien & Entscheidungsfindung 	<p>B (Evidenz für Coaching)</p>
<p>O'Toole, L., Connolly, D. & Smith, S. (2013). Impact of an occupation-based self-management programme on chronic</p>	<p>Das Ziel ist, die Durchführbarkeit und den potentiellen Effekt eines occupation-based</p>	<p>Mix method design Phänomenologische Studie</p>	<p>Signifikante Verbesserung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilhabe an Aktivitäten (Häuslich, Arbeit, Freizeit) - Selbstwahrnehmung in der Betätigungsperformanz - Zufriedenheit der Betätigungsperformanz <p>Keine Verbesserung:</p>	<p>B (Definition)</p>

disease management. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 60, 30-38.	Selbstmanagement-programmes für Personen mit chronischen Krankheiten, die in einer Gemeinschaft leben zu erfassen.		<ul style="list-style-type: none"> - Angst/Sorge - Depression - Lebensqualität <p>Die Studie sagt, dass besonders Gruppeninterventionen für Selbstmanagement geeignet ist.</p>	
--	--	--	---	--

Tabelle F: Studienmatrix der ausgeschiedenen Studien (A =relevanter Inhalt für Ergebnisteil, B =relevanter Inhalt für Einleitung und Theoretischer Hintergrund)



STUDENTS AND PROMOTORS

Artevelde University College by Patricia De Vriendt

- Mariotte Wyckaert
- Eva De Schutter

UGent by Dominique Van de Velde

- Freya De Zutter
- Sara Janquart

ZHAW by Daniela Senn

- Mara Widmer
- Martina Zimmermann

AIM OF THE RESEARCH PROJECT

Do students occupational therapy have sufficient skills to coach their future clients how to self-manage?

METHODS



PART 1: CONCEPT ANALYSIS

- Concept analysis
 - Aim: to create a clear and operational definition of self-management
- Method
- 8 steps of Walker & Avant (1988)
 - Saturation
 - Specified to health & medicine, further focus on occupational therapy

Inclusion criteria	Exclusion criteria
English or Dutch	Systematic review*
RCT and CCT	Publications not related to medicine and health
Publications since 1970	Only abstracts
Self-Management as an outcome	Publications of conferences

PART 2: SYSTEMATIC REVIEW

- Design: Systematic review
- Aim: To proof if self-management is effective in healthcare
- Method:
- search terms for data collection:
 - self-management; self-management AND disease; Self-management AND effectiveness; Intervention AND self-management.
 - Critical appraisal for quality (not an exclusioncriterium)
 - Data analysis + categorize results

Inclusion criteria	Exclusion criteria
Men and women from all ages	Only abstracts
English and Dutch	Other languages than Dutch and English
Randomised controlled trials Clinical controlled trials	Other studies

PART 3: EXPLORING TEACHERS' POINTS OF VIEW THROUGH QUALITATIVE RESEARCH

- **Research design:** qualitative research
- **Aim:** to explore the teachers' point of view on self-management in OT education
- **Method:**
 - Data collection: focusgroup interviews with topic list
 - Sample: OT teachers
 - bachelor degree
 - Artevelde University College
 - Others?
 - master degree
 - Ugent
 - Others?
 - incl. criteria:
 - >50% active at college or university
 - main questions:
 - What do you mean with self-management? Do you introduce/teach self-management at college or university?
 - 1 interviewer + 1 or 2 assistants.

PART 4: STUDENTS' POINT OF VIEW: QUANTITATIVE EXPLORATIVE RESEARCH

- **Research design**
 - quantitative explorative research
- **Aim?**

- **Sampling**
 - A random sampling, out of a population of 150 third year students bachelor occupational therapy Artevelde University College and 30 master students occupational therapy University Ghent.

Inclusion criteria	Exclusion criteria
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3th year bachelor student OT Artevelde University College (model & personal study track) ▪ Master student OT Ghent University (model & personal study track) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non third year bachelor student OT Artevelde University College. ▪ Non master student OT University Ghent ▪ Exchange student

- **Data collection**
 - A self-composed survey, which inputs the results directly in SPSS.
 - The survey is based on
 - consulted literature (including the assessment tools Q-SAF (T.L. Packer et al., 2009) and Z-scan (Zwier, M.,2012),
 - the concept study,
 - the qualitative study.

RESEARCH PLANNING

Period	Concept analysis	Systematic Review	Focus groups	Surveys
September	Step 1 & 2	Screening literature + critical appraisal literature	Data collection with focusgroup interviews	Consult literature on composing survey and quantitative research
October	Step 3			Compose survey
November	Step 4	Data analysis + categorising results	Data analysis	
December				Testing and fine-tuning survey
January	Step 5 & 6	Data interpretation		
February				Inviting to participate in survey and data collection
March	Step 7	Discussion		Data analysis and writing results
April	Step 8	Abstract		Writing discussion and conclusion
Mai	Fine-tuning	Fine-tuning		

CONTACTS

- Patricia.devriendt@arteveldehs.be
- Dominique.vandevelde@ugent.be
- Marlotte.wyckaert@arteveldehs.be
- Eva.deschutter@arteveldehs.be
- Freya.dezutter@ugent.be
- Sara.lanquart@ugent.be