WIP WISSEN.PLUS
HÖHERE FACHSCHULE
FÜR MEDIZINISCHE WEITERBILDUNGEN

Chronic Care Management II

Vanessa Jacky

Modul 01/2023

Modulbeginn

- Vorstellungsrunde
- Kursordnung & Spielregeln
- Modulübersicht & Agenda

Kursordnung & Spielregeln

- Handy lautlos
- Weitere Spielregeln, welche für Sie wichtig sind

Modulübersicht

- Stoffplan
- odamed Lernziele

Agenda Freitag 14.04.2023

- Warm up und Einstieg
- Das Jahrhundert der Patienten
  - Patientenrolle im Wandel der Zeit
- Arzt Patientenbeziehung – Der informierte aktivierte Patient
  - Shared Decision making
- Ziele moderner Patientenschulung
  - Wie lernen Erwachsene
  - Lernmodelle und Lernstrategien

Lernziele

- Die Teilnehmenden erklären verschiedene integrative Lernmodelle mit gesundheitspsychologischem Hintergrund und wenden diese in Verbindung zu Selbstmanagement und Patientenschulung an **T2**

- Die Teilnehmenden beurteilen die Lernfähigkeit der Patientinnen und Patienten und benennen hemmende und fördernde Faktoren **T3**

Patientenrollen im Wandel der Zeit

1. Der informierte Patient
2. Der mündige Patient
3. Der autonome Patient
4. Der kompetente Patient

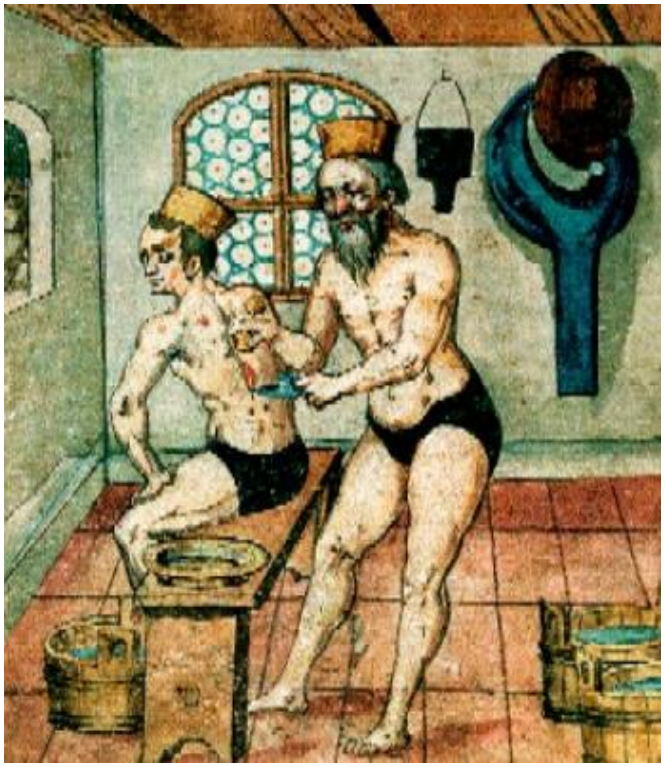
Situation vor dem 19. Jahrhundert

1. Bader, Wundärzte, Hebammen, studierte Ärzte
2. Medizin – Pflege?
3. Kranke werden in der Regel in der Familie versorgt
4. Klöster: Versorgung von Menschen, die nicht von der Familie versorgt werden

- Bis ausgehendes 18. Jahrhundert Krankenbettmedizin
- Kaum Kriterien, an denen ein „guter Arzt“ zu erkennen ist
- Bewertung von „Geschick“ durch Laienpublikum
- Direkte körperliche Untersuchung spielt untergeordnete Rolle
- Ziel: Krankheitsgeschichte zu erfahren

Krankenbettmedizin

- Vor Laienpublikum zu Hause
- Prinzip der Individualität Gesamtkonstellation ergibt ein vollständiges Bild der Krankheit
- Der Kranke soll frei reden, der Arzt die Volkssprache benutzen Hervorlockung von Geständnissen, heimliche Krankheiten, Kinder: Fragen vielfältig stellen



Entwicklung der Spitäler

Entwicklung der Spitäler

Entwicklung der Spitäler

- Industrialisierung, Verstädterung
- Naturwissenschaftliche Wende 17./18. Jhrd
- Obduktionen seit Mitte des 18. Jahrhunderts
- erste Spitäler im heutigen Sinne seit 1800
- Weniger Versorgung für Arme, denn Stätte für Diagnostik und Therapie, Lehre und Ausbildung
- Krankenhaus ist Haus des Arztes
- Erstmals sieht man nicht nur kranke Menschen, sondern Krankheiten

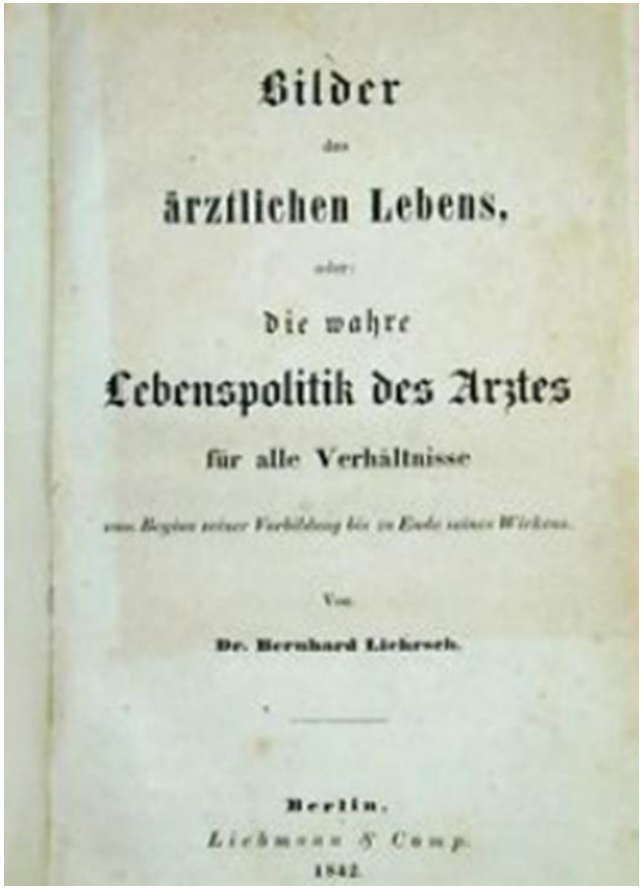
Spitalmedizin

- Herauslösung des Kranken aus seinem lokalen Kontext
- Soziale Disziplinierung
- Austausch mit dem Kranken vor Experten (Ärzten, Studierenden)
- Krankheiten sind objektivierbar geworden
- Kulturelle Entwicklung: z.B. Stethoskop, 1818 erstmals von Laennec vorgestellt
- Mitwirkung des Kranken ist nicht mehr notwendig

Wandel der Patientenrolle

„Dem Kranken dürfen Sie nie, selbst bei den gleichgültigsten Dingen, nicht die Wahl lassen, sonst gerät er auf den Gedanken, dass Sie selbst unwissend sind und wird die Wissenschaft nicht eben achten lernen, deren Prinzipien so wenig festgestellt sind, dass das eine oder das andere erlaubt ist. Wozu sind denn die Ärzte da, wenn sie die Wahl der Mittel dem Kranken überlassen wollen“

Liehrsch, 1842


Bilder
des
ärztlichen Lebens,
oder:
die wahre
Lebenspolitik des Arztes
für alle Verhältnisse
vom Beginn seiner Vorbildung bis zu Ende seines Wirkens.
Von
Dr. Bernhard Liehrsch.
Berlin.
Liehmann & Comp.
1842.

Der Patient und das ärztliche Begleitpersonal, ausschliesslich weiblich…

„ Die Pflegerin muss für ihren Pflegling und mit ihm denken; am besten ist es, wenn sie ihm die Mühe des Denkens ganz abnimmt, indem sie stets bemüht ist, seine Gedanken, insbesondere seine Wünsche vorher zu erraten und ihrer Äußerung zuvorzukommen“

Jacobsohn, 1897

„ Der Kranke wird für sie der ihr ganzes Interesse in Anspruch nehmende Mittelpunkt, auf den sie ihre Sorgsamkeit, ihre Ratschläge, ihre Dienstleistungen und Aufmerksamkeiten zusammenfassen könnten, das Krankenzimmer die Stätte, wo sie Frieden und Behaglichkeit schaffen, Ordnungsliebe, Sauberkeit, Milde, Sanftmut und andere weibliche Tugenden verwerten können“

Jacobsohn, 1901

Das 21. Jahrhundert

- Siegeszug der Medizin durch Entwicklung der Anästhesie, der Entdeckung des Antibiotikums, Hygiene in den Spitälern
- Die Problematik der akuten Krankheiten wird kleiner
- Die grössten Probleme entstehen im Gesundheitswesen durch die chronischen Krankheiten
- Chronische Krankheiten können nur behandelt werden, wenn der Patient sich beteiligt

Das 21. Jahrhundert- Patientenadhärenz

- „Therapietreue“: Kooperative Verhalten des Patienten im Rahmen einer Therapie
- Es trägt zu einer erhöhten Compliance bei, wenn der Patient von einer allgemeinen Krankheitsanfälligkeit überzeugt ist,
- die Ernsthaftigkeit seines Leidens erkennt,
- an die Wirksamkeit der Therapie glaubt,
- mit der medizinischen Betreuung zufrieden ist oder
- von seinen Angehörigen in seinem Befolgungsverhalten unterstützt wird
- es nicht wagt, die Ratschläge des Behandlers nicht zu befolgen.

Aus Kranken werden Patienten

Patient: Mensch, der leidet und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen kann.

Patientenrollen im Wandel der Zeit

- Bevormundete Patient: Anfang des 20. Jhrd
- Informierte Patient: 70er Jahre USA
- Mündige Patient: 80er Jahre dt. Sprachraum
- Autonome, selbstbestimmte Patient: 90er Jahre
- Kompetente Patient, smart consumer: 21. Jhrd.

Folgen dieser Rollenentwicklung:

Neues Praxis und Forschungsgebiet entsteht:
„Shared decision making“:
gemeinsame Entscheidungen treffen

Die Arzt - Patientenbeziehung

Die Arzt - Patientenbeziehung

Rechtlich handelt es sich beim Arzt-Patienten-Verhältnis um einen Auftrag, der den entsprechenden Bestimmungen des OR (Obligationenrecht) untersteht. Dieser Vertrag wird nicht schriftlich, sondern mündlich durch konkludentes Verhalten abgeschlossen.

Der Inhalt des Vertrags ergibt sich aus dem Gespräch zwischen Arzt und Patient.

Kommunikation und Informationsvermittlung

Unterschiedliche Wissensverteilung gibt dem Arzt Expertenmacht, wohingegen der Patient dem Arzt in der Regel als Laie gegenübertritt (→ asymmetrische Beziehung).

Da ungleiche Wissensverteilung ein zentrales Merkmal der Arzt-Patienten-Beziehung ist, bilden Information und Aufklärung des Patienten durch den Arzt ein wesentliches Ziel der Kommunikation (→ Verringerung der Asymmetrie).

Die Bedeutung krankheitsbezogener Information lässt sich auf drei Ebenen verdeutlichen:

- Der kognitive Aspekt dient der Orientierung, dem Verständnis und der Interpretation des durch die Krankheit geschaffenen Zustands und seiner Beeinflussung.
- Der emotionale Aspekt der Kommunikation kann dem Patienten in einer Situation der Verunsicherung helfen (z.B. Trost, Aufmunterung).
- Der pragmatische Aspekt zielt auf Verhaltensbeeinflussung beim Patienten (z.B. Befolgung ärztlicher Ratschläge).

Die Themen, auf die sich Informationswünsche beziehen, sind:

(1) Ursache(n) der Krankheit,
(2) Behandlung,
(3) Diagnose,
(4) Therapie und eigenes Verhalten nach der Krankenhausentlassung,
(5) weitere Prognose.

Der Arzt darf nicht davon ausgehen, dass Patienten, die von sich aus keine Fragen stellen, nichts wissen wollen. Die Artikulation von Informationsbedürfnissen kann aus psychologischen (Hemmungen), soziokulturellen (Sprachkompetenz) oder organisatorischen Gründen (Zeitdruck beim Arzt) erschwert sein.

Anforderungen an ein qualitativ gehaltvolles Gespräch

Empathie
Versuch, sich in den Gesprächspartner einzufühlen, seine Gefühle und Wahrnehmungen zu vergegenwärtigen.

Wertschätzung
Versuch, dem Gesprächspartner Achtung und Wertschätzung entgegenzubringen und ihm zu vermitteln, dass er mit seinem Anliegen ernst genommen wird.

Echtheit
Versuch, die eigene Meinung klar zum Ausdruck zu bringen und entsprechende Gefühle zu äussern.

Transparenz
Versuch, konsistente Informationen zu geben sowie in den **verbalen und nonverbalen Botschaften** übereinzustimmen.

Übung in der Gruppe:

Übung zu Arzt-Patient-Interaktion in 3er-Gruppen.

1. Jede Gruppe zieht sich eine Krankheit aus dem Umschlag.
2. Einer aus der Gruppe spielt den Arzt und führt ein Gespräch mit dem Patienten.
3. In jeder Gruppe soll jeder einmal Patient und einmal der Arzt gewesen sein.
4. Der jeweils Dritte schreibt seine Beobachtungen zum Gespräch auf und gibt anschliessend dem Arzt Rückmeldung über gute und schlechte Aspekte seiner Kommunikation sowie Hinweise zur Verbesserung.
5. Bei der Bewertung bitte auf verbale und nonverbale Kommunikation achten.

Ärztliche Fürsorge (Paternalismus) und Selbstbestimmung

Salus aegroti suprema lex

Voluntas aegroti suprema lex

Partizipative Entscheidungsfindung - Shared Decision making

Verschiedene Wege (Modelle) zur Entscheidungsfindung

- Paternalistisches Modell
- Informationsmodell
- Partizipative Entscheidungsfindung Shared Decision Making

Paternalistisches Modell

Hier fliesst vorwiegend medizinische Information vom Arzt zum Patienten. Der Arzt wählt eine Behandlung auf der Grundlage seines Expertenwissens aus, entscheidet selbst und gibt dem Patienten die erforderlichen Informationen, damit dieser die Therapie möglichst getreu der ärztlichen Empfehlung umsetzen kann.

Die Verantwortung für die Entscheidung liegt in erster Linie beim Arzt.

Informationsmodell

Im Informationsmodell medizinischen Entscheidungsfindung erfolgt der Informationsfluss ebenfalls vorwiegend vom Arzt zum Patienten, er umfasst allerdings alle medizinischen Details, die aus Sicht des Patienten für die Entscheidung bedeutend sind.

Aus den Behandlungsmöglichkeiten wählt der Patient die seiner Meinung nach angemessene aus und verantwortet diese Entscheidung.

Partizipative Entscheidungsfindung – Shared Decision making

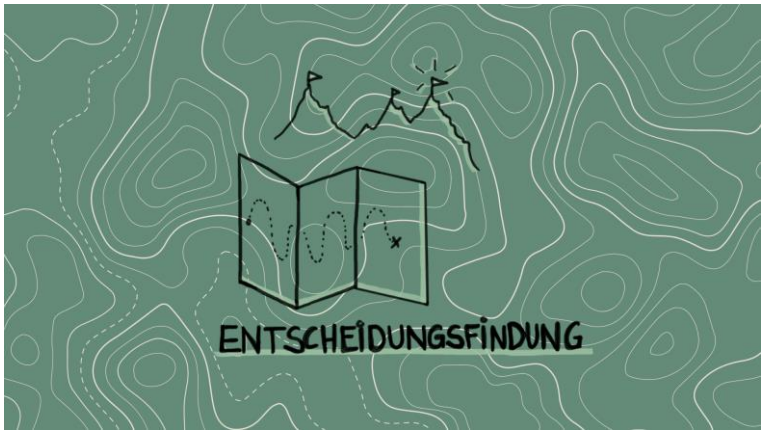
Beim Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung wird ein gleichberechtigtes Zusammenarbeiten von Arzt und Patient ermöglicht.

Der Ausgangspunkt für eine medizinische Entscheidungsfindung ist der Stand der evidenzbasierten Medizin zur Behandlung einer Erkrankung und die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten.

Partizipative Entscheidungsfindung – Shared Decision making

Definition:

Die Partizipative Entscheidungsfindung ist ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen.



Partizipative Entscheidungsfindung – Shared Decision making

- Der Austausch von Informationen umfasst zusätzlich zu medizinischen Details auch Aspekte des Lebensumfeldes des Patienten, seine Werte, Bedürfnisse und Emotionen.

- Der Arzt ist Experte im medizinischen Sinne und urteilt aufgrund seiner eigenen Erfahrungen und seines eigenen Spektrums an Wissen.

- Der Patient ist Experte bezüglich seines Lebensalltages, seiner Bedürfnisse, sowie im Hinblick auf das, was er zur Verwirklichung dieser Ziele einsetzen kann und will.

Von partizipativer Entscheidungsfindung wird gesprochen wenn…

- Informationen sowohl vom Arzt zum Patienten als auch umgekehrt fliessen,
- sowohl medizinische als auch persönliche Informationen vom Patienten an den Arzt weitergegeben werden,
- nicht nur die Aufklärungspflicht befolgt wird, sondern alles für die Entscheidung Relevante besprochen wird,
- beide Gesprächspartner sich bewusst sind, dass und welche Wahlmöglichkeiten bezüglich der medizinischen Entscheidung bestehen,
- beide Partner ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess einbringen und
- die Auswahl der Behandlung gemeinsam erfolgt und die Entscheidung gemeinsam verantwortet wird.

Partizipative Entscheidungsfindung – Shared Decision making

Vorteile:

- zunehmender Informationsstand
- Patientenbedürfnisse nach Wissen und Beteiligung
- steigende Verfügbarkeit medizinischer Informationen in Medien und Internet
- Verringerung des Informationsgefälles zwischen ÄrztInnen und PatientInnen
- Zunahme der Anzahl der Behandlungsoptionen
- Zunehmende Notwendigkeit, zwischen Therapien unterscheiden zu müssen, die sich möglicherweise in den klinischen Effekten kaum unterscheiden, die aber von Patienten sehr unterschiedlich bewertet werden (z.B. Einnahmemodalitäten, Ausmass an Invasivität u.a.).

Partizipative Entscheidungsfindung – Shared Decision making

Positiver Effekt für Patientinnen und Patienten

- hohes Interesse seitens Patientinnen und Patienten
- höheres Wissen über Behandlungsmöglichkeiten
- realistischere Erwartungen
- höhere Entscheidungssicherheit
- höhere Patientenzufriedenheit
- beständigere Umsetzung der gewählten Behandlung
- höhere Therapiewirksamkeit
- keine Erhöhung der Konsultationszeit

Welche Vorbereitungen müssen durchgeführt werden, bevor das Konzept PEF (Shared Decision making) eingeführt werden kann?

- Patientenschulungen
- Fortbildungskonzepte für Ärzte zum Aufbau oder zur Erweiterung entsprechender ärztlicher Kompetenzen
- Materialien zur verbesserten Information und zur Förderung der PatientInnenbeteiligung (Entscheidungshilfen)

Exzellente Patientenschulung

Entscheidungshilfen enthalten neben

- Informationen zur Behandlung
- verbaler Information zu Risiken und Nebenwirkungen
- Auch graphische Informationen zu Risiken und Nebenwirkungen
- Risiko-Kommunikation
- Gegenüberstellung von Behandlungsalternativen und deren Vor- und Nachteile
- Klärung und Ermittlung von Präferenzen des Patienten
- Unterstützung beim Gespräch mit dem Arzt

Der informierte / aktivierte Patient

- Die Rolle des Patienten wird immer wichtiger.
- Er ist nicht mehr nur der Empfänger medizinischer Leistungen,
- sondern muss ein aktiv Handelnder werden, der
- die Auswirkungen seiner Erkrankung kontrolliert
- und eine angemessene Lebensqualität erhalten zu können.

Hierzu ist zum einen wichtig, von ihm selbst zu erfahren, welche Ziele er im Umgang mit der Krankheit erreichen möchte und ihn zum anderen zu befähigen, die dafür notwendigen Fähigkeiten zu erlangen und die eigenen Einstellungen darauf auszurichten.

Ziele moderner Patientenschulung

- Selbstmanagementfähigkeiten,
- Empowerment und
- Compliance bzw. Adhärenz

Schulungskonzepte

Etwas formaler formuliert, sind Patientenschulungen …

- strukturierte, manualisierte Gruppenprogramme,
- für Patienten mit chronischen Erkrankungen,
- mit mehreren Schulungseinheiten,
- frontalen und interaktiven Methoden
- unter Einbezug mehrerer Interventionsebenen (Kognition, Emotion, Motivation, Verhalten).

Intuitives und verstandesgesteuertes Lernen

Linke Gehirnhälfte

- Faktenbasiert
- Langsame Verstandesbewertung
- Umsetzung rationaler Pläne
- Genauigkeit
- Selbst-(Gefühls-)kontrolle
- Diszipliniertes Festhalten an Plänen

Rechte Gehirnhälfte

- Intuition
- Schnelle Gefühlsbewertung
- Intuitive Verankerung erlernter Abläufe
- Strategische Überlegungen
- Kreativität
- Aktivierung zielfördernder Fähigkeiten wie:
  - soziale Vernetzung
  - Selbstmotivation
  - Überwindung schwieriger Situationen

Test:

Die linke Gehirnhälfte ist verantwortlich für Sprache – Lesen – Rechnen Ratio-Logik Regeln-Gesetze Konzentration auf einen Punkt Analyse-Detail Wissenschaft Schritt für Schritt Einzelheiten Zeitempfinden Linearität Die linke Gehirnhälfte ist also für alles zuständig, was im allgemeinen Verständnis als Denken bezeichnet wird. Sie denkt in Sprache, in Begriffen, sie denkt logisch, analytisch.

Die rechte Gehirnhälfte ist verantwortlich für Körpersprache – Bildersprache Intuition-Gefühl Kreativität-Spontaneität Sprunghaftigkeit Neugier-Spielen-Risiko Synthese-Überblick Kunst-Tanz-Musik Ganzheitlich Zusammenhänge Raumempfinden Die rechte Gehirnhälfte steuert also mehr die Intuition, Kreativität, Symbole und Gefühle. Diese Gehirnhälfte wird durch Metaphern aktiviert, durch die beim Zuhörer eigene, dazupassende Bilder, Symbole, Melodien oder Gerüche entstehen können. Das Rohmaterial der Gedanken, die aufblitzenden Ideen, die Bilder, ja alle Sinneseindrücke werden rechts bearbeitet.

Test:

blau rot gelb blau grün rot
rot blau gelb grün blau rot
blau gelb grün rot blau grün

nach John Ridley Stroop: der Stroop-Effekt, 1935

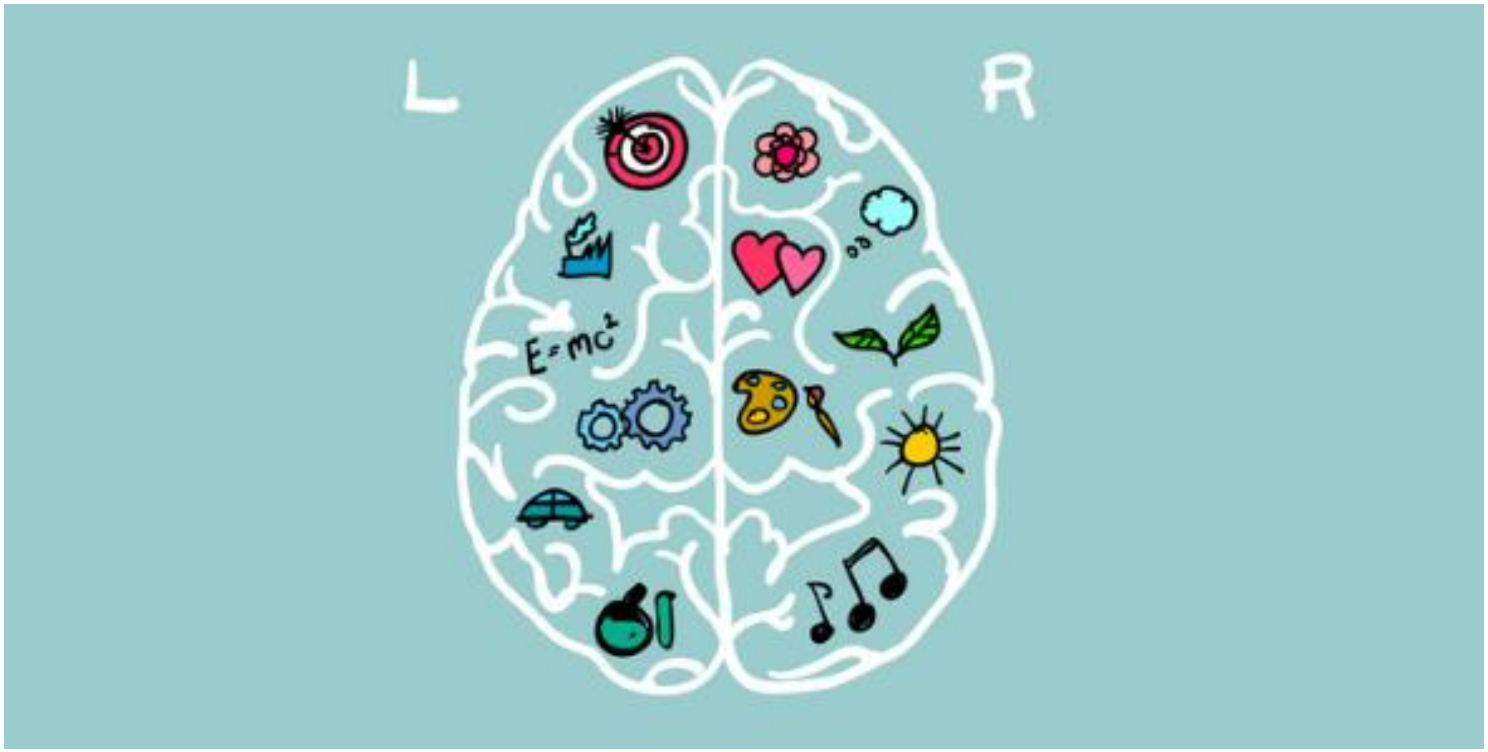
Test:

Luat eienr Stduie der Cambrdige Uinevrstiät speilt es kenie Rlloe in welcehr Reiehnfogle die Buhcstbaen in eniem Wrot vorkmomen, die eingzie whictige Sahce ist, dsas der ertse und der lettze Buhcstbae stmimt. Der Rset knan ein vlilöges Duchrienanedr sein und knan trtozedm prboelmols gelseen wreden.

Test 2:

Rechte oder linke Hirnhälfte?

https://www.youtube.com/watch?v=2DGLHwdj5mk



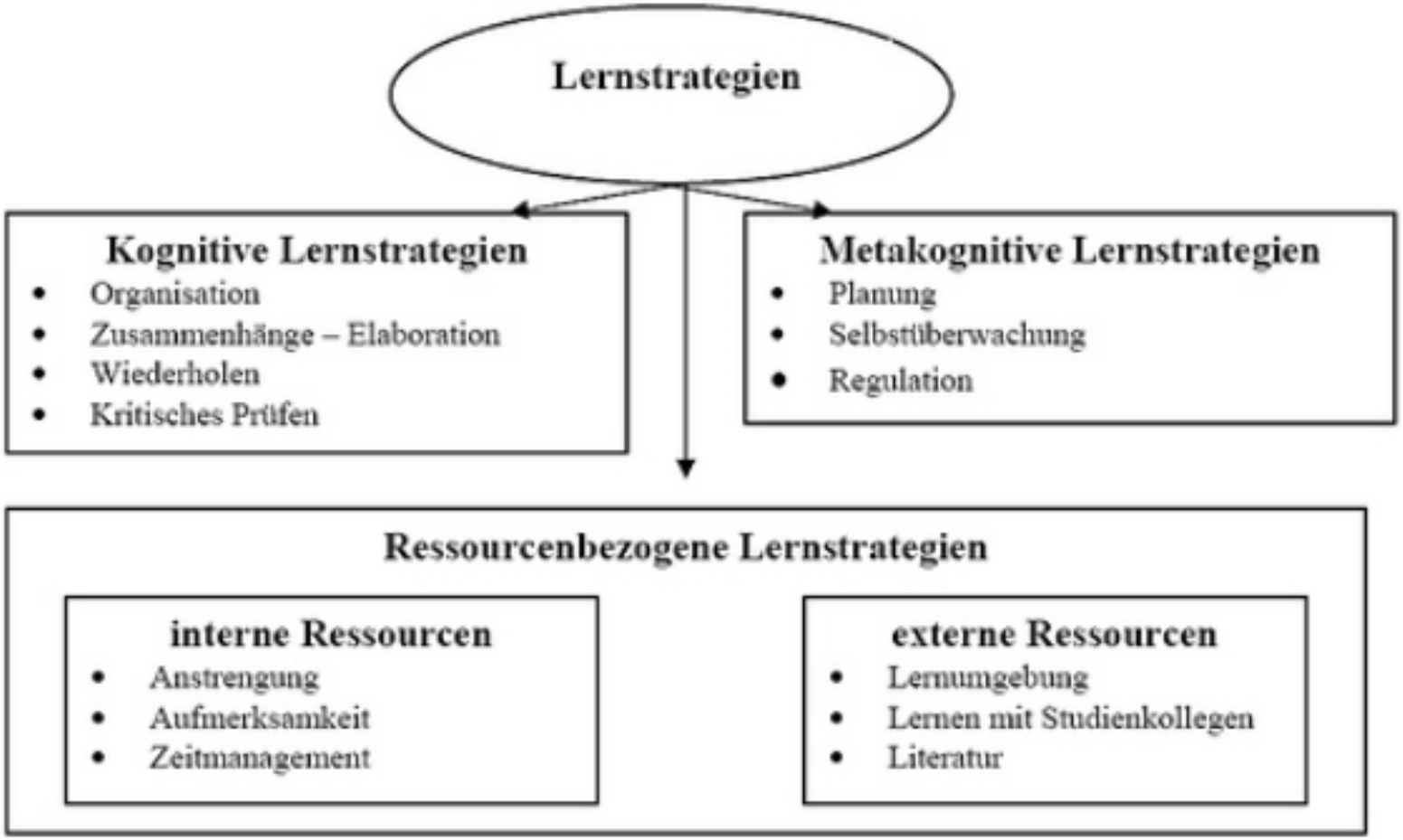
Patiententypen

Unsere Gehirnhälften beherbergen unterschiedliche Bewertungssysteme, links den Verstand und rechts die Intuition.

Dazu gehören auch unterschiedliche Verhaltensweisen. Die intuitive Bewertung der rechten Hirnhälfte möchte sofortige Handlungen auslösen. Psychologisch spricht man von „impulsiver Verhaltenssteuerung“.

Verstandesbewertungen benötigen im Gegensatz hierzu deutlich mehr Zeit. Deswegen ist die linke Hirnhälfte in der Lage schnelle impulsive Handlungen zu bremsen. Das nennt man „Selbstkontrolle“. Alle Menschen besitzen beides: Impulsivität und Selbstkontrolle, aber sie können unterschiedlich stark ausgeprägt sein.

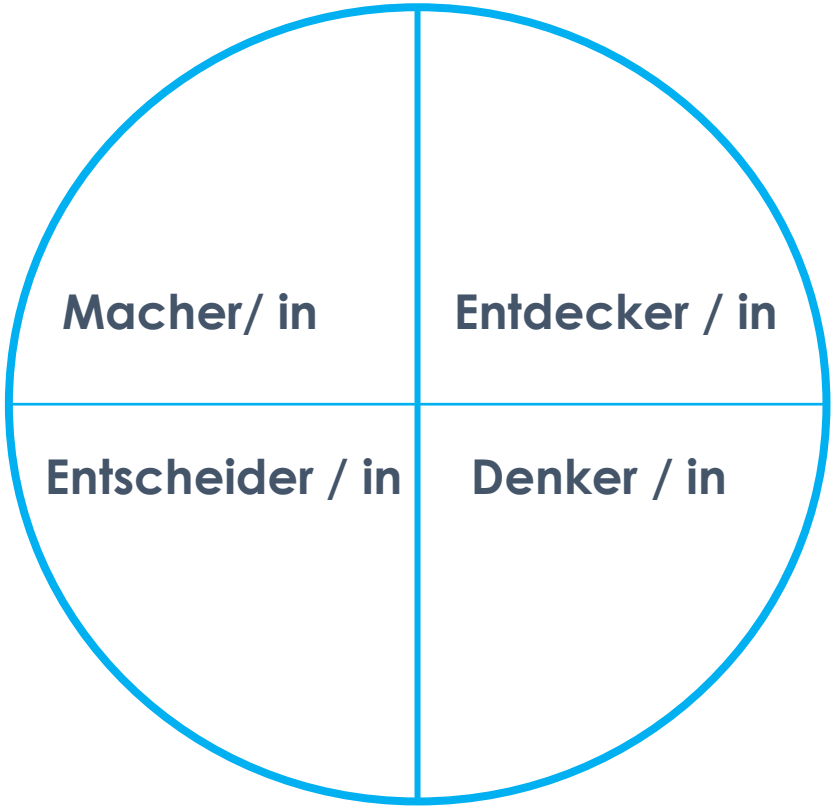
Lernmodelle und Lernstrategien



Lernmodelle und Lernstrategien nach David A. Kolb

Konkrete Erfahrung

Aktives Experimentieren



Reflexion / Beobachtung

Abstrakte Begriffsbildung

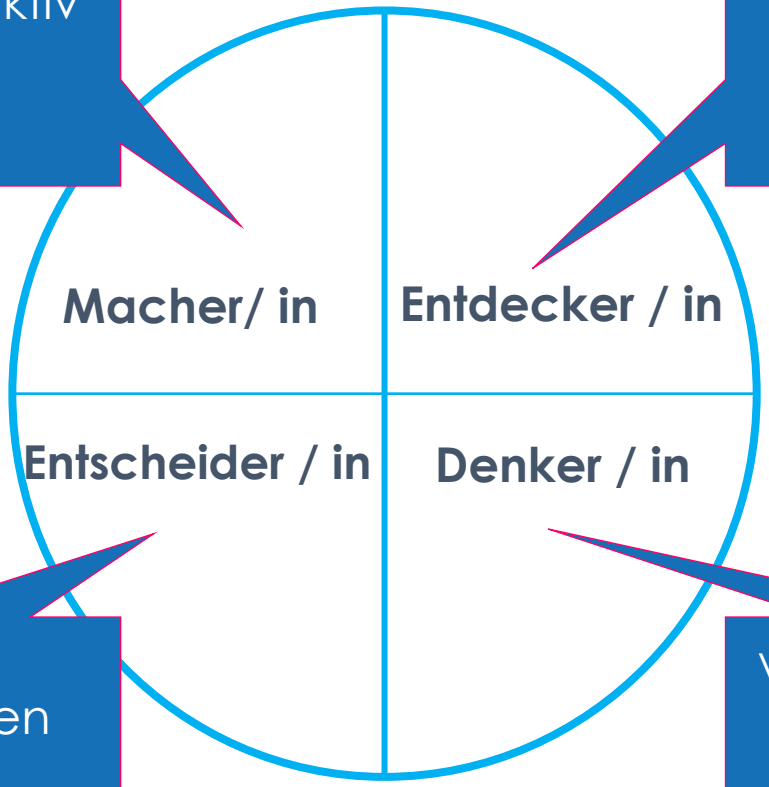
Lernmodelle und Lernstrategien nach David A. Kolb

Konkretes Lernen
Konkrete Erfahrung

Praktisch, echt aktiv
Risikofreudig
humorvoll

Fantasievoll
Hinterfragend
Abwägend
Diskussionsfreudig

Aktives Experimentieren
Aktives Lernen



Reflexion / Beobachtung
Passives Lernen

Sachlich
Ergebnisbezogen
Spontan
Effizient

Vernünftig, emotionslos
Emotionslos
Logisch strukturiert
Unabhängig

Abstrakte Begriffsbildung
Abstraktes Lernen

Wie lernen Erwachsene?

1. Vorurteile gegenüber dem Lernen Erwachsener
2. Heutiger Stand der Wissenschaft
3. Beeinflussende Faktoren
4. Was können Erwachsene lernen?

Wie lernen Erwachsene

- Notwendig, da Lernen in kulturellen, wirtschaftlichen und technologischen Bereichen gefordert ➔ “life-long learning“

Erwachsene lernen anders als Kinder, da sie

- Bereits genug Informationen haben um im Leben und im Beruf zurecht zu kommen
- Schon Erfahrungswissen besitzen, das sich in Annahmen, Vorurteilen und Gewohnheiten äussert
- Lernen um ein Problem zu lösen

Heutige Erkenntnisse I

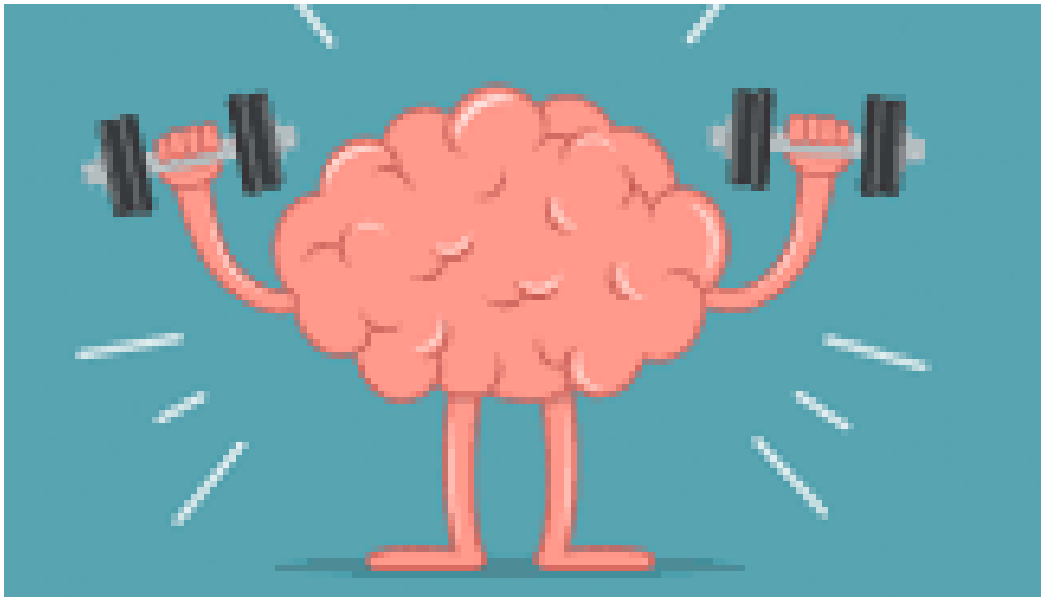
- Alter hat weniger Einfluss als angenommen, dafür aber sind soziale, kulturelle und lebensgeschichtliche Aspekte wichtig
- Lernfähigkeit ist abhängig von Selbstvertrauen und Anspruchsniveau
- Individuelle Unterschiede nehmen mit dem Alter zu
- Alterskrankheiten beinträchtigen die Lernfähigkeit

Heutige Erkenntnisse II

- Motivation beeinflusst stark die Lernleistung im Erwachsenenalter
- Lernwiderstand = mangelnde Lernfähigkeit?
- Erwachsene kennen nicht ausreichend viele Lerntechniken

Beeinflussende Faktoren

a) Lerntyp
b) Geschlecht
c) Motivation - Interesse
d) Biographie
e) Lernumfeld



a) Lerntypen

- Wichtigste Erkenntnis:
  Jeder Mensch lernt anders!!!

- Verschiedene Möglichkeiten der Einteilung in Lerntypen, zum Beispiel:
  1. 3er Gliederung (Hören-Sehen-Machen)
  2. Komplexere psychologische Einteilung
  3. Differenzierend / Vereinfachend

3er Gliederung

- Einfachste Einteilung nach Sinnesorganen
- Lerntypen sind:

  auditiver Lerntyp

  visueller Lerntyp

  taktil - motorischer Lerntyp

Faustregel

- Auf Grund der verschiedenen Lerntypen sollten bei Vermittlungsprozessen möglichst alle menschlichen Sinne angesprochen werden.
- Der Mensch behält durch

Hören	20%
Sehen	30%
Sehen und Hören	50%
Sehen, Hören und eigenem Erarbeiten	90%

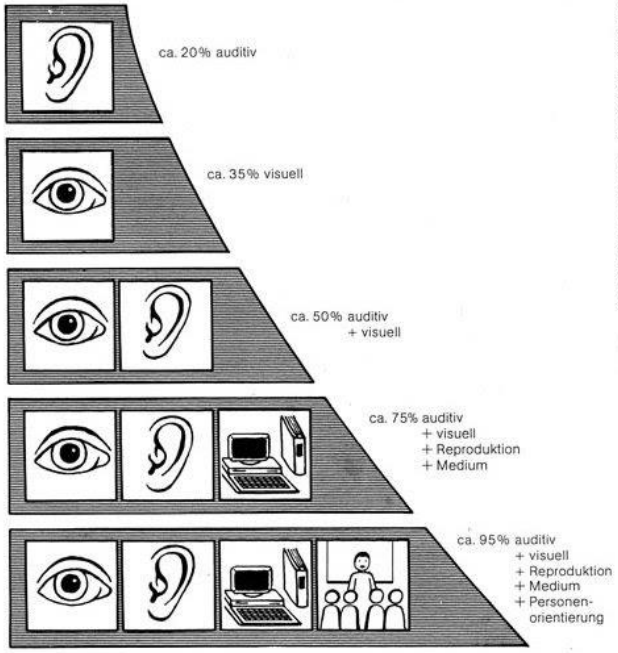


Abb. 3: Eingangskanäle. Quelle: Hüholdt (1993)

b) Geschlecht

- Lernen ist auch geschlechtsspezifisch
- Männer lernen so: …
- Frauen lernen so: …

Dies ist wissenschaftlich aber sehr schwer zu belegen, da natürlich auch vieles für Lernen als rein individuellen Prozess spricht.

So lernen Frauen:

- Intensiver
- Ordentlicher
- Zeiteffizienter
- Geduldiger
- Abwägender
- Perfektionistischer
- Kommunikativer
- Komplexere Sachverhalte
- Eher geistes- / sozialwissenschaftliche Stoffe
- Sprachbegabter

So lernen Männer:

- Zielstrebiger
- Selbstbewusster
- Chaotischer
- Learning by doing
- Weniger differenziert
- Selektiver
- Eher Fakten
- Eher naturwissenschaftliche Stoffe

Erwachsene lernen freiwillig !!!!

Was bringen Erwachsene mit?	Was bedeutet das für Ihren gemeinsamen Lernprozess?
Erwachsene stellen gewisse Erwartungen an die Lernsituation.	Stellen Sie fest, was genau die Erwartungshaltung ist und berücksichtigen sie das in ihrem Konzept
Erwachsene besitzen Erfahrungen und Vorkenntnisse	Diese gilt es zu akzeptieren. Am besten nutzen Sie das Potenzial
Erwachsene mögen keine „Versteckspiel“	Informieren Sie Ihre Patienten darüber, welche edukativen Ziele Sie und Ihr Team verfolgen; Legen Sie die Lernziele gemeinsam fest.
Manchmal weigert sich ein Patient zu lernen, oder hat kein Interesse	Verschwenden Sie nicht Ihre Zeit, indem sie ihn zum Lernen zwingen; finden Sie vielmehr heraus, was genau das Problem ist und beseitigen sie es.
Erwachsene lernen sind gerne autonom.	Stellen Sie sie Quellen, die Ihrem Programm zu Grunde legen zum Selbststudium zur Verfügung.
Vielfältige Alltagsbelastungen stören den Lernprozess	Bringen Sie Ihren Patienten bei, wie Sie selber Ressourcen in ihrem Alltag ausfindig machen können, und wie sie zu nutzen sind

Erwachsene lernen am Besten wenn Sie respektiert werden

Was bringen Erwachsene mit?	Was bedeutet das für Ihren gemeinsamen Lernprozess?
Erwachsene haben etwas zu sagen !	Hören Sie Ihren Patienten zu! Finden Sie heraus, was der Patient bereits weiss, und legen Sie Ziele, Methoden und Evaluationskriterien mit dem Patienten zusammen fest
Erwachsene lernen am besten durch Diskussion und Problemlösung	Versuchen Sie eine vertraute Gesprächsatmosphäre zu schaffen, in der es Ihnen beiden möglich ist unterschiedliche Ansichten konträr zu diskutieren, ohne dass die Situation eskaliert
Manche Erwachsene lernen lieber in der Gruppe, manche lernen lieber alleine	Stellen Sie fest welche inneren Widerstände der Patient mit den „neuen“ Informationen, die Sie ihm vermitteln haben könnte und versuchen Sie, diese ernst zu nehmen
Erwachsene sind darauf angewiesen, dass ihr privates und soziales Umfeld funktionieren	Machen Sie es für den Patienten zur Herausforderung, dass er sich an das neue Denken, Fühlen, Handeln gewöhnt; aktivieren Sie die Extra Kraftreserven des Patienten und helfen sie ihm zu erkennen, dass er stets aktiver Teil seiner Entscheidungen ist.

Erwachsene wollen lernen um Probleme zu lösen

Was bringen Erwachsene mit?	Was bedeutet das für Ihren gemeinsamen Lernprozess?
Aktive Partizipation hilft alte und neue Informationen zusammenzufügen	Zeigen Sie Ihren Patienten auf, was die neuen Informationen und Anleitungen mit ihrem Leben zu tun haben.
Erwachsenenbildung braucht Bezug zur Realität.	Sorgen Sie dafür, dass der Patient die neuen Informationen sofort anwenden kann; evaluieren Sie möglichst zeitnah den Erfolg, der jüngst erarbeiteten Inhalte.
Erwachsene bringen Erfahrungswissen und erworbenes theoretisches Wissen mit	Versuchen Sie so oft wie möglich den Kenntnisstand des Patienten miteinzubeziehen

Das Zürcher Ressourcen Modell

Arbeiten mit Mottozielen!

Was ist ein Mottoziel?

Motto-Ziele sind auf Dich massgeschneiderte Ziele, die aus deiner Bild- und Gefühlswelt gespeist werden.

Die bewusst formulierten spezifischen Ziele sprechen deinen Verstand an. Mit Motto-Zielen synchronisiert du deinen Verstand mit deinem Unbewussten. Das heisst, du holst das Unbewusste ins Boot.

Aus diesem Grund sind Motto-Ziele sehr motivierend. Sie fördern deine intrinsische Motivation. D.h. die Motivation, die von Innen heraus kommt. Für diese Ziele wirst du brennen!

2 Dinge sind besonders wichtig:

Mottoziele starten emotional (ohne Verstand)

- d.h. es spielt keine Rolle ob man erklären kann, warum gerade das Bild oder diese Worte auftauchen;
- während einer Mottozielfindung hat die schnelle intuitive Bewertung (+ / -) immer Vorrang
- es ist völlig OK, wenn ein Ziel am Anfang sinnfrei erscheint

Mottoziele sind immer individuell wirksam

- d.h. es kann sein, dass ein Wort unterschiedliche Assoziationen auslöst
- Beispiel: Sport
- + Assoziation ➔ Gruppenerlebnis, Erfolg, Freude, Siege
- - Assoziation ➔ Mobbing, Versagen, Umkleidekabine, etc….

Wie formuliere ich ein Motto Ziel ?

Motto-Ziele formulierst du bildhaft, metaphorisch und im Präsens. Damit wird dein Unbewusstes angesprochen und ins Boot geholt.

Motto-Ziele sind HALTUNGS-Ziele, die auf den Moment und das „Hier und Jetzt“ fokussiert sind.

Im Gegensatz dazu sind spezifische Ziele Verhaltens-Ziele, welche in die Zukunft und auf das Ergebnis gerichtet sind

Ein bekanntes Mottoziel:

«Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann trommle nicht Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer.»

Antoine de Saint-Exupery

Kriterien für Mottoziele

Motto-Ziele müssen als Annäherungsziel formuliert werden. D.h. du formulierst, was du willst und was du mit deinem Ziel erreichen möchtest.

- *„Ich darf nicht schon wieder so nervös sein“*
  ist ein klassisches Vermeidungsziel.
  Dein Gehirn muss zuerst ein Bild von der Situation machen und dann sagen, das nicht. Das ist nicht zielführend.

- *„Ich bin ruhig und gelassen“* oder *„Meine Ruhe lebt“* sind Annäherungsziele, welche die gewünschte Haltung resp. das Ergebnis beschreiben.

Kriterien für Mottoziele

Motto-Ziele müssen 100 % unter deiner eigenen Kontrolle sein.

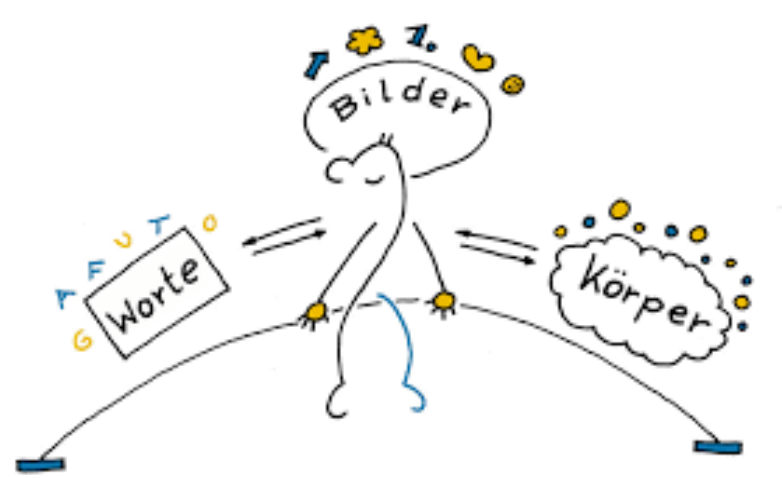
- *„Ich möchte, dass meine Teamkollegen nett zu mir sind."*
  Das ist definitiv nicht unter eigener Kontrolle. Damit ist auch die Selbstwirksamkeit gefährdet.
- Selbstwirksamkeit ist die Überzeugung, dass auch in schwierigen Situationen und nach Misserfolgen die Kraft da ist, selbständig Dinge zu verändern oder etwas zu bewirken.
- *„Ich unterstütze meine Teamkollegen"*
  ist unter eigener Kontrolle und fördert auch die Selbstwirksamkeit. Wenn man seine Teamkollegen unterstützt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie nett zu einem sind und einen unterstützen.

Kriterien für Mottoziele

Motto-Ziele müssen einen ganz starken positiven somatischen Marker (Emotionen Mix, Körperempfindung) auslösen und dürfen nicht den Hauch von einer negativen Emotion haben.

„*Ich muss dieses Ausdauertraining einfach überleben*“ wird kaum ein „Supergefühl“ auslösen. „*Muss*“ und „*überleben*“ sind kaum mit einem guten Gefühl verbunden.

„*Ich schwimme auf meiner Welle*“ wird ein starkes positives Gefühl und die Sehnsucht, das Ziel zu erreichen, auslösen.



Fazit Motto-Ziele

- motivieren
- nutzen die Macht der Bilder
- entfachen dein inneres Feuer
- sind ganz persönliche und auf deine Bedürfnisse massgeschneiderte Ziele
- helfen dir, deine eigene Haltung zu verändern
- können viele verschiedene Verhalten auslösen
- synchronisieren den Verstand mit dem Unbewussten
- sind eine wertvolle Ressource für neue Handlungen
- helfen dir, besser mit Misserfolg und negativen Gefühlen umzugehen

➔Formuliere Ziele immer als Annäherungsziele.

➔Entscheidend ist, was für eine Haltung, Verhalten oder Ziel du erreichen möchtest.

➔Was du nicht willst, ist uninteressant und vor allem eins nicht: zielführend.

Formulieren Sie ein berufliches und ein privates Mottoziel!

Vorgehen:

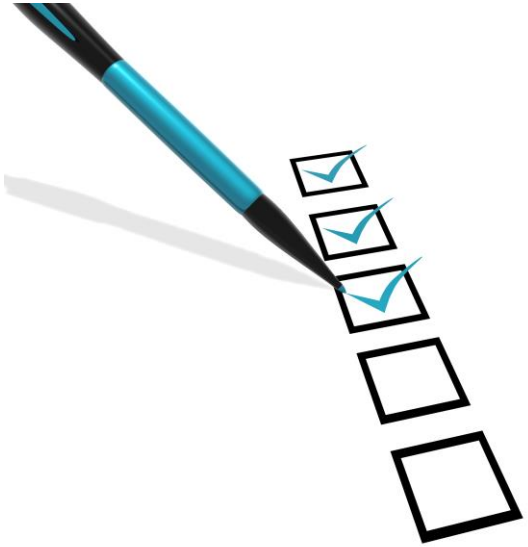
- Im ersten Schritt wählen Sie ein Bild, das für ihre aktuelle Situation eine Ressource ist und sie auf ihrem Weg unterstützen kann. Bei der Bildwahl lassen Sie sich nur durch ihr Gefühl leiten lassen und achten darauf, was für ein Bild bei ihnen ein *supergutes Gefühl* auslöst.
- Im zweiten Schritt nutzten Sie den *Ideenkorb (eine Brainstorming-Technik)* und sammeln viele positive Assoziationen zu ihrem Bild.
- Im dritten Schritt wählen Sie aus dem riesigen Ideenkorb ihre Lieblingswörter aus. Also die Wörter, die bei ihnen das beste Gefühl auslösen.

Zusammenfassung

- Das Jahrhundert der Patienten
- Arzt-Patientenbeziehung / der informierte Patient
  - Shared Decision making – partizipative Entscheidungsfindung
- Lernmodelle und Lernstragien
  - Lerntypen nach Kolb
  - Wie lernen erwachsene
- Zücher Ressourcenmodell – Mottoziele

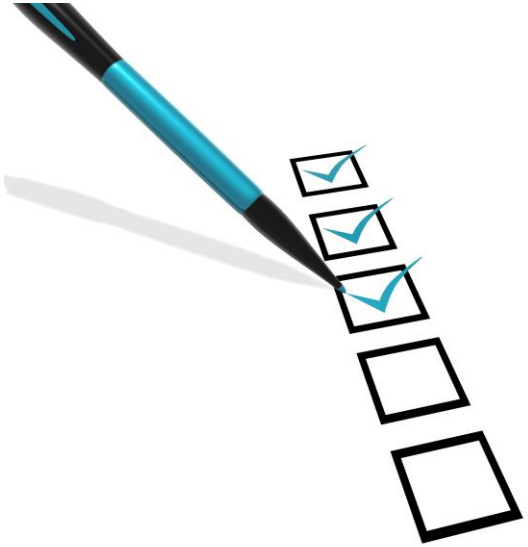
Lernzielkontrolle

- Die Teilnehmenden erklären verschiedene integrative Lernmodelle mit gesundheitspsychologischem Hintergrund und wenden diese in Verbindung zu Selbstmanagement und Patientenschulung an **T2**



Lernzielkontrolle

- Die Teilnehmenden beurteilen die Lernfähigkeit der Patientinnen und Patienten und benennen hemmende und fördernde Faktoren **T3**



Noch Fragen?

Das merk ich mir…..

Zeit für Notizen