

Benötigte Kompetenzen und Anforderungen an Rehabilitand*innen und Therapeut*innen in der Tele-Reha- Nachsorge

Ergebnisse leitfadengestützter
Fokusgruppeninterviews

Forschungsprojekt „TelReKo“
Projektleitung: Prof. Dr. Christoph Dockweiler

Agenda

Hintergrund

Methodik

Ergebnisse

Schlussfolgerungen

Hintergrund zum Projekt „TelReKo“

Projekttitlel

- Schulungsbedarfe und -bedürfnisse von Therapeut*innen und Rehabilitand*innen für einen kompetenten Umgang mit online-basierten Reha-Nachsorge-Angeboten

Projektinformationen

- Projektlaufzeit: Februar 2022 – Januar 2024
- Gefördert durch: DRV Rheinland & DRV Westfalen unter dem Dach der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e.V.

Projektziele

- Erstellung eines theorie- & empiriegeleiteten Kompetenzprofils für Nutzende (Systematisches Review)
- **Partizipative Entwicklung einer Definition von „digitalen Kompetenzen“ (Fokusgruppen)**
- Identifikation von bestehenden Schulungsangeboten und Schulungsbedarfen (Online-Umfrage)
- Erstellen von Handlungsempfehlungen zur praxisnahen Gestaltung von Schulungsangeboten in Rehabilitationseinrichtungen (Diskussionsforum)

Hintergrund zu Tele-Reha-Nachsorge

- Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit
 - Telemedizin als Möglichkeit Versorgungsengpässen entgegenzutreten
 - Tele-Reha-Nachsorge als niedrighschwelliges Angebot unabhängig von Zeit und Ort
 - eigenständiges Training auf digitaler Plattform (Lernvideos, direkter Kontakt und Betreuung durch Therap.)
 - Videokonferenzsitzungen in Gesprächstherapie u.ä.
- **Forschungsfrage: Welche Anforderungen stellt Tele-Reha-Nachsorge an Patient*innen und Therapeut*innen und welche Kompetenzen werden für eine erfolgreiche Nutzung benötigt?**

Methodik: Teilnehmerrekrutierung

- Therapeut*innen und Patient*innen, die innerhalb der letzten sechs Monate ein Tele-Reha-Nachsorge-Angebot betreut oder durchlaufen haben
 - Rekrutierung unter allen Tele-Reha-Nachsorge-Einrichtungen und Technikherstellern mit eigenen Therapeut*innen (n=277) → über diese Kontakt zu den Patient*innen
 - Kontakt zu einzelnen Einrichtungen durch den Fördermittelgeber GfR NRW e.V.
 - Zusätzliche Aufrufe in Foren, Selbsthilfekontaktstellen, sowie sozialen Medien
- **15 Therapeut*innen und fünf Patient*innen haben teilgenommen**

Methodik: Durchführung der Fokusgruppen

- Drei Fokusgruppen für Therapeut*innen und drei Gruppen- bzw. Einzelinterviews für Patient*innen im nach Krueger & Casey (2015)
- Im September und Oktober 2022
- Durchführung digital über Zoom für niedrighschwellige Teilnahmemöglichkeit bezüglich Termin und Ort
- Durchschnittliche Dauer 109 Minuten
- Auditive Aufzeichnung und Verschriftlichung durch externes Transkriptionsbüro
- Zusätzlicher Kurzfragebogen

Interviewleitfaden

- Basierend auf Zwischenergebnissen des Scoping Reviews
- Pretest mit Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen
- Inhalt: a) Arbeitsschritte in der Tele-Reha-Nachsorge, b) Erfahrung mit Tele-Reha-Nachsorge, c) benötigte Kompetenzen, d) Einstellung gegenüber Technik und e) bedarfsorientierte Technikgestaltung

Methodik: Auswertung

- Inhaltsanalytische Auswertung mit MAXQDA
- Deduktive Kategorienbildung anhand vorläufiger Ergebnisse des Scoping Reviews
- Induktive Kategorienbildung anhand inhaltlicher Aussagen der Interviews (iteratives Verfahren)

Zusätzliche Erhebung deskriptiver Merkmale

- Geschlecht, Alter, Familienstand, höchster Bildungs-/Berufsabschluss, ausgeübte Therapieart bei Therapeut*innen, genutztes Tele-Reha-Nachsorge-Angebot (Technikanbieter), Indikationsgruppe, Erfahrung mit dem Tele-Reha-Nachsorge-Angebot und Technikaffinität nach Franke et al. (2019)

Ergebnisse: Stichprobe

Variable	Median (Pat.)	SD (Pat.)	Median (Ther.)	SD (Ther.)
Alter (in Jahren)	54	11,1	35	13,3
Erfahrung (in Monaten)	5	1,33	30	16,8
Technikaffinität	3,89	1,38	4,6	0,6

Geschlecht	Ausprägung	N (Pat.)	% (Pat.)	N (Ther.)	% (Ther.)
	Männlich	2	40,0	7	46,7
	Weiblich	3	60,0	8	53,3
	Tele-Reha-Nachsorge-Angebot (Mehrfachantworten)				
	CASPAR Multimodal	1	16,7	13	59,1
	CASPAR unimodal	-	-	5	22,7
	DE-RENA 1.0	-	-	1	4,5
	DE-RENA 2.0	-	-	1	4,5
	LiVi-RENA	5	83,3	2	9,1
	Indikationsgruppe (Mehrfachantworten)				
	Psychosomatische Erkrankung	4	80,0	4	11,8
	Orthopädische Erkrankung	1	20,0	13	38,2
	Kardiologische Erkrankung	-	-	8	23,6
	Neurologische Erkrankung	-	-	5	14,7
	Onkologische Erkrankung	-	-	4	11,8

Ergebnisse: Inhaltsanalyse der Interviews

Fünf wesentliche Inhaltskategorien

1. Benötigtes Wissen
 - beschreibt die zur Nutzung relevanten Informationen zu Existenz, Abläufen und Inhalten von Tele-Reha-Nachsorge
2. Benötigte Fähigkeiten
 - beschreibt die zur Nutzung relevanten Fähigkeiten, z.B. digitale oder sozial-kommunikative
3. Benötigte Einstellungen
 - beschreibt förderliche/hinderliche Einstellungsmerkmale, z.B. Offenheit ggü. Technik, positive Grundeinstellung
4. Technikgestaltung
 - beschreibt Komplexität und Individualisierbarkeit der Technik, z.B. wie einfach ein Programm zu bedienen ist
5. Institutionalisierung
 - beschreibt feste Abläufe in der Ausgestaltung von Tele-Reha-Nachsorge und Schulung der Nutzenden, die eine kompetente Nutzung der Angebote fördern

T11: „Und es ist halt so, dass es halt wichtig ist, dass man mit den jeweiligen Patienten, die da sind, und Patientinnen eine Anbahnung macht. [...] Also sprich, dass man da natürlich auch guckt, dass man die da schon mal an die Hand nimmt und sagt, die ersten Schritte, wir nehmen euch mit, um sozusagen die nächsten Schritte anzubahnen.“

T2: „Einmal sollte ich [als Therapeutin] natürlich die Prozesse kennen, weil ich kann halt nur dann Fragen beantworten, die die Patient*innen haben zum Ablauf, wenn ich selber da drin schon gearbeitet habe [...]. Weil natürlich hat es da mit Kostenträgern und Abläufen zu tun. Ich wüsste da schon gerne, [...] was sind meine Pflichten, wie oft muss ich das machen und so weiter. Also [...] ich muss diesen Ablauf einfach drin haben.“

Wissensvermittlung

beschreibt benötigte Information zu Existenz, Abläufen und Inhalten von Tele-Reha-Nachsorge

T3: „Ja, ist ganz einfach, es gibt eine klare Reihenfolge. An erster Stelle steht die persönliche und fachliche Kompetenz, und dann kommt die digitale Kompetenz. Und Erstere ist ungleich wichtiger als Zweite. Und auch sicherlich viel schwieriger zu vermitteln in vielen, vielen Jahren.“

P1: „Also so, man soll schon eine soziale Kompetenz haben, dass man eine gewisse Kommunikationsfähigkeit hat. Dass man auch gewisse Schlüsselqualifikationen hat wie natürlich Respekt, ausreden lassen und natürlich Empathie [...]. Und wenn jetzt jemand so nur drinsitzt [in der Videokonferenz] und nur passiv ist, passt es einfach nicht. Also so gewisse Kommunikationsfähigkeit und so sollte schon da sein.“

Fähigkeiten

beschreibt benötigte Fähigkeiten, z.B. digitale oder sozial-kommunikative

P3: „Immer offen, für was Neues. Und auch immer dieses Offene, ich will was ändern. Also gerade Programm A [Name geändert] ist nichts für: `ich mache das halt, weil mein Arzt das halt sagt, ich soll das halt machen. ` So, es gibt ja auch ganz viele Reha, die gehen da rein mit `mich hat man halt hingeschickt, aber eigentlich habe ich da keinen Bock drauf`.“

T7: “Also, in der Therapie war jetzt auch am Anfang die Gegenwehr, die mir da entgegengeschlagen ist von dem eigenen Personal, sehr, sehr hoch tatsächlich. Man ist es nicht gewohnt. Jetzt kommt jemand wie ich, jemand junges, und fängt dann mit sowas an. Also, sei es bei meinen eigenen Leuten, beim eigenen Personal war erst so ein bisschen Hemmung. Man muss sich halt mit etwas anderem beschäftigen, was nicht gewohnt war.”

Einstellungen

beschreibt förderliche/hinderliche
Einstellungsmerkmale

T17: „Und ich denke mal, das ist eher so das Problem, dass das viele im Prinzip gar nicht wissen, dass halt eben bestimmte Programme wirklich einfach sind.“

P3: „Ich bin eigentlich der Meinung, dass man mit einem Smartphone [...] Internet ein bisschen vertraut ist [...], dass man auch mit relativ wenig technischem Verständnis [...] gut durch so eine Therapiesitzung durchkommt.“

Technikgestaltung
beschreibt Komplexität und
Individualisierbarkeit der Technik

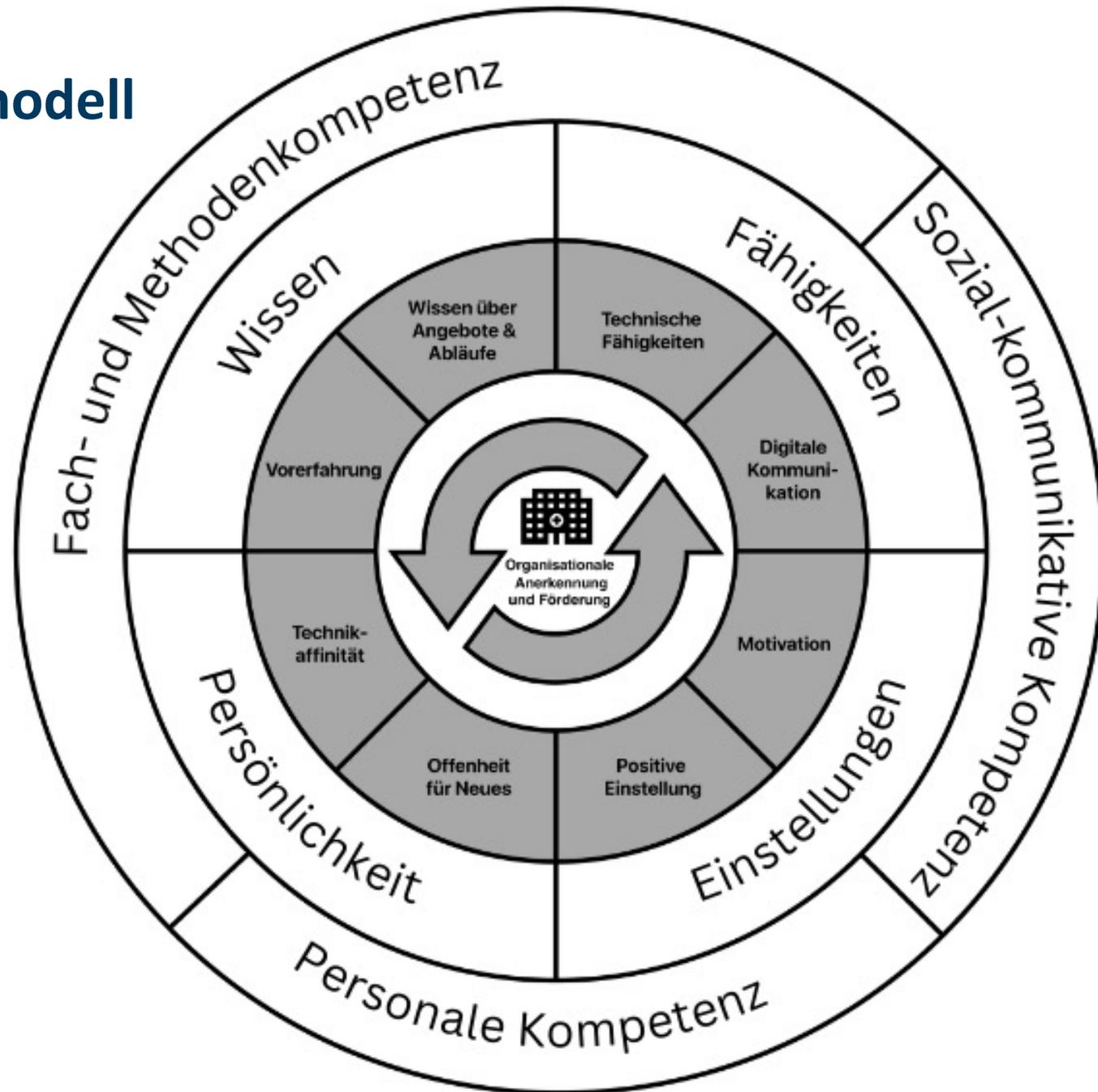
T19: „Wir haben vor allem in den letzten drei Jahren auch gemerkt, dass natürlich es nicht hilft, okay, eine Software zu implementieren und den einzelnen Akteuren zu sagen: ‚Okay, macht jetzt einfach mal. Das ist schon gut für die Patienten‘ [...]. Sondern es geht immer drauf an, wie findet so eine Implementierung auch statt. Man sollte das ganze Team da auch zu holen.“

T3: „Und dann haben wir es institutionalisiert in der Klinik. Das heißt, erst Schulungen gemacht, ein halbes Jahr lang Schulungen gemacht. Von Ärzten, Therapeuten und therapeutischem Team, ihm die Möglichkeit gegeben, wie das in unserem Fach gang und gäbe ist, selbst Erfahrung zu machen [...]. Es muss ein Teil der Klinikabläufe sein, das ist Punkt eins.“

Institutionalisierung

beschreibt feste Abläufe in der Implementation und Ausgestaltung von Tele-Reha-Nachsorge sowie Schulung der Nutzenden

Ergebnisse: Kompetenzmodell



Schlussfolgerungen

Kompetenzen variieren je nach Anforderungsprofil unterschiedlicher Indikation und Programmart

- Drei wesentliche Kompetenzbereiche:
 - sozial-kommunikative Kompetenzen (z.B. Antizipation der Patient*innenbedürfnisse oder Motivationsfähigkeit)
 - personale Kompetenzen (z.B. Anpassungsfähigkeit oder Offenheit)
 - fachlich-methodische Kompetenzen (z.B. Berufserfahrung oder fachliches Wissen)

Strukturen in den Einrichtungen sind unterschiedlich

- Teilweise feste Implementationsleitfäden und Onboarding-Strukturen, teilweise noch nicht
- Ausreichende Kompetenzvermittlung noch nicht flächendeckend der Fall
- Verlässlicher und klarer Rahmen ist Schlüssel zu Erfolg auf Einrichtungs- und Patient*innenseite

Literatur

- Krueger RA, Casey MA. Focus Group Interviewing. In: Newcomer KE, Hatry HP, Wholey JS, Hrsg. Handbook of practical program evaluation. San Francisco: Jossey-Bass & Pfeiffer Imprints, Wiley; 2015
- Kuckartz U, Rädiker S. Analyzing Qualitative Data with MAXQDA: Text, Audio, and Video. Cham: Springer International Publishing; 2019
- Franke T, Attig C, Wessel D. A Personal Resource for Technology Interaction: Development and Validation of the Affinity for Technology Interaction (ATI) Scale. International Journal of Human–Computer Interaction 2019; 35: 456–467. doi:10.1080/10447318.2018.1456150

Vielen Dank

Kontakt

Stephan Krayter, M.A.

stephan.krayter@uni-siegen.de

Lea Stark, M.Sc.

lea.stark@uni-siegen.de

www.uni-siegen.de