

Formulierung von Behandlungszielen & Goal Attainment Scale



Kim Roos: kim.roos@zhaw.ch

«Der Klient kann auf einer Boje schwingen und Pfeile durch den Raum schießen.»



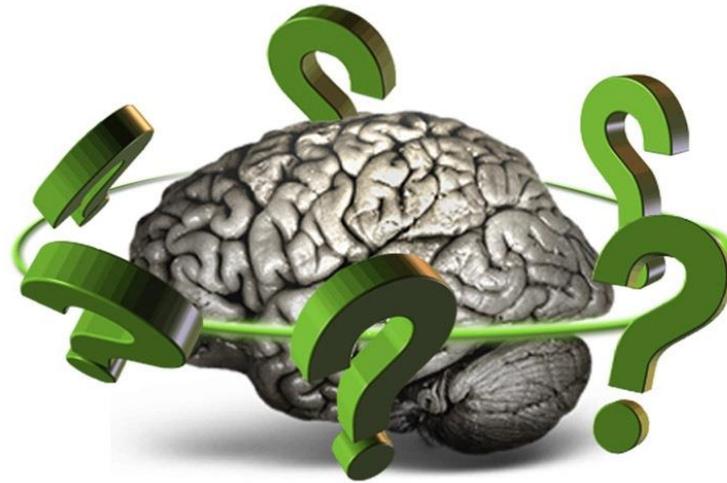
Inhalt

- Wiederholung der Grundlagen für gute Zielformulierung
 - Zielhierarchie
 - SMART-Regel
- Vorstellen des GAS-Formulars

Lernziel:

Die Teilnehmenden dieser Veranstaltung sind mit dem Goal-Attainment-Scale vertraut und haben es einmal exemplarisch ausgefüllt.

Wozu dienen Ziele? Wieso Behandlungsziele formulieren?



Flüstergespräch 2 Minuten

Warum sind Therapieziele so wichtig?

- **Gut informiert:** PatientInnen wünschen Mitsprachemöglichkeit, Angehörige sind informiert
- **Motivation:** Eigene Ziele erhöhen nachweislich den Therapieerfolg
- **Transparenz:** Kostenträger und interdisziplinäres Team sind über Therapieinhalte in Kenntnis gesetzt

Rolle der Ziele in der Praxis

- Ziel: etwas, worauf jemandes Handeln, Tun ganz bewusst gerichtet ist; was jemand als Sinn und Zweck, angestrebtes Ergebnis seines Handelns, Tuns zu erreichen sucht (Duden).

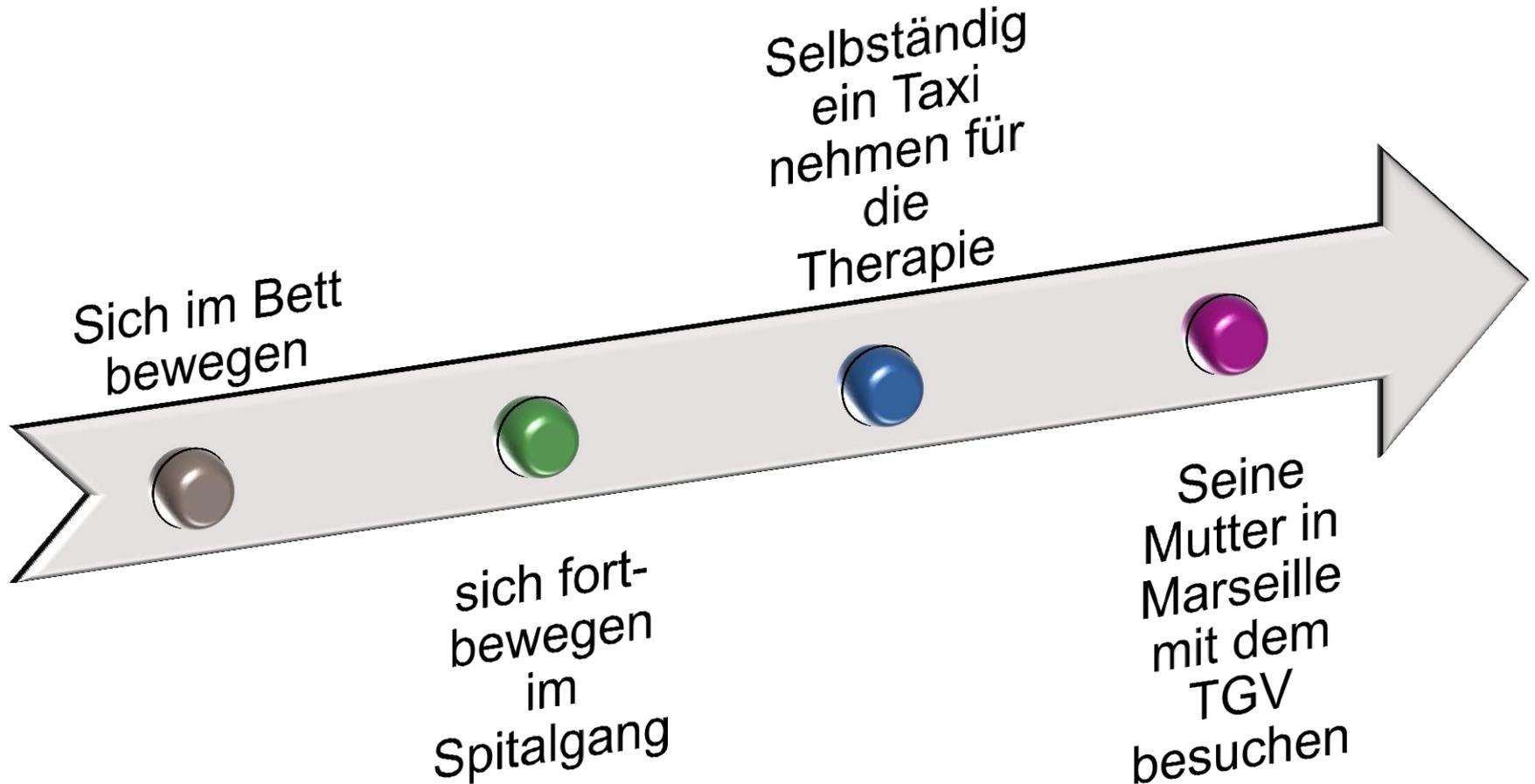


es braucht eine Anstrengung, um ein Ziel zu erreichen

Verschiedene Zielarten

- Ziel (*goal*): Eine prägnante Aussage, die das gewünschte Ergebnis zu einer bestimmten Zeit der Intervention beschreibt (Creek, 2008, p.60)
- Rehaziel (*aim*): Ein institutionelles Ziel und / oder des Klienten, wenig spezifisch, langfristig, gibt eine allgemeine Orientierung für die Intervention
- Behandlungsergebnis (*outcome*): Das Ergebnis am Ende der Therapie (ist nicht unbedingt gleich wie das Ziel)

Strukturierung der Ziele entlang einer Zeitachse, kurz, - mittel, - langfristig



Ziele im Laufe der Intervention

Tauchen allmählich auf,

- Da der Klient nicht gewöhnt ist Ziele zu formulieren
- da die Evolution der Fortschritte nicht à priori definiert ist.
- da sich Prioritäten, Bedürfnisse, Verständnis des Klienten ändern.

Verschwinden,

- weil sie erreicht sind.
- weil Therapeut und Klient sie aufgeben oder überarbeiten.

Zusammenfassung

Ziele:

- Beziehen sich auf Anliegen des Klienten
- Sind Ergebniserwartungen
- Sind eine Art Vertrag, ausgehandelt zwischen Klienten und Therapeuten

Was ist das übergreifende Ziel in der Behandlung?

→ Ziele müssen einen positiven Verlauf abbilden

→ Das ICF bietet sich als Struktur dafür an

Beispiele von Bereichen

- Gesundheit und Lebensqualität verbessern oder erhalten
- Die Klienten zu ihren gängigen Aktivitäten befähigen
- Soziale Partizipation (Familie, Beruf, Gemeinschaft) ermöglichen
- Fähigkeiten und Fertigkeiten verbessern oder erhalten (was Menschen tun können und tun)

ICF: Domäne d: Aktivitäten und Partizipation

d1	Lernen und Wissensanwendung
d2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
d3	Kommunikation
d4	Mobilität
d5	Selbstversorgung
d6	Häusliches Leben
d7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
d8	Bedeutende Lebensbereiche
d9	Gemeinschaft-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Praktische Übung

Erinnern Sie Sich an einen Fall aus Ihrer Arbeitspraxis

→ Welches übergreifende Ziel laut dem ICF hätte formuliert werden können?

Schreiben Sie Ihr Ziel in die Mitte eines leeren A-4 und stellen Sie es sich in 4-er Gruppen gegenseitig vor

→ <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

→ Zeit: 5-10 Minuten

→ «schnelle» Gruppen können nun disziplinäre Ziele formulieren für z.B. Physiotherapie, Pädagoge, Ergotherapie, Logopädie

Instrumente für die Zielformulierung



SMART-Kriterien



Instrumente für die Zielformulierung

SMART Kriterien

- 60er-Jahre: psychologische Forschung über Zusammenhang zwischen Zielen einer Person und der Qualität der erreichten Ergebnisse
- 80er-Jahre: Locke et al. schreiben über Zusammenhang zwischen Zielformulierung und Durchführung einer Aktivität
- Forschungsprojekte in der Rehabilitation

Bedeutung von SMART

S: spezifisch, konkret (specific)

M: messbar, beobachtbar,
„erfragbar“ (measurable)

A: attraktiv, verhandelt,
akzeptiert (accepted, agreed)

R: realistisch, relevant
(realistic, relevant)

T: terminiert (timed)



SMART-Ziele formulieren

S

1. Spezifizieren Sie das Subjekt (Wer)

S

2. Spezifizieren Sie die Performanz (Was, Aktionsverb)

- Vermeiden Sie vage Aufgaben: sich verbessern, erhöhen.
eher: eine einfache Mahlzeit (Akkusativobjekt) vorbereiten

S (3. Spezifizieren Sie die notwendigen Voraussetzungen (Wie, Umstandbestimmung)

- Umweltanpassungen
 - Hilfsmittel:
 - Persönliche Gegenstände:
 - Anpassung der baulichen Umwelt:
- Unterstützung durch Drittperson
 - Physisch:
 - Kognitiv:
 - Emotional:
- Zusätzliche Informationen:

SMART-Ziele formulieren

S 4. Spezifizieren Sie den Kontext (Wo)

z.B.: Spitalgang, eigene Küche, Therapieraum, Schulklasse, Bus, Arbeitsplatz, etc.

SMART-Ziele formulieren

M

Die erwartete Performanz quantifizieren durch:

- Eine Zeit für die Ausführung der Performanz
- Eine Leistung (Anzahl, Distanz) in einer bestimmten Zeit
- Eine Frequenz
- Ein standardisiertes Assessment
-

A

Unter „akzeptiertem“ Ziel ist
in der Regel ein ausgehandeltes Ziel zu verstehen.

SMART-Ziele formulieren

R Ein Ziel ist dann realistisch, wenn es innerhalb der gesetzten Frist – unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands der Klientin oder des Klienten und der äusseren Umstände – erreicht werden kann.

T Die Frist festlegen, in der die spezifische Performanz erwartet und gemessen wird: Wochen, Monate, ev. Anzahl Behandlungen

SMART-Ziele Beispiele

Frau M. leert **bis in einem Monat** **jeden Tag** ihren Briefkasten aus eigener Initiative mit einem Erinnerungszettel auf dem Kühlschrank.

Nach den 9 Behandlungseinheiten zieht das Kind seine Socken zu Hause selbständig **in maximal 2 Minuten** an.

Praktische Übung

- Nehmen Sie Ihr ICF-Ziel und passen Sie es gemäss der SMART-Regel an
- Tauschen Sie Sich zu zweit mit Ihrem Nachbarn aus
- Beurteilen Sie das Ziel nach den SMART-Kriterien von dem Nachbarn der anderen Seite
- Zeit: 10 Minuten

Instrumente für die Zielformulierung



GAS

Goal Attainment Scale



Goal Attainment Scale (GAS)

- Das GAS ist ein Instrument zur Beurteilung der Interventionseffizienz, mit dem eine quantitative Angabe zu den Fortschritten des Patienten über die Zeit gemacht wird.
- Es wurde um 1970 im Bereich der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt, und zunächst in der kognitiven Rehabilitation eingesetzt.
- Das GAS erlaubt das Niveau der Zielerreichung nach einer Behandlungsserie zu messen.

Zielerreichungsskala

Code der Therapeutin: bitte eintragen
(vier- oder fünfstellig, z.B. 1002)

Fachbereich: Neurologie (bitte ankreuzen "x") Pädiatrie (Geronto)Psychiatrie Orth...

Datum Beginn Behandlungsserie: bitte eintragen
(t.mm.jj, z.B. 29.06.08)

Behandlungserie: (bitte eintragen) <Um die wievielte Behandlungsserie handelt es sich (1., 2., 3., ...)?>

Datum Abschluss Behandlungsserie: bitte eintragen
(t.mm.jj, z.B. 09.12.08)

Therapiedauer: (bitte eintragen) <Anzahl Sitzungen? Max. 9>

Patientendaten (Zur Wahrung der Anonymität bitte keine Namen angeben, nur Fallnummer)

Fallnummer: Fall-Nr. (1-10) bitte eintragen

Geschlecht: weiblich

männlich

Geburtsjahr: ()

(bitte ankreuzen "x")

Diagnose:
(bitte eintragen)

Bitte hier Zielbereiche eintragen ->	Bereich 1: (bitte eintragen)	Bereich 2: (bitte eintragen)	Bereich 3: (bitte eintragen)	Bereich 4: (bitte eintragen)	Bereich 5: (bitte eintragen)
+2 = viel besser als erwartet					
+1 = besser als erwartet					
0 = Ziel / erwartetes Ergebnis					
-1 = IST-Zustand / Zustand unverändert					

+2 = viel besser als erwartet	
+1 = besser als erwartet	
0 = Ziel / erwartetes Ergebnis	Am Ende der Behandlung geht J. jeden Tag auf Aufforderung seiner Mutter zur Schule.
-1 = IST-Zustand / Zustand unverändert	Seine Mutter muss J. jeden Morgen 10x auffordern zur Schule zu gehen. J. macht sich endlich auf den Weg, jedoch zu spät und beide sind genervt.
-2 = viel schlechter als erwartet	
Erreichter Wert	

+2 = viel besser als erwartet	Am Ende der Behandlung geht J. jeden Morgen ohne Aufforderung zur Schule.
+1 = besser als erwartet	Am Ende der Behandlung braucht J. nur noch gelegentlich eine Aufforderung seiner Mutter um zur Schule zu gehen.
0 = Ziel / erwartetes Ergebnis	Am Ende der Behandlung geht J. jeden Tag auf Aufforderung seiner Mutter zur Schule.
-1 = IST-Zustand/ Zustand unverändert	Seine Mutter muss J. jeden Morgen 10x auffordern zur Schule zu gehen. J. macht sich endlich auf den Weg, jedoch zu spät und beide sind genervt.
-2 = viel schlechter als erwartet	Trotz Aufforderungen geht J. nicht zur Schule. Seine Mutter muss ihn hinbringen.
Erreichter Wert	

Die Skala erstellen

Weitere Ebenen definieren durch:

Hinzufügen oder entfernen notwendiger Unterstützungen

- Hilfe durch einen Menschen
- Hilfe durch ein Hilfsmittel
- Hilfe durch Umweltanpassung

Veränderung der "Menge" der erforderlichen Performanz

- Zeitdauer
- Distanz
- Anzahl / Menge
- Empfinden des Ausführenden

Praktische Übung

- Nehmen Sie Ihr SMART-Formuliertes Ziel und tragen Sie es ins GAS ein
- Formulieren Sie Qualifikatoren für Ihr Ziel
- Tragen Sie Sich die Ergebnisse in 4-er-Gruppen vor
→ Sammeln Sie Fragen oder Bemerkungen

Zeit: 10 Minuten

Vorteile und Grenzen des GAS

- GAS ermöglicht, für jede Situation konkrete Ziele zu formulieren.
- GAS erfordert eine präzise und sensible Zielsetzung, z.B. mit Hilfe der SMART-Kriterien.
- GAS erfasst nicht die Relevanz des Zieles.
- GAS sagt nichts über die Interventionsstrategie aus.
- GAS berücksichtigt nicht, dass Ziele fallen gelassen werden, weil sie an Bedeutung verlieren.
- GAS sagt nichts aus über die Gründe, warum ein Ziel erreicht wird oder nicht.

Vorteile und Grenzen der GAS

- Es ist eine Ordinalskala, jedoch sind die Werte variabel, weil der Therapeut die Ziele mit unterschiedlichen Kriterien eingibt.
- Keine Vergleichsmöglichkeit mit anderen, da jede Zielformulierung und –abstufung spezifisch für einen Fall ist.
- Keine Vergleichsmöglichkeit mit einer externen Norm.
- Das Erreichen des «0» oder der anderen Niveaus sagt sowohl etwas über die Fortschritte als auch über die Geschicklichkeit des Therapeuten, Ziele zu definieren und zu verhandeln aus.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



«Ein Ziel ist ein Wunsch mit Datum»

- Amini, D. (2007). *Functional Goal Writing for Occupation-Based Practice Measure* [power point slides]. Greensboro, NC.
- Bovend'Eerd, T., J., H., Botell, R., E., & Wade D., T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling : a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23, 4, 352-361.
- Bowmann, J. & Mogensen, L. (2010). Writing occupation-focused goals. In M. Curtin, M. Molineux, & J. Supyk-Mellson (Eds.). *Occupational therapy and physical dysfunction : enabling occupation* (6th ed., pp. 95-109). Edinburgh : Churchill-Livingstone.
- Creek, J. (2008). Approaches to practice. In J.Creek & L. Lougher (Eds). *Occupational therapy and mental health* (4th ed., pp 59-80). Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone Elsevier.
- Creek, J., & Bullock, A. (2008). Planning and implementation. In J. Creek & L. Lougher (Eds.), *Occupational therapy and mental health* (4th ed. pp. 109-131). Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier.
- Doble, S., & Caron, J. (2008). Occupational well-being : rethinking occupational therapy outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 184-190.
- Habermann, C. & Kolster, F. (2002). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. Stuttgart: Thieme Verlag

- Kiresuk, T., Smith, A., & Cardillo, J. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, theory and measurement*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates
- Locke, E.A., Shaw, K.N., Saari, L.M. & Latham, G.P. (1981). Goal setting and task performance: 1969-1980. *Psychological Bulletin*, 90, 125-152.
- Parks, S. (2009). Goal setting in occupational therapy : a client centered perspective. In E. Duncan. *Skills for practice in occupational therapy*. (pp. 105-122). Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Park, S. (2011). Setting and evaluating person-centered goals : an outcome of occupational analysis. In L. Mackenzie & G. O'Toole (Ed.), *Occupation analysis in practice* (pp 312-328). Chichester : Wiley-Blackwell.
- Parkinson, S., Shenfield, M., Reece, K., & Jessica Fisher, J. (2011) Enhancing professional reasoning through the use of evidence-based assessments, robust case formulations and measurable goals. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(3),148-152.
- Pollock, N., Missiuna, Ch., & Rodger, S. (2010). Occupational goals setting with children and families. In S. Rodger. *Occupation-centered practice with children* (pp 114-134). Chichester: Willey Blackwell.
- Radomski, M. V. (2008). Planning, Guiding, and documenting. In C. Trombly & M. V. Radomski. *Occupational therapy for physical dysfunction* (6th ed., pp 40-63). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Randall, K.E, McEwen, I.R. (2009). Writing patient-centered functional goals. *Physical Therapy*, 80:1197-1203.
- Reichel, K. (2005). Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären. Das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie. Idstein: Schulz-Kirchner
- Scheiber, I. (1996). Ergotherapie in der Psychiatrie. Troisdorf: Bildungsverlag
- Scobbie, L., Dixon, D, & Wyke, S (2011). Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. *Clinical Rehabilitation* 25 (468–482).
- Streiner, D. L. & Norman, G. R. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 4ed. New York: Oxford University Press.
- Sumsion, T., & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 3, 153-162.
- Supyk-Mellson, J. & McKenna, J, (2010). Understanding models of practice. In M. Curtin, M. Molineux, & J. Supyk-Mellson (Eds.). *Occupational therapy and physical dysfunction : enabling occupation* (6th ed., pp. 67-79). Edinburgh : Churchill-Livingstone.
- Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. [Editorial Introductory]. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 291-295.