

WENN DAS GEWICHT AN GEWICHT VERLIERT SELBSTBESTIMMUNG STATT FREMDBESTIMMUNG



F. Flagg¹, M. Lientscher², W. Döllner²

¹) Landeskrankenhaus Wolfsberg, Klinische Psychologie, Österreich
²) Landeskrankenhaus Wolfsberg, Zentrum für Lymphologie, Österreich



HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG

Am Zentrum für Lymphologie (Rehabilitationsklinik für Lymphangiologie) im LKH Wolfsberg ist die Behandlung der Adipositas im Rahmen der Rehabilitation ein Schwerpunktthema. Einerseits ist Adipositas per se ein Auslöser für Lymphödeme, andererseits werden Lymphödeme durch die Adipositas getriggert. Vor einer Rehabilitationsmaßnahme erfolgt, wenn notwendig, die diagnostische Abklärung des Lymphödems und zusätzlicher Komorbiditäten im Rahmen eines stationären Aufenthalts. Die Zeitspanne zwischen Abklärung und Rehabilitationsbeginn beträgt durchschnittlich sechs Monate. Um bereits diese Zeitspanne zu nutzen, wurde ein neues Kurzzeitinterventionskonzept für AdipositaspatientInnen entwickelt, welches schon in der Diagnostikphase eingesetzt wird. In dieser Pilotstudie werden alle PatientInnen aufgenommen, bei denen sowohl ein Lymphödem als auch eine Adipositas festgestellt wird.

METHODIK

Aufgrund der begrenzten Behandlungszeit (5 Tage) wird der Schwerpunkt auf Ressourcenorientierung und Aufbau von Selbstmanagementfähigkeiten gelegt. PatientInnen werden dabei unterstützt, unter Berücksichtigung unbewusster Prozesse (Konzept der somatischen Marker) individuell relevante und energiebesetzte Gesundheitsziele zu entwickeln. Das multiprofessionelle Team nimmt dabei eine beratende Funktion ein. Die Gewichtsreduktion kann, muss aber dabei nicht unbedingt im Vordergrund stehen.

Tag 1: Ärztliches Aufnahmegespräch. Sensibilisierung der PatientInnen und Zuweisung zur Adipositasbehandlung.

Tag 2: Psychologie: Erstgespräch und Vorgabe von Fragebögen: HADS, FEVER, FEV, KKG.

Tag 3: Diätberatung: Analyse bisheriger Ernährungsgewohnheiten und Informationsvermittlung über Verbesserungsmöglichkeiten.

Tag 4: Psychologie: Zusammenfassung der Informationen aus den Fragebögen, der Beratung der Diätassistentin und der medizinischen Diagnostik. Auf Grundlage der vorhandenen Informationen und der Ressourcen der PatientInnen werden diese angeleitet individuelle gesundheitsrelevante Veränderungsstrategien zu entwickeln. Inwieweit die persönliche Zieldefinition mit der momentanen Bedürfnislage übereinstimmt wird von den PatientInnen anhand der somatischen Marker überprüft. Zur Aufrechterhaltung der Umsetzungsmotivation werden auf Wunsch der PatientInnen die persönlich erarbeiteten Ziele in einem Protokoll zusammengefasst. Ebenso werden auf die persönlichen Bedürfnisse zugeschnittene Nachsorgemodelle entwickelt.

Tag 5: Gemeinsames Abschlussgespräch aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen mit den PatientInnen. Bei Sinnhaftigkeit und mit Einverständnis der PatientInnen werden relevante Bezugspersonen (meist Ehepartner) miteinbezogen.

ERGEBNISSE

Obwohl die Gewichtsreduktion bei der Entwicklung der individuellen Gesundheitsziele nicht unbedingt im Mittelpunkt steht, zeigen sich auch auf dieser Ebene deutliche Veränderungen. Nach 6 Monaten haben die PatientInnen durchschnittlich 6 kg an Gewicht verloren. Diese Tatsache wird von den PatientInnen oft nur als angenehmer Nebeneffekt bezeichnet. Im Mittelpunkt steht für viele eine Verbesserung der Lebensqualität, ein erhöhtes Selbstbewusstsein und eine Veränderung in der Selbstwirksamkeitserwartung. Unter Einbeziehung von Expertenratschlägen selbstbestimmt gesundheitsrelevante Ziele zu setzen und diese auch in Eigenverantwortung zu erreichen, ist für viele PatientInnen eine neue positive Erfahrung.

DISKUSSION

Dieser ganzheitliche Behandlungsansatz zeigt auch Ergebnisse in der Gewichtsreduktion wenn folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Eigenverantwortung der PatientInnen
- Ressourcenorientierter statt problemorientierter Zugang
- Individuelle Zielsetzung unter Berücksichtigung unbewusster Prozesse (somatische Marker)
- Gelebte Interdisziplinarität der Professionisten unter Berücksichtigung der oben angeführten Punkte.

SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

ALTER:	52,1 (13 - 73) Jahre	
GESCHLECHT:	36 Frauen	85,7%
	6 Männer	14,3%
LEBENSITUATION:	allein lebend:	26,2%
	mit Kind/Kindern:	9,5%
	mit Partner:	38,1%
	mit Partner und Kind/Kindern:	19,1%
	bei den Eltern:	7,1%
BERUFLICHE SITUATION:	voll erwerbstätig:	35,7%
	arbeitslos:	11,9%
	Pension:	45,2%
	Hausfrau/mann:	4,8%
	Altersteilzeit:	2,4%

n = 42	Behandlungsbeginn X ± SD	nach 6 Monaten
Gewicht (kg)	125,7 ± 31,2	119,7 ± 27,1
BMI (kg/m ²)	49,4 ± 27,1	42,1 ± 9,8
Bauchumfang (cm)	128,1 ± 21,8	124,9 ± 18,9

