

Beratung in bewegten Zeiten – Zielgruppen –

Patientenedukation und die Rolle der Pflege bei chronischen Krankheiten

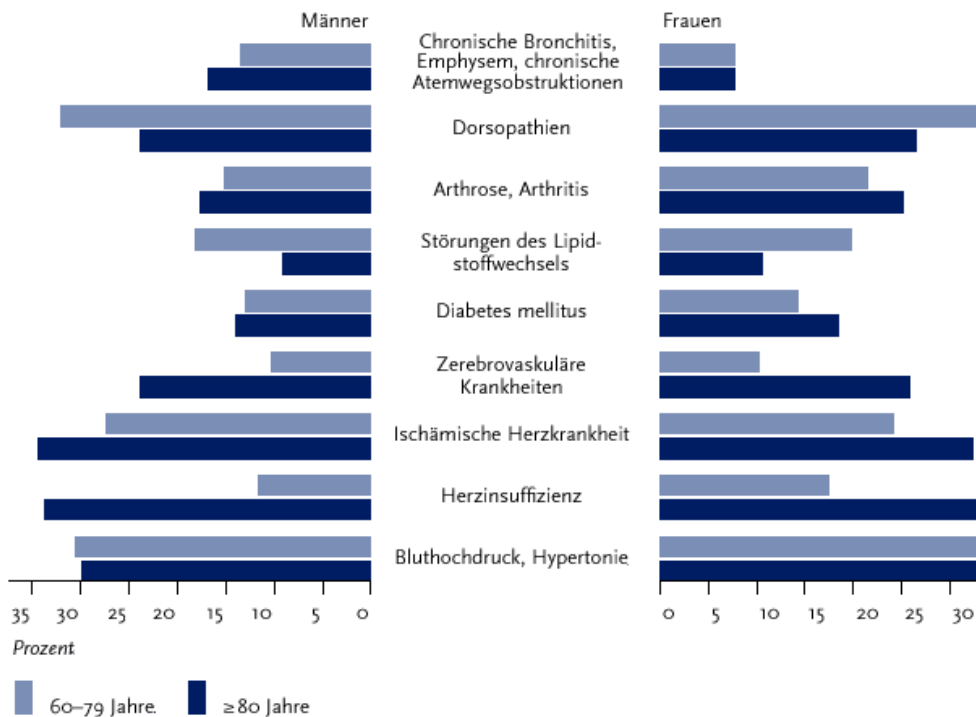
Dr. Gabriele Müller-Mundt

Rückblick: Anforderungswandel im Gesundheitswesen

- Soziodemografische Entwicklung
- Epidemiologische Entwicklung
- Entwicklung der Hochleistungsmedizin
- Wandel der Ansprüche/Erwartungen der Patienten/Nutzer im Gesundheitswesen und Heimbewohner
- Zunahme des Anteils an Menschen mit langfristigen und komplexen Gesundheitsbeeinträchtigungen
- Reformbestrebungen zur Optimierung und Kostenbegrenzung der Leistungserbringung

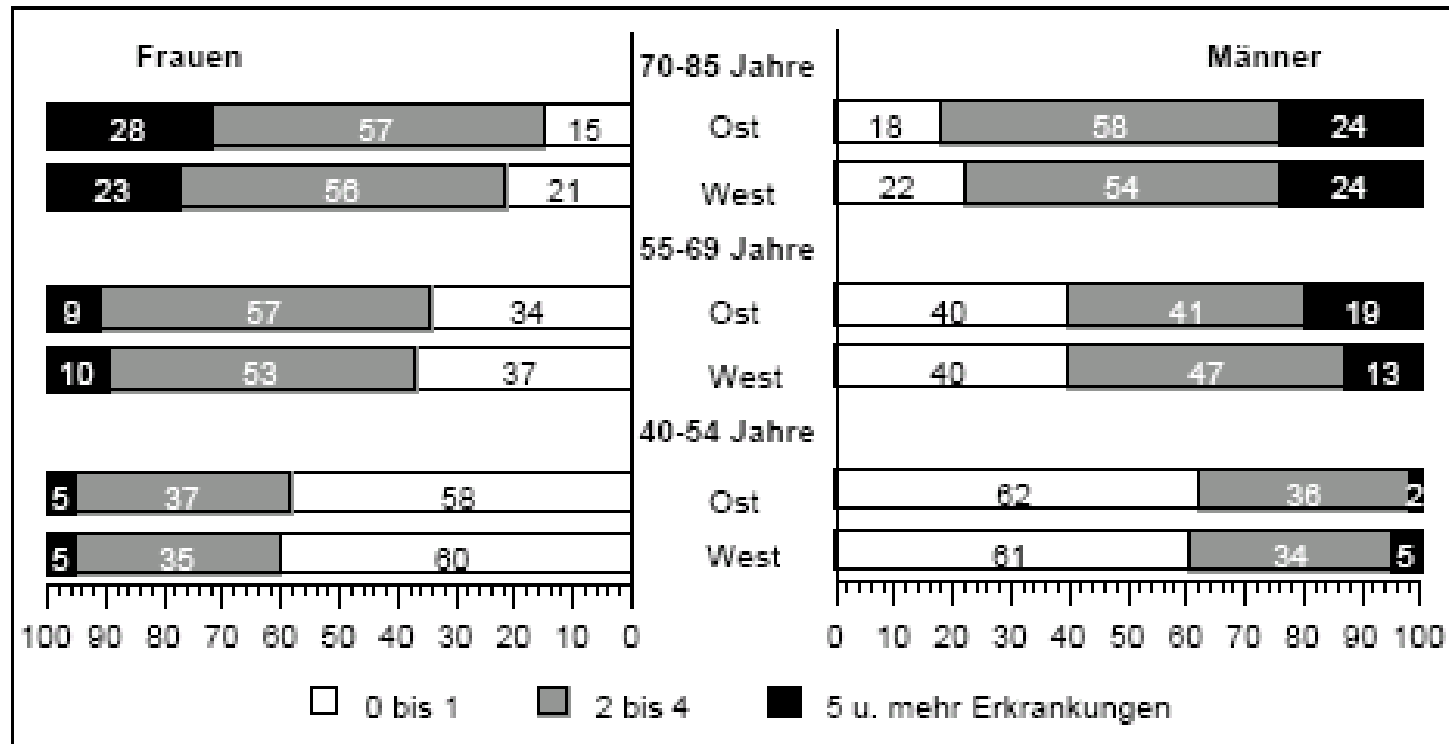
Diagnosen älterer Menschen in der primärärztliche Versorgung

Abbildung 4
 Anteil der Patienten mit ausgewählten Diagnosen in der ambulanten ärztlichen Primärbetreuung (1993)
 Quelle: I+G Gesundheitsforschung Ärzte-Panel ACUT,
 Berechnungen: Robert Koch-Institut



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (<http://www.gbe-bund.de/gbe10>, 03/11/2007)

Alterssurvey 2002 – Krankheitslast (Tesch-Römer et al. 2006)



Datengrundlage: Replikationsstichprobe des Alterssurveys, 2002; n=2.788

Rückblick: Gesellschaftliche Funktion des Gesundheitswesens

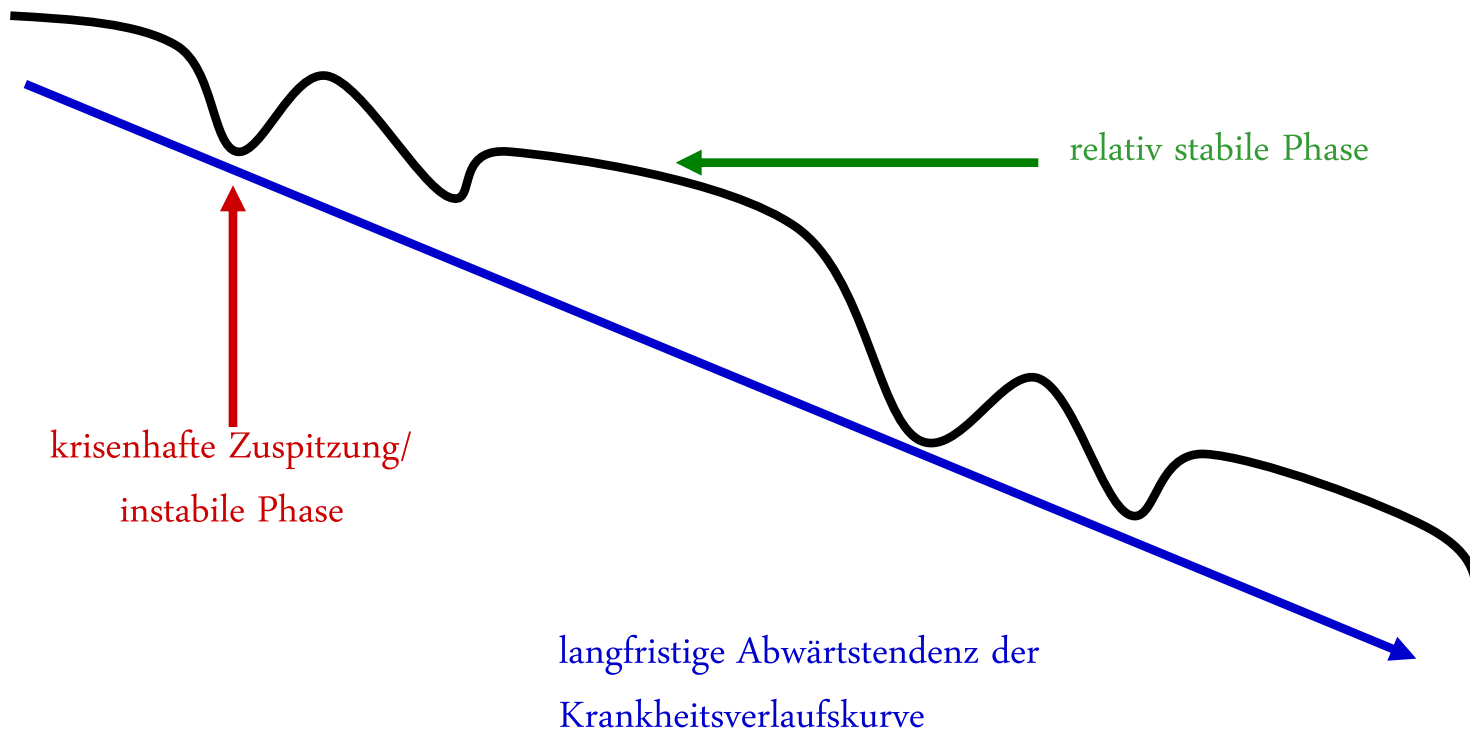
- Gesundheit bewahren bzw. Krankheit unterbinden (Gesundheitsförderung/Prävention)
- Gesundheit wieder herstellen bzw. eingetretene Krankheit beseitigen („cure“)
- Lebensqualität bei bleibenden Gesundheitsbeeinträchtigungen sichern (Begleit- und Folgeerscheinungen lindern/begrenzen, „care“)
- Schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen begleiten und unterstützen („care“)

Merkmale chronischer Krankheit

- Dauerhaftigkeit
- Komplexität der Ursachen und Folgeprobleme
- je spezifische Verlaufsdynamik (Corbin/Strauss 1993/2004)

„Bei chronischer Krankheit handelt es sich nicht um eine ‘vorübergehende Episode’, die die betroffenen Menschen ereilt und „mit dem plötzlichen Tod oder einer spontanen Heilung endet, sondern um einen Zustand mit dem man zu leben lernen muss.“ (von Troschke 1998, S. 390)

Verlaufskurve Chronischer Krankheit



Konzept der Krankheitsverlaufskurve (Strauss et al. 1985)

- Phasenstruktur - variabler Verlauf (kaskadenförmiger Abwärtstrend)
- Dynamik und Kontur als Resultat „Arbeit“ *aller* an der Bearbeitung der Verlaufskurve Beteiligten, abhängig von
 - dem Wesen/Art der Erkrankung und den physiologischen, emotionalen und sozialen Reaktionen der Erkrankten
 - den Verlaufskurvenvorstellungen (Projektionen) und Handlungsplänen (Schemata) aller Involvierten
- Management chronischer Krankheit vorrangig Patienten-/Familienarbeit im Lebensumfeld der Erkrankten
 - Gefahr der Erschöpfung/des Zusammenbruchs der Handlungsfähigkeit/Überforderung der Selbststeuerungsfähigkeit und sozialen Ressourcen bei ausgeprägter Abwärtsdynamik (im fortgeschrittenen Krankheitsstadium)
 - „Verlaufskurven des Erleidens“ (Schütze/Riemann 1991)

Bedeutung und Erleben chronischer Krankheit aus der Patientensicht

Beispiel Leben mit chronischer Krankheit und Schmerz

- Beeinträchtigungen des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens
- Verlust von Handlungskapazitäten und Gewissheiten des Alltags – Leben mit Unsicherheit
- Infragestellung des Selbstbildes und von Lebensentwürfen
- Beanspruchung des primären sozialen Netzes – Angehörige als Mitbetroffene und zentrale Unterstützungsinstanz

(Müller-Mundt 2005, 2008)

Hauptlinien der Patienten-/Familienarbeit

- Krankheitsgeschehen
- Biographie/Identität
- Alltagsleben
- Versorgungsnutzung

(Schaeffer 2004; Schaeffer/Moers 2003, 2008 in Orientierung an Corbin/Strauss 1993/2004)

Probleme des Krankheits- und Therapiemanagements

- Krankheits- und Therapievorstellungen (biografisch gewachsen)
- Akzeptanz der Chronizität der Erkrankung und „Dauertherapie“
- Integration der Therapieregime in den Alltag
- Ambivalenz des Wirksamkeitserlebens der Medikation
- Wahrnehmung, Deutung und Kommunikation von Symptomenlagen und wahrgenommener (unerwünschter) Therapieeffekte
- zunehmende Komplexität gesundheitlicher Probleme/Symptome und des Therapieregimes – tendenzielle Überforderung der Selbstmanagement-/ Selbststeuerungsfähigkeit
- Therapiemotivation und Therapiemanagement als dynamischer, mit Krankheitsverlauf und Krankheitsverarbeitung verwobener Prozess (Schaeffer et al. 2007; Müller-Mundt et al. 2008, 2009, 2010)

Bedeutung der Stärkung der Selbstmanagementkompetenz

Milderung der dem Leiden an chronischer Krankheit inhärenten Krisenhaftigkeit durch

- Förderung der Adaptions- und Bewältigungskompetenz
- Stärkung der Selbststeuerungsfähigkeit
- Stärkung des Kontrollvermögens
- Stärkung sozialer und emotionaler Unterstützungspotenziale

Patientenedukation: Informations- Beratungs- und Anleitungsbedarf

- Vermittlung von Krankheitswissen
 - Befähigung zur Beobachtung, Deutung und Kommunikation subjektiver Befindenslagen
 - Vermittlung von Therapiewissen und Beratung
 - Anleitung und Unterstützung bei der Integration des Symptom- und Therapiemanagements in den Alltag
 - Vermittlung von Versorgungswissen und Beratung (vgl. auch Lorig 1996; Petermann 1997, 1997)
- ➔ „Patienten-/Familienedukation“ als Brücke zwischen dem „Kunstraum“ der klinischer Praxis“ und der „Lebenswelt“ der Patienten (Müller-Mundt 2005)

Expertisierungserfordernisse – Beispiel Arzneimitteltherapie (Health/Medication Literacy)

- Sachgerechte Umsetzung der Medikamentenregime
- Integration des Medikamentenregimes in den Alltag
- Bewältigung unangenehmer Begleitscheinungen der Arzneimittel
- Wahrnehmung/Deutung und Verlaufsbeobachtung von Symptomen – Erkennen von potenziellen Neben-/Wechselwirkungen der Arzneimittel
- Verbalisierung und Klärung sich wandelnder Symptomlagen und medikamentenbezogener Probleme

„... im Grunde müssen die (Patienten) mit dieser Erkrankung so leben können, dass Sie eine Verschlechterung sofort durch irgendwie eine Veränderung des Therapieregimes beantworten können.“
(PFV NRW, Projekt B2 Interview AR 06/124-129)

Wandel der Herausforderungen des Therapiemanagements

Beispiel Arzneimitteltherapie im fortgeschrittenen Krankheitsstadium und höheren Lebensalter

- Besonderheiten der Pharmakodynamik/-kinetik im Alter
- zunehmende Komplexität der Problemlagen und der Arzneimittelregime im Krankheitsverlauf
- steigende Anforderungen des Krankheits- und Therapiemanagements vs. tendenzieller Verlust an Ressourcen

Unterstützungserfordernisse in späten Krankheitsphasen

Zunehmende Komplexität vs. tendenzielle Überforderung der Selbststeuerungsfähigkeiten und Ausdünnung des primären Netzes

- Begleitende **fall-/situationsangemessene** Förderung und Unterstützung des **langfristigen** Krankheits- und Therapiemanagements
- Unterstützung bei der Umsetzung des Therapieregimes im Alltag
- Einbeziehung der Angehörigen – sofern (noch) vorhanden (familien- vs. individuenzentrierte Zugriffsweise)
- Erhalt/Stärkung/Mobilisierung/Mobilisierung von Ressourcen

„Das Wichtigste ist, am Ball zu bleiben, im Gespräch zu bleiben, nicht zu bevormunden, aber zu handeln.“ (PFV NRW Projekt B2, PF 04/339 f.)

Defizite der Versorgungspraxis

- unzureichende (begleitende) Patienteninformation/-beratung/-anleitung
- somatisch verengte, auf akute Phasen chronischer Krankheit fokussierte Perspektive und relative „Alltagsferne“ des ärztlichen Blicks
- unzureichende Kommunikation und Kooperation der professionellen Akteure
- Potenziale der professionellen Pflege bleiben vor allem im primären Sektor ungenutzt
- Restriktive Handlungsbedingungen der professionellen Akteure für die Realisierung von Patientenorientierung und -aktivierung

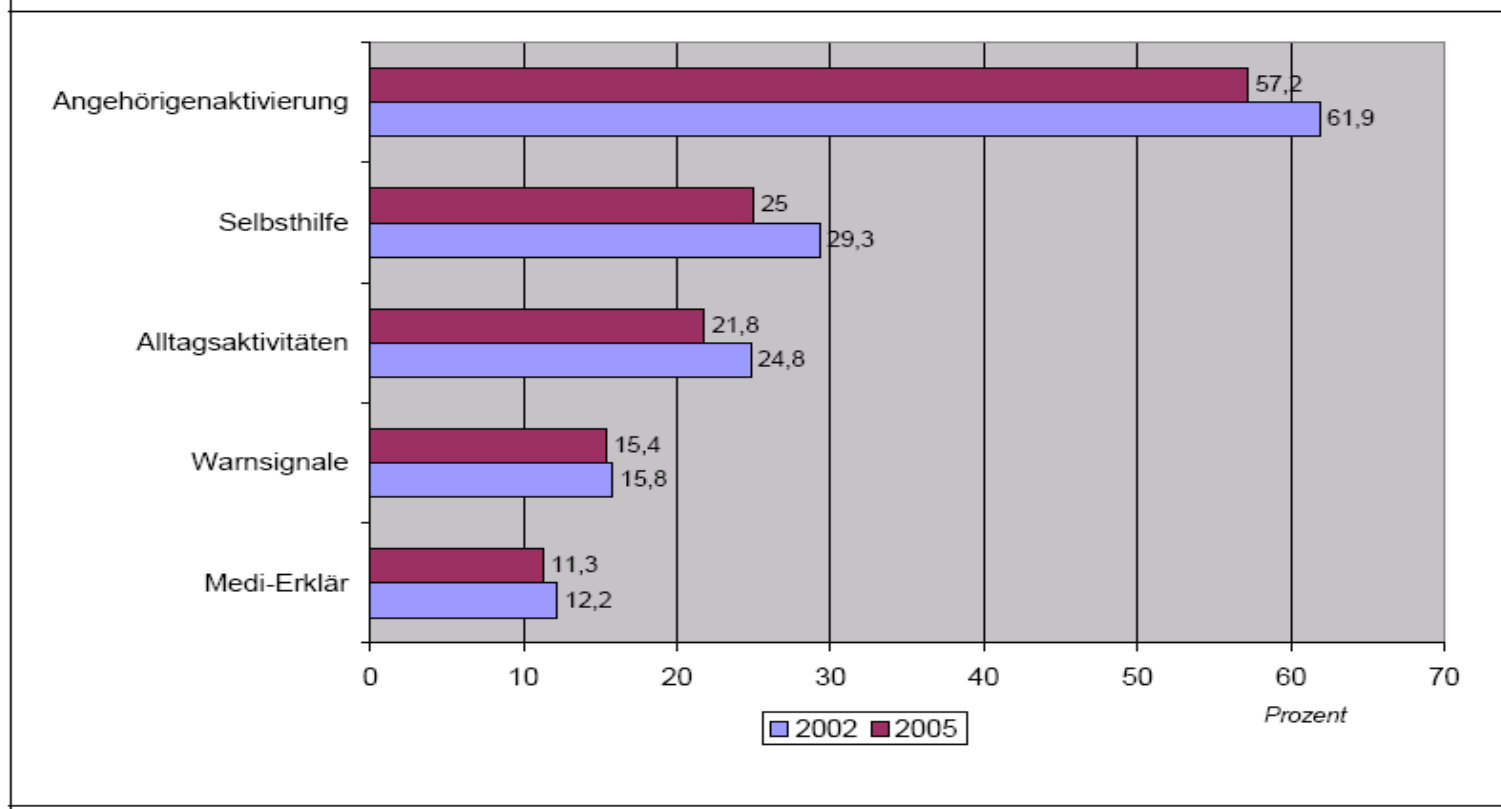
(Schaeffer et al. 2007; Müller-Mundt et al. 2008, 2009; Haslbeck 2010))

Patienten-/Nutzererwartungen an die (klinische) Versorgung

- **Respektieren** als „Person“, von Gewohnheiten und Bedürfnisse
- Gewährleistung von **Koordination und Kooperation** durch die an der Versorgung beteiligten Gesundheitsdienste und Berufsgruppen
- Sicherstellung von **Information, Kommunikation und Anleitung** für die Betroffenen
- **Sorge** um körperliches Wohlbefinden (insbes. Symptomkontrolle)
- emotionale Unterstützung, Eingehen auf Ängste und Sorgen,
- **Einbeziehung nahestehender Personen,**
- Sicherstellung von **Versorgungskontinuität** bei personellen und institutionellen Übergängen
(Gerteis et al. 1993, vgl.a. Höhmann et al. 1998; Schaeffer 2006)

ZeS/WZB-Studie „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“

Abbildung 47: Anteil der Patienten, der keine Entlassungsleistungen erhielt in den Jahren 2002 und 2005



Beispiel: Funktionen professioneller Pflege in den USA (Benner 1997)

- Hilfe und pflegetherapeutische Unterstützung
- **Beratung und Anleitung**
- Diagnostik und Monitoring
- Effektiver Umgang mit sich schnell verändernden Situationen und ebensolches Handeln in lebensbedrohlichen Krisen
- Durchführung und Überwachung therapeutischer Maßnahmen
- Qualitätssicherung und -überwachung der pflegerischen und medizinischen Versorgung (!)
- **Steuerung von Versorgungsprozessen,**
der Kooperation und Integration von Leistungen

Herausforderungen für die Pflege

Erweiterung des **Pflegeverständnisses**

Professionalisierung und Positionierung als „caring profession“

- **Alte Aufgaben konzeptionell neu wahrnehmen**
(„hands on nursing“ → aktivierende/rehabilitative Pflege)
- **Aufgreifen und konzeptionelle Erschließung edukativer Aufgabenfelder** (z. B. Patienten-/Familienedukation → Information/Aufklärung, Beratung, Schulung/Anleitung)
- Ab-/Auffangen der Umstrukturierung, Ausdifferenzierung und Fragmentierungserscheinungen im Gesundheitswesen
(Wahrnehmung von Aufgaben der **Prozess-** und **Fallsteuerung** → Case Management, klinische Pathways)

Ausblick: Potenziale aus Sicht der Pflege

„Ich kriege mit, wie wackelig der Patient auf den Beinen ist ... wie das mit der Feinmotorik läuft ... das kriegt ein Arzt auch mit, wenn er (diagnostiziert). Aber man muss das dann ja auch umsetzen. Das ist der Unterschied. Und wenn ein Arzt in seiner neurologischen Untersuchung feststellt, der hat einen Tremor, dann weiß er das ... aber das heißt noch nicht, dass dann geklärt ist, wie das dann im Alltag aussieht.“ (PF 04/1183-1200)

„Kann man da nicht für vier Wochen oder für zwei eine Verordnung (machen), dass er jetzt in diesen Rhythmus rein bekommt? Vor allem unser eins kann ja dann auch auf die Nebenwirkungen achten, die schreiben auf und im Enddefekt, wann kommt der Patient wieder? In vier, fünf Wochen... so könnte man auf Nebenwirkungen (achten), wird er depressiv oder sonst irgendwelche Kleinigkeiten, die der Arzt ja gar nicht so sieht, in den fünf Minuten, die er da mit dem (spricht).“ (PF 02/1078-1087)

(PFV NRW, Projekt B2, Schaeffer et. al. 2007, Müller-Mundt et al. 2008, 2009)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !!!

Fragen???

Anmerkungen???

Anregungen???

Dr. Gabriele Müller-Mundt
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG6: Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Kontakt:

Tel. (0521) 106 - 4266

Fax (0521) 106 - 6437

gabriele.mueller-mundt@uni-bielefeld.de

<http://www.uni-bielefeld.de>

