

Die Bedürfnisse der Patienten stehen im Mittelpunkt

Das selbstregulierende Modell für Chronischkrankheits-Management (SMCM) bietet die Grundlage für ein vertieftes Verständnis der vielschichtigen Erfahrungen von chronisch kranken Patientinnen und Patienten. Es soll Professionellen dabei helfen, die Patienten als Partner wahrzunehmen und gemeinsam mit ihnen angepasste Pflegeinterventionen zu entwickeln.

**Christine Vincenzi,
Rebecca Spirig**

Chronische Krankheiten nehmen weltweit dramatisch zu [1]. Auch in Schweizer Akutspitälern werden zunehmend chronisch kranke Patienten behandelt. Dies illustriert eine Analyse der Austrittsberichte der medizinischen Abteilungen des Universitätsspitals Basel an einem zufällig gewählten Stichtag (27. 6. 2005): Die Ärzte stellten durchschnittlich vier Diagnosen pro Patient (n = 90) (Range 1–10) [2]. Dies weist darauf hin, dass ein grosser Anteil dieser Patienten an mindestens einer chronischen Krankheit leidet, denn typischerweise ziehen chronische Krankheiten weitere Krankheiten nach sich, was zu Mehrfachdiagnosen führt [3].

Ein angepasstes Modell für Pflegendе

Ein effektiver Umgang mit chronischer Krankheit erfordert die verstärkte Zusammenarbeit von Patienten und Mitarbeitenden des Gesundheitswesens wie auch der einzelnen Disziplinen innerhalb des Gesundheitswesens [4]. Damit die Pflegenden ihren Anteil an der Versorgung kompetent wahrnehmen können, braucht es ein differenziertes Verständnis darüber, wie Patientinnen und Patienten ihre chronische Krankheit erleben, verarbeiten und welche Faktoren dazu beitragen, dass sie sich im Umgang mit ihrer Krankheit engagieren.

Das selbstregulierende Modell für Chronischkrankheits-Management bildet die vielschichtige Dynamik beim Management von chronischen Krankheiten ab. Es handelt sich um eine Weiterführung des Self-regulatory HIV/AIDS Symptom Management Model (SSMM-HIV) [5], entwickelt anhand von Patienten- und Expertengesprächen sowie vielfältiger Literatur. So zeigte ein vertiefter Austausch mit erfahrenen Pflegenden, dass der Schwerpunkt von Pflegeassessments eher bei den Patientenbedürfnissen liegt, während Ärzte den Erfolg ihrer Behandlungen mit dem Rückgang von Symptomen beschreiben [6]. Für Patienten wiederum hängt die Wirksamkeit einer Behandlung davon ab, wie umfassend ihre Gesundheitsbedürfnisse abgedeckt werden. Um Pflegenden ein angepasstes Modell anbieten zu können, wurde im Rahmen eines Projekts zur Entwicklung von Eintrittsassessments für Menschen mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten das bestehende SSMM-

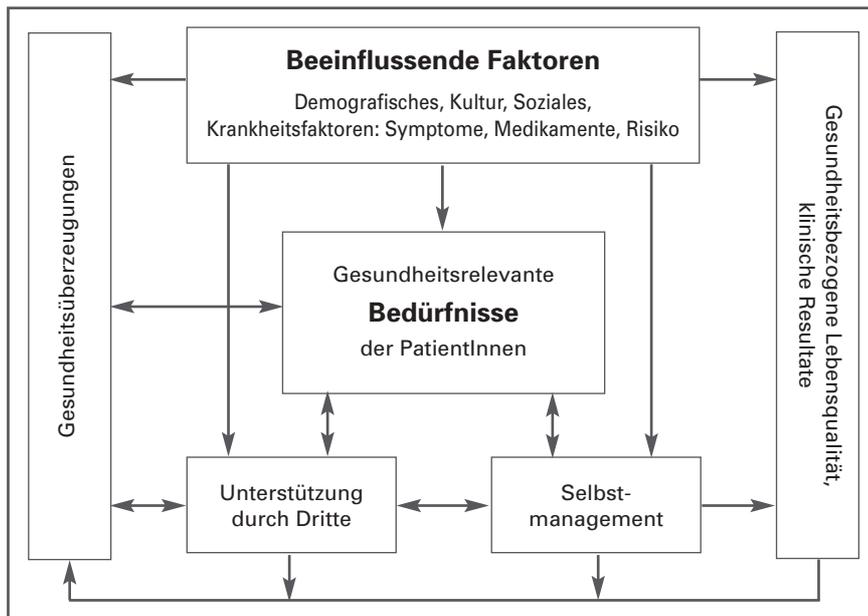


Christine Vincenzi



Rebecca Spirig

HIV zum selbstregulierenden Modell für Chronischkrankheits-Management (SMCM) weiterentwickelt. Das SMCM beruht auf einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit von Patienten und ihren Angehörigen mit Mitarbeitenden des Gesundheitswesens [7]. Dahinter steht die Erkenntnis, dass das Verständnis von Patientenerfahrungen eine grosse Bedeutung für den Behandlungserfolg hat [5].



Basler Modell für Chronischkrankheits-Management

Die einzelnen Konzepte des Modells

■ **Selbstregulation:** Dieses Modell zeigt, wie Gesundheitsüberzeugungen, Bedürfnisse und deren Befriedigung durch Selbstpflege und Unterstützung durch Dritte sowie weitere Faktoren miteinander verknüpft sind. Selbstregulation bezeichnet die Verbindung zwischen Krankheitserfahrungen und den Zielen der laufenden krankheitsbezogenen Arbeit [8]. Ausserdem bezeichnet dieser Begriff die Aktivität von Patienten im gesamten Krankheitsmanagement.

■ **Bedürfnisse:** Mit dem partnerschaftlichen Ansatz stehen die Patientenbedürfnisse und deren Befriedigung durch Selbstpflege und Unterstützung durch Dritte im Zentrum des Modells. Eine Literaturanalyse macht deutlich, dass es keine allgemein akzeptierte Definition von «Bedürfnis» gibt. Im SMCM wurden die Bedürfnisse nach Maslows Hierarchie der Vordringlichkeit von Bedürfnissen konzeptualisiert. Nach diesem Verständnis ist es wenig sinnvoll, einzelne Bedürfnisse zu definieren. Vielmehr sollten Bedürfnisse zu Gruppen wie zum Beispiel «physiologischen Bedürfnissen» oder «Sicherheitsbedürfnissen» zusammengefasst werden [9]. Gemäss Maslow sind sich Menschen ihrer Bedürfnisse nicht umfassend bewusst. Da-

her prägen sowohl bewusste wie unbewusste Anteile das menschliche Verhalten. Weitere Einflussfaktoren sind die Beziehungen zu anderen Menschen, die spezielle Situation des Betroffenen und das Kräftespiel seiner Umgebung. Weiter betont Maslow, dass ein umfassendes Verständnis angestrebt werden soll, statt dass man die einzelnen Faktoren einzeln betrachtet [9].

■ **Selbstmanagement:** Es bezeichnet die Art, wie Personen sich mit Handlungsweisen befassen, um Krankheiten zu behandeln, ihnen vorzubeugen oder sie zu therapieren (Ory et al., zitiert in [10]). Bei chronischen Krankheiten bezieht sich dieser Begriff auf Aktivitäten von Personen, um Ordnung, Disziplin und Kontrolle in ihr Leben zu bringen [11]. Deshalb hilft Selbstmanagement solchen Patientinnen und Patienten, ihr Wohlbefinden im Fokus zu behalten [12]. Das SMCM macht deutlich, dass das Selbstmanagement – im Idealfall komplementär ergänzt durch Unterstützung Dritter – in wechselseitiger Beziehung steht zu den Bedürfnissen, den Resultaten des Krankheitsmanagements und den Krankheitsbildern.

■ **Unterstützung durch Dritte:** Diese Form der Unterstützung umfasst die Hilfe von Personen aus dem Privatleben, wie Familie, Freunde, Nach-

barn, Personen aus dem Berufsleben, wie Vorgesetzte und Kollegen, aber auch Mitarbeitende des Gesundheitswesens [13]. Die Unterstützung selbst kann aus emotionalem Support, Übernahme von Tätigkeiten des Selbstmanagements, wie auch Bestärkung, Information, Hilfsmitteln und finanziellen Mitteln bestehen [14].

Weitere Konzepte

Auch wenn der Schwerpunkt des Modells bei den Bedürfnissen und deren Befriedigung liegt, kommt den Faktoren, welche das Zusammenspiel der Konzepte beeinflussen (Gesundheitsüberzeugungen und Patientenresultate) eine bedeutende Rolle zu für das umfassende Verständnis des Krankheitserlebens.

Zu den beeinflussenden Faktoren gehören der persönliche Hintergrund wie Alter, Geschlecht, Ethnie, Schul- und Ausbildung, das kulturelle Umfeld, zentrale Aspekte der Krankheit, wie Symptome, Medikamente und allfällige Folgeerkrankungen. Deren Behandlung und der Zugang zu relevanten Informationen sowie die mit der Lebenssituation verbundenen Rollenerwartungen, welche die Wahlmöglichkeiten begrenzen, spielen ebenfalls eine wichtige Rolle [5, 15].

Gesundheitsüberzeugungen prägen Krankheitserfahrungen häufig stärker als die Krankheit selbst [16]. Es sind Überzeugungen bezüglich der Diagnose, Ursache und Prognose der Krankheit sowie die bisherigen Erfahrungen mit therapeutischen Massnahmen, die zu bestimmten Gesundheitsüberzeugungen führen. Dazu gehören auch Erlebnisse mit Angehörigen und Professionellen beim Krankheitsmanagement und die Auswirkungen der Krankheit auf das Leben der Patienten. Im Gegensatz zu Wahrnehmungen und Gedanken sind Gesundheitsüberzeugungen wesentlich stabiler und schwieriger zu beeinflussen.

Die Resultate im Umgang mit chronischer Krankheit können auf zwei Ebenen betrachtet werden. Auf der objektiven Ebene stehen die Indikatoren der Krankheit im Vordergrund, wie etwa Blutwerte, Lungkapazität oder Bewegungsradius.

Auf der subjektiven Ebene ist es die gesundheitsbezogene Lebensqualität, zu der die Einschätzung der gegenwärtigen Lebenssituation aufgrund der physischen, mental/kognitiven und sozialen Funktionstüchtigkeit durch die Patienten selbst zählt [5].

Praxisrelevanz des Modells

Das selbstregulierende Modell für Chronischkrankheits-Management zeigt die Dynamik, die engen Verbindungen und die gegenseitige Beeinflussung der einzelnen für das Management relevanten Konzepte. Eine Anpassung des Modells an den Pflegealltag kann allen Beteiligten helfen, die Bedürfnisse und die relevanten Einflussfaktoren zu erkennen. So kann ein Assessment mit diesem Modell im Hintergrund helfen, mit den Patienten gemeinsam Prioritäten im Umgang mit der Krankheit zu setzen und Pflegeinterventionen an die individuelle Situation, das Umfeld wie auch an die Ressourcen des Gesundheitssystems anzupassen.

Wie eng verwoben diese Konzepte sind und wie stark sich ein angemessenes Management chronischer Krankheiten in der Praxis auswirkt, zeigen die Resultate einer Studie über gebrechliche ältere Menschen, die noch zu Hause leben [17]. In dieser Studie wurden die gesundheitlichen Folgen von ungedeckten Bedürfnissen untersucht. Im Rahmen eines multidisziplinären Programms zur Deckung medizinischer, psychosozialer und ADL¹-Bedürfnisse wurden bei 2943 Menschen demografische und medizinische Daten sowie solche der Bedürfnisdeckung und der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe erhoben. Die Daten wurden sechs Monate vor Programmeginn und sechs respektive zwölf Wochen danach ausgewertet. Die Analyse zeigt, dass ungedeckte Bedürfnisse negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Doch wenn diese Bedürfnisse durch das multidisziplinäre Programm abgedeckt werden, pendelt sich nach sechs bis zwölf Wochen das Bean-

spruchen von weiterer Hilfe ein, und zwar auf das Niveau der gebrechlichen älteren Menschen, deren Bedürfnisse bei Eintritt in das Programm bereits abgedeckt waren [17]. Die Studie deutet darauf hin, dass auf Bedürfnisse zugeschnittene Interventionen in einem interdisziplinären Team die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten entscheidend verbessern und zudem die Kosten für das Gesundheitswesen senken können. Der vielschichtige Ansatz des hier vorgestellten SMCM kann auch helfen, relevante Aspekte im Umgang mit chronischer Krankheit zu berücksichtigen. Denn Pflegenden nehmen eine zentrale Stellung im effektiven Management chronischer Krankheiten ein [18]. Ausserdem kann dieses Modell Pflegenden unterstützen, diese wichtige Aufgabe professionell und umfassend wahrzunehmen. ■

Autorinnen:

Christine Vincenzi

MNS, Assistentin und Pflegespezialistin, Bereich Medizin Universitätsspital Basel und Abteilung Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel

Marktgräflerhof

Hebelstrasse 10

4031 Basel

E-Mail: CVincenzi@uhbs.ch

Rebecca Spirig

PhD, RN, Extraordinaria und Leiterin Abteilung Klinische Pflegewissenschaft Universitätsspital Basel

Marktgräflerhof

Hebelstrasse 10

4031 Basel

E-Mail: rspirig@uhbs.ch

Literatur:

1. World Health Organization, Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action: Global Report. Noncommunicable Diseases and Mental Health, ed. WHO. Vol. WHO/NMC/CCH/02.01. 2002, Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
2. Althaus, B., Anzahl Diagnosen im Austrittsbericht von Patienten der medizinischen Kliniken am Stichtag 27.6.2005. Tabellarische Zusammenstellung. 2005, Universitätsspital Basel: Basel.

3. Bengoa, R., Health System Policies and Operations World Health Organization. In Vorlesungsreihe: Leben mit Gesundheitsproblemen 2005. Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft, Basel.
4. Scott, J.C., et al., Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: a 2-year randomized trial of the cooperative health care clinic. *J Am Geriatr Soc*, 2004. 52(9): 1463-70.
5. Spirig, R., et al., Symptom Management in HIV/AIDS: Advancing the Conceptualization. *Advances in Nursing Science* 2005. in press.
6. Asadi-Lari, M., C. Packham, and D. Gray, Is quality of life measurement likely to be a proxy for health needs assessment in patients with coronary artery disease? *Health Qual Life Outcomes*, 2003. 1(1): 50.
7. Bodenheimer, T., et al., Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of American Medical Association*, 2002. 288(19): 2469-2475.
8. Leventhal, H., M. Diefenbach, and E.A. Leventhal, Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 1992. 16(2): 143-163.
9. Maslow, A.H., Motivation und Persönlichkeit. 9te ed. rororo Sachbuch. 2002, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
10. Arcury, T.A., et al., Complementary and alternative medicine use as health self-management: rural older adults with diabetes. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2006. 61B(2): S62-S70.
11. Kralik, D., et al., Chronic illness self-management: taking action to create order. *J Clin Nurs*, 2004. 13(2): 259-67.
12. Lorig, K.R. and H. Holman, Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*, 2003. 26(1): 1-7.
13. Prins, J.B., et al., Social Support an the Persistence of Complaints in Chronic Fatigue Syndrome. *Psychotherapie and Psychosomatics*, 2004. 73(3): 174-182.
14. Berkman, L.F., et al., From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Social Science Medicine* 2000. 51(6): 843-857.
15. Rieker, P.P. and C.E. Bird, Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *Journals of Gerontology: SERIES B*, 2005. 60B(Special Issue II): 40-47.
16. Wright, L.M., W.L. Watson, and J.M. Bell, Beliefs: the heart of healing in families and illness. 1996, New York: Basic Books.
17. Sands, L.P., et al., Rates of Acute Care Admissions for Frail Older People Living with Met Versus Unmet Activity of Daily Living Needs. *Journal of The American Geriatrics Society*, 2006. 54(2): 339-344.
18. Bodenheimer, T., K. MacGregor, and N. Stothart, Nurses as leaders in chronic care. *British Medical Journal*, 2005. 330(7492): 612-613.

1 ADL: Activities of daily living, gemeint sind Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen, Sexualität.