

Höhere Fachausbildung Stufe I in Gerontologischer Pflege
SBK Bildungszentrum Zürich

VERBESSERUNG DER ADHAERENZ BEI DER MEDIKAMENTENEINNAHME

Massnahmen für die Zeit des Spitalaufenthaltes und
nach Spitalaustritt beim kognitiv nicht eingeschränkten
älteren Menschen

**Abschlussarbeit
von
Therese Liechti-Bürgi**

Fachberaterin: Heidi Sommer

Ins im Juni 2007

Zusammenfassung

Ungefähr 30 Prozent aller Krankenhauseinweisungen sind darauf zurück zu führen, dass Patientinnen zu Hause ihre Medikamente nicht oder nicht richtig eingenommen haben. Diese Tatsache und meine eigenen Beobachtungen an meinem Arbeitsplatz weckten in mir den Wunsch, mich in der Abschlussarbeit mit den Gründen für die mangelnde Adhärenz auseinander zu setzen und nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. Zu Beginn des Hauptteils ging ich in Fachliteratur der Frage nach, welche Faktoren ausschlaggebend sind, dass Patienten sich bezüglich der medikamentösen Therapie adhärent, beziehungsweise nicht adhärent verhalten. In einem weiteren Schritt suchte ich in der Literatur nach Massnahmen, welche adhärentes Verhalten bei der medikamentösen Therapie fördern. Wichtige zitierte Massnahmen wie Auswahl und Dosierung der geeigneten Medikamente sowie Information der Patientin sind juristisch gesehen Aufgaben der Aerztin. Pflegefachleute führen ergänzende Interventionen durch, beispielsweise erfassen sie Schwierigkeiten im Umgang mit Medikamenten und suchen gemeinsam mit der Patientin nach Lösungsmöglichkeiten, usw. Zur Förderung der Therapiemotivation wird eine gute Zusammenarbeit zwischen Aerztin und Pflegepersonen als unbedingt notwendig erachtet. Die vorgeschlagenen Massnahmen aus der Fachliteratur ergänzte ich mit Erkenntnissen aus Gesprächen mit Fachfrauen. In einem weiteren Schritt analysierte ich, wie an meinem Arbeitsplatz bisher Patientinnen auf den Umgang mit Medikamenten zu Hause vorbereitet wurden. Basierend auf den Ergebnissen aus den vorangegangenen Kapiteln entwickelte ich für die Abteilung Innere Medizin einen Leitfaden zur Förderung der Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme. Mein Konzept besteht aus den drei Teilen Anamnese, Interventionen während des Spitalaufenthaltes und Austrittsvorbereitung. Das Konzept muss in einer Pilotphase in der Praxis noch geprüft und evaluiert werden.

Auch wenn Patientinnen von Aerztin und Pflegenden umfassend auf die medikamentöse Therapie vorbereitet werden, gibt es keine Garantie, dass sich die Patientin nach Spitalaustritt adhärent verhält. Bei längerer Behandlungsdauer nimmt die Therapiemotivation im Laufe der Zeit ab. Deshalb brauchen Patientinnen auch nach Spitalaustritt weiter Beratung und Begleitung durch Fachpersonen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

1.1.	Begründung der Themenwahl/Motivation	1
1.2.	Zielsetzungen	2
1.3.	Adressatinnen	2
1.4.	Eingrenzung	2
1.5.	Fragestellungen	3
1.6.	Aufbau der Arbeit	3

2. Hauptteil

2.1.	Methoden	4
2.2.	Theoretischer Rahmen	4
2.2.1.	Definitionen und Begründung der Begriffswahl	4
2.2.2.	Einflussfaktoren auf die Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme	7
2.2.3.	Massnahmen zur Förderung der Adhärenz	14
	a) Schnittstellen ärztlicher Bereich ↔ pflegerischer Bereich	14
	b) Therapeutische Beziehung Patientin-Pflegefachfrau	15
	c) Informationsvermittlung	15
	d) Integration der Arzneimitteleinnahme in den Alltag	18
2.3.	Ergebnisse: Leitfaden zur Förderung der Adhärenz für die Abteilung Innere Medizin	21
2.3.1.	Ist-Zustand	21
2.3.2.	Konzeptvorschlag	23
	a) Anamnese	23
	b) Interventionen während des Spitalaufenthaltes	23
	c) Austrittsvorbereitung	25

3. Schlussteil

3.1.	Schlussfolgerungen	26
3.2.	Reflexion	27
3.3.	Ausblick	29

4. Literaturverzeichnis

5. Anhang

1. Einleitung

1.1. Begründung der Themenwahl / Motivation

Auf der Abteilung Innere Medizin des Lindenhospitals in Bern¹ wird eine beträchtliche Anzahl Patientinnen² nach einem kürzeren oder längeren Aufenthalt zu Hause erneut hospitalisiert. Einweisungsgründe wie dekompensierte Herzinsuffizienz, hypertensive Krise, Schmerzexazerbationen, Thrombose oder Lungenembolie trotz Antikoagulation, usw. haben häufig ihre Ursache auch in der unregelmässigen Einnahme, beziehungsweise Nichteinnahme von verordneten Medikamenten. Diese Tatsache spiegelt sich auch in den folgenden Aussagen verschiedener Autoren:

„Die Compliance ist in der Gruppe der älteren Patienten ausserordentlich schlecht“ (Heuer et al, 1999, S.194). „Man nimmt an, dass etwa 30 % aller Krankenhauseinweisungen darauf zurückzuführen sind, dass die Patienten die Medikamente zu Hause nicht richtig eingenommen haben“ (Winkler in Käppeli, 2001, S. 249).

Im Fachbereich Innere Medizin sind Medikamente eine der wichtigsten Therapieformen überhaupt. Tägliche und zeitaufwändige Pflegeinterventionen sind das Vorbereiten und Verabreichen von Medikamenten, die damit verbundene Information der Patientin, die Beobachtung der Wirkung und der Nebenwirkungen, die Ueberprüfung der geeigneten Verabreichungsform für die Patientin und die Vorbereitung der Medikamente und der schriftlichen Anleitung für den Austritt. Rehospitalisationen aufgrund mangelnder Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme sind möglicherweise ein Hinweis dafür, dass die bisher erfolgten Pflegeinterventionen ungenügend waren.

„Für eine optimale Pharmakotherapie beim alten Menschen bedarf es einer intensiven Kommunikation und einer multiprofessionellen Zusammenarbeit mit Pflegekräften und Apothekern“ (Köppel, 2003, unter www.aerztekammer-berlin.de).

Aus diesen Hintergründen entsprang die Motivation, mich im Rahmen der Abschlussarbeit mit dem Thema Medikamentenadhärenz zu befassen.

¹ Die Nennung der Institution wurde mir ausdrücklich erlaubt

² Der leichten Lesbarkeit wegen verwende ich ausschliesslich die weibliche Form, männliche Adressaten sind immer mitgemeint.

1.2. Zielsetzungen

Die schriftliche Arbeit soll Hintergrundwissen zu Adhärenz im Allgemeinen und bezüglich Medikamenteneinnahme liefern und Anregungen für Pflegeinterventionen geben, welche es der Patientin ermöglichen, Sinn und Zweck ihrer medikamentösen Therapie zu verstehen. Die Patientin soll während dem Spitalaufenthalt auf sie abgestimmte Hilfsmittel und Uebungsgelegenheiten erhalten, welche ihr helfen, nach Austritt mit der Medikamenteneinnahme zurecht zu kommen.

Es ist mein Wunsch, dass nach Abschluss meiner schriftlichen Arbeit der ausgearbeitete Leitfaden für die Abteilung Innere Medizin in einer Pilotphase angewandt und nach erfolgter Evaluation zu einer verbindlichen Handlungsanweisung führen würde.

1.3. Adressatinnen

Diese Arbeit richtet sich an diplomierte Pflegefachleute und Pflegende in Ausbildung, insbesondere an meine Kolleginnen und Kollegen der Abteilung Innere Medizin des Lindenhospitals Bern.

1.4. Eingrenzung

Ich möchte das Thema nur bezogen auf den kognitiv nicht eingeschränkten älteren Menschen bearbeiten, da sich Voraussetzungen für die Adhärenz und Interventionen gegenüber den Personengruppen der dementen älteren Menschen, bzw. der jüngeren Patientinnen zum Teil unterscheiden.

1.5. Fragestellungen

Mit der vorliegenden Arbeit will ich folgende Fragen beantworten:

- ◆ **Welche Faktoren beeinflussen die Adhärenz/Nicht-Adhärenz beim älteren Menschen in Bezug auf die Medikamenteneinnahme?**
- ◆ **Wo liegen die Schnittstellen zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Bereich bezüglich Massnahmen zur Förderung der Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme?**
- ◆ **Welche Unterstützung braucht die Patientin, um die Weiterführung der medikamentösen Therapie zu Hause bewältigen zu können und wie kann die Zeit des Spitalaufenthaltes genutzt werden, damit die Patientin im Umgang mit ihren Medikamenten Sicherheit erhält?**

1.6. Aufbau der Arbeit

Im Hauptteil werde ich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Compliance und Adhärenz aufzeigen und meine Begriffswahl begründen. Anschliessend werde ich die in der Literatur aufgeführten verschiedenen Einflussfaktoren auf die Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme in einem System ordnen, darstellen und erläutern. In einem weiteren Schritt werde ich zu einigen Gruppen von Einflussfaktoren Pflegeinterventionsvorschläge verschiedener Autoren vorstellen. Aus den Erkenntnissen aus dem Theorieteil werde ich ein mögliches Konzept für die Abteilung Innere Medizin im Lindenhospital Bern entwickeln, welches älteren, kognitiv nicht eingeschränkten Menschen ermöglicht, den Umgang mit den Medikamenten während dem Spitalaufenthalt zu üben, um nach Austritt die medikamentöse Therapie fortführen zu können. Im Schlussteil werde ich meine Vorstellungen zur Umsetzung des Konzeptes erläutern und den Lernprozess mit dieser Arbeit reflektieren.

2. Hauptteil

2.1. Methoden

Die vorliegende Arbeit baut hauptsächlich auf die Ergebnisse der Bearbeitung von Fachliteratur auf. Die Resultate der Literaturrecherche werden zusätzlich mit Erkenntnissen aus Gesprächen mit folgenden Personen verglichen und ergänzt:

- Frau Sabin Zürcher, Verantwortliche für Pflege und Pflegeprojekte (Fragen zur Abgrenzung medizinischer ↔ pflegerischer Bereich)
- Frau Heidi Dubler, Spitexleiterin (Fragen zu Erfolgen und Schwierigkeiten der Patientinnen zu Hause im Umgang mit ihren Medikamenten)
- Frau C. Lehmann, Spitalapothekerin des Lindenhospitals Bern (Fragen zu Medikamenten wie z. B. Einnahmezeitpunkt von Antikoagulantien)

2.2. Theoretischer Rahmen

2.2.1. Definitionen und Begründung der Begriffswahl

Gestützt auf Kaplan et al.(1993), sagt Winkler in Käppeli (2001), dass fast aus allen Begegnungen zwischen Patientinnen und medizinischen Fachleuten Therapievorschlüsse und Hinweise für die Patientinnen resultieren. Patientinnen suchen medizinisches Fachpersonal auf, um eine Erklärung für ihre gesundheitlichen Probleme und Therapievorschlüsse zu erhalten. **Für die Durchführung einer Behandlung und die Erreichung der Therapieziele ist die Compliance, bzw. Adhärenz der Patientin Bedingung.**

In den letzten Jahren hat der Begriff Adherence/Non-Adherence in der englischsprachigen Fachliteratur immer mehr die Bezeichnung der Compliance/Non-Compliance abgelöst. Die beiden Begriffe werden oft synonym verwendet.

In der Fachliteratur wird Compliance verschieden definiert:

Compliance = Einverständnis, Einhalten, Willfährigkeit, Fügsamkeit (gemäss Wörterbuch Pons 1983)

„Compliance in der Arzneitherapie ist das Ausmass, in dem das Verhalten des Patienten bezüglich der Einnahme seiner Medikamente mit dem medizinischen Rat übereinstimmt.“(Heuer,Heuer,Lennecke, 1999, S.5-6).

Diese Definitionen weisen auf einseitige Verursachung von Compliance, bzw. Non-Compliance durch den Patienten hin. Abweichungen von der Therapie werden als Versagen oder Verschulden des Patienten betrachtet. Ein Verschulden auf Seiten der Therapeutin, z. B. durch ungenügende Information wie Sinn, Dauer und unerwünschte Wirkungen der Therapie oder eine gestörte Therapeuten-Patienten-Beziehung ist bei dieser Definition ausgeschlossen.

Wegen des nicht sehr glücklich gewählten Begriffes der Compliance hat man immer wieder versucht, das Wort durch geeignetere Begriffe zu ersetzen (z. B. Adherence = Einhalten der Verordnung oder Fidelity = Treue gegenüber dem Therapieplan, usw.).

Adherence = Therapiebefolgung, Therapiemotivation (Winkler in Käppeli, 2001, S. 246)

Bei Meichenbaum & Turk (1994) werden die Begriffe Compliance (hier übersetzt mit Therapiebefolgung) und Adherence (übersetzt mit Therapiemotivation) als austauschbar betrachtet. Im Gegensatz zu Compliance betont der Begriff der Adherence aber „ein aktives, vom Patienten bewusst eingegangenes auf Kooperation zielendes Engagement, um ein therapeutisches Resultat zu erzielen (...).“ „Therapiemotivation beinhaltet die Möglichkeit einer freien Wahl und die Anerkennung einer mit dem Therapeuten auf Gegenseitigkeit beruhenden Beziehung bei der Planung und Durchführung der Behandlung“ (Meichenbaum & Turk, 1994, S.15).

Petermann (1998) sagt, dass der neuere Begriff Adherence zwar die Eigenverantwortung der Patientin betont und die Rollenaufteilung Therapeutin-Patientin neu ist. Er sagt aber auch, dass mit dem Begriffswechsel keine neuen Wege für die Lösung der Problematik der mangelnden Therapiebeteiligung der Patientin aufgezeigt werden!

Ich habe mich für die vorliegende Arbeit aus drei Gründen für den Begriff **Adhärenz** entschieden:

1. Adhärenz weist darauf hin, dass eine erfolgreich durchgeführte (medikamentöse) Therapie auf von der Therapeutin¹ und der Patientin **gemeinsam** gesetzten Zielen basiert.

Im Gegensatz zu Compliance existiert für Adherence ein deutscher Begriff.

An meinem Arbeitsplatz hat man sich bereits für die Ablösung des Begriffs Compliance durch das Wort Adhärenz entschieden.

Ich werde den Begriff Compliance generell mit Adhärenz übersetzen, auch dort, wo sich die Autoren für Compliance entschieden haben (Ausnahme: Zitate).

¹ In Anlehnung an Meichenbaum & Turk (1994) sind mit Therapeutinnen Ärztinnen, Pflegefachfrauen, Ernährungs- und Diabetesberaterinnen, Physiotherapeutinnen, u.a.m. gemeint

2.2.2. Einflussfaktoren auf die Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme

Die Einflussfaktoren und ihre Bedeutung für die Adhärenz wurden in unzähligen Studien erforscht. Dabei hat sich herausgestellt, dass zahlreiche Faktoren die Adhärenz bei der Befolgung von medizinisch-therapeutischen Massnahmen beeinflussen und diese in einer komplexen Wechselbeziehung zueinander stehen. Es ist nicht möglich, den Grad der zu erwartenden Adhärenz anhand von Anhaltspunkten vorauszusagen. Gemäss Heuer et al. (1999) ist adhärenthes Verhalten nie konstant, sondern ständig im Fluss.

Ich habe die von verschiedenen Autoren beschriebenen Einflussfaktoren der besseren Uebersichtlichkeit wegen unter folgenden acht Begriffen geordnet:

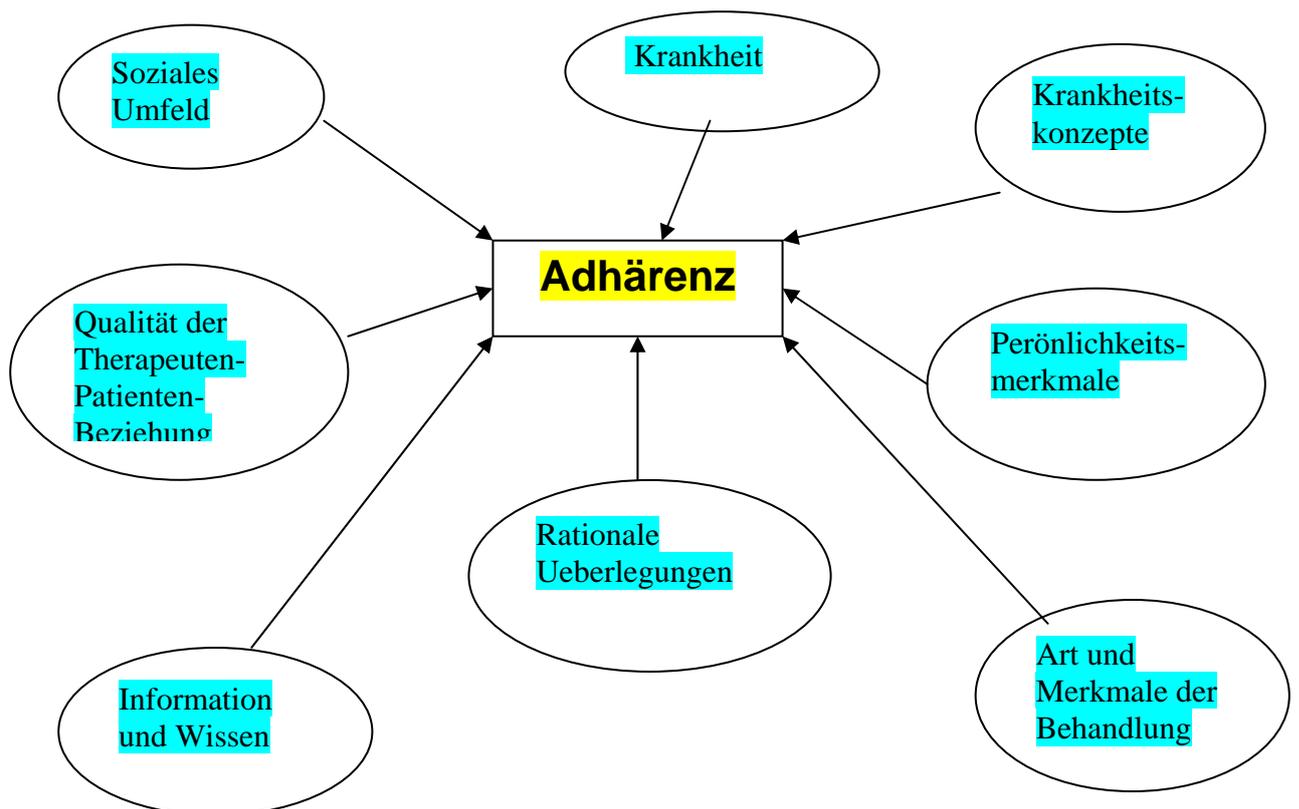


Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Adhärenz der Patientin

a) Krankheit

Nicht die Diagnose, sondern die Wahrnehmung der Krankheitssymptome hat Einfluss auf das Mass der Adhärenz. Der objektive Schweregrad der Krankheit hat im Gegensatz zur subjektiven Wahrnehmung der Krankheit nur einen geringen Einfluss (Winkler, 2001).

Gemäss Meichenbaum & Turk (1994) gibt es Krankheitsmerkmale, welche als Risikofaktoren für eine gute Adhärenz gelten. So ist bei chronischen Krankheiten ohne offenkundige Symptomatik oder mit stark wechselnden Befindlichkeiten (z. B. Diabetes mellitus, Hypertonie, Rheuma, usw.) die Bereitschaft für die Mitarbeit bei einer medikamentösen Therapie gering. Erkennt die Patientin keine unmittelbaren und spürbaren Symptomverbesserungen oder haben die Medikamente einschneidende Folgen auf ihre Lebensqualität (z. B. unerwünschte Arzneimittelwirkungen), so sinkt die Adhärenz.

In Situationen, wo wenig oder keine Aussicht auf Heilung mehr besteht, sind Patientinnen unter Umständen nicht mehr zu einer Therapiemitarbeit bereit (Petermann, 1998).

Bei bestimmten Arten von psychischen Erkrankungen (u.a. Schizophrenie) ist die Adhärenz gefährdet (Heuer et al., 1999).

b) Krankheitskonzepte

Winkler (2001). zitiert das „health belief model“ von Rosenstock, welches gut erklärt, was unter einem subjektiven Krankheitskonzept zu verstehen ist. Das subjektive Krankheitskonzept wird gemäss diesem Modell von verschiedenen Aspekten beeinflusst:

- **„Anfälligkeit** = *Einschätzung ihrer Krankheit durch die Patientin, wie stark sie sich bereits als erkrankt hält.*“ (Winkler, 2001, S. 250)

Wenn Patientinnen ein medizinisches Problem nicht ernst nehmen oder sich ihrer Krankheit anders erklären als das medizinische Personal, ist ihre Adhärenz gefährdet. Die eigenen Vorstellungen der Patientin scheinen ihr Handeln stärker zu bestimmen als die Informationen und die Beratung durch Fachpersonen.

Beispiel: Mit Beginn der Opiateinnahme soll die Patientin regelmässig Laxantien einnehmen, obwohl sie bisher nie unter Obstipation gelitten hat. Sie

erachtet die Laxativaeinnahme als überflüssig, bis die Obstipation tatsächlich eintritt.

- **„Auswirkungen** = *Meinung des kranken Menschen, inwieweit sich die Krankheit auf sein Leben auswirkt oder auswirken wird“.*

Beispiel: Eine Patientin mit Diabetes mellitus hält sich weder an die Insulinverordnung noch an die Ernährungsempfehlungen, da ihr subjektives Krankheitskonzept Spätkomplikationen ausschliesst.

- **„Nutzen** = *Ueberzeugung einer Patientin, dass sich ihre Bemühungen um ihre Gesundheit und ihr aktives Mitwirken auszahlen.“*

Beispiel: Bei einer lebensbedrohenden Krankheit kann es vorkommen, dass die Patientin in einer Therapie keinen Sinn mehr erkennt.

„Hindernisse = *Haltung der Patientin gegenüber physischen, psychischen und finanziellen Beeinträchtigungen, die die empfohlene Therapie zur Folge hat“*

Beispiel: Diffuse Aengste halten eine Patientin von einer Therapie mit Glucokortikoiden ab oder lassen sie diese vorzeitig abbrechen.

c) Persönlichkeitsmerkmale

Gemäss heutigem Wissen besteht keine konstante Verbindung zwischen den Variablen Alter, Geschlecht, sozialer Status, Zivilstand oder Religion der Patienten und deren Compliance/Non-compliance. Auch psychosoziale Faktoren und Eigenschaften der Persönlichkeit lassen keine Schlüsse über die Therapiefolgung zu. Dennoch führt ein grosser Teil der Aerzte und Aerztinnen die mangelnde Therapiemotivation auf Patientenmerkmale zurück. (Meichenbaum & Turk in Winkler in Käppeli, 2001, S.255).

Auch wenn Persönlichkeitsmerkmale auf die Therapiemotivation kaum einen Einfluss zu haben scheinen, werden doch einige Faktoren erwähnt, welche sich negativ auf die Adhärenz auswirken:

- Angst

Die Angst vor Abhängigkeit (z. B. von Analgetika) hat zur Folge, dass Medikamente nur bei Bedarf, aber nicht präventiv eingenommen werden. Besonders die Einnahme von Opiaten wird verbunden mit dem nahe bevorstehenden Tod. Weiter werden Aengste vor unangenehmen Nebenwirkungen, vor Schädigung von Organen und vor

Toleranzentwicklung genannt. Auch die Angst vor dem Verlust der Kontrolle über eine Krankheit führt zur Abnahme der Therapiemotivation. Wenn Patientinnen dagegen erfahren, dass ihre Therapiemitarbeit von Nutzen ist, steigt die Adhärenz, da die Patientinnen das Gefühl von Kontrolle über das Geschehen haben (Petermann, 1998, und Winkler, 2001).

- Alter

Gemäss Winkler (2001) ist die Vergesslichkeit hinsichtlich Medikamenteneinnahme nur bei sehr alten Menschen erhöht. Meine Gesprächspartnerin von der Spitex macht die Erfahrung, dass erste Anzeichen von Vergesslichkeit oder einer beginnenden Demenz meist Schwierigkeiten im Umgang mit Medikamenten sind. Die Patientinnen sind sich aber dieser Schwierigkeiten häufig gar nicht bewusst.

Die Schwächung von Sinneswahrnehmungen wie Gehör und Sicht beim älteren Menschen können zu mangelnder Adhärenz führen, wenn mündliche Informationen nicht richtig verstanden werden können oder schriftliche Anweisungen nicht lesbar sind. Nachlassende feinmotorische Fähigkeiten können z. B. das Öffnen einer Medikamentenverpackung und damit auch die Medikamenteneinnahme verunmöglichen (Heuer et al., 1999).

Als weitere persönlichkeitsbedingte Faktoren werden von den verschiedenen Autoren Apathie und Pessimismus, Verleugnung und Verdrängung der Krankheit, negative Vorerfahrungen und kognitive Überforderung erwähnt, welche zu mangelnder Therapiemotivation führen.

d) Art und Merkmale der Behandlung

„(...), dass die therapeutischen Ratschläge von den Patienten am ehesten befolgt werden je einfacher und kürzer die Behandlung, die mit geringen Kosten und wenigen Nebenwirkungen verbunden ist oder wenig Veränderung im Lebensstil benötigt“ (Winkler in Käppeli, 2001, S.252). Zudem wirkt sich die spürbare Wirkung einer Behandlung positiv auf die Therapiemotivation aus.

Folgende Merkmale einer Behandlung bergen die Gefahr einer sinkenden oder mangelhaften Adhärenz:

Die Patientin ist nicht ausreichend über die Behandlung informiert.

Die Wirkung der Behandlung ist nicht unmittelbar spürbar (Beispiel: Hypertonie)

Unter Hypertonikern kommen bis zu 50% der Patienten nicht den ärztlichen Empfehlungen nach, über 50% steigen innerhalb eines Jahres aus der Behandlung aus, und nur zwei Drittel von in der Behandlung Verbliebenen nehmen ausreichend Medikamente, um den Blutdruck korrekt einzustellen (Eraker et al., in Meichenbaum & Turk, 1994, S. 21).

- Lange Behandlungsdauer: Heuer et al (1999) weisen auf die Tatsache hin, dass die Therapiemotivation im Laufe einer Behandlung immer abnimmt.

Beschwerdefreiheit, obwohl die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist (beispielsweise bei Antibiotikatherapie zur Behandlung eines Harnwegsinfekts: das Medikament wird abgesetzt, sobald lästige Beschwerden wie Brennen beim Wasserlösen oder ständiger Harndrang nachgelassen haben).

Hohe Anzahl einzunehmender Medikamente: Besonders ältere Personen neigen ab einer bestimmten Anzahl täglich einzunehmender Medikamente dazu, deren Einnahme zu reduzieren oder ganz einzustellen (Heilmann in Heuer et al., 1999). Gemäss Winkler (2001) kann die Anzahl Medikamente von der Patientin als Mass genommen werden, wie krank sie ist (wenige Medikamente = harmlose Erkrankung, viele Medikamente = schwere, bedrohliche Krankheit).

Medikamenteneinnahme mehrmals täglich: Schon bei einer Einnahmehäufigkeit von mehr als zweimal täglich nimmt die Therapietreue ab (Heuer et al. 1999). Laut Winkler (2001) werden Medikamente zur Mittagszeit am unzuverlässigsten eingenommen.

Behandlungsplan nicht in den normalen Alltag integrierbar: Die Einnahme von Medikamenten zu ungewohnten Zeiten (z. B. zwischen den Mahlzeiten) wird vergessen, die Anwendung von Medikamenten in der Öffentlichkeit (z. B. Inhalation) wird als unangenehm empfunden und deshalb unterlassen (Winkler 2001).

Komplexer Behandlungsplan: Die Medikamenteneinnahme nur an bestimmten Tagen oder täglich wechselnde Dosierung (Antikoagulantien, Glukokortikoide) erschweren eine gute Adhärenz (Meichenbaum & Turk 1994).

Unklare Medikamentenbeschriftung, ungünstige Medikamentenmerkmale wie Farbe, Grösse und Verpackung der Tabletten, Kapseln, usw. (Petermann, 1998)

Unangenehme Nebenwirkungen und -folgen, besonders von Psychopharmaka (Heuer et al 1999). Meichenbaum & Turk (1994) betonen aber, dass unerwünschte

Nebenwirkungen bei gut informierten Patientinnen in den meisten Fällen nicht zu mangelnder Therapiemotivation führen.

e) Qualität der Therapeuten-Patienten-Beziehung

Laut Winkler (2001) ist die Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin für eine erfolgreiche Adhärenz massgebend. Die Patientin muss erfahren, dass die Therapeutin für ihre Lebensumstände und Bedürfnisse Verständnis hat. Eine vertrauensvolle, partnerschaftliche Beziehung bietet sehr gute Voraussetzungen, das Verhalten der Patientin gegenüber medizinischen Ratschlägen positiv zu beeinflussen. Noch wichtiger als bei einer akuten ist eine kooperative Beziehung bei einer chronischen Erkrankung. Heuer et al (1999) schreiben, dass ein gutes Vertrauensverhältnis an folgenden Faktoren gemessen werden kann:

Art und Ausführlichkeit der Kommunikation und Information

Berücksichtigung von Bedenken und Ängsten der Patientin

Zufriedenheit der Patientin mit den Kompetenzen der Therapeutin und der Durchführbarkeit der Therapie.

Ungeduld, Desinteresse, Zeitmangel und eine bevormundende Haltung der Therapeutin wirken sich auf die Therapiemotivation negativ aus, ebenso ständig wechselnde Personen bei der Begleitung und Betreuung. Kontinuität bei der betreuenden Person (z. B. in der Pflege) fördert die Zufriedenheit der Patientin und steigert die Therapiemotivation (Winkler 2001).

Mangelnde Adhärenz hat wiederum Auswirkungen auf die Therapeuten-Patientenbeziehung. Patientinnen mit mangelnder Adhärenz sind bei medizinischen Betreuungspersonen unbeliebt und werden als Folge schlechter gepflegt, betreut und behandelt (Carveth, in Winkler, 2001).

f) Information und Wissen

Gemäss Winkler (2001) hat Wissen zwar einen positiven Einfluss auf die Adhärenz, aber Wissen ist kein Garant für adhärentes Verhalten. Die Patientinnen wünschen in der Regel Informationen und wollen am Entscheidungsprozess teilhaben. Besonders chronisch kranke Menschen betrachten medizinisches Personal nur als eine von vielen möglichen Informationsquellen. Sie holen sich

Informationen auch anderswo, ändern ihren Behandlungsplan selbstständig ab oder machen komplementärmedizinische Behandlungen.

g) Soziales Umfeld

Eine aktive Unterstützung durch die Bezugspersonen der Patientin erleichtert die Krankheitsbewältigung und steigert die Therapiemotivation (Petermann, 1998). Die Meinung von Mitpatientinnen, besonders von gleichfalls Betroffenen (diese gelten als glaubwürdig), spielt eine wichtige Rolle und beeinflusst die Adhärenz.

Beobachtungen in der Spitex zeigen, dass nicht umfassend informierte Angehörige die Patientin eher dazu motivieren, Medikamente nicht einzunehmen, da sie davon ausgehen, dass die Patientin durch die Medikamente Schaden erleiden könnte (z. B. Organschädigungen). Laut Petermann (1998) ist es besonders schwierig, gegen Nicht-Adhärenz anzugehen, wenn Patientinnen den Auffassungen ihres sozialen Umfeldes mehr vertrauen als den auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Verordnungen der Ärztinnen.

h) Rationale Überlegungen

Stures Verweigern einer Therapie scheint sehr selten zu sein (Winkler 2001). Aber eine Patientin kann sich aus der Sicht der Therapeutin nicht-adhärenz verhalten, in Wirklichkeit führt die Patientin jedoch Selbstversuche durch (Heuer et al. 1999).

Beispiele: Medikamente werden bewusst nicht eingenommen, um bei Nachlassen der Symptome einer Krankheit zu überprüfen, ob dieser Zustand auch ohne Medikamente anhält, oder Dosis wird erhöht, bis die Symptome verschwinden, oder Diuretikum wird abgesetzt, wenn die Patientin z. B. eine Reise plant oder wenn der Harndrang nachts zu häufigen Toilettengängen zwingt.

Nicht-Adhärenz kann auch „(...) das Ergebnis eines aktiven und rationalen Entscheidungsprozesses des betroffenen Patienten sein, nämlich bewusst auf ein Therapieangebot zu verzichten, gegen das er begründete Vorbehalte hat (intelligent non-compliance)“ (Petermann, 1998, S.74). Meine Gesprächspartnerin aus der Spitex macht die Erfahrung, dass dies sehr häufig bei Analgetika der Fall ist.

2.2.3. Massnahmen zur Förderung der Adhärenz

„Zu Beginn einer Therapie bringt der Patient eine gewisse Grundbereitschaft mit, (...). Diese Bereitschaft zur Mitarbeit muss gleich beim Einsetzen der Therapie so weit wie möglich gestärkt werden (...).“ (Heuer et al, 1999, S.79)

Bei der Planung von Massnahmen gilt es die zahlreichen Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Bei einigen Faktoren bieten sich entscheidende Einflussmöglichkeiten an (z. B. Art und Merkmale der Behandlung). Andere Faktoren wiederum lassen sich weniger verändern, sie müssen aber bei der Planung von Interventionen mitberücksichtigt werden, um optimale Voraussetzungen für die Therapiemitarbeit der Patientin zu schaffen (z. B. Persönlichkeitsmerkmale).

a) Schnittstellen ärztlicher Bereich ↔ pflegerischer Bereich

Die Planung der medikamentösen Therapie mit der Patientin, die Auswahl, die Dosierung der geeigneten Medikamente und auch die Abgabe der Medikamente mit den entsprechenden Informationen sind juristisch betrachtet Aufgaben der Aerztin. Damit wird deutlich, dass der Einflussbereich (und damit auch die Verantwortung für die entsprechenden Massnahmen) der Aerztin auf die Therapiemotivation viel grösser ist als der der Pflegefachfrau. Entscheidend sind die therapeutische Beziehung Aerztin-Patientin, Inhalt und die Art der Informationsvermittlung durch die Aerztin sowie der Einbezug der Vorstellungen und Möglichkeiten der Patientin bei der Gestaltung des Behandlungsplans.

Gemäss Funktion 3 der Pflege wirken Pflegefachfrauen bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen mit. Die Aerztin kann ihnen therapeutische Aufgaben wie z. B. die Abgabe von Medikamenten übertragen. In der Praxis ist die Mitwirkung bei therapeutischen Aufgaben nicht klar geregelt, die Grenzen zwischen ärztlichem und pflegerischem Bereich sind fließend.

Laut Auskunft der Verantwortlichen für Pflegeprojekte am Lindenhofspital darf die Pflegefachfrau bei der Abgabe von Medikamenten ergänzende Informationen anbringen, d.h. die Vorarbeit der Aerztin weiterführen, bzw. die Wirkung einfacher Medikamente erklären. Sie gilt zudem als Vermittlerin zwischen Aerztin und Patientin und kann bei der Medikamentenverordnung die Aerztin auf Erkenntnisse aus der Pflegeanamnese, Schwierigkeiten bei der Einnahme und auftretende Nebenwirkungen aufmerksam machen. Zusammenfassend formuliert sind

Pflegeinterventionen zur Verbesserung der Adhärenz in der Regel ergänzende Massnahmen zu denjenigen der Aerztin.

„McKenney, Slining, Henderson und Devins (1973) unterstreichen die Notwendigkeit, dass bei der Förderung der Therapiemotivation alle Berufsgruppen gut zusammenarbeiten: Aerzte, Krankenschwestern, Apotheker, usw.“ (Meichenbaum & Turk, 1994, S. 111).

b) Therapeutische Beziehung Patientin-Pflegefachfrau

Heuer et al (1999) betonen, dass gerade bei Therapiebeginn die Grundbereitschaft zur Mitarbeit hoch ist. In dieser Phase ist es sehr wichtig, dass diese Bereitschaft durch Vertrauensaufbau, Motivation und Information gestärkt wird.

Laut Winkler (2001) ist die Basis für eine tragfähige Beziehung zwischen Patientin und Pflegenden der gegenseitige Respekt. Die Pflegenden soll versuchen, die vorgeschlagene Behandlung aus der Perspektive der Patientin zu betrachten. Die Patientin braucht regelmässige Gesprächsgelegenheiten, bei welchen sie ihre Erfahrungen mit der medikamentösen Therapie äussern kann, während welchen sie von der Pflegenden positiv verstärkende Rückmeldungen zu ihrer Therapiemitarbeit erhält und wo Schwierigkeiten diskutiert werden können.

Winkler betont, dass die Pflegenden den Patientinnen als Partner begegnen müssen und diesen das Recht zugestehen, Entscheidungen zu fällen, z. B. Therapien abubrechen, bzw. abzulehnen.

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass es für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung vorteilhaft ist, wenn immer die gleichen Pflegefachpersonen die Patientin kontinuierlich über Tage begleiten.

c) Informationsvermittlung

„Mangelnde Information und Aufklärung als Ursache für Non-Compliance scheint recht häufig zu sein“ (Heilmann in Heuer et al., 1999, S.65).

Bei der Informationsvermittlung ergeben sich verschiedene Schwerpunkte:

Richtiger Zeitpunkt, Persönlichkeitsmerkmale erfassen, Wissensstand ermitteln, Art und Inhalt der Informationen.

- Richtiger Zeitpunkt:

Meichenbaum & Turk (1994) erwähnen, dass die Patientin erst während der Behandlungsphase in der Lage ist, komplexere Informationen zu verarbeiten, da in der Anfangsphase einer Krankheit auftretende Reaktionen (z. B. Angst, Schuldgefühle, usw.) verhindern, dass die Patientin Informationen aufnehmen kann. Das bedeutet, dass die Informationsvermittlung u.U. nicht sofort bei Behandlungsbeginn, sondern erst später erfolgen kann oder dass am Anfang vermittelte Informationen zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden müssen. Zudem ist es für die Aufnahmefähigkeit der Patientin wichtig, dass sie während eines Informationsgesprächs nicht durch Beschwerden wie starke Schmerzen oder Nausea beeinträchtigt ist oder z. B. auf einen wichtigen Termin wartet.

- Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen:

Beim Eintrittsgespräch muss geklärt werden, ob kognitive, auditive, visuelle oder manuelle Probleme vorhanden sind, welche bei einem Informationsgespräch und bei der Anpassung der Behandlung berücksichtigt werden müssen.

- Wissensstand ermitteln:

Bei Eintritt werden die Erfahrungen der Patientin im Umgang mit Medikamenten und der Informationsstand über ihre bisherige und die geplante medikamentöse Therapie erfasst. Heuer et al. (1999) schlagen vor, offene Fragen (Was? Welche? Wie?) zu stellen, um mit der Patientin ins Gespräch zu kommen. Um bei der Patientin nicht den Eindruck zu vermitteln, dass ihr Wissen geprüft wird, empfehlen sie konkrete Fragen. Damit können bei der Erhebung der Anamnese nicht nur der Wissensstand, sondern zugleich das Erleben der bisherigen Therapie,, das subjektive Krankheitskonzept und die Therapiemotivation erfasst werden:

Mögliche Fragestellungen:

„Welche Beschwerden haben Sie zum Arzt, bzw. zum Spitaleintritt geführt?“

„Wofür/wogegen haben Sie Medikamente verschrieben bekommen?“

„Wie nahmen Sie bisher ihre Medikamente ein?“

„Wie sind sie in der Vergangenheit mit ihren Medikamenten zurecht gekommen?“

„Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Medikamenten gemacht?“

Die Aerztin sollte über wichtige Erkenntnisse aus der Pflegenamnese informiert werden.

- Art der Informationsvermittlung:

Meichenbaum & Turk (1994) schreiben, dass ältere Patienten Informationen genauso gut behalten wie jüngere. Sie erwähnen ausserdem, dass Instruktionen und Ratschläge schneller vergessen werden als andere Informationen.

Alle Autoren betonen, dass bei den Informationen zur medikamentösen Therapie die Sprache in Stil, Tempo und Lautstärke der Patientin angepasst und Fachjargon vermieden werden muss, bzw. bei unvermeidlichen Fachausdrücken das Verständnis überprüft werden muss. Besonders bei schwerhörigen Patientinnen ist eine ruhige Umgebung für die Patientenschulung wichtig. Informationen werden besser aufgenommen, wenn diese mit Erfahrungen der Patientin verknüpft werden. Winkler (2001) schlägt vor, das zu vermittelnde Wissen in kleine Portionen aufzuteilen. Zwischen den einzelnen Informationsgesprächen hat die Patientin Zeit, das Gehörte zu verarbeiten, beim nächsten Gespräch können Unklarheiten nochmals diskutiert werden. Heuer et al. (1999) erwähnen, dass nur 20 % der Informationen durch Hören behalten werden. Werden die Informationen zusätzlich auch schriftlich abgegeben, steigt die Erinnerungsfähigkeit auf 50 %. Für die Anwendung von komplizierten Verabreichungsformen (z. B. Dosieraerosole) reichen mündliche und schriftliche Anweisungen nicht aus. Die Handhabung muss auch praktisch erklärt werden und die Patientin muss die Anwendung unter Anleitung üben können.

Eine Verbesserung der Adhärenz wird zusätzlich erzielt, wenn Bezugspersonen der Patientin mitinformiert werden. Sie können die Patientin zu Hause bei der Medikamenteneinnahme unterstützen, wenn Situationen eintreten sollten, in welchen die Patientin überfordert wäre.

- Inhalt der Informationen:

Wie bereits unter 2.2.3. a) erwähnt, ist die Aerztin grundsätzlich verpflichtet, die Patientin umfassend über die medikamentöse Therapie zu informieren. Da die medikamentöse Behandlung im Spital beginnt, können auftauchende Schwierigkeiten wie z. B. unerwünschte Nebenwirkungen, mangelnde Wirkung der Medikamente, Probleme mit der Einnahme (z. B. beim Schlucken),

Informationslücken, usw. durch die Pflegefachfrauen erfasst, mit der Aerztin besprochen und Massnahmen (z. B. Brausetabletten statt Tabletten, Wechsel des Präparates, usw.) eingeleitet werden. Meichenbaum & Turk (1994) erwähnen, dass Medikamente an jungen Menschen erforscht werden. Ältere Menschen sprechen oft anders auf Medikamente an als jüngere. Deshalb betonen sie, dass eine gute Vorbereitung auf mögliche unerwünschte Wirkungen und entsprechende Gegenmassnahmen von grosser Wichtigkeit sind. Gut informierte Patientinnen zeigen trotz Nebenwirkungen keine mangelnde Adhärenz.

d) Integration der Arzneimitteleinnahme in den Alltag

Alle Autoren in der bearbeiteten Literatur sind sich einig, dass die medikamentöse Behandlung so einfach wie möglich sein muss, um eine grösstmögliche Adhärenz zu erreichen. Laut Köppel (2003) besteht unter Geriatern der Konsens, dass möglichst nicht mehr als vier Medikamente verordnet werden sollten. Die Multimorbidität der älteren Menschen macht eine Beschränkung auf wenige Medikamente schwierig. Köppel sagt deshalb, dass bei der Behandlung Prioritäten gesetzt und Kompromisse geschlossen werden müssen. Petermann (1998) schlägt vor, mit der Patientin die Behandlungsziele auszudiskutieren und gemeinsam nach einem gangbaren Weg zu suchen. Eine Möglichkeit, die Arzneimittelmenge zu reduzieren, ist die Verschreibung von längerfristig wirkenden (Retard-Präparate) oder kombinierten Medikamenten.

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass die Adhärenz der Patientin am ehesten gewährleistet ist, wenn die Medikamente nur einmal oder höchstens zweimal pro Tag eingenommen werden müssen. Nach Aussagen von Frau C. Lehmann, Spitalapothekerin am Lindenhofspital, ist es aber wegen unerwünschten Interaktionen zwischen verschiedenen Medikamenten und Nebenwirkungen in der Einstellungsphase manchmal ungünstig, alle Arzneimittel zur gleichen Tageszeit einnehmen zu lassen.

Hier ist es sehr wichtig, dass die Aerztin, bzw. die Pflegefachfrau mit der Patientin den Einnahmetermin für die Medikamente so festlegt, dass die Einnahme in den individuellen Tagesrhythmus der Patientin integriert werden kann. In der Regel werden Medikamente am Morgen am zuverlässigsten eingenommen.

Verschiedene Erinnerungshilfen werden in der Literatur empfohlen oder wurden in der Spitexpraxis erprobt:

Medikamente an einem auffälligen Ort aufbewahren, z. B. auf dem Frühstückstisch, im Bad auf Augenhöhe, auf dem Nachttisch, usw.

Hinweise an häufig frequentierten Plätzen in der Wohnung wie z. B. grossen Zettel auf dem Esstisch, Aufkleber am Badezimmerspiegel, Abreisskalender nur zur Erinnerung an die Medikamenteneinnahme, usw.

Einnahme ritualisieren: Medikamente z. B. immer mit dem Morgenkaffee oder nach dem Zähneputzen einnehmen.

Erinnerung an die Einnahmezeit mit Hilfe eines Weckers oder (bei Geübten) des Handys.

Die Pflegefachfrau erörtert im Gespräch mit der Patientin Möglichkeiten, liefert bei Bedarf Ideen, die Patientin wählt die für sie geeignete Massnahme aus.

Heuer et al (1999) berichten, dass Schwierigkeiten im Umgang mit Medikamentenverpackungen wegen altersbedingten Einschränkungen (Feinmotorik, Tremor, Sehfähigkeit) Patienten von der Medikamenteneinnahme abhalten können. Es gilt, während dem Spitalaufenthalt solche Schwierigkeiten zu erfassen und nach geeigneten Lösungen zu suchen (Beispiel von Heuer et al: Bei Sehschwäche Tropfen in einen Joghurtbecher fallen lassen, die Treffer sind hör- und damit zählbar). Um Verwechslungen vorzubeugen ist es von Vorteil, wenn sich die einzunehmenden Medikamente in Farbe, Form und Grösse deutlich unterscheiden. Das Halbieren von Tabletten sollte durch die Wahl eines Medikamentes in der passenden Dosis vermieden werden (z.B. 1 Tablette à 25 mg anstatt ½ Tablette à 50 mg).

Eine wichtige Rolle für die korrekte Medikamenteneinnahme spielt die schriftliche Information. Gemäss Winkler (2001) ermöglicht diese die Kontrolle der Patientin über das Geschehen. Ein Tabelle soll folgende Angaben über jedes Medikament liefern: „ Name, Farbe, Dosis, wie oft es pro Tag einzunehmen ist, Zeitpunkt der Einnahme, Nebenwirkungen und Grund der Einnahme.“ (Winkler in Käppeli, 2001, S. 266). Um dem eingeschränkten Sehvermögen älterer Menschen Rechnung zu tragen, muss für den Medikamentenplan eine grosse Schrift gewählt werden (computergeschriebener Text ist leichter zu lesen als von Hand geschriebener).

Tages- oder Wochendispenser helfen der Patientin, den Ueberblick über die bereits eingenommen, bzw. die noch einzunehmenden Medikamente zu bewahren. Der

Dispenser muss genügend grosse Fächer aufweisen, gut schliessende, durchsichtige Deckel haben und leicht zu bedienen sein. Idealerweise sind die Fächer für die verschiedenen Tageszeiten in ihrer Grösse veränderbar. Wenn die Patientin manuell oder wegen Sehschwierigkeiten nicht mehr in der Lage ist, den Dispenser selber aufzufüllen, kann diese Aufgabe auch durch Drittpersonen übernommen werden. Die Patientin kann dank dem Dispenser ihre medikamentöse Therapie selbstständig ausführen. Pflegende können die Patientinnen auf die Möglichkeit eines Dispensers aufmerksam machen, die Patientin soll selber entscheiden können, ob sie ein solches Hilfsmittel möchte. Laut meiner Gesprächspartnerin aus der Spitex finden Patientinnen auch eigene Systeme, um ihre Medikamente vorzubereiten, so z. B. für jede Einnahmezeit eine Tasse in einer anderen Farbe.

Winkler (2001) zitiert eine vergleichende Studie von Furlong (1996) zum Thema selbstständige Einnahme der Medikamente im Krankenhaus. Als Resultat zeigte sich eine Zunahme des Wissens der Patientinnen und daraus resultierend eine bessere Adhärenz. Zudem bewerteten die Patientinnen die selbstständige Einnahme und die damit verbundene aktive Mitgestaltung der Pflege als positiv.

Petermann (1998) und Heuer et al (1999) weisen darauf hin, dass die Patientin zur Aufrechterhaltung der Adhärenz regelmässige Betreuungstermine braucht, wo Schwierigkeiten besprochen und Wirkungen der Medikamente durch Messungen kontrolliert werden können. Hafner & Meier (2005) schlagen als weitere Möglichkeit das Angebot von telefonischer Kontaktaufnahme mit Fachpersonen bei Fragen und Besonderheiten vor, um die Therapiemotivation aufrecht zu erhalten.

Erfahrungen aus dem Spitexalltag zeigen, dass Patientinnen, welche regelmässig Besuche durch eine Pflegefachfrau erhalten und bei dieser Gelegenheit Fragen zur Medikation stellen können und durch Messungen Rückmeldungen über die Wirkung der Medikamente erhalten (z. B. Blutdruck, Blutzucker), motivierter sind, ihre Medikamenteneinnahme fortzuführen. Ihr Gesundheitszustand ist stabiler, sie profitieren von einer verbesserten Lebensqualität.

2.3. Ergebnisse: Leitfaden zur Förderung der Adhärenz für die Abteilung Innere Medizin

Mein Konzeptvorschlag basiert auf den Erkenntnissen aus den letzten Kapiteln. Um die Lesefreundlichkeit nicht zu beeinträchtigen, begründe ich die meine Vorschläge im Konzeptvorschlag nicht näher, sondern verweise auf meine Ausführungen unter Kapitel 2.2.

2.3.1. Ist-Zustand

- Anamnese:

Erfolge und Schwierigkeiten der Patientin im Umgang mit Medikamenten werden im Anamnesegespräch aktuell nicht systematisch erfasst. Einzig Erfahrungen mit Analgetika und Schlafmitteln werden je nach Ausgangssituation thematisiert. Mein Arbeitsplatz ist ein Privatspital mit Belegarztsystem. Viele Patientinnen werden auf der Abteilung Innere Medizin von ihrem Hausarzt betreut. Dieser kennt die Patientin und ihren Umgang mit Medikamenten in der Regel gut. Einige Belegärzte leiten denn auch wichtige Informationen bezüglich Erfahrungen der Patientin mit Medikamenten an uns weiter. Diese Informationen werden je nach Ermessen der Pflegefachfrau in der Pflegeanamnese festgehalten.

- Interventionen während des Spitalaufenthaltes:

Grundsätzlich werden die Medikamente der Patientin (auch die von zu Hause mitgebrachten) von den Pflegepersonen aufbewahrt, verwaltet und zu den Einnahmezeiten abgegeben. Häufig wird die Medikation (oder ein Teil davon) während des Spitalaufenthaltes verändert. Wenn kognitiv nicht eingeschränkte Patientinnen dies ausdrücklich wünschen, können sie ihnen vertraute Medikamente im Zimmer aufbewahren und selbstständig einnehmen. Um Missverständnissen bei der Einnahme vorzubeugen, erstellt die Pflegefachfrau einen schriftlichen Plan mit den selbstständig einzunehmenden Medikamenten für die Patientin.

Bei Veränderungen oder Neuerungen in der medikamentösen Therapie erfolgt die Information durch den Arzt häufig nur kurz und eher oberflächlich. Ergänzende Informationen durch die Pflegepersonen werden unausgesprochen vorausgesetzt. Diese Aufgabe nehmen die Pflegenden unterschiedlich wahr. Bei Beginn einer Antikoagulationstherapie wird die Patientin von der Pflegefachfrau in der Regel über

Wirkung und Risiken aufgeklärt und schriftliche Unterlagen abgeben. Der Wissensstand der Patientin zur Antikoagulation wird in den folgenden Tagen überprüft und die Schritte in der standardisierten Pflegeplanung dokumentiert. Ueber den Einsatz eines Medikamentendispensers entscheidet meistens die Pflegefachfrau, wenn sie aus Beobachtungen schliesst, dass die Patientin im Umgang mit den Medikamentenverpackungen oder mit der medikamentösen Therapie überfordert sein könnte. Die Patientin wird bei der Entscheidung für oder gegen ein Medikamentendosett und bei der Modellwahl noch wenig einbezogen. Eher selten kann die Patientin ihre Medikamente schon während dem Spitalaufenthalt aus dem Dosett selbstständig einnehmen und dessen Handhabung üben. Häufig erhält sie den vorbereiteten Dispenser erstmals am Austrittstag.

- Austrittsvorbereitung:

Sobald der Austrittstermin fest steht (häufig erst am Vortag), wird vom Arzt die definitive Medikation für zu Hause festgelegt. Die Patientin erhält am Austrittstag ihre Medikamente in der Originalverpackung, versehen mit Namen und Dosierungsschema, (und ev. einen vorbereiteten Dispenser für eine Woche) in einem Plastikbeutel und einen handgeschriebenen Medikamentenplan. Der Austritt muss bei uns bis ca. 9 Uhr erfolgen. Zwischen 8.30 und Austrittszeit erklärt die Pflegefachfrau noch Veränderungen und Neuerungen im Therapieschema. Die Patientinnen sind verständlicherweise kaum in der Lage, in diesem Moment (Angehörige oder Taxi warten, Ungewissheit, wie sie zu Hause zurechtkommen werden, Abschied, Zusammenpacken, usw.) neue Informationen zu verarbeiten.

Die Analyse des Ist-Zustandes zeigt, dass auf der Abteilung Innere Medizin zwar einige Pflegeinterventionen zur Schaffung von besseren Voraussetzungen für eine gute Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme zu Hause durchgeführt werden, dies aber zu wenig umfassend, systematisch und konsequent geschieht. Es fehlt dazu noch an verbindlichen Handlungsanweisungen.

2.3.1. Konzeptvorschlag

Mein Vorschlag besteht aus den drei Teilen Anamnese, Interventionen während des Spitalaufenthaltes und Austrittsvorbereitung.

a) Anamnese

Innerhalb der ersten 24 bis 48 Stunden nach Eintritt wird die Pflegeanamnese in einem Gespräch erhoben. Bei Patientinnen, welche vor Spitaleintritt bereits Medikamente eingenommen haben, muss neu zusätzlich erfasst werden:

Erleben der bisherigen medikamentösen Therapie (Erfolge, Schwierigkeiten, unerwünschte Wirkungen)

Wissen und Informationsstand der Patientin betreffs ihren Medikamenten

Die Aussagen der Patientin werden vorläufig auf dem Anamneseblatt in der linken Spalte in Stichworten festgehalten (siehe Beispiel im Anhang A). Bei Neudruck sollte eine neue Rubrik „Erfahrungen mit Medikamenten“ eingefügt werden.

Die Pflegefachfrau leitet Aussagen der Patientin zu ihren Erfahrungen im Umgang mit ihren Medikamenten an die Aerztin weiter. Die medikamentöse Therapie kann dadurch individuell angepasst werden.

b) Interventionen während des Spitalaufenthaltes

Grundsätzlich sollen alle kognitiv nicht eingeschränkten älteren Menschen während des Spitalaufenthaltes ihre Medikamente selbstständig verwalten und einnehmen können. Voraussetzung ist das Einverständnis der behandelnden Aerztin. Um die Wirkung der medikamentösen Therapie verfolgen und beurteilen zu können, muss die Einnahme der Medikamente von der Pflegefachperson durch Nachfragen bei der Patientin überprüft werden. Nur in besonderen Situationen (z. B. bei einer Patientin mit bekanntem Medikamentenabusus) wird die Abgabe der Medikamente in Absprache mit der Aerztin ganz oder teilweise durch die Pflegenden übernommen. Als möglicher Kompromiss kann die Patientin ihre Medikamentendosis für einen Tag oder eine Woche in einem Dispenser zur selbstständigen Einnahme erhalten. Diese Methode ermöglicht es der Pflegefachfrau, Uebersicht über die eingenommenen Arzneimittel zu behalten und allfällige Unstimmigkeiten festzustellen.

Medikamente, deren Dosierung noch eingestellt und ev. täglich neu angepasst werden muss, werden mit dem Einverständnis der Patientin durch die Pflegefachfrau verabreicht, bis die definitive Dosierung feststeht.

Die Patientin erhält von der Pflegefachfrau ihre Medikamente in der Originalverpackung und einen schriftlichen Medikamentenplan in Druckschrift, woraus sie folgende Informationen entnehmen kann (siehe Beispiel im Anhang B):

Medikamentennamen und galenische Form (z. B. Dafalgan 500 mg Tabletten.)

Dosierung und Einnahmezeitpunkt (mit Bleistift geschrieben)

Wirkung in einfachen Worten formuliert (z. B. gegen Schmerzen)

Spezielle Informationen zur Einnahme (z. B. nach der Einnahme mind. 30 Min. in aufrechter Position bleiben)

Die Pflegefachfrau überprüft bei der Uebergabe des Medikamentenplan durch Rückfragen den Wissensstand der Patientin und gibt ergänzende Informationen ab.

Der Medikamentenplan wird bei Veränderungen sofort angepasst und bei Bedarf neu geschrieben. Die Patientin bewahrt ihre Medikamente und die schriftlichen Informationen dazu in einem zur Verfügung gestellten Behälter im Zimmer auf.

Die Pflegefachfrau legt aufgrund der in der Anamnese erhaltenen Informationen die erforderlichen Pflegeinterventionen zur Medikamenteneinnahme fest. Sie bezieht bei der Planung der Pflegemassnahmen visuelle, auditive und manuelle Einschränkungen der Patientin ein. Die Interventionen sollen zu folgenden Zielen führen:

Die Patientin

- **behält ihre Selbstständigkeit im Umgang mit ihren Medikamenten, beziehungsweise**
- **kann den Umgang mit ihren Medikamenten üben und erhält Sicherheit. Sie verfügt bei Spitalaustritt über die nötigen Informationen, kennt und benützt geeignete Hilfsmittel und kann die Medikamenteneinnahme in ihr Alltagsleben integrieren.**

Die Pflegeinterventionen werden in der standardisierten Pflegeplanung (siehe Anhang C) unter einem neu zu schaffenden Schwerpunkt „Umgang mit

Medikamenten“ schriftlich festgehalten. Zur Illustration hier einige Beispiele (Pat. = Patientin, PP = Pflegefachfrau):

Dosettsysteme vorstellen → PP

Umgang mit Dosett unter Aufsicht üben → Pat.

Medikamente im Dosett mit Unterstützung auffüllen → Pat.

Erinnerungshilfen für die Medikamenteneinnahme zu Hause planen → Pat. und PP

Informationen zur Antikoagulationstherapie abgeben → PP

Instruktion über Verabreichung von Augentropfen → PP

usw.

Die Interventionen werden täglich evaluiert und angepasst .

Auftretende Schwierigkeiten im Umgang mit den Medikamenten und unerwünschte Wirkungen werden bei der Arztvisite von der Pflegefachfrau thematisiert, damit der Therapieplan durch die Aerztin optimiert werden kann.

c) Austrittsvorbereitung

Sobald der Austrittstermin festgelegt ist, wird die schriftliche Information zur Medikamenteneinnahme definitiv erstellt und die alten Medikamentenpläne vernichtet. Die Pflegefachfrau verabredet spätestens am Vorabend vor Austritt mit der Patientin einen Gesprächstermin, bei welchem ergänzende Informationen abgegeben werden und die Patientin Gelegenheit erhält, noch offene Fragen zur Medikamenteneinnahme zu klären. Am Vorabend wird auch ein allfälliger Medikamentendispenser von der Patientin für eine ganze Woche vorbereitet. Die Patientin vereinbart noch im Spital telefonisch einen Kontrolltermin für die Zeit nach Spitalaustritt bei der Aerztin.

Spätestens am Austrittstag erhält die Patientin den definitiven Medikamentenplan und genügend Medikamente für die Zeit bis zur ersten Arztkontrolle in der Originalverpackung. Die Medikamente werden wie bisher mit Patientennamen und Dosierungsangaben versehen und in einem Plastikbeutel verpackt abgegeben.

Zur Verbesserung der Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme werden idealerweise auch die Bezugspersonen der Patientin über die medikamentöse Therapie informiert, sofern die Patientin dazu ihr Einverständnis gibt.

3. Schlussteil

3.1. Schlussfolgerungen

Die Auseinandersetzung mit der Literatur zur vorliegenden Arbeit hat mir deutlich vor Augen geführt, wie komplex die Voraussetzungen für adhärentes Verhalten generell und im Speziellen im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme sind. Auch wenn alle Voraussetzungen optimal erscheinen und die vorbereitenden Massnahmen getroffen wurden, ist adhärentes Verhalten **nicht** garantiert. Mir wurde aber auch bewusst, dass die Bedeutung der vorbereitenden Massnahmen im Spitalalltag unterschätzt werden und demzufolge die Vorbereitung auf den Umgang mit den Medikamenten zu Hause vernachlässigt wird. Auch ich habe bisher diesem Thema in der Pflegeplanung und bei der Gestaltung meiner Pflege wenig Platz eingeräumt.

Der Arbeit der Aerztin kommt für eine gute Adhärenz eine Schlüsselposition zu. Die Art, wie sie die Patientin bei der Wahl der Therapie einbezieht, ihre Beziehung zur Patientin und die Qualität ihrer Informationsvermittlung ist für eine gute Adhärenz von grösster Bedeutung. Diese Erkenntnis führte bei mir anfänglich zum Schluss, dass Pflegende wenig Einflussmöglichkeiten auf den Grad der Adhärenz der Patientin haben. Aber im Gegensatz zur Aerztin beobachten und begleiten wir Patientinnen während ihres Spitalaufenthaltes rund um die Uhr. Wir haben dabei viele Gelegenheiten, Informationsdefizite, Motivationsprobleme, Ressourcen der Patientin und Schwierigkeiten mit der verordneten medikamentösen Therapie zu erfassen und ergänzende Massnahmen einzuleiten. Bei der Erarbeitung des Konzeptes für meinen Arbeitsplatz habe ich erkannt, dass wir Pflegende zahlreiche Interventionsmöglichkeiten haben, um zu einer verbesserten Mitarbeit der Patientin im Umgang mit ihren Medikamenten beizutragen. Ich wünsche mir, dass ich meine Mitarbeiterinnen von der Bedeutung unserer Arbeit für die Verbesserung der Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme überzeugen kann und wir gemeinsam mithelfen können, dass die Zahl von Rehospitalisationen wegen mangelnder Therapiefollowing abnimmt.

3.2. Reflexion

- der Ziele:

Das Ziel, mit dieser Arbeit Hintergrundwissen zur Adhärenz zu erarbeiten und Anregungen für Pflegeinterventionen zu liefern, habe ich erreicht. Die Umsetzung meiner Vorschläge in die Praxis steht aber noch bevor.

- der Fragestellungen

Meine ursprünglich fünf Fragestellungen habe ich schon kurz nach der Dispositionsbesprechung auf drei reduziert, da ich Ueberschneidungen feststellte. Die erste Fragestellung

- ◆ Welche Faktoren beeinflussen die Adhärenz/Nicht-Adhärenz beim älteren Menschen in Bezug auf die Medikamenteneinnahme?

konnte ich umfassend bearbeiten. In der von mir gewählten Literatur fand ich eine grosse Anzahl an Einflussfaktoren. Die Zuordnung der Einflussfaktoren in ein System halfen mir, die Erkenntnisse der verschiedenen Autoren zu verbinden, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu erkennen und Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

Die zweite Fragestellung

- ◆ Wo liegen die Schnittstellen zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Bereich bezüglich Massnahmen zur Förderung der Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme?

konnte ich nicht ganz abschliessend beantworten, da zwischen Theorie und tatsächlicher Situation im Spitalalltag offensichtlich grosse Unterschiede bestehen. Juristisch betrachtet liegt die Verantwortung für die Wahl und Abgabe der Medikamente und die umfassende Information darüber bei der Aerztin. Die Funktion 3 der Pflege weist aber der Pflegefachfrau klar eine Mitarbeit bei präventiven und therapeutischen Massnahmen zu. Im Spitalalltag ergeben sich für die Pflegefachleute zahlreiche ergänzende Aufgaben zu derjenigen der Aerztin. Aussagen verschiedener Autoren bestärken mich in der Meinung, dass eine gute Zusammenarbeit von Aerztin und Pflegefachfrau die Voraussetzungen für adhärentes Verhalten der Patientin bei der medikamentösen Therapie optimiert.

Die dritte Fragestellung

- ◆ Welche Unterstützung braucht die Patientin, um die Weiterführung der medikamentösen Therapie zu Hause bewältigen zu können und wie kann die Zeit des Spitalaufenthaltes genutzt werden, damit die Patientin im Umgang mit ihren Medikamenten Sicherheit erhält?

konnte ich mit Hilfe von Literatur, durch Befragung der Spitexleiterin und durch eigene Erfahrungen ausführlich beantworten.

Die gewählten Fragestellungen haben mich bei der Bearbeitung der Literatur geleitet und verhindert, dass ich mich in der Fülle von Aussagen und Erkenntnissen zu Adhärenz verloren habe.

- des theoretischen Rahmens

Ueber Adhärenz gibt es keine eigentliche und abschliessende Theorie. Deshalb war ein Vergleich von verschiedenen Theorien nicht möglich. Ich fand aber in der Fachliteratur eine Fülle sich ergänzender Aussagen. Beim Zusammenfassen möglicher Einflussfaktoren wurde mir erstmals bewusst, wie wenig Persönlichkeitsmerkmale einer Person Auswirkungen auf den Grad der Adhärenz haben und wie dagegen das subjektive Krankheitskonzept und die Wahrnehmung der Krankheit die Therapiemitarbeit stark beeinflussen. Dass die Nichteinnahme von Medikamenten auch eine bewusste Handlung einer Person sein kann, war mir bisher wenig bewusst. Das bedeutet, dass ich eine solche Entscheidung der Patientin zu akzeptieren habe, aber das nicht adhärente Verhalten der Patientin nicht allein auf eine mangelnde Vorbereitung meinerseits zurückführen muss.

Bei der Zusammenstellung möglicher Massnahmen, welche in der Fachliteratur genannt werden, habe ich für die vorliegende Arbeit hauptsächlich Vorschläge ausgewählt, welche dem Aufgabenbereich von Pflegefachleuten zugeordnet werden können.

- der Ergebnisse

Mein Konzeptvorschlag basiert auf den Erkenntnissen aus dem theoretischen Teil dieser Arbeit. Er ist aber so ausgestaltet, dass er sich an das bisherige Vorgehen an meinem Arbeitsplatz anlehnt und mit der bestehenden Pflegedokumentation umgesetzt werden kann. Aus zeitlichen Gründen war es nicht möglich, meinen

Konzeptvorschlag vor Abschluss dieser Arbeit zu testen und zu evaluieren. Vor der praktischen Umsetzung muss mein Vorschlag noch in eine verbindliche, lesefreundliche Kurzform gebracht werden.

- der Vorgehensweise

Das Auffinden von geeigneter Literatur erwies sich anfänglich nicht als einfach, die Auswahl an deutschsprachiger Literatur zum gewählten Thema ist gering. In den Fachbüchern zeigten sich viele Ueberschneidungen, besonders Winkler (2001) zitiert öfters aus Meichenbaum & Turk. Abschliessend stelle ich fest, dass das bescheidene Literaturangebot eine Fülle von verwertbaren Aussagen enthält, so dass ich mich bei der Auswahl der Textstellen beschränken musste!

Die Informationen, welche mir die befragten Fachpersonen lieferten, ergänzten und erweiterten die Erkenntnisse aus der Literatur und schafften eine Verbindung zur Praxis.

3.3. Ausblick

In einem nächsten Schritt möchte ich den Leitfaden für die Förderung der Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme auf der Abteilung Innere Medizin in die Praxis umsetzen. Dazu werde ich zuerst an meine Vorgesetzten gelangen und meine Arbeit vorstellen. Für die Umsetzung des Leitfadens ist nebst der Zustimmung der Pflegedienstleitung auch diejenige der Belegärzte Bedingung. Diese Abschlussarbeit dient bei den Verhandlungen als Basis.

Für die Umsetzung meines Leitfadens stelle ich mir folgendes Vorgehen vor:

Anlässlich einer Sitzung stelle ich den beiden Teams der Abteilung Innere Medizin meine Erkenntnisse zur Verbesserung der Adhärenz aus der vorliegenden Arbeit vor. Anschliessend präsentiere ich den Teammitgliedern meinen Leitfaden zu möglichen Interventionen während des Spitalaufenthaltes.

Am Schluss der Einführung wird als Übung in Gruppen aus Fallbeispielen eine Anamnese zum Umgang mit Medikamenten und daraus resultierend eine Pflege- und Austrittsplanung erstellt. Die Teammitglieder erhalten dazu eine kleine Checkliste als Gedankenstütze (basierend auf Kapitel 2.2.3.).

Anschliessend an die Einführung werden die Interventionen zur Förderung der Adhärenz während 3 Monaten bei allen kognitiv nicht eingeschränkten Patienten geplant und durchgeführt. Während dieser Zeit stehe ich den Teammitgliedern an meinen Arbeitstagen für Fragen zur Verfügung und bei Umsetzungsschwierigkeiten beratend zur Seite. Während meiner Abwesenheit können meine Mitarbeiter Fragen in einem dafür vorgesehenen Heft festhalten, welche ich schriftlich beantworten werde. An meinen Arbeitstagen überprüfe ich regelmässig anhand der Pflegedokumentation, wie der Leitfaden praktisch umgesetzt wird.

Die Erfahrungen der Pilotphase werden an einer Sitzung mit dem ganzen Team evaluiert.

Den evaluierten Leitfaden werde ich an meine Vorgesetzten weiterleiten, er wird als Grundlage für eine verbindliche Handlungsanweisung dienen. Nach der definitiven Einführung der Handlungsanweisung sollten die einzelnen Blätter der Pflegedokumentation bei Neudruck angepasst werden.

4. Literaturverzeichnis

- Hafner, Manfred & Meier, Andreas (2005). **Geriatrische Krankheitslehre, Teil 1** (4. Auflage), Bern: Huber, S. 474
- Heuer, Hubert & Heuer, Sabine & Lennecke, Kirsten (1999), **Compliance in der Arzneitherapie**. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Köppel, Claus (2003), **Pharmakotherapie im Alter**. Aerztekammer Berlin. Verfügbar unter: <http://www.aerztekammer-berlin.de/10> Aktuelles/bae/18 BERLINER AERZTE/Berl... (22.8.2006)
- Meichenbaum, Donald & Turk, Dennis C. (1994), **Therapiemotivation des Patienten**. Bern: Huber
- Petermann, Franz (1998), **Compliance und Selbstmanagement**. Göttingen: Hogrefe
- Winkler, Marianna (2001). **Compliance/Non-compliance**. In: Silvia Käppeli (Hrsg.) (2001). Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3. Bern: Huber, S.245-269.

5. Anhang

Anhang A

Pflegeanamnese: Beispiel

Anhang B

Medikamentenplan

Anhang C

Standardisierte Pflegeplanung: Beispiel