Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2006-2007)

Heft: 96

Artikel: Empowerment in der Gesundheitsversorgung Chronisch Erkrankter

Autor: Bonsack, Stefania

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-789845

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Empowerment in der Gesundheitsversorgung Chronisch Erkrankter

von Stefania Bonsack [6]

Befähigung und Ermutigung zum kompetenten Umgang mit chronischen Gesundheitsbeschwerden ist ein bisher zu wenig genutztes Potential in der Gesundheitsversorgung, kann am besten von Pflegenden übernommen werden und zeigt gute Resultate

Bekanntlich stösst eine Medizin, die auf schnelles Beheben vordringlichster Probleme ausgerichtet ist, bei der Langzeitversorgung chronisch Erkrankter an Grenzen. Viele Stimmen der Fachwelt plädieren für neue Versorgungsmodelle. Bodenheim et al. nennen als Ziel: Gut informierte und aktivierte PatientInnen interagieren mit vorbereiteten proaktiven klinischen Fachteams (3). Dazu braucht es einerseits die Reform der Versorgungsstrukturen in Richtung Integrationsversorgung, andererseits eine Neudefinition des Versorgungsauftrages:
Die Befähigung und Ermutigung der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen rückt ins Zentrum. (Auch patient centered supportive care genannt). Praktisch kann das so aussehen: Ein Assessment wird nicht einfach gemacht, sondern als Selbstbeobachtungsübung und zum Transfer von Symptomkenntnis genutzt. In einer Ist-Analyse, einer „Auslegeordnung" der meist komplexen Situation ergänzen sich Fach- und Laiensicht, Vorstellungen (health beliefs) werden sichtbar gemacht und Motivationsstufen eruiert. Gemeinsames Planen von vorstellbaren Schritten erhöht die Chance zur Umsetzung. Simple Fragen wie „was wird in drei Monaten sein?", helfen, Erwartungen zu klären. Mit gemeinsamem Reflektieren von Gelingen oder nicht Gelingen, sei es von therapeutischen Massnahmen oder von Coping/Gesundheitshandeln, öffnen sich Möglichkeiten weiter zu gehen, auch wenn etwas nicht auf Anhieb klappt.

---

[6] Stefania Bonsack, Pflegefachfrau, MSN, leitet das präventive Hausbesuchsprogramm Zü!Pra des Stadtärztlichen Dienstes Zürich.
Korrespondenzadresse: steffi.bonsack@zuerich.ch

Für solche Prozesse braucht es mehr Zeit, als den Hausärzten und Hausärtzinnen zur Verfügung steht.

Frau A. erzählt der Autorin anlässlich eines präventiven Hausbesuches, dass sie ihre chronischen Schmerzen beim Hausarzt angesprochen und ein Medikament erhalten hat. Nach dessen Einnahme sei es ihr übel geworden und darum habe sie es zu hinterst in den Kasten gestellt. Auf die Frage, ob sie es dem Hausarzt denn nicht gesagt habe, verneint sie „das bringt doch nichts". Denkt sie, mit dem Druck des vollen Wartezimmers könne der Sache sowieso nicht auf den Grund gegangen werden? Fehlt ihr das Wissen, dass es noch viele Möglichkeiten zur Schmerzbekämpfung gibt? Fehlt ihr der Mut, Weiteres zu versuchen? Glaubt sie sowieso nicht an den Nutzen von Chemie?
Hier könnte befähigende Beratung, so wie oben beschrieben, ansetzen.

Bestehende Angebote
In vielen spezifisch auf chronisch erkrankte Menschen ausgerichteten Angeboten übernehmen Pflegefachpersonen den Part der befähigenden Beratung, manchmal ergänzend zur ärztlichen Versorgung, manchmal diese auch über gewisse Zeitspannen ganz ersetzend. Am bekanntesten sind die Angebote der pflegegeführten Herzkliniken in Schweden mit dem Schwerpunkt der Schulung im Selbstmanagement (1;5;9;10).

In den Niederlanden gibt es verschiedene Formen solcher Angebote: In einem Hausarztnetz angestellte Pflegende können für pro aktive und befähigende Versorgung von den HausärztInnen bei Bedarf bei gezogen werden (6). In der Diabetesversorgung gibt es das *shared care model,* mit Hausarzt, Endokrinologe und spezialisierter Pflegefachperson, welche koordiniert und alle Beteiligten befähigt, was dort als *advancement of expertise* beschrieben wird (13). In den „transmuralen Kliniken" ergänzen Pflegende die Konsultationen beim Spezialarzt/ bei der Spezialärztin (11).

In Grossbritannien sind Liaisonangebote besonders erfolgreich: Hier begleiten spezialisierte Pflegende, welche an Spezialkliniken angesiedelt sind, die erkrankten Menschen nach Spitalaustritt und stehen auch den Fachpersonen der ambulanten Primärversorgung

beratend zur Seite (4). Ähnlich aufgebaut sind die in den USA schon länger erfolgreich durchgeführten Programme der Austrittsplanung und Nachbegleitung, z.B. für multimorbide, ältere Menschen (7). Für Befähigung zum Umgang mit chronischen Gesundheitsbeschwerden eignen sich auch fachlich geführte Kleingruppen sehr gut [7]. Interessant sind Angebote, in denen diese Gruppentreffen die Hausarztkonsultationen fast ganz ersetzen (8;12).

Wirkung

Wenn (spezialisierte) Pflegende chronisch erkrankte Menschen neu übernehmen, kommt es zuerst zu einen Mehraufwand (8;6). Der Mehraufwand lohnt sich, denn es gibt Belege dafür, dass die von Pflegenden begleiteten chronisch erkrankten Menschen:

- von ihnen als hilfreich eingestufte Versorgung erhalten (11)
- über mehr Wissen zum Selbstmanagement verfügen (13) und ihren Umgang mit der Erkrankung verbessern (2; 4;10)
- eine Verbesserung von Krankheitsparameter, wie Langzeitblutzucker, zeigen und somit wahrscheinlich bessere Krankheitsverläufe haben (8; 13)
- weniger Gesundheitsversorgung brauchen: weniger oder spätere Spitalwiedereintritte (10; 7) weniger Spitaltage (1), weniger Notfallversorgung (4; 8;) auch weniger Notfallkonsultationen in der Hausarztpraxis (6)
- länger leben (10)
- und verbesserte Lebensqualität aufweisen (9; 5). Dies ist auch das nachhaltige Resultat ärztlich geführter Gruppen- statt Einzelkonsultationen (12).

Kostenberechnungen sprechen immer dort zugunsten des Einsatzes von zusätzlichen Pflegefachpersonen, wo es gelingt, Wiedereintritte ins Spital zu verhindern. (5;7;9).

---

[7] Für eine ausführliche Literaturübersicht zu befähigenden Gruppenangeboten siehe: Bonsack, S. (2006). Lernen mit der Erkrankung gesund zu leben. Zürcher Schriften zur Gerontologie Band Nr 4. Zu bestellen bei zfg@zfg.unizh.ch

Ausblick

Vor allem neu entstehende Angebote könnten sich radikal und von vornherein der Befähigung und Ermutigung der Zielgruppen verpflichten und sich damit die Chancen auf Wirksamkeit erhöhen.
Es zeichnet sich ab, dass es auch in der Schweiz Pflegende gibt, die Verantwortung für befähigende Versorgung chronisch kranker Menschen übernehmen können. In der Höheren Fachausbildung in Herzinsuffizienz am Insel Spital Bern werden Beratungskompetenz und Spezialwissen vermittelt. Am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel werden Pflegende, welche oft langjährige Berufserfahrung mit sich bringen, zu klinisch versierten, spezialisierten Fachpersonen weitergebildet. Sie könnten solche neue Angebote auch leiten.

Referenzen

(1) Blue, L., Lang, E., McMurray, J., Davie, A. P., McDonagh, T. A. et al. (2001). Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. BMJ, 323, 715–718.
(2) Bodenheimer, T., MacGregor, K., & Stothart, N. (2005). Nurses as leaders in chronic care. BMJ,330, 612-613.
(3) Bodenheimer, T., Wagner, E., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness JAMA, 288, 1775-1779.
(4) Griffith, C., Foster, G., Barnes, N., Eldridge, S., Tate, H., Begoum, S. et al. (2004). Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomized controlled trial for high risk asthma (ELECTRA). BMJ. In doi:10.1136/bmj.37950.784444.EE
(5) Gustafsson, F., & Arnold, M. O. (2004). Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance. European Heart Journal, 25(1596-04).
(6) Laurant, M., Hermens, R., Braspenning, J., Sibbald, B., & Grol, R. (2004a). Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. BMJ, 328: 927-932
(7) Naylor, M., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B., Mesey, M., Pauly, M:, & Schwartz, S. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A randomized trial. JAMA, 17, 613-620.
(8) Sadur, C. N., Moline, N., Costa, M., Michalik, D., Mendlowitz D., et al. (1999). Diabetes management in a health maintenance organization. Diabetes Care, 22, 2011-2017.
(9) Stewart, S., Vandenbroeck, A. J., Pearson, S., & Horowitz, J. D. (1999). Prolonged beneficial effects of a home-based intervention on unplanned readmission and mortality among patients with congestive heart failure. Arch Intern Med, 159, 257-261.
(10) Strömberg, A., Martensson, J., Fridlund, B., Levin, L. A., Larlsson, J. E., Dahlström, U. (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure. European Heart Journal, 24, 1014-23.

(11) Temmink, D., Hutten, J. B., Francke, A. L., Abu-Saad, H. H., & van der Zee, J. (2000). Quality and continuity of care in Dutch nurse clinics for people with rheumatic diseases. Int J Qual Health Care 12(2), 89-95.
(12) Trento, M., Passera, P., Bajardi, m., Tomalino, M., Grassi, G., Borgo, E., Donolla, C., Cavallo, F., Bondonio, P., & Porta, M. (2002). Lifestile intervention by group care prevents detoriation of type 2 in diabetes: a 4 year randomized controlled clinical trial. Diabetologia. 45(9): 1231-39.
(13) Vrijhoef, H., Diederiks, J. Spreeuwenberg, C., Wolfenbuttel, B., & van Wilderen, L. (2002). The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: effects on patient outcomes. International Journal of Nursing Studies, 39, 441-451.