

Das Projekt Zü!PRA wird zur "Fachstelle Präventive Beratung" der Spitex Zürich

Autor(en): **Bonsack, Stefania / Graf, Anja**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): - **(2008-2009)**

Heft 101

PDF erstellt am: **15.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-789770>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Das Projekt Zü!PRA wird zur „Fachstelle Präventive Beratung“ der Spitex Zürich

Stefania Bonsack, MNS; Anja Graf, MNS cand.

Die Überführung der "Machbarkeitsstudie Zürcher Prävention im Alter Zü!PRA" in die "Fachstelle Präventive Beratung" der Spitex Zürich nehmen wir gerne zum Anlass, die bisherigen Erfahrungen zu bilanzieren, das neue Projekt vorzustellen und einige Herausforderungen der Beratung und Evaluation zu beleuchten.

Eckdaten Zü!PRA

2005 startete die Machbarkeitsstudie Zü!PRA mit zwei Pflegeexpertinnen in Teilzeitanstellung im Städtärztlichen Dienst, finanziert durch den Fond des Gesundheit- und Umweltdepartementes. Ziel war, die Umsetzbarkeit des in So!PRA in Solothurn angewendeten Verfahrens in der Stadt Zürich auszuloten. Rekrutiert durch ausgewählte Hausarztpraxen füllten seither 232 pensionierte, selbständig zuhause lebende Personen einen Gesundheitsprofil-Fragebogen aus, - was einem multidimensionalen geriatrischen Assessment gleichkommt -, erhielten einen zusammenfassenden Bericht mit Empfehlungen und wurden nach Bedarf in einem bis vier Hausbesuchen oder Telefonaten von den Pflegeexpertinnen individuell beraten. Weitere 90 ältere Menschen nahmen zusätzlich an den zwei bisher durchgeführten öffentlichen Veranstaltungen teil und 57 besuchten einen zwei- bis dreiteiligen Kurs in einer Kleingruppe zu Ernährung oder Bewegung.

Glücksfall Überführung

Im Sommer 2008 startet die Fachstelle Präventive Beratung der Spitex Zürich, noch immer im Projektstatus, aber mit einem flächendeckenden Angebot und einer gesicherten Finanzierung für drei Jahre. Das Team von Pflegefachfrauen (insgesamt 180 Stellenprozente) mit gerontologischer-, spitex- und didaktischer Kompetenz wird ermöglichen, jedes Jahr die 70-jährigen EinwohnerInnen der Stadt Zürich zur Teilnahme einzuladen. Das anschliessende Prozedere lehnt sich an den Erfahrungen von Zü!PRA an und übernimmt das von der Geriatrie Universität Bern unter Leitung von Prof. A. Stuck entwickelte Assessment-Instrument, den Gesundheitsprofil-Fragebogen (Stuck et al., 2002). Die interessierten Personen füllen diesen selbständig aus.

Die Auswertung wird an sie selber, an den von ihnen angegebenen Hausarzt bzw. die Hausärztin und an die Fachstelle geschickt. Der Hausarzt/die Hausärztin wird möglicherweise auf neu sichtbare Risiken und Probleme aufmerksam gemacht und kann diese in der Konsultation ansprechen. Die Fachstelle Präventive Beratung nimmt mit allen teilnehmenden Personen Kontakt auf und klärt ab, ob sie Einzelberatung wünschen oder an Veranstaltungen und Kleingruppen teilnehmen möchten. Der weitere Beratungsverlauf ist je nach Bedarfslage, Thema, Motivation und Ressourcen zu gestalten (s. weiter unten).

Die Fachstelle ist so dotiert, dass sie zusätzlich gezielte Beratungsaufträge übernehmen kann. In Zusammenarbeit mit dem Stadtärztlichen Dienst sollen die Empfehlungen zum Gesundheitshandeln im Alter laufend weiterentwickelt und verbreitet werden.

Das Projekt gehört zur Spitexstrategie 2014 und ist damit bestens situiert und vernetzt, auch im Gesundheitsnetz 2025.

Die Stadt Zürich kommt damit der Einführung der flächendeckenden Gesundheitsförderung und Prävention im Alter einen grossen Schritt näher. Sie knüpft dabei an die Vorreiterrolle der Stadt in der Entwicklung von flächendeckender Suchtprävention Jugendlicher an.

Co-Wirken mit Hausärzten und Hausärztinnen

Im Frühsommer 2008 werden alle in der Stadt Zürich praktizierenden HausärztInnen (Allgemein und Innere) eine Dokumentation zum Gesundheitsprofil-Fragebogen und den Empfehlungen der Geriatrie Universität Bern erhalten. Zudem besteht persönlicher Kontakt zu VertreterInnen aus den Verbänden (VHZ, z-med und GAZ). Ab August 2008 werden die Fragebogenauswertungen in die Hausarztpraxen flattern.

Für die Erfahrung aus Zü!PRA zitieren wir hier gerne Felix Huber, Hausarzt und Leiter der MediX-ÄrztInnen Zürich. In einem Artikel (2006) erwähnt er präventive Hausbesuche als ein Element integrierter Versorgung älterer Menschen. Zur konkreten Zusammenarbeit mit Zü!PRA schreibt er "Dabei konnten interessante Erfahrungen gesammelt werden. Es wurden Defizite in der Versorgung und im

Wissenstand der Patienten entdeckt. So haben die Patienten bei den Pflegefachpersonen oft neue Themen angesprochen, für die es in der ärztlichen Sprechstunde keinen Platz gab. Die MediX-Ärzte mussten sich daran gewöhnen, dass noch andere Fachpersonen mitreden und mitdenken. Insgesamt war das Projekt ein Gewinn für alle Beteiligten."

Das Zü!PRA-Team gab selten Rapport an die beteiligten HausärztInnen. Es macht mehr Sinn, wenn die teilnehmenden Personen selber die mit der Beraterin angesprochenen Fragen bei ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin vorbringen. Wir hatten das Glück, darauf vertrauen zu können, dass die HausärztInnen damit gelassen umgingen, wenn plötzlich Fragen und Anliegen von PatientInnen vorgebracht wurden, die vielleicht mit uns besprochen worden waren, oder auch nicht, und wenn dabei manchmal auch falsch verstandene Empfehlungen als ultimative Forderungen daher kamen.

Wenn es um Therapieanpassung geht, muss die Zusammenarbeit enger sein. In einem anderen Projekt im Gesundheitsnetz, dem "Zentrum für integrierte Beratung für chronisch kranke Personen" in Zürich Nord wird eine solche enge Zusammenarbeit von Hausarzt/Hausärztin und ergänzender Beratung durch spezialisierte PflegeexpertInnen aufgebaut und erprobt werden.

Hochgesteckte, aber unbestrittene Zielsetzung

Das oberste Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ist der Erhalt von Selbständigkeit. Die Chancen liegen erstens in einer frühzeitigen Erfassung von den gesundheitlichen und sozialen Risiken und Problemen, welche im Alter erwiesenermassen zu Verlust von Selbständigkeit führen (Stuck et al. 1999).

Zweitens können auf Grund des individuellen Risikoprofils und den Informationen aus dem Hausbesuch und dem Gesprächen einerseits und des evidenzbasierten geriatrisch-gerontologischen Wissenstandes andererseits, gezielt Fachempfehlungen formuliert werden. Drittens werden die älteren Frauen und Männer durch professionelle be-

fähigende Beratung ermutigt, konkrete Massnahmen zu ergreifen. Nur wenn dies in breitem Stil und auf freiwilliger Basis gelingt, kann mit einer Komprimierung der pflegeabhängigen Lebenszeit durch Prävention und Gesundheitsförderung im Alter gerechnet werden.

Vom generalistischen Ansatz zur spezifischen Beratungsintervention

Die Multidimensionalität der Erhebung und die von der Geriatrie Universität Bern empfohlene Rekrutierung aller selbständigen Personen über 65-jährig führt zu einer grossen Vielfalt in den Themen der Beratung und der notwendigen Interventionen. Die Klammer um diese Vielfalt bildet das Ziel, zum Gesundheitshandeln zu befähigen. Trotzdem müssen die Interventionen spezifisch und gezielt sein.

Erstens erfordern die unterschiedlichen Schweregrade der Umsetzbarkeit von Gesundheitshandeln **angepasste Beratungsmethoden**, die in etwa so umrissen werden können: Bei den meisten Menschen führt schon nur die Information zum Sinn der Augendruckmessung dazu, dass sie diese vornehmen lassen. Am anderen Ende des Kontinuums stehen grundlegende Umstellungen im Lebensstil und dazu braucht es intensive Fachbegleitung, auch wenn die Motivation gut ist. Meist muss mit einer gezielten Fragetechnik ergründet werden, was bisher die Umstellung behinderte. Fremdempfehlungen sind fehl am Platz, denn nur selber oder partnerschaftlich entwickelte und sorgfältig geplante Schritte sind integrier- und durchführbar. Manchmal steht auch das Erlernen eines gesundheitsförderlichen Umganges mit chronischen Beschwerden im Vordergrund, was didaktische Methoden erfordert. Manchmal geht es darum, schwierige Lebenssituationen auszuhalten und Entlastung und gutes Coping zu finden. Dann hilft das Gespräch mit einer verstehenden Fachperson an sich schon weiter.

Ob Empfehlungen leicht umgesetzt werden können oder ob auch an Voraussetzungen dazu gearbeitet werden muss, hängt stark von den **individuellen Ressourcen** ab. Diese werden als Determinanten für Gesundheitshandeln theoretisiert und in den Beratungsmethoden der PflegeexpertInnen berücksichtigt.

Die wichtigsten Ressourcen sind:

- Sozio-ökonomische Ressourcen: vor allem Habitus, Bildung und Lernfähigkeit
- Wissensstand zu Gesundheitshandeln (oft auch zu Therapiemöglichkeiten)
- Psychische Stärken der Persönlichkeit, so der sog. "Sence of coherence" mit den Dimensionen (Antonovsky A., 1988):
 - Verstehbarkeit, hier vor allem, sich vom Problem eine „Landkarte“ erstellen zu können, wie Antonovsky schrieb
 - Handhabbarkeit, hier die Zuversicht, überhaupt Einfluss auf die Gesundheit zu haben und etwas erfolgreich durchführen zu können
 - Sinnhaftigkeit, hier die Überzeugung, dass das geplante Vorhaben zur eigenen Sinnfindung gereicht
 - Gesundheitskompetenz, die sich beispielhaft in der Arztkonsultation zeigt, nämlich darin, wie gut die Person versteht, mitredet und mitentscheidet
 - Unterstützung aus dem sozialen Umfeld (s. Fallbeispiel 1)

Thematisch kommen in den Beratungen **alle im Alter wichtigen Gesundheits- und Lebensfragen** vor.

Die meisten Themen ergeben sich aus Risiken, welche im Gesundheitsprofil-Fragebogen sichtbar werden. In der untenstehenden Tabelle zitieren wir eine Auswahl (ohne Vorsorgemassnahmen) von beratungsrelevanten Themen.

Einige wichtige Beratungsthemen werden im Fragebogen nicht erfasst, zum Beispiel die subjektive Vergesslichkeit oder prädemenzielle Entwicklung.

Mit dem für die Fachstelle Präventive Beratung geplanten Anschreiben der 70-Jährigen werden tendenziell die Menschen angesprochen, welche noch über ein grosses Potential an Gesundheitshandeln verfügen, aber auch mit ersten Beschwerden oder chronischen Erkrankungen konfrontiert sind. Daraus ergibt sich meist eine gute Motivationslage.

Tabelle: Häufigkeit ausgewählter durch den Gesundheitsprofil-Fragebogen erfasster Risiken (Blozik et al. 2007)

Bereich	Vorkommen in % bei den 64-74 Jährigen	Vorkommen in % bei den > 74 Jährigen
≥ 2 chronische Erkrankungen	59	73
≥ 5 verschreibungspflichtige Medikamente	14	20
Mittelstarke bis starke Schmerzen	27	30
Einschränkungen der Mobilität	25	48
fetteiche Ernährung	23	24
Sturzangst	16	37
Hörschwäche	22	39

Von State of the Art Empfehlung zu durchführbaren Schritten

Eine weitere Anforderung an die Beratungsintervention ist die Einpassung der evidenzbasierten Empfehlungen in die individuelle Situation. Das heikle Geschäft soll anhand des Beispiels Sturzprävention erläutert werden: Als wirksam gilt Bewegung in Gruppen und eine parallele Steigerung der Alltagsbewegung. Wenn diese Empfehlung nicht ankommt, stellt sich die Frage, ob die als weniger wirksam gezeigte Einübung einiger individueller Übungen auch Sinn macht. Hier muss bedacht werden, warum die individuelle Gymnastik in den Studien schlechter abschneidet, denn es besteht guter Grund zur Annahme, dass es sich vor allem um ein Motivationsproblem handelt, Gymnastik regelmässig allein durchzuführen. Das heisst, wenn Gymnastik zuhause eine Massnahme sein soll, müssen gute Motivationshilfen gefunden werden.

Wenn nun aber die beratene Person ein starkes Interesse zeigt, eine

Wohnungsanpassung vorzunehmen und mit mehreren Massnahmen zugleich überfordert wäre, dann steigt die kluge Beraterin darauf ein und lässt die Bewegungsempfehlung (vorerst) ruhen, denn sie weiss, ein gelungener Schritt ist schon allein über die Gesundheitsdeterminante "gesteigerte Selbstwirksamkeitsüberzeugung", gesundheitsförderlich.

Die Crux des Wirkungsnachweises

Die grosse Spannweite der Interventionen erschweren den Wirkungsnachweis.

Hinzu kommt, dass das Haupt-Outcome, der Erhalt von Selbständigkeit (oder das Eintreten von negativen Ereignissen wie Sturz, Hospitalisierung, Pflegeheimweisung usw.), eher die Studienlaufzeit sprengende Zukunft betrifft. Dies trifft umso mehr zu, wenn "jüngere" ältere Menschen rekrutiert werden.

International gelten drei Literaturanalysen als Grundlagen für die Beurteilung der Wirksamkeit (Haastregt et al. 2000; Elkan et al. 2001; Stuck et al. 2002). Dabei wurden sehr unterschiedliche Varianten von Verfahren (multidimensionale und spezifische) für unterschiedliche Zielgruppen (gesundheitliche Nieder- und Hochrisiken) eingeschlossen. Lübke und Mienck (2003) stellen in ihrem Gutachten für Krankenversicherer in der BRD fest, dass es Hinweise für eine gute Wirkung gibt, der Nachweis aber nicht abschliessend erbracht ist. Allerdings gelingt es Studien, welche spezifische Interventionen für eine klar definierte Zielgruppe (z.B. Sturzgefährdete) evaluieren, sehr wohl Wirkungen nachzuweisen (z.B. Tinetti et al., 1994). (Ob nun dahinter die bessere Kontrollierbarkeit liegt oder verlorene Qualität in den Interventionen bei multidimensionalen Ansätzen, sei dahingestellt).

Die oft zitierten Hinweise auf die Wirksamkeit sind folgende:

Erstens gibt es die ermutigenden Resultate aus der Eiger Studie aus der Stadt Bern (Schmocker et al., 2000 oder Stuck et al., 2000), allerdings mit einer Zielgruppe von über 74-Jährigen (in der Interventionsgruppe n = 249) und einem Verfahren ohne Gesundheitsprofil Fragebogen, sondern einem von der Beraterin im Erstbesuch durchgeführ-

ten Assessment und intensiver Begleitung durch einen Geriater. Eine Untergruppe von Teilnehmenden, und zwar die sog. Niedrigrisiko-Personen und bei zwei der drei Beraterinnen, zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe statistisch signifikant weniger Pflegeheimeinweisungen in den zwei Beobachtungsjahren.

Zweitens wird immer wieder auf die So!PRA - Studie hingewiesen, auch wenn deren Resultate nicht veröffentlicht sind. Sie ist eine grosse Studie mit Kontrollgruppe; (n = 974 in der Interventionsgruppe) und evaluierte ein sehr ähnliches Verfahren, wie Zü!PRA anwendete. Ein Fachartikel zu einer Unterstudie zum Beratungsthema Bewegung innerhalb von So!PRA (Märki et al., 2005) zeigt immerhin einen Rückgang der "Inaktiven" von 12 auf 4% und eine Zunahme der "optimal Aktiven" von 19 auf 31%.

Drittens gibt es eine Evaluation der Veranstaltungen mit Kleingruppen "gesund altern" in Hamburg (Meier-Baumgartner et al., 2006). Die Resultate (ohne Kontrollgruppe) zeigen bei einer Befragung der Teilnehmenden nach 6 Monaten, dass 66% von 293 Personen eine Trinkempfehlung umsetzen konnten, 46% von 301 Personen eine Empfehlung zu mehr Gemüse und Früchtekonsum und 50% von 409 eine Bewegungsempfehlung.

Die Evaluation der Fachstelle Präventive Beratung wurde bei der Abteilung Pflegeforschung der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft in Auftrag gegeben und soll in enger Zusammenarbeit mit der Praxis zu den häufigsten Beratungsthemen erfolgen. Dabei werden möglichst standardisierte Interventionen getrennt und zielgenau (das heisst die Messlatte entspricht den von der Praxis festgelegten unmittelbaren Beratungszielen) evaluiert.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei den Mitwirkenden an Zü!PRA und den Finanzgebern, insbesondere bei Stadtrat R. Neukomm, herzlich bedanken.

Die Fachstelle präventive Beratung ermöglicht eine wesentliche Ausdehnung und Demokratisierung der Gesundheitsförderung im Alter in der Stadt Zürich. Wir freuen uns, den (eben angestellten) kompetenten Mitarbeiterinnen der Fachstelle das anspruchsvolle Geschäft

übergeben zu können und wünschen ihnen für den Start im Sommer alles Gute.

Literatur

- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey Bass.
- Blozik, E., Meyer, K., Simmet, A., Gillmann, G., Bass, A., & Stuck, A.E. (2007). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. *Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Arbeitsdokument 21*.
- Elkan, R., Kenrick D., Hewitt, M., Robinson, J., Blair M et al (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323,1-9.
- Huber, F (2006) Vernetzte Betreuung im Alter. *Managed Care* 5, 11-13.
- Lübke, N. & Meinck, M. (2003). Wirksamkeit präventiver Hausbesuche im Alter. *Gutachten KCG: 0003-2003*. www.kcgeriatrie.de
- Märki, A., Bauer, G., Nigg C., Conca-Zeller, A., & Gehring, T. (2006). Transtheoretical model based exercise counselling in older adults in Switzerland: quantitative results over a 1-öyear period. *Sozial und Präventiv Medizin*, 51, 1-8.
- Meier-Baumgartner, H.P., Dapp, U., & Andres, U. (2006) *Aktive Gesundheitsförderung im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Van Haastregt, J., Diedericks, J. van Rossum, Witte, L., Crebolder, H. (2000) Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*, 320,754-758.
- Schmocker, H., Oggier, W., Stuck, A. (2000). Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Schriftenreihe SGGP Nr. 62.
- Stuck, A., Walthert, J., Nikolaus, T., Büla, C., Hohmann, C., & Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional decline in community- living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 48,445-469.
- Stuck, A., Elkuch, P., Dapp U., Andres, J., Iliffe, S. (2002). Feasibility and yield of self administered questionnaire for health risk appraisal in older people in three European countries. *Age and Aging*, 31,463-467.
- Tinetti, M., Baker, D., McAvay, G., Claus, E., Garnett, M. et al. (1994). A multifactorial-intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med* 331,821- 827

Fallbeispiele aus der Tätigkeit von Zü!PRA

Die Angst vor Schmerzen und Stürzen im Zentrum

Frau. R. (88J.) lebt alleine in einer Wohnung im 4. Stock eines Mehrfamilienhauses, ohne Lift. Sie begrüsst mich unsicher an zwei Stöcken gehend. Sie wirkt müde und abgekämpft. Sie lebt fünf Tage pro Woche bei ihrer Freundin in einem Ferienhaus.

Ausschnitt aus dem Gesundheitsprofil:

Multimorbidität, Polypharmazie (7 Medi), eingeschränkte Hör- und Sehfähigkeit, kein Hörgerät, keine Hörkontrolle, kaum Bewegung, mehrere Sturzereignisse, Angst vor Stürzen, Angst vor Schmerzen.

Ausschnitte aus fünf Beratungsterminen

Thema 1:

Fr. R. wurde durch einen Arzt empfohlen, ein Hörgerät zu besorgen. Ihre Motivation ist wenig ausgeprägt.

Intervention:

Wir erstellten eine Pro-/Kontra-Hörgerät-Liste, um Hindernisse aufzuzeigen.

Ergebnis, nach 6 Monaten:

Die unklare Finanzierung war ein grosses Hindernis. Fr. R. weiss jetzt, wie sie das Hörgerät finanzieren kann. Ihrer Freundin zu liebe, entschliesst sie sich zu einem Versuch.

Thema 2:

Vor wenigen Monaten hat sie durch "eine Entzündung in der Hüfte" enorme Schmerzen und Hilflosigkeit erlebt. Zudem ist die Angst vor einem Sturz ausgeprägt. Gründe für Fr. R., sich zu schonen und möglichst im Hause zu bleiben. Fr. R. verneint einen Zusammenhang zwischen ihrer Gehunsicherheit, den vielen kleinen Teppichen, ihren (ungeeigneten) Hausschuhen und ihren Stürzen. Sie erklärt sich diese durch ein Gefühl von Schwäche in den Beinen.

Intervention:

Sturzabklärung bei Fr. R., Optimierung der Compliance bezügl. medikamentöser Behandlung. Optimierung der tägl. Bewegung. Einen langsamen Aufbau eines neuen Vertrauens. Hindernisse identifizieren. Hilfen probieren. Viel Ermutigung.

Ergebnis, nach einem Jahr:

Im Ferienhaus geht sie täglich 30-45 Min. mit Rollator. In Zürich turnt sie täglich 15 Min. vor dem TV. Weniger Stürze. Mehr Vertrauen. Der Stolperteppich wurde nach einigen Monaten entfernt. Beim Treppensteigen ist sie weniger ausser Atem. Sie plant, mit dem Zug zum Ferienhaus zu fahren und nicht mehr mit dem Auto.

Thema 3:

Fr. R. hat, seit mehr als 6 Monaten, fast täglich Schmerzen in den Füßen. Sie hat lange verdickte Nägel und mehrere Hühneraugen. Bis vor einigen Monaten konnte Fr. R. ihre Nagelpflege selber machen.

Intervention:

Reflektion, was ist heute neu. Erzählen und Verarbeiten lassen.

Ergebnis, nach 4 Monaten:

Fr. R. hat sich über Fusspflege-Preise informiert, mit ihrer Freundin gesprochen und war bei der Pedicure. Die Schmerzen sind weg.

Im weiteren Verlauf zeigte sich jedoch, dass sie den Zusammenhang zwischen Schmerz und schlechter Fusspflege nicht verstanden hatte. Sie war den erneut auftretenden Fusschmerzen wieder hilflos ausgeliefert. Die Spitex wurde eingeschaltet.

Mal-Compliance und Missverständnisse eines kreativen Mannes

Hr. S (71J.), wohnt am Waldrand in einem Mehrfamilienhaus. Er ist Hobbykoch und lernt gern neue Länder kennen. Nach seiner Pensionierung wollte er mehr reisen. Es kam jedoch anders. Und er beschloss, weiterhin zu arbeiten und so seine kreativen Ideen zu realisieren. Dadurch gestaltete sich sein Zeitplan sehr eng und er fand kaum Zeit für einen Termin.

Ausschnitt aus dem Gesundheitsprofil:

Hypertonie, 2 Medikamente, BD-Kontrolle fehlt.

Ausschnitte aus dem 1. Hausbesuch:

Hr. S hatte über ein Jahr seinen BD/P regelmässig gemessen. Teilweise täglich, ohne die Werte zu notieren oder zu wissen, worauf er

beim Messen des Blutdruckes achten muss. Als die Werte unter den Grenzwert 140/80 sanken, hat er aufgehört zu messen und die Medikamente zu nehmen. Er nahm an, geheilt zu sein. Seinen Hausarzt (HA) sah er zum letzten Mal vor mehr als einem Jahr. Wir besprechen die Hypertonie als chronische Krankheit. Wir überprüfen und optimieren die Messtechnik für Blutdruck und Puls. Hr. S. äussert den Wunsch nach mehr Informationen. Wir planen sein Vorgehen bezüglich Informationsbeschaffung und den Umgang damit.

Der zum Abschluss der Beratung notierte Aktionsplan:

- a) BD/P wieder messen und die Werte notieren über eine Woche. Er berücksichtigt die eingeübten und notierten Vorgehensweisen beim BD/P-Messen.
- b) Er lässt das BD-Gerät eichen und besorgt neue Batterien.
- c) Er holt sich auf den besprochenen Internetseiten Informationen über Hypertonie. Fragen diesbezüglich wird er sich in der Agenda notieren.
- d) Die notierten BD/P-Werte nimmt er mit zum HA und bespricht das Prozedere.

Ausschnitt aus dem 2. Kontakt, nach 3 Monaten:

Hr. S konnte alle Punkte auf dem Aktionsplan umsetzen. Die Hypertoniebehandlung hat er, nach Absprache mit seinem HA, wieder begonnen. Er kann spontan sagen, weshalb er die Medikamente einnehmen will und hat ein Erinnerungssystem. Die vereinbarten Internetseiten fand er hilfreich, sein Wissen und Verständnis bezüglich der Hypertonie ist gut. Aufgrund der Infos hat er begonnen den BD jede Woche zu kontrollieren. Er weiss, worauf er achten muss beim Messen des Blutdrucks. Er hat sich ein extra Blatt kreiert, um die Werte einzutragen. Wir besprechen die notierten Werte und seine Beobachtungen.

Ein eingeübtes Team in einem Vakuum nach der Pensionierung

Hr. G (66 J.) lebt mit seiner Partnerin in einem Haus mit Umschwung. Bis vor einem Jahr war er noch ein international gefragter Experte.

Nach der Pensionierung findet er nun keinen neuen Sinn in seinem Dasein. Er scheint dem hilflos ausgeliefert zu sein.

Ausschnitt aus dem Gesundheitsprofil:

Ausgezeichneter Allgemeinzustand, Ernährung ist frucht- und faserarm, sehr viel Bewegung, Batterie des Hörgerätes wird wenig gewechselt.

Ausschnitt aus dem 1. Hausbesuch:

Hr. G. spricht langsam und etwas monoton. Er beschreibt sich als antriebslos. Ein Verdacht auf zunehmende Isolation besteht.

Dank Arbeitsweg mit dem Velo hatte er früher sehr viel Bewegung, die heute fehlt.

Hr. G. ist damit einverstanden, dass seine Partnerin am Gespräch teilnimmt. Sie äussert, dass sie sich Sorgen mache um ihn. Da er nur noch selten sein Hörgerät angestellt habe, sei er noch weiter weg von ihr. Beide äussern ihre Sorgen und Ängste bezüglich ihrer (neuen) Situation. Es braucht nur wenige Interventionen und das Paar sucht nach eigenen Lösungsansätzen.

Der zum Abschluss der Beratung notierte Aktionsplan:

- a) Wenn seine Partnerin im Haus ist, bleibt das Hörgerät an. Ausser wenn er lesen will.
- b) Hr. G. sucht nach einer Velotour/strecke die 12km lang ist.
- c) Das Velo bekommt neue Reifen und wird geputzt.
- d) Täglich einen Apfel am Abend.
- e) Es werden wieder Freunde zum Essen eingeladen

Ausschnitt aus dem 2. Kontakt, 3 Monate später:

Fr. G. bedankt sich. Hr. G. habe wieder mehr Bewegung und gehe regelmässig Velo fahren. Das Hörgerät habe er fast immer an. Sie haben ihre Ernährungsgewohnheiten beide verändert und achten auf mehr Ballaststoffe, Gemüse und Früchte. Sie erzählt von Rezepten, die sie versucht hat. Er wisse noch immer nicht recht, was er mit dem Pensioniert-Sein tun soll. Aber sie ist zuversichtlich, hat Hoffnung.