



„solche schuhe ziehe ich nicht an!“

compliance¹ in der praxis

Jährlich landen Tonnen von ungebrauchten Medikamenten im Müll, individuell angepasste Therapiergeräte werden nicht genutzt. Patienten sind mit sogenannten gut gemeinten medizinischen und/oder therapeutischen Ratschlägen überfordert, fühlen sich allein gelassen, nicht verstanden. Compliance ist deshalb so wichtig, weil das Verhalten der Patienten hinsichtlich der empfohlenen Therapien das Ergebnis der Behandlung maßgeblich beeinflusst (Kruse, 1995). Wie Compliance die Lebensqualität fördern, wie sie hergestellt werden und wie bedeutsam sie für ein Pflorgeteam sein kann, soll in diesem Beitrag im Kontext der Langzeitpflege MS-Erkrankter gezeigt werden.

Compliance darf nicht als ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal des Patienten erachtet werden. Vielmehr ist sie ein dynamisches und situationsabhängiges Geschehen, das sich innerhalb eines Behandlungsplanes oder über den Behandlungsverlauf unterschiedlich zeigen kann. Dabei ist zwischen medikamentöser, therapeutischer und pflegerischer Compliance zu unterscheiden. Ein Patient kann in einigen Teilen der Therapie vollkommen compliant sein, während er zugleich anderen völlig ablehnend gegenübersteht oder mit deren Umsetzung überfordert ist (Cochrane, 1996). Ebenso kann sich die Bereitschaft zur Therapiemitarbeit über die Zeit hin ändern. Je nach Krankheitsverlauf entwickeln sich die Prozesse der Krankheitsbewältigung und damit der Therapiemitarbeit.

Compliance aus psychologischer Sicht

Einfluss auf die Compliance hat nicht nur die medizinische Diagnose, sondern auch die Art in der der Betroffene seine Krankheit wahrnimmt. Der objektive Schweregrad der Krankheit hat nur einen geringen Einfluss auf das Verhalten, die subjektive Wahrnehmung hingegen trägt viel zur Compliance bzw. Non-Compliance bei (Wichowski & Kubsch, 1997). Im Rahmen der Diagnoseeröffnung sollte daher besonders auf die subjektive Interpretation der Krankheit vom Patienten (das subjektive Krankheitskonzept) Be-

zug genommen werden. Das Krankheitskonzept, die Krankheitsakzeptanz und die Krankheitsbewältigung sind entscheidend für den langfristigen Behandlungserfolg. Nicht zuletzt sind die Patientensichtweise und die Lebensqualität des Patienten bedeutsam

für die Patientenmotivation und das „subjektive Krankheitskonzept“ beeinflusst deren Verhalten gegenüber medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Ratschlägen (Brown & Hedges, 1994; Andreol, 1981). Die aktive Unterstützung durch Bezugspersonen erleichtert dem Patienten eine konstruktive und erfolgreiche Krankheitsbewältigung und verstärkt die Neigung zum kooperativen Verhalten.

Bedeutsam für eine langfristige Gewährleistung der Patientenmotivation und -mitarbeit ist ein Konsens über die Therapiemaßnahmen (Behandlungsplan). Je stärker der Patient an diesen Entscheidungsprozessen teilhat, desto wahrscheinlicher wird er sein Handeln daran



„Solche Schuhe ziehe ich nicht an!“

orientieren (wollen oder/aber können). Selbstmanagement kann für einen chronisch Kranken bedeuten, ihn durch klare Informationen und die Vermittlung konkreter Erfahrung in die Lage zu versetzen, mit selbstgesetzten realistischen Zielen zu einer verbesserten Krankheitsbewältigung zu gelangen. Dies trägt auch zum Stressabbau des Erkrankten bei, der bei einem komplexen Behandlungsplan oft „den Wald vor lauter Bäumen“ nicht mehr sieht. Jedes Verhalten der Patienten – somit auch Compliance bzw. Non-Compliance – ist eine Antwort auf die Krankheit und deren Behandlung sowie auf das Erleben des interdisziplinären Teams seitens der Patienten. Di Matteo und DiNicola sehen in ihrem sozialpsychologischen Modell Compliance als Re-



Christine Pauli

FACHBEITRAG

compliance

sultat komplexer Interaktionen, die durch die Beziehung zwischen dem medizinischen Personal und dem Patienten, die Qualität der Kommunikation, gegenseitiges Vertrauen, Wahrnehmung der Krankheit, das Umfeld des Patienten, Bewältigungsstrategien, bzw. die wirtschaftliche Situation (Käppeli, 2000, S. 251) beeinflusst wird.

Diese Faktoren wirken entscheidend auf die Absicht der Patienten, mit dem medizinischen Personal und ihren Therapiemaßnahmen zu kooperieren. Zu beachten ist allerdings, dass Entscheidungen nicht ausschließlich auf rationaler Basis getroffen werden sollten (denn bei so manchen chronischen Erkrankungen ist die kognitive Wahrnehmung verändert), sondern besonders auch Faktoren wie soziale Anerkennung, gegenseitige Wertschätzung und Gewohnheiten in Entscheidungsprozessen berücksichtigt werden sollten, wie dies an praktischen Beispielen mit chronisch neurologisch Erkrankten gezeigt wird.

Chronische Krankheit und Compliance

Bei der Behandlung chronisch Kranker wird in den letzten Jahren immer mehr umfassendes Selbstmanagement und aktive Beteiligung in der Entscheidung von Therapieprozessen gefordert. Wuest (1993) und andere AutorInnen vertreten die Ansicht, dass der Zugang zu den Patienten in einer partnerschaftlichen Beziehung anzustreben ist, was noch am ehesten der Definition der Kooperation bzw. Zusammenarbeit entspricht. In solch einer Beziehung werden die Stärken der einzelnen erkannt und gefördert und sie erlaubt, die therapeutischen Maßnahmen auf dem Wissen um die Ressourcen auf-

zubauen. Entscheidungen werden partnerschaftlich getroffen, es wird versucht, einen gemeinsamen Nenner zu finden („therapeutische Allianz“), der von allen Beteiligten akzeptiert werden kann und die Therapiemotivation des chronisch Kranken bedeutend stärkt. Doch wie weit kann/darf Selbstmanagement gehen, wenn die chronische Erkrankung bereits so weit fortgeschritten ist, dass medikamentöse und therapeutische Prozesse nicht mehr selbstständig durchgeführt werden können und/oder kognitive Einbußen/Verlangsamungen die Wahrnehmung so stark beeinflussen, dass Therapievorschlüsse nicht mehr verstanden oder angenommen werden können. Wie die Compliance fördern, wenn Krankenkassen die vom Arzt angeordnete Therapien nicht bewilligen und die finanzielle Lage der Betroffenen nicht ausreicht, um sich adäquate Therapien leisten zu können? Für die Pflegenden bedeutet dies in ihrer Arbeit eine beständige Herausforderung die Fingerspitzengefühl, Fachwissen, Kreativität, Flexibilität, Umsicht, erfordert, um zwischen Selbstmanagement und Unterstützung zu unterscheiden und um

die Motivation des Patienten unter oben genannten Hindernissen zur Mitwirkung bei einer Therapie aufzubauen und dauerhaft aufrecht zu erhalten sowie unrealistische Erfolgserwartungen im Kontext der Behandlung abzubauen. Das medizinische Expertenwissen, die Beratung und Schulung durch den Arzt bzw. den Therapeuten bilden zwar eine notwendige, aber nicht ausreichende Bedingung des Therapieerfolgs. In der Langzeitpflege chronisch Erkrankter tragen hauptsächlich die Pflegepersonen die Verantwortung und nicht selten auch die Last, dass medikamentöse und therapeutische

- Medikamentöse Schmerztherapie
- Infiltrationen
- Infusionen
- Akupunktur
- TENS-Therapie



DR. CORDULA KRICZER

- Aromatherapie
- Farblichttherapie
- Bachblütenberatung
- Magnetfeldtherapie
- Muskelentspannung
- Bio-Feedback

URALTE INSTINKTE UND FÄHIGKEITEN NEU ENTDECKEN IM

Praxisseminar: AROMATHERAPIE

Sie lernen im Teil 1

- Über die medizinischen Hintergründe der Wirkungsweise der Aromatherapie
- Verstehen, warum Aromatherapie so extrem rasch die Gefühlswelt beeinflussen kann
- Welche ätherischen Öle Sie konkret einsetzen können zur unterstützenden Behandlung von seelischen und körperlichen Problemen, wie Stressbelastungsreaktionen, Depressionen, Muskelverspannungen, Schmerztherapie, in der Geburtshilfe oder zum Einsatz bei geriatrischen oder onkologischen Patienten.
- Nachmittags praktizieren Sie das selbstständige Herstellen von Ölmischungen als Haut- oder Badeöl und als Shampoo oder Duschgel

Dauer: von 9:00 - 16:30 Uhr

Termine: 19.2.2005 oder 16.4.2005

Im Teil 2

- Vertiefen Sie das Wissen über die Öle in Bezug auf spezielle Alltagsprobleme wie Kopfschmerzen, Erkältungen, Stimmungsschwankungen, Mutlosigkeit oder Konzentrationsstörungen, Problemlösungskompetenz und Kreativitätssteigerung.
- Und üben wieder im praktischen Teil das Herstellen eigener Kompositionen zu den erlernten Problemstellungen.

Dauer: von 9:00 - 14:00 Uhr

Termine: 12.3.2005 oder 30.4.2005

150,- Euro
inkl. MwSt.

Ausführliche schriftliche Unterlagen, sowie Kaffeejause bzw. Mittagsimbiss sind im Preis inbegriffen.

Ort: Seminarraum im Schmerztherapiezentrum Refugium, Hochmayergasse 5, 2380 Perchtoldsdorf
Über A21 leicht erreichbar, Anfahrtsskizze wird zugesandt.

Anmeldung: Vormittags unter 01/ 91021 - 57155
oder nachmittags unter 0650/869 34 56.

Mindestteilnehmerzahl bei beiden Seminaren: 8 TeilnehmerInnen



compliance

Maßnahmen vom Betroffenen angenommen und durchgehalten werden. Denn die Linderung, zeitweilige Besserung oder Stabilität der chronischen Krankheit stellen oft keinen ausreichenden Anreiz dafür dar, lebenslanges Bemühen (ohne Heilungschance) konsequent aufrechtzuerhalten (vgl. Petermann 1997).

Die Ursache für Non-Compliance liegt oftmals nicht am chronisch erkrankten Menschen, der bei einer therapeutischen Maßnahme nicht einwilligt und/oder sich weigert, diese durchzuführen, sondern an der Komplexität bzw. Nichtdurchschaubarkeit der Verordnung, die für die Sicht der Betroffenen gravierende Folgen für die Lebensqualität hätte (Meichenbaum & Turk, 1994). Schließlich steigen mit der Komplexität der Therapie auch die Anforderungen an die Fertigkeiten der Betroffenen. So muss zur Compliance die Fähigkeit hinzukommen, die erwarteten Anforderungen umsetzen zu können. Mangel an Aufklärung, was das Verordnete bewirken bzw. welches Ziel durch die Verordnung erreicht werden soll, ist ein Hindernis für kooperatives Verhalten. Die Beziehung zwischen den Patienten und dem medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Personal erfordert einen großen Austausch an Informationen und eine gute Pflegedokumentation, denn das einheitliche Vorgehen des interdisziplinären Teams im therapeutischen Prozess hilft dem chronisch Erkrankten, seine Ängste abzubauen, schafft Vertrauen und fördert die Compliance (Kruse, 1995).

Compliance aus der Sicht der Pflegepersonen

Vielfach wird das Wort bzw. der Ausdruck „Compliance“ von der Pflege „theoretisch“ nicht verwendet. Das mag



Das Aufgreifen und Erfüllen von Alltagswünschen erleichtert und fördert die Compliance im pflegerischen Bereich.

vielleicht daran liegen, dass Compliance hauptsächlich im Zusammenhang mit Therapieverordnungen benutzt wird und diese vom Arzt durchgeführt werden. So hat sich in der neurologischen Langzeitpflege der Caritas Socialis für das Pflegeteam eher die Definition „Kooperationsbereitschaft“ oder „Bereitschaft zur Mitarbeit“ durchgesetzt. Durch das Maß an Kooperationsbereitschaft wird der Handlungsspielraum in der Pflege definiert und dadurch sichere Pflege für den Bewohner bzw. den Tagesgast gewährleistet. Wenn beim Bewohner/Tagesgast Lebenszufriedenheit erreicht werden kann, ist dadurch auch seine Lebensqualität verbessert. Wenn z.B. eine Bewohnerin keine orthopädischen Schuhe tragen möchte, weil diese klobig aussehen, ist es für die Pflegeperson aber auch für die Therapeuten unmöglich, einen sicheren Transfer durchzuführen, wodurch das Ausmaß der Mobilisationsmöglichkeiten verringert wird. Ein beträchtlicher Teil des Aufga-

benbereiches in der Pflege besteht nun darin, ein partnerschaftliches Verhältnis zum Betroffenen aufzubauen und dadurch Compliance zu unterstützen.

Ein offenes, ehrliches Gespräch, ist das, was sich Betroffene oft am meisten wünschen. Daher sollte bei Gesprächen besonderer Wert auf respektvollen, wertschätzenden Umgang mit dem Bewohner oder Tagesgast gelegt werden. Auch wenn es meist um sehr emotionale Themen geht, ist es wichtig bei Diskussionen auf sachlicher Ebene zu bleiben. Ebenso wichtig sind Ehrlichkeit und Transparenz gegenüber dem Betroffenen. Der Ansprechpartner muss spüren, dass das, was ihm von der Pflegeperson gesagt wird, auch so gemeint ist. Diese Ehrlichkeit und Transparenz erfordern Mut, geben aber dem Bewohner/Tagesgast Vertrauen und Sicherheit. Um auf die Bewohnerin zurückzukommen: Sie hat völlig Recht, wenn sie sagt, dass die orthopädi-

compliance

schen Schuhe klobig aussehen. Pflegepersonen müssen ihr da nichts vormachen, aber sie können ihr ressourcenorientierte erreichbare Ziele anbieten, wie z.B. die orthopädischen Schuhe nur für den Transfer zu tragen. Um aber solche Lösungen anbieten zu können, braucht es neben Humor, Geduld und Kreativität vor allem fachliche Kompetenz. Der Tagesgast/Bewohner hat das Recht aufgeklärt zu werden und das fachliche Argument für den Therapieversuch, die pflegerische Handlung,... zu erfahren. Damit Pflegepersonen argumentieren können, brauchen sie ein umfangreiches Wissen über das Krankheitsbild, den Krankheitsverlauf und die Therapiemöglichkeiten. Gerade kognitive Beeinträchtigungen machen es dem Erkrankten oft schwer, compliant/kooperativ zu sein, deshalb sollte bei ärztlichen und pflegerischen Therapieempfehlungen auch darauf geachtet werden.

Zur fachlichen Kompetenz braucht es auch soziale Kompetenz und die Fähigkeit, das soziale Umfeld in Entscheidungen und Behandlungsempfehlungen mit einzubeziehen, damit diese realisiert und leichter umgesetzt werden können. Pflegepersonen müssen erkennen, wo der Betroffene Unterstützung braucht und in welcher Form. Durch Empathie kann ein

Zugang zu dem Tagesgast/Bewohner gewonnen werden. Dazu ist es hilfreich, dessen Biografie, sowie seine Vorlieben und Abneigungen zu kennen. So ist es wichtig zu wissen, dass sich die Bewohnerin immer gern modisch kleidet. Natürlich wirken dann orthopädischen Schuhe zu modischer Kleidung noch klobiger. Hinzu kommt, dass die Bewohnerin eine

den Pflegepersonen ist es möglich, die Mobilisationsfähigkeit der Bewohnerin zu verlängern und sichere Pflege durchzuführen. Einen bedeutenden Faktor für Compliance bildet die Vernetzung mit allen Beteiligten, wie Ärzten, Therapeuten, Angehörigen, Sozialen Diensten im Behandlungsprozess, um Effektivität und Transparenz in der Behandlung zu erreichen.



Natürlich wirken orthopädische Schuhe viel klobiger als diese modischen zur Kleidung passenden Stiefel.

7-jährige Tochter hat und vor dieser nicht noch behinderter erscheinen möchte. All diese Aspekte gilt es zu berücksichtigen, wenn Compliance im Sinne von Kooperationsbereitschaft hergestellt werden soll. Wenn es dem Bewohner/Tagesgast trotz der Durchführung notwendiger Pflegemaßnahmen ermöglicht wird, sein Ziel zu erreichen, wird er zur Kooperation motiviert. Wenn der Bewohnerin ermöglicht wird, die orthopädischen Schuhe nur zum Transfer anzuziehen, und sie danach wieder ihre modischen Schuhe tragen kann, hat sie ihr Ziel erreicht und

Wie bei den Bewohnern/Tagesgästen spielt auch im Team die Kommunikation eine wichtige Rolle. Bei Dienstübergaben, Teambesprechungen, sowie gemeinsamen Arbeiten mit allen Berufsgruppen im Sinne des Pflegeprozesses, werden wichtige Informationen transportiert, Probleme besprochen und Lösungen erarbeitet. Auch hier ist Transparenz notwendig,

um die unterschiedlichen Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen sichtbar zu machen, anzuerkennen und wertzuschätzen. Motivation im neurologischen Langzeitbetreuungsbereich ist aber nicht nur für die Bewohner/Tagesgäste sondern auch für Mitarbeiter unumgänglich. Motivationsförderung kann beim Mitarbeiter erreicht werden, indem ihm die Möglichkeit geboten wird, seine eigenen Strategien im Umgang mit Bewohnern/Tagesgästen zu entwickeln. Dazu kann er sich die Unterstützung im Team holen, indem er deren Strategien und Sichtweisen ken-

FACHBEITRAG

compliance

nen lernt. Manchmal hilft schon eine Veränderung der Sichtweise, um Probleme zu verstehen oder Reaktionen besser nachvollziehen zu können. Wenn der Mitarbeiter weiß, wie wichtig hübsche Schuhe für die Bewohnerin sind, wird dieser ihre Abwehrreaktion gegenüber orthopädischen Schuhen verstehen. Bei Compliance gilt also immer zu hinterfragen – was braucht es – damit Verordnungen oder Empfehlungen eingehalten werden können. Wer lernt, Strategien zu entwickeln, lernt auch Verantwortung für die eigenen Handlungen zu übernehmen. Lob und Anerkennung helfen ebenfalls, die Compliance/Kooperationsbereitschaft im Team zu optimieren und psychologische Begleitung oder Supervision bieten dem Mitarbeiter fachliche und professionelle Unterstützung. Pflegepersonen sind auf die Compliance, die Kooperation mit den Ärzten und dem multiprofessionellen Team angewiesen, um Compliance mit dem Bewohner/Tagesgast herstellen zu können. ■

LITERATUR

- Andreati, K. (1981). *Self-concept and health beliefs in compliant and non-compliant hypertensive patients*. *Nursing Research*, 6, 323-328.
- Brehm, S.S. & Kassir, S.M. (1996). *Social psychology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Brown, S. & Hedges, L. (1994). *Predicting metabolic control in diabetes*. *Nursing Research* 6, 362-368.
- Cochrane, G.M. (1996). *Compliance and outcomes in patients with asthma*. *Drugs*, 52 (Suppl. 6), 9-12.
- Eitzersdorfer, E. et al. (1996). *Medizinische Grundlagen der Psychotherapie*. Wien: Facultas. S. 359 f.
- Greenwood, J.R., Barnes, P.M., McMillan, M.T. & Ward, D.C. (2003) (Eds.). *Handbook of Neurological Rehabilitation*. Hove: Psychology Press.
- Haynes, R.B. (1979). *A critical review of the „determinants“ of patient compliance with therapeutic regimes*. In R.B. Haynes, D.W. Taylor & D.L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Käppeli, S. (Hrsg.). (2000). *Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*. Bern: Huber.
- Krusc, W. (1995). *Comprehensive geriatric assessment und medication compliance*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 1, 54-61.
- Meichenbaum, D. & Turk, C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten*. Bern: Huber.
- Meise, U. & Günther, V. (1991). *Compliance - ein Aspekt der Arzt-Patient-Beziehung*. In R. Danzinger (Hrsg.). *Psychodynamik der Medikamente: Interaktion von Psychopharmaka mit modernen Therapieformen*, (S.37-46). Wien-New York: Springer.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1997). *Patientenschulung und Patientenberatung*. Göttingen: Hogrefe.
- Wichowski, H. & Kubsch, S. (1997). *The relationship of self-perception of illness and compliance with health care regimes*. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 548-553.
- Willmann, H., Messinger, H. et al. 2000. *Der Kleine Muret-Saunders. Langenscheidts Großwörterbuch*. Berlin: Langenscheidt
- Winkler, M. (2000). *Compliance/Non-compliance*. In S. Käppeli (Hrsg.). *Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*. Bern: Huber
- Wuest, J. (1993). *Removing the shackles: A feminist critique of noncompliance*. *Nursing Outlook* 5, 217-224.
- Zimbardo, G.P. (1995). *Psychologie*. Berlin: Springer. S. 574.

¹ Der Begriff Compliance bedeutet zum einen Einwilligung, Gewährung, Erfüllung, zum anderen Befolgung, Einhaltung (Willmann, H., Messinger, H. et al. 2000) und wurde aus dem Englischen in die deutsche medizinische Fachsprache übernommen. Üblicherweise wird unter Compliance das Einhalten von Verschreibungen verstanden, darüber hinaus auch das Einhalten von Verhaltensmaßregeln, Therapievorschlügen, regelmäßige Arztbesuche, etc... (Haynes, 1979, S. 2ff.). Dementsprechend bezeichnet Non-Compliance ein Verhalten der Patienten, das den medizinischen und therapeutischen Anordnungen in unterschiedlichen Aspekten und in unterschiedlichem Ausmaß widerspricht (Winkler, 2000, S. 247). Dennoch sind die Definitionen Compliance bzw. Non-Compliance unglücklich gewählt, da sie oft als einseitige Beziehung zwischen Fachpersonal und Patienten empfunden werden. So finden sich in der Literatur statt Compliance immer häufiger Ausdrücke wie, Empowerment (Ermächtigung, Befähigung), Concordance (Übereinstimmung), Cooperation (Kooperation, Zusammenarbeit) (Brehm, S.S. & Kassir, S.M. 1993; Greenwood, J.R., Barnes, P.M., McMillan, M.T. & Ward, D.C. 2003, S.434; Zimbardo, G.P. 1995, S. 574; Eitzersdorfer, E. et al. 1996, S. 359 f; Meise, U. & Günther, V. 1991, S.37-46). Bei den Begriffen Empowerment, Concordance und Cooperation liegt die Betonung mehr auf Eigenverantwortung und Zusammenarbeit, was ein Umdenken sowie eine neue Rollenverteilung zwischen Arzt/ Pfleger/Therapeuten und Patienten bedeutet.

Mag^a. DSA Andrea Grubauer

Klinische und Gesundheitspsychologin in der Caritas Socialis,
1030 Wien, Oberzellergasse 1.

DGKS Christine Pauli

Leiterin der Langzeitneurologie mit
Schwerpunkt MS
in der Caritas Socialis

DGKS Ramona Rosenthal

Leiterin des MS-Tageszentrum
der Caritas Socialis