

Protokoll der Arbeitsgruppensitzung der AG Osnabrück und Umgebung

Datum: 04. Februar 2018

Termin: 16.01.2018 von 18- 20 Uhr

Ort: Klinikum Osnabrück

Teilnehmer: 15 Personen

Berufsgruppen: Pflegende aus dem stationären Bereich, Kollegen aus der Palliativpflege, Lehrende aus der Ausbildung, Podologen, Home Care Mitarbeiter

TOP: Vortrag von Veronika Gerber

Thema: „Light my fire!!! - Motivationsförderung bei Wundpatienten

Original Abstract von Veronika Gerber

Zusammenfassung

Wer Patienten mit chronischen Wunden behandelt, kennt das Problem: Die Therapiemaßnahmen wurden mit dem Patienten gemeinsam festgelegt, die Notwendigkeit erklärt – aber der Patient macht nicht mit! Ohne sein Zutun wird die Therapie nicht greifen und der Erfolg ausbleiben. Das verursacht enorme Kosten im Gesundheitssystem und frustriert die Behandler. Der Fokus der Betrachtung sollte nicht auf die Wunde gerichtet werden, sondern auf den Menschen, der eine chronische Wunde ertragen muss. „Was macht die Wunde mit dem Menschen?“ solche Fragen führen auf den Weg in die Richtung, den Patienten in seine Behandlung einzubeziehen. Wenn die Ursache für eine fehlende Mitarbeit identifiziert ist kann gemeinsam nach Lösungen gesucht werden. Einfühlungsvermögen, Kompromissbereitschaft auf beiden Seiten sowie eine individuelle Therapieplanung sind wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Intervention.

Schlüsselwörter: Motivationsförderung, Chronische Wunden, Wundheilungshemmende Faktoren, Adhärenz, Schmerztherapie

Situationsbeschreibung

Eine Patientin mit Ulcus cruris venosum kommt in die Wundambulanz. Es wird eine optimale Wundversorgung ausgewählt, eine Kompressionstherapie eingeleitet, gute Hautpflege veranlasst und die Patientin sorgfältig informiert über die Notwendigkeit der getroffenen Maßnahmen. Beim nächsten Termin stellt sich heraus, dass die Kompressionstherapie nicht erfolgte. Dies ist eine typische Situation, die stellvertretend für andere nicht umgesetzte Therapiekomponenten steht. Die fehlende Therapietreue betrifft nicht nur Wundpatienten. Das Problem ist auch nicht neu. Bereits vor 11 Jahren schrieb Franz Petermann: Die jährlichen Kosten der Non-Compliance werden in Deutschland auf über 5-10 Milliarden Euro geschätzt, man nimmt an, dass zusätzlich noch einmal Folgekosten in derselben Höhe entstehen, unter anderem durch eine Chronifizierung von Krankheitssymptomen. (vgl. Managed Care 4/2004: ["Franz Petermann: Non-Compliance: Merkmale, Kosten und Konsequenzen"](#)). Laut Focus

online sollen sich allein die Kosten der nicht geschluckten Arzneimittel auf jährlich 2,3 Milliarden Euro belaufen. Es ist somit ein wesentliches Problem im Gesundheitswesen, dass neben den direkten Kosten auch Folgekosten durch fehlenden Therapieerfolg oder sogar gesundheitliche Krisen zur Folge haben. Ursachenanalyse und Lösungsstrategien sind somit dringend erforderlich.

Motivation

Was bringt Menschen dazu, ihr Verhalten zu verändern? Solange Zufriedenheit mit einer bestehenden Situation besteht, ist kein Anlass für eine Veränderung gegeben. Somit ist jedes Defizit letztendlich ein Motivator. „So kann es nicht weitergehen“. Schmerz steht hier an erster Stelle. Der Körper hat Schmerz als Warnsystem zur Verfügung. Er ist der Motivator, einen Arzt aufzusuchen. Fehlt der Schmerz ist nicht automatisch ein geeigneter Ersatzmotivator verfügbar. Es ist eine anstrengende Kopfleistung für zum Beispiel Querschnittgelähmte, einen regelmäßigen Positionswechsel vorzunehmen um Druckschäden zu vermeiden. Leider ist manchmal der erste entstandene Dekubitus der Ersatzmotivator, dieser Prozedur die volle Aufmerksamkeit zu widmen.

Die Herstellung des Bezugs zwischen gewünschtem Ziel und erforderlicher Maßnahme fördert ebenfalls die Motivation zur Therapietreue. Das gelingt am besten, wenn der Patient seine Ziele selbst definiert hat. „Was sollte aus Ihrer Sicht besser werden?“ bringt konkrete Angaben. „Wenn es nicht mehr so weh täte“, „wenn es nicht mehr so nass wäre“ oder „wenn es besser riechen würde“, „wenn ich mich besser bewegen könnte ohne Schmerzen“ sind erlebte Antworten, die eine klare Vorgabe für den Therapieplan ergeben. Wird der Bezug zwischen Maßnahme und eingeleiteter Therapie besprochen, ist die Mitarbeit seitens des Patienten fast ein Selbstläufer.

Die Art der Kommunikation und des Feedbacks sind entweder motivationsfördernd oder hemmend. McClelland hat 1987 Grundmotive formuliert, die gut auf die Situation von Wundpatienten übertragbar sind (Schaubild). Durch positives Feedback auf Ideen des Patienten wird der Wunsch nach Zugehörigkeit gefördert. Werden Eigenbeiträge nicht beachtet fühlt sich der Patient zurückgewiesen. Ermöglicht der Therapeut die gemeinsame Therapieplanung wird das Bedürfnis nach Macht erfüllt, wird hingegen „angeordnet“, entsteht der Eindruck missachtet zu werden. Die Gefahr, dass der Patient sich nicht an die Vorgabe hält, steigt, die Situation artet in ein Machtspiel aus. Der Wunsch nach Anerkennung und Erfolg wird durch positive Rückmeldungen gefördert. „Was haben Sie schon wieder gemacht“ fördert das Gefühl ein Versager zu sein.

Grundmotive nach McClelland*

(mit besonders starkem Einfluss auf das Verhalten)

Motive, Wünsche, Hoffnungen	Ängste, Befürchtungen
Zugehörigkeit (Sicherheit, Zuwendung, Geborgenheit, Freundschaft) ↳ Beitrag beachten und integrieren	... unbeliebt, zurückgewiesen, isoliert, ausgeschlossen, allein gelassen Gefühl: Wertlosigkeit
Macht (Kontrolle, Dominanz, Bedeutung, Status, Einfluss, Kampf, Wettbewerb) ↳ in Entscheidungen einbinden	... Kontrollverlust, unwichtig, abhängig, unbedeutend, missachtet Gefühl: Ohnmacht
Leistung (Erfolg, Fortschritt, Kreativität, Abwechslung, Neugier, Fantasie) ↳ Leistungen anerkennen	... unfähig, schwach, erniedrigt, nutzlos, dumm, „Verlierer“, „Versager“ Gefühl: Versagen

*McClelland, D. C., Human Motivation, Cambridge, 1987

Quelle: Institut für Management-Innovation, Prof. Dr. Waldemar Pelz

Rückdelegation der Verantwortung

Wenn es dem Behandlungsteam gelingt, die Verantwortung für die körperlichen Symptome an den Patienten zu delegieren, kann dieser seinen Teil zur Heilung beitragen und Rezidive vermeiden oder frühzeitig erkennen. Hier spielt die Adhärenz eine wesentliche Rolle. Die Definition der ICW bringt es auf den Punkt: „Adhärenz = Der Patient integriert auf Basis seines eigenen Krankheitsverständnisses die gemeinsam mit dem Therapeuten beschlossene Therapie in seinen Lebensalltag.“ Sollte dies nicht gelingen, hilft die Suche nach Ursachen:

Fehlende Kenntnis der Zusammenhänge? Weiß der Patient, welches seiner Ziele durch die erforderliche Maßnahme erreicht wird? Kennt er den Grund für die Schmerzen, den üblen Geruch und die hohe Exsudatmenge?

Fehlender Leidensdruck? Diese Ursache ist bei Patienten mit Polyneuropathie (DFS) fast immer gegeben. Hilfreich können Rituale (jeden Abend Füße ansehen, eincremen, ...) oder das Übertragen von Aufgaben (würden Sie das für mich tun?) sein.

Schmerzen? Wenn jeder Schritt zur Qual wird, ist die Therapie „Bewegungsförderung“ unrealistisch. Auch Kompressionstherapie kann so nicht ertragen werden.

Sorgen um Andere? Manche Wundpatienten sind auch pflegende Angehörige. Dann fehlt oft die Zeit, sich um sich selbst zu kümmern. Eigene Bedürfnisse werden zurückgestellt.

Ungünstige Lebensumstände? Kleinverdienende Freiberufler oder Landwirte, Obdachlosigkeit, Verwahrlosung, Armut,.. werden diese Lebensumstände bei der Therapieplanung nicht berücksichtigt, ist Erfolg nicht möglich.

Fehlende finanzielle Mittel? Therapiekomponenten wie Wundrandschutzpräparate, konservierte Wundspüllösungen, Antiseptika werden nicht von der Krankenkasse übernommen.

Lösungsansätze

Gelingt es, die Anerkennung über Lob für die gute Mitarbeit (die anfangs leider noch nicht gegeben ist) oder Lob für wundferne Verhaltensweisen oder Leistungen wie Blumenpflege, Wohnungsgestaltung, Kleidung... herbeizuführen, gerät die Wunde (eventuell) in den Hintergrund. Ist der Pflegedienst die

einzigste Bezugsperson, bestehen oft Ängste, dass nach Wundheilung niemand mehr kommt. Einsamkeit ist leider im Alter ein weit verbreitetes Syndrom. Je nach Mobilität und Interessenslage können verschiedene Lösungen angestrebt werden. Es gibt seitens der Kirchen und der Städte und Gemeinden Besuchsdienste und Seniorentreffs. Ein Café in der Nähe kann auch ein schönes Ziel sein. Das geht aber besser ohne Wunde. Und so ergibt sich ein weiterer Motivator, die Wundheilung zu unterstützen. Diese Tipps sind nur exemplarisch zu verstehen. Durch ein Gespräch mit dem Patienten ergeben sich reale Ziele, an deren Erreichung gemeinsam gearbeitet werden kann. So ist beispielsweise eine Akzeptanz der Therapie eher für Ziele wie Schmerzfreiheit, größerer Bewegungsspielraum, trockene Kleidung, angenehmer Geruch und schlanke Beine zu erzielen als für die Wundheilung. Werden die Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten ausgehandelt, entsteht eine Basis für die gemeinsame Therapieplanung. Jeder Patient hat auch ein Recht, sich gesundheitsschädlich zu verhalten. In einer solchen Situation ist zu klären, ob eine weitere Zusammenarbeit sinnvoll ist.

Fazit

Es gibt viele Gründe, die Patienten daran hindern, unseren Empfehlungen zu folgen. Sind diese identifiziert ergibt sich die Möglichkeit für eine neue Herangehensweise. Fragen wie „Wir haben es doch besprochen und Sie waren einverstanden. Was hindert Sie mitzumachen?“ führen manchmal zu verblüffenden Ergebnissen. Beispiel: eine Patientin, die in einem kleinen Dorf lebte, sollte sich viel bewegen, Spaziergänge machen. Sie konnte es physisch, tat es aber nicht. Die Antwort auf die genannte Frage war: „Dann denken die Nachbarn, ich wäre faul.“ Die Anschaffung eines Hundes (den sie sich schon immer gewünscht hatte) löste das Problem.

Die Art der Kommunikation ist entscheidend für die Erfolgsaussicht. Ein wertschätzender Dialog auf Augenhöhe ermöglicht dem Patienten, sich als wichtiger Bestandteil des Behandlungsteams zu sehen und nicht als „Opfer“. Hilfreich kann sein sich klarzumachen, dass nicht der Therapeut das Problem mit der Wunde hat, sondern der Patient. Gelingt es, ihn in die Planung und Umsetzung einzubinden und ihm das nötige Wissen über seine gesundheitliche Situation zu vermitteln, wird er eher in der Lage und bereit sein, seinen Teil zur Heilung beizutragen.

Literatur:

- Maren Fischer-Epe: Coaching: miteinander Ziele erreichen. Rowohlt Taschenbuchverlag, 2008
- Praxishandbuch Patientenedukation, Sailer, M. 2004
- Prodos-Verlag: Unterricht Pflege: Beratung, Heft 3/2008
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.
- Adelheid Wimmer, Josef Wimmer, Walter Buchacher und Gerhard Kamp: Das Beratungsgespräch - Skills und Tools für die Fachberatung. Linde-Verlag, 2012
- Panfil, Schröder: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Hans Huber Verlag, 2. Auflage 2009
- Hochlenert, Engels, Morbach: Das Diabetische Fußsyndrom. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2014

- Schröder, Kottner: Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Hans Huber Verlag, 2011

Ausblick auf das nächste Treffen

Am 29. Mai 2018 um 17:30 Uhr mit dem Thema: „Kompressionsbestrumpfung“.

Anne Przijbijlski & Ina Henne

osnabrueck@ic-wunden.de

Protokoll

Ina Henne