

Und wenn der Patient das alles gar nicht mitmacht?

Strategien gegen die Unvernunft

Aktuelle Konzepte zur Verbesserung von
Behandlungsbereitschaft und
Compliance

Sommerakademie

Zuoz, Engadin, 8.10.2010

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl. – Psych. Roland Vauth
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Psychiatrische Universitätspoliklinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Was sind Ihre Strategien im Aufbau nachhaltiger Behandlungsbereitschaft?

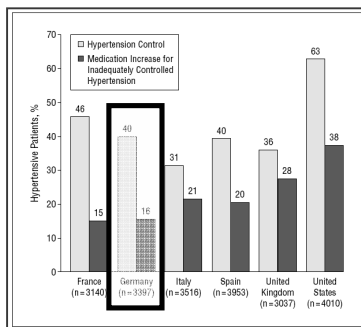
Was hat (schon mal) funktioniert?

- individualisiert
- (Selbst-) Monitoring - Rhythmus der Verhaltensänderung: Würde es Ihnen helfen, wenn...
- Salami-Taktik: nicht alles auf's Mal
- Umfeldbedingungen klären: Support vs. Verführung
- Erwartungen klären: Was erwartet Ihr von mir?
- Mit welchem Anliegen für sich ist der Pt gekommen? (z.B. Motivation für Checkup)
- Ziel definieren:
 - SMART= spezifisch, messbar, als ob jetzt/aktuell, realistisch, terminiert
- Die 3-Wünsche-offen-Frage als Türöffner
- Wissen vermitteln
- Fragen was an bisherigem Verhalten schon richtig war
- Zweifel säen: Was passiert wenn pt Problemverhalten weiter schreibt, was glaubt er selbst?
- Wissen von den Vorfahren: der HI mit 50 beim Vater
- Pro und Contra für Problemverhalten bzw. Verhaltensänderung
- Was hat er selbst für eine Theorie über seine Erkrankung
- Kann er sich vorstellen an seinem Verhalten überhaupt etwas zu ändern?
- Wohlwollender Humor: Sie kommen mir ein bisschen vor wie der, der aus dem 6. Stock springt und am 3.Stock sagt mir ist noch nichts passiert!

Was funktioniert auch gar nicht?

- Keine Prinzipienreiterei
- Moralisieren
- Zu wenig Wertschätzung
- Konfrontieren
- Anklagen
- Fordern
- Strafe in Aussicht stellen
- Verzicht ankündigen
- lehrerhaftes Verhalten
- Auch Autoritäres kann gefragt sein

Behandlungsqualität der arteriellen Hypertonie im internationalen Vergleich



Wang et al., Arch Int Med 2007; 167: 141-147

Hypertonie-Prävalenz vs. Medikamenteneinnahme im internationalen Vergleich

35-64 Jahre

Country	Prevalence, %			Hypertensive Persons Taking Medications, %	BMI
	All	Men	Women		
North America	27.6	30.4	24.8	44.4	27.1
United States	27.8	29.8	25.8	52.5	27.4
Canada	27.4	31.0	23.8	36.3	26.8
Europe	44.2	49.7	38.6	26.8	26.9
Italy	37.7	44.8	30.6	32.0	26.4
Sweden	38.4	44.8	32.0	26.2	26.5
England	41.7	46.9	36.5	24.8	27.1
Spain	46.8	49.0	44.6	26.8	27.4
Finland	48.7	55.7	41.6	25.0	27.1
Germany	55.3	60.2	50.3	26.0	27.3

*Age adjusted. BMI calculated as weight in kilograms divided by the height in meters squared.

Wolf-Maier et al., JAMA 2003; 290: 2363-2369

Mortalität der arteriellen Hypertonie

Blutdruck-Kategorie	Zahl (%)	Mortalität KHK		Mortalität Schlaganfall	
		Kumulativ (%)	Rel. Risiko	Kumulativ (%)	Rel. Risiko
Optimal	63.671 (18,2)	1,4	1,00	0,10	1,00
Normal	85.273 (24,5)	1,9	1,31	0,19	1,73
Hoch normal	77.248 (22,2)	2,6	1,61	0,24	2,14
Hochdruckstadium					
I	90.015 (25,9)	4,1	2,33	0,45	3,56
II	24.744 (7,1)	6,3	3,20	0,83	6,90
III	5783 (1,7)	9,3	4,64	1,57	9,66
IV	1544 (0,4)	12,6	6,88	3,05	19,19

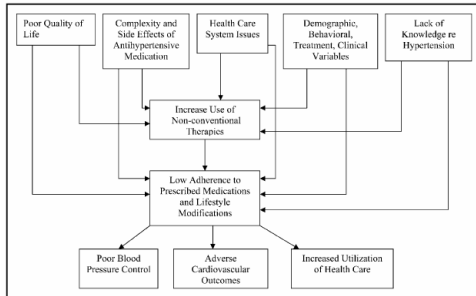
Daten aus der MRFIT-Studie (Am J Clin Nutr. 1997; 65 (Suppl.):626S)

Malcompliance als Ursache unzureichender Hypertoniekontrolle

- Bei Malresponse in der Blutdrucksenkung wird meist zunächst mit Dosiserhöhung reagiert.
- Wenn auch dies frustriert Substanzgruppenwechsel oder Kombinationsbehandlungen¹
- Macht aber nur Sinn, wenn die verschriebenen Präparate auch wie verordnet eingenommen werden.
- Aber nur knapp 50% der Patienten sind compliant mit der Medikation²
- Im Schnitt bei nur einem Drittel der Patienten eine erfolgreiche Blutdruckkontrolle nachhaltig erreicht²
- Aktuelle Studien zeigen aber, dass mehr als 50% aller mangelhaft erfolgreichen Blutdruckeinstellungen auf Malcompliance zurückzuführen sind: OR = 3,44^{1,2}

¹Stephenson et al 1999, JAMA, 281 (4): 313-314; ²Krousel-Wood et al 2004, Current Opinion in Cardiology, 19:357-362

Antihypertensiva-Malcompliance Ursachen und Folgen



Krousel-Wood et al 2004, Current Opinion in Cardiology, 19:357-362

Art der Antihypertensiva und Compliance

- **persistence**
 - Nach 2 Jahren nahmen noch 52.8% der Patienten **Diuretika** (N =4561) ein. Die Rate damit signifikant niedriger ($P < .01$) als bei
 - **Betablockern**: 69.3%
 - **Calcium-Kanal-Antagonisten**: 64.3%
 - **Angiotensin II-Antagonisten**: 60.9%
 - **Angiotensin I-Antagonisten**: 58.9%
- Auch **80%-Compliance-Rate** bei Diuretika niedriger ($P < .01$)

Lachaine et al Can J Cardiol. 2008 Apr;24(4):269-73.

Was sind Ihre Erfahrungen, speziell im Umgang mit Hypertonikern?

Was ist speziell zu beachten?

- 24h-Messung
- Pt mit Selbstprotokollierung und Infoschrift die Verantwortung übergeben (Ich bin Ihre Nachschubstelle)
- Irbesartan-website zum Stress
- Fortschritte der Psychotherapie: Artielle Hypertonie: Schwenkmetzger/M: anger control
- Biofeedback
- What's the story behind?

Was ist schwierig?

- Praxishypertoniker: Weisskittelsyndrom
- Stimmen die selbstprotokollierten Werte?
- Blutdruck tut nicht weh
- Typ-A-/C-Persönlichkeit: dysfunktionales Stressmanagement, fehlende life-balance
- Bagatellisierer

Allgemeingültige Befunde der Complianceforschung?

- Das Ausmaß von Non-Compliance wird von Ärzten unterschätzt
- Eine Vorhersage von Non-Compliance ist kaum möglich (Non-Compliance ist uneinheitlich und veränderlich)
- Fehlattribution bei Ärzten: Therapieversagen wird nicht Non-Compliance, sondern der Ineffizienz einer therapeutischen Maßnahme zugeschrieben

Vermeire et al. (2001) Patient adherence to treatment: three decades of research. J Clin. Pharm. Therap. 26: 331-342

Einflussfaktoren

Patientenmerkmale:

- Kein Zusammenhang mit Alter, Bildung, Geschlecht, Persönlichkeitsstruktur
- Gesundheits- bzw. Krankheitsmodell


Milieufaktoren

- Negative Einstellung des sozialen Umfeldes
- Stigmatisierung

Robinson et al. (2008) Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. J Am Acad Nurse Pract 20: 600-607

Meise et al. Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für die Patientencompliance. Wien Klein Wochenschr 104/9: 267-271

Einfluss von Lebensstils und Situation auf Compliance

- Prospektiv fanden sich Zusammenhänge mit Malcompliance mit
 - Nikotinabusus
 - BMI >25
 - < 3 Malzeiten/d
 - Ärztlichen Kontrollterminen > 1 Monat
 - Komorbidität mit Diabetes, Hypercholesterinämie, KHK oder anderen Herzerkrankungen, cerebrovaskulären Erkrankungen
 - mehrfacher Einnahme der Medikation
- Was folgt daraus? 

Mizuno et al, Intern Med. 2008;47(19):1655-61.

...daher

Mehr als bloße Aufklärung notwendig. Effiziente Beratung muss

1. motivationspsychologisch die „**Unvernunft**“ selbst adressieren
2. insgesamt einen umfassenden „**Lifestyle Change**“ anstreben durch Veränderung von Risikoverhalten, einschliesslich Malcomplanz
3. **individualisiert** an persönlichen Präferenzen und Lebensgewohnheiten ansetzen
4. den Prozess der **Verhaltensänderung** auch systematisch **vorbereiten und begleiten**

-> **Shared Decision Making + Gesundheitscoaching**

Proaktives Gesundheitscoaching

- Ziel:
 - Mobilisierung der individuellen Gesundheitskompetenz und
 - Ressourcen
- Vorgehen:
 - Nachhaltigen Einbezug der Patienten mit ihren individuellen Motivationen und Einstellungen
 - Abstimmung des Vorgehens auf die von Patient zu Patient variablen
 - Risikokonstellationen und
 - meist mehreren ko-existierenden Risikoverhaltensweisen

Vorgehen Gesundheitscoaching

- Gemeinsam mit dem Arzt **beurteilt** der Patient
 - seine Lage
 - Ziele und den
 - Weg dahin
- **Leitfragen:**
 - Möchte ich etwas für meine Gesundheit tun?
 - Wie verhalte ich mich heute?
 - Wo und wie kann und möchte ich künftig etwas verbessern?
 - Wie setze ich meine Ziele gemeinsam mit meinem Arzt um?

Grueninger et al Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri | 2009;90: 45

Individueller und zyklischer Prozess der Verhaltensänderung

- **Patient entwickelt sein eigenes Gesundheitsprojekt** und
 - setzt es selber um
 - der Arzt begleitet dabei als Coach den Patienten auf dem Weg zu seinem Ziel.
- **Zyklischen Natur des Veränderungsprozesses** von Gesundheitseinstellung und Gesundheitsverhalten
- **Beratungsablauf** mit den vier Schritten:
 - Sensibilisieren
 - Motivieren
 - Planen
 - Begleiten

Krankheitsteaching - massgeschneidert?

Das PLISSIT-Schema

P= Permission
 LI= Limited Information
 SS=Special Suggestions
 IT=Intensive Therapy

Vaughn et al 1999, Nervenarzt, 70 (1): 54-63
 Vaughn et al 2004, Nervenarzt, 75, 873-881

Vier Beratungsschritte ausgerichtet auf die vier Phasen der Verhaltensveränderung

Beratungsschritt	Stadienübergang
1 Sensibilisieren	Precontempl. > Contemplation
2 Motivieren	Contemplation > Preparation
3 Planen	Preparation > Action
4 Begleiten	Action > Maintenance

Grueninger et al Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri | 2009;90: 45

Moderne Beratungskonzepte im Compliance-Aufbau

Paternalistisches Modell



Wenn wir Ihre Meinung brauchen, werden wir sie Ihnen schon rechtzeitig sagen

- Therapieentscheidung allein beim Therapeuten.
- Patient wird über die Entscheidung informiert, hat aber keine Möglichkeit der Mitbestimmung.

Shared Decision Making

1. Identifizieren von Entscheidungssituationen in der Behandlungsplanung
2. Mitteln, dass Therapieentscheidung ansteht und Wunsch nach Beteiligung abklären
3. Ziele und mögliche Hindernisse erarbeiten
4. Equipose: Informieren über die verschiedenen Möglichkeiten, einschliesslich der Option nichts zu tun/ändern
5. Über Vor- und Nachteile der Therapieoptionen informieren
6. Verständnis und Bewertungen des Patienten erkunden
7. Präferenz des Patienten ermitteln
8. Therapieentscheidung treffen
9. Schritte des Therapieplans konkret festlegen

- Therapieentscheidung wird gemeinsam gefällt.
- Patient bekommt alle Informationen über mögliche Therapieoptionen und kann Präferenzen festlegen.

Informed Choice Modell

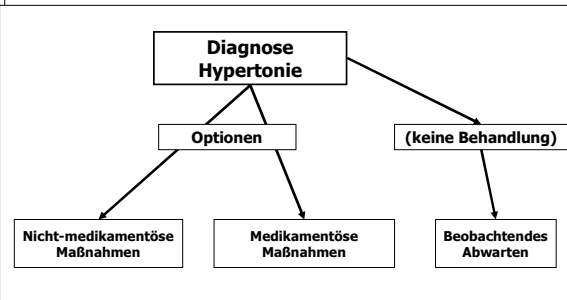


I'M SORRY DOCTOR, BUT AGAIN I HAVE TO DISAGREE.

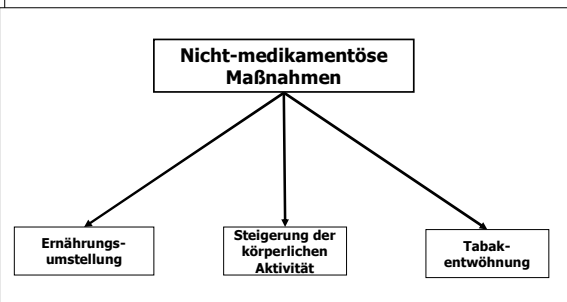
- Therapeut entscheidet nicht, sondern informiert nur.
- Patient als Kunde, der frei entscheiden kann.

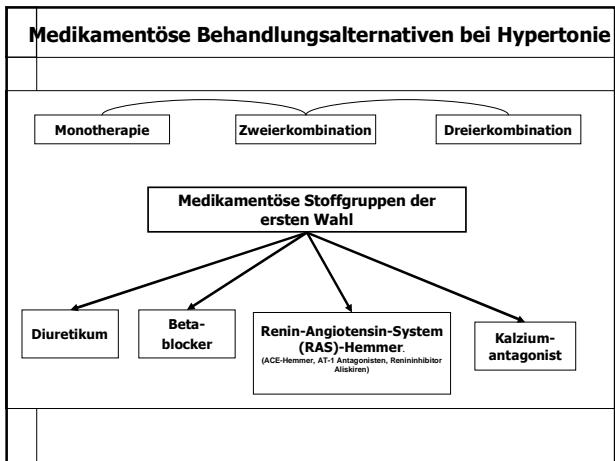
Emanuel E.J. Emanuel LL (1992): Four models of the physician-patient relationship. JAMA, 267:2221-2226
 Charles C et al (1997): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 44:881-892.

Behandlungsalternativen bei Hypertonie



Behandlungsalternativen bei Hypertonie bzw. zur Reduzierung des kardiovaskulären Risikos





Behandlungsoptionen bei Depressionen

Antidepressiva	Psychotherapie	Beobachtendes Abwarten
<p>Antidepressiva sind Medikamente zur Behandlung der Depression, die über einen Zeitraum von 4 – 6 Monaten eingenommen werden sollten.</p> <p>⊕</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gute wissenschaftlich überprüfte Wirksamkeit • Wirkungseintritt nach 2 – 3 Wochen • Verschiedene Medikamente mit unterschiedlichem Wirkungsprofil sind verfügbar (beruhigend, Antrieb steigend, Angst lösend, Schlaf begünstigend, auf die innere Unruhe wirkend, etc.) • Kein Zeitaufwand zur Therapie notwendig <p>★</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nebenwirkungen sind möglich (selten bis häufig je nach Medikament und individueller Neigung) • Zur Veränderung von Stress, emotionaler Belastung, etc. sind zusätzliche Therapien erforderlich 	<p>Bei einer psychotherapeutischen Behandlung finden einmal oder zweimal pro Woche im Zeitraum von mehreren Monaten Gespräche mit einem Psychotherapeuten statt.</p> <p>⊕</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wirksamkeit der Therapie ist wissenschaftlich gut belegt • Emotionale Entlastung durch die psychotherapeutischen Gespräche • Ziele der therapeutischen Behandlung können variiert werden (z.B. Stressbewältigung, Lebensstiländerungen, etc.) <p>★</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wirkungseintritt erfolgt erst nach ca. 8 – 10 Wochen • Möglicherweise emotionale Belastung durch die therapeutischen Gespräche • Verfügbarkeit von Psychotherapeuten ggf. eingeschränkt (Wartezimmer, Anfahrten, etc.) 	<p>Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird weder zugunsten einer medikamentösen Therapie noch zugunsten einer Psychotherapie entschieden. Regelmäßige Besuche beim Allgemeinarzt sollten jedoch unbedingt stattfinden, damit der Verlauf der Symptome ärztlich überwacht werden kann.</p> <p>⊕</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Nebenwirkungen • Geringerer zeitlicher Aufwand <p>★</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlechtere Prognose für den weiteren Verlauf • Gefahr der Chronifizierung • Keine emotionale Entlastung • Keine Veränderungen des Lebensstils, Stressbewältigung, etc.
