

# Worauf muss in der Kommunikation mit DFS-Patienten geachtet werden?

**Dipl. Psych. Susan Clever**  
**Psychol. Psychotherapeutin Psychodiabetologie**  
**Fachpsychologin DDG**



**Diabetespraxis  
Hamburg-Blankenese**

# Therapieadhärenz: die Realität im Alltag

- Adhärenz ist **kein unidimensionales Konstrukt**: ein Mensch kann bei unterschiedlichen Anforderungen unterschiedlich adhärent sein <sup>1 2</sup>
- Je **komplexer** das Behandlungsregime, desto unwahrscheinlicher ist es, dass der Patient ihm folgen wird <sup>3</sup>
- **Krankheitsdauer** scheint negativ mit Adhärenz zu korrelieren <sup>1 4</sup>
- **Depression und Angst** sind Prädiktoren von Nichtadhärenz <sup>5 6</sup>
- **Feedback** (z.B. durch BZ-Messungen) beeinflusst die Motivation <sup>7 8</sup>

1 Glasgow RE, McCaul KD, Schafer LC. Self care behaviors and glycemic control in Type 1 diabetes. *Journal of Chronic Diseases* 1987,40:399–412.

2 Glasgow RE et al. Diabetes-specific social learning variables and self care behaviors among persons with type II diabetes. *Health Psychology*, 1989, 8:285–303

3 Dailey G, Kim MS, Lian JF. Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: Evaluation of a Medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus. *Clinical Therapeutics*, 2001, 23:1311–13204

4 Jarosz-Chobot P et al. Self care of young diabetics in practice. *Medical Science Monitor*, 2000, 6:129–132.

5 Christensen NK et al. Quantitative assessment of dietary adherence in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 1983, 6:245–250.

6 Internal Medicine, 1997, 127:1097–1102. Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care*, 1997, 20:1512–1517

7 Deci, E. L. (1971). *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 105-115

8 Vallerand & Reid (1984). *Journal of Sport Psychology*, 6, 94-102

# Hauptprädiktoren von schlechter Adhärenz

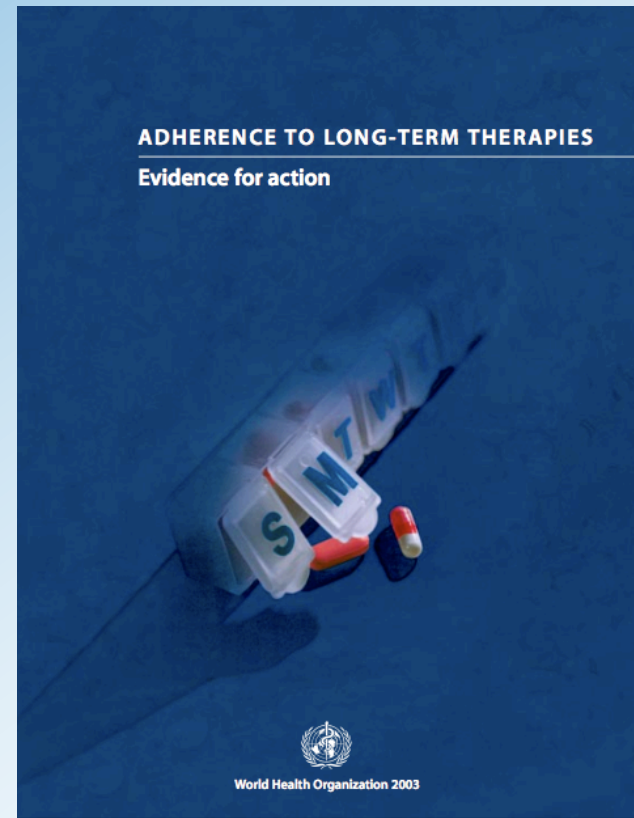
**Table 2. Major Predictors of Poor Adherence to Medication, According to Studies of Predictors.**

Predictor	Study
Psychische Probleme, besonders Depression	van Servellen et al., <sup>51</sup> Ammassari et al., <sup>52</sup> Stilley et al. <sup>53</sup>
Kognitive Einschränkung	Stilley et al., <sup>53</sup> Okuno et al. <sup>54</sup>
Asymptomatische Erkrankung	Sewitch et al., <sup>55</sup>
Unzureichende Entlassplanung	Sewitch et al., <sup>55</sup> Lacro et al. <sup>56</sup>
Nebenwirkungen der Medikamente	van Servellen et al. <sup>51</sup>
Patient glaubt nicht an Vorteile der Therapie	Okuno et al., <sup>54</sup> Lacro et al. <sup>56</sup>
Mangelnde Krankheitseinsicht	Lacro et al., <sup>56</sup> Perkins <sup>57</sup>
Schlechte Patient-Behandler Beziehung	Okuno et al., <sup>54</sup> Lacro et al. <sup>56</sup>
Zugang zu Einrichtungen oder Medikamenten erschwert	van Servellen et al., <sup>51</sup> Perkins <sup>57</sup>
Verpatzte Termine	van Servellen et al., <sup>51</sup> Farley et al. <sup>58</sup>
Zu komplexe Therapie	Ammassari et al. <sup>52</sup>
Kosten für Medikamente	Balkrishnan, <sup>59</sup> Ellis et al. <sup>60</sup>

N ENGL J MED 353:5 WWW.NEJM.ORG AUGUST 4, 2005

# THERAPIEADHÄRENZ – die Realität

„Fast Jeder hat Schwierigkeiten, medizinische Empfehlungen einzuhalten, besonders wenn die Empfehlungen eine Selbstbehandlung beinhalten.....In entwickelten Ländern liegt die Adhärenz von Patienten mit chronischen Erkrankungen bei nur 50%“



# Strategien zur Verbesserung von Adhärenz (modifiziert nach Osterberg und Blaschke, 2005)

- Erkenne die Zeichen (verpatzte Termine; Werte/Befunde verbessern sich nicht; Folgerezepte nicht abgeholt)
- Erfrage Therapiebarrieren *ohne zu werten*
- Frag den Patienten, inwieweit er sich in der Lage sieht, die Therapie umzusetzen. Wenn nötig, entwickle Unterstützungshilfen
- Erkläre klar und deutlich und vereinfache die Therapie wenn immer möglich
- Höre den Patienten zu und entwickle eine Therapie, die zu den Wünschen des Patienten passt
- Verstärke gewünschtes Verhalten und Ergebnisse, *wenn angemessen*
- Denk an Therapien, die weniger Genauigkeit erfordern, wenn Adhärenz unwahrscheinlich erscheint

# Was motiviert Patienten, Therapieempfehlungen auf Dauer in ihrem Alltag zu integrieren?

- Die Vorstellung, ihre Mühen sind sinnvoll (Krankheits- und Therapieverständnis) <sup>1</sup> <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ryan AA. Medication compliance and older people: a review of the literature. Int J Nurs Stud. 1999;36(2):153-162

<sup>2</sup> Raynor DK, Medication literacy is a 2-way street. Mayo Clin Proc. 2008;83(5):520-522

# Grad des Krankheitsverständnisses

- Weiss noch nicht, dass er Diabetes hat  
“Bei mir steht noch nicht fest, ob ich Zucker habe” (HbA1c 8,9%)
- Weiss, dass er Diabetes hat aber nicht dass er eine Nervenstörung hat  
“Meine Füße sind in Ordnung. Ich habe eine gute Durchblutung.”
- Weiss, dass er eine Nervenstörung hat aber nicht um die Konsequenzen  
“Ich fühle noch ganz viel”
- Weiss, dass er eine Nervenstörung hat und um die Konsequenzen. Ihm fällt es schwer, immer in allen Lebenslagen seinen Füßen den nötigen Schutz zu geben  
“Irgendwie bin ich wohl nachts an die Bettkante gekommen....auf der Arbeit kann ich mit Ihren Schuhen schlecht gehen“

# Fragen, Fragen, Fragen.....

## (Therapieverständnis diagnostizieren)

- Was wissen Sie von Ihrer Erkrankung?
- Was ist Ihnen über Ihre Füße gesagt worden? Macht es für Sie Sinn? Haben Sie noch Fragen?
- Wie fühlen sich Ihre Füße an?
- Womit haben Sie bisher gute/schlechte Erfahrungen gemacht?
- Wie erklären Sie sich, dass Sie den Eindruck haben, Ihre Füße sind in Ordnung aber der Arzt war sehr erregt und machte sich Sorgen?
- **Ist Ihnen etwas gesagt worden, das Ihnen geholfen hat, das Problem mit ihren Füßen besser zu verstehen?**



# Was motiviert Patienten, Therapieempfehlungen auf Dauer in ihrem Alltag zu integrieren?

- Die Vorstellung, ihre Mühen sind sinnvoll (Krankheits- und Therapieverständnis) <sup>1 2</sup>
- **Das Erleben, dass die Therapieentscheidungen selbstbestimmt sind** <sup>3</sup>

1 Ryan AA. Medication compliance and older people: a review of the literature. Int J Nurs Stud. 1999;36(2):153-162

2 Raynor DK, Medication literacy is a 2-way street. Mayo Clin Proc. 2008;83(5):520-522

3 Haynes et al, Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA 2002;288 (22):2880-2883

# Fragen, Fragen, Fragen..... (Selbstbestimmung fördern)

- Weshalb kommen Sie heute zu mir? Womit kann ich Ihnen helfen? Was kann ich für Sie tun? Was ist Ihnen heute wichtig?
- Können Sie sich vorstellen,.....?
- Andere Menschen finden x hilfreich. Wäre das etwas für Sie?
- Man kann x oder y. Nach Ihren Ausführungen heute klingt y für Sie passender. Was meinen Sie dazu?
- Es gibt ein paar Standardempfehlungen bei diesem Problem. Ich weiß nicht, ob etwas davon für Sie passen würde....
- Wieviel können Sie im Moment für Ihren Fuß tun?
- Was ist Ihnen vorrangig wichtig? Wo tendieren Sie eher hin?

# Was motiviert Patienten, Therapieempfehlungen auf Dauer in ihrem Alltag zu integrieren?

- Die Vorstellung, ihre Mühen sind sinnvoll (Krankheits- und Therapieverständnis) <sup>1 2</sup>
- Das Erleben, dass die Therapientscheidungen selbstbestimmt sind <sup>3</sup>
- **Die Erfahrung, dass die Therapieschritte machbar und robust sind (gelungene Anpassung an die praktischen, sozialen und psychischen Bedingungen) <sup>4</sup>**

1 Ryan AA. Medication compliance and older people: a review of the literature. Int J Nurs Stud. 1999;36(2):153-162

2 Raynor DK, Medication literacy is a 2-way street. Mayo Clin Proc. 2008;83(5):520-522

3 Haynes et al, Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA 2002;288(22):2880-2883

4 Brundisini et al., Type 2 diabetes patients' and providers' differings persepectives on medication non-adherence: a qualitative meta-synthesis. BMC Health Serrices Research (2015) 15:516

# Strategische Nichtadhärenz <sup>1 2 3</sup>

- Behandler denken, Patienten brauchen mehr Information und mehr Motivationshilfen <sup>4</sup>

- Patienten sagen, sie brauchen Hilfe, die Therapie in ihr Leben mit den oft sich verändernden Bedingungen psychisch, sozial und praktisch zu integrieren <sup>4</sup>

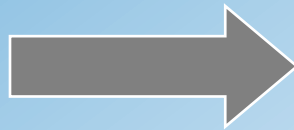
1 Searle et al., A Qualitative Approach to Understanding the Experience of Ulceration and Healing in the Diabetic Foot: Patient and Podiatrist Perspectives. Wounds. Vol. 17, No. 1 January 2005

2 Campbell R et al. Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. Soc Sci Med. 2003;56(4):671–6843

3 Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? Soc Sci Med. 1992;34(5):507–513

4 Brundisini et al., Type 2 diabetes patients' and providers' differings persepectives on medication non-adherence: a qualitative meta-synthesis. BMC Health Serrices Research (2015) 15:516

Schutzreflex



Neues, bewusstes Verhalten  
= Dauerüberwachung durch  
alternative  
Wahrnehmungssysteme

# Fragen, Fragen, Fragen..... (Hilfe zur Anpassung an den Alltag)

- Haben Sie eine Chance, Ihren Fuß 100% zu entlasten? Wo wird es gehen? Wo wird es Ihnen schwer fallen?
- Ich kann mir vorstellen, es muss schwer sein, die vielen Empfehlungen in ihrem Alltag regelmäßig einzubauen. Was läuft im Moment gut? Was läuft nicht so gut?
- Haben Sie gemerkt, dass die Umsetzung irgendwelche Nachteile mit sich bringt? Haben Sie eine Idee, wie es besser gehen könnte?

# Fragen, Fragen, Fragen..... (den guten Grund suchen)

- Sie machen x, obwohl ich denken würde, dass ist schlecht für Ihre Füße. Da haben sie bestimmt einen guten Grund.....
- Irgendetwas finden Sie daran unangenehm.....?
- Was gefällt Ihnen an Ihre Lösung?

„ Immer ist der Mensch in seiner Lage  
als Einzelner vor die Aufgabe gestellt,  
mit seiner Krankheit in seiner Welt  
eine Lebensform zu finden,  
die nicht allgemein entworfen und  
nicht identisch wiederholt werden kann“



# SCHLUSSFOLGERUNGEN: Worauf muss in der Kommunikation mit DFS-Patienten geachtet werden?

- Patient und Behandler brauchen ein gemeinsames Arbeitsmodell, was die Krankheit bedeutet und warum die Therapieschritte sinnvoll sind.
- Das, was der Patient leistet, ist sein bisher bester Kompromiss unter erschwerten Bedingungen (kein spürbarer Erfolg, langwierige Einschränkungen der Lebensqualität....)
- Den Patienten wird regelmäßig *ohne Wertung* gefragt, welche Teile der Therapie in seinem Alltag aktuell gut integriert sind und welche ihm Probleme machen
- Die Therapieempfehlung berücksichtigt *ohne Wertung* die praktischen, sozialen und psychischen Belange des Patienten
- Der Patient hat freiwillig zugestimmt ohne joviale oder bedrohliche Fremdbeeinflussung
- Wir müssen die Sprache der Patienten lernen und nicht umgekehrt. Neuropathie ist schwer zu verstehen. Auch für Betroffene.