

Das Selbstmanagement-Modell der Flinders University

Ein australisches Modell zur Unterstützung von Selbstmanagement bei chronisch erkrankten Patienten verhilft Ärzten zu einer neuen Rolle. Arzt und Patient begründen eine Partnerschaft, wobei der Patient Entscheidungen trifft und der Arzt sich als Moderator, Coach und Berater versteht. Das Flinders-Modell wird bereits bei Patienten mit ganz unterschiedlichen Erkrankungen erfolgreich angewandt.

Malcolm Battersby

Die Unterstützung des Selbstmanagements ist eines der sechs Elemente des «Chronic Care Model» (Wagner E., Austin B. und von Korff M., 1996), das von der Weltgesundheitsorganisation (2002) als Grundlage für ein Programm zur Versorgung chronisch Kranker verabschiedet wurde. Der vorliegende Artikel stellt die Entwicklung des «Flinders-Modells» dar, das von der Flinders Human Behaviour and Health Research Unit der Flinders University im Bundesstaat South Australia konzipiert wurde. Dieses von Medizinern angebotene Programm ergänzt den Stanford-Kurs zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen (Lorig et al., 1999) (siehe dazu auch den Beitrag von Julie Barlow S. 20ff).

Multidisziplinäres Vorgehen

Das Flinders-Modell bietet eine umfassende, patientenzentrierte Methodik für die Interaktion von Ärzten mit ihren Patienten. Ziel ist es, einen gemeinsamen Plan zu erarbei-

ten, der die Patienten beim Selbstmanagement ihrer chronischen Erkrankungen unterstützt. Das Modell umfasst einen semi-strukturierten, systematischen Ansatz zur Priorisierung der Patientenbedürfnisse im Rahmen eines planmässigen, präventiven Vorgehens. Es stellt die gegenwärtige medizinische Praxis infrage, die in vielen Ländern auf einem reaktiven Ansatz der Akuttherapie und der Vergütung erbrachter medizinischer Einzelleistungen beruht.

Über die Erfordernisse der Umgestaltung der Pflege- und Versorgungssysteme hinaus verdeutlicht das Flinders-Modell, dass chronische und komplexe Erkrankungen ein multidisziplinäres Vorgehen erfordern. Um bei den Patienten optimale Ergebnisse zu erzielen, benötigt der behandelnde Arzt Unterstützung durch Pflegende und weitere Gesundheitsfachleute. Das Flinders-Modell bietet vielversprechende Perspektiven für die Zusammenarbeit von Arzt und Patient zur Verbesserung der Therapieergebnisse.

Patientenorientierter Prozess

Als individueller, von Ärzten geleiteter Beurteilungs- und Planungsprozess soll das Flinders-Modell Ärzten eine systematische Methodik zur Unterstützung des Selbstmanagements bei chronischen Erkrankungen in die Hand geben. Es bietet einen patientenzentrierten Prozess, der Wissen, Einstellungen, Verhaltensweisen und Stärken der Patienten sowie Hindernisse für das Selbstmanagement verdeutlicht. Davon ausgehend können Arzt und Patient einen Plan vereinbaren, in dem über einen Zeitraum von zwölf Monaten vom Patienten benannte Pro-



Malcolm Battersby

bleme und Ziele, die medizinische Versorgung sowie Interventionen zur Schulung in Selbstmanagement beschrieben werden. Ein mögliches Ergebnis des Planungsprozesses besteht darin, dass der Patient an einem Stanford-Kurs teilnimmt, um Fertigkeiten des Selbstmanagements zu erlernen.

Hintergrund

An einer zweijährigen kontrollierten Studie über ein Modell der koordinierten Versorgung (SA Health Plus) nahmen 3115 Interventions- und 1488 Kontrollpatienten mit chronischen Erkrankungen teil (Battersby, 2005). Als die Studie in der Halbzeit überprüft wurde, kam man zu dem Schluss, dass die Ärzte eine objektive Methode zur Beurteilung der Fähigkeit der Patienten zum Selbstmanagement benötigen. Die Leistungserbringer sollten bei der Versorgung der Patienten darauf achten, wie gut die Patienten ihre Erkrankung(en) selbst managen können, und nicht auf den Schweregrad ihrer Erkrankungen (Battersby et al., 2003).

Der Beurteilungs- und Planungsansatz sollte generisch und nicht krankheitsspezifisch sein, um mehrere Erkrankungen bei ein und demselben Patienten erfassen zu können. Das Pilotprogramm wurde gestützt durch verbesserte Ergebnisse im Stanford-Kurs zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen. Der Kurs hatte sich über einen Zeitraum von 25 Jahren von einem krankheitsspezifischen (Arthritis) zu einem generischen (mehrere chronische Erkrankungen) Programm fortentwickelt. Anhand einer Literaturübersicht und Fokusgruppenauswertungen wurde eine Definition des Selbstmanagements erarbeitet (Battersby et al., 2003), von der wiederum sechs Grundsätze des Selbstmanagements abgeleitet wurden:

- 1) Wissen des Patienten über seine Erkrankung
- 2) Einhaltung eines mit den behandelnden Ärzten vereinbarten Therapie- beziehungsweise Versorgungsplanes
- 3) aktive Mitwirkung des Patienten bei der Entscheidungsfindung gemeinsam mit dem behandelnden medizinischen Fachpersonal
- 4) Überwachung und Behandlung von Zeichen und Symptomen der Erkrankung

- 5) Bewältigung der physischen, emotionalen und sozialen Auswirkungen der Erkrankung
- 6) Aneignung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise.

Selbstbeurteilung der Patienten

Von diesen sechs Grundsätzen wurde die «Partners in Health»-Skala (Battersby et al., 2003) abgeleitet, bei der die Patienten das Selbstmanagement beurteilen. Bei jedem der 13 Punkte, die von den sechs Grundsätzen des Selbstmanagements abgeleitet sind, bewertet sich der Patient auf einer Skala von 0 bis 8 selbst. Darauf folgt ein durch Stichworte gesteuertes Arzt-Patienten-Gespräch (Cue and Response Interview) mit offenen Fragen, die sich ebenfalls auf diese 13 Punkte konzentrieren. Nachfolgend stellt der Arzt Fragen zur Beurteilung des Haupt-(Lebens)problems des Patienten. Das vom Patienten ermittelte Hauptproblem liegt häufig ausserhalb des medizinischen Bereichs und ermöglicht die Feststellung psychosozialer Probleme. Diese können für den Patienten schwerwiegender sein als die mit der Erkrankung verbundenen Probleme. Je nach therapeutischer Beurteilung und angewandten Interventionstechniken erhält der Patient dann Unterstützung bei der Festlegung seiner eigenen mittelfristigen Ziele (6–12 Monate) und bei der Zielbestimmung (Battersby et al., 2001). Nachfolgend bewertet der Patient den Schweregrad des Problems auf einer Skala von 0 bis 8 (0 entspricht vollständigem Erreichen, 8 völliger Verfehlung) wie auch seine «Fortschritte auf dem Weg zum gesetzten Ziel».

Schliesslich vereinbaren Arzt und Patient einen Versorgungsplan, der von den festgestellten Selbstmanagementproblemen ausgeht. Er umfasst nachfolgend Behandlungsziele, Interventionen, verantwortliche Personen und den Termin zur Überprüfung und Erfassung des Fortschritts. Arzt und Patient unterzeichnen den Plan gemeinsam. Der Patient erhält ein Exemplar, das er weiteren an seiner Behandlung Beteiligten vorlegt. So können mehrere kurzfristige Ziele vereinbart werden, die letztlich zum vom Patienten selbst gesetzten, mittelfristigen Hauptziel führen. Das Flinders-Modell verhilft dem Arzt zu einer neuen Rolle bei der Behand-

lung chronischer Erkrankungen. Es begründet eine Partnerschaft zwischen Arzt und Patient, wobei der Patient Entscheidungen trifft und der Arzt als Moderator, Coach und Berater fungiert.

Die Wirkung des Flinders-Modells

Ziel der nationalen Initiative «Sharing Health Care» war es, eine Reihe von Modellen zur Unterstützung des Selbstmanagements zu untersuchen. Im Rahmen der Projekte wurden verschiedene Interventionstechniken angewandt, so unter anderem das telefonisch gestützte Coaching. Zumeist ein Teil der Fortbildung für die Ärzte erfolgte anhand des Flinders-Modells, während das Stanford-Modell zur Selbstmanagement-schulung der Patienten diente. Die landesweite Evaluation der acht «Sharing Health Care»-Projekte zeigte bei Patienten mit verschiedensten chronischen Leiden eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine höhere Lebensqualität und eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen. Im Rahmen der Evaluation wurden Empfehlungen ausgesprochen. Das grösste Potenzial für eine erhöhte Wirksamkeit des Selbstmanagements haben folgende Faktoren:

- flexible Ansätze mit massgeschneiderten Interventionen zur Erfüllung der Patientenbedürfnisse hinsichtlich Inhalt und Art der Intervention
- Erkennen von Patientenbedürfnissen und ihre Berücksichtigung durch geeignete Planungsinstrumente zu Beginn des Programms, gestützt durch fortlaufendes Coaching und Folgemaassnahmen
- Bereitstellung geeigneter, strukturierter Unterstützung für die Patienten, wobei auf ein Gleichgewicht zwischen übermässiger Abhängigkeit und Isolierung vom Programm geachtet wird (Australian Government Department of Health and Ageing, 2004).

In einem Pilotprogramm mit Patienten mit langjährigen schweren psychischen Erkrankungen erbrachte die Flinders-Methode in Kombination mit dem Stanford-Kurs den Nachweis einer verbesserten Beurteilung des psychischen Zustandes auf der SF-12-Skala und eine geringere Rate stationärer Aufnahmen (Lawn et al., 2007). Für australische Ur- einwohner mit einer Diabeteserkrankung

wurden Versorgungspläne gemäss Flinders-Modell erarbeitet. Gesundheitsfachleute, die selbst Aborigines sind, wandten bei ihnen gezielte Selbstmanagement-Massnahmen an. Bei den Patienten kam es zu einer durchschnittlichen Senkung des HbA_{1c}-Wertes von 8,74 auf 8,09 (Collins, 2003). In einer randomisierten, kontrollierten Studie an Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung zeigten pulmonale Rehabilitationsmassnahmen in Verbindung mit einer Betreuung nach dem Flinders-Modell messbare Erfolge: Diese Patienten erreichten nach zwölf Monaten eine grössere Steigerung der 6-Minuten-Gehstrecke als jene, die ausschliesslich eine Rehabilitation erhalten hatten. (Rowett et al., 2005). Gegenwärtig wird in einer gross angelegten, randomisierten Studie die Anwendung des Flinders-Modells auf Vietnamkriegsveteranen mit Alkoholproblemen untersucht.

Zusammenfassend bietet das Flinders-Modell vielversprechende Perspektiven, die Arzt und Patient zu einer Zusammenarbeit befähigen, welche zu einer Verbesserung der Therapieergebnisse bei der Behandlung chronischer Leiden führt.

Autor:

Malcolm Battersby PhD, FRANZCP, FChAM, MBBS

Associate Professor for Psychiatry
Director, Flinders Human Behaviour
and Health Research Unit Flinders University
Adelaide
South Australia
malcolm.battersby@flinders.edu.au

Übersetzung aus dem Englischen:

Nina Maria Wieser

Literatur:

- Australian Government Department of Health and Ageing. Sharing HealthCare Initiative. 2004. www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/chronicdisease-sharing.htm Stand: Mai 2006.
- Battersby, M.W. and the SA HealthPlus Team. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. *British Medical Journal*. 2005; 330: 662–5.
- Battersby, M., Ask, A., Reece, M., Markwick, M. und Collins, J. (2003) The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management, *Australian Journal of Primary Health*, 9, 41–52.
- Battersby M.W., Ask A., Reece M.M., Markwick M.H., Collins J.P. A case study using the «problems

- and goals approach» in a coordinated care trial: SA HealthPlus. Australian J of Primary Health. 2001; 7 (3): 45–8.
- Collins, J. Eyre Peninsula Chronic Disease Self Management Project for Aboriginal Communities in Ceduna / Koonibba and Port Lincoln, Report to South Australian Department of Human Services. <http://som.flinders.edu.au/FUSA/CCTU/Eyre%20Final%201104.pdf>, Stand: Juni 2005, Eyre Peninsula Division of General Practice, Pt Lincoln, South Australia.
- Lawn, S., M.W. Battersby, R. Pols, J. Lawrence, T. Parry und M. Urakalo. 2006. The Mental Health Expert Patient: The Effectiveness of Implementing a Generic Chronic Condition Self-Management Program for Patients with Mental Illness. International Journal of Social Psychiatry (in press).
- Lorig, K., Sobel, D., Stewart, A., Brown, B., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V., Laurent, D. und Holman, H. (1999) Evidence Suggesting that a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial, Medical Care, 37, 5–14
- Rowett, D., Simmons, S., Cafarella, P. und Frith, P. (2005) Informed Partnerships for Effective Self-Management of Chronic and Complex Lung Diseases. Report to the South Australian Department of Human Services. http://som.flinders.edu.au/FUSA/CCTU/COPD%20final%20report%2022_07_05Malcolm%20Battersb.pdf , Stand: Juli 2005, Daw Park, South Australia.
- Wagner E., Austin B. und Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. The Millbank Quarterly. 1996; 74 (4): 511–42.
- World Health Organisation (2002) Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action: Global Report, World Health Organisation Geneva.