



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Spiritualität, soziale Aktivität und Selbstfürsorge in der hausärztlichen Versorgung älterer Menschen: Das Projekt HoPES3

Die Lebensqualität von Menschen, die unter mehreren chronischen Erkrankungen leiden, ist oft deutlich vermindert, was nicht nur auf unmittelbar krankheitsbedingte Symptome zurückzuführen ist. Studien zeigen, dass Multimorbidität häufig mit Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit und einem Gefühl von Machtlosigkeit einhergeht. Anhand von strukturierten Assessments im Rahmen von Disease Management Programmen (DMP) wird versucht, die Versorgung chronisch kranker Patient:innen zu verbessern. Während bei den DMP bislang die Implementierung von evidenzbasierten Therapiestandards im Vordergrund steht, wird die Selbstwirksamkeit der Patient:innen, die erwiesenermaßen einer der wichtigsten Faktoren für die Lebensqualität älterer, multimorbider Menschen ist, nicht gezielt adressiert.

Ziel des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekts HoPES3* war es, zu untersuchen, wie sich eine Erweiterung der DMPs um Maßnahmen zur Förderung der Selbstwirksamkeit auswirkt. Das Projekt wurde von 09/2018 – 06/2021 am Universitätsklinikum Heidelberg in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Tübingen und der Technischen Universität München durchgeführt. In dieser Ausgabe von Versorgungsforschung Aktuell möchten wir Ihnen einen Überblick über die bisherigen Studienergebnisse geben.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,

Ihr

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi
Seniorprofessor – Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Methode

Es wurde eine komplexe Intervention entwickelt und mittels einer explorativen, kontrollierten, cluster-randomisierten Studie evaluiert (1). Grundannahme war, dass die Selbstwirksamkeit der Patient:innen – also das Gefühl, selbstgesetzte Ziele aus eigener Kraft erreichen zu können – in engem Zusammenhang mit folgenden Aspekten steht (Abb. 2):

- Der individuellen Spiritualität (definiert als all das, was dem Leben Sinn gibt und als persönliche Ressource dient)
- Sozialen Aktivitäten und sozialen Beziehungen
- Selbstfürsorge (definiert als Dinge, die Patient:innen selbst tun können, außer Medikamente einzunehmen, um ihre Beschwerden zu lindern).

*Holistic Care Program for Elderly Patients to Integrate Spiritual Needs, Social Activity and Self-Care into Disease Management in Primary Care

In der Interventionsgruppe erhielten die Hausärzt:innen und Medizinischen Fachangestellten (MFA) eine halbtägige Schulung (2). Anschließend erhoben die Hausärzt:innen im Rahmen eines DMP-Termins eine spirituelle Anamnese nach dem Gesprächsmodell SPIR (Abb. 1). Dieses erlaubt es, anhand von vier Hauptfragen, die durch Unterfragen ergänzt oder ersetzt werden können, wesentliche Informationen zur individuellen Spiritualität – einschließlich der sozialen Integration und Selbstfürsorge – zu erheben. Die MFA führten eine Beratung zur Selbstfürsorge durch Hausmittel und regionalen sozialen Angeboten für Ältere durch. Hierfür wurden von der Studienzentrale laienverständliche Beschreibungen von ausgewählten Hausmitteln („Infozepte“, erhältlich unter www.hopes3.de) sowie eine Datenbank zur Verfügung gestellt, die soziale Angebote für Ältere im Umkreis von 10km um die jeweilige Praxis enthielt. In der Kontrollgruppe wurden die DMPs wie bisher durchgeführt. Eingeschlossen wurden Patient:innen ≥ 70 Jahre, mit ≥ 3 chronischen Krankheiten, ≥ 3 Medikamenten und Teilnahme an einem DMP. Im Rahmen einer begleitenden Prozessevaluation wurden alle Hausärzt:innen, MFA und Patient:innen der Interventionsgruppe gebeten, jede spirituelle Anamnese und jede Beratung innerhalb von 2 Wochen mittels eines kurzen Fragebogens zu bewerten und eingeladen, nach Studienabschluss an einem Interview teilzunehmen.

Abb. 1: SPIR-Gesprächsmodell

S. Würden Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (religiösen/spirituellen) Menschen betrachten? In wen oder in was setzen Sie Ihre Hoffnung? Woraus schöpfen Sie Kraft?

Gibt es etwas, das Ihrem Leben einen Sinn verleiht? Welche Glaubensüberzeugungen sind für Sie wichtig?

P. Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben und für Ihre gegenwärtige Situation?

Welchen Einfluss haben diese Überzeugungen darauf, wie Sie mit sich selber umgehen und in welchem Maß Sie auf Ihre Gesundheit achten?

Wie haben Ihre spirituellen und Glaubens-Überzeugungen Ihr Verhalten während dieser Erkrankung bestimmt?

Welche Rolle spielen Ihre Überzeugungen dabei, dass Sie wieder gesund werden?

I. Gehören Sie zu einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe)?

Bedeutet dies eine Unterstützung für Sie? Inwiefern?

Gibt es eine Person oder Gruppe von Leuten, die Ihnen wirklich viel bedeuten und die wichtig für Sie sind? Würden Sie sich wünschen, mehr Gesellschaft zu haben?

R. Wie soll ich als Ihr Arzt / Seelsorger / Krankenschwester usw. mit diesen Fragen umgehen?

Wer ist Ihr wichtigster Gesprächspartner in Bezug auf spirituelle und Glaubens-Überzeugungen?

Welche Rolle sollen diese Überzeugungen in der ärztlichen Behandlung spielen?

Spirituelle und Glaubens-Fragen sind für Krank- und Gesundsein ein wichtiger Bereich. Haben Sie den Eindruck, dass wir über Ihre Überzeugungen so gesprochen haben, wie Sie es sich wünschen?

Möchten Sie etwas hinzufügen?

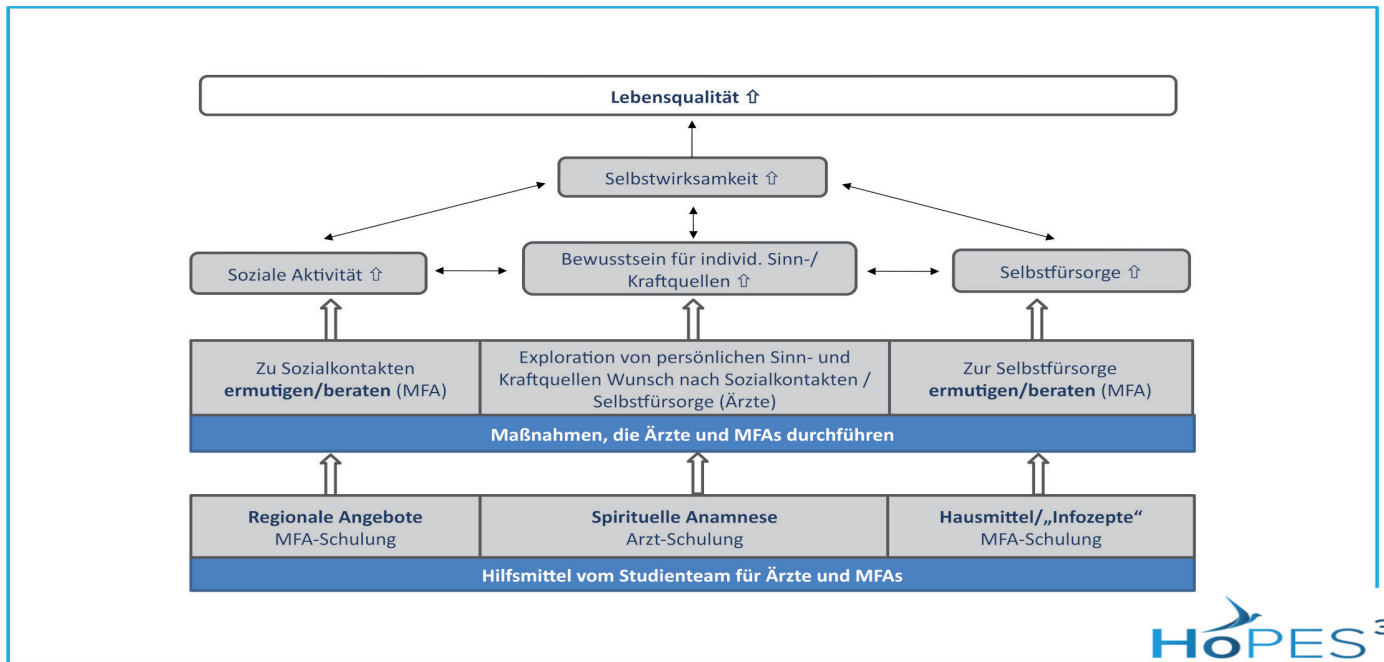


Abb. 2: Wirkmodell der HoPES3-Intervention.

Ergebnisse der RCT

Daten von 297 Patient:innen aus 23 Hausarztpraxen wurden ausgewertet (3). Es konnte kein Einfluss der komplexen Intervention auf die Selbstwirksamkeit (primärer Endpunkt) nachgewiesen werden. Jedoch wurden bei der Auswertung der sekundären Endpunkte und in den Subgruppenanalysen interessante Beobachtungen gemacht: Patient:innen, die bereits vor Studienbeginn Hausmittel genutzt hatten sowie Patient:innen, die angaben, dass Spiritualität eine große Bedeutung in ihrem Leben habe, zeigten eine deutliche Verbesserung des psychischen Wohlbefindens (SF12-Fragebogen). Die Punktdifferenz von 7,3 bzw. 6,2 Punkten auf einer Skala von 0-100 kann als starker bzw. moderater Effekt interpretiert werden.

Ergebnisse der Prozessevaluation

Spirituelle Anamnese

57,9% (n=77) der Patient:innen gaben an, dass die spirituelle Anamnese (sehr) hilfreich für sie gewesen sei; 2,3% (n=3) empfanden sie als (sehr) belastend. In den Interviews berichteten die Hausärzt:innen, dass die spirituelle Anamnese mit etwas Routine „einfacher als gedacht“ gewesen sei. Herausfordernd sei gewesen, das eigentliche Gesprächsziel zu vermitteln, weil viele Patient:innen den Begriff Spiritualität mit Religion/Kirche assoziierten und zunächst überrascht bis ablehnend reagierten. Von beiden Seiten wurde der Nutzen der spirituellen Anamnese in einer spürbaren Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung gesehen (4).

Beratung zu regionalen sozialen Angeboten

Von den Patient:innen, die angaben, eine Beratung zu regionalen sozialen Aktivitäten für Ältere erhalten zu haben (n=70), empfanden das 47% (n=33) als ziemlich oder sehr hilfreich, 41% (n=29) als ein wenig hilfreich und 11% (n=8) als gar nicht hilfreich. Wenngleich Vorschläge für konkrete soziale Aktivitäten den Interviews zufolge selten umgesetzt wurden, wurde das Interesse des Praxisteam an diesen Lebensaspekt sehr begrüßt. Während in den Interviews viele Patient:innen berichteten, sich nicht weiter auf die Frage nach der Spiritualität eingelassen zu haben, wurde die Frage nach sozialen Beziehungen von allen bereitwillig beantwortet.

Selbstfürsorge durch Hausmittel

82% (n=133) der Patient:innen der Interventionsgruppe gaben an, im Rahmen der Studie eine Beratung zu Hausmitteln erhalten zu haben. 65% empfanden das als ziemlich oder sehr hilfreich. Als Motive für die Nutzung von Hausmitteln wurden von den Patient:innen das Gefühl der Selbstbestimmtheit im Umgang mit der eigenen Gesundheit und die Vermeidung von zu vielen Medikamenten genannt.

Fazit

Das proaktive Thematisieren von ganzheitlichen Versorgungsaspekten wie persönliche und spirituelle Kraftquellen, soziale Integration und Selbstfürsorge könnte die DMP für bestimmte Patientengruppen sinnvoll ergänzen.

Danksagung

Unser Dank gilt insbesondere den teilnehmenden Hausärzt:innen, MFA und Patient:innen.

Fragen/Kontakt

cornelia.strassner@med.uni-heidelberg.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

- (1) Straßner C, Frick E, Stotz-Ingenlath G, Buhlinger-Göpfarth N, Szecsenyi J, Krisam J, Schalhorn F, Valentini J, Stolz R, Joos S. Holistic care program for elderly patients to integrate spiritual needs, social activity, and self-care into disease management in primary care (HoPES3): study protocol for a cluster-randomized trial. *Trials* 2019, 20(1):364.
- (2) Kunsmann-Leutiger E, Straßner C, Schalhorn F, Stolz R, Stotz-Ingenlath G, Buhlinger-Göpfarth N, Bentner M, Joos S, Valentini J, Frick E. Training General Practitioners and Medical Assistants Within the Framework of HoPES3, a Holistic Care Program for Elderly Patients to Integrate Spiritual Needs, Social Activity, and Self-Care into Disease Management in Primary Care. *Journal of multidisciplinary healthcare* 2021, 14, 1853–1861.
- (3) Sturm N, Krisam J, Szecsenyi J, Bentner M, Frick E, Mächler R, Schalhorn F, Stolz R, Valentini J, Joos S, Straßner C. Spirituality, Self-Care, and Social Activity in the Primary Medical Care of Elderly Patients—Results of a Cluster-Randomized Interventional Trial (HoPES3). *Dtsch Arztebl Int.* 2022 Feb 25;119(8):124-131
- (4) Mächler R, Sturm N, Frick E, Schalhorn F, Stolz R, Valentini J, Krisam J, Straßner C. Evaluation of a spiritual history with elderly, multimorbid patients in general practice – a mixed-methods study within the Project HoPES3. *Int J Environ Res Public Health* 2022, 19, 538.

Alle Publikationen zum Projekt sind gelistet auf www.hopes3.de.