



READY4THERAPY

TASCHENFIBEL

für Fachpersonen, die Menschen mit HIV
bei Therapieentscheidungen unterstützen

ZU DIESER TASCHENFIBEL

Die antiretrovirale Kombinations-therapie (ART) hat die durch HIV verursachte Morbidität und Mortalität drastisch reduziert^{1,2}. Eine erfolgreich durchgeführte ART erfordert eine enge und dauerhafte Zusammenarbeit der Fachleute mit ihren Patienten. Im Idealfall beginnt diese Zusammenarbeit mit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, wann und wie

die ART eingeleitet werden soll. Ist der Entscheid über den Therapiebeginn einmal getroffen, müssen die Patienten die Pilleneinnahme in den Alltag integrieren, und die Medikamentensicherheit muss überwacht werden.

Da die ART eine Dauerbehandlung ohne definierten Endpunkt ist, müssen Patienten über viele Jahre die Adhärenz

ZU DIESER TASCHENFIBEL

aufrechterhalten. Dies erfordert Disziplin und eine kontinuierlich hohe Motivation seitens der Patienten; zudem bedarf es einer sorgfältigen Überwachung der Nebenwirkungen^{3,4}.

Es bestehen internationale Behandlungsrichtlinien, die es Fachpersonen erleichtern, Patienten im Entscheidungsprozess zu unterstützen^{5,6}. Diese Richtlinien reflektieren die objektiven Kriterien zur Beurteilung der Notwendigkeit einer Therapie des Patienten. Sie geben auch Hinweise zur Überwachung der ART hinsichtlich Medikamentensicherheit und Nebenwirkungen.

In jedem einzelnen Fall aber hängt der Erfolg eines Therapieregimes von der Bereitschaft des Patienten ab, die ART einzuleiten und dauerhaft in den Alltag zu integrieren^{3,7,8}. Einige Patienten tun sich aufgrund ihrer Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit schwer damit, die ART zu beginnen.

Andere Patienten bekunden Mühe mit der zeitgerechten Medikamenteneinnahme, beispielsweise bedingt durch unregelmässige Arbeitszeiten und die Angst vor einem eventuellen Offenle-

gen der HIV-Infektion am Arbeitsplatz. Und selbst Patienten, die jahrelang problemlos adhären waren, können plötzlich mit Vergesslichkeit kämpfen. Diese Beispiele zeigen, dass Patienten unterschiedlichsten Therapiebarrieren gegenüberstehen können. Umso wichtiger ist die Unterstützung durch erfahrene Fachpersonen^{11,17}.

Die vorliegende Taschenfibel soll Fachpersonen in der klinischen Praxis helfen, die Patienten vor dem Einleiten der ART optimal zu unterstützen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der ersten Phase des Entscheidungsprozesses. Ebenfalls berücksichtigt sind Strategien zur dauerhaften Verankerung der Therapie im Alltag.

Die vorgestellten Techniken sind evidenzbasiert und reflektieren langjährige klinische Erfahrung. Ärzte und Pflegenden sollen diese Techniken nutzen, um die Ansichten, Probleme und Ressourcen ihrer Patienten zu erfahren und auf dieser Basis die Therapiebereitschaft der Patienten optimal zu unterstützen.



READY4THERAPY

Dunja Nicca^{1,2}, Jan Fehr³, David Haerry⁴, Wolf Langewitz⁵

- 1 Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen (KSSG)
- 2 Institut für Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel (USB)
- 3 Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Universitätsspital Zürich (USZ)
- 4 Projekt Koordination, Positivrat Schweiz, www.positivrat.ch
- 5 Institut für Psychosomatik, Bereich Medizin, Universitätsspital Basel (USB)

3. Ausgabe 2014

Realisiert mit der Unterstützung von: MSD, Gilead, Janssen, USB, USZ, KSSG

Hinweis der Autoren: Die Referenzen wurden für diese Ausgabe aus dem englischen übersetzt. Zur Vertiefung empfehlen wir den Praxisleitfaden «Kommunikation im medizinischen Alltag», Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2013. Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wurde die männliche Form gewählt.

Der erste Schritt zu einer langfristig erfolgreichen Therapie ist der geglückte Beginn oder Wiederbeginn der ART. Das Bestimmen des richtigen Startzeitpunktes ist ein zweistufiger Prozess. Als erstes muss der ART-Bedarf des Patienten korrekt eingeschätzt werden; dabei helfen aktuelle Richtlinien der Fachgesellschaften.

Als zweites muss die Therapiebereitschaft des Patienten richtig eingeschätzt und – wo nötig – unterstützt werden. Dabei handelt es sich um einen Prozess, der bei der ersten Konsultation beginnt und sich über die nachfolgenden Termine fortsetzt. Auf der Ebene des Patienten wie auch des Versorgers können Schranken den Prozess behindern.

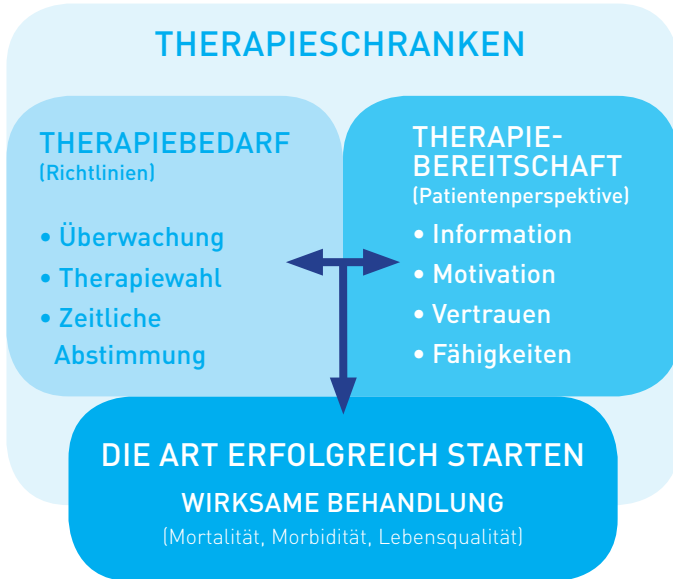


Abb 1: Prozess eines erfolgreichen Therapiestarts

Während des Entscheidungsprozesses zum ART-Beginn durchlaufen Patienten die folgenden Bereitschaftsstufen (siehe auch Illustration 2). Es gilt zu berücksichtigen, dass Patienten manchmal lange auf einer Stufe verharren oder von fortgeschrittenen Stadien auf vorhergehende regredieren können^{9,10,12,13}.

Die Beschreibung der Bereitschaftsstufen wird illustriert durch Zitate eines 48-jährigen homosexuellen Mannes und einer 38-jährigen Frau mit einer Vergangenheit als Drogengebraucherin. Beide erzählten im Rahmen einer qualitativen Studie von ihren Erfahrungen im Therapieentscheidungsprozess¹⁴.

1. SORGLISIGKEIT

Der Patient hat keine Absicht, eine ART zu beginnen und realisiert nicht, welche gesundheitlichen Risiken er ohne ART in Kauf nimmt.

– oder –

Der Patient hat über einen Therapiebeginn nachgedacht, zieht es aber vor, das Thema zu vermeiden und so weit wie möglich von sich fernzuhalten.

«Ich habe nicht sehr viel darüber nachgedacht, aber vor meinem geistigen Auge sah ich mich riesige Mengen Pillen

schlucken — ich wollte das alles weit von mir weisen und verdrängen.»
(48-jähriger Mann)

2. BEWUSSTWERDEN

Der Patient denkt darüber nach, in den nächsten Monaten einen Therapieentscheid zu fällen. Er wägt Vor- und Nachteile ab und ist hin- und hergerissen, wie er sich entscheiden soll.

«Da wurde mir klar, dass ich mich in den nächsten paar Jahren für eine Therapie entscheiden musste. Als ich im letzten Jahr die Laborresultate vor dem Sommerurlaub bekam — da begann ich erst richtig, mir die Sache zu überlegen.»
(48-jähriger Mann)

«Du wägst die Dinge immer ab, innerlich bist du hin- und hergerissen, weißt nicht, was du tun sollst. Was zählt für dich persönlich am meisten? Es ist schwierig, darüber mit dem Arzt zu sprechen. Und dann die Sache mit den Nebenwirkungen, obwohl du natürlich hoffst, dass sich das verbessert.»
(38-jährige Frau)

3. VORBEREITUNG

Der Patient hat sich entschieden, die ART zu beginnen.

– oder –

Der Patient hat sich bewusst gegen eine ART entschieden.

«Ein klares Bild meiner Therapie konnte ich mir erst im Moment der Entscheidung machen. Da habe ich mich all den Aspekten der Therapie erst wirklich gestellt. Jetzt muss ich diese Tabletten morgens um sieben nehmen, und dann nochmals abends um sieben. Irgendwie konnte ich mir das vorher gar nicht vorstellen.»

(48-jähriger Mann)

4. THERAPIESTART

Der Patient beginnt eine ART und integriert die Pilleneinnahme in sein tägliches Leben.

«Ich begriff, dass ich Medikamente haben konnte, die zu mir passen. Ich empfand es als beruhigend, dass es Medikamente gibt, die mir ein normales Leben ermöglichen.»

(38-jährige Frau)

5. ERHALTUNG

Der Patient bleibt trotz Herausforderungen – wie schwierige Lebensumstände oder medizinisch begründete Therapieumstellungen – unbeirrt bei der Therapie.

Die Forschung zeigt, dass Patienten unter ART ständig Entscheidungen über die Therapieeinnahme und –fortsetzung fällen (z. B. betreffend Anpassung der Dosierung und Einnahmezeiten oder Therapiepausen). Auch bestens etablierte Therapiemuster können sich verändern⁴. Therapieentscheidungen werden also fortlaufend gefällt.

Es gibt viele mögliche Schranken, welche den fortlaufenden Therapieentscheidungsprozess eines Patienten negativ beeinflussen können^{11,15,16,17}. Wir zeigen in dieser Taschenfibel einige häufige Barrieren auf, welche mit einfachen Methoden erkannt werden können. Es ist wichtig, dass die Fachperson diese Schranken richtig einschätzt, sie können sich negativ auf Therapiebereitschaft und Adhärenz auswirken.

Die folgenden Fragen können im Gespräch mit Patienten eingesetzt werden, um Depressionen sowie schädlichen Alkohol- und Drogengebrauch zu erkennen (siehe Referenzen für weiterführende Literatur).

DEPRESSION: PHQ-2 or PHQ-9¹⁸

Metaanalysen zeigen eine konsistente Beziehung zwischen Depression und Nicht-Adhärenz mit ART, die sich auch bei Patienten mit einer sub-klinischen Depression findet. Darum ist es wichtig, depressive Symptome abzuklären und sogar auf niedrigem Niveau zu intervenieren¹⁹.

PHQ-2

Frage: «Wie häufig hat sie in den letzten zwei Wochen eines der folgenden Probleme gestört? 1. Wenig Interesse oder Freude etwas zu tun; 2. Niederge-

schlagene, deprimierte oder hoffnungslose Stimmung.»

Antworten: Überhaupt nicht (0) / An mehreren Tagen (1) / Mehr als die Hälfte der Tage (2) / Fast täglich (3). Erreicht der Patient 2 oder mehr Punkte, fahren Sie mit folgenden Fragen weiter:

PHQ-9

Fragen 1 & 2 plus: «3. Probleme beim Einschlafen, Durchschlafen, oder zu viel Schlaf; 4. Gefühl von Müdigkeit oder Energielosigkeit; 5. Wenig Appetit oder Überessen; 6. Schlechtes Selbstwertgefühl – oder das Gefühl, ein Versager zu sein oder sich selbst oder die Familie enttäuscht zu haben; 7. Konzentrationsschwierigkeiten, zum Beispiel beim Zeitungslernen oder Fernsehen; 8. Derart langsames Bewegen oder Sprechen, dass es andere Leute eventuell bemerken. Oder das Gegenteil – sie waren derart zapplig oder ruhelos, dass sie sich mehr als normal bewegen; 9. Gedanken, dass sie besser tot wären, oder der Wunsch, sich selbst weh zu tun.»

Evaluation: Sensitivität und Genauigkeit des PHQ-2 für eine ernsthafte Depression waren 86% und 78% bei einem Resultat von 2 und höher. Für den PHQ-9 gelten 74% und 91% bei einem Resultat von 10 und höher. 1-4 minimale Depression / 5-9 milde De-

OBSTACLES AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

pression / 10-14 moderate Depression / 15-19 mittelschwere Depression / 20-27 schwere Depression¹⁸.

SCHÄDLICHER ALKOHOLKONSUM: FAST^{20,21}

Alkoholkonsum: Metaanalysen zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Nicht-Adhärenz zur ART. Diese Abhängigkeit wird aber durch weitere Variablen beeinflusst. Zum Beispiel ist der Zusammenhang stärker im Kontext von niedrigem intravenösen Drogengebrauch²².

Frage an Männer: «Wie oft trinken Sie acht oder mehr alkoholische Getränke bei einem Anlass?»

Frage an Frauen: «Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einem Anlass?»

Antworten: Nie / Weniger als einmal pro Monat / Monatlich / Wöchentlich / Täglich oder fast täglich

Frage: «Wie oft im vergangenen Jahr konnten Sie sich wegen ihres Alkoholkonsums nicht mehr an Ereignisse der vorhergegangenen Nacht erinnern?»

Antworten: Nie / Weniger als einmal pro Monat / Monatlich / Wöchentlich / Täglich oder fast täglich

Frage: «Wie oft im vergangenen Jahr war ein Verwandter oder Freund, eine Pflegefachperson oder ein Arzt besorgt wegen

Ihres Alkoholkonsums oder wollte, dass Sie diesen reduzieren?»

Antworten: Nie / Einmal / Mehr als einmal

Evaluation: Sensitivität 93%, Spezifizität 88%. Falls die Antwort zu Frage 1 "nie" lautet, dann liegt kein übermäßiger Alkoholkonsum vor und Sie müssen keine weiteren Fragen stellen. Andernfalls fahren Sie weiter und bewerten Sie die Fragen 1,2,3 wie folgt: Nie =0 / Weniger als einmal pro Monat =1 / Monatlich =2 / Wöchentlich =3 / Täglich oder fast täglich =4. Frage 4 bewerten Sie wie folgt: Nein=0 / Einmal =2 / Mehr als einmal =4. Die Gesamtsumme für gefährlichen Alkoholkonsum ist 3 oder höher.

KOGNITIVE DYSFUNKTION²⁴

Die Prävalenz HIV-assoziiert kognitiver Störungen ist hoch und kann sowohl die Entscheidungsfindung des Patienten wie auch die Adhärenz beeinflussen²³. Wir empfehlen, eine mögliche kognitive Dysfunktion zu überprüfen. Die folgenden Fragen können verwendet werden. Deren Anwendungssicherheit ist jedoch noch nicht gut etabliert.

Frage: «Leiden Sie häufig unter Gedächtnisverlust, d.h. vergessen Sie spezielle Veranstaltungen, auch solche jüngeren Datums, Verabredungen usw.? Haben Sie den Eindruck, Ihr Denken sei verlangsamt, Sie hätten Mühe beim Planen

OBSTACLES AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

oder beim Lösen von Problemen? Haben Sie Konzentrationsprobleme z. B. im Gespräch, beim Lesen, oder im Kino?»

Antworten: Nie / Selten / Ja, ganz sicher

Evaluation: Bei einer positiven Antwort («ja, ganz sicher») wird eine vertiefte Abklärung empfohlen.

Einige zusätzliche Schranken, die man erkennen und verkleinern sollte:

STIGMA-BEDINGTE SCHRANKEN

Die Angst vor Stigmatisierung und die Erfahrung von sozialer Ausgrenzung beeinflusst die ART-Adhärenz und die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung negativ²⁵. Es ist wichtig zu betonen, dass es dem Patienten hilft, wenn er über mindestens eine nahestehende und über seinen Status informierte Person verfügt, welche ihn unterstützt^{26,27}. Fachpersonen können dem Patienten dabei helfen, seine Diagnose gut überlegt offenzulegen²⁸.

SYSTEM- UND VERSORGERBEDINGTE SCHRANKEN

Studien zeigen, dass Patienten darüber hinaus mit verschiedenen systembedingten Schranken konfrontiert sind, etwa mit nicht ausreichender Krankenversicherung oder mit eingeschränkter Verfügbarkeit

von Medikamenten. Dazu kommen Barrieren auf Seiten der Fachpersonen, die z.B. die medikamentöse Behandlung von Patienten mit intravenösem Drogenkonsum einschränken^{17,29}. Aus Metaanalysen ergibt sich keine Evidenz für eine Einschränkung der Therapie bei Patienten mit intravenösem Drogenkonsum aufgrund eines erhöhten Resistenzrisikos³⁰.

DIE THERAPIEBEREITSCHAFT EINSCHÄTZEN

Auch die erfahrenste Fachperson kann sich der inneren Gedanken und Gefühle eines Patienten nicht sicher sein. Studien haben wiederholt gezeigt, dass Fachpersonen Mühe haben, Therapiebereitschaft und Therapietreue von Patienten korrekt einzuschätzen^{11,31}. Da von Fachpersonen erwartet wird, dass Sie die Therapiestrategie mit dem Verhalten des Patienten in Einklang bringen, sind das schwerwiegende Mängel.

Der Einsatz einer patientenzentrierten Kommunikationstechnik kann der Fachperson jedoch helfen, des Patienten Gedanken und Gefühle zur antiretroviralen Therapie zu identifizieren. Mit diesen Informationen ist es einfacher, die Therapiebereitschaft eines Patienten richtig einzuschätzen und allenfalls stufengerechte Hilfe anzubieten.

EIN PATIENTENZENTRIERTES GESPRÄCH FÜHREN

Die folgenden Gesprächstechniken werden für das Einschätzen der Therapiebereitschaft und der Wahl der angemessenen Intervention empfohlen³².

DIE AGENDA BESTIMMEN³²

Zeitlimiten vereinbaren, die zu diskutierenden Fragen auflisten, und das Einverständnis des Patienten vor Gesprächsbeginn einholen. Beispiel: **Fachperson:** «Wir haben heute 30 Minuten Zeit. Falls wir mehr Zeit benötigen, vereinbaren wir einen weiteren Termin. Ich möchte mit Ihnen heute die Medikamente zur Behandlung der

HIV-Infektion diskutieren. Gibt es ein Thema, das Sie heute mit mir besprechen möchten?»

Patient: «Nein.»

Im Falle eines «Ja» (ein Thema des Patienten zusätzlich), könnte die Fachperson antworten: «Sehr gut, das sind dann zwei Themen für heute. Fangen wir an!» Oder: «Wären Sie einverstanden, wenn wir dieses Thema beim nächsten Termin drannehmen? Andernfalls schaffen wir das heute anstehende Thema nicht.»

EIN PATIENTENZENTRIERTES GESPRÄCH FÜHREN

OFFENE FRAGEN VERWENDEN

Manchmal gibt die Reaktion eines Patienten beim Vereinbaren der Themen einen Hinweis auf die Therapiebereitschaft. Durch offene Fragen kann die Fachperson die Thematik auf Fragen rund um den Therapiebeginn ausweiten und Verständnislücken schliessen.

Beispiel: «Heute möchte ich über HIV-Medikamente sprechen.» Eine PAUSE erlaubt es dem Patienten zu zeigen, was er/sie zu diesem Thema denkt oder fühlt. Zögern, skeptischer Gesichtsausdruck oder offene Zurückweisung könnten ein Hinweis sein, dass sich der Patient noch nicht mit einer Therapie beschäftigt hat oder das Thema verdrängt. (SORGLOSIGKEIT). In diesem Fall muss die Fachperson die Meinung des Patienten ergründen. Falls der Patient positiv oder interessiert reagiert, hat er wahrscheinlich bereits die Stufe des BEWUSSTWERDENS oder sogar jene der VORBEREITUNG erreicht.

Nachdem der Patient sich beim Bestimmen der Agenda spontan zu einem Thema geäußert hat, kann die Fachperson weiterführende offene Fragen benutzen, um präzisere Informationen zu erhalten:

- «Was haben Sie denn über HIV-Medikamente schon gehört oder gelesen?»
- «Was denken Sie über diese Medikamente?»
- «Was halten Sie von einer Therapie für Sie selber?»
- «Vor nicht langer Zeit haben wir über eine antiretrovirale Therapie diskutiert – wie sehen Ihre Gedanken und Gefühle dazu jetzt aus?»

Nach den offenen Fragen und während des Gesprächs können die folgenden Techniken den Patienten zum Erzählen bewegen³²:

Warten: Nachdem der Patient etwas gesagt hat, Augenkontakt halten und ein paar Sekunden warten (> 3 sec).

Wiederholen: «... die Pillen tun mir sowieso nicht gut!» Fachperson: «sowieso nicht gut ...? (PAUSE)» Patient: «Nein, weil ich ...»

Spiegeln: «Sie scheinen ziemlich enttäuscht ...?»

Zusammenfassen: «Lassen sie mich Ihre Aussage zusammenfassen. Sie hatten in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit Medikamenten...».

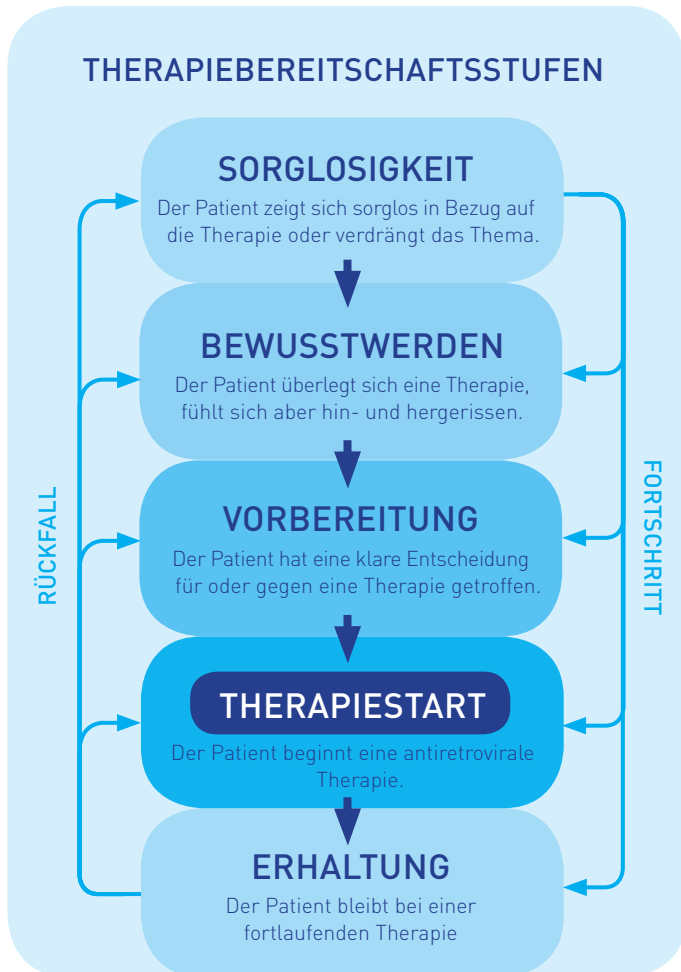


Abb. 2: Bereitschaftsstufen

EINE HYPOTHESE ZUR BEREITSCHAFTSSTUFE MACHEN

Am Ende des Gesprächs sollte die Fachperson die Gedanken und Gefühle des Patienten zum Therapiestart kennen und verstehen. Auf diesem Verständnis aufbauend, kann sie eine auf die Therapiebereitschaftsstufe des Patienten abgestützte Entscheidung treffen. Diese Information hilft der Fachperson, stadiengerechte Interventionen zu planen und durchzuführen.

Falls ein Patient eine Intervention nicht aufgreift, sollte die Bereitschaftsstufe umsichtig neu eingeschätzt werden. Die Hypothese betreffend der Bereitschaftsstufe des Patienten war möglicherweise von vornherein falsch, oder der Patient ist bereits weiter zur nächsten Stufe fortgeschritten, oder auf eine tiefere Stufe zurückgeht (siehe Abb. 2).

STADIENGERECHTE INTERVENTIONEN

Stadiengerechte Interventionen helfen dem Patienten, auf die nächste Stufe voranzukommen. Nutzen Sie die unten aufgeführten Interventionen gemäss der aktuellen Bereitschaftsstufe des Patienten. Wählen Sie die auf die Lebensumstände des Patienten am besten passende Intervention aus den stadienspezifischen Vorschlägen. Evaluieren Sie die Wirkung jeder Intervention genau und beurteilen Sie die Bereitschaftsstufe des Patienten fortlaufend. Der Fortschritt von Stufe zu Stufe braucht Zeit und konstante Unterstüt-

zung. Falls ein Patient auf eine tiefere Stufe zurückgeht, ist dies kein Grund, auf stadiengerechte Interventionen zu verzichten.

1. SORGLOSIGKEIT

- Identifizieren Sie die Gefühle des Patienten über das Leben mit HIV und beurteilen Sie seine Krankheitsvorstellungen.
- Identifizieren Sie die Gefühle des Patienten über die ART und beurteilen Sie seine Therapievorstellungen.
- Gestützt auf die Erkrankung des

STADIENGERECHTE INTERVENTIONEN

Patienten und seine Therapievorstellungen: Erklären Sie, was es im Prinzip bedeutet, mit HIV zu leben, und weshalb eine ART sinnvoll wäre. Ziel ist, das Selbstverständnis des Patienten zu stärken, nicht dem Patienten die Bedrohlichkeit seiner Lage zu vermitteln oder ihn zu ängstigen.

- Bemühen Sie sich um eine vertrauensvolle Beziehung mit dem Patienten. Damit ermöglichen Sie weiterführende Gespräche beim nächsten Termin.

BEISPIEL (auf Therapievorstellungen gestützte personalisierte Information)
Patient: «Die Therapie ist keine Option für mich. Ich habe gesehen, wie meine Freunde unter den Nebenwirkungen gelitten haben. Ich genieße lieber mein Leben in vollen Zügen und sterbe, wenn's soweit ist.»

Fachperson: «Ich befürchte, dass Ihr Plan nicht so aufgeht, wie Sie sich das vorstellen.» PAUSE «Ist es für Sie OK, wenn ich Ihnen sage, weshalb?»
Patient: « Ja. »

Fachperson: «Ich befürchte, Ihr Immunsystem wird ohne Therapie immer schwächer. Mit einem geschwächten Immunsystem werden Sie gesundheitliche Probleme bekommen. Die werden Sie nicht gleich umbringen, aber

sie werden Ihnen grosses Leiden und Schmerzen verursachen. Sie sollten auch berücksichtigen, dass die neuen Medikamente weniger Nebenwirkungen haben und besser verträglich sind. Die meisten meiner Patienten sagen von sich, dass sie ein aktives Leben führen und bezüglich HIV keine Probleme haben. Das ist ganz anders als noch vor 10 Jahren.» PAUSE

2. BEWUSSTWERDEN

- Fragen Sie den Patienten nach dem Für und Wider einer ART indem Sie Ihr Wissen über seine persönlichen Lebensumstände, Emotionen und Gefühle nutzen, um genauere Antworten zu erhalten.
- Anerkennen Sie, dass jede Ambivalenz — ein «ja, aber...» — völlig normal ist und geben Sie dem Patienten die Zeit, sich alles gründlich zu überlegen.
- Offerieren Sie unterstützende Informationen wie Broschüren über das Für und Wider der Therapie und unterstützen Sie den Patienten bei der Suche nach Informationen.
- Fordern Sie den Patienten auf, sich ein Leben mit ART vorzustellen. Erkunden Sie verschiedene Szenarien und was diese für den Patienten bedeuten könnten.
- Ermutigen Sie den Patienten sich auf den Gedanken einzulassen, dass eine

ART sich in sein Leben integrieren lässt; vielleicht helfen die Erfolgsgeschichten anderer Patienten?

BEISPIEL (Zusammenfassen des Für und Wider)

Provider: «Sie erzählen mir, dass Sie mit dem Therapiestart zögern, weil es Ihnen unangenehm ist, in der Öffentlichkeit Medikamente zu nehmen und weil Sie sich über Nebenwirkungen Sorgen machen. UND Sie haben auch gesagt, Sie denken, dass Sie mit einer ART weniger müde wären und gesund blieben. Das tönt, als ob Sie ein wenig hin- und hergerissen wären?»

Patient: «Ja, irgendwie schon.»

Provider: «Würde es Ihnen helfen, wenn wir uns etwas Zeit nehmen und sowohl das Für und das Wider genauer anschauen?»

3. VORBEREITUNG

Wenn sich der Patient für das Einleiten einer Therapie entschieden hat:

- Besprechen Sie passende Kombinationen inklusive der einfachsten möglichen Therapie.
- Besprechen Sie die Wirkung der Therapie sowie mögliche Nebenwirkungen.
- Erklären Sie die Wichtigkeit der Therapietreue zur Vermeidung resistenter Mutationen.
- Erstellen Sie mit dem Patienten einen Plan zur Integration der Therapie in den Alltag.

- Besprechen Sie mögliche Sozialhilfeangebote und wie der Patient ihm nahestehende Personen ins Therapiemanagement einbeziehen kann.
- Identifizieren Sie mögliche Hilfsmittel sowie potentielle Adhärenzschranken und setzen Sie angemessene Massnahmen um.
- Offerieren Sie Übungsmöglichkeiten mit elektronischen Pillendosen und diskutieren Sie die Auswertung mit dem Patienten auf eine konstruktive Art und Weise.
- Bewerten Sie die Einschätzung der Selbstwirksamkeit des Patienten bei der Medikamenteneinnahme (die Eigenbewertung des Patienten betreffend seiner Fähigkeit, die Therapie im Alltag wie besprochen einzunehmen). Benutzen Sie dazu die 10-Punkte Likert-Skala (Überhaupt nicht zuversichtlich 1 bis Absolut zuversichtlich 10)³³.

BEISPIEL (Einschätzung der Selbstwirksamkeit)³³

Fachperson: «Wir haben jetzt die Therapie und das Einnahmeschema besprochen. Wie beurteilen Sie Ihre Fähigkeit, die Therapie wie vorgesehen einzunehmen?» Denken Sie an eine Skala von 1 bis 10; 1 bedeutet «Traue ich mir überhaupt nicht zu» und 10 bedeutet «Das traue ich mir vollkommen zu».

Patient: «Fünf.»

Bei Werten unter 7: Verbessern Sie das

STADIENGERECHTE INTERVENTIONEN

Vertrauen des Patienten, indem Sie fragen:

Fachperson: «Warum sind Sie bei fünf und nicht bei vier?» oder «Was denken Sie, was brauchen Sie, um sechs zu erreichen?»

Falls sich der Patient gegen eine antiretrovirale Therapie entschieden hat:

- Anerkennen Sie die Entscheidung.
- Betonen Sie, dass eine Änderung der persönlichen oder klinischen Situation eine Neubewertung der Lage erfordert und die Therapiefrage nochmals diskutiert werden muss.

4. THERAPIESTART

- Planen Sie regelmässige Konsultationen. Prüfen Sie, ob gesetzte Ziele erreicht worden sind und setzen Sie neue.
- Besprechen Sie verschiedene Situationen, welche die Therapietreue beeinflussen könnten: Unter anderem Ferien, Angst vor Offenlegung der HIV-Infektion, Nebenwirkungen oder Vergesslichkeit.
- Erwägen Sie, ob der Patient möglicherweise von einer besser strukturierten Medikamenteneinnahme profitieren würde, z. B. eine täglich überwachte Abgabe (DOT – daily observed therapy), oder eine modifizierte täglich überwachte Abgabe (mDOT – modified

daily observed therapy), einschliesslich Ausbildungsunterstützung.

- Geben Sie positive, unterstützende Rückmeldungen. Offerieren Sie die fortwährende Nutzung elektronischer Pillenschachteln und geben Sie Rückmeldungen zur Adhärenz. Bewerten Sie die Adhärenz regelmässig und – falls der Patient Probleme hat – diskutieren Sie diese wertfrei und ohne Anschuldigungen.

BEISPIEL: (Nutzung strukturierter Adhärenz-Überwachungswerkzeuge zur frühzeitigen Lösung von Adhärenzproblemen)

Wenn die Therapie eingeleitet ist, sollte die Adhärenz regelmässig überprüft werden. Das Adhärenzmuster eines Patienten kann sich verändern und Probleme sollten erkannt werden, bevor sich eine ungenügende Adhärenz in Labormarkern bemerkbar macht³⁴. In der klinischen Praxis haben sich die folgenden beiden Fragen bewährt³⁴: Fragebogen der schweizerischen HIV-Kohortenstudie SHCS^{34,35}:

Frage: «Die tägliche Medikamenteneinnahme kann schwierig sein. Wie oft haben Sie in den vergangenen vier Wochen eine Dosis Ihrer HIV-Medikamente verpasst?»

Antworten: Täglich, Mehr als einmal

pro Woche, Einmal pro Woche, Alle zwei Wochen, Einmal im Monat, Nie

Frage: «Haben Sie mehr als eine Dosis nacheinander verpasst?»

Antworten: Ja / Nein

Bewertung: Mögliche Probleme sollen bewertet werden. Für die Kombination der beiden Fragen (Einnahmedhärenz: Prozentsatz eingenommener Dosen verglichen mit der Zahl verschriebener Dosen / Medikamentenpause: Keine Einnahme während 24h) sind die Sensitivität und die Spezifität 87.5% respektive 78.8% nach elektronischer Überwachung³⁵.

5. ERHALTUNG

In periodischen Intervallen und/oder im Zusammenhang mit prägenden Ereignissen (z.B. Schwangerschaft, Scheidung, Tod nahestehender Menschen, schwere Erkrankung, neue Beziehung):

- Wiederholen Sie Abklärung der Motivation, von erfolgreichen Strategien und Schwierigkeiten mit einem patientenzentrierten Gespräch.
 - Verwenden Sie weiterhin strukturierte Adhärenz-Überwachungswerkzeuge. Für Patienten mit genügender Adhärenz: Zeigen Sie Anerkennung und suchen Sie nach Erfolgsstrategien für andere Patienten.
- Für Patienten mit Motivationsproblemen oder bereits ungenügender Adhärenz
- Zeigen Sie Verständnis und suchen Sie nach möglichen Adhärenzschran-

ken mittels patientenzentrierten Gesprächen.

- Planen und evaluieren Sie Unterstützungsstrategien mit dem Patienten (z. B. Unterstützung im Symptomanagement einschliesslich mentaler Probleme, Verstärkung sozialer Unterstützung, Unterstützung beim Offenlegen der Diagnose, Verwendung oder Wiederverwendung von Hilfsmitteln, Erinnerungs- oder Feedbacksysteme, Diskussion von Motivationsproblemen, Überlegen von Therapieumstellungen, Unterstützung zur Stabilisierung von Lebensbedingungen)³⁶.

Alles in allem bestimmt eine gute Zusammenarbeit zwischen motivierten und befähigten Patienten auf der einen und fähigen Fachpersonen auf der anderen Seite den Erfolg einer antiretroviralen Therapie. Fachpersonen können sich die Werkzeuge und das Wissen zur Förderung und Unterstützung der Patienten aneignen und dieses kontinuierlich weiterentwickeln. Kontaktieren Sie uns für Ausbildungsprogramme für Fachpersonen und -teams:
www.ready4therapy.ch/team

- 1 Hogg, R.S. (2008). Life expectancy of Individuals on combination antiretroviral therapy in high income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. *Lancet*, 372 (9635), 293-299.
- 2 Hogg, R.S., Yip, B., Chan, K.J., Wood, E., Craib, K.J., O'Shaughnessy, M.V., Montaner, J.S. (2001). Rates of disease progression by baseline CD4 cell count and viral load after initiating triple-drug therapy. *JAMA*, 286, 2568-2577.
- 3 A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, Dobbels F, Fargher E, Morrison V, Lewek P, Matyjaszczyk M, Msheila C, Clyne W, Aronson JK, Urquhart J; ABC Project Team. *Br J Clin Pharmacol*. 2012 May;73(5):691-705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x. Review. PMID: 22486599 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 4 Glass, T.R., Battegay, M., Cavassini, M., DeGeest, S., Furrer, H.J.; Vernazza, P.L., P.L., Hirschel, B., Bernasconi, E., Rickenbach, M., Günthard, H.F., Bucher, H.C., Swiss HIV Cohort Study. (2010). Longitudinal analysis of patterns and predictors of changes in self reported adherence to antiretroviral therapy: Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 54(2), 197-203.
- 5 The European AIDS Clinical Society [EACS]. (2012). Guidelines [Version 6]. Available at http://www.europeanaidsclinicalsociety.org/images/stories/EACS-Pdf/eacsguidelines-v6_english.pdf
- 6 Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2012). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. October 14, 2011; 1-167. Available at <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.
- 7 Södergard, B., Höfer, S., Halvarsson, M., Sönnberg, A., Tully, M.P., Lindblad, A.K. (2007). A structural equation modeling approach to the concepts of adherence and readiness in antiretroviral treatment. *Patient Education and Counseling* 67, 108-116.
- 8 Balfour, L., Kowal, J., Silverman, A., Tasca, G.A., Angel, J.B., Macpherson, P.A., G., Cooper, C.L., Cameron, Figure 2: Changes in stages of readiness D.W. (2006). A randomized controlled psycho-education intervention trial: Improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care*, 18 (7), 830-838.
- 9 Highstein, G.R., Willey, C., Mundy, L.M. (2006). Development of Stage of Readiness and Decisional Balance Instruments: Tools to Enhance Clinical Decision-Making for Adherence to Antiretroviral Therapy. *AIDS and Behavior*, 10 (5), 563-573.
- 10 Nordquist, O., Södergard, B., Tully, M.P., Sönnberg, A., Lindblad, A.K. (2006). Assessing and achieving readiness to initiate HIV medication. *Patient Education and Counseling*, 62, 21-30.
- 11 Fehr, J., Nicca, D., Senti, P., Wolf, E., Wagels, T., Kiss, A., Bregenzler, T., Vernazza, P., Jäger, H., Spirig, R., Battegay, M. and the Swiss HIV Cohort Study (2005). Starting or changing therapy - a prospective study exploring antiretroviral decision-making. *Infection*, 33 (4), 249-256.
- 12 Ficke, D.L., Farris, K.B. (2005). Use of the Transtheoretical Model in the Medication Use Process. *The Annals of Pharmacotherapy*, 39, 1325-1330.
- 13 Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D. (1994). Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.
- 14 Nicca, D., Fehr, J., Battegay, M., Spirig, R. (2005). Ready for antiretroviral therapy? Therapy decision making experiences of persons living with HIV. *Pflege*, 18, 289-298.
- 15 Deschamps, A.E., Graeve, V.D., van Wijngaerden, E., De Saer, V., Vandamme, A.M., van Vaerenbergh, K. et al. (2004). Prevalence and correlates of nonadherence to antiretroviral therapy in a population of HIV patients using Medication Event Monitoring System. *AIDS Patient Care STDS*, 18 (11), 644-657.
- 16 Glass, T.R., De Geest, S., Weber, R., Vernazza, P.L., Rickenbach, M., Furrer, H., Bernasconi, E., Cavassini, M., Hirschel, B., Battegay, M., Bucher, H.C. (2006). Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients: the Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 41 (3), 385-92.
- 17 Vervoort, S.C., Borleffs, J.C., Hoepelman, A.I., Grypdonck, M.H. (2007). Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. *AIDS*, 21(3), 271-281.
- 18 Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Fishman, T., Fallon, K., Hatcher, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in Primary Care Population. *Annals of Family Medicine*, 8(4), 348-353.
- 19 *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011 Oct 1; 58(2):181-7. doi: 10.1097/QAI.0b013e318224490a. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA.
- 20 Comparing short versions of the AUDIT in a community-based survey of young people. Bowring AL, Gouillou M, Hellard M, Dietze P. *BMC Public Health*. 2013 Apr 4;13(1):301. [Epub ahead of print] PMID: 23556543 [PubMed - as supplied by publisher]
- 21 http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/manual_fastalcohoi.pdf
- 22 *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009 Oct 1;52(2):180-202. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181b18b6e. Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis. Hendershot CS, Stoner SA, Pantalone DW, Simoni JM.
- 23 Rackstraw, S. (2011). HIV related neurocognitive impairment - a review. *Psychol Health Med*, 16(5), 548-563.
- 24 Simioni, S., Cavassini, M., Annoni, J.M., Rimbaud Abraham, A., Bourquin, I., Schiffer, V., Calmy, A., Chave, J.P., Giacobini, E., Hirschel, B., DuPasquier, R.A. (2010). Cognitive dysfunction in HIV patients despite long-standing suppression of viremia. *AIDS*, 24, 1243-1250.
- 25 Mahajan, A.P., Sayles, J.N., Patel, V.A., Remien, R.H., Ortiz, R., Szekeeres, G., Coates, T.J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22 Suppl 2, 67-79.
- 26 Young, J., DeGeest, S., Spirig, R., Flepp, M., Rickenbach, M., Furrer, H.J., Bernasconi, E., Hirschel, B., Telenti, A., Vernazza, P., Battegay, M., Bucher, H.C., Swiss HIV Cohort Study Group. (2004). Stable partnership and progression to AIDS or death in HIV infected patients receiving highly active antiretroviral therapy: Swiss HIV Cohort Study. *British Medical Journal*, 328(4730), 15-xx.
- 27 Simoni, J.M., Frick, P.A., Huang, B. (2006). A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral therapy. *Health Psychology*, 25(1), 74-81.
- 28 Eustace, R.W., Ilagan, P.R. (2010). HIV disclosure among HIV positive individuals: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2094-103.
- 29 Beach, M.C., Keruly, J., Moore, R.D. (2006). Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *J Gen Intern Med*, 21(6), 661-665.
- 30 Werb, D., Mills, E.J., Montaner, J.S., Wood, E. (2010). Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 10(7), 464-469.
- 31 Miller, L.G., Liu, H., Hays, R.D., Golin, C.E., Beck, C.K., Asch, S.M., Ma, Y., Kaplan, A.H., Wenger, N.S. (2002). How well do clinicians estimate patient's adherence to combination antiretroviral therapy? *J Gen Intern Med*, 17(1), 1-11.
- 32 Langewitz W: Patientenzentrierte Kommunikation. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhler K, Langewitz W, Söllner W, Wiesack W (Hrsg.) UeXküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. München, Elsevier, Urban & Fischer, 2011, 338-347
- 33 Cameron KA, Ross EL, Clayman ML, Bergeron AR, Federman AD, Bailey SC, Davis TC, Wolf MS (2010). Measuring patients' self-efficacy in understanding and using prescription medication. *Patient Educ Couns*. 2010 Sep;80(3):372-6. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.029. Epub 2010 Jul 21.
- 34 Glass, T.R., De Geest, S., Hirschel, B., Battegay, M., Furrer, H.J., Cavassini, M., Vernazza, P., Bernasconi, E., Rickenbach, M., Weber, R., Bucher, H.C., Swiss HIV Cohort Study. (2008). Self reported nonadherence to antiretroviral therapy repeatedly assessed by two questions predicts treatment failure in virologically suppressed patients. *Antiviral Therapy*, 13, 77-85.
- 35 Deschamps, A.E., DeGeest, S., Vandamme, A.M., Bobbaers, H., Peetermans, W.-E., VanWijngaerden, E. (2008). Diagnostic Value of Different Adherence Measures Using Electronic Monitoring and Virologic Failure as Reference Standards. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(9), 1-9.
- 36 Antiretroviral adherence interventions: translating research findings to the real world clinic. Simoni JM, Amico KR, Smith L, Nelson K. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2010 Feb;7(1):44-51. doi: 10.1007/s11904-009-0037-5. Review. PMID: 20425057 [PubMed - indexed for MEDLINE]



READY4THERAPY