

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG**  
**IN DER PFLEGE BEI NIERENERSATZTHERAPIE**

19. März 2012 bis 14. September 2012

# **ABSCHLUSSARBEIT**

zum Thema

## **Patientenedukation**

Am Beispiel der Dialysepatienten

vorgelegt von: Nicole Koppandi

Dialyse

LKH Villach

begutachtet von: Oberschwester Christine Schaller-Maitz

Organisationsabteilung

LKH-Villach

Juli/2012

## **EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Villach, am 16. Juli 2012

## **KURZZUSAMMENFASSUNG**

Der Dialysepatient ist ein chronisch kranker Patient, der durch verschiedene Komplikationen immer wieder Krankenhausaufenthalte in Kauf nehmen muss. Es stellt sich die Frage, ob diese unerwünschten Faktoren reduziert werden können, wenn die Pflegefachkraft den Patienten immer wieder aufs Neue informiert, berät und schult bzw. ob dadurch die Kooperationsbereitschaft des Patienten positiv beeinflusst werden kann.

Der erste Teil der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit dem Dialysepatienten und seiner Krankheit im Allgemeinen, erklärt das Prinzip der Patientenedukation und gibt einen Überblick über die gesetzlichen Vorschriften für Pflegepersonen in Bezug auf Gesundheitserziehung und –erhaltung. Im Anschluss daran fokussiert sich die Arbeit auf die Lerntheorien und die Schritte des Patientenedukationsprozesses.

Am Ende der Arbeit wird die nephrologische Sprechstunde vorgestellt, ein Modell, anhand dessen sichtbar gemacht wird, wie eine Implementierung dieses Beratungsmodells an der Dialysestation des Landeskrankenhauses Villach erfolgen könnte.

## **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>0</b>	<b>VORWORT</b> .....	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>DER DIALYSEPATIENT UND SEINE KRANKHEIT</b> .....	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>DAS KOMPLEXE KRANKHEITSBILD DER URÄMIE</b> .....	<b>13</b>
<b>3.1</b>	<b>Diabetes mellitus</b> .....	<b>13</b>
<b>3.2</b>	<b>Kardiovaskuläre Erkrankungen, renale Hypertonie und hämatologische Veränderungen</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3</b>	<b>Störungen im Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt</b> .....	<b>14</b>
<b>3.4</b>	<b>Hautveränderungen</b> .....	<b>14</b>
<b>3.5</b>	<b>Renale Osteopathien</b> .....	<b>15</b>
<b>3.6</b>	<b>Magen-Darm-Erkrankungen</b> .....	<b>16</b>
<b>3.7</b>	<b>Störungen der Immunkompetenz</b> .....	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>PATIENTENEDUKATION</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1</b>	<b>Begriffserläuterungen</b> .....	<b>18</b>
<b>4.2</b>	<b>Gesetzliche Bestimmungen</b> .....	<b>19</b>
<b>4.3</b>	<b>Ziele der Patientenedukation</b> .....	<b>20</b>
<b>4.4</b>	<b>Das patientenorientierte Gespräch</b> .....	<b>22</b>
<b>4.5</b>	<b>Lerntheorien für die Patientenedukation</b> .....	<b>23</b>
<b>4.5.1</b>	<b>Health-Belief-Modell</b> .....	<b>23</b>
<b>4.5.2</b>	<b>Transtheoretisches Modell</b> .....	<b>24</b>
<b>4.5.3</b>	<b>Lernen im Erwachsenenalter</b> .....	<b>25</b>
<b>4.6</b>	<b>Methodisches Vorgehen – Der Patientenedukationsprozess</b> .....	<b>26</b>
	<b>Schritt 1 - Lernbedürfnisse, Lernstil und Lernbereitschaft ermitteln</b> .....	<b>27</b>
	<b>Schritt 2 - Ziele entwickeln</b> .....	<b>30</b>
	<b>Schritt 3 - Planen und durchführen</b> .....	<b>30</b>
	<b>Schritt 4- Evaluieren</b> .....	<b>32</b>

<b>Schritt 5 – Dokumentieren .....</b>	<b>33</b>
<b>5 DER PÄDAGOGISCH GÜNSTIGE MOMENT .....</b>	<b>35</b>
<b>6 PATIENTENEDUKATION IN DER DIALYSE – DIE NEPHROLOGISCHE SPRECHSTUNDE.....</b>	<b>36</b>
<b>7 ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT .....</b>	<b>41</b>
<b>8 LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>43</b>
<b>8.1 Fachzeitschrift .....</b>	<b>43</b>
<b>8.2 Internetquellen.....</b>	<b>43</b>
<b>9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>44</b>

## **0 VORWORT**

Ein Grund für die Themenwahl der vorliegenden Arbeit ist, dass ich während meiner langjährigen Arbeit mit den Dialysepatienten immer wieder erleben musste, dass diese durch Nichtbeachtung der sogenannten Vorschriften und Anordnungen selbst beträchtlich dazu beitrugen, dass sich ihr Gesundheitszustand immer mehr verschlechterte, und sie oft nach kritischen Episoden die gesundheitliche Ausgangssituation nicht wieder erreichen konnten. Die Patienten mussten zusätzliche Dialysen zu dem schon üblichen Turnus in Kauf nehmen, manche sogar stationäre Aufenthalte, oder aber sie verloren ihr lang erwartetes, gespendetes Organ, weil sie es verabsäumten, zu den Kontrollen zu erscheinen.

Auch das Pflegepersonal an unserer Station reagierte zum Teil mit Resignation und Frustration auf so „undisziplinierte“ Patienten. Viele von uns waren der Meinung, dass es keinen Sinn macht, schon wieder das gleiche zu sagen, nämlich dass die Patienten sich an die bestimmte Trinkmenge oder an die „richtigen“ Lebensmittel halten sollten. Dies führte dazu, dass diese Themen oft nicht mehr mit dem Patienten besprochen wurden, denn auch der Patient reagierte oft gekränkt oder sogar beleidigt, sodass ein Gespräch immer schwieriger wurde. Es gibt auch immer wieder Patienten, die nicht glauben können, dass ihre Beschwerden durch Nichteinhaltung der Empfehlungen entstehen. Viele der Patienten geben aus diesem Grund nicht zu, „gesündigt“ zu haben, und geben stattdessen an, sich die abweichenden Werte nicht erklären zu können.

Auf einer Fortbildung lernte ich den Bereich der Patientenedukation kennen, allerdings nicht im Zusammenhang mit Dialysepatienten. Dieser Vortrag war sehr beeindruckend für mich, so dass mir eine gezielte Einbringung dieser Art von Patientenschulung auch für Dialysepatienten als sinnvoll erschien.

Meine Abschlussarbeit soll als Anstoß für eine bessere Aufklärung, Information und Beratung für den Patienten verstanden werden, damit dieser einerseits eine höhere Lebensqualität erfahren kann und sich andererseits auch die Qualität der Schulung durch das Pflegepersonal in eine Richtung hin verbessert, dass sich der Patient nicht getadelt fühlt, sondern erkennt, dass eine bessere Lebensqualität vor allem in seiner Hand liegt.

Mein Dank für die Unterstützung bei der vorliegenden Arbeit geht besonders an Christine Schaller-Maitz, die mir für meine Fragen stets zur Seite stand. Danken möchte ich auch meiner Freundin Melanie, die viele Versionen dieser Arbeit gelesen, korrigiert und kommentiert hat. Besonderer Dank gilt auch meiner Familie, die so manche Zeit auf mich verzichten musste.

Aufgrund einer besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet und ausschließlich die maskuline Form verwendet. Diese Form versteht sich explizit als geschlechtsneutral und gilt daher im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Villach, Juli 2012

Nicole Koppandi

## 1 EINLEITUNG

Seit sechs Jahren arbeite ich an der Dialysestation des Landeskrankenhauses Villach. An unserer Station gibt es 22 Dialyseplätze die im Drei-Schicht-Betrieb an sechs Tagen der Woche von durchschnittlich 100 ambulanten Hämodialysepatienten belegt werden. Zu meinen Aufgaben in der Dialyse gehören neben der Routinearbeit auch die Versorgung der Patienten auf Intensivstationen, die dort eine Dialyse benötigen und die Plasmapheresetherapie. Weiters gehört der Dialysestation die nephrologische Ambulanz an, in der Patienten im präterminalen Stadium der Niereninsuffizienz, Patienten nach Nierentransplantation und Patienten mit Peritonealdialyse versorgt werden (Anmerkung des Verfassers).

Patientenedukation hat noch keine sehr lange Tradition. Noch im letzten Jahrzehnt wurde überlegt, ob der Patient überhaupt in der psychischen Verfassung sei, seine Diagnose zu erfahren, oder ob es besser wäre, ihm die Wahrheit vorzuenthalten (vgl. Werner 2007, S. 259).

In manchen medizinischen Bereichen wurde sie hingegen schon sehr erfolgreich etabliert (Anm. des Verfassers). So zählen Diabetesschulungen zu den ältesten Zweigen der Schulung und Beratung von Patienten und gelten innerhalb der Patientenedukation als der am weitesten entwickelte Bereich. Da Studien zeigten, dass eine strenge Blutzuckerkontrolle mit einem verminderten Komplikationsrisiko in Zusammenhang steht, wird versucht, den Blutzucker so weit zu kontrollieren, dass sie den Werten von Nichtdiabetikern so nahe wie möglich kommen. Das National Diabetes Education Program zielt darauf, das effektive Selbstmanagement der Krankheit zu unterstützen, das Wissen über Diabetes zu verbessern und Programme zu fördern, um die Qualität von und den Zugang zur Diabetesversorgung zu erhöhen (vgl. Klug Redman 2009, S. 136).

Durch Patientenedukation nimmt das Wissen zu Krankheit und Behandlung zu, die Beschwerden und Ängste der Patienten nehmen ab. Patienten werden selbstständiger und unabhängiger, erlangen mehr Kompetenz und Eigenverantwortung. Dadurch lernen sie, weitere Krankheiten zu verhüten und die Gesundheit zu fördern, wodurch Wiedereintritte in Institutionen vermieden werden können, das wiederum zu Geldeinsparungen an den jeweiligen Krankenanstalten führt (vgl. Hüper 2009, S. 13f).

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit, die meist durch chronische Erkrankungen oder Multimorbidität verursacht ist. Pflegebedürftigkeit ist jedoch im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes kein Grund mehr für eine längere stationäre Betreuung. (vgl. Hüper 2009, S. 13f).

Chronisch Kranke haben eine Reihe von Anpassungs- und Bewältigungsleistungen zu vollbringen. Für einen adäquaten Umgang mit der Erkrankung müssen sie und ihre Bezugspersonen bzw. Angehörigen auf verschiedenen Ebenen Kompetenzen erwerben. Dazu gehören Fähigkeiten der Informationsbeschaffung und Symptomkontrolle, der Umgang mit mehr oder weniger gravierenden Einschränkungen, aber auch der Umgang mit professionellen Gesundheitsarbeitern sowie Kompetenzen in einer neuen und veränderten Rolle zur veränderten Alltagsorganisation, aber auch zu finanziellen Fragen (vgl. Hüper 2009, S. 52).

Doch nicht nur der Patient, sondern auch die Politik und die Kostenträger fordern mehr Eigenverantwortung, wodurch der Kostendruck auf die Krankenhäuser zunimmt. Patienten müssen oft früher entlassen werden, damit die von den Kostenträgern bezahlten Fallpauschalen optimal ausgenutzt werden. Dies fordert von Seiten des Krankenhauses als auch von Seiten des Patienten Strategien, die ihn dazu befähigen, zuhause gut zurechtzukommen. Durch die Diagnose „nierenkrank/Dialyse“ kommt es zu einem unfreiwilligen Sturz aus der Wirklichkeit. Das Leben gerät außer Kontrolle und um die alltäglichen Dinge verrichten zu können, muss der Patient die Herausforderung annehmen. Er muss in der Lage sein, mit den Folgen von Dialyse, Medikamenten und Diät zurechtzukommen, eventuell Komplikationen wie Infektionen rechtzeitig zu erkennen um entsprechend zu reagieren (vgl. Hüper 2009, 52).

Patientenedukation kann dabei helfen (vgl. Werner 2007, S. 260).

Die vorliegende Arbeit behandelt daher die Frage, wie Patientenedukation im Bereich der Dialyse erfolgreich umgesetzt werden kann.

Um diese Frage zu beantworten, wurde eine Literaturrecherche in Fachbüchern, Zeitschriften als auch in Internetdatenbanken durchgeführt.

## **2 DER DIALYSEPATIENT UND SEINE KRANKHEIT**

Die Rolle des Menschen im Krankenhaus hat sich in den letzten Jahren hin zu dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Eigenverantwortung verändert. Nierenerkrankungen nehmen durch die Therapiemöglichkeit der Dialyse einen chronischen Verlauf, oft verbunden mit häufigen Krankenhausaufenthalten (vgl. Werner 2007, S. 259).

In der Medizin versteht man unter einer chronischen Krankheit eine Krankheit, die durch einen langsamen Verlauf gekennzeichnet ist und in der Regel nicht geheilt werden kann. Vor allem im Management unterscheidet sich eine chronische Erkrankung von einem akuten Geschehen. Weiters entwickeln sich die Beschwerden einer chronischen Erkrankung - im Gegensatz zum akuten Geschehen - langsam, sind häufig unspezifisch und führen nicht selten erst spät zur richtigen Diagnose (vgl. Deutscher Diabetiker Bund, o. Jahr).

Dialysepatienten nehmen unter den chronisch Kranken eine Sonderstellung ein. Neben Bewältigung einer chronischen Krankheit, müssen sie sich auch noch mit der Abhängigkeit von der Dialysemaschine auseinandersetzen (vgl. Holzinger, 2010).

Dialysepflichtige Nierenerkrankungen sind in ihrer Häufigkeit permanent im Zunehmen begriffen. In Österreich leiden mehr als 350.000 Menschen an einer chronischen Nierenerkrankung. Jährlich gibt es dabei einen Zuwachs von 5-8%.

Rund 4000 Menschen mit dieser Erkrankung sind von einer regelmäßigen Dialyse abhängig; ebenso viele haben schon ein Spenderorgan erhalten (vgl. Holzinger, 2010).

Die Dialysebehandlung ist eine intermittierende Therapieform, bei der sich der Patient dreimal in der Woche einer Behandlung unterzieht. Zwischen den Dialysebehandlungen geht der Patient häufig noch einer Arbeit und gesellschaftlichen Aktivitäten nach, jedoch sind die körperliche Belastbarkeit und Beweglichkeit des Patienten eingeschränkt (vgl. Werner 2007, S. 259). Im Rahmen der Nierenersatztherapie wird der Patient in einem sehr kurzen und für ihn unangenehmen Zeitraum von Pflegenden und Ärzten betreut und beobachtet. Die Kommunikationsfähigkeit vieler Patienten ist infolge von Unwissenheit und Ängstlichkeit eingeschränkt (vgl. Breuch 2007, S.181f).

Dazu kommen weitere Einschränkungen durch Diätzwang, regelmäßige Einnahme von Medikamenten und regelmäßige Fahrten zur Dialyse, sowie die damit verbundenen medizinischen Kontrollen (vgl. Werner 2007, S. 259).

Im Folgenden soll eine Übersicht über die Belastungen des Dialysepatienten in seinem Alltag gegeben werden (Anmerkung des Verfassers).

#### **Körperliche Belastungen:**

- Durst aufgrund von Flüssigkeitsmangel durch Trinkmengeneinschränkung
- Appetitmangel, Übelkeit, Erbrechen durch Dialyse, Medikamentennebenwirkungen
- (chronische) Obstipation durch Flüssigkeitsmangel, Bewegungsmangel, geringe Zufuhr von Ballaststoffen (vgl. Holzinger, 2010)

Besonders belastet fühlt sich der Dialysepatient durch die Einhaltung einer Diät und der Flüssigkeitsbeschränkung (Anmerkung des Verfassers). Wegen seiner unzureichenden Ausscheidung ist er gezwungen, seine Ernährungsgewohnheiten umzustellen und seine Trinkgewohnheiten einzuschränken; er muss sie der Restharmenge anpassen. Dies ist der schwerste Einschnitt in die Lebensqualität des niereninsuffizienten Patienten (vgl. Breuch 2007, S. 188f).

Die Ernährungsberatung ist ein sehr langwieriger Prozess, in dem die Änderung der Ernährung in kleinen Schritten begleitet werden muss. Es ist wichtig, den Patienten immer wieder zu ermutigen und kleinste Erfolge positiv zu erwähnen. Dies gilt besonders für dialysepflichtige Patienten mit Diabetes mellitus, die über die diätetischen Richtlinien im Zusammenhang mit der Nierenerkrankung besonders gut beraten werden müssen. Auch dem Partner des Dialysepatienten sollten die Diätbestimmungen bekannt sein, vor allem dann, wenn dieser für die Nahrungsversorgung und –zubereitung zuständig ist (vgl. Breuch 2007, S. 188f).

Das kritischere Thema als das Essen ist jedoch das Trinken. Als Richtwert gilt, dass der Patient seine tägliche Trinkmenge auf das Volumen der Restausscheidung plus einen halben Liter Flüssigkeit reduzieren muss. Man kann sich vorstellen, dass die Gedanken und das Verlangen der Patienten sich einzig und allein auf diese Dinge fokussieren, die ihnen nicht erlaubt sind. Nimmt der Patient im dialysefreien Intervall viel an Gewicht zu, dann soll man mit ihm gemeinsam nach Lösungen suchen, anstatt ihn zu rügen oder zu belehren (vgl. Breuch 2007, S.190).

Die Aufgabe der Pflegeperson kann nur darin bestehen, dem Patienten immer wieder beharrlich die möglichen Auswirkungen zu hoher Flüssigkeitszufuhr und falscher Ernährung zu erläutern, und mit ihm Wege zu finden, sich daran zu halten (vgl. Breuch, S. 190).

### **Psychische - seelische Belastungen:**

- Depressive/aggressive Stimmung wegen eintöniger, schlecht schmeckender Hämodialysetherapie
- Hilflosigkeit, Resignation oder Aggression wegen Abhängigkeit von Maschine und Personal
- Ängste vor Shuntpunktion, Infektion am Dialysekatheter, ungewisse Zukunft
- Krankheit ist gesellschaftlich nicht anerkannt
- Unzulänglichkeitsgefühle wegen eingeschränkter Sexualität
- Auseinandersetzung mit dem Tod
- Bewusstwerden der lebenslangen Krankheit (vgl. Holzinger, 2010)

### **Soziale Belastungen:**

- Auseinandersetzungen mit Pflegenden und Ärzten als Ausdruck der Krankheitsbewältigung
- Auseinandersetzungen mit Angehörigen als Hilfspersonen
- Verlust sozialer Kontakte durch eingeschränkte Freizeitaktivitäten
- Berufliche Veränderungen, Frühpensionierung, Verlust des Arbeitsplatzes, Existenzängste

In der Regel wissen die Patienten, dass ihr Leben nur durch die moderne Medizin erhalten wird. Die Hämodialyse ist durch ihren intermittierenden Behandlungscharakter gekennzeichnet, durch den Wechsel der Konfrontation mit der schweren Krankheit, die einer aufwendigen Behandlung bedarf, und Phasen relativ guten Befindens, in denen die Umgebung des Patienten von ihm gesellschaftliches, berufliches und familiäres Engagement erwartet (vgl. Schönweiss, 1996, S. 442f).

Der Patient befindet sich somit in einer Zwangssituation, da er weder der Rolle des „Gesunden“, noch der Rolle des „Kranken“ gerecht werden kann (vgl. Schönweiss, 1996, S. 442f).

Leider ist die Begleitung bzw. Unterstützung des Dialysepatienten aus sozialmedizinischer, gesundheitssoziologischer und sozialökonomischer Sicht trotzdem oft nur sehr gering und sollte daher mehr in den Mittelpunkt gerückt werden (vgl. Holzinger, 2010).

### **3 DAS KOMPLEXE KRANKHEITSBILD DER URÄMIE**

Dieses Kapitel soll den möglichen Umfang einer Nierenerkrankung aufzeigen, um dadurch verständlich zu machen, weshalb es vielen Patienten schwer fällt, ihre Erkrankung zu verstehen und mit den daraus resultierenden Begleiterscheinungen und Konsequenzen richtig umzugehen (Anmerkung des Verfassers).

Bei der Urämie handelt es sich um ein komplexes Krankheitsbild mit vielfältigen Symptomen und variablen Verläufen. In ihrem Endstadium eines durch akuten oder chronische Niereninsuffizienz verursachten Nierenversagens ist die Funktion der paarigen Niere vollständig eingestellt, wodurch es zu einer Anreicherung von harnpflichtigen Substanzen im Blut kommt, und daher eine Nierenersatztherapie (Dialyse) indiziert ist. Dabei ist zu beachten, dass jeder Einzelfall anders ist (vgl. Schönweiss 1996, S. 30).

Im Folgenden werden die häufigsten Begleiterscheinungen der Urämie etwas genauer betrachtet.

#### **3.1 Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) zählt zu den wichtigsten Ursachen der terminalen Niereninsuffizienz. Krankheitskennzeichnend sind eine unzureichende Insulinwirkung und der dadurch erhöhte Blutglukose-Spiegel. Der diabetische Nierenpatient ist immer kränker als der nichtdiabetische. Das Vollbild des diabetischen Spätsyndroms in all seinen Varianten kann man besonders an Dialysestationen kennenlernen. Die Urämie ist aber nur eine von vielen „Spätfolgen“ des Diabetes, womit die terminale Niereninsuffizienz nur ein Teilproblem des Diabetikers darstellt (vgl. Schönweiss, 1996, S. 115f).

#### **3.2 Kardiovaskuläre Erkrankungen, renale Hypertonie und hämatologische Veränderungen**

Die Funktion des Herz-Kreislaufsystems und der Lunge ist von einer intakten Nierenfunktion abhängig und bei einer Beeinträchtigung der Niere direkt oder indirekt mit betroffen. Typische Komplikationen der Niereninsuffizienz können die renale Anämie und das Lungenödem bei Flüssigkeitsüberladung sein, die immer wieder zu Atemnotzuständen führen. Auch Beschwerden des Herz-Kreislaufsystems, wie Herzrhythmusstörungen, Blutdruckentgleisungen und eine akute Verschlechterung eines bereits vorgeschädigten Herzens, gehören zum Alltag der nierenkranken Patienten. Diese

Komplikationen können zu einem lebensbedrohlichen Zustand des Patienten führen. Vor allem hohe Gewichtszunahmen während dem dialysefreien Intervall und die dadurch hohen Schwankungen des Blutvolumens durch Wassereinlagerungen, belasten das Herz-Kreislaufsystem und die Herzleistung und führen über mehrere Mechanismen zur Atemnot, im Extremfall zum Lungenödem, das lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann (vgl. Breuch 2007, S. 193).

Schon bei beginnender Atemnot, die vor allem verstärkt nachts auftritt, muss dies der Patient im Dialysezentrum melden. Tritt diese Komplikation im dialysefreien Intervall auf, muss der Patient über die zuständigen Notdiensteinrichtungen informiert sein und er muss auch wissen, dass er nicht zögern darf, zügig entsprechende Hilfe zu holen (vgl. Breuch 2007, S. 193).

Durch die renale Anämie kann aber auch die Sauerstoffaufnahme bei intakter Lungenfunktion beeinträchtigt sein. Weiters kann es durch die immunsupprimierte Situation von Dialysepatienten häufiger zu Atemwegsinfektionen kommen (vgl. Breuch 2007, S. 193).

### **3.3 Störungen im Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt**

Wasser, Natrium, Kalium, Kalzium, Phosphat und Säure-Basen-Haushalt sind bei Dialysepatienten nicht angepasst. Die Patienten müssen sich deshalb salz- und phosphatarm ernähren, auf die Flüssigkeitszufuhr achten, sowie Medikamente, Insulin oder andere Hormone von außen zuführen. Durch Schwankungen der Blutelektrolyte wird der Herzrhythmus direkt, insbesondere durch Kaliumschwankungen, und indirekt durch die metabolische Azidose beeinträchtigt (vgl. Breuch 2007, S. 193).

Zu den Aufgaben von Pflegepersonen gehört hierbei, die Patienten für die Symptome einer Hyperkaliämie zu sensibilisieren und sie durch eine gezielte Ernährungsberatung vor möglichen Diätfehlern zu bewahren (vgl. Breuch 2007, S. 194).

### **3.4 Hautveränderungen**

Oft erkennt man langjährige Dialysepatienten an einem gelb-grauen Hautkolorit und an einer vorgealterten, sehr trockenen und schuppigen Haut. Das bei der Dialysebehandlung verwendete Heparin und auch die Urämie selbst erhöhen die Blutungsneigung, wodurch

es häufiger zu kleinen Haut- und Schleimhautblutungen kommt. Weiters führt die Anwendung von Heparin nicht selten zu Haarausfällen (vgl. Breuch 2007, S. 187).

Die dreimal wöchentlich stattfindenden Punktionen des Shunts sind unabdingbare Voraussetzungen für die Durchführung einer Dialysebehandlung. Die Haut ist in diesem Bereich besonderen Irritationen ausgesetzt: zum Beispiel können die Patienten auf Pflaster, die zum Fixieren der Punktionsnadeln verwendet werden, allergisch reagieren, oder aber der Patient hat papierdünne Haut, welche dann beim Entfernen der Pflaster verletzt werden kann. Daher bedarf die Haut in diesem Bereich einer besondere Pflege (vgl. Breuch 2007, S. 187f).

Generalisierter Juckreiz und damit häufig verbundene sekundär infizierte Haut durch Kratzeffekte, tritt sehr häufig bei Dialysepatienten auf (vgl. Schönweiss 1996, S. 73). Vor allem während der Nacht unter der warmen Decke kann sich der Juckreiz beträchtlich verschlimmern. Ursache dafür dürfte der gestörte Kalzium-Phosphatstoffwechsel sein. Das Senken des Phosphorspiegels mittels Diät und phosphatbindender Medikamente können daher in einigen Fällen Linderung schaffen. Der Patient muss weiters aufgeklärt werden, dass eine gute Hautpflege mit rückfettenden Lotionen ebenfalls den Juckreiz ein wenig lindern kann (vgl. Breuch 2007, S. 184).

Viele der älteren Dialysepatienten sind nicht mehr in der Lage, die Körperpflege selbstständig durchzuführen und ihren Pflegezustand zu beurteilen. Das Dialysezentrum ist häufig der einzige soziale Kontakt. Daher ist es die Aufgabe der Beschäftigten im Dialysezentrum Hilfestellungen für ältere Patienten zu organisieren (vgl. Breuch 2007, S. 188).

### **3.5 Renale Osteopathien**

Die renale Osteopathie (Knochenstoffwechselstörung) beschreibt eine komplexe, aufgrund einer Dysregulation von Kalzium und Phosphor entstehende Knochenerkrankung (vgl. Schönweiss 1996, S. 77). Beispiele dafür sind verstümmelte Gelenksverformungen oder schmerzhaft Entzündungen der Beinvenen (Polyneuropathie) (vgl. Breuch 2007, S.185).

Die körperliche Leistungsfähigkeit von Dialysepatienten ist ohnehin schon durch verschiedene Faktoren erheblich eingeschränkt. Für den jüngeren Dialysepatienten kann dies in seinem sozialen Umfeld, das oft durch Aktivität und Mobilität geprägt ist, zu Ausgrenzung und Selbstwertproblematik führen. Ältere Patienten sind hingegen durch

eine zunehmende Immobilität in ihrer Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im häuslichen Umfeld gefährdet (vgl. Breuch 2007, S. 185).

### **3.6 Magen-Darm-Erkrankungen**

Gastrointestinale Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Verstopfung, Durchfall, urämischer Fötör und Blutungen sind Folgen der urämischen Situation. Die Therapie richtet sich nach der Diagnose, wobei jedoch Begleiterkrankungen und Medikamentennebenwirkungen zu berücksichtigen sind (vgl. Schönweiss 1996, S. 93).

### **3.7 Störungen der Immunkompetenz**

Niereninsuffiziente sind gegenüber viralen und bakteriellen Infektionen sehr anfällig, da sowohl humorale als auch zelluläre Abwehr häufig gestört sind. Dies hat praktische Konsequenzen (vgl. Schönweiß 1996, S. 112), da die Patienten durch die Dialysezugänge, Shunt, zentralen Katheter oder Peritonealdialysekatheter vermehrt Infektionen ausgesetzt sind und die Pflegeperson und der Patient darauf achten muss, die „Lebensader“ zu erhalten (vgl. Schönweiß 1996, S. 286).

Strenge Hygiene ist daher beim Arbeiten mit den Dialysezugängen unerlässlich. Wichtig dabei ist, dass auch der Patient über die hygienische Durchführung der Shunt- oder Katheterpflege bestens informiert ist (Anmerkung des Verfassers). Shuntpflege ist kein kosmetisches Handeln, sondern die Gesamtheit zur Pflege des Gefäßzuganges. Der Gefäßzugang ist ein Objekt der Pflege und Sauberkeit (vgl. Schönweiß 1996, S. 286).

Der Patient muss aber auch die Theorie der Shuntselbstkontrolle und das Verhalten bei Besonderheiten kennen (vgl. Schönweiß 1996, S. 288). Jeder Patient sollte ein sogenanntes „Shuntbewußtsein“ entwickeln (vgl. Schönweiß 1996, S. 290). Dies bedeutet unter anderem, dass jeder Patient wissen muss, dass Blutabnahmen und Blutdruckmessungen am Shuntarm nicht durchgeführt werden dürfen. Weiters muss der Patient Shuntkontrollen durchführen und in der Lage sein zu beurteilen, ob eine Entzündung oder ein Shuntverschluss vorliegen (Anmerkung des Verfassers).

Probleme mit der Erkrankung und ihren Begleiterscheinungen hat der Patient schon häufig im prädialytischen Stadium, so dass die Aufnahme der Dialysebehandlung relativ schnell zu einer deutlichen Verbesserung des Allgemeinzustandes führt. Der Patient

gewinnt Lebensfreude, Lebensmut und Kraft zurück. Dies führt aber oft zu einer gewissen Unbekümmertheit im Umgang mit den dargestellten Gefahren. In dieser Phase brauchen die Patienten besonders viel Verständnis und vor allem professionellen Rat von den in der Dialyse tätigen Pflegenden und Ärzten. Diese müssen sensibel und aufmerksam mit den Symptomen und Hinweisen dieser komplexen Erkrankung umgehen und den Patienten immer wieder auf mögliche Gefahrenpotenziale hinweisen. Wichtig ist dabei, dem Patienten keine Angst zu machen. Der Patient muss für die Signale, die sein Körper ihm gibt, sensibilisiert werden, um früh genug und adäquat reagieren zu können. Deshalb müssen der Patient oder seine Angehörigen in der Lage sein, im dialysefreien Intervall die Vitalzeichen daheim zu kontrollieren und entsprechend einzuschätzen (vgl. Breuch 2007, S. 194).

Der rechtzeitige Beginn der Dialysebehandlung und die rechtzeitige Beratung und Gesundheitserziehung des Patienten und seinen Angehörigen sind wesentliche Gesichtspunkte, die einen wichtigen Beitrag zur Prophylaxe der aufgezählten Komplikationen leisten können (vgl. Breuch 2007, S. 195).

## 4 PATIENTENEDUKATION

### 4.1 Begriffserläuterungen

Unter **Patientenedukation** (lat. educare; auf-, erziehen) versteht man die Schulung von Patienten in Hinsicht auf ihre Erkrankung mittels Beratung bzw. Anleitung. Sie ist als Teil des Konzeptes zur Gesundheitsförderung in der Pflege international anerkannt. Patientenedukation ist ein Prozess, in welchem der Beratende Daten sammelt, Instruktionen individualisiert, Unterstützung anbietet, evaluiert und neue Ziele setzt (vgl. Bohren Magoni, 2009).

Der Begriff Patientenedukation umfasst somit alle krankheits- und gesundheitsbedingten Bildungsmaßnahmen, die dem Patienten und seiner Familie von der Pflegekraft angeboten werden. Er beinhaltet die Kategorien Information, Schulung und Beratung (vgl. Werner, S. 264).

**Information** geschieht durch Kommunikation, aber auch durch die Bereitstellung verschiedener Medien, Vermittlung relevanter Adressen in einem offenen Angebot oder Recherchehilfen. Information fällt durch gezielte Mitteilung eine Wissenslücke des Zuhörers (vgl. Werner, S. 264).

**Schulung** ist zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Fertigkeiten und Wissen. Die eindeutige Zielorientierung hebt die Schulung von Anleitung, Instruktion, Training, Lehren und Unterweisung ab (vgl. Werner, S. 264)

Bei der **Beratung** unterscheidet man Alltagberatung, semiprofessionelle Beratung und professionelle Beratung. Die Alltagberatung ist für die Patientenedukation nicht tauglich und entfällt. Bei der semiprofessionellen Beratung steht die Beratung nicht im Mittelpunkt. Die professionelle Beratung ist ergebnisoffen, dialogisch, prozesshaft, findet im Kontext professioneller Tätigkeit statt und arbeitet mit den Kompetenzen des Patienten (vgl. Werner, S. 265)

Weitere Begriffe, die im Rahmen der Patientenedukation von großer Bedeutung sind, sind Patientenkompetenz und Compliance.

**Patientenkompetenz** bezeichnet die Fähigkeit, auf dem Weg durch die Krankheit für sich Verantwortung zu übernehmen. Da dieser Weg bei jedem Menschen anders aussieht, gibt es nicht DIE Patientenkompetenz, sondern nur die individuelle Kompetenz des Patienten. Wie sich diese äußert, hängt von individuellen Wünschen, Fähigkeiten, Erfahrungen, Ressourcen und vielen mehr ab (vgl. Bohren Magoni, 2009).

Der kompetente Patient stellt Fragen und hört erst damit auf, wenn er alles verstanden hat. Nur wenn der Patient aufgeklärt ist und weiß, was mit ihm geschieht, kann er aktiv mitarbeiten. Der kompetente Patient macht mit, denkt mit, redet mit, teilt mit, was, wann, wie mit ihm und seiner Erkrankung geschehen soll. Ärzte und Pflegeteam müssen die Kompetenz eines Patienten oft erst zulassen (vgl. Werner 2007, S. 259).

Unter **Compliance** (engl. Einwilligung, Bereitschaft) wird das Verhalten des Patienten im therapeutischen Prozess verstanden. Mangelnde Compliance bedeutet, dass der Patient die Vorschriften der Therapie nicht einhält. Als wesentlichstes Ereignis der mangelnden Compliance wird der Therapieabbruch angesehen (vgl. Frensch, 2001-2012).

Compliance ist also die Bereitschaft eines Patienten zur Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, z.B. die Zuverlässigkeit, mit der therapeutische Anweisungen befolgt werden. Die Compliance ist unter anderem abhängig von Persönlichkeit, Krankheitsverständnis und Leidensdruck des Patienten, Arzt-Patienten-Verhältnis, Anzahl und Schwierigkeit der Anweisungen, Art der Therapie und eventuell erforderlichen Verhaltensänderungen (vgl. Pschyrembel, 1986, S. 304)

## **4.2 Gesetzliche Bestimmungen**

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) steht: „**Patientenedukation** beinhaltet die Information, Schulung und Beratung der Patienten/-innen und pflegebedürftigen Menschen, um im Rahmen der Pflege individuell auf die Voraussetzungen und Bedürfnisse des/der Patient/-in reagieren zu können. Der Prozess der Patientenedukation verläuft parallel zum Pflegeprozess“ (GuKG, Weiss-Faßbinder/Lust, 2009, S. 90, §14 (2) 4).

„Die **Informationen über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen** ist, nur soweit es sich um den pflegerischen Bereich handelt, dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten. Weitergehende Informationen über Krankheitsvorbeugung und gesundheitsfördernde Maßnahmen fallen in den interdisziplinären Tätigkeitsbereich und

bedürfen der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen“ (GuKG, Weiss-Faßbinder/Lust, 2009, S. 93, §14 (2) 10).

„Die **Gesundheitsberatung** erhält im Rahmen der Gesundheitsförderung eine immer wichtigere Rolle. Die Pflegepersonen sollen mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen aus der Pflege dazu beitragen, Informationen über positive und negative Auswirkungen von Verhaltensweisen sowie über Möglichkeiten der Betreuung zu erteilen“ (GuKG, Weiss-Faßbinder/Lust, 2009, S. 114, §16 (3) 5).

Aus diesen Ausschnitten des GuKG geht eindeutig hervor, dass Patientenedukation in unserem Berufsgesetz verankert ist. Die Leistungen werden selbstständig und eigenverantwortlich erbracht, oder in Kooperation mit anderen Berufsgruppen (Anmerkung des Verfassers).

### **4.3 Ziele der Patientenedukation**

Die Frage ist nicht: Beratung ja oder nein? Es ist unumgänglich, dass man Patienten erklärt, was mit ihnen geschieht, und sie anleitet, für sich selbst zu sorgen. Beratung ist das ultimative Kostenbegrenzungsinstrument und das Wissen die ultimative therapeutische Intervention. Es gilt, die Patientenedukation in sämtlichen Ebenen der Gesundheitspflege zu integrieren: in das Pflegeumfeld, in das Verhältnis zu anderen Fachleuten des Gesundheitswesens, in gegebene Strukturen, in vorhandene Hilfsmittel und in Erfolgsmaßstäbe (vgl. London, 2010, S. 31).

Die Ziele der Patientenedukation müssen in den Mittelpunkt gestellt werden und handlungsorientiert sein. Sie dienen alle dazu, die grundlegende Frage der Patienten zu beantworten: „Was kann ich tun?“.

Das kurzfristige Ziel besteht darin, den Patienten Hilfen zu geben, um:

- sachgerechte und wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen
- lebensnotwendige Selbstversorgungskompetenzen zu entwickeln
- Probleme zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren
- Antworten und Fragen zu bekommen bzw. die richtigen Ansprechpartner zu finden
- Alltagskompetenz zu erwerben (vgl. London 2010, S.36).

Das langfristige Ziel der Patientenedukation besteht darin, den Patienten zu einer gesundheitsbewussten Denk- und Handlungsweise zu verhelfen, die Eigenverantwortung zu verstärken, die Langzeitfolgen zu vermeiden und damit die Lebensqualität zu erhöhen (vgl. London 2010, S. 36).

Insbesondere die Beachtung der folgenden beiden Punkte sind für eine erfolgreiche Durchführung der Patientenedukation unumgänglich:

### **Gemeinsames Festlegen der Ziele**

Besteht das Ziel der Beratung in der Einhaltung des Behandlungsregimes, wird sie nur dann Erfolg haben, wenn der Patient ausreichend Wissen über die Erkrankung erhält und dann die gegebenen Instruktionen befolgt. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Patienten beim Festlegen der Ziele erfüllt mehrere Zwecke:

- Sie macht ihm deutlich, dass Beratung Teil des Behandlungsplanes ist
- Sie bezieht ihn aktiv in den edukativen Prozess ein
- Verbesserung der Compliance
- Sie schafft ein Gefühl der Gemeinsamkeit; Pflegeperson und Patient sind sich von Anfang an einig

Es empfiehlt sich, sich zu vergewissern, was der Patient wissen möchte, anschließend setzt man realistische Ziele, Maßnahmen werden auf entsprechenden Formularen dokumentiert (vgl. London, 2010, S. 36f).

### **Kenntnisstand und Aufnahmefähigkeit**

Vor der Beratung ist es auch wichtig, den Kenntnisstand und die Aufnahmefähigkeit des Patienten zu ermitteln. Damit erreicht man mehrere Dinge zugleich:

- Man findet heraus, was er weiß und man kann angemessene Verhaltensweisen und Fähigkeiten fördern und falsche Sichtweisen korrigieren
- Beratung kann individualisiert werden
- Herausfinden, was der Patient nicht weiß
- Man stellt fest, wie groß seine Aufnahmefähigkeit derzeit ist
- Man vermeidet, dass die Zeit mit Dingen verschwendet wird, die der Patient schon weiß (vgl. London 2010, S. 37).

Je weniger man über den Kenntnisstand des Patienten oder der Angehörigen weiß, desto leichter gehen edukative Maßnahmen ins Leere. Nur allzu leicht verschwendet man wertvolle Zeit, wenn man die falschen Informationen vermittelt oder die richtigen auf die falsche Art und Weise (vgl. London 2010, S. 37).

#### **4.4 Das patientenorientierte Gespräch**

Schulungen und Beratungsgespräche mit einem Patienten im prä- oder im terminalen Stadium der Niereninsuffizienz erfordern Fingerspitzengefühl. Umstände wie Unsicherheiten, Angst und diverse Urämiesymptome, wie z. B. Konzentrationsschwäche, sollte man dabei nicht außer Acht lassen. Deshalb sollte ein patientenorientierter Ansatz vertreten werden, bei dem der einzelne Patient im Mittelpunkt steht und bei dem man von dessen Bedürfnissen ausgeht (vgl. Dialyse aktuell 4/2012, S. 236).

Die Qualität der Kommunikation zwischen den Gesprächspartnern hängt von mehreren Faktoren ab, wie Persönlichkeitsstruktur, Grad der Allgemeinbildung, Herkunft und Alter. Die chronische Niereninsuffizienz als lebensbedrohliche Erkrankung ist eine Herausforderung an die Beziehungs- und Kommunikationsmuster aller Mitglieder des Sozialsystems des Patienten. Neben dem enormen Informationsbedarf zur Krankheit selbst, der erst nach und nach eine missverständnisfreie Kommunikation zwischen den Pflegenden und Patienten ermöglicht, können Behinderungen wie Hör- und Sehstörungen zusätzlich zur Kommunikationseinschränkung führen. Die vorhandene Vergiftungssituation des Körpers trotz Dialysebehandlung lässt den Patienten schneller ermüden und reduziert die Konzentrationsfähigkeit. Angst vor Schmerzen, Verlust und Tod kann die Kommunikation als weiteren Faktor einschränken (vgl. Breuch 2007, S. 197).

Viele Patienten haben bis zum Dialysebeginn schon eine lange Krankheitskarriere durchlaufen. Fast alle Dialysepatienten verstehen gerade am Anfang die Zusammenhänge und Auswirkungen ihrer Erkrankung nicht genügend, da ihnen die notwendigen Informationen fehlen. Viele Patienten trauen sich oft nicht „dumme“ Fragen zu stellen, wollen nicht undankbar sein, ungebildet oder als „schwer von Begriff“ erscheinen. Informationslücken werden durch Vermutungen oder Phantasien ersetzt. All dies kann den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Pflegenden und Patient als Grundlage der Kommunikation behindern (vgl. Breuch 2007, S. 197).

Die Aufgabe der Pflegeperson ist es, die Informationen zum einen dem gegebenen Aufnahmevermögen, dem Vorwissen und der Mitdenkfähigkeit des Patienten anzupassen

und zum anderen die Inhalte entsprechend dem Informationsbedarf aufzubereiten. Wichtig ist dabei, genau zu ermitteln, welche Voraussetzungen der Erkrankte wirklich mitbringt und was er von den erhaltenen Informationen wirklich aufgenommen hat. Der Beziehungsaspekt ist auch dabei zu berücksichtigen: Bekommt der Patient das Gefühl verstanden und informiert zu werden, oder fühlt er sich durch den Gebrauch von medizinischer Fachsprache eingeschüchtert wie ein Kind, das überwacht werden muss, und keinerlei Eigenverantwortung übernehmen kann (vgl. Breuch 2007, S. 197). Daher gilt es, die Gespräche mit dem Patienten in einer ihm verständlichen Sprache zu gestalten. Dazu gehört aber auch das Zuhören und den Patienten immer wieder zu motivieren (vgl. Breuch, S. 198).

#### **4.5 Lerntheorien für die Patientenedukation**

Lernen beinhaltet Veränderung. Neue Denkstrategien, Einstellungen, motorische Fähigkeiten und eine neue Zuversicht werden in komplexen Strukturen geübt, um die neu erlernten Informationen zu unterstützen und zu erhalten (vgl. Klug Redman 2009, S. 23).

Es wird empfohlen, Lernende dabei zu unterstützen, sich den Sinn in der realen, neuen Umgebung, gemeint ist die dauerhafte Erkrankung und damit einhergehend die Dialysebehandlung, selbst zu konstruieren. Bewusstes Lernen und eine Konzeptualisierung entstehen durch diese Aktivität und nicht dadurch, dass die Pflegeperson diese Aktivität durch eine künstliche Umgebung vorwegnimmt (vgl. Klug Redman 2009, S. 26).

##### **4.5.1 Health-Belief-Modell**

Das Health-Belief-Modell (Modell gesundheitlicher Überzeugung) bekräftigt die Annahme, dass Menschen wahrscheinlich erst etwas für ihre Gesundheit unternehmen, wenn

- sie glauben, dass sie der infrage kommende Krankheitszustand betreffen kann
- sie glauben, dass dieser Krankheitszustand ihr Leben ernsthaft beeinflussen wird
- sie von der Effektivität präventiver Maßnahmen überzeugt sind
- die präventiven Maßnahmen nur geringe Schwierigkeiten mit sich bringen (vgl. Klug Redman 2009, S.19).

Art und Schwere der Symptome veranlassen den Menschen zur Handlung (vgl. Klug Redman 2009, S.19).

Dieses Modell ist für Menschen in der Gesundheitsberatung dann geeignet, wenn

- der Patient glaubt, eine bestimmte Krankheit zu entwickeln
- das Risiko ernsthaft und die Folgen unerwünscht sind
- durch spezifische Verhaltensänderung das Risiko reduziert wird
- Hürden zur Verhaltensänderung überbrückbar sind (vgl. Bohren Magoni, 2009).

Dieses Modell eignet sich für Patienten im Prädialysestadium, die regelmäßig die nephrologische Ambulanz besuchen. Durch eine adäquate Blutzuckereinstellung, einen gut eingestellten Blutdruck und die richtige Ernährung kann der Patient den Übergang ins terminale Stadium der Nierenerkrankung sicher hinauszögern (Anmerkung des Verfassers).

#### 4.5.2 Transtheoretisches Modell

Dieses weitere, für die Motivation relevante Modell erklärt oder sagt voraus, wie eine Person einer Verhaltensveränderung zustimmt oder sie umsetzt. Es besagt, dass eine Intentionsänderung über einen längeren Zeitraum hinweg erfordert, einzelne Motivationsstadien zu durchlaufen, verschiedene Veränderungsprozesse in unterschiedlichen Stadien aktiv zu nutzen und Kognitionen, Gefühle und Verhalten zu verändern (vgl. Klug Redman 2009, S. 21).

Dieses Modell eignet sich zur Beschreibung der Wirkung von Patientenedukation im Umgang mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus und Herzinsuffizienz. Es erlaubt die Vorhersage von zukünftigem Verhalten und die Intervention in bestehendes Verhalten, z.B. bei Ernährungsumstellungen. Das Durchlaufen der einzelnen Stadien ist in der Regel nicht linear: da es sich in den meisten Fällen um problematisches Gesundheitsverhalten handelt, kommt es zu Rückfällen und zur Rückkehr in frühere Modellstadien, bevor es schließlich zu einer dauerhaften Veränderung kommt (vgl. Klug Redman 2009, S. 21).

**In der Literatur werden fünf Stadien der Veränderung unterschieden:**

1. Absichtslosigkeitsstadium: Hier besteht keine Absicht, das Verhalten innerhalb der nächsten sechs Monate zu ändern.

2. Absichtsbildungsstadium: Hier wird ernsthaft über eine Verhaltensänderung in den nächsten sechs Monaten nachgedacht, jedoch aufgrund von Zwiespältigkeit über Jahre hinweg in diesem Stadium verharret.
3. Vorbereitungsstadium: Eine Verhaltensänderung innerhalb des nächsten Monats ist geplant und Schritte in die Richtung sind schon unternommen worden.
4. Handlungsstadium: Das Problemverhalten wird verändert.
5. Aufrechterhaltungsstadium: Dieses Stadium beginnt nach sechs Monaten kontinuierlich erfolgreicher Verhaltensänderung. Auch wenn das veränderte Verhalten schon drei bis fünf Jahre aufrechterhalten wird, besteht noch immer die Gefahr des Rückfalls in alte Verhaltensmuster (vgl. Klug Redman 2009, S. 21).

In den frühen Stadien bewegt sich die Entscheidungsbalance stärker in Richtung Nachteile, später dann in Richtung Vorteile einer Verhaltensänderung. Bevor eine Verhaltensänderung definitiv stattfindet, muss sich das Gleichgewicht zugunsten der Vorteile verschieben, das heißt, die Vorteile eines besseren Lebens- und Körpergefühls, höherer Vitalität und erholsameren Schlafs müssen vorliegen (vgl. Klug Redman 2009, S. 21).

Die vom Patienten wahrgenommene Selbstwirksamkeit, das Vertrauen in den Erfolg der Verhaltensänderung, ist in den frühen Stadien am geringsten und steigt, wenn ein Vorwärtkommen zu verzeichnen ist. Edukative Interventionen sind am erfolgreichsten, wenn sie an die Phase, in der sich der Patient befindet, angepasst werden (vgl. Klug Redman 2009, S. 21).

#### 4.5.3 Lernen im Erwachsenenalter

Erwachsene und ältere Menschen lernen anders als Kinder. Der Hauptunterschied zwischen Erwachsenen und Kindern beim Lernen ist, dass Erwachsene fähig sind, kritisch zu reflektieren. Beratungspersonen motivieren Patienten, ihre Lernbedürfnisse zu äußern und Lerninhalte auszuwählen. Sie beziehen die Lernbiografie und Lernressourcen mit ein und verbinden altes mit neuem Wissen (vgl. Klug Redman 2009, S. 21).

Normale Veränderungen im Bereich des Hörens und der Gedächtnisfunktion begleiten häufig den Prozess des Älterwerdens und müssen bei Schulungsmaßnahmen berücksichtigt werden. Wichtig ist der Einsatz alternativer Methoden wie beispielsweise

Audio-CDs bei Sehgeschädigten. Ein nachlassendes Gedächtnis kann durch kurze Schulungszeiten mit wenig Lehrstoff kompensiert werden. Häufiges Üben, bis sich die Lerninhalte eingeprägt haben, und die Anwendung von Gedächtnisstützen sind hilfreich (s. Klug Redman, S. 35).

Zwei Lerntheorien sind hierbei von besonderer Bedeutung, die behavioristische Theorie und die kognitive Lerntheorie.

Der wichtigste Grundsatz der **behavioristischen Theorie** ist, dass sich das Verhalten entsprechend der unmittelbaren Konsequenzen verändert, das heißt, angenehme Konsequenzen verstärken das Verhalten, unangenehme Konsequenzen schwächen es. Verstärker können je nach Natur des Menschen Lob, Anerkennung, Essen oder gute Noten sein (vgl. Klug Redman 2009, S. 27).

Bei der Beratung und Schulung von Menschen muss gesichert sein, dass Belohnung gerechtfertigt ist, denn so werden neue Verhaltensweisen gelernt oder verstärkt. Mitarbeiter in Dialysezentren sollten sich an diesen Grundsätzen orientieren, wenn sie Patienten schulen, beispielsweise hinsichtlich des Ernährungs- oder Trinkverhaltens (Anmerkung des Verfassers), in dem sie jeden Schritt des Prozesses verstärken, um sich auf diese Weise dem Gesamtverhalten zu nähern (vgl. Klug Redman 2009, S. 27).

In der **kognitiven Lerntheorie** ist Lernen die Entwicklung von Erkenntnis und Verständnis, welche das Verhalten des Erkrankten leiten. Die neuen Erkenntnisse leiten den Patienten dazu an, sich neu zu organisieren. Die Motivation, etwas zu tun, entsteht durch das Bedürfnis, Probleme zu lösen und allem einen Sinn zu geben. Hier wird das Verstehen von Konzepten und Theorien, die den Sachverhalt betreffen, also die Erkrankung und die damit verbundenen Konsequenzen, als Ansatz gewählt (vgl. Klug Redman, S. 27f).

#### **4.6 Methodisches Vorgehen – Der Patientenedukationsprozess**

Wie bereits erwähnt, ist unter Patientenedukation ein Prozess zu verstehen, in welchem der Beratende Daten sammelt, Instruktionen individualisiert, Unterstützung anbietet, evaluiert und neue Ziele setzt. Der Patientenedukationsprozess verläuft in 5 Schritten (vgl. Bohren Magoni, 2009).

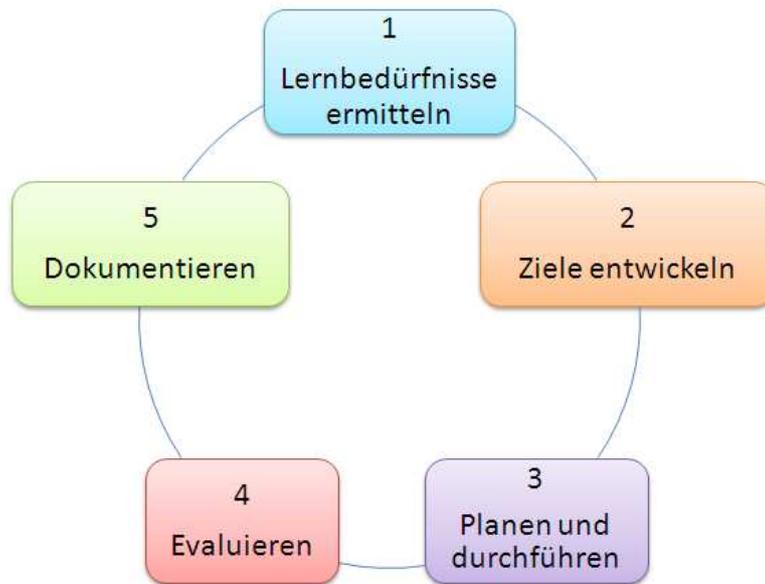


Abbildung 1.

### Schritt 1 – Lernbedürfnisse, Lernstil und Lernbereitschaft ermitteln

Lernbedürfnisse, Lernstil und Lernbereitschaft zu ermitteln, ist der erste Schritt im Patientenedukations-Prozess. Er ist vergleichbar mit dem ersten Schritt im Pflegeprozess: "Informationssammlung" (vgl. Bohren Magoni, 2009).

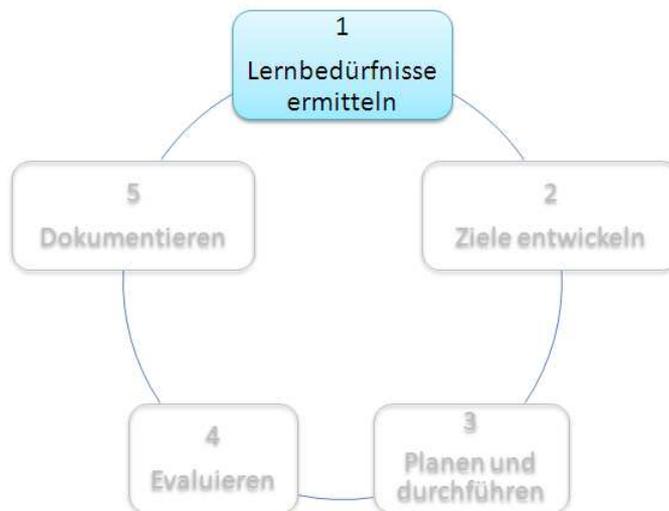


Abbildung 2

## **Lernbedürfnisse**

Es beginnt mit einem Gespräch. Menschen mit chronischen Erkrankungen und deren Angehörige bringen oft viele Kompetenzen und Erfahrungen im Umgang mit ihren Krankheiten mit (vgl. Bohren Magoni, 2009).

Lernbedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen bilden das Gerüst für den zu erstellenden Lehrplan und um die zur Erreichung der Ziele notwendigen Lernbedingungen zu schaffen (vgl. Klug Redman 2009, S. 70).

### Fragen an den Patienten können sein:

- Worüber sorgen sie sich am meisten?
- Wie sehen Sie Ihre Krankheit?
- Was denken Sie, können Sie als erstes tun?
- Was wissen Sie über Ihren Gesundheitszustand?
- Wie werden Sie Ihre Pflege zu Hause organisieren? (vgl. Bohren Magoni, 2009).

### Überlegungen der Beratungsperson:

- Wie sehen die Ziele mit diesem Patienten aus?
- Wie gestaltet man die Schulungsmaßnahmen entsprechend den Fähigkeiten, Wissensstrukturen und Erwartungen des Patienten und seiner Angehörigen?
- Sind die Aufgaben realistisch, die der Patient mit der Zeit kompetent ausführen können soll?
- Ideengerüst schaffen, um einen kurzen Überblick über Lerninhalte und eine Vorstellung davon zu geben, was den Patienten erwartet (vgl. Klug Redman 2009, S. 43f).

## **Lernstil**

Da die Patienten unterschiedliche Lernstile bevorzugen, wie visuelle oder auditive, verwendet man unterschiedliche Anleitungformen. Handouts, Broschüren, aber auch einer Fachperson zuhören oder Videos können als Instruktionshilfen verwendet werden. Dies sind jedoch passive Methoden und weniger effektiv. Nach jeder passiven edukativen Maßnahme sollte der Patient aktiv einbezogen werden (vgl. London 2010, S. 39). Wenn nötig, sollte auch genügend Zeit für praktische Übungen eingeplant werden (vgl. Klug Redman 2009, S. 45).

### Fragen an den Patienten:

- Zu welcher Tageszeit lernen Sie am besten?
- Lesen Sie gerne?
- Möchten Sie zuerst etwas lesen oder dass ich Ihnen zuerst etwas erkläre?
- Lernen Sie besser, wenn Sie lesen, hören, nachdenken oder selbst etwas tun?
- Lernen Sie lieber alleine oder mit anderen zusammen?
- Benützen Sie das Internet?
- Brauchen Sie eine Übersicht zum Thema (vom Allgemeinen zum Spezifischen), oder lernen Sie lieber in kleinen Schritten/Details (vom Spezifischen zum Allgemeinen)? (vgl. Bohren Magoni, 2009).

Jede Beratung oder Schulung sollte damit enden, dass der Patient das Erlernte wiederholen kann und auch genügend Zeit hat, um sich zu überlegen, wie er das Erlernte in der realen Situation umsetzen oder anwenden kann. Auf diese Weise gelangt der Patient zu Selbstsicherheit (vgl. Klug Redman 2009, S. 45).

### **Lernbereitschaft**

Schreiben, reden und üben helfen dem Patienten, neue Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten. Manche Menschen reagieren mit Scheu auf Ärzte und Pflegepersonen und haben Schwierigkeiten in der Kommunikation mit diesen vermeintlichen Respektspersonen. Die Patienten begreifen oft nicht, dass man versucht, ihnen etwas zu vermitteln; sie halten die Informationsvermittlung für beiläufiges Geplauder (vgl. London 2010, S. 39).

Wenn der Patient aktiv einbezogen wird, wird das Gefühl der Partnerschaft gefördert. Dieses Gefühl hilft, aus einer bloßen Konversation einen Dialog entstehen zu lassen und die Gefahr einer Ungleichheit, weil der Beratende es besser weiß, wird damit gebannt und der Patient ist bereit, seine Erkrankung in Angriff zu nehmen (vgl. London 2010, S. 39).

Anschließend kann ein Gespräch mit der Familie stattfinden, um Lücken zu füllen, Verständnis zu verbessern und die Situation umfassender einschätzen zu können. Wichtig ist, abzuklären, ob Familienmitglieder bei der Edukation dabei sein und ob sie einen aktiven Part dabei spielen möchten. Dabei ist es wichtig, die Ressourcen der Familie einzuschätzen (vgl. Bohren Magoni, 2009).

## Schritt 2 - Ziele entwickeln

In der Zielsetzung sind Basisinformationen notwendig, die es den Betroffenen erst ermöglichen, realistische und erreichbare Zielvorstellungen zu entwickeln. Die Informationen können beispielsweise zur Komplexität der chronischen Erkrankung notwendig sein (vgl. Hüper 2010, S. 105).

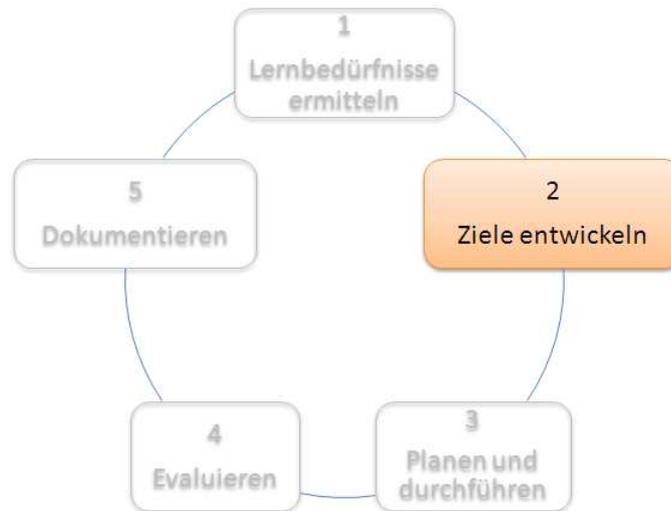


Abbildung 3

Weiters geht es darum, die Probleme zu definieren, um dann die Ziele gemeinsam auszuhandeln und festzulegen. Die Ziele können in kurz- oder langfristige Zielsetzungen unterteilt werden (vgl. Hüper 2010, S. 105).

Oberstes Ziel ist es, die Krankheitsbewältigung und damit die Verhaltensänderung zu beeinflussen. Der Patient soll durch die Pflegefachkraft Wissen, Haltung und Fähigkeiten gewinnen, um die Gesundheit zu erhalten und zu verbessern. Als oberstes Ziel wünschen sich die meisten Dialysepatienten, nicht zusätzlich auch noch ins Krankenhaus zu müssen (vgl. Hüper, 2009, S. 110).

## Schritt 3 - Planen und durchführen

In diesem Schritt folgt die Planung und Durchführung der Interventionen, die die 6-W-Fragen beinhalten: Was? (Inhalte), Wann? (Zeit), Wo? (Ort), Wer? (Beteiligte Personen),

Wie? (Lernmethoden), Warum? (Definiert sich durch die Ziele) (vgl. Bohren Magoni, 2009).

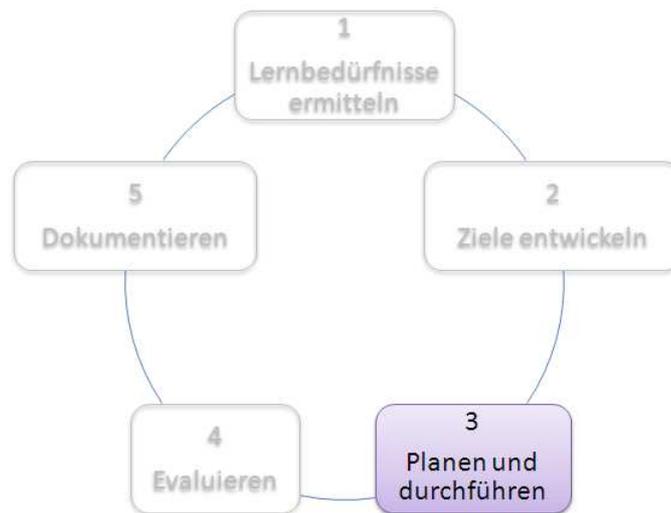


Abbildung 4

### **Inhalte**

Die Lerninhalte werden im Gespräch zwischen den Lernpartnern Patient, Angehörige und dem Berater bestimmt. Obwohl die Pflegeperson als Experte beginnt, ist es das Ziel, den Patienten so kompetent zu machen, dass er seine eigenen Pflegebedürfnisse selbst erfüllen kann. Die Pflegeperson behält „Was muss der Patient wissen“ (Pflicht), und das „Was ist nett zu wissen“ (Kür) im Auge (vgl. Bohren Magoni, 2009).

### **Zeit**

Wann im Tagesablauf hat der Patient mehr Lernenergie? Man plant Lerneinheiten nicht länger als 30 Minuten und muss den Patienten darauf aufmerksam machen, wenn er zu müde ist. Nicht immer ist es möglich, eine optimale Zeit zu wählen. Lernen ist jedoch nicht möglich, wenn der Patient wütend, müde oder traurig ist, gerade eine schwierige Nachricht erhalten oder Schmerzen hat. Auch vor oder nach therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen ist der Patient nicht in Lernstimmung (vgl. Bohren Magoni, 2009).

## Ort

Die Pflegeperson muss Komfort und Privatsphäre berücksichtigen, ein neutraler Raum ist nötig, wenn der Patient nicht im Einbettzimmer untergebracht ist (vgl. Bohren Magoni, 2009).

## Beteiligte Personen

Eine einzelne Pflegeperson, ganz gleich, wie fähig sie ist, kann in der begrenzten Zeit, die ihr zur Verfügung steht, nicht die gesamte Patientenberatung schaffen (vgl. London, S. 59). Jedem Mitglied des Gesundheitspflegeteams ist eigentlich klar, dass die Arbeit schneller und besser von der Hand geht, wenn alle kooperieren (vgl. London 2010, S. 60).

Für den Kranken ist es besonders wichtig, die Familie oder den Partner in den gesamten Krankheitsprozess zu integrieren, denn diese spielen oft eine wertvolle Rolle in der Motivation, dem „gemeinsam anpacken“ und dem „wir schaffen das“. Oft muss aber auch ein Teil der Familie oder der Partner die Pflege oder Betreuung des Patienten übernehmen (Anmerkung des Verfassers).

## Schritt 4- Evaluieren

Die Evaluation dient mehreren Zwecken. Sie kann überprüfen, ob der Patient am richtigen Weg ist und ihn dann mit seinen erlangten Kompetenzen motivieren. Sie kann aber auch Aussagen darüber machen, ob der Patient orientierungslos ist oder fehlerhaft die Aufgaben erfüllt (vgl. Klug Redman 2009, S. 77).

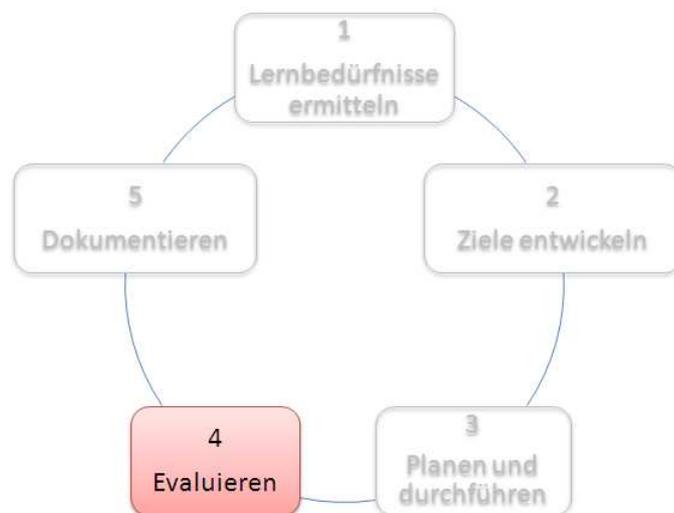


Abbildung 5

Kommt man zu dem Ergebnis, dass der Patient nicht das gelernt hat, was er gelehrt wurde, können Fehler gezielt erklärt und korrigiert und richtiges Verhalten gezeigt werden (vgl. Klug Redman 2009, S. 77).

Der Erfolg einer Behandlung wird aber auch anhand der Mortalitätsrate, durch Röntgenbefunde, durch Messungen physiologischer Vorgänge wie Blutdruck, Laborwerte und definierbaren klinischen Ereignissen festgestellt. Allerdings werden auch die Wahrnehmungen des Patienten im Hinblick auf Funktionsfähigkeit im täglichen Leben, Symptome und Zufriedenheit mit der Versorgung als wichtig und prognostisch für weiteres Vorgehen des Patienten gewertet. Überprüft man eine Krankenseinweisung, wird möglicherweise deutlich, dass der Patient keine ausreichende Kompetenz erworben hat. Bei der Prüfung des Falls legt die betreuende Fachkraft fest, wo eine Schulung erforderlich ist (vgl. Klug Redman 2009, S. 78).

### Schritt 5 – Dokumentieren

Das Dokumentieren des Patientenedukationsprozesses soll während allen 5 Schritten stattfinden. Dokumentation ist ein wichtiger Teil der Qualitätssicherung von geplanten erbrachten Leistungen (vgl. London 2010, S. 292).

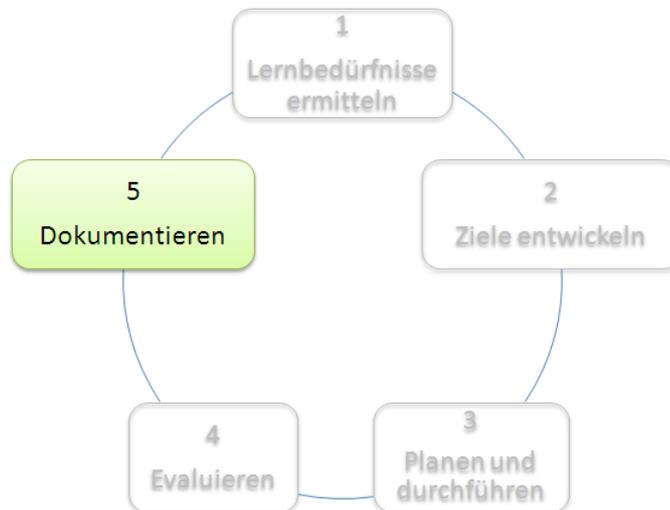


Abbildung 6

Es soll immer die Lernbereitschaft und Lernfähigkeit des Patienten sowie die Evaluation des Verständnisses, das er von den wichtigsten Informationen hat, dokumentiert werden.

Weiters soll dokumentiert werden, in welchen Bereichen noch Schulung, Information und Bekräftigung oder eine weitere Evaluation nötig ist (vgl. London 2010, S. 92).

Jedoch noch wichtiger als die Inhalte der Beratung aufzuzeichnen, ist es, die Erfolge des Patienten festzuhalten (vgl. London 2010, S. 292).

## **5 DER PÄDAGOGISCH GÜNSTIGE MOMENT**

Der ideale Moment zur Beratung liegt vor, wenn sich die Lernbereitschaft des Patienten auf dem Höhepunkt befindet. Wird die Beratung auf die Bereitschaft des Patienten abgestimmt, ist der Lerneffekt am größten (vgl. London 2010, S. 78).

In einem pädagogisch günstigen Moment ist der Patient aufnahmefähig, bereit zur Veränderung und in der Lage zu handeln. Während eines ungezwungenen Gesprächs ist es leichter als in einer formellen Unterweisungssituation, günstige Gelegenheiten zu erkennen und darauf zu reagieren (vgl. London 2010, S. 78).

Pädagogisch günstige Momente finden während der Arbeit, in der Interaktion mit dem Patienten und seinen Angehörigen überall und immer statt, ohne dass die Pflegeperson oder der Patient/Angehörige diese besonderen Momente beachten. So beispielsweise wenn Medikamente verabreicht werden und die Pflegeperson darüber informiert, beim Bestellen des Essens, wenn man die Auswahl und die konkreten Produkte diskutiert, oder wenn man eine Prozedur beschreibt, die man gerade durchführt (vgl. London 2010, S. 79).

## 6 PATIENTENEDUKATION IN DER DIALYSE – DIE NEPHROLOGISCHE SPRECHSTUNDE

Im nachfolgenden Kapitel wird eine praktische und mögliche Anwendung des Patientenedukationsprozess, wie es im Landeskrankenhaus Villach zur Umsetzung gelangen könnte, vorgestellt.

Im pflegerischen Alltag an der Dialysestation sind explizite, geplante Beratungsgespräche eher die Seltenheit. Die meisten Gespräche entstehen spontan und es gilt daher, den günstigen Moment zu nutzen. Die Einführung einer „nephrologischen Sprechstunde“ an der Dialysestation wäre eine Möglichkeit, um eine Zunahme von strukturierten Gesprächen zwischen Beratenden und Patienten/Betroffenen und damit einen besseren Umgang mit der Krankheit und eine Entwicklung hin zu einem gesundheitsgerechteren Lebensstil zu forcieren. Die Patientenedukation greift an den verschiedenen zeitlichen Stationen der Dialyse (Prä-Dialyse bis Langzeit-Dialyse) in unterschiedlicher Intensität an.

Im präterminalen Stadium, das heißt, solange die Patienten in der **Nierenambulanz** betreut werden und diese regelmäßig aufsuchen, um den Verlauf der Nierenerkrankung zu verfolgen, sie aber noch nicht dialysepflichtig sind, sollte die erste Aufklärung stattfinden. Der Patient ist sich in diesem Stadium oft noch nicht im Klaren über das Ausmaß seiner Erkrankung und den damit zu bewältigenden Anforderungen. Daher weiß der Patient oft auch nicht, was er fragen könnte.

Das Grundbedürfnis jedes Menschen nach Sicherheit d.h. sicher vor Gefahr und Schaden zu sein, wird durch die bevorstehenden Änderungen ins Wanken gebracht (vgl. Breuch 2007, S. 182).

Hier sollte die Edukation mit einem einführenden Gespräch beginnen, damit sich der angehende Dialysepatient langsam auf sein neues Leben vorbereiten kann. Dies umfasst eine Aufklärung über die Krankheit und deren Ausmaß, über die Dialyse selbst sowie Veränderungen im täglichen Leben.

An einem praktischen Beispiel soll gezeigt werden, wie der gesamte Prozess ablaufen könnte:

Beispiel: 60 jähriger, männlicher Patient, Diabetes mellitus, lebt mit Gattin in einem Haus; ist körperlich noch sehr fit. Im Rahmen eines Erstgespräches erfolgt die erste Kontaktaufnahme, der Pflegende tritt mit Patienten in Beziehung. Das Gespräch mit dem Patienten betrifft die folgenden Bereiche:

- 1) Seine Krankheit und deren Ausmaß

- 2) Ernährungsberatung (Diabetesdiät, Dialysemiät)
- 3) Dialyse, ihre Ablauf bzw. Turnus, den günstigsten Zeitpunkt für den Patienten
- 4) Über den operativen Dialysezugang und den Umgang damit (Shunttraining, Erkennen eines Shuntverschlusses)
- 5) Transportmöglichkeiten ins und vom Krankenhaus
- 6) Berufsleben: ob es ungehindert oder eingeschränkt wird
- 7) Bestehende Urlaubswünsche

Ist der Patient dann an den **ersten Dialysen**, ist – wegen der weiteren anwesenden Patienten - ein Vieraugengespräch nur noch bedingt möglich. Wie bereits erwähnt, hat das Sicherheitsgefühl des Patienten einen enormen Einfluss auf seine physische, psychische und soziale Rehabilitation und daher gilt es, die im Zuge der ersten Dialysen entstehenden Ängste wieder abzubauen bzw. den Patienten zu stärken. Die Pflegeperson kann durch Gespräche und Nutzen des pädagogisch günstigen Moments (Vgl. Kapitel 5) viel dafür tun, dass der Patient sich „gut aufgehoben fühlt“. Dazu zählt auch die Aufklärung über mögliche Ereignisse während der Dialyse, wie z. B. Blutdruckabfälle oder Muskelkrämpfe (Vgl. Breuch 2007, S. 183). Jetzt ist auch der richtige Zeitpunkt, um den Patienten zu ermutigen und ihm gleichzeitig Eigenverantwortung zu vermitteln (vgl. Breuch 2007, S. 188).

Nach der ca. zehnten Dialyse, sollte der Patient daher in die **nephrologische Sprechstunde** eingeladen werden, wo in angenehmer Atmosphäre – mit immer derselben Pflegeperson - die aktuellen Probleme besprochen werden. Dies ist der Zeitpunkt, wo seitens des Patienten erste Fragen auftauchen könnten. Der Patient hatte Zeit, sich einige Vorstellungen darüber zu machen, wie es weiter gehen könnte, wie die Dialyse und alles, was diese mit sich bringt, seine Lebensplanung beeinflusst.

Diese nephrologische Sprechstunde könnte beispielsweise monatlich in einem Zimmer in der Dialyse-Ambulanz des LKH Villach stattfinden. Eventuell weitere Personen im Gesundheitsdienst, wie Diätologen, Sozialarbeiter, Psychologe, Arzt oder Leiter der Selbsthilfegruppe oder auch die Angehörigen des Patienten könnten mit dazu eingeladen werden.

An diesem Punkt kann der Patientenedukationsprozess seine Anwendung finden (siehe Kapitel 4.6), das heißt, dass gemeinsam Ziele formuliert werden, die Planung der Maßnahmen und ihre Durchführung, sowie die Dokumentation erfolgen.

Beispiel: derselbe Patient besucht die Dialyse nun seit 2 Monaten und ist nun zum ersten Mal in der nephrologischen Sprechstunde.

### Schritt 1



#### Lernbedürfnisse ermitteln

- liest gerne Tageszeitungen, sieht fern
- sorgt sich wegen Verschlimmerung seiner Krankheit, hat Angst vor weiteren Folgen
- möchte zuerst eine Ernährungsberatung (Diabetes- u. Dialysediät)
- möchte genaue Aufklärung über seine Medikamente

Die Lernbereitschaft des Patienten ist groß, er erhält Unterstützung durch seine Gattin. Broschüren, Merkblätter oder ein Film bzw. eine DVD könnten dem Patienten helfen. Er hat sich auch schon Gedanken darüber gemacht, was er selbst tun könnte (Einhaltung einer Diät, Medikamente nochmals besprechen).

### Schritt 2



#### Ziele entwickeln

- Einhaltung der Diabetesdiät, um Blutzuckerspiegel zu normalisieren
- Einhaltung der Dialysediät, um Laborwerte von Kalium und Phosphor niedrig zu halten
- Regelmäßige Einnahme der Medikamente

### Schritt 3



#### Planen und durchführen

Sorgfältige Beantwortung der „6-W-Fragen“:

**Was?**- Einhaltung der Diäten, Medikamenteneinnahme

**Wann?**- Termin wird vereinbart

**Wo?**- Im Raum, in dem die nephrologische Sprechstunde abgehalten wird

**Wer?**- Patient, Gattin, Diätologin, Arzt (für Medikamente) und Pflegeperson

**Wie?**- • Führung eines Beratungsgesprächs

- Broschüren und Merkblätter über geeignete Lebensmittel werden mitgegeben
- Plan zur Medikamenteneinnahme wird erstellt. Ein Medikamentendispenser für eine bessere Kontrolle und evtl. DVD (von Pharmaindustrie angeboten) werden mitgeben.

#### **Schritt 4**



#### **Evaluieren**

- erfolgt wieder an der Dialysestation. Nach ca. 1 Monat werden Laborwerte kontrolliert, u.a. auch ein Langzeitwert für den Blutzucker.

Treten hohe Laborwerte, hohe Flüssigkeitsmengen oder ein anderes, eventuell neues Problem auf, kann der Patient wieder in die nephrologische Sprechstunde kommen. Dies ist vor allem auch für solche Patienten wichtig, die schon länger an der Dialyse sind, ihre Ziele nicht erreichten oder kein Interesse daran haben, „compliant“ zu sein. Auch beim Auftreten „neuer“ Probleme, bei veränderten Wünschen oder Bedürfnissen, verändertem Gesundheitszustand oder veränderter Lebenssituation, kann diese nephrologische Sprechstunde in Anspruch genommen werden. Damit muss der Patientenedukationsprozess wieder neu angepasst werden.

Durch gute Laborergebnisse wird der Patient motiviert und ermuntert, weiter so zu handeln. Wichtig ist, dass an diesem Punkt Lernerfolge sichtbar gemacht werden.

#### **Schritt 5**



#### **Dokumentieren**

Dokumentiert werden alle oben besprochenen Punkte: Lernbedürfnisse, Stil, Ängste des Patienten, sein Wissen über die Erkrankung, seine Ziele und deren Erreichung, Termine in der Sprechstunde, die dazu geladenen Gäste ebenso wie die Evaluierung und das weitere Geschehen.

Dieses Vorgehen kann für den Patienten lange erfolgreich sein. Ändert sich aber etwas in seiner Situation, wenn z. B. seine Gattin verstirbt, so muss durch die neuen Probleme im Leben des Patienten (lebt dann allein, hat weniger Einkommen, kann selbst nicht kochen) der Patientenedukationsprozess neu abgestimmt werden.

Treten die gleichen Probleme bei vielen Patienten gehäuft auf, dann könnten im Rahmen dieser nephrologischen Sprechstunde ebenso Gruppenschulungen zu einem Thema, wie beispielsweise phosphorarme Ernährung, organisiert werden. Eine positive Begleiterscheinung dabei wäre, den Patienten aufzuzeigen, dass sie mit ihren Problemen nicht allein sind.

Mit dieser nephrologischen Sprechstunde könnte versucht werden, eine optimale individuelle Beratung jedes Patienten zu ermöglichen. Da im Idealfall immer die gleiche Pflegeperson die nephrologische Sprechstunde abhält, hätte der Patient jemanden, dem er vertrauen kann, und der ihm für all seine Fragen zur Seite steht.

## **7 ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT**

Ziel dieser Abschlussarbeit war es, aufzuzeigen, wie komplex das Krankheitsbild von Dialysepatienten ist und wie schwierig es daher ist, diese Patienten in dieser Komplexität umfassend zu beraten und zu informieren, um Komplikationen und die daraus oft resultierenden Krankenhausaufenthalte gering zu halten. Die meisten Dialysepatienten sind alt und begreifen den Umfang ihrer Krankheit oft nur schwer. Es gibt aber auch den weniger kooperativen Patienten, der nicht glauben kann, dass Gespräche mit Pflegefachpersonal hilfreich sind, um mehr Lebensqualität zu gewinnen.

Die Fragestellung, wie Patientenedukation im Bereich der Dialyse erfolgreich umgesetzt werden kann, wurde im Patientenedukationsprozess und der daraus resultierenden nephrologischen Sprechstunde ausreichend beantwortet.

In Gesprächen mit dem Patienten erfährt man, auf welche Weise (Lerntheorien) er seine Krankheit und die Alltagsbewältigung damit erlernen kann. Durch die Anwendung des Patientenedukationsprozesses, kann man den Erkrankten Schritt für Schritt kompetent im Umgang mit der Krankheit machen.

Der Einfluss der Pflegefachkraft auf den Patient ist groß, denn von ihr hängt es ab, welche Beziehung aufgebaut wird, ob der Patient Vertrauen fassen kann und ob der Patient mit dieser Pflegeperson an seiner Krankheit arbeiten will. Wenn die Pflegeperson mit dem Patienten etwa „von oben herab“ in einer Fachsprache spricht, oder den Patienten lehrerhaft tadelt, dann wird sich der Patient nicht mehr nach seiner Krankheit erkundigen, sondern eher introvertiert und schüchtern die Stunden an der Dialyse vorüber streichen lassen.

Wenn jedoch die Pflegeperson im Rahmen der Dialysebehandlung feststellt, dass der Patient immer wieder mit dem gleichen Problem kommt, wird sie den Patienten ansprechen, das Problem suchen, um dann in Folge gemeinsam einen Weg finden, um es zu bewältigen bzw. lösen. Die Fortschritte des Patienten werden gelobt, was ihn bestärkt und motiviert. Wichtig ist hier dann auch die Dokumentation, damit sämtliche Beteiligte im Team über die Probleme und Fortschritte jedes einzelnen Patienten Bescheid wissen.

Patientenedukation wird bereits in vielen Bereichen chronischer Erkrankungen wie beispielsweise bei Diabetes mellitus erfolgreich angewendet. Im Zuge der Literaturrecherche zur vorliegenden Arbeit zeigte sich, dass sich dieses Instrument im Bereich der Dialyse erst durchsetzen und derzeit noch ein geeignetes Konzept der Edukation für Dialysepatienten gesucht werden muss.

Die vorgestellte nephrologische Sprechstunde könnte ein solches Konzept darstellen. Nach kurzer Zeit der Akklimatisation an der Dialyse, wird der Patient eingeladen, um in einem persönlichen, vertrauten Rahmen seine ganz individuellen Schwierigkeiten und Probleme darzustellen, denn diese Probleme und Schwierigkeiten ergeben sich oft erst im Laufe der Behandlungsdauer. Auch Patienten, die schon länger zur Dialyse gehen, können jederzeit die monatlich stattfindende Sprechstunde in Anspruch nehmen. In der nephrologischen Sprechstunde kommt der Patientenedukationsprozess zur Anwendung. Das heißt, dass mit dem Patienten das Problem verbalisiert und analysiert, ein gemeinsames Ziel festgelegt und der Weg zum Ziel besprochen wird. Dies alles wird dokumentiert und - je nach Zielvorgabe - wieder in der nephrologischen Sprechstunde besprochen oder anhand von Laborwerten, Untersuchungen oder Ergebnissen wie beispielsweise Flüssigkeitszunahme evaluiert. Damit den Patienten wirklich immer eine kompetente Fachberatung gewährleistet ist, ist es wünschenswert, dass auch weitere Personen des Gesundheitsdienstes, wie Psychologen oder Sozialberater zu den Terminen hinzugezogen werden.

Im Umgang mit chronisch kranken Menschen, wie dem Dialysepatienten, ist stete Information und Beratung unerlässlich, das Behandlungsteam muss als Partner für den Patienten in seiner Krankheit an seiner Seite stehen.

## **8 LITERATURVERZEICHNIS**

**BREUCH, G.; SERVOS, W.** (2007). Dialyse für Einsteiger. München, Urban & Fischer Verlag

**HÜPER, C.; HELBIGE B.** (2009): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden. 2. Auflage, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag

**KLUG REDMAN B.** (2009): Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber

**LONDON F.** (2010): Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. 2. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber

**PSCHYREMBEL KLINISCHES WÖRTERBUCH** (1990): 256. Auflage, Berlin, Walter de Gruyter Verlag

**SCHÖNWEISS, G.** (1998): Dialysefibel. 2..Auflage, Bad Kissingen, Abakiss Verlag

**WEISS-FAßBINDER S.; LUST A.** (2010): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 6. Auflage, Wien, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung

**WERNER B.; BRANDENBURG H. (Hrsg.)** (2007): Leiten und Lehren in der Pflege. Die Pflegewissenschaft im Fokus von Management, Ausbildung und Praxis in der Pflege. 1. Auflage, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag

### **8.1 Fachzeitschrift**

**DIALYSE AKTUELL** (4/2012): Susann Böwing, Leitfaden zur Schulung von Peritonealdialysepatienten. Vorstellung einer Projektarbeit. Stuttgart, Georg Thieme Verlag

### **8.2 Internetquellen**

**DEUTSCHER DIABETIKER BUND, LANDESVERBAND NORDRHEIN-WESTFALEN e.V.** (<http://www.ddb-nrw.de/DDB/Archiv/Bundesaussch/Definition%20fuer%20chronisch%20Kranke.htm> 15.03.2012)

**JÜRGEN E. HOLZINGER** (ohne Jahr): Chronisch krank ([http://www.chronischkrank.at/DMuCMbeiDP\\_Juergen\\_Holzinger.pdf](http://www.chronischkrank.at/DMuCMbeiDP_Juergen_Holzinger.pdf) 03.07.2012)

**BOHREN MAGONI; VÖGTLI-BOSSART** (2009): Patientenedukation  
([http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52\\_patientenedukation.pdf](http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52_patientenedukation.pdf) 07.03.2012)

**BOHREN MAGONI; VÖGTLI-BOSSART** (2009): Patientenedukation.  
([http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/health\\_belief.htm](http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/health_belief.htm) 13.03.2012)

**BOHREN MAGONI; VÖGTLI-BOSSART** (2009): Patientenedukation  
(<http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/begriffe.htm> 13.03.2012)

**BOHREN MAGONI; VÖGTLI-BOSSART** (2009): Patientenedukation

**PROF. DR. PETER FRENSCH** (2001-2012): Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.  
(<http://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/mpr-online/issue3/art7/node5.html> 1.7.2012)

## 9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

**Abbildung 1:** Patientenedukationsprozess (vgl. Bohren Magoni, 2009, Patientenedukation)  
([http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52\\_patientenedukation.pdf](http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52_patientenedukation.pdf) 10.03.2012)

**Abbildung 2:** Schritt 1: Lernbedürfnisse, Lernstil und Lernbereitschaft ermitteln (vgl. Bohren Magoni, 2009, Patientenedukation)  
([http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52\\_patientenedukation.pdf](http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52_patientenedukation.pdf) 10.03.2012)

**Abbildung 3:** Schritt 2: Ziele entwickeln (vgl. Bohren Magoni, 2009, Patientenedukation)  
([http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52\\_patientenedukation.pdf](http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52_patientenedukation.pdf) 10.03.2012)

**Abbildung 4:** Schritt 3: Edukation planen und durchführen (vgl. Bohren Magoni, 2009, Patientenedukation)  
([http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52\\_patientenedukation.pdf](http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52_patientenedukation.pdf) 10.03.2012)

**Abbildung 5:** Schritt 4: evaluieren (vgl. Bohren Magoni, 2009, Patientenedukation)  
([http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52\\_patientenedukation.pdf](http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52_patientenedukation.pdf) 10.03.2012)

**Abbildung 6:** Schritt 5: Edukation dokumentieren (vgl. Bohren Magoni, 2009, Patientenedukation)  
([http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52\\_patientenedukation.pdf](http://www.lernundenter.com/interaktion/patientenedukation/news52_patientenedukation.pdf) 10.03.2012)