

## Sichere Versorgung

# Patientenedukation und Patientensicherheit greifen ineinander

Ist ein Patient gut informiert, trägt dies deutlich zu seiner Sicherheit bei: Er weiß mit Beschwerden umzugehen, erkennt Komplikationen und unterstützt kompetent die ärztliche Therapie. Edukative Maßnahmen und Sicherheit haben somit einen unmittelbaren Zusammenhang. Diesen gilt es im Sinne des Patienten zu nutzen.

Das Wohlergehen und die Autonomie trotz Krankheit hängen ganz entscheidend vom Wissen, von der Handlungsfähigkeit und der Motivation der Patienten und betroffenen Familien ab. Alle Akteure im Gesundheitswesen sind sich darüber einig – trotzdem klagen Kranke immer wieder darüber, dass sie sich nicht gut informiert und beraten fühlen. Ansätze wie

Gesundheitskompetenz, Selbstmanagement oder gemeinsame Entscheidungsfindung verbreiten sich ganz langsam unter den Professionellen, vor allem in der Theorie.

Der wachsame und informierte Patient trägt aber auch deutlich zur Sicherheit bei: Er kann seinen Alltag, seine Selbstpflege sicher gestalten, kennt Symptome, kann mit Beschwerden umgehen und erkennt Komplikationen. Er unterstützt oder moduliert sogar kompetent die ärztliche Therapie.

Wesentliches Mittel zur Förderung von Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement betroffener Patienten ist die Patientenedukation (Information, Schulung und Beratung).

Die Bewegungen „Patientenedukation“ und „Patientensicherheit“ sind in der direkten Versorgungspraxis beide noch nicht so alt: Sie passen zusammen und können sich gegenseitig anregen. Umso erstaunlicher ist es, dass die Sicherheitsbündnisse in Mitteleuropa erst in allerjüngster Zeit über die Mitwirkung der Patienten in Sicherheitsfragen nachdenken, zum Beispiel über Fehlermeldesysteme wie ein „Patienten-CIRS“. Medikationsfehler spielen eine große Rolle in

der Patientensicherheit – aus diesem Grund wird auch hier am ehesten die Patientenmitwirkung vorgeschlagen. Weitere Themen sind die Kontrolle präoperativer Markierungen oder die Nachfrage nach erfolgter Händedesinfektion.

## Lernen, *mit* statt *für* Patienten zu arbeiten

2004 lancierte die Weltgesundheitsorganisation WHO die Initiative „Patienten für Patientensicherheit“ (Patients for Patient Safety). Vor zwei Jahren fand ein Workshop in Dublin mit betroffenen Patienten und Vertretern von Gesundheitsberufen aus 21 europäischen Ländern statt. Die zentrale Botschaft lautet: Zur Reduktion von Fehlern müssen Gesundheitsinstitutionen und die dort Beschäftigten lernen, mit statt für die Patienten zu arbeiten.

Die Patienten haben eine andere Perspektive. Aus ihren Erfahrungen, ihrem Wissen und ihrer Weisheit kann man viel über die Entstehung und Vermeidung von Fehlern lernen. Patienten und Angehörige können

- a) Fehler melden,
- b) zu Problemlösungen beitragen,
- c) in Forschungsprojekten mitwirken,

### Definition Patientensicherheit

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. Deutschland (2007) und die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz (2008) definieren Patientensicherheit (engl. patient safety) als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“, wobei unerwünschte Ereignisse (engl. adverse events) wie folgt definiert wird: „Schädliches Vor-kommis, das aber auf der Behandlung, denn auf der Erkrankung, beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.“ Siehe unter [www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de) und [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)

### Definition Patientenedukation

Patientenedukation umfasst alle pädagogischen/psychologischen Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und des Kohärenzgefühls – die Familie ist immer einbezogen. Unter dem Aspekt der Pflege ist Alltagskompetenz die wesentliche Zielgröße. auser Patienten sind auch andere Klienten des Gesundheits-Pflegefeldes gemeint. Patientenedukation umfasst Strategien wie Schulung, Beratung oder Information (Netzwerk Patienten/Familienedukation 2009).

## 1. Kongress „Sicherheit in der Pflege“

Der Internationale Hochschulverbund ENNA lädt zum 1. Kongress „Sicherheit in der Pflege“ ein. Die Tagung findet am 13. und 14. November 2009 an der Universität Witten/Herdecke statt. Themen sind unter anderem: Umgang mit Fehlern, Risikoerfassung und Risikosysteme, Meldesysteme, klachtenbezogene Risiken wie Stürze, Aspiration, Dekubitus. Namhafte Referenten stellen neueste Ergebnisse und die Notwendigkeit einer systematischen Fehlerbearbeitung in Pflegezusammenhängen vor. Anmeldung und Fragen an: zoellner@uni-wh.de, Tel.: (023 02) 92 63 01, [www.enna.eu](http://www.enna.eu), [www.uni-wh.de/pflege](http://www.uni-wh.de/pflege)

grammen für Patienten mit Diabetes mellitus (Bodenheimer et al. 2002) weisen deutlich darauf hin, dass die Unterstützung des Selbstmanagements zu besseren Ergebnissen führt als traditionelle Schulungen.

Ein neueres Feld, von dem ebenfalls viele Menschen betroffen sind, ist die Patientenedukation von Patienten mit ambulanter oraler Chemotherapie. Je besser Patienten den Wirkungsmechanismus verstehen, desto besser können sie aktiv dazu beitragen, Komplikationen zu vermeiden. Sie schützen sich vor Infektionen und Verletzungen und reduzieren Nebenwirkungen wie Gewichtsverlust und Fatigue durch angepasste Ernährung und Bewegung. Pflegende sind prädestiniert dafür, die Patienten über diese Behandlung und ihre Auswirkungen auf den Alltag zu schulen. Untersuchungen über die Rolle der Pflege bei der Schulung dieser Patientengruppe zeigen, dass sich die meisten Pflegenden dafür fachlich zu wenig gerüstet fühlen (Kav et al. 2008).

Auch im Umgang mit Antikoagulanzen tragen edukative Aktivitäten unmittelbar zur Sicherheit der Patienten bei, beispielsweise indem sie darauf hinweisen, wie mit Blutungen umzugehen ist.

Erweitert man die traditionellen Felder der Patientensicherheit um weitere pflegerelevante Aspekte, nimmt Settings wie das Altenheim oder die häusliche Pflege hinzu, dann tauchen noch viel mehr Themen auf. Diese Themen werden bisher kaum diskutiert, weil fast keine Studien

vorliegen. Dabei geht es etwa um Harnwegsinfekte, um drohende Bettlägerigkeit, Mangelernährung oder um Schluckstörungen (Dysphagie). Menschen mit Dysphagie sind sehr gefährdet, weil sie ständig einer Aspiration ausgesetzt sind. Informations- und Schulungsprogramme sind in breiter Fläche nicht vorhanden.

Das Thema Sturzgefährdung ist in den letzten Jahren etwas besser bearbeitet worden. Auch hier ist ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Sicherheit und edukativen Maßnahmen deutlich. Das Netzwerk Patienten- und Familienedukation hat eine Mikroschulung „Sturzvorbeugung“ zum kostenlosen Download bereitgestellt ([www.patientenedukation.de](http://www.patientenedukation.de)). Diese Mikroschulung orientiert sich am Nationalen Expertenstandard „Sturzprophylaxe“, vorgelegt vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2005).

Überhaupt greifen die Expertenstandards risikogeeignete Situationen auf. Seit dem ersten Standard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ enthalten die Standards an prominenter Stelle Hinweise zur Information, Schulung und Beratung der Betroffenen.

### Praxis zeigt: Es lohnt, die Patienten einzubeziehen

Abschließend dazu eine – wahre – Anekdote zum Thema Dekubitusprävention. Bei der Ausschreibung zu Praxisprojekten hat eine Klinik aus Brüssel vor vielen Jahren einen Preis gewonnen. In der Klinik wurden viele

Anstrengungen unternommen, um die Dekubitusprävalenz zu senken. Zunächst wurde ein Monitoring eingeführt, die Pflegenden wurden umfangreich fortgebildet, ein Dekubitusbeauftragter wurde ernannt, das Material optimiert und vieles andere mehr.

Im Verlauf von zwei Jahren sank die Prävalenz geringfügig. Irgendjemandem fiel dann auf, dass die Betroffenen selbst gar nicht wussten, worum es ging. In einem nächsten Schritt wurden die Patienten/Besucher einbezogen. Es entstanden Broschüren, Poster, Gesprächsleitfäden, kurze Schulungen und ein Film. Die Folge: Innerhalb eines Jahres sank das Vorkommen von Dekubitus um die Hälfte.

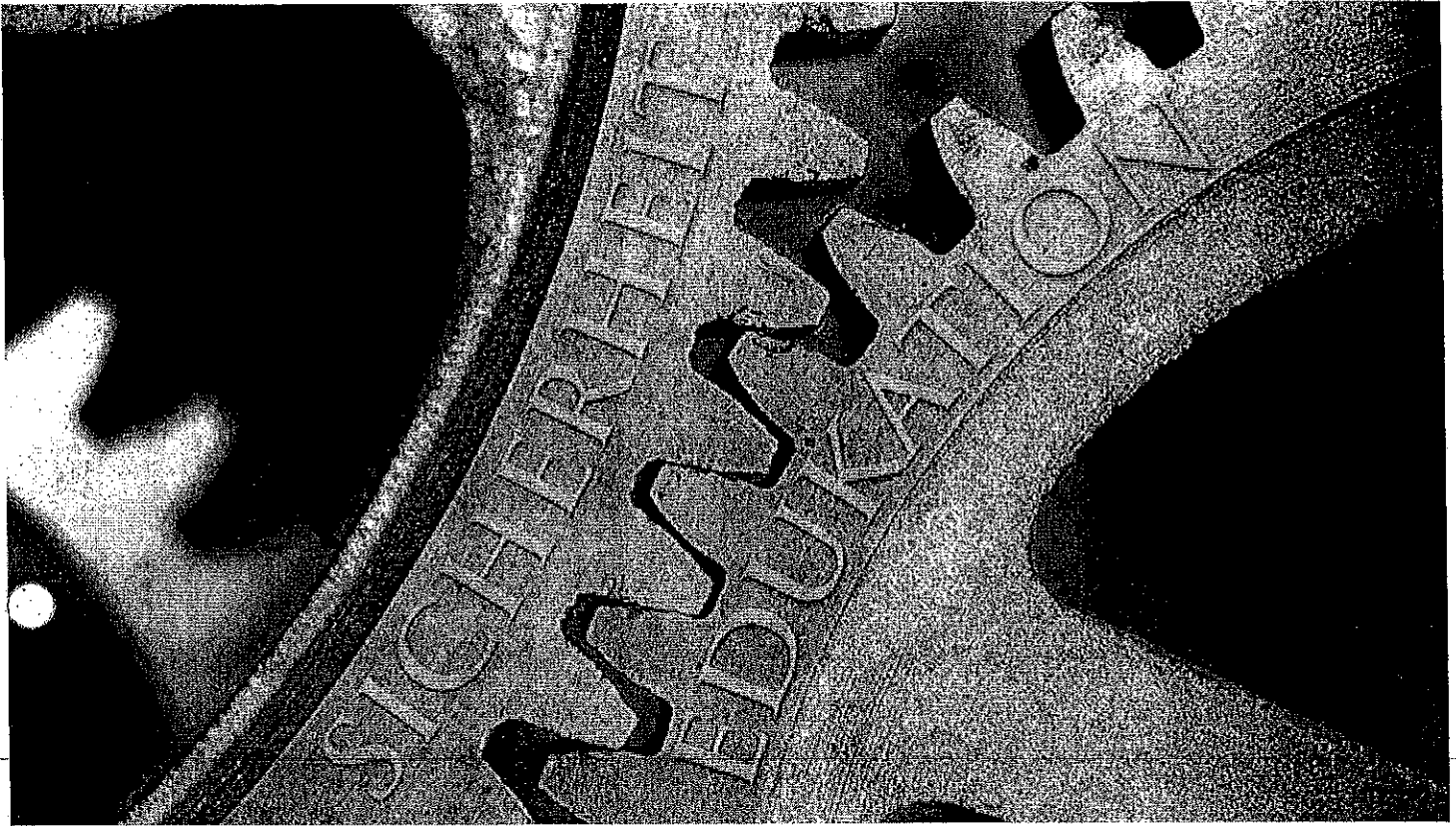
#### Literatur:

- Bodenheimer, Th., Wagner, E.H. & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. The Chronic Care Model, Part II. JAMA, 288(15), 1909–14.
- Funell, M.M., Brown, T.L., Childs, B.P., Haas, L.B., Hoseney, G.M., Jensen, B., Marynikum, M., Peyrot, et al. (2008). National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care, 31 (Suppl. 1), S 97–S104
- Giani, G., Janka, H.U., Hauner, H., Standl, E., Schiel, R., Rathmann, W., Rosenbauer, J. et al. (2004). Epidemiologie und Verlauf des Diabetes mellitus in Deutschland. In: W.A. Scherbaum, K.W. Lauterbach & R. Renner (Hrsg.). Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG. Deutsche Diabetes-Gesellschaft. Zugriff 25.08.2008 unter: [http://www.deutsche-diabetes-Gesellschaft.de/redaktion/mittellungen/leitlinien/uebersicht\\_leitlinien\\_evidenzbasiert.php](http://www.deutsche-diabetes-Gesellschaft.de/redaktion/mittellungen/leitlinien/uebersicht_leitlinien_evidenzbasiert.php)
- Kav et al. (2008). Role of the nurse in patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an international study. Support Care cancer, 16 (9), 1075–83
- Van Gaal, B., Schoonhoven, L., Hulscher, M.E., Mintjes, J.A.J., Borm, G.F., Koopmanns, R.T.C.M., van Achtenberg, Th. (2009). The designs of the SAFE or SORRY study: a cluster randomised trial on the development ...
- WHO (2007). European Regional Patients for Patient Safety. Workshop in Dublin, Ireland, 3–5 Sept. 2007, Report. Zugriff 15.08.2009 unter: [http://www.euro.who.int/Document/HSM/Patient\\_Safety\\_DubRep.pdf](http://www.euro.who.int/Document/HSM/Patient_Safety_DubRep.pdf)

#### Anschrift für die Verfasser:

Antonius Schäfer, Pflegeexperte, cand. MScN, Universitätsspital Basel

Dr. Angelika Abt-Zegelin, Pflegewissenschaftlerin  
Universität Witten/Herdecke  
Institut für Pflegewissenschaft  
Stockumerstraße 10, 58543 Witten  
E-Mail: [Zegelin@uni-wh.de](mailto:Zegelin@uni-wh.de)



- d) Strategien mitentwickeln sowie
- e) zur Entwicklung und Verbreitung von Ideen zur Stärkung der Patienten (Patient Empowerment) beitragen (WHO 2007).

Der Alltag der meisten Institutionen ist noch weit von der geforderten Zusammenarbeit entfernt. Noch immer pflegen Krankenhäuser eine Kultur der All-Zuständigkeit und Verantwortung, viele Beteiligte glauben an einen „sicheren Ort“. Melden Patienten oder Angehörige Hinweise auf mögliche Fehler, fühlen sich viele Pflegende und Ärzte angegriffen, nehmen den Hinweis nicht ernst und reagieren ungehalten. Dabei ist anzunehmen, dass die Wachsamkeit von Patienten/Besuchern viele Fehler verhindert.

Die Professionellen sollten Patienten ermutigen, ihre Beobachtungen mitzuteilen, damit sie im Sinne einer sicheren Versorgung genutzt werden können.

Ein Beispiel, wie Patienten in Bestrebungen zur Verbesserung

gen der Patientensicherheit einbezogen werden können, stammt aus den Niederlanden. Das in je zehn Krankenhäusern und Pflegeheimen durchgeführte Projekt verfolgt das Ziel, die Anzahl der Dekubitusulcera, Harnwegsinfekte und Stürze zu senken. Neben Fortbildungen und Fallbesprechungen für das Personal wurden Informationsbroschüren zu diesen Problemen für die Patienten und Bewohner formuliert. Die Pflegenden wurden instruiert, den Patienten beziehungsweise Bewohnern mit erhöhtem Risiko für eines oder mehrere dieser Probleme die Broschüren zu geben und mündlich zu erläutern (Van Gaal et al. 2009). Die Resultate werden noch erwartet.

### **Patientenschulungen zielen indirekt immer auch auf Sicherheit**

Die Ergebnisse einer Recherche mit der Verknüpfung beider Begriffe „Patientenedukation“ und „Patientensicherheit“ bleiben dürftig. Allerdings zielen die

Inhalte von Patientenschulungen indirekt immer auch auf Sicherheit – oft sind die Programme nach Krankheiten oder Therapieformen sortiert.

Für Patienten mit Diabetes mellitus und Insulintherapie gibt es schon sehr lange Schulungsprogramme. Viele Jahre lag das Hauptziel darin, dass die Patienten die verordnete Behandlung (Diät, Injektionszeitpunkt und Insulindosis) möglichst exakt einhalten. Heute liegt der Fokus darauf, die Patienten zu befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen und ihre Selbstpflege zu übernehmen. Wenn die Patienten in der Lage sind, die Insulinsubstitution der körperlichen Belastung anzupassen, reduziert sich sowohl das Risiko für gefährliche Hypo- und Hyperglykämien als auch das Risiko für Langzeitkomplikationen. Das vergrößert ihren Bewegungsspielraum im Alltag und verbessert ihre Langzeitergebnisse (Giani et al. 2004, Funell et al. 2008). Übersichtsarbeiten über alle verfügbaren Studien zu Pro-