

Patienten-und Familienedukation in der Pflege

Vortrag vom 28.2.2002, Berlin

Erscheint Ende 2002 im Tagungsband „ Das Originäre der Pflege entdecken“, Deutscher Verein für Pflegewissenschaft, e.V.

Im Folgenden soll zunächst auf Grundannahmen, auf kritische Gedanken und genauere Inhalte von pflegebezogener Edukation und zuletzt auf einige Aktivitäten eingegangen werden.

„Patienten-und Familienedukation,“ wurde von uns vor einigen Jahren nach längerer Diskussion als Oberbegriff für verschiedene Aktivitäten gewählt. Auch die Angehörigen sind Adressaten der Aktivitäten, vor allem ist aber die Bezeichnung „Patient“ ist sehr kritisch betrachtet worden. Der Begriff Patient bezeichnet einen flüchtigen Status aus der Sicht der Professionellen, hier vornehmlich der Ärzteschaft, unsere Angebote richten sich aber an eine Vielzahl von Hilfesuchenden.

Trotzdem entschieden wir uns für den Titel Patienten-Edukation, vor allem deswegen, weil diese Bezeichnung international gebräuchlich ist, in unseren Nachbarländern, den Benelux-Staaten, in Grossbritannien und Skandinavien, in den USA und überhaupt in pflegewissenschaftlicher Literatur ist Patienten-Edukation ein etablierter Begriff – dabei wird ein weites Verständnis von Edukation zugrundegelegt (Zegelin-Abt 1999).

Für das Wittener Konzept der pflegebezogenen Edukation möchten wir insbesondere drei Aktivitäten darunter verstanden wissen: Information, Schulung und Beratung.

In der Klientensituation verschränken sich diese Aktivitäten möglicherweise, sie lassen sich aber vom Ansatz recht gut unterscheiden:

Information: gezielte Mitteilung, Bereitstellung verschiedener Medien, Vermittlung relevanter Adressen in einem offenen Angebot, Recherchehilfen

Schulung: zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Wissen/Fertigkeiten

Beratung: ergebnisoffener, dialogischer Prozess, in dem eine individuelle und bedürfnis-Gerechte Problemlösung vorbereitet wird

Welcher Begriff auch in den Mittelpunkt gestellt wird: stets sind andere Interventionen mitgemeint und gleichzeitig ausgeschlossen. Viele weitere Begriffe wie Anleitung, Instruktion, Training, Lehren („teaching“) oder Unterweisung zielen darauf ab, die Betroffenen in die Lage zu versetzen, ihre Situation unabhängig von den Profis zu bewältigen. Letztlich geht es darum, dass durch Gesundheitsstörungen, durch veränderte Lebensumstände, neue Strategien erforderlich werden und Ratsuchende zusätzliches Wissen in ihr eigenes Weltbild, in ihren Lebensalltag integrieren müssen – insofern dienen die Unternehmungen der Selbstbestimmung der Person und damit der Bildung.

Notwendigkeit pflegebezogener Edukation

Die Notwendigkeit von Patienten- Edukation gründet sich auf einer Reihe von Faktoren:

Betroffene möchten aktiver sein und informierte Entscheidungen treffen, aufwändigere Behandlungsmethoden erfordern von Patienten oft jahrelange Befolgung verschiedener Prozeduren. Hinzukommt, dass Verläufe heute eher chronisch sind, die „Ergrauung“ unserer Gesellschaft bedeutet ein langes Leben mit mehreren langfristigen Einschränkungen/Krankheiten. Politik und Kostenträger fordern mehr Eigenverantwortung

der Nutzer und künftig weiter verkürzte Klinikzeiten werden den Bedarf an Patientenedukation drastisch steigen lassen (Pinkert/Renneke 2000).

In einigen Bereichen ist Patientenedukation üblich, in der Regel sind dies Bereiche, in denen Pharma/Medicalfirmen aktiv sind: Diabetikerschulungen, Stoma-Patienten-Beratung, Rheumatiker-Kurse sind schon lange bekannt. Auch bei Atemwegskrankheiten oder zur Minderung der Nebenwirkungen von Chemotherapeutika bei Krebskrankheiten wurden Programme von der Industrie entwickelt. Allerdings ist das Spektrum von möglichen Beeinträchtigungen weit grösser, als es im Interesse der Firmen liegt.

Insgesamt ist festzustellen, dass in den Medien die Angebote für Betroffene kaum überschaubar sind (Gesundheitssendungen Radio/Fernsehen, Buchmarkt, Internet). Für viele Menschen ist der Zugang schwierig, Angebote sind lückenhaft und zum Teil auch unseriös.

Nur wenige Offerten berücksichtigen das Wissen der Betroffenen, obgleich in der Auseinandersetzung die Kranken selbst zu Experten werden und ihr Erfahrungswissen für andere hilfreich sein kann.

Die Entwicklung einer gezielten Patienten/Familienedukation scheint im Gesundheitswesen den seltenen Fall darzustellen, dass menschliche Anliegen und Kosten/Nutzen- Aspekte positiv übereinstimmen. Anglo-amerikanische Studien belegen, dass Patienten nach gezielter Anleitung selbständiger sind, weniger Arztbesuche benötigen, weniger Komplikationen und Krankheitszeiten aufweisen (Bartlett 1995). Kritisch anzumerken ist dabei, dass sich die Forschungen nur auf leicht messbare Kriterien, z.B. Wiedereinweisungen, Klinikaufenthalte usw. beziehen, viele andere Gesichtspunkte bleiben unberücksichtigt.

Grundannahmen unserer Arbeit sind:

- Jede Gesundheitsstörung ist auch eine Lernaufgabe, langfristige Prozesse erfordern eine dauerhafte Auseinandersetzung
- Menschen wünschen mehr Beteiligung, sie möchten einen aktiven Beitrag leisten
- Kontrolle über die Lebenssituation zu haben ist ein elementares Bedürfnis, das Gefühl, keinen Einfluss nehmen zu können ist schwer erträglich

In diesem Zusammenhang lehnen wir die Aussage ab, dass Menschen nichts über ihren Gesundheitszustand oder ihre Mitwirkung daran wissen wollen. Immer wieder wird berichtet, dass Patienten in Arztpraxis oder Krankenhaus kaum Fragen stellen (Raspe 1980). Dies liegt jedoch nicht an mangelndem Interesse, sondern an einer Vielzahl anderer Ursachen. Oft sind Zeitpunkt und Situation ungünstig, Patienten sind damit beschäftigt sich überhaupt mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen, meistens ohne sich der Tragweite künftiger Veränderungen bewusst zu sein, die Macht- und Zeitverhältnisse in Kliniken lassen häufig einen näheren Kontakt nicht zu und viele Fragen tauchen erst später auf. In der Akutphase wollen Patienten gern passiv sein, umsorgt werden, allzugern delegieren sie an die „Experten“.

Pflegeberufe als Akteure

Pflegende sind als Berufsgruppe gefordert, Information, Beratung und Schulung in Fragen der alltäglichen Versorgung zu übernehmen. Im Pflegealltag in Kliniken, Altenheimen und in der häusliche Pflege ist keine andere Berufsgruppe dafür zuständig und vorstellbar. Die Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten ist eine wichtige Ressource für Anleitung. Pflegende sind bei den Betroffenen präsent, sie kennen die Personen und die Umstände, können gute Momente des Dialogs erkennen und sie sprechen die Sprache der Patienten. Häufig werden Pflegende angesprochen, wenn Patienten die Ausführungen des Arztes nicht verstanden haben. In vielen Pflege-theorien ist die Verselbständigung der Patienten ein Grundanliegen professionellen Pflegehandelns.

Der wichtigste Grund für die Übernahme von edukativen Funktionen der Pflege liegt jedoch in den Themen selbst:: es geht ja um Fragen der alltäglichen Versorgung, meistens in einer Verschränkung von körperlichen, seelischen und sozialen Aspekten !

In der Regel sind es die Professionellen, die in der Akutphase stellvertretend für den Betroffenen handeln müssen, dabei können Pflegende als Rollenmodell für erfolgreiches Agieren dienen. Es geht darum, dass beruflich Pflegende lernen, diese Situationen besser zu strukturieren und pädagogisch zu nutzen. Kaum vorstellbar, dass Angehörige noch bis vor wenigen Jahren bei Pflegemaßnahmen regelhaft das Krankenzimmer verlassen mussten, selbst wenn klar war, dass diese später weiter pflegten und der Patient einverstanden war.

Beispiele von Fragen

- Wie ertrage ich den Anblick der Wunde/Narbe nach Brustamputation?
- Wie gebe ich eine Injektion/ wie verabreiche ich Sondenkost?
- Wie komme ich mit meiner Angst vor Krebsnachsorgeuntersuchungen zurecht?
- Wie verhalte ich mich bei Atemnot und bei Schmerzattacken?
- Wie verbinde ich mein offenes Bein?
- Wie werde ich mit der Pflege meines dementen Ehepartners fertig?
- Wie lagere ich nach Bobath-Konzept? Wie hebe ich den Pflegebedürftigen in die Wanne?
- Wie verhalte ich mich mit dem Oberschenkelgips zuhause?
- Wie gebe ich Augentropfen?
- Wie wechsele ich die Trachealkanüle?
- Wie soll es nach dem Klinikaufenthalt weitergehen ? ich brauche noch Hilfe
- Wie finde ich geeignete Inkontinenzeinlagen?

Dies ist nur ein kleiner Ausschnitt pflegebezogener Fragen. Im Alltag ergeben sich eine Fülle von Ansätzen für Information, Schulung und Beratung.

Gerade das Aufzeigen dieser Fragen kann die Leistungen der Pflege (auch) im Bereich Edukation deutlich machen. So zeigte sich, dass etwa Vertreter der Pflegekassen glauben, dass die ärztliche Anordnungs-kompetenz allumfassend ist und zu jedem Zeitpunkt Pflege umfasst, z.B. ob das Essen mit einem Löffel oder einer Gabel eingegeben wird. Aus der Gutachtenpraxis ist bekannt, dass Richter und Anwälte der Meinung sind, dass Ärzte darüber befinden, ob ein Bett für eine Patienten wandseitig aufgestellt werden soll oder nicht, dass Ärzte selbst mit den Patienten das Aufstehen aus dem Bett üben oder mit den Patienten das Anziehen von Kompressionstrümpfen trainieren.

Bei der Ärzteschaft kann das Aufzeigen dieser Fragen jedoch Skepsis in Wohlwollen verwandeln. Nach unseren Erfahrungen wird bei der Reklamierung von pflegebezogener Edukation zunächst eine Bedrohung des ärztlichen Informationsmonopols befürchtet, in der Folge dann jedoch eine gute Ergänzung oder sogar eine dringende Notwendigkeit festgestellt. Insgesamt wird das ärztliche Informationsmonopol durch alle öffentlichen Aussagen und Gesetze gestützt – selbst der neuzeitige Entwurf einer Patientencharta geht von einer Dualität zwischen Arzt und „Patient“ und damit einem völlig veralteten Bild der Situation aus (Francke/Hart 1999). Er schließt die riesige Gruppe pflegebedürftiger Menschen aus und negiert alle anderen beruflichen Akteure im Gesundheitswesen, die sich als „nichtärztliche“ Heilberufe ohnehin nur über die Medizin definieren dürfen.

Trotz aller positiven Überlegungen muss jedoch festgestellt werden, dass Pflegende in Deutschland den Auftrag der Patienten/Familien-edukation bisher nur ungenügend wahrnehmen (Müller-Mundt et al. 2000) In der Pflege werden Patienten eher zufällig und

unsystematisch angeleitet, den Patienten“ mal eben was zeigen“ heisst es , diese Tätigkeiten sind nicht konzeptualisiert, sie werden kaum kommuniziert oder dokumentiert, schon garnicht evaluiert.

In der Ausbildung und auch in Fort-und Weiterbildungen werden Pflegende nicht darauf vorbereitet, bekanntermassen ist insgesamt der Bereich Kommunikation/Beratung nicht genug vertreten. Wenn überhaupt, werden diese Inhalte von Berufsfremden, losgelöst von pflegerischen Inhalten, vermittelt. Leider glauben auch viele Pflegende, dass für Schulung und Beratung keine besonderen Kompetenzen nötig sind.

In früheren Jahrzehnten wurde von Pflegenden erwartet, dass sie ihre Arbeit stumm dienend verrichteten, jegliche Informationstätigkeit oblag den Ärzten: „da müssen sie den Arzt fragen“ wurde von Pflegenden häufig entgegnet.

All dies scheint auch heute noch „nachzuwirken“, Pflegende fühlen sich unsicher bei Beratungstätigkeiten, sie fürchten, dass ihr Wissen nicht ausreicht, dass sie Falsches mitteilen. „Ich habe Angst vor der Verantwortung, ich stehe ja mit einem Bein im Gefängnis“ sagte eine Krankenschwester in einem pädagogischen Vorbereitungskurs.

Entsprechend werden die Notwendigkeiten pflegebezogener Patientenedukation auch nicht von aussen wahrgenommen, Finanzierungsanträge für Modellversuche scheitern immer wieder am Unverständnis, dass Pflege überhaupt etwas mitzuteilen habe. „Das machen doch die Mediziner“..antworten Vertreter der Kranken-und Pflegekasse und auch die Pharma-Firmen haben sich in der Patientenedukation bisher überwiegend auf die (niedergelassenen) Ärzte gestützt. Gesundheitsbildendes Lehren wird in den Public Health Bereich verortet, Beratung allgemein in den Bereich der Psychologie. Inhaltliche Kompetenz in Sachen Pflege scheint nicht gefordert oder gilt als Allgemeinwissen (Zegelin-Abt/Huneke 1999). Pflege wird eher als „letzte Instanz“ wahrgenommen, dann auftretend, „wenn garnichts mehr geht“, ohne Anliegen auf Prävention oder Rehabilitation.

Auch von Betroffenen werden beruflich Pflegende nicht als wesentliche Agenten betrachtet, Bildungsveranstaltungen von Patientenvereinigungen/Selbsthilfegruppen finden meist ohne Beteiligung der Pflegeberufe statt.

Bedauerlicherweise ist inzwischen auch der Begriff „Pflegeberatung“ überwiegend von anderen Sozial-Berufen besetzt. Durch die Vorgaben der Pflegeversicherung, durch Landespflegegesetze usw. wird unter Pflegeberatung eher eine kommunale Veranstaltung verstanden , in der zur Gestaltung von Pflegearrangements und deren gesetzliche Grundlagen beraten wird. In „Pflegebüros“ geben in der Regel Sozialarbeiter/Sozialpädagogen Auskunft über Leistungsprofile von Diensten oder Ansprüche an Geldgeber.

Den Aufbau von Wohnberatung bei Pflegebedürftigkeit haben die Pflegeberufe ignoriert, das Feld ist inzwischen von anderen Berufsgruppen besetzt.

Der „kundenorientierte“ Anteil wird inzwischen von der Verbraucherberatung abgedeckt, aber auch Apotheken oder der Sanitätsfachhandel sind aktiv im Feld der Patientenedukation.

Exklusiv bleibt der Pflege die Begleitung und Edukation „von Anfang an“, nämlich noch in der Phase der klinischen Versorgung und es wäre gut, wenn Pflegende diesen wichtigen Bereich ausdrücklicher besetzen und Patienten/Familienedukation zum normalen Bestandteil des Pflegeprozesses machen würden.

Bewertung „herkömmlicher“ Programme und Ansätze

Im Institut für Pflegewissenschaft der universität Witten/Herdecke wurden einige „krankheitsorientierte „ Patientenschulungs-Programme der Pharma- Industrie bewertet, meistens berücksichtigen sie weder erwachsenengerechtes Lernen noch

Lebensweltorientierung, noch (Lern-) biographie, auch subjektive Krankheitsvorstellungen werden nicht thematisiert.

Vielfach folgen die patientenbezogenen Programme dem Ductus medizinischen Denkens in den Schritten Ätiologie, Epidemiologie, Symptomatik, Diagnostik usw., statt Angaben zur Person oder zu Fähigkeiten/Unfähigkeiten der Selbstversorgung finden sich Listen von körperlichen Befunden.

Es ist zu vermuten, dass viele der vorhandenen Konzepte im Sinne einer „Nutzerorientierung“ nicht „greifen“, nur wenige sind überhaupt evaluiert.

Eine Neuorientierung der Programme lässt sich wie folgt charakterisieren:

- Alltagsbewältigung statt Symptomkontrolle
- Autonome Entscheidung statt Compliance
- Erwachsenendidaktik statt Imperativlernen

Komplexität der Patientenedukation

Eine pflegebezogene Information, Schulung und Beratung setzt ganz überwiegend auf einen individuellen Adressaten. Wenn irgendetwas möglich sollte eine bestimmte Pflegende den Patienten kontinuierlich durch den Lernprozeß begleiten, evtl. auch mit dem Abschluss eines „Vertrages“ in dem Auftrag, Erwartungen und Ziele geklärt werden.

Für das Gelingen entsprechender Interventionen sind viele Aspekte wichtig:

Zeitpunkt, Vorwissen, manuelle/kognitive Möglichkeiten des Patienten, Krankheitsverarbeitung und –erfahrung, seelische Verfassung/Motivation, Umfeldbedingungen, Lernstile und –interessen u.a.m.

Unterschiedliche Lernbereiche sind zu berücksichtigen, es geht sowohl um Einstellungen und Gefühle, z.B. beim Betrachten der Wunde nach einer Mastektomie oder Erhöhung der Opiatdosis bei stärkeren Schmerzen, es geht um kognitive Inhalte, etwa bei der Berechnung von Broteinheiten bei Diabetes, oder es geht um praktische Fähigkeiten (psychomotorisch), wie Gehen mit Gehstock bzw. Eingabe von Sondenkost.

Schulungen folgen definierten Prozessschritten, in denen Bedarf und Bereitschaft eingeschätzt, die Aktivitäten geplant, durchgeführt und dokumentiert werden – schließlich werden die Ergebnisse ausgewertet. Immer ist es besonders wichtig, die psychische Lage des Betroffenen zu berücksichtigen, ohne die Beachtung der Befindlichkeit sind Erfolge der Lehr- und Lernaktivitäten in Frage zu stellen.

Angst ist stets ein schlechter Ratgeber, ein förderliches Klima mit vielen Beispielen und Übungsmöglichkeiten sollten bei Schulungsmassnahmen geschaffen werden. Verschiedene Sinne sollten angesprochen werden, abschliessende Gespräche/kleine Tests sollen eine Zusammenfassung erlauben.

Auch die Tiefe neuer Kenntnisse ist unterschiedlich, sie geht aus von Faktenwissen über Prinzipien bis hin zur Anwendungsorientierung.

Den anspruchsvollsten Bereich stellt optionales Wissen dar, d.h. den Betroffenen eröffnen sich Wahlmöglichkeiten, sie verhalten sich adäquat bei Komplikationen, können auch unter veränderten Bedingungen eine für sie günstige Wahl treffen. Dieses optionale Wissen ist besonders wichtig bei langfristigen gesundheitlichen Änderungen – je enger und strenger

Auflagen für die Betroffenen sind, desto eher besteht die Gefahr des „Ausscherens“ aus Therapiekonzepten. Die hohe Anzahl „therapieuntreuer“ Patienten hängt zusammen mit einem veralteten und engen Verständnis von „Compliance“.

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass wenig geeignetes Lehr-Material für die Patienten/Familienedukation vorhanden ist. Offensichtlich müssen Beispiele und Modelle viel einfacher sein, um Zusammenhänge zu erklären. Immer ist die Frage zu stellen, welche Kenntnisse wirklich notwendig sind: die Betroffenen brauchen eben nicht in „verkleinertes“ Wissen der Profis, sondern sie möchten andere Dinge wissen. Nicht selten werden auch negative Einstellungen in Textmaterial transportiert.

In einem kleinen Projekt konnte aufgezeigt werden, dass die in Kliniken üblichen „Patientenbögen“ zur Information vor Eingriffen kaum auf die Fragen der Patienten eingehen. Betroffene interessieren sich weniger für anatomische Details, sie möchten wissen, wie lange der Eingriff dauert, ob mit Schmerzen zu rechnen ist, welche Einschränkungen durch/nach dem Eingriff entstehen, was geschieht, wenn auf die Intervention verzichtet wird u.a.m. Insgesamt ist Informationsmaterial zu wenig differenziert, z.B. im Hinblick auf Migranten, auch werden häufige Einschränkungen wie Hör- und Sehbehinderungen oder manuelle Behinderungen in Edukationskonzepten nicht berücksichtigt.

Beispiele für Aktivitäten der Patienten-Familienedukation

Mikroschulungen

Eine der ersten Entwicklungen waren Mikroschulungen, kleine Lehr/Lerneinheiten, die eine spezifische Fertigkeit oder Verhaltensweise schulen. Der Begriff „Mikro.“ zeigt an, dass es sich um kurze Einheiten handelt, die maximal 1 Stunde dauern, Adressaten sind ein oder zwei Personen. Zunächst wurde eine Einheit zum Thema „Subcutan-Injektion“ erstellt, eine häufig zu erlernende Fertigkeit von Patienten/Angehörigen. Das Vorgehen wurde in einer Schrittabfolge standardisiert und in einem Textpaket zusammengefasst. Als zweite Mikroschulung wurde „Umgang mit einem Dossier-Aerosol“ entwickelt.

Etwa 30 pflegerelevante und häufige Themen eignen sich nach einer ersten Einschätzung für Mikroschulungen. Die Schulungen sollen „vor Ort“ im Pflegeprozess durchgeführt werden, die ersten Erfahrungen wurden im Patienten- Informationszentrum in Lüdenscheid gemacht.

Patienten-Informationszentren

Hierunter verstehen wir Biblio-/Mediotheken, in denen Ratsuchende sich selbst zu Pflege-Gesundheitsfragen informieren können. Ein breit gefächertes Angebot in verschiedenen Medien wird vorgehalten, auch Internet-Recherchen sind üblich (Risse/Strohbücker 1999). Auf Anfrage erfolgt Hilfe bei der Sucharbeit. Die ersten Centren wurden am Kreiskrankenhaus Lüdenscheid und in einer Seniorenwohnanlage in Lippstadt eingerichtet – nach einer Laufzeit von zwei bis drei Jahren können beide Einrichtungen nun als etabliert bezeichnet werden. Das Angebot wird beständig erweitert, pro Tag informieren sich etwa 20-30 Ratsuchende. In Lüdenscheid konnte nach 18 Monaten Laufzeit eine erste Auswertung der Arbeit des PIC vorgenommen werden. Eine andere Variante zeigt die Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle (BIGS) in Gütersloh : sie ist angesiedelt in einer öffentlichen Bibliothek. Weitere Centren sind in Planung.

Von den Einrichtungen gehen viele Impulse zur Entwicklung von Patientenedukation aus, alle betreiben intensive Öffentlichkeitsarbeit und bieten zusätzliche Veranstaltungen zu gesundheitsbezogenen Themen an: in Lüdenscheid sind die verschiedenen Klinik-Fachbereiche aktiv, in Lippstadt ergibt sich eine gemeindenahere Vernetzung, z.B. durch Mitwirkung der niedergelassenen Ärzte. Mit grossem Erfolg wurde in Lüdenscheid mehrmals

eine „Herzwoche“ durchgeführt, in Lippstadt wurden Veranstaltungen zum Thema Schlaganfall oder Gesundheitsbildung bei Kindern gut angenommen.

Das Vorbild für die Centren ist das „Patient-Learning-Center“ des Beth-Israel-Hospitals in Boston. Der erste Besuch dort fand 1997 statt, anschließend hat eine Arbeitsgruppe aus dem Institut für Pflegewissenschaft und den KollegInnen aus den Einrichtungen die Implementierung in zweijähriger Arbeit hier vorbereitet (eine weitere Hospitation in Boston ergab Detailwissen). Schwerpunkte der Vorbereitungsarbeiten waren die Konzeptionierung der Einrichtung und des Betriebs, eine Grundbefragung bei den künftigen Beteiligten, Öffentlichkeitsarbeit, Finanzierungsanträge, Auswahl der Bücher/Medien (inzwischen liegen dazu bewährte Konzepte vor). Literaturrecherche und Besuche bei ähnlichen Einrichtungen im In- und Ausland durchgeführt.

Die theoretische Fundierung wurde von einer studentischen Arbeitsgruppe vorbereitet. Dabei wurde eine Abkehr von einer verhaltensorientierten Pflichtveranstaltung (wie z.T. in USA) beschlossen und die Ansätze der Befähigung und Autonomisierung, sowie das Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1987) zur Arbeitsgrundlage gemacht.

Verlagerung in den Pflegeprozess/Qualifikation der Pflegenden

In mehrtägigen Seminaren wurden Pflegenden „vor Ort“ auf Edukationsaufgaben vorbereitet, als günstig erwies sich dabei, wenn früher schon Mentorenqualifikationen erlangt wurden (Zegelin-Abt/Bösing/Lang 2001).

Der Schwerpunkt unserer Aktivitäten in den nächsten Jahren ist eine Verlagerung aller edukativen Anstrengungen in den direkten Patienten-/Angehörigenkontakt im Pflegeprozess. Künftig vorstellbar sind Klinikstationen, bei denen eine Aufnahme vor allem zum Zwecke der Verselbständigung und des Trainings von Patienten und Angehörigen erfolgt.

Komplexe Anleitungen

Sie enthalten die drei Elemente Information, Schulung, Beratung und bestehen aus umfangreichen Dossiers zu speziellen Veränderungen – in strukturierter Form begleiten diese Anleitungen den Patienten beim Klinikaufenthalt. In Lüdenscheid wird zur Zeit ein solches Programm für Kehlkopfoperierte implementiert, bei einem anderen Kooperationspartner ist ein Programm für Epilepsiekranken in der Entwicklung, im Patienten-Informationszentrum in Lippstadt werden Konzepte für eine Beratungsstelle für Demenz entwickelt (Modellprogramm „Verbesserung der Betreuung und Begleitung demenziell erkrankter alter NRW).

Schwerpunkt: Häusliche Pflege

Auf einer Expertentagung im Herbst 2001 wurde festgestellt, dass pflegebezogene Information, Schulung und Beratung im Bereich der häuslichen Pflege in Deutschland „brach liegen“. Entsprechende Massnahmen sind im Bereich des Pflegeversicherungsgesetzes vorgesehen, sie kommen aber kaum zustande. Anbieter von häuslichen Pflegekursen machen sich gegenseitig Konkurrenz, es fehlt an spezialisierten Programmen, Zeitnähe ist oft nicht gegeben. Pflegenden Angehörigen können nicht teilnehmen wegen der häuslichen Verpflichtung, ihr gegenseitiger Austauschbedarf wird in den Kursen vielfach als „Störung“ empfunden, überhaupt sind Kursprogramme nicht auf die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen abgestellt. Die im Gesetzestext vorgesehenen Einzelschulungen im häuslichen Setting werden bundesweit kaum abgerufen: sie sind nicht definiert oder evaluiert. Die Vertreter der Pflegekassen nahmen auf der Tagung an, dass Schulungen und Beratungen „nebenbei“ erfolgen, etwa im Rahmen der Einsätze nach §37,3 Pflegeversicherungsgesetz.

Im „PIC“ Lippstadt startet zur Zeit ein von der Robert-Bosch-Stiftung finanziertes Modellprogramm zur Förderung der Schulung pflegender Angehörigen.

In einem weiteren Projekt werden Konzepte entwickelt um ein Curriculum für Patientenedukation für die pflegerischen Grundausbildungen zu etablieren.

Es wurde ein Netzwerk gegründet, um den Austausch zu erleichtern und alle Aktivitäten zu koordinieren (www.patientenedukation.de).

Hauptaufgabe des Netzwerkes in den letzten Monaten war es, Qualitätskriterien pflegebezogener Edukation zu entwickeln. Die vorhandenen medizinorientierten Kriterien wie DISCERN reichen nicht für eine pflegebezogene Edukation.

Neben der Konsolidierung bestehender Aktivitäten sind weitere Entwicklungen angedacht: In naher Zukunft soll ein „perioperatives“ Edukations-Programm, das Patienten vor- und nach einer Operation begleitet, entwickelt werden.

Insgesamt ist wichtig, dass beruflich Pflegende Edukationsaufgaben als normale Tätigkeiten begreifen, dass diese Aktivitäten aus der Implementierungsphase in Evaluation/Forschung übergehen können und vor allem, dass Akteure wie Betroffene, Kostenträger und andere Berufsgruppen eine pflegebezogene Information, Schulung und Beratung als nützliche Unternehmung wahrnehmen.

Literatur:

Antonovsky,A.: Unraveling the mystery of Health, Jossey-Bass, San Francisco, 1987

Bartlett,E.: Cost-benefit analysis of patient education, Patient Education and Counseling 26(1995),S. 87-91

Discern-Online- Qualitätskriterien für Patienteninformationen,
<http://www.discern.de/instrument.htm>

Francke,R.,Hart,D.: Charta der Patientenrechte, Nomos, Baden-Baden, 1999

Müller-Mundt,G.,Schaeffer,D.,Pleschberger,S.,Brinkhoff,P.: Patientenedukation- (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege?,Pfleger & Gesellschaft,5.Jg.,2000, Nr.2, S.42-53

Pinkert,C.,Renneke,S.: Mündigkeit durch professionelle Beratung, Pflegezeitschrift 1/2000, S.50-51

Raspe,H.-H.: Warum fragen Krankenhauspatienten so wenig?, Therapiewoche30,1980, S.560-573

Risse, G., Strohbücker,B.: Patienten-Informations-Zentrum, Mabuse 119, Mai/Juni 1999, 5.20-22

Zegelin-Abt., A., Huneke,M.: Grundzüge einer systematischen Pflegeberatung, PR-Internet 01/99,S.11-18

Zegelin-Abt, A.: Patienten-Edukation als Pflegeaufgabe, Forum Sozialstation Nr. 96, Februar 1999, S.66-68

Zegelin-Abt., A.: Patientenedukation, Die Schwester/Der Pfleger, 39. Jahrg, 01/2000

Zegelin-Abt, A., Bösing, U., Lang, P.: Patienten- und Familienedukation erfordern neue Kompetenzen, Pflege Management, 06/2001, S. 126-132

Weiterführende Literatur:

Klug-Redmann, B. :Patientenschulung und -beratung Ullstein-Mosby, Wiesbaden 1997

Knelange, Ch., Schieron, M.: Beratung in der Pflege - als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt?, Pflege & Gesellschaft, 5. Jg., 2000, S. 4-11

Koch-Straube, U.: Beratung in der Pflege - eine Skizze, Pflege & Gesellschaft, 5. Jg., 2000, S.1-3

Koch-Straube, U.: Beratung in der Pflege, Huber, Bern, 2001

London, F.: No time to teach? Lippincott, Philadelphia, 1999

Petermann, F.: Patientenschulung und Patientenberatung, Hogrefe, Göttingen, 1997
Rankin, S.H. Stallings, K. D.: Patient Education, Lippincott, Philadelphia, 1993
Renneke, S.: Information, Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen,
Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2000, kommentierte Bibliografie
Thomas, B., Wirnitzer, B.: Patienten und Pflegende in einer neuen Rolle, Pflegezeitschrift,
07/2001, S. 469 - 473