

Wr. Krankenanstaltenverbund
Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen Bereich Pflege
am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien- Universitätskliniken

2. Weiterbildung Kontinenz- und Stomaberatung

ABSCHLUSSARBEIT

Titel der Arbeit

**Förderung der Selbständigkeit älterer Menschen mit kognitiver
Beeinträchtigung bei der Stomaversorgung**

Fragestellung

**Ist die Selbständigkeit in der Stomaversorgung bei Patienten mit leichter
kognitiver Beeinträchtigung im Alter durch Einsatz von Mikroschulungen
erreichbar?**

Begutachter/in:

Regina Hladik, Lehrgangsheiterin

Vorgelegt von:

Monika Gnant

17.4.2009

Abstract

Die Selbständigkeit bei der Stomaversorgung ist bei älteren Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung durch das Vorliegen von Merkfähigkeitsstörungen, vermindertem Konzentrationsvermögen und langsamerem Lerntempo beim Lösen neuer Aufgaben eingeschränkt.

Auf Grund der demographischen Entwicklung wird mit einer signifikanten Zunahme der Bevölkerung, die ein sehr hohes Lebensalter erreicht, gerechnet. Die steigende Zahl der Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen, beginnend bei altersassoziierten Gedächtnisstörungen bis zur beginnenden Demenz, sowie die steigende Zahl der Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung durch depressive Zustandsbilder im Alter stellen für mich als schulende und beratende Pflegeperson im Rahmen der Patientenedukation höhere Anforderungen dar.

In dieser Arbeit beschäftige ich mich mit der Frage, ob mittels des anerkannten Konzepts der Mikroschulung die Selbständigkeit von älteren Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen bei der Stomaversorgung erreichbar ist.

Das Konzept der Mikroschulung bietet die Möglichkeit den Schulungsprozess strukturiert und evaluierbar zu gestalten. Durch Modifikation des Schulungsprozesses kann der Schulende/Beratende auf kognitive Beeinträchtigungen Rücksicht nehmen und dadurch bei diesen Patienten eine bessere Chance auf Selbständigkeit erreichen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	4
2 Definitionen	6
2. 1 Kognitive Beeinträchtigung- Definition	6
2. 2 Denken/ Denkstörungen- Definition	6
3 Leichte kognitive Beeinträchtigung- LKB	6
3.1 Prävalenz (Häufigkeit) der LKB	8
3.2 Ätiologie der LKB	9
3.3 Symptome der LKB	10
4 Der Begriff Alter	10
4. 1 Selbständigkeit im Alter	11
5 Stoma- Definition und Einteilung	12
6 Selbständigkeit des Stomaträgers	12
7 Anleitung, Schulung, Beratung	13
7. 1 Anforderungen an den Schulenden/Beratenden	13
7. 2 Anforderungen an den zu Schulenden/zu Beratenden	15
7. 3 Lernvoraussetzungen älterer Menschen	16
8 Das Konzept der Mikroschulung	17
8. 1 Dauer und Häufigkeit der Mikroschulung	18
8. 2 Schulungsablauf nach dem Konzept der Mikroschulung	19
8. 3 Dokumentation nach dem Konzept der Mikroschulung	19
8. 4 Mikroschulung zum Thema: Selbstversorgung des Stomas	20
9 Umsetzung	
9. 1 Umsetzung/ Einsatz der Mikroschulung beim Stomaträger mit LKB	20
9. 2 Schulung/ Mikroschulung –Grenzen der Umsetzung bei Patienten mit LKB	22
9. 3 Umsetzung des Konzepts der Mikroschulung im Bereich der Patientenschulung im AKH	23
10 Zusammenfassung	24
11 Schlussbetrachtung	25
12 Literaturverzeichnis	26
13 Anhang	29

1 Einleitung

Eine Stomaanlage ist für Menschen jeden Lebensalters eine einschneidende Lebensveränderung, die für die Pflegeaufgabe „Schulung und Beratung“ eine große Herausforderung darstellt. Patienten, die auf diese Veränderung gut vorbereitet werden, eine grundsätzlich positive Lebenseinstellung haben, gut mobil sind und konzentriert und aufmerksam an der Schulung teilnehmen machen jedoch nur einen Teil der zu betreuenden Patienten mit einer neuen Stomaanlage aus. Der Altersdurchschnitt der Patienten steigt an, Depressionen, Demenzen, Angstzustände und Multimorbidität nehmen zu. Die Betreuung Akutkranker macht nicht mehr den großen Arbeitsaufwand aus, es steigen die Patientenzahlen der chronisch Kranken, die mit unterschiedlichen Einschränkungen ihres Alltags zu Hause zurechtkommen müssen.

In meinem Arbeitsbereich, in der Patientenschulung für Stoma und Kontinenz im AKH, ist es meine Hauptaufgabe, Patienten vor und nach der Neuenlage eines Stomas zur Ableitung von Stuhl oder Harn zu schulen, zu beraten und zu begleiten. Die Schulung und Beratung von Patienten mit Stuhlinkontinenz, Blasenentleerungsstörungen und die Schulung von Fistelversorgungen gehören ebenfalls zu meinen Aufgaben.

Ein nicht unbedeutender Prozentsatz der Patienten, die ich täglich betreue, leiden unter Konzentrationsschwäche, verminderter Aufmerksamkeit und Merkfähigkeitsstörungen die bedingen, dass eine Schulung in der kurzen Zeit, von der Anlage des Stomas bis zur Entlassung, oft nicht zum gewünschten Erfolg führt, nämlich der Selbständigkeit und Wiedererlangung der Alltagskompetenz des Betroffenen.

Der Zeitaufwand für Patienten mit auch nur geringen kognitiven Beeinträchtigungen, ist enorm und stößt oft auf Unverständnis bei den Ärzten und Kollegen der Station, weil das Bett schon dringend für einen neuen Patienten gebraucht wird.

Die Motivation für diese Arbeit ist aus den täglichen „Spagatsprüngen“ einer „Schulungsschwester“ entstanden, die einerseits keinen Patienten bei der Entlassung „behindern“ will, andererseits aber den Betroffenen nicht überfordern möchte.

Errungenschaften der modernen Medizin, die maßgeblich an der Lebensverlängerung beteiligt sind, nützen nur, wenn genauso viel Anstrengung auf die Verbesserung der Rehabilitation bei älteren Menschen passiert. Wo ist der Benefit des verlängerten Lebens wenn Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt bei Verrichtungen des täglichen Lebens permanent auf fremde Hilfe angewiesen sind?

Das Konzept der Mikroschulung, das am Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Witten/Herdecke entstanden ist, ist ein anerkanntes Konzept für die Schulung verschiedener Bereiche, wo Patienten (oder auch Angehörige) Pflegeinterventionen übernehmen müssen. Nach diesem Konzept kann auf Lernschwierigkeiten, die die Betroffenen bei der Schulung

zeigen, gut eingegangen werden, der erhöhte Zeitaufwand soll damit transparent gemacht werden. Mein Ziel ist die Optimierung des Schulungsablaufes, der meiner Meinung nach für Patienten mit leichten kognitiven Einschränkungen umgestaltet werden muss.

Bei der Literatursuche bin ich auf sehr unterschiedliche Definitionen der leichten kognitiven Beeinträchtigung gestoßen, der Zugang zu aktueller Literatur ist mit hohen Kosten verbunden, viele Bücher sind auch vergriffen und daher nicht mehr erhältlich. Sehr hilfreich bei meiner Arbeit waren aber Internetseiten über Gedächtnisleistungen und die Artikel von Dr. A. Abt-Zegelin am Institut für Pflegewissenschaft in Witten/Deutschland. Als sehr praxisorientierte Literaturunterstützung schätze ich das Buch von Fran London „Informieren, Schulen, Beraten“ das im Verlag Hans Huber in Bern erschienen ist.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit meiner Arbeit habe ich durchgängig die grammatikalisch männliche Form benutzt, wobei dabei immer die weibliche und männliche Form gemeint ist.

2 Definitionen

2. 1 Kognitive Beeinträchtigung- Definition

Unter kognitiven Beeinträchtigungen werden im Allgemeinen Störungen der Fähigkeiten die mit Erkennen und Wissen zu tun haben (Vorstellung, Beurteilung, Gedächtnis, Erinnerung, Denken, Lernen) verstanden.

Corr betrachtet in seinem Buch „Gerontologische Pflege“ unter dem Begriff „Verwirrtheit“ die Beeinträchtigung von kognitiven Fähigkeiten im Bereich Orientierung, Gedächtnis, abstraktes Denken, Aufmerksamkeit/Konzentration und Interpretation der Umwelt (vgl. Corr D. M. und Corr Ch. A., 1992, Gerontologische Pflege- Herausforderung in einer alternden Gesellschaft, Verlag Hans Huber Bern, s.224)

2. 2 Denken/ Denkstörungen- Definition

Denken ist der zielgerichtete Prozess zur Verarbeitung und Verwertung von Informationen. Abstraktes Denken ist durch Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und durch den Gebrauch von Verallgemeinerungen und Konzepten sowie der Fähigkeit zur Problemlösung gekennzeichnet.

Unter Denkstörungen werden Störungen in der Verarbeitung und Verwertung von Informationen verstanden. Im psychiatrischen Bereich wird zwischen formalen und inhaltlichen Denkstörungen unterschieden. Formale Denkstörungen sind Störungen des Gedankengangs wobei der Betroffene darüber klagt, nicht mehr klar denken zu können, nicht bei einem Thema bleiben zu können. Oft wird es als ein Gefühl eines „Brettes vor dem Kopf“ beschrieben. Inhaltliche Denkstörungen beziehen sich auf die mangelnde Urteilsfähigkeit des Betroffenen wobei sich das Denken offensichtlich mit veränderten „kranken“ Inhalten beschäftigt. Diese Störung liegt beim wahnhaften Geschehen, bei überwertigen Ideen oder bei Zwangsgedanken und –vorstellungen vor (vgl. Baumgartner L., 2003, Häusliche Pflege heute, Verlag Urban&Fischer München s. 711)

3 Leichte kognitive Beeinträchtigung- LKB

Die kognitive Beeinträchtigung beim Lernen von neuen Fähigkeiten, in meiner Arbeit am Beispiel der Selbstversorgung eines erst im höheren Lebensalter erworbenen künstlichen Darmausganges, kann bei der Schulung im Krankenhaus mit erhöhtem Zeitaufwand verbunden sein. Gemeint sind Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, die häufig so genannte „gutartige Altersvergesslichkeit“, die den Ablauf einer Schulung schwierig

gestalten. Heute nennt man diese altersassoziierte Gedächtnisstörungen oder Leichte kognitive Beeinträchtigung (LKB) oder Leichte kognitive Störung (LKS)

(vgl. Faust, V., Leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter, Datum unbekannt,

<http://psychiatrie-heute.net/psychiatrie/altersvergesslichkeit.html>, Zugriffsdatum 23.2.09)

Die leichte kognitive Beeinträchtigung wird in der Literatur zumeist unter MCI (mild cognitive impairment) beschrieben. Es werden im Wesentlichen vier Varianten dargestellt:

-AAMI (Age-associated memory impairment)

-ACMI (Age-consistent memory impairment)

-LLF (Late-life forgetfulness)

-AACD (Aging-associated cognitive decline)

Diese verschiedenen Ansätze haben gemeinsam, dass sie dieselben Ausschlusskriterien besitzen und eine Standardabweichung unter dem Mittelwert als Grenzwert für die neuropsychologischen Tests dient. Die angenommenen Normen zur Beurteilung der Testwerte wiesen jedoch Unterschiede auf.

(vgl. Wörner T.,Diplom-Soziologe, 2007, Leichte kognitive Beeinträchtigung (Mild cognitive impairment) im Allgemeinen und als Altersphänomen, Studienarbeit, Grin- Verlag, s.16)

Da aber bei Patienten, die wegen eines operativen Eingriffes und dabei notwendiger gewordener Stomaanlage selten eine genaue Diagnose über die Art der kognitiven Beeinträchtigung vorliegt und diese für die daraus resultierenden Pflegehandlungen auch nicht notwendig ist, möchte ich darauf nicht genauer eingehen.

Die für die Schulung und Beratung relevanten Beeinträchtigungen stellt meiner Meinung nach das Konzept von Levy et al. (1994) mit dem Begriff „Aging- associated cognitive decline“ (AACD, mit dem Alter assoziierte kognitive Beeinträchtigung) dar. Beurteilt werden dabei die kognitiven Fähigkeiten im Hinblick auf die sieben Domänen Gedächtnis, Lernen, Aufmerksamkeit, Konzentration, Denken, Sprache und räumliches Vorstellungsvermögen (vgl. Hermeneit, S., 2006, Krankheitsverlauf und Prädiktoren der „Mild Cognitive Impairment“, Dissertation zur Erlangung des Medizinischen Doktorates der Medizinischen

Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Bremen,

<http://www.freidok.unifreiburg.de/volltexte/2951/>, s.7, Zugriffsdatum 23.2.09)

Aus der Einteilung dieser Domänen lassen sich folgende mögliche Pflegediagnosen (PD) nach NANDA für den Schulungsprozess bei kognitiver Beeinträchtigung einsetzen:

zu (1): vgl. Baumgartner L., 2003, Häusliche Pflege heute, Verlag Urban&Fischer, s. 710)

zu (2): vgl. Herrmann M., Georg J.(Übersetzung aus dem Amerikanischen), 2005 ,

Nanda international- Nanda Pflegediagnosen, Verlag Hans Huber Bern, s.54,s.93,s.130,s.144, s.235, s.241,

PD: Aufmerksamkeits- Konzentrationsdefizit	(1)
PD: Beeinträchtigte Gedächtnisleistung	(2)
PD: Orientierungsstörung	(2)
PD: Verwirrtheit, akut	(2)
PD: Wahrnehmungsstörung	(2)
PD: Situationsbedingt geringes Selbstwertgefühl	(2)
PD: Machtlosigkeit	(2)
PD: Selbstfürsorgedefizit	(1)

Als medizinische Diagnose lässt sich die LKB als leichte kognitive Störung im ICD-10-Code, Kapitel 5, F06.7 wieder finden:

„Eine Störung, die charakterisiert ist durch Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten und die verminderte Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Oft besteht ein Gefühl geistiger Ermüdung bei dem Versuch, Aufgaben zu lösen. Objektiv erfolgreiches Lernen wird subjektiv als schwierig empfunden. Keines dieser Symptome ist so schwer wiegend, dass die Diagnose einer Demenz (F00-F03) oder eines Delirs (F05.-) gestellt werden kann“ (vgl. ICD 10 Code: Statistische Klassifikation und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, Version 2.0, http://www.medautria.at/f_icd10.html, Zugriffsdatum 23.2.08)

3.1 Prävalenz (Häufigkeit) der LKB

Hermeneit (2006) gibt eine Prävalenz der leichten kognitiven Beeinträchtigung an, die aus dem Consensus Paper des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel (Leichte kognitive Störungen –Definition Früherkennung und Frühbehandlung, Symposium Karlsruhe am 19.2.1999) aus dem Jahre 2000 stammt:

Tab. 1: Prävalenz der leichten kognitiven Beeinträchtigung im Alter

<i>Alter</i>	<i>Demenz (%)</i>	<i>MCI (%)</i>
60 - 65	1	8,6
66 - 70	1,4	10
71 - 75	4,1	13,5
76 - 80	8,8	27,1
81 - 85	13	12,6
> 85	21,6	16,8

Quelle: Hermeneit, S., 2006, s25

Anhand dieser Zahlen erschien 2000 eine Prävalenz von 17% als realistisch.

Im Rahmen einer Dissertation zum Thema „Der Einfluss der Leichten kognitiven Beeinträchtigung auf Pflegebedürftigkeit, Heimeintritt und Mortalität“ an der Universität München 2007, wurde eine Studie durchgeführt, die sogar eine Prävalenz der LKB von 36,1% bei älteren Krankenhauspatienten angibt. Hierbei wurden 794 Krankenhauspatienten im Alter von 65-85 Jahren von Psychiatern und Psychologen untersucht wobei jedoch Patienten mit einer manifesten Demenz, körperlich schwerer Erkrankung sowie Patienten die bereits Heimbewohner oder pflegebedürftig waren, aus der Untersuchung ausgeschlossen waren. Da in anderen Studien niedrigere Prävalenzen angegeben werden ist anzunehmen, dass ältere Krankenhauspatienten eine Hochrisikogruppe für leichte kognitive Störungen sind.

(vgl. Link F., 2007, Dissertation zur Erlangung des Doktors der Medizin, Uni München , der Einfluss der Leichten kognitiven Beeinträchtigung auf Pflegebedürftigkeit, Heimeintritt und Mortalität, <http://mediatum2.ub.tum.de/node?id=621112>, s.5-27, Zugriffsdatum 12.3.09)

3.2 Ätiologie der LKB

Die Ursachen der LKB werden unter physischen und psychischen Gesichtspunkten diskutiert. Physische Ursachen bedeuten Schädigungen der Hirnstruktur, die entweder durch eine spezifische Erkrankung zustande kommt (z.B. Traumata, vaskuläre Schäden, Infektionen) oder auch altersbedingt sein können, von der „gutartigen Altersvergesslichkeit“ bis zum Frühstadium der Demenz. Dass die LKB auch psychische Ursachen haben kann, liegt an der Struktur der Kognition, die nicht nur mit der Funktion von Neuronen und Synapsen zusammenhängt sondern auch von Umgebungsfaktoren wie Motivation und Aufmerksamkeit beeinflusst wird. Daher können auch psychische Erkrankungen wie Depression und Schizophrenie zum klinischen Erscheinungsbild führen, das der LKB sehr ähnelt (vgl. Wörner T., 2007, nach Hermeneit 2006, s.9,).

In meinem Berufsalltag, in dem ich fast ausschließlich mit Schulung und Beratung betraut bin, habe ich die Erfahrung gemacht dass Angst und „Sorgen“ oft die Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit schwer beeinträchtigen. Meist ist es der noch ausständige oder für den Betroffenen „niederschmetternde“ Histologische Befund, der die verminderte Aufmerksamkeit oder mangelnde Motivation erklären lässt. Im Kopf „kreisende“ Gedanken (z.B. Sorgen um den häuslichen Bereich, ev. pflegebedürftiger Lebenspartner) führen zur permanenten Ablenkung vom Thema der Schulung.

3.3 Symptome der LKB

Subjektiv erleben die Patienten eine Verschlechterung ihrer Gedächtnisleistungen, öfters begleitet von einer deutlichen Allgemeinverlangsamung insbesondere im kognitiven Bereich (Abnahme der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit). Von Angehörigen und Freunden wird oft bemängelt, dass der Patient weniger aufmerksam sei, nicht zuhören kann. Die Patienten erleben sich auch als ungeduldiger, aufbrausender und stimmungslabiler als in früheren Episoden ihres Lebens, Konzentrationsstörungen sind häufiger. Die Symptomatik manifestiert sich besonders bei anspruchsvoller Tätigkeit und in gesellschaftlichem Rahmen. (vgl. Zaudig M., 1995, Demenz und leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter, Verlag Hans Huber Bern, s.149)

In der Literatur findet sich weitgehend ein Konsens, dass der Betroffene prinzipiell nur geringe Störungen in seiner Alltagsaktivität erleidet, jedoch Schwierigkeiten hat, sich an neue Situationen anzupassen oder neue Lerninhalte zu speichern.

4 Der Begriff Alter

Zum Begriff Alter sind unterschiedliche Definitionen in der Literatur zu finden, so gilt laut Weltgesundheitsorganisation WHO als alt wer das 65. Lebensjahr vollendet hat.

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin, fasst die Lebensabschnitte des älteren Menschen so zusammen:

junge Alte: ca. 60-65 bis ca. 80 Jahre

alte Alte/Hochbetagte: über 85 Jahre

Für pflegerelevante Fragen kann jedoch eine kalendarische Einteilung nicht herangezogen werden, nur die funktionelle Alterseinteilung ist dafür von Bedeutung:

Unabhängig lebende Senioren: „go goes“

Hilfsbedürftige Senioren: „slow goes“

Pflegbedürftige Senioren: „no goes“

(vgl. Helseker H., Prof. Dr., Universität Paderborn, Vortragsunterlagen, Gesundheit und Alter, Datum unbekannt,

http://dsg.uni-paderborn.de/fileadmin/evb/materialien/07_01_gesundheit_und_alter.pdf,

Zugriffsdatum 23.2.09)

Die demographische Entwicklung zeigt dass in verschiedenen Teilen Europas schon in den kommenden Jahren die Schwelle von einem Drittel der Bevölkerung über 60 Jahren überschritten werden wird. Ein zweiter wichtiger Indikator der Bevölkerungsalterung ist der Anteil der hochbetagten, über 80-jährigen Menschen, der derzeit bei vier Prozent liegt. Bis 2040 wird er sich vermutlich auf acht Prozent verdoppeln (vgl. Lutz, W., 2008, Jg.5, Nr.2,

Max-Planck-Institut für demographische Forschung, Demographische Forschung aus erster Hand, <http://www.demografische-forschung.org/archiv/defo0802.pdf>, Zugriffsdatum 23.2.09)

Tab 2: Ergebnisse der IISA

(internationales Institut für Angewandte Systemanalyse, in Laxenburg bei Wien)

Durchschnittliches Alter der Bevölkerung in Jahren und Anteil der über 60-Jährigen in Prozent:

Weltregion	Indikator	2005	2020	2050	2100
Westeuropa	Durchschnittsalter	39,1	42,4	48,4	53,5
	Anteil 60+	20	25	37	46
Osteuropa	Durchschnittsalter	38,4	42,7	50,3	52,4
	Anteil 60+	18	25	42	44
Welt	Durchschnittsalter	30,4	33,1	38,8	45,5
	Anteil 60+	10	13	22	32

Quelle: Lutz W., Max-Planck-Institut für demographische Forschung, 2008

Die Betrachtung der Prognosen der Bundesanstalt Statistik Austria zeigen für Österreich einen dramatischen Zuwachs an betagten und hochbetagten Menschen (lt. Statistik Austria die über 75-Jährigen). Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung soll sich im Zeitraum von 2006 bis 2050 von 8% auf 17% mehr als verdoppeln. Das bedeutet für das Gesundheitssystem sowie aller Arten von Betreuungseinrichtungen neue und große Herausforderungen.

(vgl. Statistik Austria, 2007, Bevölkerungswachstum wird von Alterung begleitet, http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/027289, Zugriffsdatum 9.3.09)

Hohes Alter bedeutet natürlich nicht automatisch das Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung, die Wahrscheinlichkeit einer Beeinträchtigung steigt aber mit zunehmendem Lebensalter.

4. 1 Selbständigkeit im Alter

Der Wunsch nach Selbständigkeit gehört seit jeher zu den Grundbedürfnissen von Menschen jeden Alters. In vielen Gesprächen mit Patienten, die durch fortschreitende Unbeweglichkeit im Alter oder Krankheit Einschränkungen ihrer Selbständigkeit erlitten haben gaben ein hoher Prozentsatz der Betroffenen an, als besonderen Verlust Einschränkungen der Selbständigkeit bei der eigenen Körperpflege und bei der Ausscheidung empfunden zu haben. Hilfestellung beim Umgang mit Ausscheidungen (Harn- oder Stuhlinkontinenz) wird als „erniedrigend“ empfunden.

„...um körperliche Komplikationen zu vermeiden, geistige Stimulation zu bieten und das Selbstwertgefühl zu stärken, ist es für ältere Menschen besonders wichtig, die Notwendigkeit

von größtmöglicher Selbstversorgung und Aktivität zu verstehen. Leider trägt das Krankenhauspersonal manchmal unbeabsichtigt zum Gefühl der Abhängigkeit bei, indem es auf jeden Versorgungswunsch bereitwillig eingeht und die Selbstversorgung nicht ausreichend fördert [...] andererseits kommt es, wenn auch weniger häufig, zu einer Überforderung älterer Menschen, wenn von ihnen mehr erwartet wird, als sie leisten können...“ (Corr et al., 1992, s.378-379)

5 Stoma- Definition und Einteilung

Als Stoma oder Stomie werden offene Verbindungen zwischen einem inneren Hohlorgan und der äußeren Haut verstanden. Sie sind chirurgisch angelegt und dienen dazu Stuhl oder Harn abzuleiten wie bei der Ileostomie, Colostomie oder Urostomie. Es kann aber auch, wie im Falle der Gastrostomie und Jejunostomie, angelegt sein, um Nahrung zuzuführen (vgl. Stoll-Salzer E., Wiesinger G., 2005, Stomatherapie- Grundlagen und Praxis, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, s.17)

Eine tabellarische Übersicht der unterschiedlichen Stomaarten geordnet nach Art, Indikation, Lokalisation und Ausscheidung befindet sich im Anhang (siehe Anhang 1).

Die Schwierigkeit einer Stomaanlage (Ausnahme: kontinentes Urostoma) ist, dass der Betroffene seinen „Selbststeuermechanismus“ völlig verliert. Er muss das Stoma mit einem Beutel versorgen der die Ausscheidung auffängt. Es hängt einerseits von der Konsistenz der Ausscheidung, von der optimalen Lage des Stomas, von der Wahl der passenden Versorgung und letztendlich von seinem eigenen physischen und psychischen Zustand ab ob er mit einem Stoma unabhängig von fremder Hilfe zurechtkommt.

Stomata mit flüssiger Ausscheidung wie ein Urostoma oder mit breiiger Ausscheidung wie ein Ileostoma sind noch dazu technisch schwieriger zu versorgen da es keine „Ausscheidungspausen“ gibt. Der Wechsel der Versorgung muss schnell ablaufen da es sonst zum vorzeitigen Ablösen der Haftplatte kommen kann.

6 Selbständigkeit des Stomaträgers

Ziel der Schulung und Beratung von Stomaträgern ist die Erreichung ihrer Unabhängigkeit in der Stomaversorgung um letztendlich ihre Alltagskompetenz wieder zu erreichen.

Um eine größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen gilt es vorerst durch Beratung des Patienten sein eigenes Erkennen des Selbstpflegedefizits zu fördern und gleichzeitig die Hilfestellung durch einen strukturierten Beratungs- und Schulungsprozess anzubieten. Nach der Pflegetheorie von Dorothea Orem hat „...jeder Mensch das Bedürfnis nach Selbstpflege,

also das Bedürfnis, für sich selbst zu sorgen, sich selbst zu pflegen. Unter Selbstpflege sind alle gezielten und bewussten Handlungen zu verstehen, welche von Menschen ausgeführt werden, um ein möglichst hohes Maß an Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen...“

(Sauter, Abderhalden, Needham, Wolff, 2006, Lehrbuch der Psychiatrischen Krankenpflege, Verlag Hans Huber, Bern, s.76)

Demnach basieren die wesentlichen Inhalte der Pflgetheorie nach Orem auf Informationsvermittlung, Motivation, Anleitung und Unterstützung bei Eigenaktivitäten des Patienten (vgl. Sauter et al., 2006, s.77).

Die absolute Unabhängigkeit in der Versorgung ihres künstlichen Darmausganges wird bei Betroffenen mit kognitiven Einschränkungen manchmal nicht zur Gänze erreichbar sein. Die Aufgaben der Pflege beschränken sich aber nicht darauf, fehlende Kompetenzen und Selbstpflegefähigkeiten zu kompensieren. Nach D. Orem hat die professionelle Pflege die Frage zu stellen, inwieweit eine vollständige Übernahme, eine Aktivierung oder eine reine Begleitung notwendig ist. Dabei wird der Begriff der „Aktivierung“ zum Teil missverstanden, er sollte nicht allein auf die Förderung von Selbständigkeit, sondern auch auf die Wiedergewinnung der Selbstbestimmung bezogen werden. Selbstbestimmung kann auch eine „bewusst angenommene Abhängigkeit“ sein. Die bewusst angenommene Abhängigkeit beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, die in der bestehenden Lebenssituation notwendigen Hilfen anzunehmen. Sie beschreibt auch die Fähigkeit, Einschränkungen und Verluste, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können, anzunehmen, wobei diese Fähigkeit auch gefördert wird durch Hilfen, die dazu beitragen, Einschränkungen und Verluste in Teilen zu kompensieren (vgl. Gohde J., Kruse A., Naegele G., 2008, Alter neu denken, Verlag Bertelsmann Stiftung, s.161-162).

Das bedeutet, dass auch die teilweise Selbständigkeit ein Ziel sein kann, z.B. kann es sich so darstellen dass der Betroffene zumindest erkennt, wann seine Stomaversorgung zu wechseln ist oder nur Teile der Tätigkeit beim Wechsel selbst übernimmt.

Meiner Erfahrung nach kann der Grund für eine Übersiedlung in eine Dauerpflegeeinrichtung in der Anlage eines Stomas, mit dem der Patient nicht zurechtkommt, gesehen werden.

7 Anleitung, Schulung, Beratung

Diese Begriffe stehen für mich als Synonym für die „Bildung“ des Patienten der mit neuen Aufgaben durch Veränderung seines Gesundheitszustandes konfrontiert wird.

Im deutschen Sprachraum wurde der Begriff „Eduktion“ aus dem englischen Sprachraum übernommen da es dort kein Pendant zum Begriff „Bildung“ gibt. In der Patientenedukation lassen sich die Aktivitäten der Information, Schulung und Beratung unterscheiden.

Information stellt sich als die reine Mitteilung dar, Beratung bezeichnet einen ergebnisoffenen gemeinsamen Problemlösungsprozess, Schulung wird als geplante und prozesshafte Veranstaltung verstanden.

(vgl. London F., 2003, Informieren, Schulen, Beraten , Verlag Hans Huber Bern, s.21)

7. 1 Anforderungen an den Schulenden/Beratenden

- **Fachkompetenz**
Dies bedeutet nicht nur die eigene Fachkompetenz, sondern ausdrücklich die Anerkennung des Patienten als Experte seiner Krankheit. Der Beratende erkundet den Wissenstand von Patienten und Angehörigen
- **Methodenkompetenz**
Fähigkeit zur Arbeit nach pädagogischen und psychologischen Prinzipien (Beachtung von Lern- und Motivationstheorien, Anwendung der Grundlagen der Methodik und Didaktik)
- **Soziale Kompetenz**
Fähigkeit zur Kommunikation (nicht nur als Austauschform von Informationen, sondern ein „in Beziehung sein“ mit dem Patienten)
- **Fähigkeit zur wertschätzenden Haltung gegenüber dem Patienten (Akzeptanz seiner Person, Empathie, Diskretion)**
- **Beobachtungsgabe**
- **Kreativität**
- **Problemlösungsfähigkeit**
- **Motivationsfähigkeit**
Fähigkeit den Patienten zum eigenen Lernen anzuregen, dazu gehört auch das Vermitteln von weiteren Informationsmöglichkeiten
- **Fähigkeit zur multimedialen Informationsvermittlung**
Inhalte sind aktuell, liefern Autorennachweise sowie Datierungen und Quellenbelege, zurücktretende Werbung
- **Fähigkeit zum prozessorientierten Handeln**
in allen Aktivitäten müssen Plan und Struktur erkennbar sein, die Orientierung erfolgt nach Qualitätskriterien und abschließender Evaluation

(vgl. Abt-Zegelin A., Büker C., Gossens J., Risse G., 2002, Qualitätskriterien pflegebezogener Patienten- und Familienedukation, Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V., <http://www.patientenedukation.de/Archiv07.html>, Zugriffsdatum 23.2.09)

Zu den im Kapitel angeführten notwendigen Kompetenzen des Schulenden/Beratenden möchte ich noch die Wichtigkeit vorhandener Berufserfahrung hinzufügen. Meine eigenen Kenntnisse von Krankheitsbildern mit denen ich vor meiner beratenden Tätigkeit intensiv beschäftigt war, helfen mir heute die Situation des jeweiligen Patienten besser einzuschätzen und ihn somit besser beraten zu können. Patienten, die mit einer Stomaneuanlage das Krankenhaus verlassen, haben oft mehrere gesundheitliche Einschränkungen die im Kontext eines multimorbiden Geschehens zu sehen und in der Zusammenschau dieser Faktoren zu beraten und zu begleiten sind (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Niereninsuffizienz, Diabetes, um nur einige zu nennen).

7. 2 Anforderungen an den zu Schulenden/zu Beratenden

Voraussetzung für eine erfolgreiche Schulung und Beratung ist die Motivation des Betroffenen seine Selbständigkeit teilweise oder zur Gänze wieder zu erreichen. Die Bereitschaft, sich mit der Krankheit oder den veränderten Lebensbedingungen auseinanderzusetzen, Kommunikationsfähigkeit und eine gewisse manuelle Geschicklichkeit (vor allem wenn neue „Techniken“ zu erlernen sind), müssen vorhanden sein. Die Anwendung von bisher gut funktionierenden Bewältigungsstrategien und eine wirkliche Akzeptanz der neuen Situation passiert oft erst viel später in der gewohnten Umgebung, manchmal auch gar nicht.

Die positive Wirkung von Schulung und Beratung setzt auch Compliance des Betroffenen voraus, wobei der Begriff der „Compliance“ (engl. Einhaltung, Befolgung aber auch Unterwürfigkeit, Fügsamkeit) den Grad der konsequenten Befolgung einer ärztlichen oder gesundheitlichen Empfehlung beschreibt. Der Begriff der Compliance wird in der Literatur zunehmend durch den Begriff „Adherence“ ersetzt (engl. einhalten, beachten, befolgen) und bedeutet, dass der Patient das einhält, was er als sinnvoll anerkannt hat. Der Begriff Adherence signalisiert also im Unterschied zur Compliance, dass das informierende Einverständnis des Patienten betont wird. Ziel ist ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen ausgebildetem Experten und dem Betroffenen als Experten seiner Krankheit.



Psychische Störungen, chronische Erkrankungen, komplexe Behandlungen, kognitive Beeinträchtigung, fehlender Glaube an den Behandlungserfolg sowie mangelnde Verlaufskontrollen senken die Behandlungscompliance.

(vgl. Mayer K. C., 2009, Glossar Psychiatrie/ Psychosomatik/ Psychotherapie/ Neurologie/ Neuropsychologie, http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=34, Zugriffsdatum 4.3.2009)

7. 3 Lernvoraussetzungen älterer Menschen

Lernen ältere Menschen überhaupt langsam oder lernen sie nur anders? Mit zunehmendem Alter nimmt die Umstellungsfähigkeit ab und die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung geht zurück. Durchgeführte Studien zur Lernfähigkeit im Alter zeigten dass Ältere bei Verwendung von „sinnlosem“ Material schlechter lernen, bei „sinnvollem“ Material aber durchaus mit den Lernleistungen der Jüngeren vergleichbar sind. Ältere lernen leichter, wenn der gebotene Lernstoff übersichtlich gegliedert ist (vgl. Hörwick, E., 2003, nach Lehr 2000, bfz-Bildungsforschung Lernen Ältere anders? Tagungsband zur Fachtagung der Akademie der 2. Lebenshälfte am 26. und 27. 08.2002, Potsdam, <http://www.aqua-nordbayern.de/aqua/download/02.pdf> s. 10, Zugriffsdatum 23.2.09)

In einer Alters-Studie aus dem Jahr 1999 in Bern (Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32) wird bei den Gedächtnisleistungen deutlich „...dass die kognitiven Funktionen und das Gedächtnis im Alter besonders dann negativ berührt werden, wenn alte Menschen unter Zeitdruck arbeiten, verschiedene Tätigkeiten gleichzeitig ausgeführt werden müssen, oder wenn betagte Menschen sich ohne zusätzliche Hilfen an etwas erinnern müssen[...]auch im hohen Alter ist lernen möglich wenn genügend Zeit verwendet wird und auf bisherige Erfahrungen Bezug genommen wird...“ (Höpfinger F., Stuckelberger A., 1999, Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32, Bern, http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/nfp_resultate_nfp32_d.pdf , s. 38-39, Zugriffsdatum 23.2.09)

Bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen wird der Schulende/Beratende mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht gleich beim Erstgespräch bemerken ob eine kognitive Beeinträchtigung vorliegt oder wie stark diese ausgeprägt ist. Meist wird erst in den folgenden Schulungs- und Beratungsgesprächen und bei praktischen Übungen zur Erlangung einer neuen Fähigkeit das Vorhandensein bzw. das Ausmaß einer kognitiven Beeinträchtigung klar. Für einen gelungenen Schulungsprozess ist es unumgänglich, die zusätzlichen Einflussfaktoren zu ermitteln, die sich nachteilig auf eine bereits bestehende kognitive Beeinträchtigung auswirken (z.B. Narkose, Schmerz, Reizüberflutung, Depression)

8 Das Konzept der Mikroschulung

Der Begriff der Mikroschulung wurde von A. Abt-Zegelin geprägt und ist mittlerweile ein akzeptiertes Konzept im Bereich der Patientenedukation.

„Mit dem Konzept der Mikroschulung soll Pflegenden eine Grundlage zu einer systematischen und qualitätsgesicherten pädagogischen Begleitung der Patienten ermöglicht werden. Die anfangs von den Pflegenden übernommenen Pflegeinterventionen werden schrittweise auf den Patienten übertragen. Mikroschulung bedeutet: Anleitung und Training von bestimmten Fertigkeiten“

(Abt-Zegelin A., 2008, Konzept zur Erstellung von „Mikroschulungen“ am Beispiel der „subkutanen Injektion“, Netzwerk Patienten- und Familienedukation e.V./ Universität Witten/ Herdecke, http://www.patientenedukation.de/downloads/Mikroschulung_allgemein_sclnjektion_%202008.pdf, s.2, Zugriffsdatum 20.2.2009)

Schulung des Patienten bedeutet heute nicht mehr „mal eben etwas zu zeigen“, Schulung bedeutet heute ein systematisches und planvolles Vorgehen zu etablieren. Am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke ist das Konzept der Mikroschulung entstanden. Es werden darunter kleine Lerneinheiten verstanden, in denen eine „Wissensportion“, eine Fertigkeit oder Verhaltensweise vermittelt wird. Für das Konzept der Mikroschulungen eignen sich in der Regel häufig vorkommende Pflegeinterventionen wie z.B. Sondenkost verabreichen, einfacher Verbandswechsel, endotracheale Absaugung u. Ä. Als Prototyp wurde im Netzwerk die Mikroschulung „Subcutane Injektion“ entwickelt.

Die Grundlage des Konzepts bildet ein Dossier von etwa 15 Seiten, in dem der jeweilige Lerninhalt unter pädagogischen Aspekten in kleinen Schritten „portioniert“ wird. Dem Dossier angefügt ist eine Sachanalyse mit neuzeitlichem Wissen zum jeweiligen Gegenstand der auf Literaturrecherche und Expertenbefragung beruht. Das Thema wird umfassend und evidenzbasiert, also auf gesichertem Wissen, erarbeitet.

Stufen der Wissens-Tiefen:

(die durch Schulung des Patienten zu einem Thema erreicht werden können)

- Faktenwissen meint eine oberflächliche Kenntnis, das Aufnehmen definierter Informationen
- Prinzipienwissen zielt auf das Verstehen der Hintergründe ab, eine leichte Modifikation des Handelns wird durch Wissen der zugrunde liegenden Prinzipien möglich
- Optionales Wissen bedeutet die anspruchvollste Ebene, sie bedeutet dass das Prinzipienwissen derart zur Anwendung kommt, dass der Betroffene verschiedene Wahlmöglichkeiten hat, er kann auch unter veränderten Bedingungen sicher handeln, Komplikationen erkennen und Risiken kontrollieren

Die „Tiefe“ des zu erreichenden Wissens ist bei den Adressaten unterschiedlich und erfordert eine dementsprechende Voreinschätzung des Betroffenen. Ein Feststellen des Vorwissens, Informationen über seinen Lebensalltag sowie die Kenntnis ev. bestehender Einschränkungen (physisch, psychisch) sind notwendig. Empfehlenswert ist auch eine strukturierte Einschätzung seiner Lernvoraussetzungen.

(vgl. Abt-Zegelin, A., Zeitschrift: Die Schwester Der Pfleger, 45.Jg. 1/06, Mikroschulungen, s.62-65).

In diesem Artikel wird bei der Voreinschätzung der für mich sehr wichtige Punkt der Motivation des Betroffenen an einer Schulung teilzunehmen, nicht angesprochen, sollte jedoch meiner Meinung nach bei der Einschätzung an erster Stelle stehen. Die Tiefe des Wissens wird bei einem Patienten mit kognitiven Einschränkungen möglicherweise erst sehr spät oder nie die Ebene des Prinzipienwissens und des Optionalen Wissens erreichen, trotzdem muss die Motivation, Neues zu erlernen, unbedingt vorhanden sein.

8. 1 Dauer und Häufigkeit der Mikroschulung

Der Begriff „Mikro“ zeigt schon an, dass es sich um eine Schulung in kurzer Zeit (pro Sitzung ca. 15-30 Minuten) handelt, der Adressat ist ein Patient, kann aber auch eine Bezugsperson/Angehöriger sein. Im Konzept des Themas ist festgelegt, welche und wie viele Mikroschulungen zum Thema notwendig sind, die Reihenfolge ist nicht zwingend einzuhalten, sollte aber zielführend aufeinander aufgebaut sein. Abschluss jeder Mikroschulung ist die Ergebnissicherung, was einen wesentlichen Unterschied zur ergebnisoffenen „Information und Beratung“ darstellt. Ist das positive Ergebnis nicht gesichert, muss die Mikroschulung wiederholt werden (vgl. Abt-Zegelin A., 2008, s.2).

Die Dauer einer Schulungssitzung sollte 30 min. nicht überschreiten. Gerade ältere Patienten mit Konzentrations- und Merkfähigkeitseinschränkungen sind meiner Erfahrung nach mit einer Dauer über 30 min. überfordert und „steigen gedanklich aus“. Im Gegensatz zu Patienten, bei denen keinerlei kognitive Beeinträchtigung besteht, ist es sinnvoll, an einem Tag sowohl am Vormittag als auch am Nachmittag eine Mikroschulung zu planen. Damit werden zu lange Schulungspausen zwischen den einzelnen Übungseinheiten vermieden.

„Pausen, die während der Übungsphasen eingeschaltet werden, führen häufig zur Verbesserung der Lernleistung Jüngerer, aber eher zur Verschlechterung der Lernleistung Älterer“ (Hörwick E., 2003, s.10)

Beispielsweise könnte die Mikroschulung „Wechsel der Stomaversorgung“ in der Früh vor dem Frühstück stattfinden, eine weitere Schulungssitzung aber schon am selben Tag, einige Stunden später zum Thema „Entleeren des Beutels bei flüssigem Stuhl“ erfolgen. Das

Lernziel ist hier einerseits die sinnvolle zeitliche Einteilung der Stomaversorgung und andererseits das Bewusstsein für Notwendigkeit der „Kontrolle der Stomaversorgung mehrmals täglich“ zu schärfen.

Dem Schulungsziel förderlich ist aus meiner Erfahrung auch der Einsatz von „Hausaufgaben“. Beispiel: Der Patient soll die Utensilien für den nächsten Wechsel (nach vorheriger praktischer Übung) allein vorbereiten, oder: er soll die Anzahl der durchgeführten Beutelentleerungen in 24 Std. zählen und mitschreiben. Dadurch ist er mehrmals täglich mit dem Thema Stomaversorgung beschäftigt, kann selbst seine Selbständigkeit überprüfen und die Eigenverantwortung schrittweise übernehmen

8. 2 Schulungsablauf nach dem Konzept der Mikroschulung

Der Schulungsablauf nach dem Konzept der Mikroschulung gliedert sich wie folgt:

- Vorwissen feststellen, Haltung erkennen
- Feststellen des Richtziels mit dem Patienten/Angehörigen
- Feststellen der Feinziele mit dem Patienten/Angehörigen
- Wissen ergänzen
- Anschauungsmaterial vorstellen und erklären
- Demonstration der jeweiligen Technik
- Übungen mit dem Adressaten durchführen
- Fragen beantworten
- Informationsmaterial aushändigen
- Überprüfung der Zielerreichung (Ergebnissicherung, ggf. mit Wissenscheck)
- Feedback zur Schulung/Atmosphäre (Patient und schulende Person)

Es kann notwendig sein, die Reihenfolge der Schulungssitzungen zu verändern, je nach Vorwissen müssen Teile ergänzt oder auch weggelassen werden. Wichtig ist jedoch immer die kleinschrittige Vorgehensweise (vgl. Abt-Zegelin A., 2008, s. 6)

8. 3 Dokumentation nach dem Konzept der Mikroschulung

Abschluss jeder Mikroschulung bildet die Dokumentation über:

- den bearbeiteten Schulungsinhalt
- den Zeitaufwand
- die Besonderheiten der individuellen Schulung
- den aktuellen Schulungsstand des Patienten/Angehörigen

Ziele der Dokumentation:

- Darstellung des individuellen Schulungsablaufs

- Transparenz für interne und fachübergreifende Beteiligte (zuständige Pflegende, behandelnder Arzt) aber auch für Bezugspersonen/Angehörige
- Qualitätssicherung
- Leistungsnachweis des Schulenden/Beratenden

(vgl. Abt-Zegelin A., 2008, s. 5-6)

Dokumentation der Mikroschulung/ Beispiel siehe auch Anhang 2-5

8. 4 Mikroschulung zum Thema: Selbstversorgung des Stomas

Die Einschulung eines Stomaträgers, sowie auch die Schulung des Patienten mit Diabetes waren nach meiner Recherche einer der ersten gezielt durchgeführten Patientenschulungen. In unserem Haus gab es schon 1981 eine eigene Pflegeperson, die ausschließlich mit der Einschulung von Patienten mit neu angelegtem Stoma betraut war. Damals gab es jedoch kein genaues Konzept für die Schulung und es wurde mit keinem Wort in unserer Pflegedokumentation erwähnt. Der Prozess der Schulung war nicht ergebnisgesichert, es gab keine ambulante Nachsorge, der Patient hatte keine Möglichkeit mehr im Krankenhaus weitere Information, Schulung und Beratung zu erhalten. Gerade weil die Schulung des Stomapatienten schon eine lange „Tradition“ hat gehört sie meiner Meinung nach unbedingt in das Konzept der Mikroschulung aufgenommen.

Im Netzwerk der Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V./Universität Witten/Herdecke soll eine „Tauschbörse“ entstehen. Etwa 30 pflegerelevante und häufige Themen eignen sich nach den ersten Einschätzungen für Mikroschulungen (vgl. Abt-Zegelin, Pflegezeitschrift des ÖGKV, 1/2006, Patienten- und Familienedukation in der Pflege, s.19-20)

9 Umsetzung

9. 1 Umsetzung/ Einsatz der Mikroschulung beim Stomaträger mit LKB

Die Umsetzung erfordert vorerst natürlich die Erstellung des Konzepts für die Mikroschulung der „Selbstversorgung des Stomas“ um sie für die Schulung von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen einsetzen zu können. Das Konzept bietet durch die Vordefinition der Themen der einzelnen Schulungseinheiten überhaupt Rücksicht auf kognitive Beeinträchtigungen zu nehmen. Am Ende jeder Schulungseinheit ist eine kleine „Prüfung“ zur Ergebnissicherung vorgesehen, danach wird entschieden ob dieses Thema wiederholt werden muss oder ob ev. andere Lernmaterialien einen besseren Erfolg versprechen. Die Dokumentation über den Ablauf der Schulungseinheit gibt die Möglichkeit der besseren Transparenz hinsichtlich einer ev. notwendigen Veränderung der Lernmaterialien, des

erhöhten Zeitaufwandes für diese Patienten und der Anzahl der notwendigen Mikroschulungen.

Die für mich logische Konsequenz aus der Literaturrecherche bzgl. Mikroschulungskonzept und Umgang mit Patienten mit LKB ist eine Adaption des Schulungs- und Beratungsstils.

Besonderheiten des Schulungsstils für Patienten mit LKB

- Einfache verbale Ausdrucksweise
- Selbstvertrauen und Motivation des Patienten durch Gespräche stärken
- Vermeidung von Zeitdruck und „Ablenkung“ (störungsfreie Schulungsumgebung)
- Kurze Gespräche , in denen nur kleine Informationsmengen vermittelt werden
- Kurze Schuleinheiten, in der nur ein Thema behandelt wird, wobei nach einer Informationsvermittlung unmittelbar eine dazu passende praktische Übung durchgeführt wird
- Vermeiden von zu langen Schulungspausen (1-2 Mikroschulungen täglich)
- Wiederholungen der Themen bis das Gelernte „sitzt“ und vom Patienten auch verbal erklärt werden kann
- Einfache Schulungsunterlagen (Kurzanleitung, kleiner Film, Bildmaterial), Einsatz von „Erinnerungshilfen“ (Listen, Kalender, Notizzettel)
- Maximal 2 Schulungspersonen die bei einem Patienten zum Einsatz kommen

Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung brauchen ein Hauptaugenmerk der Schulung auf praktische Fertigkeiten, die Wissensvermittlung soll unmittelbar mit der jeweiligen Fertigkeit verbunden sein.

Wechselnde Schulungspersonen und ein ständiger Wechsel des Schulungsortes (Bett, Badezimmer, Schulungsraum) müssen nach Möglichkeit vermieden werden da diese Patienten mit verminderter Umstellungsfähigkeit zu kämpfen haben.

Informationsmaterial soll kurz gehalten und einfach gestaltet, meiner Meinung nach auch unbedingt mit Bildmaterial versehen sein. Eine mehrseitige Informationsbroschüre, wie sie von vielen Herstellerfirmen von Stomaprodukten ausgegeben werden sind eher kontraproduktiv, weil sie eine große Bandbreite an Bildmaterial und Informationen bieten, die nicht speziell auf den Patienten zugeschnitten sind. Diese Broschüren sind oft „gut gemeint“, verwirren die Patienten in der Anfangsphase aber oft und machen vor allem große Angst vor Komplikationen.

Der Patient mit kognitiven Einschränkungen braucht eine „Kurzanleitung“ wie er den Wechsel der Versorgung in einzelnen Schritten durchführen soll, wie oft er den Wechsel durchführen soll und wann er sich professionelle Hilfe holen muss. Daraus erfolgt für mich

auch die Notwendigkeit einer engmaschigen Kontrolle des Stomas durch eine Fachpflegekraft. Dies kann im Rahmen der ambulanten Nachkontrolle oder auch durch die mobilen Dienste/ Hauskrankenpflege erfolgen. Bei dieser Gelegenheit kann die Wiederholung einer Mikroschulung, die schon im stationären Bereich stattgefunden hat, notwendig sein, es kann aber auch eine Mikroschulung zu einem Thema erfolgen die während des stationären Aufenthalts noch nicht möglich war (z.B weil der Patient mit der Menge des Schulungsinhalts überfordert war).

Die Anzahl der notwendigen Mikroschulungen muss höher angesetzt werden als bei Patienten die nicht unter Einschränkung von Konzentration und Gedächtnis leiden. Erfahrungsgemäß reichen 3-4 Schulungstermine bei guter kognitiver Leistung, der Bedarf steigt aber auf 7-10 Schulungen bei nur leichter kognitiver Beeinträchtigung. Da die Aufenthaltsdauer des Patienten im Akutkrankenhaus nicht verlängert werden soll, ist es notwendig, täglich mindestens eine Mikroschulung anzusetzen.

Daraus ergeben sich für mich die Rahmenbedingungen für die Umsetzung:

- Räumliche Gegebenheiten:
eigener Schulungsraum mit der nötigen Ausstattung: WC, Waschgelegenheit, bequeme Sitzgelegenheit für frisch operierte Patienten, angenehme und lernfördernde Umgebungsgestaltung bzgl. Einrichtung und Farbauswahl
- Übungsmaterial: Bereitstellung von Versorgungsprodukten zum Üben, ein „Übungsbauch“ aus Kunststoff, Stoma aus „Kunststoff“- wird dem Patienten an einer anderen Stelle des Bauches so angebracht, dass er den Wechsel öfter üben kann
- Möglichkeit des Einsatzes von Hilfsmedien: Kurzfilme über einzelne Schulungsthemen, Computer und Farbdrucker um ganz persönliches Schulungsmaterial (Kurzanleitung) für den Patienten herzustellen, Plakate um die Anatomie und Physiologie der Ausscheidungsorgane besser erklären zu können.
Lernmaterial aus der Pädagogik – z.B.Kärtchen mit Stomaversorgung als Bildgeschichte
- Bereitstellung von Zeitressourcen, da mehrere Mikroschulungen notwendig sind

9. 2 Schulung/ Mikroschulung – Grenzen der Umsetzung bei Patienten mit LKB

Rechtzeitig vor der geplanten Entlassung muss entschieden werden, ob die Schulungsmaßnahmen so weit erfolgreich waren, dass die selbständige Stomaversorgung dem Patienten zuzumuten ist. Besteht die Annahme, dass der Patient mit der selbständigen Versorgung seines Stomas noch nicht zurechtkommt oder überfordert ist, sollte der Einsatz

von Hilfskräften interdisziplinär besprochen und entschieden werden (schulende Pflegeperson, Pflegepersonen die den Patienten und seine Familiensituation kennen, Angehörige, behandelnder Arzt). Die Unterstützung bei der Versorgung kann durch einen Angehörigen, der sich dazu bereit erklärt, erfolgen. Es kann aber auch notwendig sein, dass der Einsatz der Hauskrankenpflege in Anspruch genommen werden muss, manchmal werden von den Angehörigen auch private Pflegepersonen organisiert. Pflegende Angehörige und private Pflegepersonen haben meiner Meinung nach ebenfalls das Recht auf Schulung in der Stomaversorgung durch eine Pflegeperson. Die Kollegen der Hauskrankenpflege sind aus meiner Erfahrung oft sehr erfolgreich, wenn sie die Schulung in der häuslichen Umgebung fortsetzen.

Bei sehr geringen Defiziten in der Selbständigkeit, d.h. wenn anzunehmen ist, dass 1-2 Schulungswiederholungen Erfolg versprechen, ist aus meiner Sicht auch die Wiederholung der Schulung ambulant möglich und sinnvoll. Dabei ist jedoch zu beachten, dass dem Patienten kein zu langer Anfahrtsweg oder schwierige Umstände (z.B. Notwendigkeit des Krankenbeförderungsdienstes) zuzumuten sind.

9. 3 Umsetzung des Konzepts der Mikroschulung im Bereich der Patientenschulung im AKH

Die „Patientenschulung für Stoma- und Kontinenz“ und die „Patientenschulung für Diabetes mellitus“ sind die einzigen Bereiche im AKH die von ihrer Bezeichnung her schon Aufschluss über ihren Tätigkeitsbereich geben. In unserem Haus werden aber viele Schulungen der Patienten zu unterschiedlichsten Themen von Pflegepersonen durchgeführt (z.B. subcutane Injektion, Verbandwechsel, Tracheostomapflege, Medikamenteneinnahme bei speziellen Krankheitsbildern, Peritonealdialyse, um nur einige zu nennen). Die Schulungen unterliegen aber derzeit keinem gemeinsamen Konzept. Das Konzept der Mikroschulung könnte die Grundlage werden, das Thema „Schulung der Stomaversorgung“ könnte das Startprojekt und Beispiel für die Umsetzung werden. Schulung nach einem gemeinsamen Grundkonzept erscheint mir deshalb so wichtig, weil es einerseits eine standardisierten Vorgehensweise dienlich ist, andererseits eine pflegewissenschaftliche Auswertung über die Effektivität von Schulung und Beratung ermöglicht.

Der Verlauf der Schulung bei Patienten mit Stomaneuanlage wird meines Wissens in den meisten Krankenhäusern der Stadt Wien überhaupt nicht dokumentiert sondern nur der Zustand des Stomas selbst und die Art der Versorgung mit Angabe der verwendeten Produkte. In unserer Patientenschulung wird der Verlauf der Schulung seit 2004 mittels eines Schulungsprotokolls zur „Selbstversorgung der..... (Ileostomie/Colostomie/Urostomie)“ dokumentiert (siehe Anhang 6 und 7)

Schulung und Beratung/ Patientenedukation wird von unserer Pflegedirektion als wichtige Aufgabe der Pflegenden gesehen, deshalb schätze ich den Zeitpunkt der Einführung eines einheitlichen Konzepts für Schulungen als günstig ein. Bei der Erstellung des Konzepts wird unser Bereich jedoch professionelle Hilfe brauchen, dabei könnte die bereits tätige Pflegeberaterin an der Chirurgie eine große Unterstützung sein. Die Einführung eines Stomabeauftragten aus dem Team jeder Station ist in manchen Häusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes schon umgesetzt und sollte auch in unserem Haus Standard werden. Sie würden helfen, die Wichtigkeit der Schulung des Patienten den Kollegen näher zu bringen, die Grenzen zwischen Schulung eines Patienten und Routineversorgung eines Stomas besser wahrzunehmen sowie die Bereitstellung der benötigten Versorgungsmaterialien zu sichern. Derzeit verbringen wir, als Mitarbeiter der Patientenschulung, einen zu großen Teil unserer Arbeitszeit mit Tätigkeiten, die nicht unmittelbar mit der Schulung eines Patienten zu tun haben. Der Einsatz von Stomabeauftragten würde meiner Meinung nach Zeitressourcen freimachen, die bei der Schulung und Beratung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen dringend benötigt werden. Patienten, die im Krankenhaus ihr Stoma bereits allein oder mit wenig Unterstützung selbst versorgen können, bedeuten auch Zeitersparnis für die Pflegekräfte der Station.

10 Zusammenfassung

Die demographische Entwicklung lässt annehmen, dass wir als Pflegepersonen vermehrt mit der Pflege von alten und hochbetagten Patienten im Krankenhausalltag konfrontiert werden. Ein signifikanter Teil dieser Menschen leiden an kognitiven Beeinträchtigungen von unterschiedlichem Ausmaß und auf Grund unterschiedlicher Ursachen.

Die wieder gewonnene Selbständigkeit eines Patienten ist ein anerkanntes Ziel der modernen Krankenpflege, erfordert jedoch Schulungs- und Beratungskompetenzen der Pflegepersonen und ein strukturiertes, gut an den Patienten adaptierbares Schulungs- und Beratungskonzept. Ältere Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen wie Merkfähigkeitsstörungen, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit bringen schlechtere Lernvoraussetzungen als ältere Menschen mit vergleichbar normalen kognitiven Leistungen. Der Schulungsstil und die Rahmenbedingungen müssen daher für diese Patienten adaptiert werden.

Die Pflegefrage, die ich in meiner Arbeit gestellt habe kann mit der von mir verwendeten Literatur nur indirekt mit einem „JA“ beantwortet werden. Die Selbständigkeit in der Stomaversorgung eines Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen kann nicht mit Sicherheit durch den Einsatz von Mikroschulungen erreicht werden, das Konzept der

Mikroschulung kann aber den Erfolg der Schulung wesentlich verbessern wenn es an den Patienten individuell adaptiert wird. Der Schulungserfolg wird messbar und kann dadurch pflegewissenschaftlich untersucht werden, Veränderungen und Verbesserungen bei der Schulung und Beratung können evidenzbasiert durchgeführt werden.

11 Schlussbetrachtung

Ich möchte in meiner Arbeit darstellen, dass Schulung und Beratung von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen einen erhöhten Zeitaufwand für die Pflegeperson, die die Schulung durchführt, bedeuten. Die Selbständigkeit des Patienten ist nicht mit Sicherheit zu erreichen, die Wahrscheinlichkeit des Erfolges steigt aber mit der Verbesserung der Struktur der Schulung, der Adaption des Schulungsstils, dem Einsatz von geeignetem Schulungsmaterial und Optimierung der Rahmenbedingungen. Den Umfang dieser Thematik habe ich am Beginn dieser Arbeit schwer unterschätzt, eine genauere Bearbeitung wäre nötig, hätte jedoch den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

Die Umsetzung des Konzeptes der Mikroschulung und der Einsatz dieses Konzeptes in meinem eigenen Arbeitsbereich, insbesondere bei Patienten mit LKB, sehe ich als Zukunftsvision. Das Thema „Schulung und Beratung des Stomaträgers“ im Rahmen des Konzeptes kann nach entsprechender Bearbeitung als Teil eines Schulungsnetzwerkes auch für andere Krankenhäuser und für die Schulung von Patienten im extramuralen Bereich zur Verfügung gestellt werden.

12 Literaturverzeichnis

Bücher:

Baumgartner L., 2003, Häusliche Pflege heute, Verlag Urban& Fischer München

Corr Donna M. und Corr Charles A., 1992, Gerontologische Pflege- Herausforderung in einer alternden Gesellschaft, Verlag Hans Huber Bern

Gohde J., Kruse A., Naegele G., 2008, Alter neu denken, Verlag Bertelsmann Stiftung

Herrmann M., Georg J.(Übersetzung aus dem Amerikanischen), 2005,
Nanda international- Nanda Pflegediagnosen, Verlag Hans Huber Bern

London F., 2003, Informieren, Schulen, Beraten , Verlag Hans Huber Bern

Sauter, Abderhalden, Needham, Wolff, 2006, Lehrbuch der Psychiatrischen Krankenpflege,
Verlag Hans Huber Bern

Stoll-Salzer E., Wiesinger G., 2005, Stomatherapie- Grundlagen und Praxis, Georg Thieme
Verlag, Stuttgart

Wörner T., Diplom-Soziologe, 2007, Leichte kognitive Beeinträchtigung (Mild cognitive
impairment) im Allgemeinen und als Altersphänomen, Studienarbeit, Grin- Verlag

Zaudig M., 1995, Demenz und leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter, Verlag Hans
Huber Bern

Internetadressen:

Abt-Zegelin A., 2008, Konzept zur Erstellung von „Mikroschulungen“ am Beispiel der „Subcutanen Injektion“, Netzwerk Patienten- und Familienedukation e.V./Universität Witten/Herdecke

http://www.patientenedukation.de/downloads/Mikroschulung_allgemein_sclnjektion_%202008.pdf, Zugriffsdatum 23.2.09

Abt-Zegelin A., Büker C., Gossens J., Risse G., 2002, Qualitätskriterien pflegebezogener Patienten- und Familienedukation, Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V., <http://www.patientenedukation.de/Archiv07.html>), Zugriffsdatum 23.2.09

Faust, V., Leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter, <http://psychiatrie-heute.net/psychiatrie/altersvergesslichkeit.html>, Datum unbekannt, Zugriffsdatum 23.2.09

Helseker H., Prof. Dr., Universität Paderborn, Vortragsunterlagen, Gesundheit und Alter, Datum unbekannt

http://dsg.uni-paderborn.de/fileadmin/evb/materialien/07_01_gesundheit_und_alter.pdf
Zugriffsdatum 23.2.09

Hermeneit, S., 2006, Krankheitsverlauf und Prädiktoren der „Mild Cognitive Impairment“, Dissertation zur Erlangung des Medizinischen Doktorates der Medizinischen Fakultät der Albert- Ludwigs- Universität Freiburg i. Br. <http://www.freidok.unifreiburg.de/volltexte/2951/>, Zugriffsdatum 23.2.09

Höpfinger F., Stuckelberger a., 1999, Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32, Bern

http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/nfp_resultate_nfp32_d.pdf, s. 38-39)

Hörwick, E., 2003, nach Lehr 2000, bfz-Bildungsforschung Lernen Ältere anders? Tagungsband zur Fachtagung der Akademie der 2. Lebenshälfte am 26. und 27. 08.2002, Potsdam), <http://www.aqua-nordbayern.de/aqua/download/02.pdf> s. 10
Zugriffsdatum 23.2.09

ICD 10 Code: Statistische Klassifikation und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, Version2.0, http://www.medaustria.at/f_icd10.html, Zugriffsdatum 23.2.08)

Link F., 2007, Dissertation zur Erlangung des Doktors der Medizin, Uni München , der Einfluss der Leichten kognitiven Beeinträchtigung auf Pflegebedürftigkeit, Heimeintritt und Mortalität, <http://mediatum2.ub.tum.de/node?id=621112>, Zugriffsdatum 12.3.09

Lutz, W., 2008, Jg.5, Nr.2, Max-Planck-Institut für demographische Forschung, Demographische Forschung aus erster Hand, <http://www.demografische-forschung.org/archiv/defo0802.pdf>), Zugriffsdatum 23.2.09

Mayer K. C., 2009, Glossar Psychiatrie/ Psychosomatik/ Psychotherapie/ Neurologie/ Neuropsychologie, http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=34, Zugriffsdatum 4.3.2009

Statistik Austria, 2007, Bevölkerungswachstum wird von Alterung begleitet, http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/027289, Zugriffsdatum 9.3.09

Zeitschriften:

Abt-Zegelin, A., Zeitschrift: Die Schwester Der Pfleger, 45.Jg. 1/2006, Mikroschulungen

Abt-Zegelin, Pflegezeitschrift des ÖGKV, 1/2006, Patienten- und Familienedukation in der Pflege

13 Anhang

Anhang 1: Die häufigsten Stomaarten als inkontinente Harn- oder Stuhlableitungen (die kontinenten Harnableitungen und Ernährungstomata bleiben hier unberücksichtigt)

Art des Stomas und Anlage	Indikation	Lokalisation	Ausscheidung	Frequenz der Ausscheidung
Ileostomie = Stomanalage im Dünndarm ➤ 2-3 cm über Hautniveau	temporär oder permanent angelegt: ➤ Anastomosenschutz ➤ Fam.Polyposis ➤ Morbus Crohn ➤ Colitis ulcerosa	im rechten oder linken Mittelbauch	Stuhl flüssig bis dünnbreiig sehr aggressiv gegen Hautumgebung	anfangs 1000- 3000ml täglich, über den Tag verteilt, später 500-750ml täglich, über den Tag verteilt
Transversostomie =Stomaanlage im Colon transversum ➤ 0,5 cm über Hautniveau	temporär oder permanent: ➤ Karzinom ➤ Divertikulose ➤ Ileus ➤ Strahlenschäden ➤ Tiefsitzender Ileus ➤ Verletzungen ➤ Anastomosenschutz	im rechten oder linken Oberbauch	Stuhl dickbreiig bis geformt Stuhl teilweise aggressiv gegen Hautumgebung	3-4-mal täglich
Sigmacolostomie =Stomaanlage im Colon sigmoideum ➤ im Hautniveau oder 0,5 cm über Hautniveau	temporär oder permanent angelegt: ➤ tiefsitzendes Rectumkarzinom ➤ rektale oder rektovaginale Fisteln ➤ Stuhlinkontinenz	Im linken Mittel- oder Unterbauch	Stuhl dickbreiig bis geformt Stuhl wenig bis gar nicht aggressiv gegen Hautumgebung	1-3-mal täglich
Urostomie als -Ileumconduit oder -Colonconduit =Stomanlage als Harnableitung aus einem Stück Dünn- oder Dickdarm ➤ 0,5 bis 2 cm über Hautniveau	permanent angelegt: ➤ Blasenkarzinom ➤ Genitalkarzinome ➤ Strahlenschäden ➤ Schrumpfblase ➤ neurogene Blase ➤ Verletzungen	im rechten oder linken Mittelbauch oder Unterbauch	Harn - meist wenig aggressiv, Hautschutz der Versorgung wird jedoch durch Nässe schnell aufgebraucht	permanent, je nach Trinkmenge

Anhang 2: Einschätzungs- und Dokumentationsbogen, Konzept der Mikroschulung

(für s.c. Injektionen verwendet)

http://www.patientenedukation.de/downloads/Mikroschulung_allgemein_sclnjektion_%202008.pdf

Konzept zur Erstellung von „Mikroschulungen“ am Beispiel der „subkutanen Injektion“
© Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V./Universität Witten Herdecke

Einschätzungs- und Dokumentationsbogen

<u>Patient / Angehöriger:</u>		<u>Anleitender:</u>		<u>Datum:</u>					
<u>Alter:</u>	<u>Beruf:</u>	<u>Relevante körperliche Einschränkungen:</u>							
<u>Praktische/Technische Veranlagung:</u>	<u>Technisches Verständnis:</u>	<u>Vorkenntnisse / Erfahrungen</u>							
<u>Lerneigenschaften:</u>		<u>Bemerkung:</u>							
	gut	mittel	gering						
Lernmotivation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Aufnahmefähigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Beobachtungsfähigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Wahrnehmungsfähigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<u>Angste und zu erwartende Probleme:</u>		<u>Einbeziehung von Angehörigen:</u>							
<u>Orientierungsgespräch zur Einschätzung des Schulungsbedarfs</u>				<u>Datum:</u>					
Schulungsmaterial ausgewählt und Zusammengestellt <input type="checkbox"/>		Schulungstermin(e) abgesprochen: -----							
Schulungsinhalte	Besonderheiten	Dauer	Datum	Stufe*					
				1	2	3	4	5	

*1=Inhalt; 2= zeigen/erklären; 3= unter Anleitung durchführen; 4. Inhalte werden reproduziert; 5= selbständige korrekte Durchführung

Anhang 3: Einschätzungs- und Dokumentationsbogen, Konzept der Mikroschulung
(für s.c. Injektionen verwendet), **Beispiel**

http://www.patientenedukation.de/downloads/Mikroschulung_allgemein_sclnjektion_%202008.pdf

Konzept zur Erstellung von „Mikroschulungen“ am Beispiel der „subkutanen Injektion“
© Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V./Universität Witten Herdecke

Einschätzungsbogen (Beispiel)

<u>Patient / Angehöriger:</u> <i>Hr. Müller</i>		<u>Anleitender:</u> <i>KS: Frau Schmitz</i>	<u>Datum:</u> <i>07.01.05</i>
<u>Alter:</u> <i>67 Jahre</i>	<u>Beruf:</u> <i>Rentner (Bautischler)</i>	<u>Hobbys/gesellschaftliche Aktivitäten:</u> <i>Sitzt gerne auf dem Balkon, „bin gerne alleine“</i>	
<u>Praktische Veranlagung:</u> <i>(hier unwichtig)</i>	<u>Technisches Verständnis:</u> <i>(hier unwichtig)</i>	<u>Relevante körperliche Einschränkungen:</u> <i>Fein- bis mittelschlägiger Tremor</i>	
<u>Lernmotivation:</u> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gering <input checked="" type="checkbox"/>	<u>Lerneigenschaften:</u>		
<u>Bemerkung:</u> <i>Scheint sich voll auf Ehefrau zu verlassen; „Kann ich ja eh nicht selber machen“;</i>	Aufnahmefähigkeit:	gut <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/>
	Beobachtungsfähigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Wahrnehmungsfähigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<u>Bemerkung:</u> <i>eingeschränktes Assoziationsvermögen!</i>		
<u>Aktives soziales Umfeld:</u> Freundeskreis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Verwandtschaft: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <u>Bemerkung:</u>	<u>Einbeziehung von Angehörigen:</u> <u>Wer?:</u> <i>Ehefrau; wird geschult, übernimmt das Spritzen</i>		
<u>Ängste und zu erwartende Probleme:</u> <i>Abhängigkeit von Ehefrau wird noch größer</i>	<u>Vorkenntnisse / Erfahrungen</u> <i>(hier unwichtig)</i>		
<u>Weitere Informationen:</u> <i>Pat und Ehefrau möchten beide, dass sie die Spritzen unabhängig von dritten Personen durchführen können. Ehemann wird bei den Schulungen anwesend sein.</i>			

Anhang 5: Schulungsinhalte, Beispiel s.c. Injektionen, Konzept der Mikroschulung
http://www.patientenedukation.de/downloads/Mikroschulung_allgemein_sclnjektion_%202008.pdf

Konzept zur Erstellung von „Mikroschulungen“ am Beispiel der „subkutanen Injektion“
© Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V./Universität Witten Herdecke

Schulungsinhalte

- Sie wissen, weshalb Sie die subkutane Injektion durchführen müssen und was diese bewirken soll.
- Sie kennen die notwendigen hygienischen Maßnahmen und können diese anwenden.
- Sie kennen die betreffenden Injektionsstellen (Einstichstellen) und wissen, dass Sie täglich wechseln müssen. Dazu erhalten Sie eine Übersicht über die Injektionsstellen.
- Sie können die Spritze/den Pen vorbereiten.
- Sie trauen sich die Injektion in der häuslichen Situation zu und können diese durchführen (Kennen die „2-Finger-Technik“).
- Sie wissen, wie Sie das Spritzenmaterial fachgerecht entsorgen können.
- Sie wissen, dass die Einhaltung der regelmäßigen Uhrzeit des Spritzens notwendig ist, um einen ausreichenden Medikamentenspiegel zu erreichen.
- Sie kennen die Nebenwirkungen und mögliche Besonderheiten, die im Verlauf der Behandlung auftreten können.
- Sie wissen, an wen Sie sich beim Auftreten von möglichen Besonderheiten wenden können.
- Sie wissen, wie Sie „daheim“ und „unterwegs“/auf Reisen Ihr Medikament aufbewahren
-
-

(*Platz für individuelle Formulierungen, die für den Patienten/Angehörigen wichtig sind)

Pflegediagnosen nach Nanda:

- Urinausscheidung verändert (1.3.2.)
- Stuhlinkontinenz (1.3.1.3.)
- Selbstfürsorgedefizit Ausscheiden (6.5.4.)
- Hautdefekt, hohes Risiko (1.6.2.1.2.2.)
- Hautdefekt, bestehend (1.6.2.1.2.1.)
- Gewebeschädigung (1.6.2.1.)

Patientenetikette

- Ressourcen:**
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> mobil selbst. | <input type="checkbox"/> tlw. selbst. | <input type="checkbox"/> pflegebedürftig |
| Hören: <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Hörgerät |
| Sehen: <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Brille |

Pflegeziel:

- Selbstversorgung des Stomas
- Versorgung des Stomas durch eine Bezugsperson
- Die parastomale Haut bleibt intakt
- Förderung der Wundheilung nach den geltenden Richtlinien
-

Teilpflegeziel erreicht,	Datum HZ						
Pat. erkennt Notwendigkeit, will erlernen							
Pat. beobachtet Schritte des Vers.wechsels							
Entleeren d. Ausstreifbeutel	H (Hilfe) – S (Selbst)						
Beuteltausch	H (Hilfe) – S (Selbst)						
Lösen der Versorgung	H (Hilfe) – S (Selbst)						
Stomareinigung	H (Hilfe) - S (Selbst)						
Anbringen Platte/ Einteiler	H (Hilfe) - S (Selbst)						
Fixation neuer Beutel (2Teiler)	H (Hilfe) - S (Selbst)						
An- und Abschließen des Nachtbeutels	H (Hilfe) - S (Selbst)						
Verwendung von Zusatzartikel gezeigt							
Paste .	H (Hilfe) - S (Selbst)						
Ausgleichsringe:	H (Hilfe) - S (Selbst)						
Modellierstreifen:	H (Hilfe) - S (Selbst)						
Gürtel:	H (Hilfe) - S (Selbst)						
Vorbereitung d. Utensilien f. Wechsel selbst							
Beratungs-/ Entlastungsgespräch							
Pat. lehnt Selbstversorgung ab => Schulung abgebrochen							