

Nephrologischer Pflegepreis 2003

Helga Fichtinger, Weiterbildungsstätte Traunstein.
„Schulungsprogramme für niereninsuffiziente Patienten – dringender Handlungsbedarf oder Zeitverschwendung?“

Kurzfassung der Arbeit:

Die Schulungsprogramme finden in Form von Gruppenveranstaltungen je nach Bedarf circa zwei Mal im Jahr statt. Angesprochen sind Patienten und deren Angehörige, die in einem halben bis einem Jahr mit dem Beginn der Dialyse rechnen müssen. Veranstalter ist das nephrologische Team.

Folgende Überlegungen sollten die betroffenen Patienten, das nephrologische Team und nicht zuletzt die Kostenträger (z.B. die Krankenkassen) von Sinn und Zweck einer solchen Initiative überzeugen.

Diese Art von Schulungsprogrammen können dazu beitragen, das herrschende Ungleichgewicht zugunsten der Zentrumsdialyse durch gezielte Information abzuschwächen. Die einzelnen Teilnehmer erkennen für sich die Vorteile und entscheiden sich im Falle der Dialysepflichtigkeit für eines der Heimverfahren. Der volkswirtschaftliche Nutzen reduzierter Personal-, Material- und Transportkosten spielt mehr denn je eine gewichtige Rolle.

Anliegen einer jeden Dialyseeinrichtung ist die medizinisch und pflegerisch sichere Versorgung, Patientenzufriedenheit mit Recht auf Selbstbestimmung und fachkompetente Begleitung. Um diese Ergebnisqualität zu sichern, müssen strukturelle Voraussetzungen - wie persönliche Energie, Raum, Zeit und Material - laufend verbessert werden (Strukturqualität). Das Einrichten von Schulungsprogrammen ist eine der Maßnahmen, um das gesteckte Ziel zu erreichen (Prozessqualität).

Immer wieder fallen Patienten auf, die mit Eintritt in das chronische Dialyseprogramm keinen funktionstüchtigen Zugang aufzuweisen haben. Derjenige, der an einer chronischen Nierenerkrankung leidet, muß in der Bedeutung einer frühzeitigen Hämodialysefistel- bzw. Peritonealdialysekatheter-Anlage intensiv unterrichtet werden. Ein langer, kostenintensiver stationärer Aufenthalt wird somit vermieden und geplantes Handeln löst Krisenmanagement ab.

Die zusammenfassende Stellenbeschreibung der EDTNA/AfnP für nephrologisches Pflegepersonal spricht für sich. Der Patient und seine Angehörigen werden durch Informationen, Beratung und psychosoziale Betreuung auf die unterschiedlichen verfügbaren Behandlungsverfahren vorbereitet.

Die Einbeziehung der Patienten in die Behandlung und somit eine Steigerung der Eigenverantwortung hat weitreichende Auswirkungen auf Krankheitsbewältigung, Morbidität und Mortalität. Patienten und Angehörige sollen zur Bewältigung der schwierigen Lebenssituation jede nur mögliche Unterstützung erfahren. Das bedeutet, dass sie von der Fachpflegekraft Kontaktadressen von Ansprechpartnern und Hilfsorganisationen erhalten.

Einen weiteren Grund für die Umsetzung der Patientenschulung geben die Pflegekassen im

Pflegeversicherungsgesetz vom 26.05.1994 selber vor. §5 bestimmt den Vorrang von Prävention und Rehabilitation, §6 beschreibt, dass „die Versicherten ... durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung ... dazu beitragen sollen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“. §7

legt fest, dass die Pflegekassen „... auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken“ haben.

Mein Fazit: Mit der Diagnose präterminale Niereninsuffizienz gerät der betroffene Mensch in eine Lebenskrise. Er muß eine u.U. lebensbedrohliche Erkrankung bewältigen. Es ist Aufgabe der nephrologischen Pflegekraft, ihn rechtzeitig und fachkundig von Beginn an zu begleiten. Zudem sind sie Merkmal der Qualitätssicherung in der Nephrologie, werden vom Gesetzgeber gefordert und erlangen in Zeiten begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen mehr und mehr an Bedeutung.

Prädialytische Schulungsprogramme in der zu Beginn genannten Form sind mitnichten reine Zeitverschwendung, sondern stellen unter diesen Voraussetzungen eine absolute Notwendigkeit dar und zwingen uns jetzt zum Handeln.

Doris Pfaller, Weiterbildungsstätte Traunstein
„Ernährungsberatung in der Hämodialyse“

Kurzfassung der Arbeit

„Essen und Trinken“ stellt nach Nancy Roper eine Aktivität des täglichen Lebens dar. Oftmals ist bei Hämodialysepatienten eine Malnutrition zu beobachten. Es gestaltet sich meist schwierig, z. B. die Phosphateinschränkungen mit dem erhöhten Bedarf an Eiweiß oder unter den Gesichtspunkten einer Ernährung bei Diabetes mellitus einzuhalten.

Generell kann in der Ernährungsberatung zwischen einem Informationsgespräch und einem Beratungsgespräch unterschieden werden. [1]

Die Festlegung von Lernzielen (Nahziel / Fernziel) ist hilfreich. [2]

Die sechs Phasen des Pflegeprozesses nach Fichter und Mayr (Information; Probleme / Ressourcen; Ziele; Maßnahmen; Durchführung; Kontrolle) bzw. die Krisenverarbeitung in Anlehnung an „Die Phasen des Sterbens“ nach Elisabeth Kübler-Ross lassen sich auch auf die Ernährungsberatung übertragen. [3;4]

Die Zuhilfenahme von Lebensmittelattracten, dem Ernährungsprotokoll-/ anamnese oder eines PC-Auswertungsprogramms können dem Beratenden als Unterstützung im Gespräch mit dem Patienten dienen. Da die Lebensqualität des Patienten von einer guten Ernährungsberatung abhängt, ist eine professionelle Beratung und Betreuung besonders wichtig.

Quellennachweis:

1 = „Erfolgreich Beraten“; Dieter Dommann; VdE, Frankfurt 1987; Seite 6

2 = Ernährungsseminare für Dialysefachkräfte; nephrol. Weiterbildungsstätte Ulm

3 = „Pflege heute“; 1. Auflage 1997; Seite 30

4 = Ernährungsseminare für Dialysefachpersonal; „Lust auf Lecker“ – Ernährungsfreiräume für Dialysepatienten; Gutzmann Elisabeth; Wolfsburg

Der Weiterbildungskurs 2001/2003, Weiterbildungsstätte Traunstein
„Wir denken, die Strickleiterpunktion ist die beste Shuntpunktionstechnik“

Kurzfassung der Arbeit:

Forschungsarbeit der Fachweiterbildung f. nephrologisches Pflegepersonal Traunstein 01/03 zum Thema „Wir denken, die Strickleiterpunktion ist die beste Shuntpunktionsmethode“.

Erfahrungsgemäss kann man beobachten, dass bei konsequenter Anwendung der „Strickleiter – Punktion“ als Shuntpunktions – Methode, dies auf die Lebensdauer eines Shunts eine günstige und förderliche Auswirkung hat.

Im heutigen Dialysealltag aber sind aneurysmatische Shunts mit allen dazugehörigen oder folgenden Konsequenzen (Stenosen, Thrombosen, Revisionen, u.ä.) an der Tagesordnung.

Deshalb stellten wir, der Fachweiterbildungskurs f. nephrolog. Pflegepersonal Traunstein, 01/03, folgende These für unsere Projektarbeit auf:

„ Wir denken, die Strickleiterpunktion ist die beste Shuntpunktionsmethode!“

Als Ziel hatten wir uns gesetzt, Faktoren zu erforschen , die einerseits vom Personal, andererseits vom Patienten her in unsere Arbeit einfließen und bewirken, dass die von uns propagierte Methode

- a) angewandt wird
- b) nicht angewandt wird.

Als Hauptinstrument , bzw. Methode der Datenerhebung diente ein Fragebogen für Dialysepersonal und ein gesonderter für Dialysepatienten, der im vierzehnköpfigen Plenum unserer Projektgruppe ausgearbeitet wurde.

Jedes Projektmitglied hatte die Aufgabe, in seinem Heimdialyse-Zentrum so viele Fragebögen wie möglich an den Kollegen, bzw. Patienten zu bringen.

Die Befragung wurde vom Verwaltungsleiter und leitenden Arzt des jeweiligen Zentrums abgesehnet und verlief anonym.

Der Rücklauf versprach bereits viel: 80% von 616 ausgegebenen Patienten – Fragebögen und 76% von 208 ausgegebenen Personal – Fragebögen!

Nach Auszählung der Befragungsergebnisse per Hand –wiederum im Plenum– wurden jene computergestützt, prozentual gesichert.

Ein zentrales Ergebnis dieser - doch recht umfangreichen- Umfrage beim Dialysepersonal brachte zum Vorschein, dass – obwohl über 90% einen Shunt vor der Punktion „ unter die Lupe nehmen“ und etwa gleich viele die längstmögliche Erhaltung des Shunts zum Pflegeziel haben- beängstigend viel Personal von Shuntlage, Zeitdruck, Arbeitsplatzangebot , o.ä. negativ beeinflusst wird und die „Strickleiterpunktion“ unterlässt.

Erschreckendes Hauptergebniss der Patienten – Umfrage war, dass 66% aller befragten Patienten nie über unterschiedliche Punktionsmethoden aufgeklärt wurden und somit 63% nichts mit dem Begriff „Strickleiterpunktion“ anzufangen wussten.

Fazit: Wir dürfen die Schuld für diese pflegerischen „Missstände“ nicht bei anderen suchen , sondern müssen uns selbst an der Nase fassen und uns verstärkt der Verantwortung bewusst werden, die wir gegenüber unserer Arbeit am Patienten, aber auch gegenüber unseren neu anzuleitenden – Kollegen haben.

Unsere Arbeit muss täglich aufs neue geprüft werden. Trotz finanzieller Einsparungen und einer stetig wachsenden Patientengruppe dürfen wir der Gleichgültigkeit keine Chance geben, sich in unserer Arbeit breit zu machen. Wir müssen uns fortbilden, uns somit essentielles Basiswissen aneignen und dieses wiederum weitergeben. Doch vor allem müssen wir uns gegenseitig fordern und fördern und nicht vergessen, uns gegenseitig Anerkennung auszusprechen.