



DESG Teaching Letter

3

SELBSTKONTROLLE

Der Zweck der Selbstkontrolle ist es, den Diabetiker und seine Familie aktiv an seiner Behandlung zu beteiligen und festzustellen, ob die angestrebten Therapieziele erreicht wurden. Unter «angestrebten Therapiezielen» versteht man diejenigen Ziele, die der Arzt und sein Patient für wünschenswert, durchführbar und vom medizinischen Standpunkt her akzeptierbar halten. Die Kontrolle des jungen Diabetikers obliegt zunächst seinen Eltern, aber sie wird nach und nach dem Kind selbst übertragen, und zwar so früh wie möglich.

Die Bedeutung der Blutzuckerselbstkontrolle (BSK) läßt sich kaum leugnen. Die Selbstkontrolle ist nicht nur ein Teil der Diabetesbehandlung, sondern auch eine einzigartige Gelegenheit, die Kommunikation zwischen Arzt und Patient hinsichtlich der täglichen Probleme mit dem Diabetes zu verbessern.

Festlegung der Ziele der Selbstkontrolle

Bei manchen Patienten, z.B. bei älteren Diabetikern, beschränkt sich die BSK auf eine einfache Überwachung der Symptome und der Gewichtsveränderung, während bei anderen zahlreiche tägliche Blutzuckermessungen erforderlich sein können. Um dies an Extremfällen zu veranschaulichen: alles, was man von einem 80jährigen Patienten mit unkompliziertem Diabetes verlangen kann, ist wahrscheinlich, daß er weiß, daß Durst, Polyurie und Pruritus auf einen Glukoseanstieg im Blut und im Harn hinweisen und daß er in diesem Fall einen Arzt aufsuchen sollte, während eine junge Diabetikerin, die eine Schwangerschaft beabsichtigt, mindestens vier Blutzuckermessungen täglich vornehmen muß. Beim erstgenannten Patienten liegt das Therapieziel darin, das Auftreten von Symptomen zu vermeiden, während es bei der Patientin darin liegt, eine Schwangerschaft ohne die Gefahr einer Fehlgeburt und ohne Komplikationen für Mutter und Kind zu gewährleisten.

Selbst das einfachste Selbstkontrollprogramm setzt voraus, daß es der Patient akzeptiert, entsprechend ausgebildet wird und aktiv mitmacht. Das Sammeln und Aufzeichnen von Daten, anhand derer der Patient und/oder der Arzt das Therapieprogramm anpassen kann, sind bei allen Diabetesformen gleich. Diese aktive Mitwirkung des Patienten und des Arztes (oder der Krankenschwester und der Diätassistentin) gestattet eine möglichst geringe Auswirkung des Diabetes auf das tägliche Leben des Patienten.

Zu jedem Selbstkontrollprogramm gehört, daß der Patient Anweisungen erhält und sich gewisse Kenntnisse aneignet. Er muß motiviert werden, indem ihm immer wieder die Vorteile einer guten Selbstkontrolle vor Augen geführt werden, selbst wenn das eine undankbare

Aufgabe ist. Man kann diese Situation mit einer teuren Versicherungsprämie vergleichen, die jedoch aktuelle Sicherheit und spätere materielle Vorteile bietet.

Lernprogramm

Ziel dieses Lernprogramms ist es, sicherzustellen, daß der Patient folgende Dinge beherrscht:

- **Auf eine Hypoglykämie oder Hyperglykämie reagieren**

Erkennung und Interpretation der wichtigsten Anzeichen und Symptome der Hypoglykämie; Notieren der Uhrzeit und der jeweiligen Umstände, damit die Ursache leichter zu identifizieren ist und Rezidive verhindert werden können.

Kenntnis der Alarmzeichen, bei denen ein Arzt aufgesucht werden muß: Durst, Polyurie, Pruritus und andere Anzeichen für eine Verschlechterung der Blutzuckereinstellung.

- **Körperliche Untersuchung**

Untersuchung der Füße, um Verletzungen gleich zu Beginn festzustellen; Aufzeichnung der Gewichtsveränderungen.

- **Blutzuckermessungen**

Blutzuckermessung und Aufzeichnung der Ergebnisse in einem Heft, das zu jeder Untersuchung im Krankenhaus mitgebracht wird.

- **Harnuntersuchungen**

Suche nach Blutzucker und Ketonkörpern sowie Auswertung der Ergebnisse in Abhängigkeit von der Nierenschwelle.



Die Wahl eines Selbstkontrollprogramms ist von fünf Hauptfaktoren abhängig:

- Diabetestyp
- Therapiemodalitäten
- Intensität der Kontrolle, die notwendig ist, um die gesteckten Therapieziele zu erreichen
- Wunsch des Patienten nach Mitwirkung und Verantwortlichkeitsgrad
- Verfügbarkeit materieller Mittel

Der Patient sollte aufgefordert werden, alle seine Vorbehalte gegenüber der Selbstkontrolle zu äußern, so daß diese vom Diabetesteam berücksichtigt werden können, wenn es ihm die kurz- und langfristigen Vorteile der durch die Selbstkontrolle ermöglichten größeren Autonomie erklärt.

Vorausgesetzt, daß sie zur Verfügung stehen, werden die im vorliegenden Brief dargelegten Richtlinien empfohlen. Natürlich kann es Alternativen geben, die eventuell den verschiedenen Zentren besser angepaßt sind.

Es muß den Patienten erklärt werden, daß alle Untersuchungsmethoden und Auswertungen Fehlerquellen beinhalten können.

◆ **BLUT**

- Technischer Fehler (meistens)
- Abgelaufene oder falsch gelagerte Teststreifen
- Defektes Glukosimeter
- Schlechte Sehkraft

◆ **HARN**

- Technischer Fehler
- Veränderung der Nierenschwelle
- Defektes Glukosimeter
- Schlechte Sehkraft

Schulung der Patienten in der Selbstkontrolle

Ziel des Schulungsprogramms ist die einwandfreie Durchführung und präzise Auswertung der Untersuchungen durch den Patienten selbst. Diese Untersuchungen müssen unter Aufsicht einer Krankenschwester oder eines Arztes erfolgen, bis der Patient die notwendigen Kenntnisse erworben hat, um sie selbst vorzunehmen. Das Schulungsprogramm muß der Lernfähigkeit des Patienten angepaßt sein, und der Patient muß dazu motiviert werden, seine Selbstkontrolle ständig zu verbessern.

Man muß dem Patienten die Möglichkeit lassen, Fehler zu machen, damit er sich seiner Irrtümer bewußt wird. Das Pflegepersonal neigt dazu, zu schnell einzugreifen, um Fehler zu korrigieren. Es muß versuchen, sich

zurückzuhalten und dem Patienten danach dabei zu helfen, selbst herauszufinden, was nicht funktioniert hat. Nur unter dieser Voraussetzung können die Patienten lernen, die Selbstkontrolle richtig auszuführen.

Die Kenntnisse müssen in regelmäßigen Zeitabständen überprüft werden. Man kann die Patienten bitten, die benutzten Teststreifen vorzuzeigen, wenn sie zur Untersuchung ins Krankenhaus kommen, um zu überprüfen, ob sie eine ausreichende Menge Blut verwendet und die Teststreifen vollständig abgespült haben.

Wann immer es möglich ist, sollten die Patienten lernen, ihre Behandlung aufgrund der Testergebnisse zu verändern, wobei der Nachdruck vor allem auf folgende Punkte gelegt werden sollte :

• **Deduktive Schlußfolgerung**

Ein kompetenter Patient, dessen Diabetes normalerweise lediglich durch Diät gut eingestellt ist, stellt den Zusammenhang her zwischen einer positiven Harnuntersuchung vor dem Schlafengehen und einer zweiten Portion Nachtisch beim Abendessen.

• **Erkennung von Anomalien in Verbindung mit der Lebensweise**

Ein Briefträger, der die Post zu Fuß austrägt und bei dem die Insulintherapie vor kurzem begonnen hat. Seine Blutzuckerwerte sind die Woche über ausgezeichnet, aber an den Wochenenden zu hoch. Er schließt daraus, daß er seine morgendliche Insulindosis am Wochenende erhöhen muß.

• **Problemlösung**

Eine Journalistin reist von Mailand nach New York. Ihr Tag dauert sechs Stunden länger als sonst; sie überprüft daher ihren Blutzucker und injiziert vor dem zweiten Abendessen des Tages (20^h New Yorker Zeit) ein Insulin mit Kurzzeitwirkung.

Die Problemlösung kann individuell oder in Gruppen behandelt werden, wobei die Erfahrung durch Beispiele aus dem wirklichen Leben bereichert werden sollte. Man kann an die Gruppe Fotokopien der Heftseiten eines Patienten von der vorhergehenden Woche verteilen und diese als Diskussionsbasis verwenden. Die Gruppenarbeit kann auch nützlich sein, um den Patienten zu helfen, die Angst vor dem Stich in den Finger und vor der Entscheidungsfällung zu nehmen.

Verbesserung der Fähigkeit der Selbstkontrolle

Bei jeder Untersuchung im Krankenhaus muß der Arzt die Ergebnisse der Blutuntersuchungen analysieren und mit dem Patienten durchsprechen; dabei sollte er nicht

