

WEITERBILDUNGSLEHRGANG

**„BASALES UND MITTLERES
PFLEGEMANAGEMENT“**

02. Dezember 2013 bis 27. November 2014

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Implementierung einer Stomaambulanz im Bezirkskrankenhaus Lienz

vorgelegt von: Sabina Hofbauer
Bezirkskrankenhaus Lienz,
Unfallchirurgie Süd I

begutachtet von: Christina Fischer-Kienberger
Institut für medizinisch und chemische
Labordiagnostik und Qualitätssicherung,
LKH Villach

November/2014

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Sabina Hofbauer

Lienz, 07. November 2014

Kurzzusammenfassung

In der vorliegenden Abschlussarbeit wird die Implementierung einer Stomaambulanz für ein Bezirkskrankenhaus erarbeitet, welches noch über keinen expliziten Ambulanzbetrieb für Stomapatienten verfügt. Im ersten Teil der Arbeit werden die theoretischen Hintergründe der Stomatherapie anhand von aktueller Literatur beschrieben. Dazu gehören eine Begriffserklärung, die Bedeutung der Stomatherapie, die Phasen der Stomatherapie, ein Anforderungsprofil von Stomaberatern und die sozialen und ethischen Aspekte.

Um eine Stomatherapie erfolgreich implementieren zu können, wird die Frage gestellt, welche Faktoren dazu erforderlich und erfolgsversprechend sind. Es wird versucht, beginnend bei der Ausgangssituation bis hin zu den gesetzten Zielen, den erwarteten Nutzen, die Struktur- und Ergebnisqualität als einzelne Schritte zu definieren und zu beschreiben. Am Ende der Arbeit werden die Implementierung der Stomatherapie beschrieben und welche Maßnahmen für eine SOLL-Situation erforderlich sind.

Inhaltsverzeichnis

0 VORWORT	7
1 EINLEITUNG	9
2 VORSTELLUNG DES BEZIRKSKRANKENHAUSES LIENZ	11
3 ALLGEMEINES ZUR STOMATHERAPIE	12
3.1 Begriffserklärung	12
3.2 Was bedeutet Stomatherapie?	13
3.3 Phasen der Stomatherapie	13
3.3.1 Aufgaben in der präoperativen Phase	13
3.3.2 Aufgaben in der postoperativen Phase	14
3.3.3 Aufgaben in der Rehabilitation.....	14
3.4 Anforderungsprofil eines Kontinenz- und Stomaberaters	14
3.4.1 Persönliche Kompetenz	14
3.4.2 Fachliche Kompetenz	15
3.4.3 Sozialkompetenz	15
3.4.4 Methodenkompetenz	16
3.5 Soziale und ethische Aspekte der Stomatherapie	16
4 STOMATHERAPIE IM BEZIRKSKRANKENHAUS LIENZ	17
4.1 Der PDCA Zyklus	17
4.2 Ausgangssituation	18
4.3 Die Patientenzielgruppen	19
4.4 Zielsetzung	20
4.4.1 Das Aufklärungsgespräch.....	20
4.4.2 Beratungsgespräch und Markierung.....	20

4.4.3	Postoperative Stomaversorgung.....	22
4.4.4	Anleitung zur Stomaversorgung.....	24
4.4.5	Entlassungsmanagement	25
4.4.6	Vorbereitung auf die Entlassung.....	26
4.5	Erwarteter Nutzen von strukturierten Prozessen	27
4.5.1	Strukturqualität.....	28
4.5.2	Räumlichkeiten	28
4.5.3	Stomaversorgungsartikel	28
4.5.4	Zeitfaktor.....	28
4.5.5	Fort- und Weiterbildung	29
4.6	Ergebnisqualität	30
5	DIE IMPLEMENTIERUNG.....	31
6	ZUSAMMENFASSENDER DARSTELLUNG.....	32
7	LITERATURVERZEICHNIS	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bezirkskrankenhaus Lienz	11
Abbildung 2: PDCA Zyklus.....	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Wesentliche Punkte bei der Positionierung des Stomas	21
Tabelle 2 Läsionen (L)	22
Tabelle 3 Topografie (T)	23
Tabelle 4 DET-Score	23
Tabelle 5 Pflegestandard	27
Tabelle 6 Berechnung des Zeitaufwandes.....	29

0 VORWORT

Das Bezirkskrankenhaus Lienz ist mit 372 Betten eines der größten Bezirkskrankenhäuser Tirols. Seit 2008 bin ich dort als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester beschäftigt. Im Mai 2012 habe ich die Leitung auf der Unfallchirurgischen Abteilung übernommen. Die Station verfügt über 38 Betten, wobei 8 Betten der Orthopädischen Abteilung zur Verfügung stehen.

Seit meiner Ausbildung 1997 habe ich in Bereichen mit dem Schwerpunkt Stomaversorgung gearbeitet und konnte mir viel Fachwissen aneignen. Die Zusatzausbildung zur Stoma- und Kontinenzberaterin habe ich noch nicht absolviert, bin jedoch bestrebt, diese Zusatzausbildung beim nächstmöglichen Weiterbildungslehrgang zu besuchen. Im Rahmen des Weiterbildungslehrganges „Basales und mittleres Pflegemanagement“ im Bildungszentrum der Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft (KABEG) in Klagenfurt habe ich ein Praktikum in der Allgemein Chirurgischen Ambulanz mit Stoma- und Kontinenzberatung im Landeskrankenhaus Innsbruck absolviert. Während dieses Praktikums wurde ich zu beratenden interdisziplinären Gesprächen unterschiedlicher Fachrichtungen und zur Anleitung von Stomaträgern hinzugezogen. Ich hatte auch die Möglichkeit, an vielen praxisbezogenen Fallbeispielen teilzunehmen und diese zu beobachten. Während des Praktikums wurde deutlich, wie wichtig eine ambulante Nachsorge der Stomapatienten ist. Aufgrund der enormen emotionalen Belastung vergessen Stomapatienten viel, und daher kommt es vermehrt zu Anwendungsfehlern und unter anderem zu Folgekomplikationen, die größer sind als nötig. Zudem verändern sich Stomas in den ersten postoperativen Tagen, wodurch häufig ein Versorgungswechsel notwendig werden kann. Die ambulante Nachsorge und die weitere häusliche Versorgung ist für Stomaträger von großer Bedeutung, ebenso die Einführung einer Selbsthilfegruppe.

Da zurzeit im Bezirkskrankenhaus Lienz keine Stomaambulanz geführt wird, wurde mein Interesse geweckt, Betroffene in dieser Situation zu beraten und zu begleiten. Seit Anfang 2014 versorge ich Patienten mit einer Stoma-Neuanlage und unterstütze Betroffene bei auftretenden oder bestehenden Problemen. Patienten berichten oft von großer Unsicherheit, Sorgen und Ängsten, die sich nach der Anlage des künstlichen Darmausganges ergeben. Die Betreuung und Beratung führe ich neben meiner Funktion als Stationsleitung durch. Weiters ist es im Sinne unseres Pflegedirektors, eine Stomaambulanz zu implementieren, da eine solche sowohl ein Qualitätsmerkmal darstellt,

als auch dadurch eine Abwanderung der Betroffenen vermieden wird. Derzeit ist allerdings noch kein ausgebildeter Stomaberater im BKH Lienz tätig.

Für mich ist es daher naheliegend, die Implementierung einer Stomaambulanz als Thema für meine Abschlussarbeit aufzugreifen.

Da die damit verbundenen Herausforderungen von mir alleine nicht zu bewerkstelligen sind, möchte ich mich besonders bei meiner Stellvertretung Frau Anita Edlinger für die Unterstützung im letzten Jahr bedanken. Ein weiterer großer Dank gilt meinem Lebensgefährten, der mich mit aufmunternden Worten immer wieder motiviert hat. Ich danke auch Frau Christina Fischer-Kienberger, die mich mit viel Geduld während dieser Arbeit begleitet und die mir mit wissenswerten Hinweisen geholfen hat. Abschließend möchte ich mich noch bei Herrn Markus Ofner, Stoma- und Kontinenzberater bei der Firma Dansac, für die fachliche Beratung und Unterstützung bedanken.

Für alle personenbezogenen Formulierungen in der Arbeit gilt die gewählte Form immer für beide Geschlechter.

Sabina Hofbauer

1 EINLEITUNG

Eine implementierte Stomaambulanz ist für Betroffene wichtig, um eine gewisse Selbständigkeit im Umgang mit Ihrer Stomaversorgung zu erreichen. Das Ziel einer Stomaambulanz ist die Verbesserung und Wiederherstellung der Lebensqualität sowie die Reintegration in das gewohnte Umfeld, beispielsweise in Beruf und Alltag. Es gibt dabei begünstigende und weniger günstige Persönlichkeitsstrukturen und soziale Umfelder, die in unterschiedlicher Form zur Rehabilitation beitragen können. Es ist wichtig, dass der Patient lernt, sein Stoma korrekt und sicher zu versorgen. Damit kann die Angst vor Leckagen, vor Geruchsentwicklung oder vor auftretenden Geräuschen reduziert werden und zugleich findet eine gute Rehabilitation statt. Der offene Umgang im Rahmen der Familie und/oder Partnerschaft wie auch die selbstständige Versorgung des Stomas sind Bewältigungsstrategien, die den Betroffenen helfen, wieder in den Alltag einzusteigen. Wichtig ist die Beratung für Betroffene sowie deren Angehörigen. Es wird davon ausgegangen, dass Betroffene und Angehörige nach den gleichen Prinzipien zu beraten sind (vgl. Hayder-Beichel 2012, S. 53).

Stomapatienten müssen sich mit der Grunderkrankung auseinandersetzen, aus welcher der künstliche Darmausgang resultiert. Es ist mir besonders wichtig, den Stomaträger gut zu versorgen, zu begleiten, zu unterstützen und ihm beratend zur Seite zu stehen – unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse (Anmerkung der Verfasserin).

Der Bereich der Nachsorge wird in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen, da sich die Verweildauer im Krankenhaus durch den Fortschritt der Medizin und Operationstechnik verkürzt – und damit auch die Zeit der klinischen Stomaversorgung. Angesichts dieser Herausforderung und im Sinne einer qualitativ hochwertigen Pflege und Beratung ist eine Zusammenführung der stationären und ambulanten Versorgungsstruktur durch ausgebildete Fachkräfte notwendig und wünschenswert (Anmerkung der Verfasserin).

„Die Rehabilitation der Stomaträger sollte daher vorzugsweise durch Pflegekräfte erfolgen, die die für ihre jeweilige Tätigkeit notwendigen fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten durch eine spezielle Weiterbildung als auch durch kontinuierliche Fortbildungsmaßnahmen und Praxiserfahrung erworben haben.“ (Gruber/Droste 2010, S. 10f)

Aufgrund von Überlegungen und bezugnehmend auf das Anliegen der kollegiale Krankenhausführung ergibt sich die Fragestellung: *„Welche Voraussetzungen und*

Faktoren sind erforderlich, um eine Stomaambulanz im Bezirkskrankenhaus Lienz zu implementieren?“

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit gestaltet sich so, dass im ersten Abschnitt allgemeine Aspekte der Stomatherapie erklärt werden und darauf eingegangen wird, welche Anforderungen an Pflegefachkräfte in Zusammenarbeit mit Stomaträgern gestellt werden. Die Anforderungen werden in 4 Kompetenzbereiche eingeteilt. Bei der Erarbeitung der sozialen und ethischen Aspekte werden Erhebungsinstrumente beschrieben, die hilfreich sein können und zur Findung der Selbstpflege beitragen. Im Hauptteil wird die IST-Situation beschrieben und welche Patienten zu betreuen sind. Es wird darauf eingegangen, welche Ziele zu verfolgen sind, um eine optimale Betreuung gewährleisten zu können. Dabei werden wesentliche Punkte, die in der Stomatherapie von Bedeutung sind, erarbeitet und näher erläutert, um eine Implementierung positiv zu beeinflussen.

Die Abschlussarbeit wurde durch Lesen, Zusammenfassen und Gegenüberstellen von unterschiedlichen Fachbüchern erarbeitet.

2 VORSTELLUNG DES BEZIRKSKRANKENHAUSES LIENZ

Das Bezirkskrankenhaus Lienz verfügt über 372 systemisierte Betten, beschäftigt rund 872 Mitarbeiter und gehört zu den größten Arbeitgebern in Osttirol. Es werden pro Jahr zirka 20.000 Patienten stationär aufgenommen und rund 52.000 ambulante Patienten betreut (vgl. www.kh-lienz.at).

Das Hauptaugenmerk liegt auf hoher Patientensicherheit und Ergebnisqualität. Oberstes Ziel ist es, der Bevölkerung ein Höchstmaß an medizinischer Versorgung bieten zu können (vgl. www.kh-lienz.at).

Die Chirurgische Abteilung umfasst 45 Betten – 35 davon in der Allgemeinklasse und 10 in der Sonderklasse –, sowie 4 tagesklinische Betten. Angeschlossen an die Chirurgie sind die Allgemeinchirurgische Ambulanz und das Sekretariat. Die Ambulanz verfügt über verschiedene Spezialambulanzen, welche an bestimmten Tagen durchgeführt werden (vgl. www.kh-lienz.at).

„Das Leistungsangebot umfasst das breite Spektrum der klassischen „Bauchchirurgie“ mit onkologischer Schwerpunktbildung, onkologisches Kompetenzzentrum (Operationen an Speiseröhre, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- und Mastdarm, Gallenblase und Gallenwegen, Leber, Bauchspeicheldrüse, Milz) bei allen planbaren Operationen, gut- und bösartigen Erkrankungen, aber auch bei akuten Erkrankungen und Bauchverletzungen.“ (<http://www.kh-lienz.at>). Wenn es möglich ist, werden die Eingriffe minimal invasiv („knopfloch-chirurgisch“) durchgeführt (vgl. <http://www.kh-lienz.at>).



Abbildung 1: Bezirkskrankenhaus Lienz
(www.dolomitenstadt.at)

3 ALLGEMEINES ZUR STOMATHERAPIE

Schon im Jahre 350 vor Christus wurde beschrieben, dass ein Ileus bei erfolgloser Behandlung zur Folge hatte, den Darm eines Patienten zu öffnen, den Darminhalt zu entfernen und die Wunde wieder zu verschließen. Paracelsus (1493-1541) betonte, dass bei Darmverletzungen die Kunstafferanlage gegenüber anderen Methoden vorzuziehen sei. Erst die Kolostomie-Operation 1793 von Duret bei einem Kind mit Analtresie war erfolgreich. Die Methode der doppelläufigen Kolostomie wurde zur Grundlage und ist auch heute noch bei der doppelläufigen Stomaanlage eine anzuwendende Technik. Die Chirurgen waren stets bestrebt, eine kontinente Lösung zu entwickeln (vgl. Esch 2005, S. 93ff).

3.1 Begriffserklärung

„Als Stoma oder Stomie (griech.: Mund, Öffnung) werden operativ angelegte offene Verbindungen zwischen einem inneren Hohlorgan und der äußeren Haut bezeichnet.“ (Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 29)

Der Begriff „Anus praeter naturalis“ wird oft als „Anus praeter“ abgekürzt. Der vorgezogene Schließmuskel ist für alle künstlichen Darmausgänge ein Sammelbegriff, wird aber in der heutigen Zeit nur mehr selten verwendet. Die Begriffe Kolostoma und Ileostoma sind vorzuziehen, da diese über die Lokalisation des ausgeleiteten Darmabschnittes keinen Aufschluss geben (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 29).

Darmstomata (Kolostoma, Ileostoma) und Urostomata sind die beiden Hauptbereiche in der Stomatherapie und führen Stuhl oder Urin ab (vgl. Esch 2005, S. 93).

Das Ziel jeder Stomaanlage ist es, den Abfluss von Stuhl- bzw. Urinausscheidungen zu gewährleisten. Die Operationstechniken haben sich deutlich verbessert, da mittlerweile manche Eingriffe endoskopisch durchgeführt werden können. Eine wesentliche Rolle spielen hier die Indikation und das Ausmaß, aber auch die Mobilität des Betroffenen. Die schnellere Heilung und Rehabilitation des Betroffenen sind dabei vorteilhaft (vgl. Esch 2005, S. 95f).

„Häufige Gründe für eine Darmstoma-Anlage sind: Deviation (Umleitung), Protektion (Schutz) und die Entfernung nachgeschalteter Darmabschnitte.“ (Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 29)

Kolostoma können endständig oder doppelläufig angelegt werden, je nach Indikation und Operationstechnik. Stomas werden nach ihrer Lokalisation unterschieden: Sigmoidostomie, Zökostomie, Transversum-Kolostomie und Deszendostomie (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 30f).

Wird der Dünndarm im rechten Unterbauch ausgeleitet, so wird das Stoma Ileostoma genannt, wobei es sehr häufig vorkommt, das Ileostoma doppelläufig als Schutzstoma anzulegen (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 33).

3.2 Was bedeutet Stomatherapie?

„Die Stomatherapie ist ein Fachgebiet der Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Krankenpflege. Ihre Aufgabe und Zielsetzung ist in erster Linie die physische, psychische und soziale Rehabilitation von Betroffenen mit Stomaanlage (künstliche Stuhl- oder Urinableitung). Dabei betrachtet sie den Menschen als Ganzes mit seinem Umfeld.“ (Esch 2005, S. 13)

Das Ziel einer Stomatherapie ist die Heilung: Symptome zu beseitigen oder zu lindern und die körperlichen oder psychischen Funktionen wiederherzustellen. Betroffene sind dabei in der Lage, ihre Lebenssituation selbständig zu organisieren und übernehmen für ihr Handeln Verantwortung. Um die neue Lebenssituation zu bewältigen, brauchen sie spezifische Hilfestellungen. Für eine adäquate Therapie ist der Beziehungsaufbau ein wesentlicher Faktor, denn das Vertrauen zwischen dem Therapeuten und dem Betroffenen verbindet. Der Therapeut wirkt direkt oder indirekt auf den Betroffenen ein, wobei die Möglichkeiten der Einwirkung vielfältig sind (vgl. Esch 2005, S. 14f).

3.3 Phasen der Stomatherapie

Die Stomatherapie wird in verschiedene Phasen eingeteilt. Jede dieser Phasen hat eine bestimmte spezifische Notwendigkeit im Behandlungsprozess (Anmerkung der Verfasserin).

3.3.1 Aufgaben in der präoperativen Phase

In der präoperativen Phase ist es notwendig, alle relevanten Informationen im Rahmen des präoperativen Gesprächs zu sammeln und die geplante Lokalisation der Stomaanlage zu markieren (vgl. Esch 2005, S. 18).

3.3.2 Aufgaben in der postoperativen Phase

In der postoperativen Phase ist von Bedeutung, das Stoma zu inspizieren, das Stoma zu pflegen, das Stomaversorgungsmaterial individuell anzupassen und die Betroffenen in der neuen Lebenssituation einführend zu begleiten. Weiter gehören Beratung und Schulung der Betroffenen und Angehörigen zu dieser Phase, ebenso, dass das Pflegepersonal auf den Stationen unterstützt und in der postoperativen Pflege bei Komplikationen Hilfestellung angeboten wird (vgl. Esch 2005, S. 18f).

Das Pflegepersonal informiert über unterstützende Einrichtungen sowie über die gesetzlich möglichen Ansprüche. Es erfolgt die Vermittlung von Kontakten wie z.B. Sozialdienst, Ernährungsberatung und die Organisation von Materialbedarf. Die Organisation der Nachversorgung sowie die Entlassungsdokumentation gehören ebenfalls zu dieser Phase. Dann erfolgen das Abschlussgespräch und die Entlassungsversorgung sowie die Dokumentation der Markierung bis zur ggf. möglichen Rückoperation (vgl. Esch 2005, S. 18f).

3.3.3 Aufgaben in der Rehabilitation

Zu den Aufgaben in der Rehabilitation gehören die Analyse des Betreuungs- und Beratungsbedarfs, die Anpassung der Stomaversorgung an die Stomaentwicklung, das Angebot über einen Ansprechpartner des Betroffenen in Bezug auf das Leben mit dem Stoma (Sport, Sexualität etc.) und die Möglichkeit zur Rückfrage bei Komplikationen (Hernien, Hautprobleme etc.). In der Rehabilitation brauchen die Betroffenen Informationen zu Neuerungen im Gesundheitswesen und zu etwaigen Produktinnovationen. Betroffene benötigen auch einen Ansprechpartner für unterstützende Einrichtungen (Hauskrankenpflege, Krankenkassen etc.) und für die Vorbereitung auf eine mögliche Rückoperation (Inkontinenztest, Schließmuskeltraining mit Physiotherapie) (vgl. Esch 2005, S. 19).

3.4 Anforderungsprofil eines Kontinenz- und Stomaberaters

Kontinenz- und Stomaberater benötigen persönliche, fachliche, soziale und methodische Kompetenzen, um in der Beratung ihren Anforderungen gerecht zu werden und um angemessen und einführend beraten zu können (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 4).

3.4.1 Persönliche Kompetenz

Ein Berater benötigt persönliche Reife, emotionale Stabilität und Einfühlungsvermögen. Er ist mit unterschiedlichsten Charakteren in Kontakt und auch mit deren Sorgen und Ängsten. Darüber hinaus ist die Fähigkeit zur Abgrenzung notwendig. Die Psyche kann in

der Beratungstätigkeit stark beeinflusst werden. Daher ist es wichtig, dass der Berater in der Lage ist, sich beruflich bzw. emotional abzugrenzen. Ein Berater braucht das Bewusstsein, dass er dem Patienten unterstützend und begleitend zur Seite zu steht, daher ist im Rahmen einer Einführung einer Stomaambulanz die Beharrlichkeit und Ausdauer erforderlich, da sich nur sehr langsam die Akzeptanz und Einfühlung der Mitarbeiter im Team erreichen lässt (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 4).

3.4.2 Fachliche Kompetenz

Ein Berater braucht die notwendige Qualifikation. Dazu gehören die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und eine Weiterbildung zum Stoma- und Kontinenzberater. Wenn diese Ausbildung nicht absolviert wurde, braucht die Pflegefachkraft zumindest eine langjährige Praxiserfahrung im Umgang mit Stomapatienten. Eine Weiterbildung in diesem Bereich ist zumindest wünschenswert (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 4).

Auch die eigene Verantwortungsbereitschaft spielt eine Rolle. Sie ist eine wichtige Voraussetzung, da im Rahmen der Beratung viel im eigenverantwortlichen Bereich gearbeitet wird (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 4).

Zusätzlich sind rhetorische und repräsentative Fähigkeiten notwendig. Diese werden innerhalb der Beratungsgespräche notwendig, denn die Gespräche müssen verständlich und nachvollziehbar geführt werden. Rhetorische und Repräsentationsfähigkeit sind für Stoma- und Kontinenzberater auch eine Art Visitenkarte innerhalb von Gesprächen mit anderen Berufsgruppen sowie mit den Versicherungsträgern (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S.4).

3.4.3 Sozialkompetenz

Hierzu gehören Konfliktlösungspotenzial und Problemlösungskompetenz. Beides wird benötigt, wenn Widerstände und Konflikte auftreten. Dabei ist es wichtig, die aufkommenden Probleme rechtzeitig wahrzunehmen und Lösungen anzubieten. Die Bereitschaft zur verbalen und nonverbalen Kommunikation ist wesentlich für die Konfliktfähigkeit (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 4).

Ebenso gehören zu den nötigen sozialen Kompetenzen Durchsetzungsvermögen und Überzeugungskraft. Stoma- und Kontinenzberater ordnen eigenverantwortlich Maßnahmen an. Ihre Anliegen und Meinungen werden nach außen hin vertreten (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 4).

Multiprofessionalität und Teamfähigkeit sind erforderlich, um an Arbeitsgruppen und Projekten mitzuwirken. Stoma- und Kontinenzberater verfügen über eine unterstützende

und beratende Funktion in Bezug auf Mitarbeiter im Gesundheitswesen (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 4).

Flexibilität wird benötigt, um den immer neuen Anforderungen gerecht zu werden. Wichtig ist eine gute Terminkoordination, da oft gleichzeitig mehrere Anforderungen anfallen. Wesentlich ist auch, sich schnell in jede neue individuelle Situation bzw. Beratung einzufinden (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 4f).

Bereitschaft zur Fort- und Weiterbildung ist deshalb notwendig, da sich laufend neue Behandlungs- und Operationsverfahren entwickeln und dadurch höhere Anforderungen an die Pflege entstehen. Es ist daher unumgänglich, in regelmäßigen Abständen Fort- und Weiterbildungen zu absolvieren (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 5).

3.4.4 Methodenkompetenz

Das Erlernte soll in speziellen pflegerischen Methoden in der Praxis angewandt und umgesetzt werden. Dafür ist es erforderlich, sich weiterzubilden, um mit dem Erlernen auch Lösungen für individuelle Probleme zu finden.

Das Reflexionsvermögen innerhalb der Stomatherapie ist vonnöten, da unterschiedliche Anforderungen und Herausforderungen vorliegen, wobei die eigene Rolle in den verschiedensten Situationen zu hinterfragen ist. Im Rahmen der Reflexion kann eine bestimmte persönliche Einstellung und Reife entwickelt werden.

Edukations- und Beratungsfähigkeit ist notwendig, da die Erfahrung und das vorhandene Wissen an Dritte weitergeben werden muss (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 5).

3.5 Soziale und ethische Aspekte der Stomatherapie

In der Stomatherapie spielt die Selbstpflegekompetenz eine wesentliche Rolle, in welcher der Betroffene zu unterstützen ist. Selbstpflege ist dann möglich, wenn Personen sich in bestimmten Situationen selbst versorgen können und dabei eigene Fähigkeiten entwickelt haben. Um die Selbstpflege zu erreichen, braucht der Betroffene ein umfangreiches Wissen, um abschätzen zu können, was in bestimmten Situationen zu tun ist, aber auch, was zu unterlassen ist. Es gilt als ethisch nicht angemessen, wenn ein Patient entlassen wird, ohne dass die Selbstversorgung des Stomas ausreichend geübt und praktiziert wurde. Es muss sichergestellt sein, dass der Patient sich selbst versorgen oder er zumindest von dritten Personen versorgt werden kann. Zudem ist es erforderlich, dass der Patient bezüglich der Versorgung des Stomas in einem gut abgewogenen Zeitraum zur Kontrolle ins Krankenhaus zurückkommt (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 5).

Erhebungen und Einschätzungen sind Instrumente, die eine Pflegefachkraft oder ein Berater benötigt, um feststellen oder einschätzen zu können, ob Selbstpflegekompetenz, Einschränkungen oder Defizite vorhanden sind. Mit den Ergebnissen werden mit den Betroffenen selbst, aber auch mit den Angehörigen oder externen Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Ziele und Maßnahmen definiert und umgesetzt. Dies erfolgt in 4 Phasen:

1. **Einschätzung:** In der ersten Phase ist festzustellen, ob bei dem Betroffenen die Fähigkeit zur Selbstpflegekompetenz vorhanden ist.
2. **Ursachen und Gründe für Defizite:** In der zweiten Phase wird geklärt, welche Ursachen bzw. Defizite zum Selbstpflegedefizit geführt haben, z.B. mangelnde Motivation oder Information.
3. **Zielsetzung und Planung:** In der dritten Phase werden mit den Betroffenen und deren Vertrauenspersonen die Ziele für das Erreichen der Selbstpflegekompetenz vereinbart.
4. **Evaluierung:** In der vierten Phase wird evaluiert, ob die vereinbarten Ziele auch erreicht wurden. Falls dies nicht geschehen ist, beginnt der Vorgang mit einer neuen Zielsetzung.

Je mehr Wissen der Betroffene über die Selbstpflege hinsichtlich des Stomas hat, umso besser kann er das vorhandene Wissen in adäquate Selbstpflege umsetzen (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 5f).

4 STOMATHERAPIE IM BEZIRKSKRANKENHAUS LIENZ

Die Fragestellung der Arbeit „Implementierung einer Stomaambulanz im BKH Lienz“ wird unter der Berücksichtigung des PDCA Zyklus versucht zu erarbeiten. Dieser besteht aus 4 Elementen: plan (planen), do (durchführen), check (überprüfen) und act (agieren, handeln).

4.1 Der PDCA Zyklus

Im ersten Schritt, dem Planen, ist der IST-Zustand zu erheben: das Erkennen von Verbesserungspotentialen und die Entwicklung eines Konzeptes. Im zweiten Schritt, dem Durchführen, stehen das Ausprobieren, Testen und Optimieren des Konzeptes mit einfachen und schnell realisierbaren Mitteln im Vordergrund. In der Phase des Überprüfens wird kontrolliert, ob die verschiedenen Prozesse zum Erfolg geführt haben.

Letztendlich im Handeln, Phase 4: das Konzept wird eingeführt, festgeschrieben und ebenso regelmäßig überprüft. Dabei können Änderungen in der Ablauf- oder Aufbauorganisation betroffen sein. Verbesserungen werden erneut mit der Planungsphase begonnen (vgl. <http://www.ppm-online.org>)



Abbildung 2 PDCA Zyklus
(<http://www.klinikum-hanau.de>)

Bei der Implementierung einer Stomaambulanz wird ein Teil der Qualität des Krankenhauses durch die Dienstleistungsqualität beeinflusst. Der Patient beeinflusst die Qualität der Dienstleistung hauptsächlich dadurch, indem der Pflege- bzw. Behandlungsprozess durch die persönlichen Bedürfnisse, Erwartungen und Fähigkeiten bestimmt und befriedigt wird. Bei zufriedenstellenden Prozessen wird die Bereitschaft gefördert oder behindert. Durch eine implementierte Stomaambulanz kann der Ruf nach außen hin hauptsächlich durch betreute Patienten gesteigert werden und es kommt durch die individuelle und kontinuierliche Betreuung, bei der auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen wird, zu einem effizienteren Einsatz von Personal und Material. Durch diese kontinuierliche und kompetente Betreuung wird eine schnellere Selbständigkeit erreicht und damit kann unter anderem eine Abwanderung in andere Häuser, ein sogenannter Drehtüreffekt, verhindert werden (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 15).

4.2 Ausgangssituation

Stomaberatung, Stomapflege und Stomatherapie sind mittlerweile bekannt. Damit die Stomaberatung im BKH Lienz erfolgreich umgesetzt werden kann, sind personelle, organisatorische, räumliche und materielle Rahmenbedingungen sowie die grundsätzliche Genehmigung durch die kollegiale Krankenhausführung erforderlich (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 11).

Derzeit ist noch kein ausgebildeter Stomaberater im BKH Lienz tätig. Die Schulung der Patienten wird von Pflegefachkräften der chirurgischen Station durchgeführt. Da das Beschäftigungsausmaß der Mitarbeiter unterschiedlich ist, entsteht bei der Betreuung der Patienten häufig ein Wechsel der Ansprechpartner, der dazu führt, dass Stomaträger keine Bezugsperson haben. Die IST-Situation zeigt, dass die Schulung der Stomaversorgung zu wenig oft geübt wird bzw. erst kurz vor der Entlassung stattfindet. Daher können eventuell auftretende Probleme nicht besprochen oder keine Fragen mehr gestellt werden. Bei Problemen und/oder Komplikationen während des stationären Aufenthalts wird zurzeit eine Pflegefachkraft in die Stomaversorgung miteinbezogen und kann somit unterstützend zur Seite stehen. Die Beratung und Versorgung von stationären und ambulanten Stomaträgern wird derzeit in einem Untersuchungszimmer im ersten Stock der unfallchirurgischen Station durchgeführt, da die Pflegefachkraft, die die Beratung übernimmt, dort tätig ist. Infolgedessen fühlen sich Stomaträger in ihrer Intimsphäre gestört und unter solchen Voraussetzungen gestaltet sich eine Stomaversorgung als schwierig. Es kommt auch zu Unterbrechungen im Beratungsgespräch, weil geeignetes Material, sofern etwas vergessen wurde, im Lager im zweiten Stock der chirurgischen Station zu holen ist. Die Vorbereitung auf die Entlassung bzw. das Entlassungsgespräch spielt auch eine wesentliche Rolle und muss gut vorbereitet sein. Die momentane Situation zeigt, dass betroffene Patienten zu wenige Informationen erhalten und somit eine Unsicherheit besteht, die mit nach Hause genommen wird. Wichtig ist auch, einen ambulanten Kontrolltermin mit dem Patienten zu vereinbaren. Die Betroffenen können somit stressfrei und in aller Ruhe ihre Zukunft als Stomaträger annehmen, sich damit vertraut machen und ihr persönliches Umfeld organisieren (Anmerkung der Verfasserin).

4.3 Die Patientenzielgruppen

Gemessen an der Gesamtzahl der im Bezirkskrankenhaus Lienz behandelten Patienten sind Stomapatienten eine sehr kleine Gruppe. Zielgruppe für die Stomapflege sind jene Patienten, die einen künstlichen Ausgang des Verdauungs- oder Urogenitaltraktes (Colostoma, Ileostoma, Urostoma) erhalten haben. Zusätzlich sind Patienten zu betreuen, die eine exakte Anleitung und Hilfestellung benötigen, um den Umgang mit kontinenten Stuhl- oder Harnableitungen zu erlernen. Die Beratung von Patienten mit Fisteln und Drainagen hat das allgemeine und priorisierte Ziel, die Lebensqualität zu verbessern bzw. wiederherzustellen (Anmerkung der Verfasserin).

4.4 Zielsetzung

Im Rahmen der Implementierung gibt es zahlreiche Zielsetzungen, die durch eine Stomaambulanz strukturiert umgesetzt werden können (Anmerkung der Verfasserin).

4.4.1 Das Aufklärungsgespräch

Zwingend erforderlich ist das aufklärende, präoperative Gespräch bei einer bevorstehenden Planoperation. Dieses muss vor der Operation in angenehmer und ruhiger Atmosphäre stattfinden. Das Aufklärungsgespräch, das zwischen dem Chirurgen und dem Patienten erfolgt, soll eine notwendige Vertrauensbasis herstellen und zu einem besseren Verständnis beitragen. Aus diesem Gespräch sollte der Patient überzeugt sein, dass er durchaus ein lebenswertes Leben mit einem Stoma führen kann. Auf Wunsch des Patienten kann auch eine Bezugsperson anwesend sein. Es ist mit dem Patienten und der Bezugsperson über die Notwendigkeit einer Stomaanlage zu sprechen und über die heutigen Möglichkeiten der Versorgung. Zusätzlich sollte ein Stomaberater anwesend sein (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 29). *„Keine Planung einer Stoma-Anlage ohne Stomathrapeutin [sic].“* (Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 29)

4.4.2 Beratungsgespräch und Markierung

Vor dem Beratungsgespräch und der präoperativen Markierung muss das Aufklärungsgespräch stattgefunden haben. Der Stomaberater informiert sich über die Inhalte der ärztlichen Aufklärung sowie über die individuelle Operationsart des Patienten. Für ein präoperatives Beratungsgespräch ist es notwendig, dass ausreichend Zeit eingeplant wird. Das Gespräch soll ohne Hektik und Zeitdruck durchgeführt werden, damit sich der Patient konzentrieren kann (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 65).

Die Wichtigkeit der Durchführung des präoperativen Gespräches:

- Damit der Patient Vertrauen aufbauen kann, ist ein gegenseitiges Kennenlernen zwischen Therapeut und Patient wichtig
- Durch aufklärende Gespräche werden die Ängste des Patienten reduziert
- Über die weiterführenden Schritte in der pflegerischen Betreuung und über den selbständigen Umgang mit dem zukünftigen Stoma wird der Patient informiert
- Der Patient wird in den Behandlungsablauf miteinbezogen (vgl. Gruber/Droste 2010, S. 46)

Die Markierung der Stomaanlage soll zur Prophylaxe von Stomafehllagen, Versorgungsschwierigkeiten und Komplikationen präoperativ durchgeführt werden. Diese erfolgt durch den Arzt. Es kann jedoch bei Vorliegen einer ärztlichen Anweisung die

Markierung und Stomalokalisation an die Pflegefachkraft delegiert werden. Um eine optimale Lokalisation aus pflegerischer Sicht gewährleisten zu können, ist die Anwesenheit des Stomaberaters erforderlich, wobei die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Patient, Arzt und Pflegefachkraft ausschlaggebend ist für die endgültige Platzierung des Stomas (vgl. Gruber/Droste 2010, S. 46f).

Folgende Punkte (Tabelle 1) sind für das Anzeichnen eines Stomas zu beachten. Eine wesentliche Rolle spielen die liegende, sitzende und stehende Position, die der Patient nach der Operation alltäglich einnimmt.

liegend ist zu beachten, dass	sitzend ist zu beachten, dass	stehend ist zu beachten, dass
<ul style="list-style-type: none"> ➤ das Stoma innerhalb des Musculus rectus abdominis zu platzieren ist ➤ eine freie Fläche von 10x10 cm ohne Hautveränderungen, Hautunebenheiten und alten Narben ist ➤ das Stoma nicht in der Laparotomienäht oder vor-bestrahlter Haut zum Liegen kommt ➤ das Stoma von Knochenvorsprüngen wie Darmbeinstachel und Rippenbogen entfernt liegt 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ das Stoma nicht in einer Hautfalte sitzend ist ➤ die Stomaversorgung nicht die Leiste oder den Genitalbereich stört 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ der Betroffene später das Stoma selbständig versorgen kann, dass die Stelle leicht einzusehen ist ➤ die Stelle nicht direkt unter dem Rockbeziehungsweise Hosenbund liegend ist

Tabelle 1 Wesentliche Punkte bei der Positionierung des Stomas (vgl. Esch 2005, S. 101f)

Die Markierung wird mit einem wasserfesten Stift vorgenommen und danach mit einer wasserdichten Folie geschützt. So besteht für den Betroffenen die Möglichkeit, noch vor der Operation zu duschen, ohne dass die Markierung verwischt. Nachdem am Bauch die vorläufige Stelle markiert wird, wird der Patient ermutigt, das Anbringen eines Versorgungsbeutels am angezeichneten Punkt zu üben. Es sollte in jeder Position – Liegen, Sitzen und Stehen – ausprobiert werden. Der Stomaberater gibt dabei Tipps und

Hilfestellungen. Diese Übung ist der erste Schritt für die spätere Selbstversorgung (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 67).

4.4.3 Postoperative Stomaversorgung

Die postoperative Überwachung beginnt nach der durchgeführten Operation, wobei auf Stomadurchblutung, Ödembildung, Hautirritation, Flüssigkeitsbilanz und Ausscheidung besonders zu achten ist.

In den ersten postoperativen Tagen wird ein transparenter Beutel angebracht. Damit kann das Stoma gut inspiziert werden, ohne dabei die Versorgung wechseln zu müssen. Der erste Versorgungswechsel sollte spätestens am dritten postoperativen Tag durchgeführt werden, patientenorientiert und im entsprechenden zeitlichen Rahmen stattfinden, um eventuell auftretende Fragen klären zu können. Danach erfolgt der Wechsel jeden zweiten Tag und dabei ist besonders auf die peristomale Haut zu achten. Um Schädigungen der peristomalen Haut zu vermeiden und diese gesund zu erhalten, ist die Pflege der Haut von besonderer Bedeutung (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 73f).

Es wurden zwei verschiedene Einschätzungsmöglichkeiten für Hautirritationen entwickelt (beide wurden von Stomaberatern entwickelt):

- Studio Alterazioni Cutanee Stomali (S.A.C.S.-Score) - Firma Convatec
- Discoloration Erosion Tissue overgrowth (DET-Score) - Firma Coloplast

S.A.C.S. - Score

Die Kriterien des S.A.C.S.-Scores liegen in der Topografie (T) der Hautirritation. Diese werden mittels Quadranten beurteilt. Der Irritationsgrad erfasst die Läsion (L) mit 5 Klassifikationen (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 87).

L1 hyperämische Läsion	leichte peristomale Rötung
L2 erosive Läsion	Substanzverlust bis, aber nicht über das Derma
L3 ulcerative Läsion	Substanzverlust über das Derma
L4 ulcerative fibrinös/nekrotische Läsion	–
L5 proliferative Läsion	Granulom, Neoplasie

Tabelle 2 Läsionen (L)
(vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 87)

Topografie (T)

Die Zone rund um das Stoma wird in Quadranten eingeteilt. Bei einer Lageveränderung erfolgt dies analog zum Ziffernblatt einer Uhr (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 87).

TI	12:00 – 03:00
TII	03:00 – 06:00
TIII	06:00 – 09:00
TIV	09:00 – 12:00
TV	TV wird dann dokumentiert, wenn alle Quadranten betroffen sind

Tabelle 3 Topografie (T)
(vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 87)

DET-Score

Der DET-Score bietet ein standardisiertes Punktesystem zur Hautuntersuchung. Die Erhebung erfolgt in 3 Bereichen:	
D – Discoloration	Farbveränderung
E – Erosion	Erosionen
T – Tissue overgrowth	Hypergranulation

Tabelle 4 DET-Score
(vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 87f)

In jedem dieser 3 Bereiche wird die betroffene Haut mit einem Punkte-Score von 0 bis 3 und einem Schweregrad von 1 bis 2 beurteilt. Die Einzelpunkte werden zusammengezählt und daraus wird die Gesamtzahl berechnet. Der DET-Score mit einem Wert von 0 besagt, dass es sich um den bestmöglichen Hautzustand handelt. Ein Wert von 15 sagt aus, dass der schlechteste Hautzustand, der möglich ist, vorliegt (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 87f).

Werden Hautveränderungen nach dem S.A.C.S.- und/oder dem DET-Score dokumentiert, können unpräzise Beschreibungen verhindert werden. Eine Verbesserung oder

Verschlechterung der peristomalen Haut ist anhand dieser Instrumente rasch erkennbar (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 88).

4.4.4 Anleitung zur Stomaversorgung

Die Einschulung der Stomaversorgung erfolgt vom Stomaberater. Seine Beratung strebt das Ziel an, dass die Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt selbständig durchgeführt werden kann. Um dies zu erreichen ist es wichtig, dass der Stomaträger die Möglichkeit hat, den Versorgungswechsel mehrmals zu üben. In der Nachsorge werden gemeinsame Ziele besprochen: der Betroffene soll Sicherheit gewinnen und das Selbstbewusstsein im Umgang mit dem Stoma soll gestärkt werden. Einfühlungsvermögen im Rahmen der Ein- und Nachschulung ist besonders wichtig, da der Patient nicht unter- bzw. überfordert werden soll. Ziele sind der selbständige Wechsel der gesamten Stomaversorgung, das selbständige Entleeren des Ausstreifbeutels, das selbständige Reinigen des Stomas und der peristomalen Haut sowie eventuell der Versorgungswechsel durch eine Bezugsperson (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 74).

Die Stomaversorgung wird von Angehörigen oder der Hauskrankenpflege übernommen, wenn der Betroffene motorisch nicht in der Lage ist, den Wechsel selbständig durchzuführen (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 74).

Zur Versorgung werden plane oder konvexe Basisplatten oder ein ein- oder zweiteiliges System verwendet. Damit Stomaträger mit dem Versorgungssystem gut zurechtkommen, wird die Auswahl der Produkte sorgfältig abgestimmt. Dabei richtet sich die Beutelversorgung nach dem Stomatyp, der Beschaffenheit der Ausscheidung und der Hautverträglichkeit. Um die peristomale Haut zu schützen, soll die Versorgung mit dem Stoma weitgehend abschließen. Bei der Basisplatte muss die Größe der Öffnung an die Größe des Stomas korrekt angepasst werden. Geschlossene Beutel werden in der Regel für Kolostomieträger verwendet. Vorzugsweise ist ein Beutelsystem mit durchgehendem Hautschutzmaterial zu verwenden, denn diese haben eine bessere Hautverträglichkeit und Hautirritationen können weitestgehend verhindert werden. Offene Beutel bzw. Ausstreifbeutel sind bei Stomata, die häufig flüssigen und breiigen Stuhl produzieren, zu verwenden — besonders bei Ileostomien oder rezidivierenden Hautirritationen (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 76f).

Ob dabei ein- oder zweiteilige Systeme verwendet werden, hängt zum einen von den Fähigkeiten des Patienten und zum anderen von dessen Affinität ab. Hier kommen vor allem die Erfahrung und das Feingefühl der Stomaberaterin zum Tragen, um für den Patienten das bestmögliche System zu finden (Anmerkung der Verfasserin).

Die Stomaversorgung wird in 3 Schritte eingeteilt: in die Vorbereitung, die Durchführung und die Nachbereitung. Der Patient wird über die geplanten Maßnahmen informiert und gemeinsam werden die benötigten Materialien vorbereitet:

- einteilige Stomaversorgung oder vorgeschchnittene Basisplatte mit dem dazugehörigen Stomabeutel
- nasse und trockene Kompressen zur Reinigung
- Einmalrasierer
- eine Schablone zur Bestimmung der korrekten Stomagröße
- Entsorgungsbeutel
- eventuell Modellierstreifen oder Paste

Nach der Vorbereitung wird der Patient angeleitet, die Platte vorsichtig von oben nach unten zu lösen (der Stomaberater kontrolliert die Rückseite der abgelösten Versorgung auf Unregelmäßigkeiten). Die Reinigung erfolgt mit nassen Kompressen und wird gut nachgetrocknet. Dabei ist es wichtig, den Patienten zu informieren, dass warmes Wasser und ph-neutrale Seife ausreichend sind. Bei der Verwendung von anderen Seifen kann es zur Zerstörung des Hautschutzmantels kommen. Weiters müssen Stomaträger informiert werden, dass sie keine alkoholischen, ölhaltigen oder ähnliche Produkte verwenden dürfen. Nachgewachsene Haare sind bei Bedarf mit einem Einmalrasierer zu entfernen. Das Stoma wird mittels Schablone abgemessen, denn wenn zu groß ausgeschnitten wird, kann es zu Hautrötungen kommen, da die Haut unbedeckt ist und somit mit Stuhl in Berührung kommen würde. Wird die Versorgung zu klein ausgeschnitten, so engt das das Stoma ein und die Durchblutung ist nicht mehr gewährleistet bzw. können sich Drucknekrosen bilden oder Verletzungen entstehen. Ist die Haut nach der Reinigung gut getrocknet, wird die Platte von unten nach oben aufgeklebt. Eine einteilige Versorgung wird täglich gewechselt, eine zweiteilige kann bis zu 3 Tage verbleiben. Ein Wechsel ist nur dann erforderlich, wenn die Basisplatte nicht mehr haftet, undicht ist oder der Filter Gerüche durchlässt. Dabei ist zu beachten, dass der Filter beim Duschen abgedeckt wird. Der Stomabeutel wird abschließend auf der Basisplatte befestigt. Die Entsorgung der gebrauchten Materialien erfolgt in einem Müllbeutel, der nach Verknoten in den Restmüll entsorgt wird (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 75ff).

4.4.5 Entlassungsmanagement

Stomapatienten sollen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Lage sein, das Stoma selbst zu versorgen. Ist eine Selbstversorgung nicht möglich, sollte die weitere Betreuung und die Versorgung des Stomas durch Familienangehörige übernommen

werden. Wenn auch das nicht möglich ist, kann eine Hauskrankenpflege organisiert werden. Beides ist mit den Betroffenen und deren Angehörigen zu besprechen (Anmerkung der Verfasserin).

4.4.6 Vorbereitung auf die Entlassung

Um eine Entlassung geplant und strukturiert vorbereiten zu können, ist der vom Arzt anberaumte Entlassungstermin wesentlich. Im Rahmen der Entlassung ist unbedingt zu klären, ob der Betroffene so stabil ist, dass er direkt nach Hause entlassen werden kann oder die Verlegung in eine Reha-Einrichtung sinnvoller wäre. Bei der Vorbereitung auf die Entlassung müssen folgende Informationen mitgegeben werden:

- Arztbrief
- Verordnungsschein mit den Nummern der Versorgung (z.B. Basisplatten, geschlossene Beutel oder einteiliges System, eventuelle Hautschutzpaste, unsterile Kompressen für die Reinigung). Für die Verordnung gilt: so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig.
- Adressen und Telefonnummern von Sanitätshäusern. Stomapatienten entscheiden selbst, von wem die Produkte bezogen werden.
- Für die ersten 5 Tage ein Vorrat an Versorgung einschließlich Kompressen und Abwurfbeutel (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 137).
- Vergabe eines Kontrolltermins zirka 3 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Da sich das Stoma in der ersten Zeit nach der Anlage um etwa 40% verkleinert, ist oftmals die Lochgröße neu anzupassen. Erstversorgungsmaterial wird empfohlen nur für einen Monat zu besorgen, aber keine 3-Monatsversorgung vor dem ersten Kontrolltermin aufgrund von Veränderungen hinsichtlich der Lochgröße. Der Patient wird angehalten, auf Hautveränderungen und Aussehen der Haut zu achten. Bei Problemen oder Unsicherheiten sollte umgehend ein Termin mit dem Stoma-Kontinenzberater vereinbart werden (Anmerkung der Verfasserin).

Wird ein Stoma vorübergehend angelegt, muss der Patient darüber aufgeklärt werden, dass bis zur Rückoperation ein Schließmuskeltraining notwendig ist. Dies verhindert einen Stuhl- bzw. Schleimabgang durch den Schließmuskel. Wenn die Beckenbodenmuskulatur regelmäßig trainiert wird, kann eine Stuhlinkontinenz verhindert bzw. reduziert werden (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 137).

4.5 Erwarteter Nutzen von strukturierten Prozessen

Zur Strukturierung von Handlungsabläufen in der Pflege ist der Pflegeprozess unumgänglich und unterstützend. Eine kontinuierliche und individualisierte Pflege ist das Ziel des Pflegeprozesses. Er erleichtert die Kommunikation zwischen den Pflegepersonen und die Pflegeorganisation wird durch prozesshafte Schritte verbessert. Insgesamt dient er dazu, das Pflegeverständnis zu vertiefen, die Zufriedenheit im Beruf zu erhöhen, die Unterstützung bei Fort- und Weiterbildungen zu fördern, die Pflegequalität festzustellen und letztendlich auch der rechtlichen Absicherung (vgl. Leonie-Scheiber 2004, S. 9f).

Der Pflegeprozess ist bestimmend für die Qualität der Pflege und kann nur aufgebaut werden, wenn die Pflegedokumentation ausreichend ist. Der Pflegeprozess wird von der diplomierten Pflege dokumentiert und beinhaltet folgende Informationen und Dokumentationen:

- Eine Informationssammlung
- Pflegeprobleme und Ressourcen
- Planung und Durchführung einzelner Maßnahmen
- Beurteilung der Pflegemaßnahmen (vgl. Leonie-Scheiber 2004, S. 17).

In einem Pflegestandard werden Zielsetzungen, Anforderungen, Tätigkeitsabläufe und die gewünschten Ergebnisse formuliert und dokumentiert. Aufgeteilt wird er in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 10).

Struktur	Prozess	Ergebnis
Um die Stomaversorgung, -beratung und -anleitung der Betroffenen adäquat durchführen zu können, verfügt der Stoma- und Kontinenzberater über ein aktuelles Wissen und erforderliche Kompetenzen.	Die Stomaversorgung wird nach den vorgegebenen Leitlinien durch Stoma- und Kontinenzberater angeführt. Es wird auf die individuellen Bedürfnisse des Betroffenen geachtet. Sie werden beraten, geschult und betreut.	Es wird unter Beachtung der individuellen Bedürfnisse des Betroffenen die Beratung, Schulung und Stomaversorgung durchgeführt

Tabelle 5 Pflegestandard
(vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 10)

4.5.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität beschreibt das Umfeld für die Stomatherapie und die notwendigen Rahmenbedingungen. Sie wird gegliedert in organisatorische, personelle und materielle Ausstattung, daher ist erfolgreiches pflegerisches Handeln die Voraussetzung (vgl. Gruber/Droste 2010, S. 26).

4.5.2 Räumlichkeiten

Um die Gespräche mit den Betroffenen ungestört führen zu können und die Intimsphäre zu wahren, gilt die Empfehlung, die Stomaversorgung in ein separates Beratungszimmer zu verlegen. Somit können das präoperative Gespräch und die Beratung ungestört und in geschützter Atmosphäre stattfinden. Diese Räumlichkeit soll den speziellen Anforderungen einer Stomatherapie (Einrichtung entsprechend der medizinisch - pflegerischen Versorgung, Schulungs- und Beratungsmöglichkeiten) entsprechen. Außerdem ist es notwendig, die entsprechenden Versorgungsartikel und Anschauungsmaterialien in diesem Beratungszimmer vor Ort zu haben, um unnötige Wege und damit das Verlassen des Patienten zu vermeiden. Idealerweise ist für Irrigationsschulungen eine Toilette integriert. Darüber hinaus empfiehlt es sich, dass der Raum auch für Stomaambulanzzwecke, also zur Nachbetreuung bereits entlassener Patienten, zu fest vorgegebenen Zeiten zur Verfügung steht (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 11).

4.5.3 Stomaversorgungsartikel

Alle Personen, die am Pflegeprozess beteiligt sind, benötigen Zugang zu den Stomaprodukten. Denn durch einen beschränkten Zugang könnte die Versorgung behindert werden und es käme eventuell zu Defiziten in der Patientenversorgung. Die Stoma- und Kontinenzberater verwalten in der Regel das Stomadepot. Dadurch können Lagerüberkapazitäten und abgelaufene Produkte vermieden bzw. reduziert werden. Bestellungen erfolgen effizienter und die Verwendung von Muster, die einzelne Stomafirmen anbieten, können erprobt werden (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 11f).

4.5.4 Zeitfaktor

Wird für die Stomatherapie eine Beratungsstelle implementiert, so sind wie schon beschrieben eine dafür vorgesehene Räumlichkeit und bestimmte Ambulanzzeiten erforderlich. Die Pflegeleistungen der Stoma- und Kontinenzberater werden in einem Leistungskatalog dargestellt, wobei der benötigte Zeitaufwand hinterlegt wird und die Erfassung mittels der Selbstdokumentation erfolgt. Somit kann die geleistete Tätigkeit erhoben und nachvollzogen werden. Die Anwesenheit der Pflegeperson ist genau

definiert, um eine kontinuierliche Erreichbarkeit zu gewährleisten. Wesentlich ist, dass der Berater/die Pflegeperson aus dem regulären Stationsbetrieb herausgelöst ist. Voraussetzung für die Implementierung einer Stomaambulanz sind die Akzeptanz des Pflegepersonals und die Teilnahme an Teambesprechungen (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S.10f).

Präoperatives Gespräch und Markierung	ca. 1 Stunde
Erster Versorgungswechsel postoperativ	ca. 1 Stunde
Anleitung und Schulung mit mindestens 3 Anwendungswiederholungen	ca. 3 Stunden
Schulung und Beratung von Vertrauenspersonen oder anderer Personen im Gesundheitswesen/(ggf. auch Angehörige)	ca. 1 Stunde
Entlassungsvorbereitungen Entlassungsgespräch und Kontrolltermin vereinbaren	ca. 1 Stunde
Dokumentation	ca. 20-30 Minuten
Beratung zur Ernährung, ggf. in Zusammenarbeit mit der Ernährungsberatung	ca. 20 Minuten
Ambulante Kontrolle	ca. 1 Stunde
Vorbereitung auf die Rück-OP-Beratung/Inkontinenztest	ca. 1 Stunde
ggf. Beckenbodentraining in Zusammenarbeit mit der Physiotherapie	ca. 1-3 Einheiten

Tabelle 6 Berechnung des Zeitaufwandes
(Anmerkung und Zusammenstellung der Verfasserin)

4.5.5 Fort- und Weiterbildung

Alle Berufsgruppen, die an der Rehabilitation beteiligt sind, nehmen entsprechend ihrer Funktion an Fort- und Weiterbildungen teil. In den Bereich Weiterbildung fällt seit 1997 die Ausbildung zur Kontinenz- und Stomaberatung gemäß §64 GuKG, die keine gesetzliche Verpflichtung darstellt. Wenn die Weiterbildung gemäß §12, Abs.4. erfolgreich abgeschlossen wurde, darf die Zusatzbezeichnung „Kontinenz- und Stomaberater“ geführt werden. Die dafür vorgesehenen Ausbildungen können an 3 nationalen Institutionen, dem TILAK/Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe in Innsbruck, dem Bildungszentrum der SALK/Salzbürger Universitätsklinikum und Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen und der Donau-Universität Krems absolviert werden (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 12).

Der Universitätslehrgang Kontinenz- und Stomaberatung in Krems kann zudem in 2 Abschnitten, einem Certified Programm (erster Abschnitt) und einem Akademischen

Experten (zweiter Abschnitt) abgeschlossen werden (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 12).

Die Weiterbildung zur Stoma- und Kontinenzberatung umfasst 344 Stunden fachtheoretischen Blockunterricht und 240 Stunden Fachpraktikum. Absolviert eine Pflegefachkraft ihre Ausbildung in der SALK, kann sie an der Donau-Universität in Krems den Akademischen Experten anschließen. Ein Master-Studienprogramm als dritter Abschnitt ist noch in der Planungsphase (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 12).

Weitere empfehlenswerte Fort- und Weiterbildungsinhalte für die Pflege sind:

- Grundsätze der Stomapflege
- Gesprächsführung in der Beratung und Anleitung
- Kenntnisse über Stomaversorgungssysteme
- Erkennen von Haut- und Stomakomplikationen
- Auswirkungen der Radio- und Chemotherapie auf den Betroffenen und die Stomaversorgung (vgl. Gruber/Droste 2010, S. 28).

4.6 Ergebnisqualität

Die Ergebnisevaluierung zeigt die pflegerischen Leistungen und deren Qualität und ist ein wichtiges Instrument in der Pflege. Bei der Evaluation werden anhand festgelegter Kriterien die Wirkungen der durchgeführten Maßnahmen bewertet. Es kann die eigene Arbeit überprüft werden, indem eine lückenlose durchgehende Dokumentation aller Pflegeschritte pro Patient geführt wird, die Wirkung der Pflegemaßnahme bewertet wird und die Ursachen bestehender Mängel erkannt werden. Um die Pflege beurteilen zu können, werden die Struktur- und Prozesskriterien miteinbezogen. Werden Veränderungen zur geplanten Qualität festgestellt, kann ein veränderter Zustand des Betroffenen der Grund dafür sein, z.B. wenn

- die geplante häusliche Versorgung nicht umgesetzt werden kann
- die Notwendigkeit einer weiteren Hilfestellung besteht
- die Versorgung besser als erwartet funktioniert (vgl. Gruber/Droste 2010, S. 87).

„Die Lebensqualität eines Menschen wandelt sich wie dessen Gemütsverfassung ständig. Körperliche, geistige und seelische Vorgänge wie auch eine Vielzahl von äußeren Faktoren beeinflussen [sic!] verändern diese Parameter. Alle negativen Abweichungen müssen überprüft und bearbeitet werden.“ (Gruber/Droste 2010, S. 87)

5 DIE IMPLEMENTIERUNG

Kundenorientierung ist Thema in den Krankenanstalten und gehört zu den wichtigsten Erfolgsfaktoren. Wird kundenorientiert gearbeitet, so werden die Erwartungen und Bedürfnisse der Kunden beziehungsweise der Patienten in den Mittelpunkt gestellt. Eine Dienstleistung wird nur dann weiterempfohlen oder wiedergewählt, wenn Patienten zufrieden waren. Zufriedenheit ist von großer Bedeutung für den Erfolg eines Unternehmens (vgl. Buchstor 2010, S. 187ff).

Die IST-Situation im Bezirkskrankenhaus Lienz zeigt, dass der Pflegedirektor eine Stomaberatung einführen möchte. Dieser Ansatz wird seitens der Führung vertreten und unterstützt. Für eine erfolgreiche Implementierung sind Gespräche erforderlich, um die gewünschte SOLL-Situation gemeinsam zu erarbeiten (Anmerkung der Verfasserin).

Zuerst werden die benötigten Stellen- oder Arbeitsplatzbeschreibungen zu erstellen sein, um eine klare Kompetenzzuweisung und den fachlichen Aufgabenbereich zu regeln (vgl. Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 11).

Aus theoretischen Überlegungen und nach dem Wissen über einen eventuellen Prozessablauf wird die Weiterbildung von 2 Pflegefachkräften zur Stoma- und Kontinenzberatung notwendig sein, um einen kontinuierlichen Ablauf zu gewährleisten. Dazu kann der Stomaberater an einem Nachmittag pro Woche (laut Dienstplan) stundenweise freigestellt werden. Eine entsprechende Räumlichkeit mit Lagerungsmöglichkeiten für Stomaversorgungsartikel wird benötigt, damit die Aufmerksamkeit des Patienten voll und ganz im Gespräch liegt und das Interesse nicht bei unbekanntem und eventuell auch besorgniserregenden Stomaartikeln liegt. Es gilt, Pflegelücken zu beheben wie z.B. das Beratungsgespräch durch den Stomaberater, Markierung vor der Operation und Kontrolltermine beim Entlassungsgespräch zu vereinbaren. Um Sicherheit seitens Mitarbeiter zu gewinnen sind regelmäßige Schulungen unumgänglich. Den Mitarbeitern muss bewusst werden, dass die Anwesenheit des Stomaberaters nicht bei jedem Versorgungswechsel möglich ist. Dennoch muss die Anleitung zur Stomaversorgung an die Bedürfnisse des Betroffenen angepasst werden und es darf keine Unsicherheit durch unregelmäßige Betreuung bzw. Ambulanzzzeiten bei den Patienten entstehen.

Speziell im chirurgischen Bereich, aber auch auf den anderen Stationen, muss den Mitarbeitern das pflegerische Ziel bekannt sein. Das kann im Rahmen der medizinischen und pflegerischen Dokumentation für alle rund um den Patienten tätigen Mitarbeiter einlesbar und übersichtlich dargestellt werden. Besprechungen mit der

Ernährungsberatung und der Physiotherapie sind bedeutend, um eine optimale Beratung beziehungsweise Betreuung der Betroffenen gewährleisten zu können (Anmerkung der Verfasserin).

6 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Die Implementierung einer Stomaambulanz ist zukunftsweisend für die Weiterentwicklung und Qualität von Krankenhäusern – insbesondere für das Bezirkskrankenhaus Lienz, wo Stomaoperationen angeboten und durchgeführt werden – sowie um den Anforderungen im Gesundheitswesen entsprechen zu können.

Die in der Einleitung gestellte Forschungsfrage: *„Welche Voraussetzungen und Faktoren sind erforderlich, um eine Stomaambulanz im Bezirkskrankenhaus Lienz zu implementieren?“*, hat nach der Auseinandersetzung mit dem Thema und nach Überlegungen rund um eine Implementierung folgenden Schluss zugelassen: um in einem Krankenhaus eine Stomatherapie durchführen zu können, ist Praxiserfahrung notwendig. Fort- und Weiterbildungen nach §64 GuKG zum Thema Kontinenz- und Stomaberatung sind gesetzlich nicht verpflichtend. Die Zusatzbezeichnung Kontinenz- und Stomaberater kann nach erfolgreichem Abschluss gemäß §12, Abs.4. geführt werden. Damit die Finanzierung sichergestellt ist, muss das Einverständnis der kollegialen Führung gegeben sein. Während der Implementierung müssen die einzelnen Phasen – präoperative Phase, postoperative Phase und Rehabilitation – eingehalten werden. Das Anforderungsprofil der Stomaberater spielt dabei eine wesentliche Rolle, denn es werden 4 Kompetenzbereiche benötigt, um sich der Aufgabe stellen zu können. Die Schwerpunktsetzung wird dabei in einen persönlichen, fachlichen und sozialen Bereich unterteilt.

Was ist nun der erwartete Nutzen einer implementierten Stomaambulanz? In erster Linie ist es die Steigerung des Wohlbefindens der Patienten. In Folge der Steigerung des Wohlbefindens erhöht sich die Patientenzufriedenheit. Eine Stomaambulanz ist gleichzeitig auch eine Komplikationsprophylaxe bzw. können im Rahmen der Ambulanz Komplikationen behoben werden. Durch die Implementierung kann die Abwanderung der Patienten wegen fehlender Nachbetreuung verhindert werden. Auch die Mitarbeiterzufriedenheit kann durch eine gute Einschulung gehoben werden, da durch Wissen und Kompetenz die Sicherheit im Nachbetreuungsprozess steigt. Ebenso erfolgt eine Weiterentwicklung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches der diplomierten Pflege und es kommt zur Schließung von Pflegelücken. Dazu zählen Tätigkeiten, die bis

jetzt nicht oder nur selten durchgeführt werden wie z.B. Markierung vor der OP, Kontrolltermine nach der Entlassung, Vorbereitung auf die Rück-OP.

Der Status quo ist, dass die Stomatherapie einen hohen Stellenwert erlangt hat. Um eine optimale Betreuung gewährleisten zu können, stehen das Beratungsgespräch und die Markierung an erster Stelle. Des Weiteren sind die in der Zielsetzung beschriebenen Arbeitsabläufe schrittweise zu erarbeiten und danach umzusetzen. Denn der Betroffene wird mit einem gut angelegten Stoma in seinen Aktivitäten des täglichen Lebens wenig bis kaum eingeschränkt. Das führt zu einer gesteigerten Lebensqualität.

Die Stationen und deren Mitarbeiter brauchen Informationen über eine geplante Implementation, da es immer wieder vorkommt, dass eine gewisse Skepsis gegenüber Neuerungen auftritt. Mittels vorbereitender Gespräche und Aufklärung, mit angebotenen Ausbildungsmöglichkeiten und Transparenz, lässt sich eine Implementation leichter und reibungsloser umsetzen. Mitarbeiter brauchen Informationen, um eine positive Einstellung und ein hohes Bewusstsein für Stomapatienten zu entwickeln.

Die Praxis und die eigene Erfahrung zeigen, wie wichtig es ist, Stomapatienten zu begleiten und sich um sie zu kümmern, besonders um diejenigen, die eine intensive Hilfestellung, Beratung und einführende Gespräche benötigen. Dabei steht im Vordergrund, dass der Betroffene auch ein Leben mit dem Stoma genießen und den Alltag so normal als möglich gestalten kann. Für das Krankenhaus bedeutet die Implementation die Hoffnung auf eine gesteigerte Fallzahl im Operationsbereich mit gleichzeitig angeschlossener Beratung, um damit eine gesteigerte Nachfrage auch im Nachsorgebereich zu erzielen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Buchstor, Beate (2010): Patientenorientierung in der Pflege. In: Debatin, Jörg; Schulte, Barbara; Ekkernkamp, Axel: Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 187 – 189.
- Esch, Marie (2005): Stomatherapie. Anleitung – Beratung – Pflege. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gruber, Gabriele; Droste, Werner (2010): Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie. Für Krankenhäuser, die ambulante Homecare-Versorgung und Rehabilitationskliniken. 2. überarb. Auflage. Hannover: Schlütersche.
- Hayder-Beichel, Daniela (2012): Interdisziplinäre Kontinenzberatung, Patientenorientierte Pflege, Medizin und Therapie. Themenbereich Pflegepraxis. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Leonie-Scheiber, Claudia (2004): Der angewandte Pflegeprozess. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Stoll-Salzer, Elisabeth (2005): Stomatherapie. Grundlagen & Praxis. Stuttgart: Thieme
- Wiesinger, Gerlinde; Stoll-Salzer, Elisabeth (2012): Stoma- und Kontinenzberatung. Grundlagen und Praxis. 2. Akt. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Internet

- <http://www.dolomitenstadt.at/2011/09/21/aufwertung-der-urologie-im-bkh-lienz>
(19.04.2014, 17.15 Uhr).
- <http://www.klinikum-hanau.de/kliniken-fachbereiche-und-zentren/kliniken/klinik-fuer-gynaekologie-und-geburtshilfe/zertifizierung/zertifizierung.html> (14.08.2014, 19.10 Uhr).
- <http://www.kh-lienz.at/kh-lienz/angebot/medizinisch/chirurgie/index.php?navid=9>
(19.04.2014, 15.50 Uhr).
- <http://www.kh-lienz.at/kh-lienz/haus/LB2012.pdf> (02.08.2014, 8.45 Uhr).
- <http://www.ppm-online.org/verlag/artikel-lesen/artikel/qualitaetsmanagement-mit-pdca/>
(14.08.2014, 19.10 Uhr).