

Grenzen der zielgerichteten Beratung in der Stomatherapie – Autonomie kontra Verantwortung

Wenn der Patient nicht will oder kann, was tun?

Abstrakt

Es besteht ein allgemein bekanntes Problem innerhalb der Beratung von Stoma Patienten durch die Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde (PESKW) in den Akutkliniken. Die Patienten sind unmittelbar nach der Operation die zur Stomaanlage führte, oft nicht in der Lage die Beratung durch die Pflegeexperten „adhärent“ anzunehmen. Die Gründe hierfür sind vielfach, sei es situative Überforderung, Anpassungsstörung oder weitere Ursachen, die im Ergebnis zur mangelnden Fähigkeit der Selbstversorgung führen. Das Hauptinstrument der Stomatherapie ist die individuelle Beratung der Menschen mit einem Stoma. Die Beratung ist unumgängliche Pflicht und sowohl fachlich wie strukturell und nicht zuletzt gesetzlich verpflichtend und absolut notwendig. Sicherlich ist sie als Kern der Stomatherapie zu verstehen. Was ist aber dann, wenn die Beratung durch die Stomatherapie für die Betroffenen scheinbar vergeblich ist?

Die nachfolgende Arbeit geht den Hintergründen dieser speziellen Beratungssituation in der klinischen Pflege nach und zeigt Lösungsansätze auf zur Bewältigung dieser Kommunikationsprobleme.

1. Einleitung

1.1. Erfahrung in der Beratung und spezifische Problematik

Im Rahmen der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde wurde die Problematik der wahrnehmbaren Grenzen der Beratungsfunktion durch PESKW mehrmals seitens der Dozenten und der Teilnehmenden als signifikantes Problem der Stomatherapie angesprochen. Dieses Problem findet sich sowohl auf der Ebene als Modul innerhalb der Weiterbildung und bei konkreten Situationen. Oft sind durch Beispiele aus der Praxis immer wiederkehrend die gleichen Problematiken, ähnlich der folgenden Fallbeispiele, genannt worden. Immer wieder kommt es zu der Situation, dass die Beratung innerhalb der Stomatherapie zwar wie vorgesehen nach dem geplanten Procedere stattfindet, aber nur zu mäßigem, oder gar keinem Erfolg führt. Häufig entsteht der Eindruck die geplanten Maßnahmen waren nicht wirksam. Der Patient ist jetzt durch die PESKW geschult, er kann eventuell seinen Versorgungswechsel in der Klinik durchführen aber es entsteht der Eindruck, dass nicht wirklich alles zufriedenstellend verstanden wurde. Diese Problematik ist mir persönlich sehr deutlich während des Praktikums klargeworden.

Inhalt dieser Arbeit ist die Beratung des geistig auf allen Ebenen orientierten und körperlich nicht eingeschränkten Patienten. Der sich in der Lage befindet, seine Stomaanlage grundsätzlich selbstständig zu versorgen, jedoch die Zusammenarbeit komplett ablehnt. Gerade bei diesen Patienten scheitert dieses primäre Ziel der Anleitung zur Selbstversorgung durch eine akute Belastungsreaktion, Überforderung und psychische Ablehnung oder Apathie. Gerade in diesem, noch zum Teil

traumatischen postoperativen Zustand soll der Patient im Rahmen der pflegefachlichen Anleitung selbst aktiv werden. Häufig reagieren die meist älteren Patienten mit offenem Unverständnis, Verdrängung und Verschiebung. Sie verweisen die Verantwortung auf andere Personen, wie Angehörige oder professionelle Versorgung durch das Gesundheitssystem. In dem sie den Verursacher der Problematik sehen. Die Beispiele zeigen, wie alle Akteure in der postoperativen Stomatherapie aufgrund erlernter Rollenaufteilung entsprechend den Erwartungen handeln.

Um die Problematik zu verdeutlichen folgen zwei konkrete anonymisierte Fallbeispiele.

1.2.a) Frau L.: Beispiel für die Verdrängung und Überforderung

Frau L. 69 Jahre alt, alleinlebend in Ulm mit zwei Söhnen im Allgäu, ehemalige Verwaltungsangestellte. Frau L. wird aufgrund von akutem Stuhlverhalt über mehrere Tage, einhergehend mit abdominalen Schmerzen im Unterbauch nach Visite durch den Hausarzt vom Rettungsdienst notfallmäßig in die Klinik zur Abklärung der Beschwerden gebracht. In der Klinik wird die Diagnose einer Sigma-Divertikulitis gestellt.

Die Patientin hat keine diagnostizierte geistige oder körperliche Einschränkung. Sie wird innerhalb der nächsten Tage operiert mit der Anlage eines doppel-läufigen Ileostomas als Schutzstoma nach teilweiser Entfernung von Segmenten des Kolons. Laut präoperativem Gespräch der Patientin mit dem Operateur: „...wird das Stoma vielleicht schon in sechs Wochen rückverlegt. Machen Sie sich da keinen Kopf.“ Anschließend wird die Patientin an die Stomatherapie zur Markierung im präoperativen Gespräch weitergeleitet. Während der Markierung wird klar, dass die Patientin trotz der ärztliche Aufklärung völlig ahnungslos zu sein scheint, was mit der Operation bezweckt wird oder was auf sie zukommt. Die Markierung registriert sie mit wenig Interesse und scheint auch keine Fragen zur Anlage des Stomas selbst zu haben, da sie davon ausgeht, dass es sich um ein temporäres und notwendiges Übel handelt, vielleicht ähnlich einer Naht, die später entfernt wird. Sie sagt wo „das Ding, jetzt hinkommt ist mir egal, kommt ja eh in ein paar Wochen wieder weg. Dann ist ja alles wieder gut.“ Auf die Information, dass dies eher eine positive Prognose als eine Tatsache ist und die Lage des Stomas für ihre Selbständigkeit und die problemlose Selbstversorgung wichtig ist reagiert sie mit Unverständnis.

„Dann kann ich mir doch einfach so einen Pflegedienst holen, die müssen für sowas doch kommen...“. Sie blockt das weiterführende Gespräch nach der Aufklärung über die Selbstversorgung ab, regiert mit Unglauben und verdrängt. Sie fragt stattdessen nach, wie man an „so einen Pflegegrad drankommt“. Diese Frage folgt auf den Hinweis, dass nur in diesem Fall eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst in Frage kommt. Während der Operation wurde noch ein Karzinom im Bereich der Ovarien entdeckt. Die Stomatherapie ist darüber informiert, dass dies der Patientin bei der Visite kommuniziert worden sei, aber mit unklarem Erfolg, nach Aussage der Stationsärzte. Daher sei das Thema bei der ersten Versorgung noch aus zulassen, zudem wirke sie noch leicht desorientiert. Sie hat ein doppel-läufiges, leicht prominentes Ileostoma am rechten Oberbauch. Bei der Erstversorgung lehnt sie jegliche Beteiligung auf Grund körperlicher Schwäche ab und muss detailliert motiviert werden. Bei den weiteren Terminen zeigt sie sich bei

der Versorgung desinteressiert, sie lenkt das Gespräch auf ihre Enkelin, die Angst habe, dass ihre Oma stirbt, um und wünscht Beratung hinsichtlich dieser Situation. Sie könne „Ja jetzt unmöglich mit dem Ding da, mit der Enkelin ein Eis essen gehen. Und überhaupt ihr Sohn käme ja zum Essen zu Besuch. Wie solle man so Mittagessen kochen?“ Als Ergebnis wird durch die behandelnden Ärzte versucht, die Patientin zunächst aufgrund der unzureichenden Selbstversorgungsfähigkeit in einer geriatrischen Früh-Reha unterzubringen, da sie mit der Situation derzeit überfordert sei. Mit dieser Entscheidung scheint für das beteiligte Team aus Ärzten, Pflege und Stomatherapie alles zufriedenstellend „gelöst“ zu sein.

1.2. b) Herr ÷.: Beispiel für das Verweisen der Verantwortung.

Herr ÷. 74, Rentner ehemaliger Postbeamter, verheiratet, zwei Söhne. Anlage einer Trans-Uretero-Uretero-Cutaneostomie (TUUC). Herr ÷. Hat eine unproblematische Anlage einer TUUC und steht nach kurzem Aufenthalt bereits in Kürze zur Entlassung an. Der Patient bekommt eine Anleitung zum Versorgungswechsel durch die Stomatherapie. Bei der Visite lehnt er es im Gespräch mit der PESKW ab, sich an dem Versorgungswechseln zu beteiligen. Das müsse er nicht machen, das macht seine Frau. „Es wäre besser, wir fänden einen Termin, wenn sie (die Ehefrau) da wäre“. Die PESKW entgegnet dem Einwand vorsichtig mit dem Argument, dass seine Frau eben nicht immer da sei, wie jetzt zum Beispiel. Es findet aufgrund der Abwesenheit der Ehefrau zu diesem Beratungstermin keine Anleitung statt. Es folgt auch kein Versuch den Patienten zu motivieren und es wird nicht beraten oder aufgeklärt. Bei der zweiten Visite ist die Frau anwesend, zeigt sich sehr verunsichert und hilflos. In der Anleitung zeigt sie sich offenbar überfordert mit der Herausforderung der Versorgung. Sie hat zudem offensichtlich Arthritis in beiden Händen, was die Handlungsmöglichkeiten bei der Stomaversorgung deutlich einschränkt. Sie wird zudem von ihrem Mann in einem imperativen Ton aufgefordert „Pass auf, was die Frau (die PESKW) dir sagt“. Der Patient lehnt sich auf dem Bett zurück und dirigiert trotz eigener völliger Ahnungslosigkeit zum anstehenden Versorgungsvorgang seine Frau. Der anwesende Sohn, der mit bei der Versorgung unterstützen soll, hört zu während er sich intensiv mit seinem Smartphone beschäftigt. Die Beratung findet auf der Basis der Aussage statt, „was machen sie denn, wenn ihre Frau mal nicht kann?“ Die Beratung schließt mit der Bemerkung ab, „Sie werden das sicherlich mit der Zeit auch selber machen können“ und „Sie werden sehen, das wird schon.“ Nach dem Verlassen des Patientenzimmers ist sich die PESKW nach Rückfrage scheinbar völlig im Klaren, dass die Versorgung in der Häuslichkeit unter diesen Umständen nicht funktionieren wird. Zudem wird erwähnt, dass diese oder ähnliche Fälle oft vorkommen. Das Phänomen sei ja auch bekannt.

1.3. Ziel der Arbeit

In beiden Fallbeispielen wird das Verhalten der Patienten durch die PESKW zwar registriert und auch anschließend im Team der Station reflektiert, mit dem Ergebnis, dass man nicht wirklich von einer adäquaten Versorgung der Patienten zu Hause ausgehen kann. Es fand sich in der vorausgehenden Beratungssituation kein Ansatz zur professionellen Handhabung der auftauchenden Probleme. Die PESKW beschränkte sich auf die Anleitung des Versorgungswechsels und der Aufklärung

über Nachversorger, weil das für sie Alltag ist. Jedoch nicht für den Patienten. Dieser beginnt bei dem Thema Stoma meist „bei Null“, selbst nach einer Recherche durch gängige Medien ist der Patient meist nur verwirrt, wenn nicht gar fehlinformiert. Weder der Operateur noch die PESKW können als Nichtbetroffene wirklich die individuelle Lage umfassend einschätzen. Zwar gilt diese Prämisse für viele Patienten, jedoch ist der Stoma Patient besonders auf die Edukation angewiesen, da er selbst sehr rasch einen völlig neuartigen und aktiven Teil an der Selbstversorgung übernehmen muss. Ein solche Patient erlebt seine Entlassung aus der Klinik als große Unsicherheit und beginnt sein Leben mit dem Stoma mit falschen, unrealistischen und unzureichenden Vorstellungen. Wo liegt nun der Schwerpunkt in der Beratung durch die Stomatherapie in der Klinik?

Pflegerische und medizinische Komplikationen im Bereich des Stomas sind klar definiert und unterschieden. Komplikationen im Bereich der Stoma-Form, der Schleimhaut, des Übergangs und der peristomalen Haut sind zentraler Bestandteil der modularen Weiterbildung der Pflegeexperten. Es gibt klare Vorgehensweisen und Lerninhalte sowie Broschüren von Herstellern (vgl. z.B. „Stoma Kompass“ o.ä.) zu diesen pflegefachlichen Themen. Doch wie verhalten sich professionell Pflegende, wenn der Patient ihre wohlmeinende Beratung ablehnt oder sich grundsätzlich wenig interessiert zeigt? „Es gibt viele Pflegende, die sich in ihrer Rolle frustriert fühlen, wenn sie feststellen, dass Patienten den geplanten Maßnahmen zur Unterstützung ihrer Erkrankung keine Folge leisten“ [Schulz S. 305]. Ziel dieser Arbeit ist es, sich der Non-adhärenz durch den Patienten auf pflegerischer Ebene im Bereich der Grenzen der Beratung zu nähern. Welchen Stellenwert hat die Beratung auf berufsethischer theoretischer Ebene, auf struktureller Ebene, im Rahmen der Gesetzgebung und gemäß fachlicher Vorgaben der Fachgesellschaft? Was tun wenn die Pflege möchte, aber der Patient nicht kann oder nicht will?

Aufgrund der immer kürzer werdenden Klinikaufenthalte der Patienten bedarf es einer definierbaren Grenze der Beratung als Bestandteil einer strukturierten Versorgung. Die Arbeit konzentriert sich fast ausschließlich auf die Beratung im postoperativen Bereich und das Entlassungsgespräch. Dies geschieht deshalb, weil diese postoperative Beratung, Schulung und Anleitung relevant für die erfolgreiche Handhabung des Versorgungswechsels und der Akzeptanz des Stomas durch den Patienten sind. Darüber hinaus sind sie die letzte Möglichkeit der Einflussnahme der Stomatherapie im Bereich der Klinik auf den Erfolg der Therapie.

2. Pflegetheoretische und Berufsethische Grundlage der Beratung

2.1.1. Patientenedukation

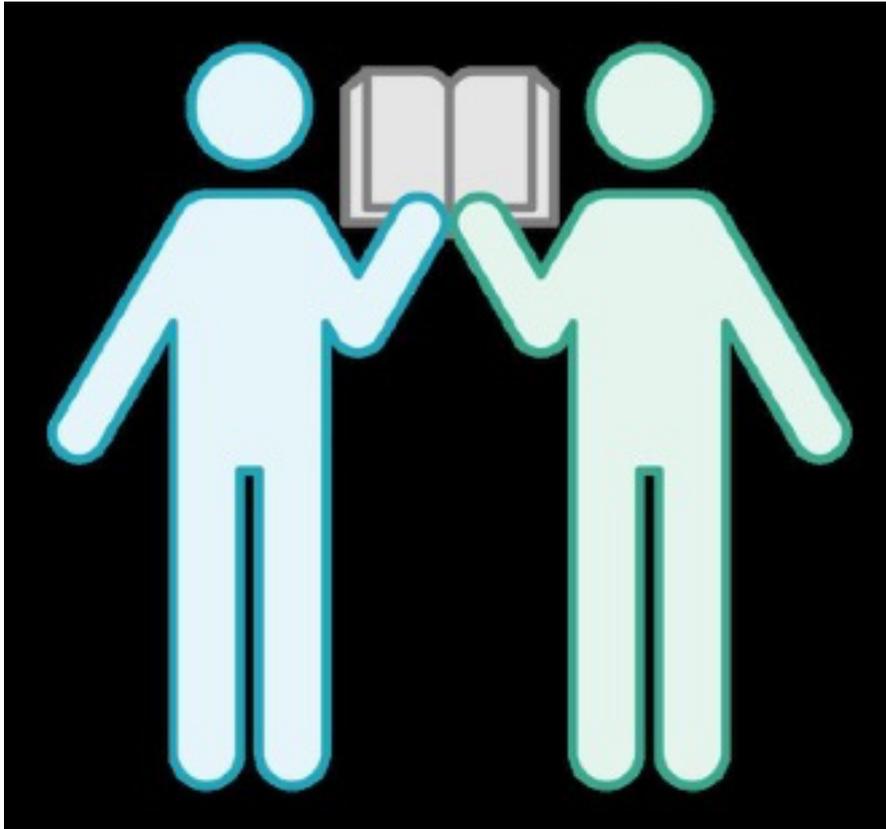
Unter Patientenedukation (lat. educare; auf-, erziehen) versteht man die Schulung von Patienten durch Beratung bzw. Anleitung in Hinsicht auf ihre Erkrankung. Sie ist in der Pflege international anerkannt als Teil des Konzeptes zur Gesundheitsförderung. Patientenedukation ist ein Prozess, in welchem der Beratende Daten sammelt, Instruktionen individualisiert, Unterstützung anbietet, evaluiert und neue Ziele setzt. „Der Begriff Patientenedukation umfasst somit alle

krankheits- und gesundheitsbedingten Bildungsmaßnahmen, die dem Patienten und seiner Familie von der Pflegekraft angeboten werden. Er beinhaltet die Kategorien Information, Schulung und Beratung“ [vgl. Werner, S. 264].

Ziel der Patientenedukation ist es „dem Patienten Wissen und Können für die veränderte Lebenssituation zu vermitteln und somit auf den Umgang mit seinem Stoma vorzubereiten“ [vgl. Gruber. S. 11]. Dazu dienen neben dem Fachwissen der Pflegeexperten, die Information, die Beratung, die Schulung und die Anleitung. Die Information beantwortet unterstützend Fragen zur Veränderung des Verhaltens. Sie unterstützt den Kompetenzzuwachs zur lösungsorientierten Entscheidungsfindung mit dem Ziel der Selbstständigkeit.

2.1.2. Schulung

Die Schulung umfasst die strukturelle Vermittlung von Fähigkeiten auf der theoretischen und informativen Ebene. „Schulung ist zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Fertigkeiten und Wissen. Die eindeutige Zielorientierung hebt die Schulung von Anleitung, Instruktion, Training, Lehren und Unterweisung ab.“ [vgl. Werner, S. 264] Allgemeines Ziel ist es, die Menschen mittels Information, Beratung und Anleitung im Umgang mit ihrer Krankheit zu schulen, da bei einem dauerhaften Bestehen der Störung das medizinische Fachpersonal alleine nicht zu einer Linderung beitragen kann. Der Patient muss gleichwertig in der Lage sein, seine Erkrankung bestmöglich in den Alltag zu integrieren. Die Durchführung von Patientenschulungen wird in der Regel von medizinischem Fachpersonal, sowie Pflegekräften und sonstigen Angestellten aus dem Gesundheitswesen übernommen. In dieser Arbeit sind hier die PESKW gemeint.



Bilder: FgSKW; Buch - Rehabilitation des Stomatragers

2.1.3. Anleitung

Die Anleitung ist der tatsächlich angewandte schrittweise Versorgungswechsel in der Praxis. Die Anleitung ist das Vermitteln von Fertigkeiten und Kenntnissen. Als pädagogische Tätigkeit setzt sie Kenntnisse voraus, wie eigene Fähigkeiten sinnvoll an andere weiter vermittelt werden, damit diese das vermittelte Wissen verstehen und umsetzen können. Explizit auf die Pflege bezogen ist die Anleitung die gezielte Einführung von Angehörigen, Patienten, Pflegeschulern oder neuen Mitarbeitern in pflegerische Handlungen, Pflorgetechniken oder Arbeitssituationen. Ich erweitere diese Definition damit, dass die vermittelten Fähigkeiten und Kenntnisse auf den aktuellsten Stand, möglichst wissenschaftlich fundiert und in Einklang mit dem in der Weiterbildung vermitteltem Lehrstoff, also mit dem Curriculum der Weiterbildung abgestimmt sein müssen.

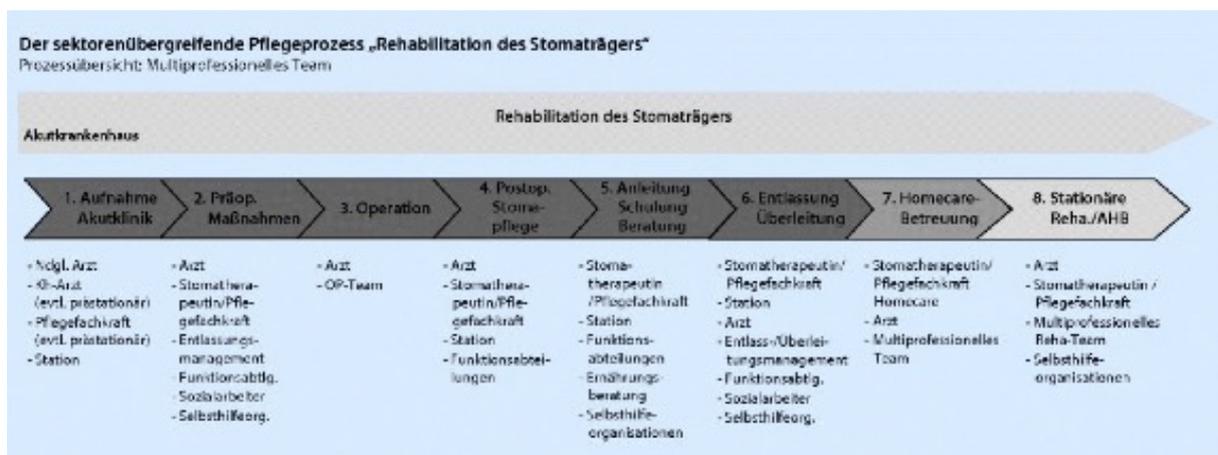
2.1.4. Die Beratung

Die Beratung ist ein Gespräch oder ein Gesprächsangebot. Sie dient zur reflexiven Entscheidungsfindung mit der Möglichkeit Bedenken oder Fragen zu äußern [vgl. Gruber S.11]. Die Beratung nimmt eine pflegerisch professionelle Perspektive ein mit dem Fokus auf die aktuellen Bedürfnisse, mögliche Perspektiven, Ressourcen und Handlungsoptionen. „Die professionelle Beratung ist ergebnisoffen, dialogisch, prozesshaft, findet im Kontext professioneller Tätigkeit statt und arbeitet

mit den Kompetenzen des Patienten [vgl. Werner, S. 265]. Die Beratung ist das zentrale Instrument zur Erreichung der Selbstbestimmung und Selbstversorgung des Patienten im Rahmen der Stomatherapie.

2.1.5. Inhalte der Beratung

Die Beratung beinhaltet zum einen alle Aspekte des alltäglichen Lebens mit dem Bezug zur veränderten Lebenssituation, wie die Ernährung, das Gewicht, Baden, Duschen, Schwimmen, Sauna. Die sozialen Aspekte wie Familie, Kinder und Sexualität, auch Reisen, Hobbys. Beruf und soziale Hilfen wie der Antrag beim zuständigen Versorgungsamt, Hilfen durch den sozialen Dienst, Ambulante Pflegedienste, Krankenkassen sind für viele Patienten wichtige Themen. Bei Patienten mit Descendostomie wird dies noch um die Möglichkeit der Anleitung zur Irrigation erweitert. Die Beratung erfasst alle Bereiche, die dem Patienten die Rehabilitation nach seiner Erkrankung erleichtern und das selbstbestimmte und autonome Leben soweit möglich zulassen.



Die Beratung ist innerhalb des Prozesse, außer der Operation selbst, fester und unverzichtbarer Bestandteil aller Teilprozesse von der Aufnahme bis zur Nachversorgung.

Gruber, G., & Droste, W. (2010). *Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie für Krankenhäuser, die ambulante Homecare-Versorgung und Rehabilitationskliniken (2. überarb).* Schluetersche Verlagsanstalt.

2.2. Theoretische Grundlage

Als wissenschaftliches Auseinandersetzen mit der Methodik der Pflege entstanden die verschiedenen modellhaften Pflegetheorien bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Später in den 50iger Jahren entstand ein 3-Phasen-Modell. Pflegetheoretikerinnen in den USA entwickelten später unterschiedliche Ansätze für 4-Phasen-Modelle. Ausschlaggebend war die Suche nach nachvoll-ziehbaren Möglichkeiten um die

rationalen Ansätze zur Problemlösung zu definieren. Die theoretischen Überlegungen wurden systematisch, zielgerichtet und prozesshaft strukturiert. Und um praktisch in das konkrete pflegerische Handeln umgesetzt zu werden. Als Instrumente dienen bis heute die definierte Zielsetzung, die Dokumentation und die Evaluation. Seit den 70er Jahren wird der Pflegeprozess in der Pflege in Deutschland diskutiert. Seit 1985 ist er im Krankenpflegegesetz ((β4)) und seit 2001 im bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz verankert ((β3, (1))).

2.3. Sektorenübergreifender Pflegeprozess

Auf Grundlage der theoretischen Pflegeforschung wird seit 1967 das 4-Phasen-Modell von der WHO favorisiert. Es gliedert sich in:

1. Einschätzen (Assessment)
2. Planung (Planning)
3. Durchführung (Intervention)
4. Bewertung (Evaluation)

In der professionellen Pflege bedarf es einer genauen, strukturierten Planung zur um die Betroffenen in ihrer Rehabilitation zu begleiten.

Im Bereich der Stomatherapie kann hier bei Pflegeprozess im modifizierten Model des „Sektorenübergreifenden Pflegeprozesses „Rehabilitation des Stomaträgers““ nach Droste und Gruber [Gruber S.14 ff.] definiert werden. Dieser gliedert sich in acht verschiedene Teilprozesse:

1. Aufnahme im Akutkrankenhaus, Beratung und Anleitung
2. Präoperative Maßnahme, präoperatives Gespräch, ggf. Anleitung, Pflegeberatung Stoma
3. Operation
4. Postoperative Stomapflege, erster Versorgungswechsel
5. Anleitung, Schulung, Beratung, spezielle pfleg. Beratung
6. Entlassung, Entlassungsgespräch (=Beratung)
7. Homecare Betreuung, Hausbesuch, Beratung
8. Stationäre Reha./AHB, Anleitung Schulung Beratung

2.4. Anpassungsstörung

Ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, wie die Diagnose einer schwerwiegenden Darmerkrankung oder ein Karzinom, mit dem Ergebnis der Anlage eines Stomas, ruft eine akute Belastungsreaktion hervor. Eine solche besondere Veränderung im Leben führt zu einer anhaltend unangenehmen Situation und schließlich zu einer Anpassungsstörung. Die Störung steht also in direkter Folge zur Belastung bzw. zum Trauma im Kausalzusammenhang.

Die genaue Definition der Anpassungsstörung im ICD 10 lautet:

„F43.2 Anpassungsstörungen: Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden

Lebensereignissen auftreten. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Außerdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein. Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein.“ [vgl. ICD 10 online]. Im Fall des Stoma Patienten treten diese durch mehrere aufeinander folgende Belastungen auf: die Diagnose der Krankheit, die dadurch verursachte körperliche und psychische Belastung, die Notwendigkeit einer Stomaanlage, die folgende Veränderung der körperlichen Erscheinung. Die individuelle Vulnerabilität spielt eine große Rolle. Ebenso negative frühkindliche Vorerfahrungen bei älteren Patienten mit dem Leid von Angehörigen oder Bekannte die mit dem Stoma leben mussten. Oft sind die Vorstellungen falsch und ungenau. Viele Patienten kenne die qualitative Veränderung der letzten Zeit nicht.

2.5. Compliance versus Adhärenz

Adhärenz bezeichnet: „das Ausmaß, in dem das Verhalten eines Patienten mit den Behandlungszielen und –wegen übereinstimmt, die er zuvor mit dem Behandlungsteam gemeinsam beschlossen hat. Dabei geht diese Definition über den Begriff der Compliance hinaus, setzt er doch eine andere Beziehung voraus: im Zentrum steht nicht mehr die Folgsamkeit des Patienten sondern vielmehr ein beiderseitiges Bemühen um eine für den Patienten gute Entscheidung.“[Schulz S.305]. Sowohl der Begriff der „Compliance“ als auch der „Adhärenz“ wird in der Literatur verwendet, wobei der aktuellere Begriff Adhärenz (adherence; engl.: Einhaltung, Befolgung, Beachtung) den älteren Begriff Compliance (compliance; engl.: Erfüllung, Folgsamkeit) ersetzt hat. Eng definiert bedeutet Compliance „das Ausmaß, in welchem ein Patient medizinische Instruktionen befolgt“ (WHO 2003). Compliance bezeichnet die Einhaltung der Therapievorgaben durch den Patienten und repräsentiert eine veraltete Sicht, wonach die Verantwortung für Therapieerfolg oder Therapieversagen einseitig beim Patienten liegt. Adhärenz bezeichnet das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person, wie die Medikamenteneinnahme, ein Diätregime und/oder eine Lebensstiländerung, mit den mit dem Therapeuten vereinbarten Empfehlungen übereinstimmt. Grundlage einer erfolgreichen Therapie ist die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Patienten sowie der Faktoren, die es dem Patienten erschweren, das Therapieziel zu erreichen. Eine gute Adhärenz entspricht dem konsequenten Befolgen des mit dem Arzt vereinbarten Behandlungsplans. Der Begriff „Persistence“ wird im Zusammenhang mit Therapietreue verwendet. Er beschreibt die Beibehaltung einer Therapie über einen bestimmten Zeitraum. Das komplexe Phänomen Adhärenz wird nicht nur von patientenbezogenen Faktoren beeinflusst. Gesundheitssystembedingte Faktoren, die außerhalb des Machtbereichs des Patienten liegen, spielen ebenfalls eine große Rolle. Die Einstellung und das Verhalten von Patienten sowie die individuelle Bedeutung der Medikamenteneinnahme ändern sich im Verlauf der Therapie, sodass multifaktorielle Lösungsansätze in Betracht gezogen werden müssen. Soziale und ökonomische Faktoren wie Bildung, die finanzielle Situation und das Alter, krankheitsbezogene

Faktoren wie die Schwere der Symptome, therapiebezogene Faktoren wie die Dauer der Behandlung, patientenbezogene Faktoren wie die Angst vor Nebenwirkungen und schließlich Gesundheitssystembezogene Faktoren wie Vertrauen zum Arzt werden von der WHO als die fünf Dimensionen der Adhärenz bezeichnet.

3. Struktureller Rahmen

3.1. Aufgaben der Stomatherapie als Inhalt der S3 Leitlinie „Kolorektales Karzinom“

In der S3 Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ wird die Rolle der Stomatherapie wie folgt definiert: „Die präoperativen Informationen zur Stomaanlage sollten vom behandelnden Arzt und einer entsprechend ausgebildeten Pflegekraft (Stomatherapeut/in) gegeben werden. Ein Gespräch mit einem Betroffenen aus einer Selbsthilfegruppe sollte - sofern verfügbar - angeboten werden. Die Markierung des Stomas kann durch eine geschulte Pflegekraft / Stomatherapeut/in erfolgen, die Verantwortung für die korrekte Stomamarkierung und damit auch korrekte Anlage des Stomas liegt aber beim Arzt. Für eine optimale Lage ist es erforderlich, dass die Stoma Position im Liegen, Sitzen und Stehen angezeichnet wird. Die postoperative Stomatherapie sollte sicherstellen, dass der Patient bzw. - sofern er selbst dazu nicht in der Lage ist - dessen Angehörige oder betreuende Personen, selbstständig die Stomaversorgung durchführen können (Grundplattenwechsel, Stomabeutel leeren und wechseln), die Versorgung mit Stoma Artikeln gewährleistet ist und im Bedarfsfall der Zugang zu einem(r) Stomatherapeuten/in gewährleistet ist. Die Irrigation sollte Kolostomaträgern angeboten werden. Durch die präoperative Stomamarkierung und Einsatz von Stomatherapeuten konnte in einzelnen Studien eine Senkung der postoperativen Stoma-Komplikationsrate gezeigt werden“. Des Weiteren konnte in einer prospektiven Studie gezeigt werden, dass die präoperative Stoma Beratung die postoperative Versorgung vereinfacht“. [Leitlinie S. 132] Im Weiteren wird empfohlen: „Eine psychosoziale Beratung und gegebenenfalls Betreuung ist wünschenswert bei Problemen der psychischen Verarbeitung des Tumorleidens, bei Therapiefolgen, bei sozialen Anpassungsstörungen sowie bei der beruflichen Wiedereingliederung [Leitlinie S. 247] ...

Die Patienten sollten verstärkt dazu angehalten werden, ihre für Gesundheit und Lebensqualität förderlichen Lifestyle-Aktivitäten weiter zu praktizieren. Darüber hinaus belegen Studien, dass Patienten davon profitieren, wenn sie das Management ihrer Beschwerden und Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, Schmerz, Fatigue, Depression, Stoma-Versorgung u. a.) selbst in die Hand nehmen können [1299, 1300]. Dies kann durch einfache Maßnahmen wie telefonisches „Follow up“, schriftliches Informationsmaterial, das Führen eines Patiententagebuchs mit integrierter Ergebniskontrolle („Patient Reported Outcomes“, PRO) unterstützt werden [1295, 1297, 1298, 1301]. Bei der Umsetzung dieser Maßnahmen kommt den Krebs-Beratungsstellen sowie den Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle zu.“ [S. 248] Hier ist erkennbar, dass der ganzheitlichen Betreuung mit Beratung ein hohes Maß an Relevanz zugeschrieben wird.

4.1. Gesetzliche Grundlagen der Patientenedukation (ß 7a SGB XI – Pflegeberatung)

Die pflegerische Beratung wird auf gesetzlicher Ebene im Sozialgesetzbuch festgeschrieben nach § 7a SGB XI. Mit den Richtlinien werden einheitliche Vorgaben eingeführt, die für alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatungen im Sinne des § 7a SGB XI durchführen oder mit der Durchführung beauftragt wurden, dies gilt für alle Träger der Pflegeberatung verbindlich. Definition der Pflegeberatung lautet hier: „Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist eine individuelle und umfassende Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater bei der Auswahl sowie Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI dient dem Zweck, eine angemessene sowie erforderliche Pflege, Betreuung, Behandlung, Unterstützung und Versorgung zu erreichen und zu sichern.“ Die Pflegeberatung ist hierbei ebenso ein Prozess: Die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater soll den individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf ermitteln, bedarfsentsprechend beraten, einen Versorgungsplan erstellen, auf die erforderlichen Maßnahmen und die weitere Umsetzung des Versorgungsplans hinwirken, den Versorgungsplan gegebenenfalls anpassen und Informationen über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen vermitteln. Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) steht: „Patientenedukation beinhaltet die Information, Schulung und Beratung der Patienten/-innen und pflegebedürftigen Menschen, um im Rahmen der Pflege individuell auf die Voraussetzungen und Bedürfnisse des/der Patient/-in reagieren zu können. Der Prozess der Patientenedukation verläuft parallel zum Pflegeprozess“ [GuKG, Weiss-Faßbinder/Lust, 2009, S. 90, §14 (2) 4]

Die Pflege solle ratsuchende Personen bei der möglichen Inanspruchnahme einer Vielzahl von Leistungen und Hilfen unterstützen. Sie sollen mit einer Beratung aus einer Hand befähigen, Entscheidungen entsprechend der individuellen Pflegesituation zu treffen. Die Ziele der Pflegeberatung sind demnach, die Stärkung der Selbstbestimmung und Selbständigkeit der/des Anspruchsberechtigten, die passgenaue der persönlichen Situation der/des Anspruchsberechtigten ausgerichtete Versorgung, die Entlastung Angehöriger und weiterer Personen. Bei der Unterstützung in der häuslichen Pflege Beteiligten und damit auch die Sicherung und Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements. Weitere wesentliche Ziele sind je nach Bedarfslage der anspruchsberechtigten Person das Herausarbeiten von Möglichkeiten, um Krisensituationen zu bewältigen und etwaige Versorgungsdefizite zu mindern, zu beheben und vorzubeugen. Die Ziele sollen erreicht werden, indem die Pflegeberatenden die Fragen der ratsuchenden Person gemeinsam mit dieser klärt und die Inhalte der Pflegeberatung, anhand des zu ermittelnden Hilfe- und Unterstützungsbedarfs gemeinsam mit der ratsuchenden Person erörtert. Dadurch können Lösungen geschaffen werden, die individuell auf die jeweilige Lebenslage der/des Anspruchsberechtigten abgestimmt sind. Wesentlich für die Umsetzung der Ziele ist eine gute Vernetzung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberatende den regionalen Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsanbietern. Das Verständnis von Beratung erfolgt dabei insbesondere im gegenseitigen Einvernehmen. Die ratsuchende Person und die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater sind während des gesamten Beratungsprozesses einig über die Zusammenarbeit. Die

Inanspruchnahme der Pflegeberatung ist freiwillig, neutral und unabhängig. Die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater berät die ratsuchende Person ohne eigene Interessen und ohne jede einflussnehmende Tendenz zur Inanspruchnahme bestimmter Hilfe- und Unterstützungsleistungen, unter Berücksichtigung und Stärkung der Selbstbestimmung. Im Rahmen des Beratungsprozesses soll die/der Anspruchsberechtigte und auf ihren/seinen Wunsch Angehörige und weitere Personen in die Lage versetzt werden, aus den verschiedensten Angeboten unterschiedlicher Träger die für sie/ihn am besten passenden Leistungsangebote/Angebote in Anspruch zu nehmen. Dies ist die idealisierte gesetzliche Zielvorgabe.

4.2. Gesetzlicher Rahmen der pflegefachlichen Beratung im Hilfsmittelverzeichnis (HiMiVz)

In der „Bekanntmachung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) Fortschreibung der Produktgruppe 29 "Stomaartikel" des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V vom 13.11.2018“ findet man folgende Formulierung zum Stellenwert und Inhalt der Beratung: „VII.1 Beratung und Auswahl des Hilfsmittels: Die persönliche Beratung der Versicherten oder des Versicherten über das für ihre oder seine konkrete Versorgungssituation geeignete und notwendige Hilfsmittel erfolgt durch geschulte Fachkräfte. Die persönliche Beratung findet, wenn erforderlich, vor Ort/am Wohnort der Versicherten oder des Versicherten statt. Die persönliche Beratung in den Räumen des Leistungserbringers nach § 127 SGB V hat in einem akustisch und optisch abgegrenzten Bereich/Raum zu erfolgen. Es ist über den Anspruch auf eine mehrkostenfreie Versorgung aufzuklären. Der Versicherten oder dem Versicherten wird eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln angeboten, die für den Versorgungsfall individuell geeignet sind. Das Beratungsgespräch einschließlich der mehrkostenfreien Versorgungsvorschläge ist zu dokumentieren, sofern in den Verträgen gemäß § 127 SGB V keine Ausnahmen für bestimmte Versorgungsfälle geregelt sind. [Bekanntmachung S.9. ff.]. Definiert werden hierbei, die Punkte der „persönlichen“ Beratung und die Gelegenheiten der Räumlichkeiten. Die pflegerische Beratung wird also im Sozialgesetzbuch festgeschrieben und als individuell und umfassend festgehalten. Im Hilfsmittelgesetz ist sie Bestandteil. Es wird zudem eine „geschulte“ Fachkraft gefordert. Hierbei ist die Definition „geschult“ und „Fachkraft“ jedoch nicht konkret bezeichnet.

5. Fachlicher Rahmen

5.1. Leitlinie der FgSKW

Experten und wissenschaftliche Fachgesellschaften erstellen Leitlinien für bestimmte Themen. Für Pflegekräfte und Patienten versprechen diese Leitlinien eine Entscheidungshilfe, welche Pflegemaßnahme oder Behandlung den größten Erfolg verspricht. Sie beinhalten alle Pflegemaßnahmen, deren Wirkung wissenschaftlich belegt ist und auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand abgeglichen ist. Es wurde bisher noch keine Leitlinie der Pflege im deutschen Sprachraum erstellt. Die Entwicklung von Leitlinien erfolgt nach internationalen Vorgaben. Im englischen

Sprachraum wurde eine Leitlinie für die Dekubitusprophylaxe erarbeitet und umgesetzt [vgl. Bölicke 2007, S. 10.]

Die Leitlinie der FgSKW formuliert „Die Leitlinie ist formuliert zur Anleitung professioneller Pflegefachkräfte, Betroffener und bei Bedarf von deren Angehörigen.“ [Leitlinie, S.1]. Dort steht unter Punkt 1. das Informationsgespräch mit dem Betroffenen innerhalb des Rehabilitationsprozesses.

Sie verweist auch inhaltlich auf die Leitlinie „S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten Deutsche Krebsgesellschaft (vertreten durch AG PSO) Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO) Version 1.1 – Januar 2014 AWMF-Registernummer: 032/051OL“. Im „Berufsbild Pflegeexperte Stoma Kontinenz Wunde“ wird Beratung festgelegt als Teil des Berufsbildes: „Beratung von Betroffenen und ihren Bezugspersonen über geeignete Stomaversorgungssysteme und Anleiten zur Eigenversorgung“, „Information der Betroffenen und ihren Bezugspersonen zu Fragen der Alltagsbewältigung mit dem Stoma“ und „Beratung, Anleitung und Schulung der Mitglieder des multiprofessionellen Teams“.[Berufsbild S.5]

5.2. Als Inhalt der Weiterbildungen

Innerhalb der Weiterbildung zu Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde ist die Beratung ein Bestandteil des modularen Curriculums im: 4. Modul – Patientenedukation und Praxisanleitung, umfasst sie die Inhalte: Kommunikationsmodelle, Gesprächsführungskonzepte, Wirkung von Sprache, Schritte des Beratungsprozesses, Einflussfaktoren auf die Beratung, Demografische Entwicklung, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, pflegerelevante und gesundheitswissenschaftliche Konzepte und Ansätze. Somit ist sie ein elementarer Bestandteil in der Weiterbildung zum PESKW.

6. Ethischer Aspekt: Autonomie nach D. Fölsch

„Autonomie bedeutet demnach, dass eine Person selbst entscheiden kann, was sie für sich als sinnvoll empfindet und folglich Entscheidungen trifft, die wiederum bestimmte Handlungen mit sich bringen. Weiterhin zeigt diese Definition auf, dass Selbstbestimmung frei ist von außen auferlegten Zwängen.“[vgl. Fölsch. S. 39] Durch diese Einschätzungen wird angedeutet, dass eine Selbstbestimmung nicht davon abhängig ist, ob jemand in den Augen anderer sachlich handelt sondern vielmehr davon, er selbst davon überzeugt ist, vernünftig zu handeln, zu der Autonomie als Merkmal von Handlungen bzw. Entscheidungen führt [vgl. Fölsch S. 40]. Allgemein unter Autonomie werde auch folgende Definitionen verstanden;

- die Fähigkeit selbstständig Entscheidungen treffen zu können und zu dürfen
- die Möglichkeit handeln zu können und zu dürfen wie man es selber für richtig hält
- die Möglichkeit hingehen zu können und zu dürfen, wo es einen gerade hinzieht
- die Möglichkeit alles denken und sagen zu können
- Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverwaltung sind nur einige, offensichtlich alltägliche, selbstverständliche Beschreibungen, die Autonomie ausdrücken.

Nach Fölsch hat jeder Patient grundsätzlich das „Recht eines Menschen auf Achtung der Autonomie“. Gemeint ist damit insbesondere der Aspekt der Patientenautonomie. Dies verdeutlicht sich in den Pflichten der Pflegenden gegenüber ihren Patienten in Bezug auf die Punkte Unterstützung, Förderung und Achtung des Rechtes auf Autonomie. Die Autorin thematisiert die weitreichenden Konsequenzen, die eine Akzeptanz des Rechts auf Achtung der Autonomie als moralisches Prinzip in der Pflege im Pflegeprozess hat. Wichtig ist die Grenzen der Autonomie exemplarisch bei der Verletzungen der Rechte Dritter. Sowie zum Erhalt der Freiheit, bei desorientierten Patienten und bei nicht entscheidungsfähigen Patienten. Abschließend stellt sich die Frage, ob die Autonomie denn auch Wunsch und Ziel eines jeden Patienten sei.

Der zweite Teil des Konzepts nach Fölsch beinhaltet den „Fürsorgeaspekt in der Pflege“. Sie veranschaulicht den Fürsorgepaternalismus anhand der asymmetrischen Beziehung zwischen dem Helfer einerseits und dem Hilfsbedürftigen andererseits. Im nächsten Punkt thematisiert sie die Wichtigkeit der Reflexion eigener Wertvorstellungen und Annahmen und verdeutlicht die Grenzen der Fürsorge. Im vierten Teil geht Fölsch auf die Kriterien der Pflegequalität ein, die anhand der vier Prinzipien ethisch beleuchtet werden.

Kapitel drei widmet sich dem „Prinzip des Nichtschadens“ und thematisiert folgende schädigende Handlungen in der Pflege: Nicht fachgerechte Pflege, Nachlässigkeit und mangelnde Sorgfalt sowie schädigende organisatorische Faktoren. Abgegrenzt wird dies zum Tabuthema Gewalt in der Pflege.

Patient Care	Phänomenologie	Self Care
Achtsamkeit	sehen	Selbstachtung
Einlassung	hören	Intuition
Empathie	fühlen	Selbst-Spürung
Resourcing	sprechen	Selbststärkung
Berührung	tun	Selbstermutigung

Fölsch spricht von „Prinzip der Gerechtigkeit“ gemeint sind die Interessenskonflikte aller an der Pflegesituation Beteiligten: den Patienten, den Angehörigen, der Pflege und Medizin sowie des Gesundheitssystems. Sie befasst sich in einem weiteren Schritt mit einer gerechten Verteilung der Ressourcen, die in der Praxis nach vier verschiedenen Kriterien erfolgen. Anhand dieser Kriterien wird das Gerechtigkeitsprinzip von Fölsch beschrieben.

7. Anwendung in der Praxis

7.1. Strukturelle Grundlagen der Beratung

Grundsätzlich muss das Beratungsgespräch und der Zeitpunkt mit dem Betroffenen eingeplant werden. Dies erforderte zunächst die Absprache mit dem Operateur, den

Stationsärzten, eventuelle Visiten, der Station selbst, sprich der Pflege und ebenso der Rücksprache mit anderen Therapeuten. Die da wären; Physiotherapeuten, Ernährungsberatung, psychologische Beratung falls gegeben und der Soziale Dienst und das Entlassmanagement. Ziele der Beratung müssen zunächst im Zusammenhang mit den Vorgaben formuliert werden, d. h. Was genau soll im ersten, zweiten, dritten Gespräch usw., genau erreicht werden. Die Einschränkungen des Patienten, sowohl körperliche oder psychische müssen bekannt sein. Die räumlichen Bedingungen sollen eine sinnvolle Beratung erst möglich machen. Es ist dabei vorteilhaft einen separaten Raum zum ungestörten Gespräch zu nutzen zu können ohne Unterbrechungen und Ablenkungen durch Mitpatienten, andere Berufsgruppen oder das allgemeine Stationsgeschehen.

7.2. Grundlegende Spielregeln

Die Informationen sind dabei fachlich. Individuelle Beratung erschließt sich situativ. An dieser Stelle erfolgen die Entscheidungshilfe und/oder Unterstützung. Die Ziele sollten nicht zu abstrakt formuliert sein. Es bietet sich an die Ziele in Etappen aufzuteilen und Teilziele zu festzulegen. Wie zum Beispiel:

- Verständnis der Ausgangssituation: Weiß der Patient was auf ihn/sie zukommt?
- Ist dem Patienten das Ausmaß der zugrunde liegenden Erkrankung bekannt? Versteht er / sie die Notwendigkeit der Anlage?
- Wurde der Arzt richtig verstanden?
- Ist der Ablauf der nächsten Tage prä- und postoperativ bekannt?
- Wissen sie was nach der Entlassung auf sie zukommt?
- Wer hilft Ihnen?

Zusammenhänge sollten erklärt oder wiederholt werden, falls nötig. Um das Beratungsgespräch zielführend zu gestalten. Bedarf es neben des Erkennens der Bedeutung der Beratung als Stellenwert innerhalb der pflegerischen Handlung auch um konkrete Spielregeln.

Als eine Art von Bausteinen die sich als nützlich erweisen und geläufigen Fehlern. Diese sollen nicht als eine Art „Textbook“ oder Standard gesehen werden, da solch eine Methodik im Bereich der Beratung nicht anwendbar ist, sondern eher als eine Liste von hilfreichen „do’s“ und „don’t’s“. Grundsätzlich gilt es nicht-rationale Ansätze zur Problemlösung zu vermeiden, damit ist nicht nur ein Gespräch auf der Beziehungsebene nach Wazlawik zu verstehen, sondern das Vermeiden von irrationalen Überzeugen, wie:

- das Handeln aus Intuition
- das Handeln aus Tradition
- das Handeln nach einer Autorität
- das Handeln nach Versuch und Irrtum
- und nicht begründbare und nicht transparente Aussagen oder Inhalte

Das Setting sollte idealerweise den Zeitpunkt und den Zeitrahmen berücksichtigen. Also wann und wie lange spielt eine große Rolle. Die Anpassung und Auswahl der Sprache an den kognitiven Hintergrund und Zustand des Patienten. Gezielte Fachinformationen können und sollen an die Vorinformierten weitergegeben werden.

Eine einfache Sprache ist vorteilhaft für den unbedarften oder unwilligen und uninformatierten Patienten. Wichtig ist es im Hintergrund zu behalten, dass Erinnerungen, Assoziationen, die Angst vor Veränderung, Krankheitserleben und nicht zuletzt Schmerz im Hintergrund eine zentrale Rolle spielen. Eine Überforderung an zu vielen an Informationen ist ein häufiger Fehler.

Die Methoden und Werkzeuge können hierbei verschiedene Kommunikationsmodelle sein, Wertschätzung, einführendes Verstehen und Echtheit. Grundsätzlich gilt es lösungsorientiert und ressourcenorientiert vorzugehen.

Dabei könne folgende Werkzeuge zum Einsatz kommen:

Informationsmaterial, Beratungsmedien, DVD's, Tablet's, Internetadressen und Foren können empfohlen werden. Grundsätzlich ist die Situation des Patienten einzuschätzen, dies kann in Form eines Fragebogens zur Einschätzung des Lernbedarfes, Wissens und Informationsbedarfs genutzt werden.

Das Einschätzen der Motivation, des Lernstils und der Ursachen der fehlenden Motivation sind idealerweise der Entscheidende Faktor. Diese können sein, Lernbarrieren, die körperliche Verfassung, soziale Rolle und soziokulturelle Normen, wie im zweiten Fall-beispiel. Auch Ängste und Mythen, religiöse Vorstellungen und fehlendes Bewusstsein von Hilfsoptionen und positiven Erwartungen sind ein Faktor.

7.3. Vermeidbare Fehler

Gestelle Fragen selbst beantworten:

Ein häufiger Fehler ist es dem Patienten eine gute Frage zu stellen und diese im nächsten Moment selbst zu beantworten. Auf diese Weise verliert auch die beste Frage ihre Wirkung. Wenn der Patient über eine Ihrer Fragen nachdenken muss, wurde eine gute Frage gestellt.

Es lohnt sich den Moment der Stille auszuhalten. Sagt Ihnen der Patient, was er möchte, ohne dass Sie ihn suggestiv dahin gedrängt haben, dann hat man die Basis, auf der man gemeinsam aufbauen kann. Es ist dann weniger Überzeugungsarbeit notwendig.

Es wird dem Patienten aufzeigen, dass man eventuell seine Wünsche erfüllen kann. Fragen abzuwerten:

Einen Patienten nur unzureichend aufzuklären: Es ist gar nicht so einfach, das richtige Maß an Kommunikation zu finden. Vor allem deshalb, weil einem Menschen die Dinge, die er täglich tut, so selbstverständlich werden, dass er „vergisst“, dass sie anderen fremd sind und einer Erklärung bedürfen.

Auf gar keinen Fall darf den Patienten Unwissenheit spüren lassen oder ihm falsche Informationen vorhalten. Es gibt kaum etwas Schlimmeres, als einen anderen Menschen „dumm dastehen“ zu lassen. Die Geringschätzung, die dadurch vermittelt wird, zerstört das Vertrauen des Patienten darin, dass die Stomatherapie sein Wohl im Auge hat.

Gestellte Fragen bagatellisieren:

Es gibt die Patienten, die alles ganz genau wissen möchten, auch hier darf man nicht ungeduldig weiter Fragen, welche man selbst aus Erfahrung als irrelevant erachtet mit Ungeduld abblocken oder bagatellisieren.

Die meisten glauben, dass Patienten alle Fragen stellen können. Beobachtet man aber das Verhalten genau, dann stellt man schnell fest, dass Körpersprache, Gestik

und Mimik Fragen häufig im Keim ersticken. Wenn man diese Haltung verändern möchte dann ist es sehr ratsam die Patienten für Fragen zu loben, denn ein fragender Patient zeigt Interesse und beschäftigt sich mit Ihren Vorschlägen. Beispiel: „Ich merke, Sie denken richtig mit.“ Oder: „Das ist ein sehr wichtiger Punkt, den Sie gerade ansprechen.“ Oder: „Sie beschäftigen sich sehr genau mit ihrer Situation. Das freut mich“.

Die Bestätigung entkrampft den Patienten, weil er spürt: Hier werde ich mit meinen Fragen ernst genommen. Sie werden überrascht sein, dass sich die Fragen mit der Zeit sogar eher reduzieren werden. Informationen nach dem „Gießkannenprinzip“: Es gibt Komplikationen, die können bei nahezu allen Patienten auftreten. Ein Beispiel sind Hautirritationen. Manchmal wird das genauso formuliert: „Wir empfehlen das allen frisch Operierten“. Oder: „Wir machen das immer so“. Es wird sprichwörtlich mit der Gießkanne über alle verteilt. Für die meisten Menschen ist dies jedoch kein überzeugendes Argument. Sie möchten wissen, warum die Behandlung gerade für sie wichtig wäre. Gelingt es nicht, den individuellen Nutzen für den Einzelnen herauszustellen und zu vermitteln, dann lässt die Erfolgsquote zu wünschen Informationen bagatellisieren:

Eine gängige Art, Zeit zu sparen, besteht darin, Patienten nur nebenbei auf etwas anzusprechen und ihnen eventuell noch etwas Schriftliches an die Hand zu geben. Wenn sie nicht reagieren, wird dies als Desinteresse des Patienten gemerkt und man fragt nicht noch einmal nach. Die Botschaft, die beim Patienten ankommt, ist meist diffus. Es kann nicht so wichtig sein, weil es sonst nicht einfach nebenbei erwähnt worden wäre, und wenn es doch wichtig ist, wird das Thema sicherlich noch einmal angesprochen werden. In der Realität passiert das jedoch selten, weil die man auf die Reaktion und Aktion des Patienten wartet. So gehen aufgeschlossene Patienten „verloren“ und man beklagen sich über deren vermeintliche Beratungsresistenz.

Unklare und undefinierte Aussagen „Das klären Sie dann am besten mit Ihrem Nachversorger“. Eine solche Auskunft ist für den Patienten nicht greifbar. Welcher „Nachversorger“ fragt sich der Patient, „kommt da nicht die Sozialstation?“. „Und was ist Homecare?“ Aus dem Rahmen des alltäglichen Umgangs mit der Problematik neigt man dazu Vieles als selbstverständlich oder selbsterklärend zu sehen. Man verliert die Perspektive des Patienten und seiner Angehörigen. Sie wissen oft gar nicht was jetzt passiert, wer kommt, und wer nicht, und was zu Hause dann passieren wird. Notwendig sind klare und grundlegende Basisinformationen. Wie häufig werde ich Beraten? Wer hilft mir im Notfall? Entstehen für mich Vor- oder Nachteile? Was zahle ich selbst? Sind wirklich alle Produkte gleich gut? Das sind berechnete Fragen eines Patienten, die er allerdings nur in den seltensten Fällen laut äußert. Umso wichtiger ist es, auf diese Fragen einzugehen. Gegen eine Produktberatung, die den zeitlichen Aufwand berücksichtigt, ist im Grunde nichts einzuwenden. Die Gefahr liegt jedoch darin, dass der Patient diese nicht nachvollziehen kann, dass man nicht alle Frage individuell beantworten kann und nicht alle Modalitäten kennt.

7.3. Grenzen der Verantwortung

Der Pflegende als Stomatherapeutin oder Stomatherapeut bietet für den Betroffenen durch die Beratung im Kontext der Patientenedukation ein Angebot. Welches dieser freiwillig annehmen kann. Angeboten wird eine Beratung

zur Lösung aktueller Probleme mit der Stomaanlage selbst, den Materialien und den Folgekomplikationen. Das Ziel ist die autonome Selbstversorgung durch den orientierten Patienten nach der Entlassung in der Häuslichkeit. Dies berücksichtigt die Selbstverwirklichung, umzunehmend die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Die Beratung selbst ist auf auf struktureller, gesetzlicher und fachlicher Ebene klar festgelegt. Sie ist Grundlage der professionellen Pflege. Sie ist im Krankenpflegegesetz gesetzliche Vorgabe. Sie ist Bestandteil der S3 Leitlinie. Sie ist Teil der Leitlinie der Fachgesellschaft und pflegewissenschaftlich fixiert und als Teil der Patientenedukation etabliert. Ebenso ist sie Bestandteil der modularen Ausbildung innerhalb der Weiterbildung zum „Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde“ nach den Kriterien der Fachgesellschaft Stoma-Kontinenz-Wund e. V. Somit liegt hier auf mehrfacher Ebene die Pflicht zur Beratung vor. Hier beginnt der Teil der Verantwortung, der klar definiert ist. In diesem Bereich gibt es keine Grenze der persönlichen Verantwortung die optional wählbar sind. Das heißt Beratung ist gefordert und verpflichtend. Nicht zu beraten oder nicht den Versuch zu unternehmen ist auf professioneller und gesetzlicher Ebene fahrlässig. Die Inhalte sind vorgeben. Beratung ist grundsätzlich immer möglich und hat stattzufinden. Was nicht klar definiert ist, ist die qualitative Ebene der Beratung. Es existiert keine Vorgabe zur Art und Weise oder zum Erfolg der Beratung. Es gibt ein Ziel, das ist die Selbstständigkeit des Stoma Patienten nach der Anlage. Es gibt kein belegbares Messinstrument für den Erfolg. Endet die Verantwortung im Bereich der Klinik nach der Durchführung und Dokumentation der Beratung, auch wenn diese erkennbar nicht zum Ziel führt?

7.4. Grenzen der pflegerischen Fachlichkeit

Das Beratungsfeld der Stomatherapie umfasste ebenso die inter- und multidisziplinäre Beratung und Anleitung von Kolleginnen aus der Pflege. Im Stationären und ambulanten Bereich. Ebenso könne bei Rückfragen ggf. auch Ärzte bei speziellen Fragen der Versorgung beraten werden. Der Angehörigen und die Bezugspersonen werden in die Beratungsgespräche eingebunden. Die Möglichkeit die Krankenkasse zu kontaktieren besteht. Auch andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen wie die Nachversorger wie Homecareunternehmen und Sanitätshäuser können beraten werden. Dies gilt auch für das Case Management bzw. den Sozialen Dienst. Die Stomatherapie kann als Netzwerker alle beteiligten Akteure zielführend zusammenbringen.

Umgekehrt kann sie auch bei Bedarf Beratung und Unterstützung durch alle Genannten zur Beratung des Patienten hinzuziehen. Die Fachlichkeit besteht in der Kenntnis der Möglichkeiten und der Zusammenhänge und dem Erkennen der Grenzen der Einflussnahme. Die Stomatherapie kann in diesem Bereich klar ihre Grenzen der Verantwortlichkeit setzen. Die Verantwortung besteht aus der richtigen Anleitung, der richtigen Kommunikation. Die Aufgaben werden der Pflege ausreichend erläutert: Sie gibt Anleitung, erklärt bestimmte Schritte und benennt Grenzen und Ziele. Es werden Zeiten für die Rückmeldung vereinbart. Es wird überprüft, ob die Teammitglieder die Aufgabe verstanden haben.

8. Zusammenfassung

Nach Anlage eines Stomas müssen sich Betroffene nicht nur mit der Krankheitsdiagnose und deren Auswirkungen oder den sichtbaren Folgen der Operation auseinandersetzen, sondern auch mit der Tatsache, dass die Ausscheidungen nicht mehr kontrolliert passieren. Dies muss vorerst verarbeitet werden und das Ziel gesetzt werden die Lebensqualität vor der Operation wieder zu erlangen. Schock, Abwehr, Scham, Anpassungs- und Akzeptanzprobleme sind die meisten Folgen. Dem Patienten sollten seelische und soziale Hilfen gegeben werden. In diese Aufgabe sind alle an der Behandlung und Pflege des Patienten Beteiligten miteinbezogen. Die Pflegenden werden zu Vertrauten und Helfern. Dem Betroffenen wird zusätzlich professionelle psychosoziale Beratung und Betreuung angeboten [vgl. Feil-Peter 2001, S. 97F].

Innerhalb der theoretischen Grundlagen der Professionalität der Pflege, sind die Bereiche der Beratungen innerhalb der Prozesse der Patientenedukation wissenschaftlich hinterlegt. Sowohl im amerikanischen Mutterland der Pflegewissenschaft als auch im Bereich der deutschsprachigen Forschung. Das „Phänomen“ der Non-Adhärenz bei einer Gruppe von Stoma Patienten lässt sich im Kontext der Pflegediagnosen nach NANDA und der „Grundständigen Pflegediagnosen“ pflegediagnostisch erfassen und eingruppiert. Im Medizinischen Bereich kann man das Problem unter der ICD-10 Diagnose „Anpassungsstörung“ in Bereich F, gleich psychische Störungen und Erkrankungen eingruppiert. Die Beratung des Stoma Patienten ist auf struktureller Ebene in der S3 Leitlinie festgehalten. Gesetzlich ist sie im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz gefordert. Darüber hinaus ist die Beratung klar „eine pflegerische Handlung“ [vgl. Abt Zeglin S. 1]. Es bestehen mehrere Instrumente die Beratung professionell zu strukturieren wie hier vorgestellt „Die Wittener-Werkzeuge“ nach Abt-Zeglin. Die Beratung ist ein Grundbaustein innerhalb des „Sektorenübergreifende Pflegeprozess“ nach Gruber und Droste. Sie ist ein Modul in der beruflichen Weiterbildung der „Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde“ der Fachgesellschaft SKW e.V. Auf ethischer Ebene lässt sie sich durch das Konzept der Autonomie nach Fölsch eingrenzen.

Wie lassen sich diese Grundlagen aber in der Praxis umsetzen? Kann man die spezielle Problematik der Stomapatienten in einer Art mechanischen Bausteine für bestimmte Diagnosegruppen bereithalten? Werden die variierenden Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt? Tragen diese Maßnahmen deshalb auch zu einer wünschenswerten Entscheidungsqualität bei? Der Wunsch nach Partizipation ist je nach Patient und gesundheitlicher Situation unterschiedlich stark ausgeprägt und so steht ein belastbares Arbeitsbündnis im Zentrum einer gelungenen Intervention. Als Pflegeperson kann ich nicht unbedingt davon ausgehen, dass ein Mensch über Selbsthilfestrategien etwas lernen möchte, vielleicht möchte er vielmehr über die Probleme mit den Mitbewohnern sprechen. Pflegenden können demnach dem Patienten mit seiner Erkrankung pflegerische und therapeutische Angebote machen um den jeweiligen Krankheitsverlauf positiv zu unterstützen, sie müssen aber auch akzeptieren, wenn diese Angebote von den Patienten eventuell nicht als hilfreich erlebt werden.

Fazit

Es besteht ein allgemein bekanntes Problem innerhalb der Beratung von Stoma Patienten durch die Stomatherapie in den Kliniken. Die Patienten sind unmittelbar nach der Operation oft nicht in der Lage die Beratung durch die Pflegeexperten „adhärent“ anzunehmen. Die Gründe hierfür sind vielfach, sei es Überforderung, Anpassungsstörung oder weitere Ursachen der mangelnden Fähigkeit der Selbstversorgung. Hinzu kommen noch soziale und geschlechterspezifische Faktoren. Die Instrumente zur definitiven Erfassung der Problematik sind auf pflegerischer Ebene gegeben, finden aber im Pflegealltag noch keine Anwendung. Das Hauptinstrument der Stomatherapie ist die Beratung. Die Beratung ist unumgängliche Pflicht und sowohl fachlich wie strukturell und nicht zuletzt gesetzlich verpflichtend und absolut notwendig. Vielleicht ist sie der Kern der Stomatherapie. Was ist aber wenn die Beratungen vergeblich ist?

Solange es noch keine verbindlichen Instrumente und Maßnahmen für die Non-Adhärenz gibt, ist weiterhin die Beratung nach allen professionellen Möglichkeiten Pflicht und sie bedarf der genauen Dokumentation.

Die Beratung trägt nicht die Verantwortung für den Erfolg.

Die Verantwortung ist da beendet, wo die Autonomie des Patienten entbindet.

Adalbert Molenda

Pflegeexperte Stoma-Kontinenz-Wunde 2017

E-Mail: a.molenda@live.de