

Stomamarkierung – mehr als nur ein Punkt

Einflussfaktoren auf die präoperative Stomamarkierung

Vorwort

Die präoperative Stomamarkierung hat mein besonderes Interesse geweckt, da diese an sich ärztliche Tätigkeit eine Herausforderung darstellt, will man sie korrekt und erfolgreich durchführen. Es gibt zwar klare Vorgaben zur Vorgehensweise und Regeln zur Durchführung, aber zusätzlich sind viele Aspekte individuell zu beachten und erfordern eine patientengerechte Umsetzung.

In verschiedenen Studien zur präoperativen Stomamarkierung vor einer geplanten Stomaanlage wurde das „Outcome“ des Patienten nach erfolgter Operation besser beschrieben als ohne durchgeführte präoperative Stomamarkierung. Gewiss sind auch weitere Punkte in der Vorbereitung betroffener Patienten von Bedeutung, doch eine gut durchgeführte Markierung im Zusammenhang mit dem präoperativen Gespräch bildet eine wichtige Grundlage für den postoperativen Verlauf.

Mich beschäftigte zunächst die Frage, wie viel Bedeutung der präoperativen Stomamarkierung zur Vermeidung von Stomafehllagen beigemessen werden kann. Bei meinen Recherchen und nachdem ich mich intensiver mit der Thematik beschäftigt hatte, kam ich zu dem Ergebnis, dass wesentlich mehr Faktoren eine Auswirkung auf das Ergebnis einer Stomaanlage haben, als nur die Technik zur Durchführung der präoperativen Markierung selbst.

1. Einleitung

Zu Beginn dieser Arbeit wird zunächst eine Einführung und ein Überblick zu den Begrifflichkeiten der verschiedenen Stomaarten sowie deren übliche Position an der Bauchdecke und möglichen Indikationen für Stomaanlagen gegeben. Im Anschluss daran werden die Maßnahmen in der präoperativen Phase vor Stomaanlagen, das präoperative Gespräch und die Durchführung der präoperativen Stomamarkierung nach individuellen Gesichtspunkten behandelt. Dabei liegt das besondere Augenmerk auf den Empfehlungen, nach denen gehandelt werden soll, bzw. welche Qualitätskriterien es in dieser Phase zu beachten gibt. Zusätzlich soll eine kompakte Umfrage innerhalb des Kurses „Stoma ‘19“ am Diakonischen Institut in Dornstadt Aufschluss zur Handhabung der präoperativen Stomamarkierung am Arbeitsplatz der Kurskollegen geben.

Die Anlage eines Stomas bedeutet für die Betroffenen eine große Veränderung ihres Körpers und ihrer Lebensgewohnheiten. Der Kontrollverlust über die Ausscheidungen und die Angst vor unangenehmen Gerüchen oder Geräuschen verunsichern die Betroffenen massiv. Der Umgang mit diesen Problemen erfordert viel Einfühlungsvermögen von den Pflegeexperten SKW. Ein Stoma hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche und ebenso breit muss das Angebot der Unterstützung und Beratungsthemen sein. Die erforderliche Wissensvermittlung kann vorab schon mit dem präoperativen Gespräch angebahnt werden, um die Betroffenen gut auf die neue Situation vorzubereiten. Eine Indikation für eine Stomaanlage kann vom Säugling bis zum Senioren alle Altersklassen betreffen. Sie kann sowohl als geplanter Eingriff als auch bei

Notfalleingriffen notwendig werden. Eine bestmögliche Vorbereitung und fachgerechte Betreuung in der präoperativen Phase vor einer Stomaanlage sind sehr wichtig. Die präoperative Phase erstreckt sich über einen kurzen, oft eng getakteten Zeitraum für die Betroffenen, in dem wichtige Dinge und Veränderungen geschehen. Die präoperative Stomamarkierung gehört zu einem der Schritte in dieser Phase und ist von entscheidender Bedeutung. Es ist eine sehr verantwortungsvolle Tätigkeit, die viel Wissen und Erfahrung erfordert. Viele haben sich bereits mit diesem Thema beschäftigt. In der Fachliteratur finden sich zahlreiche Hinweise, dass die präoperative Stomamarkierung eines der wichtigsten Instrumente zur Vermeidung von Komplikationen ist.

Die Lage des Stomas hat Auswirkungen auf die spätere Versorgung mit Hilfsmitteln und die Selbstständigkeit der Betroffenen. Deshalb ist es wichtig sich an vorliegenden Empfehlungen und Handlungsanweisungen zur präoperativen Stomamarkierung zu orientieren, bzw. diese am eigenen Arbeitsplatz umzusetzen. Das oberste Ziel muss sein, dass Patienten auch mit einem Stoma weiterhin ein selbstbestimmtes Leben mit Lebensqualität führen können.

Was hilft ein chirurgisch einwandfrei angelegtes Stoma, das aufgrund nicht beachteter Richtlinien bei der Markierung oder einer nicht stattgefundenen Markierung an einer ungünstigen Stelle liegt und der Betroffene dadurch große Einschränkungen erfährt. Die Umstände, die Einfluss auf die präoperative Stomamarkierung nehmen und dadurch entstehende Einschränkungen sollen hier herausgearbeitet und genauer betrachtet werden.

Die zentralen Fragen, die es in dieser Arbeit zu beantworten gilt, lauten daher:

- Wie kann der präoperative Prozess vor Stomaanlagen durch den Pflegeexperten SKW optimiert werden?
- Welche präoperativen Maßnahmen sind maßgeblich an einer gelungenen Rehabilitation der Betroffenen beteiligt?
- Welche Faktoren beeinflussen die präoperative Stomamarkierung?

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Grundlagen für die Entwicklung eines präoperativen Standards mit Schwerpunkt präoperative Stomamarkierung für den eigenen Arbeitsplatz herauszuarbeiten.

1.1. Temporäre oder Permanente Stomaanlage

Je nach Indikation wird das Stoma temporär oder permanent angelegt. Temporäre Stomata können nach einer bestimmten Zeit, der Abheilungsphase, wieder zurückverlegt werden. Im Gegensatz dazu werden permanente Stomata als dauerhafte Lösung z. B. nach einer Rektumextirpation endgültig angelegt.

2. Indikationen für Stomaanlagen

2.1. Gründe für Enterostomata

Die Gründe für die Anlage eines Stomas sind mannigfaltig. Es wird notwendig, wenn die normale Stuhlpassage nicht mehr möglich ist.

Oder wenn ein Darmabschnitt zur besseren Abheilung und Schonung ruhiggestellt werden muss. Es kann zum Schutz von Anastomosen bzw. wenn Darmabschnitte komplett entfernt werden müssen angelegt werden.

2.1.1. Mögliche Ursachen bei Erwachsenen und Jugendlichen

- Tumorerkrankungen des Darmes
- Darmverschluss (Ileus)
- Verletzungen des Darmes/Schließmuskels, z. B. Pfählungsverletzungen, Geburtstraumen, iatrogene Traumen
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
- Durchblutungsstörungen des Darmes, z. B. Mesenterialinfarkt
- Strahlenschäden, Strahlenkolitis
- familiäre Polyposis
- Inkontinenz
- Abszesse
- Fistelleiden
- Darmperforation, z. B. bei Divertikulitis

2.1.2. Mögliche Ursachen bei Frühgeborenen, Säuglingen und Kleinkindern

- angeborene Fehlbildungen wie Analatresien, Atresien, Stenosen
- Mekoniumileus/Ileus
- Nekrotisierende Enterokolitis (NEC)
- Volvulus
- Morbus Hirschsprung
- Darmverletzungen
- selten Tumorerkrankungen des Darmes

2.2. Gründe für Urostomata

Die Gründe liegen hier bei verschiedenen Erkrankungen des Urogenitaltraktes und bei Funktionsstörungen der Harnblase. Sollte die Harnblase aufgrund verschiedener Erkrankungen komplett oder müssen harnableitende Strukturen entfernt werden, erfordert das eine künstliche Ableitung des Urins. Es gibt inkontinente und kontinente Harnableitungen.

2.2.1. Inkontinente Harnableitungen

Die hier aufgeführten inkontinenten Harnableitungen, haben den Wegfall der willkürlichen Kontrolle der Ausscheidung zur Folge.

- Nierenfistel
- suprapubischer Katheter
- Ileum- oder Colon-Conduit
- Ureterokutaneostomie
- Transuretero-Ureterokutaneostomie (TUUC)

2.2.2. Kontinente Harnableitungen

Zur Schaffung eines Blasenersatzes und gleichzeitiger Erhaltung der Kontinenz kommen folgende Harnableitungen in Frage:

- verschiedene Pouch-Arten (katheterisierbar)
- Neoblase
- transrektale Harnableitung

2.2.3. Mögliche Erkrankungen des harnableitenden Systems

- angeborene Fehlbildungen
- Verletzungen
- Blasenkarzinome
- Neurogene Blase
- Genitalkarzinom
- Karzinome im kleinen Becken
- Schäden nach Bestrahlung, z. B. Strahlenzystitis, Schrumpfblase, radiogene Fisteln
- Schädigung des Schließmuskels

3. Lokalisation der verschiedenen Stomaanlagen

Die Lokalisation des Stomas richtet sich nach der vorliegenden Erkrankung, der geplanten Behandlung, der anatomischen Lage des Darmes und der Anordnung des behandelnden Arztes. Abweichungen von der Norm sind jedoch möglich, da sich manchmal erst intraoperativ zeigt, ob die geplante Stomaanlage an der dafür üblichen Stelle angelegt werden kann. Sollte noch unklar sein, welche Position für das Stoma in Frage kommt, ist es wichtig mehrere alternative Markierungspunkte anzuzeichnen.

3.1. Position an der Bauchdecke – Lage von Enterostomata

3.1.1. Im Dünndarm

- Jejunostomie: Anlage im rechten Ober- oder Unterbauch
- Ileostomie: Anlage im rechten Unterbauch
- Ileostomie bei Pouchanlage: evtl. Anlage im linken Unterbauch

3.1.2. Im Dickdarm

- Zökostomie: Anlage im rechten Unterbauch (selten)
- Transversostomie: Anlage im rechten oder linken Oberbauch
- Descendostomie: Anlage im linken Unterbauch
- Sigmoidostomie: Anlage im linken Unterbauch

3.2. Position an der Bauchdecke – Lage von Urostomata

Bei Urostomata sollte die Markierung zur Refluxprophylaxe unterhalb des Nierenniveaus liegen.

- Ileum-Conduit: Anlage im rechten Unterbauch
- Colon-Conduit: Anlage im linken Unterbauch
- Ureterokutaneostomie und Transuretero-Ureterokutaneostomie:
Anlage im rechten oder linken Ober- oder Unterbauch, abhängig von der Länge der Harnleiter



Bild: AdobeStock © ribkhan

4. Ablauf der präoperativen Stomamarkierung in der präoperativen Phase mit präoperativem Gespräch

4.1. Ärztliche Aufklärung des Patienten

Der Patient muss im vollen Umfang zur geplanten Operation und der möglichen Anlage eines Stomas durch den Arzt präoperativ aufgeklärt werden. Der Arzt sollte eine verständliche Wortwahl zur Aufklärung auswählen. Die Erwartungen des Patienten und ob diese erfüllt werden können, müssen ebenfalls geklärt werden. Der Sinn einer geplanten Stomaanlage aufgrund der vorliegenden Erkrankung sollte verstanden und als notwendig gewertet werden. Dadurch erhöht sich die Akzeptanz des Betroffenen für die erforderlichen Maßnahmen.

4.2. Delegation der Stomamarkierung

Die präoperative Stomamarkierung ist eine ärztliche Tätigkeit und liegt grundsätzlich in der Verantwortung des Arztes. Diese Tätigkeit kann aber an einen Pflegeexperten SKW oder eine Pflegefachkraft mit dem dazu nötigen Wissen und entsprechender Erfahrung delegiert werden. Von dieser Fähigkeit muss sich der Arzt persönlich überzeugen. Mit der Übernahme der Tätigkeit, übernimmt der Ausführende die Verantwortung für die korrekte Durchführung, nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Standards.

Generell ist es wünschenswert, dass die beiden Berufsgruppen eng miteinander arbeiten und sich abstimmen. Insbesondere bei schwierigen Markierungen können das Wissen und die unterschiedlichen Schwerpunkte von Arzt und Pflegeexperte eine wertvolle Rolle spielen und für den Betroffenen zu einer Optimierung des Ergebnisses führen.

4.3. Anordnung der Stomamarkierung

Die Anordnung sollte in schriftlicher Form vorliegen und Informationen zu Patient, geplanter Operation und voraussichtlicher Stomaart enthalten. Sollte es im Verlauf der Markierung, z. B. aufgrund ungewöhnlicher anatomischer Gegebenheiten zu Problemen kommen oder zu einer Abweichung von der ärztlichen Anordnung, ist der behandelnde Arzt umgehend zu informieren bzw. dazu zu rufen.

4.4. Zeitpunkt der Stomamarkierung

Die Stomamarkierung findet nach der Aufklärung durch den Arzt statt. Idealerweise mindestens 24 Stunden vor der geplanten Operation und bestenfalls vor notwendigen Abführmaßnahmen.

4.5. Ziel der präoperativen Stomamarkierung

Die Markierung des für den Betroffenen optimalen Bereiches der Stomaanlage erfolgt unter Berücksichtigung von anatomischen Gegebenheiten, der geplanten Operation und von individuellen Gesichtspunkten.

Außerdem zur Vermeidung von Komplikationen und zur Erleichterung der Selbstversorgung.

4.6. Informationssammlung zum Patienten

Diese Maßnahme bildet eine Voraussetzung für das Gespräch mit dem Patienten. Die daraus folgende Beratung des Patienten ermöglicht im Anschluss die Einleitung weiterer Schritte im Behandlungsverlauf. Folgende Informationen sind dabei relevant:

- Informationen aus Arztanordnung sowie besprochene Inhalte des Aufklärungsgespräches
- Informationen von betreuenden Kollegen
- Durchsicht der Patientenakte, Befunde etc.
- Gespräch mit dem Betroffenen und ggf. Angehörigen, ggf. Betreuer
- Ermittlung und Einschätzung von Ressourcen und Defiziten, vorhandenen Einschränkungen

4.7. Vorbereitung des benötigten Materials

- wasserfester Markierungsstift
- wasserfeste transparente Folienpflaster
- Fotoapparat zur Fotodokumentation
- Anschauungs- und Informationsmaterial, z. B. verschiedene Stoma-Versorgungsprodukte (Basisplatte, Stomabeutel), Einteilige und Zweiteilige Systeme, Ratgeber, Schautafeln, Bildanleitungen, Modelle etc.

4.8. Theoretischer Teil – Präoperatives Gespräch

4.8.1. Präoperatives Gespräch bei Erwachsenen

Das präoperative Gespräch ist in den meisten Fällen die erste Kontaktaufnahme des Pflegeexperten SKW mit dem Patienten. Es bildet die Basis für den Aufbau einer Beziehung und einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen. Dies ist für den weiteren Behandlungsverlauf entscheidend.

4.9. Praktischer Teil – Durchführung der Markierung

4.9.1. Präoperative Markierung bei Erwachsenen

Der Betroffene wird über Sinn und Zweck der präoperativen Stomamarkierung aufgeklärt. Die aktive Mitarbeit des Patienten ist zielführend und wünschenswert. Dabei sollte sich der Patient entspannen, seine übliche Körperhaltung einnehmen und nicht den Bauch einziehen.

Die voraussichtlichen Markierungspunkte werden im Sitzen, Stehen, gebeugter Haltung und Liegen gesetzt und überprüft. Im Liegen zeigt sich oft ein glatter Bauch, während in den anderen Positionen Hautfalten und Unebenheiten sichtbar werden. Der Patient muss die Markierungen sehen können, da sonst eine spätere Selbstversorgung kaum möglich sein wird. Dazu kann es sinnvoll sein, dass der Patient aufgefordert wird, auf den Markierungspunkt zu zeigen.

Die Kleidungsgewohnheiten werden erfragt und beachtet. Dabei geht es in erster Linie um die Höhe des Rock-/Hosenbundes. Die Markierung soll ca. 5 cm ober- bzw. unterhalb des Bundes erfolgen. Folgende anatomische Gegebenheiten müssen berücksichtigt werden: Die Markierung sollte mit ausreichendem Abstand, ca. 3 cm bis 5 cm zu Rippenbogen und Beckenkamm liegen. Außerdem muss auf Falten, Nabel, Narben, Muttermale, Genitalien und Leiste geachtet werden. Auch hier muss genügend Abstand eingehalten werden. Um einen besseren Überblick zu erhalten, können Bauchfalten und die knöchernen Vorsprünge mit einem Stift farblich hervorgehoben werden. Nach Möglichkeit sollte die Markierungsstelle in einem Bereich von 10 cm x 10 cm glatter Hautfläche liegen, um eine sichere Haftung der Versorgung zu erreichen. Dazu kann eine Basisplatte in dieser Größe als Schablone verwendet werden. Des Weiteren ist es wichtig mit genügend Abstand zur voraussichtlichen Schnittführung des Operateurs zu markieren (vorherige Absprache).

Die Gefahr der Verunreinigung der OP-Wunde mit Ausscheidungen kann so minimiert werden. Darüber hinaus sind bessere Haftungsbedingungen für die Stomaversorgung gegeben. Die Markierungen sollen innerhalb des Musculus rectus abdominis liegen, um dem ausgeleiteten Darmabschnitt einen „gewissen Halt“ zu geben. Das dient auch zur Vermeidung von parastomalen Hernien. Die korrekte Position kann über das aktive Anspannen der Bauchmuskulatur überprüft werden, was dann eine Markierung innerhalb des Musculus rectus abdominis ermöglicht. Bei bereits durchgeführten Bestrahlungen oder noch anstehender strahlentherapeutischer Behandlung, muss darauf geachtet werden, dass die Markierung nicht im Bestrahlungsbereich liegt.

Bei allen Vorgaben für die Markierungen sollten auch die Wünsche des Patienten berücksichtigt werden. Dies kann per Gewichtung der Markierungspunkte, z. B. mit Beschriftung 1 = bevorzugt oder 2 = 2. Wahl erfolgen. Der Operateur berücksichtigt dies nach Absprache und wenn es vom Operationsverlauf möglich sein sollte.

Die festgelegten Markierungspunkte werden mit einem wasserfesten Stift angezeichnet und anschließend mit wasserdichten Folienpflastern abgedeckt. Dadurch hat der Patient noch Gelegenheit vor der Operation zu duschen, ohne die Markierung abzuwaschen. Auch Schwitzen und die Reibung der Kleidung stellen dann kein Problem dar. Wenn die geplante Operation aus diversen Gründen verschoben werden muss, sollte regelmäßig überprüft werden, ob die Markierungen noch gut sichtbar sind. Der behandelnde Arzt ist bei der Abweichung vom Standard der üblichen Markierungspunkte sowie bei Schwierigkeiten umgehend zu informieren oder dazu zu rufen.

4.9.2. Präoperative Markierung bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen

Die Markierung des Stomas erfolgt nach der Aufklärung der Eltern und des Kindes/Jugendlichen durch den Arzt. Die Kriterien der Durchführung der präoperativen Markierung bei Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich im Wesentlichen nicht vom Vorgehen bei den Erwachsenen.

Sie erfolgt im Sitzen, Stehen, Liegen und gebeugter Haltung. Bei Kleinkindern finden sich vermehrt Bauchfalten im Sitzen, die bei der Markierung beachtet werden müssen, da sich die Stomaplatten im Bereich von Hautfalten leichter lösen und das wiederum zu Versorgungsproblemen führen kann. Ältere Kinder und Jugendliche sollten aktiv mitarbeiten und so helfen, eine optimale Stelle zu finden. Es werden nach Möglichkeit die Kleidungsgewohnheiten berücksichtigt. Bei Frühgeborenen und Säuglingen wird nur im Liegen und häufig erst intraoperativ markiert. Aufgrund der beengten Platzverhältnisse der Bauchdecke gestaltet sich die Markierung jedoch sehr schwierig und anspruchsvoll. Oftmals sind auch mehrere Ausleitungen des Darmes notwendig. Die Position des Stomas richtet sich bei Kindern in erster Linie nach der anatomischen Lage des Darmabschnittes, der ausgeleitet werden muss. Es ist auf einen ausreichenden Abstand zur Schnittführung des Chirurgen sowie zum Rippenbogen und zum Beckenkamm zu achten. Generell ist es ratsam, die Markierung gemeinsam mit dem Chirurgen durchzuführen. Da es sich bei Frühgeborenen und Säuglingen häufig um Notfalloperationen handelt, wird hier teilweise auch komplett auf die präoperative Markierung verzichtet und diese erst im OP vorgenommen.

4.10. Dokumentation

Die Dokumentation ist eine unerlässliche Pflicht und sollte unmittelbar nach den durchgeführten Maßnahmen erfolgen. Nur was dokumentiert wurde, kann als erledigt eingestuft werden und ist ein rechtssicherer Nachweis der durchgeführten Tätigkeit. Sie sorgt für Transparenz und wirkt unterstützend in der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, durch die sichtbare Erfassung der geleisteten Tätigkeiten. In einem geeigneten Dokumentationsbogen (in Papierform oder EDV-gestützt) sollte die Lage der Markierungspunkte beschrieben und auch an einer übersichtlichen Grafik des Abdomens eingezeichnet werden. Dazu bietet sich, z. B. eine eigens für die Stomatherapie erstellte Dokumentation an, in der die Inhalte des präoperativen Gespräches, die gesammelten Informationen und darüber hinaus eine Beurteilung der Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen festgehalten werden.

4.11. Fotodokumentation

Unterstützend kann eine Fotodokumentation der präoperativen Stomamarkierung angefertigt werden. Hierbei gibt es einige wichtige Punkte zu beachten:

- Vorliegende Einverständnis des Patienten zur Fotografie
- Information des Patienten über den Zweck der Fotografie
- Vorbereitung des Patienten zur Zuordnung des Fotos: Einmalpapierlineal mit Patientennamen, Datum und Handzeichen beschriften, im Aufnahmebereich anbringen
- Berücksichtigung und Wahrung der Intimsphäre der Betroffenen
- Fotos der Markierung im Sitzen, Stehen und Liegen anfertigen, dabei unbedingt auf vollständige Ansicht des Bauches (vom Rippenbogen bis oberhalb der Symphyse) achten
- Geeignete Umgebungsverhältnisse schaffen: neutraler Hintergrund, Lichtverhältnisse prüfen und ggf. anpassen
- Kameraeinstellung passend auswählen
- Speicherung und Archivierung des Bildes nach den Vorgaben des Arbeitgebers, unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften

5. Stomafehllage

Zur Vermeidung von Stomafehllagen kann die korrekte Durchführung der präoperativen Stomamarkierung eine Hilfe sein. Die weiteren Ursachen für die Entstehung dieser Komplikation können vielschichtig sein und werden hier nicht weiter behandelt. Von einer Stomafehllage wird gesprochen, wenn das Stoma an einer ungünstigen Stelle oder im Hautniveau der Bauchdecke angelegt wurde. Der Betroffene kann es nicht sehen, kann es evtl. nicht erreichen, da es in Bauchfalten, zu nahe an knöchernen Vorsprüngen, der Operationswunde oder am Nabel liegt. Dadurch kann es zu Versorgungsproblemen kommen.

Die Folgen können häufig undichte Versorgungen und damit erhöhte Wechselintervalle sein. Dies wiederum begünstigt die Entstehung von parastomalen Hautentzündungen, die für den Betroffenen schmerzhaft, unangenehm sind und zu psychischen Belastungen führen können. Bei Stomafehllagen werden mehr Material und zusätzliche Hilfsmittel zur Versorgung benötigt. Das erfordert eine weitere professionelle Unterstützung und Betreuung durch Dritte. Die dadurch entstehenden Kosten sind eine zusätzliche Belastung für die Betroffenen.

Unter Umständen kann eine Stomafehllage, die sich stark negativ auswirkt, eine Indikation für eine Neuanlage des Stomas sein.

6. Patienten-unabhängige Faktoren bei der präoperativen Stomamarkierung

Es gibt Faktoren, auf die der Patient keinen Einfluss nehmen kann, da sie verschiedene andere Ursachen haben. Die Idee zur Einteilung in Patienten-unabhängige und Patienten-abhängige Faktoren, kam durch die Lektüre des Kapitels Stomakomplikationen von Ambe, in Chirurgie des intestinalen Stomas. Ambe beschäftigt sich dort allerdings mit den Patienten-unabhängigen und Patienten-abhängigen Risikofaktoren, die Auswirkungen auf eine Stomaanlage haben können.

6.1. Fehlerhafte oder nicht erfolgte Durchführung der Markierung und mögliche Folgen

6.1.1. Fehlender Sichtkontakt

Der Patient kann das Stoma nicht oder nur schwer sehen. Dadurch kommt es zu erheblichen Einschränkungen bei der Selbstversorgung.

Zukünftig ist unter Umständen zusätzliche Hilfe zur Versorgung notwendig. Dies führt zu einer Abhängigkeit von Dritten und somit zu einem Verlust der Eigenständigkeit. Im Einzelfall kann ein Spiegel helfen, das Stoma zu sehen. Das erfordert allerdings einiges an Übung und Koordination. Es kann auch eine andere, z. B. sitzende Position zur Stomaversorgung ausprobiert werden. Es müssen auf jeden Fall alle Möglichkeiten zum Erhalt der selbstständigen Versorgung ausgeschöpft werden.

6.1.2. Fehlende Abstände zu knöchernen Vorsprüngen

Die erforderlichen Abstände zu Rippenbogen und Beckenkamm wurden nicht eingehalten. Es kommt zu Problemen bei der Versorgungshaftung, besonders bei Bewegung und Aktivität des Patienten. Die Versorgung kann von der Bauchdecke „abgehebelt“ werden und es kommt folglich zu Undichtigkeiten. Das hat möglicherweise Hautschäden der parastomalen Haut zur Folge. Je ausgeprägter der Hautschaden, desto schwieriger wird es, eine gute Haftung der folgenden Versorgungen zu erreichen.

6.1.3. Missachtung von Bauchfalten

Die Anlage des Stomas in einer Bauchfalte führt zu massiven Problemen bei der Versorgung. Die Gefahr der Unterwanderung der Produkte durch die Ausscheidungen und daraus mangelnde Haftung der Versorgungsprodukte führen zu einer starken Belastung und Verunsicherung bei

den Betroffenen. Häufige Wechsel der Versorgung und die Unterwanderung der Produkte führen zu Hautschäden. Unter Umständen muss die Lage des Stomas noch einmal operativ korrigiert werden, um die Versorgungsqualität zu verbessern.

6.1.4. Missachtung von Narben, Muttermalen und mangeln der Abstand zur Operationsnaht

Wurde hier kein ausreichender Abstand gewählt, besteht das Risiko der verminderten Haftung der Versorgungsprodukte. Es kommt folglich zu Undichtigkeiten und möglichen Hautkomplikationen. Teilweise kann hier durch den Einsatz von zusätzlichen Produkten, wie Modellierstreifen, Stomapaste oder Hautschutzringen Abhilfe geschaffen werden. Dies bedeutet auch wieder einen erhöhten Aufwand für den Patienten und möglicherweise zusätzlichem Unterstützungsbedarf durch Dritte.

6.1.5. Fehlende Kontrolle der Stomamarkierung im Sitzen, Stehen, gebeugter Haltung und Liegen

Die Veränderungen der anatomischen Gegebenheiten müssen unbedingt in den verschiedenen Positionen überprüft werden. Geschieht dies nicht, ist das Risiko einer künftigen Stomafehllage gegeben. Der Patient muss die Markierungen auch in den verschiedenen Positionen sehen können, da sonst eine Selbstversorgung erschwert oder unter Umständen nicht gewährleistet ist.

6.1.6. Lage der Markierung, außerhalb des Musculus rectus abdominis

Der Musculus rectus abdominis hat die Funktion den ausgeleiteten Darm in seiner Position zu halten. Dies entfällt, wenn diese Position bei der Markierung nicht bedacht wurde. Die Gefahr der Ausbildung einer parastomalen Hernie ist dadurch erhöht.

6.1.7. Markierungsstelle über dem Genitalbereich

Sollte das Stoma aufgrund einer fehlerhaften oder nicht erfolgten Markierung über der Symphyse angelegt worden sein, kann unter Umständen die Haftung der Versorgung beeinträchtigt werden. Durch die Bewegung und Aktivität der Betroffenen besteht eine erhöhte Ablösungsgefahr der Versorgungsprodukte in diesem Bereich. Die Stomaversorgung liegt eventuell direkt auf den Genitalien auf.

Der Stomabeutel kann scheuern und die Entstehung eines Intertrigo begünstigen. Dieser Zustand ist für den Patienten äußerst unangenehm. Auch Einschränkungen bei der Kleiderauswahl sind möglich, da nicht genügend Platz zum „Verstauen“ der Versorgung vorhanden ist. In intimen Situationen lässt sich die Versorgung kaum kaschieren und stellt im Einzelfall ein Hindernis dar.

6.1.8. Ungenügend große Hautfläche zur Verfügung

Eine glatte parastomale Hautfläche erleichtert die Versorgung des Stomas erheblich. Die Auswirkung auf die Haftung der Produkte ist enorm. Zur Größe der Hautfläche gibt es unterschiedliche Angaben. Die Empfehlungen gehen von 5 cm x 5 cm bis 10 cm x 10 cm. Wurde die Größe der Hautfläche bei der Markierung nicht beachtet, können zusätzliche Versorgungsprodukte (Stomapaste, Hautschutzringe, Modellierstreifen) nötig werden, um die Versorgung abzudichten. Die Wechselintervalle und somit auch der Materialverbrauch können sich erhöhen.

6.2. Mangelhaftes Zeitmanagement, Organisations - und Kommunikationsdefizite

6.2.1. Anforderung und Information der Stomatherapie

Es passiert häufig im Klinikalltag, dass notwendige Maßnahmen vor einer geplanten Stomaanlage erst spät gemeldet werden. Dann wird es schwierig, einen geeigneten und ruhigen

Zeitpunkt für das Gespräch und für die Markierung zu finden. Regelungen zu rechtzeitiger Meldung sind für einen reibungslosen Ablauf und eine gute Planung wichtig. Der schnittstellenübergreifenden Kommunikation muss für einen reibungslosen Verlauf der Maßnahmen die nötige Aufmerksamkeit geschenkt werden.

6.2.2. Ungünstiger Zeitpunkt und Fehleinschätzung des Zeitbedarfs

Der Patient befindet sich gerade bei weiteren Voruntersuchungen und ist nicht anzutreffen. Womöglich hat das ärztliche Aufklärungsgespräch noch nicht stattgefunden und muss abgewartet werden. Für den Betroffenen ist es ungünstig, wenn morgens kurz vor der Operation noch schnell die Stomamarkierung durchgeführt werden muss. Es wird schwierig, z. B. die Kleidungsgewohnheiten zu berücksichtigen, wenn die Alltagskleidung bereits abgelegt und das OP-Hemd angezogen ist. Der Patient hört in seiner Aufregung nur noch die Hälfte der Informationen und kann sich vermutlich nicht auf ein Gespräch einlassen. Unter Umständen besteht hierfür auch gar keine Zeit, da der Fahrdienst schon vor der Tür steht, um den Patienten zur OP zu bringen. Fehleinschätzungen der benötigten Zeit durch Dritte, die zur adäquaten präoperativen Vorbereitung und Stomamarkierung benötigt wird, führen zu unnötigem Druck bei der Durchführung der Maßnahmen des Pflegeexperten SKW. Permanente Störungen durch Anliegen anderer Berufsgruppen erschweren es zusätzlich, auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen.

6.3. Dringlichkeit der Stomaanlage

6.3.1. Elektiv

Bei geplanten Eingriffen wird mittlerweile meistens routinemäßig die präoperative Stomamarkierung durchgeführt. Bei guter Planung ist die Durchführung der präoperativen Maßnahmen in der Regel gut in den Klinikalltag zu integrieren. Es besteht allerdings oftmals noch Optimierungsbedarf bei der Organisation, Informationsweitergabe und der zeitlichen Planung, um die präoperativen Maßnahmen in Ruhe durchführen zu können.

6.3.2. Notfall

Auch im Notfall sollte nicht auf die präoperative Stomamarkierung verzichtet werden. Dies sieht in der Realität leider oft anders aus. In der Hektik wird häufig nicht daran gedacht, die Stomatherapie in die präoperativen Maßnahmen zu involvieren. Im Operationssaal sind die Bedingungen zur Markierung ungünstig. Der Patient ist vielleicht schon narkotisiert und kann weder aktiv mitarbeiten, noch Fragen beantworten. Auf dem Operationstisch befindet er sich in einer überstreckten Lagerung. So können anatomische Gegebenheiten nicht ausreichend beurteilt werden. Auch bei Notfalleingriffen sollte, soweit es der Zustand des Patienten zulässt, vorab eine präoperative Stomamarkierung durchgeführt werden. Beim akuten Abdomen haben die Patienten häufig einen aufgeblähten Bauch. Es ist nicht ersichtlich, wo im Normalzustand vorhandene Bauchfalten liegen. Eventuell ist der Betroffene aber auch gar nicht in der Lage, sich hinzusetzen und aufzustehen. Zumindest das Nachzeichnen der Konturen, der knöchernen Vorsprünge sollte zur besseren Orientierung vorgenommen werden.

6.4. Fehlende räumliche, personelle Ressourcen und mangelndes Wissen

6.4.1. Räumlichkeiten

Im Patientenzimmer ist die Wahrung der Intimsphäre und ein ungestörtes Gespräch schwer umzusetzen, da es sich meistens um Mehrbettzimmer handelt. Störungen durch Dritte und dadurch eine Ablenkung aller Beteiligten sind möglich. Diese Umstände erschweren den Aufbau

einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Betroffenen und dem Pflegeexperten SKW. Daher ist ein separates Zimmer mit entsprechender Ausstattung zur Durchführung des präoperativen Gespräches und der Stomamarkierung mehr als wünschenswert.

6.4.2. Wissensdefizite

Das Bewusstsein über erforderliche Abläufe, das nötige fachliche Wissen und die Fertigkeiten zur Organisation und Durchführung der präoperativen Maßnahmen müssen vorhanden sein. Schulungen der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und fachlich weitergebildete Mitarbeiter, sind für ein einheitliches Vorgehen und eine qualitative Versorgung notwendig.

6.4.3. Personelle Ausstattung, Qualifikation

Die präoperativen Maßnahmen erfordern ein multiprofessionelles Team, das über ein breitgefächertes, fachspezifisches Wissen verfügen muss. Eine ausreichende Besetzung mit entsprechenden Fachpersonen ist wichtig, da es sonst zu Versorgungsengpässen und Qualitätseinbußen kommen kann.

7. Patienten-abhängige Faktoren bei der präoperativen Stomamarkierung

Diese Faktoren müssen als gegeben akzeptiert und unter Beachtung der Empfehlungen ausgleichend, bzw. optimierend, der Situation entsprechend berücksichtigt werden.

7.1. Körpergewicht

7.1.1. Adipositas

Die präoperative Markierung gestaltet sich beim Vorliegen einer Adipositas schwieriger als bei normal gewichtigen Menschen. Zum einen schränkt der große Bauchumfang, evtl. durch Faltenbildung oder einer Fettschürze, die Auswahl der möglichen Markierungspunkte ein. Zum anderen wird die Sicht der Betroffenen auf die Markierungen erheblich erschwert. Deshalb sollte nach Möglichkeit auch im Oberbauch („Top of the hill“) markiert werden, weil der Betroffene diesen besser einsehen und erreichen kann.

7.1.2. Kachexie

Bei sehr schlanken, kachektischen Patienten finden sich häufig viele kleine Falten in der Bauchhaut, die bei der präoperativen Stomamarkierung berücksichtigt werden müssen. Die knöchernen Vorsprünge treten deutlich hervor und vergrößern die Abstände zum Niveau (Höhe) der umgebenden Haut. Das könnte die Haftung der späteren Versorgung beeinträchtigen. Hier ist es wie bereits erwähnt wichtig, auf eine ausreichend große glatte parastomale Hautfläche zu achten. Das Platzangebot ist aufgrund der oftmals kleinen zur Verfügung stehenden Hautfläche begrenzt.

7.2. Immobilität

Bei immobilen Patienten ist die Markierung oft nur im Liegen möglich. Wenn nichts dagegen spricht, kann der Patient zumindest in eine sitzende Position gebracht werden, um die Situation der Markierung zu optimieren und Bauchfalten sichtbar zu machen. Eventuell ist der Zustand der Immobilität nur vorübergehend und für den Fall der Rehabilitation kann so eine selbstständige Versorgung ermöglicht werden.

7.3. Körperliche Einschränkungen

Um die Selbstständigkeit des Betroffenen zu fördern und zu erhalten, sollte auf vorliegende Einschränkungen eingegangen werden.

7.3.1. Träger von Beinprothesen

Die Beinprothese muss bei der Markierung getragen werden, da diese eventuell mit Fixiergurten, die zu berücksichtigen sind, befestigt wird.

7.3.2. Rollstuhlfahrer

Die Durchführung der Markierung erfolgt im eigenen Rollstuhl der Betroffenen, um die jeweilige Sitzposition und Haltegurte zu beachten. Die Markierungspunkte sollten höher angelegt werden.

7.3.3. Motorische Einschränkungen

Eine Hemiparese nach Apoplex, Störungen der Feinmotorik, z. B. bei Morbus Parkinson (Tremor), Arthrose der Finger, Multiple Sklerose etc. sollten nach Möglichkeit bei der Markierung berücksichtigt werden um noch vorhandene Ressourcen zur Selbstversorgung oder Anteile der Versorgung übernehmen zu können.

7.3.4. Voroperationen

Narben, die durch vorangegangene Operationen und Verletzungen zu Einziehungen der Bauchhaut geführt haben, erfordern unter Umständen auch eine Abweichung von den sonst üblichen Stellen für die Markierung.

7.3.5. Visuelle Einschränkungen

Bei Sehstörungen oder einer Sehschwäche sollte der Patient auf jedem Fall seine Brille bei der Markierung aufsetzen, um die Markierungspunkte möglichst gut sehen zu können.

7.3.6. Vorhandene Stomata

Um anschließend eine sichere Versorgung zu gewährleisten, müssen bereits vorhandene Stomata bei der Markierung berücksichtigt werden. Manche Hilfsmittel, wie z. B. Stomagürtel zur unterstützenden Fixierung, können nur zum Einsatz kommen, wenn die Stomata nicht auf gleicher Höhe liegen und die Gürtel aneinander vorbeigeführt werden können.

7.3.7. Hauterkrankungen

Die Markierung sollte, z. B. bei einer vorliegenden Schuppenflechte nach Möglichkeit so erfolgen, dass die betroffenen Hautareale nicht im Bereich der Markierungen liegen, bzw. das genügend intakte Hautfläche für die spätere Versorgung zur Verfügung steht.

7.4. Geschlecht

Der Brustumfang bei weiblichen Betroffenen spielt bei der präoperativen Markierung ebenfalls eine Rolle. Die Brust sollte postoperativ nicht auf der Stomaversorgung aufliegen, daher ist die Markierung entsprechend tiefer anzusetzen. Besonders bei einer geplanten Stomaanlage im Oberbauch, z. B. bei einem Transversostoma ist dies zu beachten. Wichtig ist auch hier der vorhandene Sichtkontakt der Betroffenen zur Markierung.

7.5. Zeitliches Auftreten der Erkrankung und Akzeptanz der geplanten Stomaanlage

Die Dringlichkeit der Situation, die zur Anlage eines Stomas führt, kann sich auf die Akzeptanz der präoperativen Maßnahmen auswirken.

7.5.1. Akute Erkrankungen

Der Betroffene befindet sich kurz nach der Diagnosestellung in einer Phase der Bewältigung der Krankheit und ist eventuell noch nicht für weitere Informationen zugänglich. Er möchte sich nicht mit den aus der Krankheit resultierenden Folgen beschäftigen und hofft, dass z. B. eine Stomaanlage umgangen werden kann. Die Erklärung der Notwendigkeit der Maßnahmen durch den Arzt und unterstützend durch den Pflegeexperten SKW sind für die Akzeptanz sehr wichtig.

7.5.2. Chronische Erkrankungen

Meistens liegt bereits eine lange Krankheitsgeschichte, mit einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität hinter den Betroffenen. Häufig handelt es sich um Patienten, die an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, leiden. Auch chronische ausgeprägte Fistelleiden gehören in diesen Bereich. Die Betroffenen haben sich vermutlich bereits mit ihrer Krankheit auseinandergesetzt und die Möglichkeit genutzt Informationen einzuholen. Sie wurden evtl. schon früher mit der Anlage eines Stomas zur unterstützenden Behandlung konfrontiert. Diese Tatsachen können die Akzeptanz der präoperativen Maßnahmen erhöhen.

7.5.3. Notfall

Der Betroffene wird völlig überrascht und hat kaum Gelegenheit das Geschehen zu verarbeiten und zu begreifen. In der lebensbedrohlichen Situation muss schnell gehandelt werden und damit erhöht sich der Zeitdruck. Daher müssen in diesem Fall die Maßnahmen auf das Notwendigste beschränkt werden. Ausführliche Gespräche und die Auseinandersetzung mit dem Thema „Stoma“, können dann erst nach erfolgter Operation stattfinden.

7.6. Lebensgewohnheiten

7.6.1. Kleidungsgewohnheiten

Die Wahl der Kleidung ist oft Ausdruck der Persönlichkeit und ein „Wohlfühlfaktor“ für den Menschen. Wurden bei der Markierung die Kleidungsgewohnheiten nicht berücksichtigt, bedeutet das für die Patienten eine zusätzliche Belastung, auch in finanzieller Hinsicht. Die Markierung sollte oberhalb oder unterhalb des Rock-/Hosenbundes liegen, da der Druck des Bundes auf die Stomaversorgung eine Abflussbehinderung verursachen kann. Das wiederum kann zu Undichtigkeiten der Versorgung führen. Falls die Markierung nicht anders möglich sein sollte, muss der Betroffene darüber informiert und im Anschluss zu Alternativen bei der Kleiderauswahl beraten werden. Eventuell kann auf Hosenträger statt Gürtel zurückgegriffen werden. Die Wahl eines Hosenschnittes mit anderer Bundhöhe und Weite, in Kombination mit einem längeren Oberteil können Abhilfe schaffen. Auch berufsbedingte Kleidungsgewohnheiten sollten beachtet werden. In vielen Arbeitsbereichen gibt es bestimmte Kleidungs Vorschriften und zusätzliche Ausrüstungsutensilien, die getragen werden müssen, z. B. Dienstuniform und Pistolengürtel bei der Polizei.

7.6.2. Schlafposition

Die Frage nach der bevorzugten Schlafposition während der präoperativen Stomamarkierung, scheint im ersten Moment nicht die höchste Priorität zu haben, sollte aber nach Möglichkeit trotzdem Berücksichtigung finden. Der Schlaf bedeutet allgemein Erholung und Regeneration. Er wird schnell durch Veränderungen der Gewohnheiten gestört. Ein verminderter Schlafkomfort durch eine unbequeme Liegeposition führt zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität. Die Patienten können die bevorzugte Schlafposition nicht mehr einnehmen weil, z. B. die Stomaversorgung im Weg ist. Unter Umständen besteht auch die Sorge, dass der Stomabeutel im Schlaf unbemerkt platzen könnte.

7.7. Soziokulturelle Faktoren

7.7.1. Religion und Kultur

Wir leben in einer multikulturellen Welt und sehen uns in unserem Arbeitsalltag mit unterschiedlichsten Lebensgewohnheiten und Vorstellungen konfrontiert. Für eine erfolgreiche

Zusammenarbeit mit den Betroffenen ist es unter anderem wichtig, sich mit fremden Gewohnheiten auseinander zu setzen und diese zu akzeptieren. Die gebeugte Haltung während des Gebetes sollte, z. B. bei Betroffenen muslimischen Glaubens auch bei der präoperativen Stomamarkierung nicht vergessen werden. Der Umgang mit Ausscheidungen, dem Schamgefühl, Beziehungen und Umgang zwischen Frauen und Männern können in anderen Kulturen abweichend zu unseren Lebensgewohnheiten sein. Wichtig ist auch hier die Beachtung und Wahrung der Intimsphäre der Betroffenen sowie Einfühlungsvermögen und Verständnis für unser Gegenüber.

7.7.2. Sprache

Sprachliche Barrieren behindern die Kommunikation und erschweren die Weitergabe von Wissen an die Betroffenen. Ebenso kann die Informationssammlung zur weiteren Planung nicht oder nur unzureichend stattfinden. In diesem Fall kann mit Dolmetschern und evtl. Angehörigen, die die Sprache besser verstehen zusammengearbeitet werden. So können Missverständnisse vermieden und Unsicherheiten ausgeräumt werden. Einige Produkthersteller bieten zudem Ratgeber in unterschiedlichsten Sprachen an, die unterstützend genutzt werden sollten. Die Organisation von „Übersetzungshelfern“ erfordert zusätzliche zeitliche Ressourcen. Diese Umstände müssen ebenfalls bei der präoperativen Markierung und in Beratungssituationen berücksichtigt werden.



Bild: AdobeStock © Nataliya

8. Handlungsanweisungen und Empfehlungen

Es gibt bereits mehrere Empfehlungen und Handlungsanweisungen, die über die Art und Durchführung von geforderten Tätigkeiten in der präoperativen Phase vor geplanten Stomaanlagen Aufschluss geben. In den S-3 Leitlinien finden sich wissenschaftliche Erkenntnisse, die zur Orientierung von Ärzten und anderen, an der Behandlung von Patienten beteiligten Berufsgruppen dienen. Das heißt, es werden Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten aufgezeigt.

8.1. S-3 Leitlinien

8.1.1. *Kolorektales Karzinom (Version 2.1, Januar 2019)*

Unter Punkt 7.5.4. Stoma-Anlage auf S.131 der Leitlinie, wird unter 7.41. der Hinweis zur rechtzeitigen Information und präoperativen Aufklärung des Betroffenen im Hinblick auf die Anlage eines Stomas gegeben. Unter 7.42. wird die präoperative Stomamarkierung empfohlen und auf S.132 die Vorgehensweise und Durchführung der präoperativen Stomamarkierung durch Arzt oder Stomatherapeut beschrieben.

8.1.2. *Harnblasenkarzinom (Version 2.0, März 2020)*

In der Leitlinie unter 8.1. auf S. 209/Tabelle 25 wird die empfohlene "Präoperative Vorbereitung der Stomaanlage" und das Vorgehen unter Berücksichtigung individueller Faktoren beschrieben. Unter 8.3. auf S. 203 wird darauf hingewiesen, dass die Betroffenen über sämtliche Möglichkeiten der unterschiedlichen "Harnableitungen sowie deren Vor- und Nachteile" informiert werden sollen. Im Punkt 8.4. auf S. 203 gibt es die Empfehlung zur Durchführung der präoperativen Stomamarkierung vor einer Stomaanlage. Auf S. 208 der Leitlinie werden die durchführenden Personen, Arzt und Stomatherapeut benannt.

8.2. Handlungsanweisung zur präoperativen Stomamarkierung der FgSKW e.V.

Diese Handlungsanweisung entstand nach der Online-Befragung der FgSKW e. V. zur präoperativen Markierung. Ein einheitliches und zielführendes Vorgehen soll künftig zur Verbesserung der Qualität beitragen. Die Hauptergebnisse der Befragung, mit der bereits veröffentlichten Arbeitsanweisung „Markierung der Stomaanlage“, von Droste und Gruber, wurden 2012 zu einer Handlungsanweisung von Mitgliedern der FgSKW e. V. überarbeitet. Das Ziel, Zeitpunkt, ausführende Akteure, benötigtes Material, Durchführung mit genauer Beschreibung der Technik, Besonderheiten und Dokumentation der präoperativen Markierung werden in dieser Handlungsanweisung beschrieben. Ebenso die gewünschten Ergebnisse, die durch das geplante Vorgehen erreicht werden sollen. Die Empfehlung zur präoperativen Stomamarkierung der FgSKW e. V., lässt sich in Einrichtungen die noch keinen Standard oder eine hausinterne Anweisung haben implementieren und entsprechend an den Arbeitsplatz anpassen.

8.3. Charta der Stomaträger

Die „Charta der Rechte von Stomaträgern“, zeigt die speziellen Bedürfnisse der Betroffenen auf, mit dem Ziel weiterhin ein "selbständiges und selbstbestimmtes Leben" führen zu können sowie an allen Entscheidungen beteiligt zu sein. In der überarbeiteten Fassung von 2007, steht zum Thema präoperative Vorbereitung und Markierung, dass Stomaträger ein Recht auf präoperative Beratung haben. Dadurch kann sichergestellt werden, dass die Betroffenen erfahren, welchen Einfluss ein Stoma auf das künftige Leben hat. Des Weiteren haben die Betroffenen das Recht ein optimal angelegtes und positioniertes Stoma zu erhalten.

9. Qualitätssicherung in der präoperativen Phase

9.1. Deutsche Krebsgesellschaft, Darmkrebszentrum

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) möchte Betroffenen eine qualitativ hochwertige Behandlung in zertifizierten Zentren ermöglichen. Eine Verbesserung der Versorgung von onkologischen Patienten erfolgt mittels Zertifizierungssystem. Die Zertifizierungskriterien und fachlichen Anforderungen für die verschiedenen onkologischen Zentren sind in Erhebungsbögen zusammengefasst. Unter anderem finden sich hier die erforderlichen Rahmenbedingungen und die geforderten Tätigkeiten im Aufgabenbereich der Stomatherapie für ein zertifiziertes Darmkrebszentrum.

Erhebungsbogen Darmkrebszentrum (DKG), Stand 07/2020

Bezug nehmend auf die präoperative Phase vor Stomaanlagen, findet sich unter 1.8.6 der Hinweis, dass neben präoperativer Anleitung, Beratung und Schulung von Patienten und deren Angehörigen, auch die Beteiligung an der präoperativen Markierung der Stomaposition, zu den Aufgaben der Stomatherapie dazugehört.

9.2. Qualitätsmerkmale eines Standards in der präoperativen Phase

Die präoperative Phase ist ein Teil-prozess des sektorenübergreifenden Pflegeprozesses „Rehabilitation des Stomaträgers“ von Gruber und Droste, der klar definierte präoperative ärztliche und pflegerische Maßnahmen vor einer Stomaanlage beinhaltet. Zur Verbesserung der Qualität in der präoperativen Phase vor Stomaanlagen wird die Einteilung hier, wie im gesamten Pflegeprozess, in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgenommen. Ein Standard ermöglicht es, eine einheitliche, vergleichbare und überprüfbare Pflege durchzuführen und ist somit eine gute Hilfe zur Sicherung der Qualität bei der Betreuung und Versorgung von Betroffenen in der Klinik.

9.2.1. Strukturqualität

Die Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen, die vorhanden sein sollten, um gewisse Qualitätskriterien erfüllen zu können.

Die Rahmenbedingungen bestehen aus baulichen, technischen und materiellen Anforderungen sowie personellen und organisatorischen Anforderungen.

Das bedeutet für die präoperative Phase:

- Bereitstellung, bzw. Erarbeitung eines präoperativen Standards mit klaren Angaben zu Ablauf und Organisation, Zeitmanagement, Zuständigkeit
- Bereitstellung geeigneter Formulare, EDV gestütztes Programm (Anforderung der Stomatherapie, spezielle Dokumentationsbögen...)
- regelmäßige Besprechungen im multiprofessionellen Team zur Einhaltung der erforderlichen Maßnahmen, Kommunikationsfluss gewährleisten, Fallbesprechungen durchführen
- Information neuer Mitarbeiter in der Einarbeitungsphase über die Abläufe und Aufgaben in der präoperativen Phase
- klare Vorgaben bezüglich Delegation, schriftlich hinterlegt und namentliche Nennung der berechtigten Mitarbeiter zur Durchführung der präoperativen Stomamarkierung

- regelmäßige Fortbildungen und Schulungen aller Mitarbeiter, Rezertifizierung der Pflegeexperten SKW
- räumliche Ausstattung, eigenes Zimmer der Stomatherapie für Beratung, Gespräche, Stomamarkierung etc.
- materielle Ausstattung (Informationsmaterial, Anschauungsmaterial, verschiedene Produktarten von Stomaversorgungen)
- personelle Ausstattung, qualifizierte Fachkraft, z. B. Pflegeexperte SKW
- vorhandenes fachspezifisches Wissen des Pflegeexperten SKW

9.2.2. Prozessqualität

Die Prozessqualität beschreibt alle erbrachten Tätigkeiten der ärztlichen, pflegerischen und sonstiger am Prozess beteiligten Berufsgruppen.

Sie bezieht sich auf die Planung und die sachgerechte Durchführung der erforderlichen Maßnahmen.

Die Voraussetzung hierfür sind die erforderlichen Rahmenbedingungen.

Das bedeutet für die präoperative Phase:

- frühzeitige Anforderung des Pflegeexperten SKW, mindestens 24 Stunden vor OP (je früher, desto besser), per Konsil
- schriftliche Anordnung und genaue Anweisungen zur geplanten Stomaanlage durch den Arzt, Absprachen zwischen den Beteiligten
- Ärztliches Aufklärungsgespräch und Erklärung der Behandlungsstrategie mit dem Betroffenen und ggf. Angehörigen
- Informationssammlung, Ressourcen und Defizite erkennen, Planung der Maßnahmen
- Verständnis aller Beteiligten für die rechtzeitige Durchführung der Maßnahmen, als wichtiger Bestandteil des Rehabilitationsprozesses
- Nutzung und Einhaltung eines präoperativen Standards, bzw. Akzeptanz zur Einführung eines präoperativen Standards im multiprofessionellen Team
- Information der Betroffenen und Angehörigen, Beratungsgespräche, präoperatives Gespräch planen
- Ziele mit dem Betroffenen und Angehörigen formulieren und festlegen, Ermittlung des Unterstützungsbedarfes über die Entlassung hinaus
- Durchführung des präoperativen Gespräches und der Stomamarkierung nach den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft und Empfehlungen
- Rücksprache mit dem Arzt bei Problemen und Abweichungen
- schriftliche Dokumentation und ergänzend z. B. die Fotodokumentation
- Information des Pflegepersonals der Station und ggf. des Entlassmanagements zur Einleitung weiterer Schritte, sowie weiterer Berufsgruppen und Diensten bei Bedarf

9.2.3. Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität zeigt die Qualität der durchgeführten ärztlichen und pflegerischen Leistungen. Die Leistungen sollten fortlaufend bewertet werden, um Mängel zu erkennen und um ggf. Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten.

Das bedeutet für die präoperative Phase:

- Überprüfung des Prozessablaufs:

- Zufriedenheit des Betroffenen bzgl. Zeitpunkt, Zeitumfang, Ablauf des präoperativen Gesprächs und der Stomamarkierung, z. B. per Fragebogen
- Führen einer Statistik (Anzahl der Stomaanlagen und durchgeführter präoperativer Markierungen)
- Evaluation:
- Auswertung der Fragebögen und der Statistik
- Rückmeldung/Feedback der, bzw. an die beteiligten Berufsgruppen
- Anpassung, bzw. Optimierung des Prozessablaufs

10. Online-Befragung der FgSKW e. V. 2011 zur präoperativen Stomamarkierung

Das Ziel dieser Befragung war es, das übliche Vorgehen bei elektiven Eingriffen in den Kliniken zur Durchführung der präoperativen Stomamarkierung zu erfassen. Die Anzahl nicht durchgeführter Markierungen, trotz der bekannten Nachteile für die Betroffenen wurde zum Anlass für die Befragung genommen. Von zentralem Interesse war der Zeitpunkt, die ausführende Person und nach welchen Kriterien die Markierung durchgeführt wurde. Außerdem, ob Hilfsmittel zur Markierung verwendet wurden. Des Weiteren die Frage, ob die Stomaanlage postoperativ im Hinblick auf ihre Qualität bewertet und dies auch dokumentiert wurde.

Es wurden Pflegefachkräfte und Mediziner in Kliniken, die mit der Versorgung von Patienten, die im Verlauf Ihrer Behandlung eine Stomaanlage erhielten, befragt. Die Befragung war freiwillig und anonym. Es nahmen 219 Personen an der Online-Befragung im Zeitraum vom 31.10.11 bis 28.11.11 teil.

Die Hauptergebnisse waren: Jeder Dritte erhielt trotz geplanter OP keine präoperative Stomaamarkierung. Die Ursachen dafür müssen aufgeklärt werden. Ebenso die Verbindung von nicht erfolgten Markierungen in Bezug auf spätere Stomafehllagen und folglich Versorgungsproblemen und parastomalen Hautproblemen. Es wurden Abweichungen von der präoperativ markierten Stelle und der späteren tatsächlichen Position des Stomas festgestellt. Ob unterschiedliche Ansichten der Berufsgruppen dazu führten, konnte zu diesem Zeitpunkt nicht aufgeklärt werden. Es zeigte sich, dass die präoperative Stomamarkierung in der Klinik überwiegend von Pflegefachkräften durchgeführt wird. Die Handhabung der präoperativen Stomamarkierung wurde nach dieser Umfrage als verbesserungswürdig erachtet. Daraus ergab sich im nächsten Schritt, zur Verbesserung der Situation der Betroffenen und zur Sicherung der Qualität in den Kliniken folgende Lösung. Die FgSKW e. V. sah sich in der Verantwortung, eine standardisierte, schriftliche Handlungsanweisung zur präoperativen Stomamarkierung zu erstellen und umzusetzen. Außerdem die Vorgabe von Beurteilungskriterien hinsichtlich der Qualität einer Stomaanlage.

11. Kursinterne Umfrage zur Handhabung der präoperativen Stomamarkierung am Arbeitsplatz der Kollegen

Der Fragebogen zur Umfrage befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Die Umfrage wurde am 27.02.21 gestartet und am 14.03.21 beendet. Der Fragebogen wurde per E-Mail an die Kollegen von „Stoma‘19“ verschickt.

11.1. Intention der Umfrage

Diese Umfrage sollte helfen einen aktuellen Überblick zur Durchführung der präoperativen Stomamarkierung, in den Kliniken mit angeschlossenem Darmkrebszentrum der Kollegen zu erhalten. Von zentralem Interesse waren das routinemäßige Vorkommen vor elektiven Eingriffen, die Häufigkeit nicht stattgefundener Markierungen, Zeitumfang, Ort und Rahmen in dem die Markierung stattfindet. Wer führt die Markierung durch und- welche hausinternen Bedingungen und Möglichkeiten gibt es zum Thema „Vorliegen einer Handlungsanweisung zur Durchführung der präoperativen Markierung“ sowie Art und Umfang der Dokumentation am Arbeitsplatz der Kollegen.

11.2. Ergebnisse/Auswertung der Umfrage

Drei der zwölf Befragten konnten aufgrund ihres Arbeitsplatzes (HomeCare, Rehaklinik, ambulanter Pflegedienst) keine vollständigen Angaben machen. Die geografische Verteilung der Kliniken, in denen die Kollegen arbeiten, erstreckt sich über 5 Bundesländer.

An allen Kliniken mit angeschlossenem Darmkrebszentrum wird die präoperative Stomamarkierung vor elektiven Eingriffen durchgeführt. Dennoch gab es auch hier Fälle, in denen keine Stomamarkierung durchgeführt wurde. Die Umstände hierzu sind nicht bekannt. Die zur Verfügung stehende Zeit zur Durchführung der Markierung, wurde von 42 % mit weniger als einer halben Stunde und von 50 % der Befragten mit mehr als einer halben Stunde angegeben. In einem Fall wurde die Zeit mit mehr als einer Stunde angegeben. Natürlich sollte jeder Betroffene nach Möglichkeit die Zeit bekommen, die er zur Klärung seiner Fragen braucht. Bei der Frage zur durchführenden Person, wurde in den meisten Fällen (53 %), der Pflegeexperte SKW, gefolgt vom Arzt (32 %), dann der Pflegefachkraft (16 %) genannt. Wie aus dieser Umfrage hervorgeht, findet die Stomamarkierung bei 64 % nicht im Rahmen des präoperativen Gespräches statt. Lediglich bei 33 % der Befragten war dies der Fall. Am häufigsten wird die Markierung im Patientenzimmer (61 %), gefolgt von Behandlungszimmer (28 %) und anderer Ort (11 %) durchgeführt. Aufgrund der Corona Pandemie sind Angehörige derzeit nicht oder nur in Ausnahmefällen bei Gespräch und Markierung zugelassen. Daher kam wohl das Ergebnis von Ja (36 %) und Nein (67 %) bei der Frage, ob Angehörige bei Gespräch und Markierung einbezogen werden, zustande. Nur 33 % der Befragten weisen einen hausinternen Standard, bzw. eine schriftliche Anweisung zur präoperativen Markierung auf, während 67 % dies verneinten. Über einen speziellen Dokumentationsbogen der präoperativen Stomamarkierung verfügen 42 % der Kollegen, was bei 58 % wiederum nicht der Fall ist. Bei der Art der Dokumentation lag die schriftliche Dokumentation (58 %) vorne, gefolgt von schriftlicher Dokumentation und gleichzeitiger Fotodokumentation (33 %). Bei 8 % der Befragten lag nur eine Fotodokumentation vor.

11.3. Fazit der Umfrage

Das Ergebnis ist aufgrund der kleinen Gruppe der Befragten zwar nicht repräsentativ, lässt aber den Eindruck entstehen, dass die präoperative Stomamarkierung durchaus einen festen Platz in der präoperativen Vorbereitung der Patienten an den Arbeitsplätzen der Kollegen hat. Verbesserungspotenzial gibt es sicher im Ablauf und der Häufigkeit der Durchführung des präoperativen Gespräches, sowie bei der Auswahl der Räumlichkeiten/des Ortes der

Markierung. Die Erstellung und das Vorhandensein eines hausinternen Standards sollte verstärkt Beachtung finden und in Angriff genommen werden. Es kann dann nach vorgegebenen Richtlinien einheitlich gehandelt werden und die Abläufe sind für alle Beteiligten transparent. Die Ausführung und Art der Dokumentation weist kleinere Lücken auf. Optimal wäre sicher eine Kombination aus schriftlicher Dokumentation und unterstützender Fotodokumentation, in einem eigens für den Aufgabenbereich der Stomatherapie entwickelten Dokumentationsbogen durchzuführen.

12. Fazit

Im Interesse aller Beteiligten muss die präoperative Stomamarkierung unter Beachtung der individuellen Faktoren als fester Bestandteil der präoperativen Vorbereitung verstanden werden. Das nötige fachliche Wissen zur korrekten Durchführung der präoperativen Stomamarkierung sowie die Kommunikation innerhalb des multiprofessionellen Teams und ausreichenden zeitlichen Ressourcen, bilden die Grundvoraussetzung für ein gutes Gelingen.

Den Anfang für den Erfolg der Behandlung bildet unter anderem das präoperative Gespräch, dem mehr Beachtung geschenkt werden sollte. Einigen ist sicher nicht bewusst, wie wichtig der Vertrauensaufbau für die Arbeit mit den Betroffenen ist und dass sich das Gespräch positiv auf die Bewältigung der Situation auswirken kann. Durch klar geregelte Abläufe, unter Einhaltung der Empfehlungen und Vorgaben, werden in der präoperativen Phase ideale Bedingungen für eine erfolgreiche Rehabilitation der Betroffenen geschaffen.

Daher muss die Entwicklung eines Standards am eigenen Arbeitsplatz, der für eine transparente, planbare und verbindliche Durchführung der Maßnahmen notwendig ist, vorangetrieben werden. Die Entwicklung dieses Standards bedarf einer guten Planung, Informationssammlung und zeitlicher Ressourcen. Es müssen Absprachen im multiprofessionellen Team sowie die Prüfung durch das Qualitätsmanagement und die Genehmigung durch Vorgesetzte vor der Implementierung vorgenommen werden. Im Anschluss muss die Umsetzung, Einhaltung und Wirksamkeit des Standards regelmäßig evaluiert werden. Wünschenswert wäre hier auch die Entwicklung einer EDV-gestützten Anmeldung zur präoperativen Stomamarkierung, z. B. durch eine automatische Verknüpfung mit dem OP-Plan oder der Diagnosestellung, um zu späten Meldungen und nicht erfolgten Markierungen entgegenzuwirken.

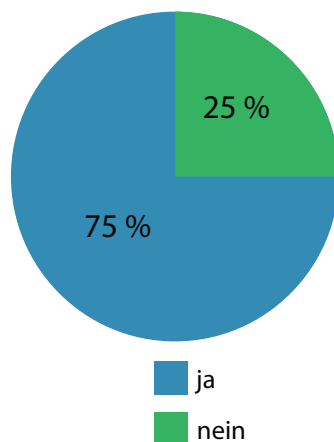
Die Aufklärung über mögliche Konsequenzen nicht durchgeführter Markierungen, muss bei allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen erfolgen. Sollten nicht alle Vorgaben und Empfehlungen aufgrund unterschiedlichster Ursachen bei der präoperativen Markierung der Betroffenen berücksichtigt werden können, ist eine Priorisierung vorzunehmen und eine Besprechung zwischen behandelndem Arzt und Pflegeexpertem SKW unbedingt erforderlich.

Dennoch kann auch eine noch so gute präoperative Vorbereitung mit optimaler Markierung der Stomalokalisation und Aufklärung nicht zwingend vor auftretenden postoperativen Komplikationen schützen, da es noch weitere Einflussfaktoren auf das Ergebnis einer Stomaanlage gibt. Wichtig ist in diesen Fällen eine lückenlose Betreuung und beständige Beratung, Anleitung und Schulung der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes durch eine versierte Fachkraft. Dazu ist die Auswahl eines geeigneten Versorgungssystems und die Förderung der vorhandenen Ressourcen zur Erhaltung der Selbständigkeit und Selbstversorgung

von Bedeutung. Schlussendlich sind auch die Überleitung an einen Nachversorger zur Sicherstellung der Versorgungsqualität, der weiterführenden fachlichen Betreuung und der Belieferung von benötigtem Material weitere wichtige Bestandteile in der Versorgung von „Stomaträgern“.

Auszug der Grafische Auswertung der kursinternen Umfrage zur präoperativen Stomamarkierung

Wird an deinem Arbeitsplatz die präoperative Stomamarkierung routinemäßig vor geplanten Darmoperationen durchgeführt?



Wiebke Rau Pflegeexpertin SKW
München
Kontakt: wiebkerau@t-online.de