MagSi®

MAGAZIN

FgSKW

STOMA
KONTINENZ
WUNDE

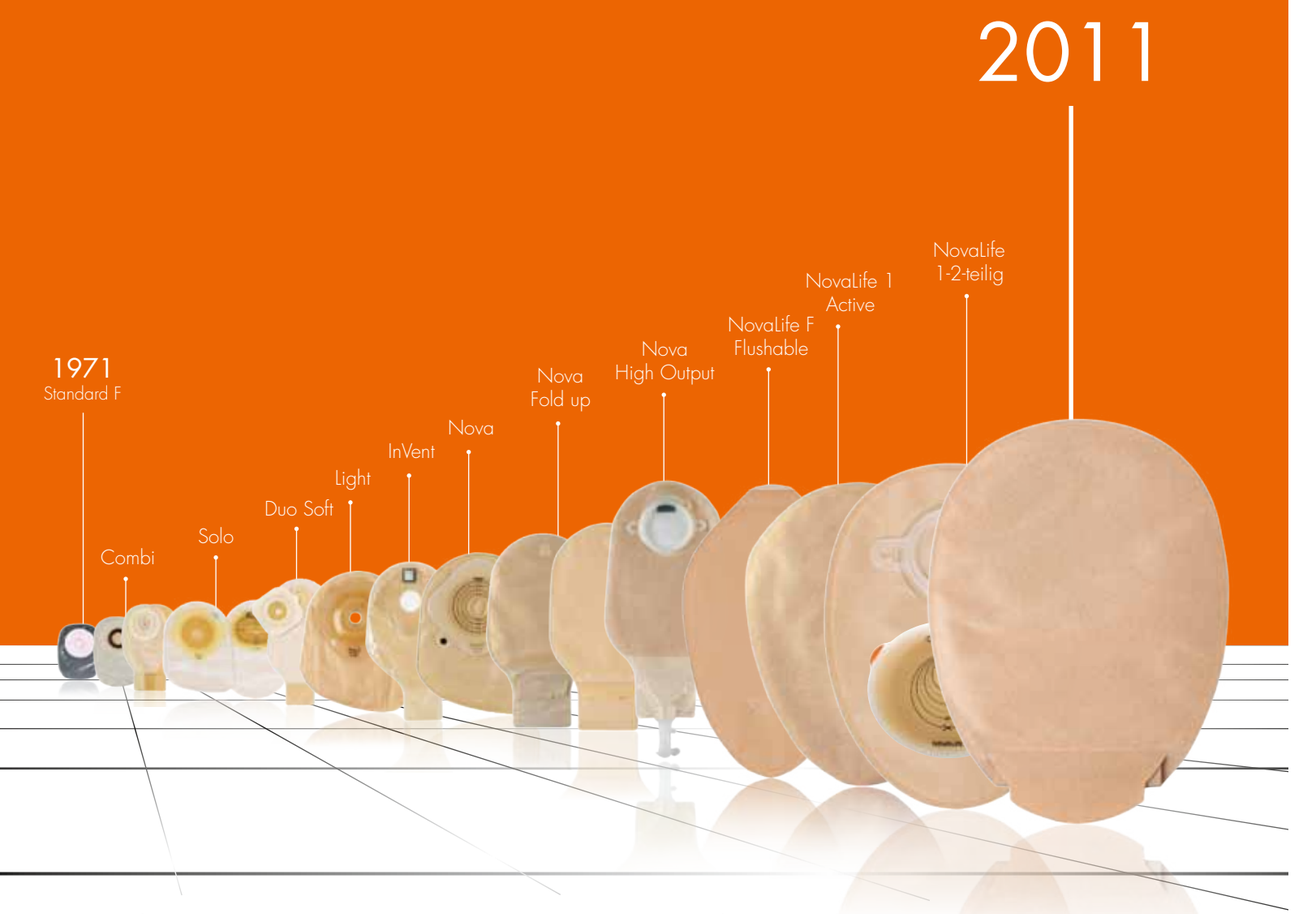
Das Thema
Maßnahmen der Stuhlgangregulierung

Aktuell
Inkontinenz: Nachhaltiger Behandlungserfolg und gesteigerte Lebensqualität dank Botox

Blick über die Grenzen
20 Jahre Vereinigung der StomatherapeutInnen

Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik · 17. Jahrgang · Nr. 56 · August 2011 € 5,30 · ISSN 1863-1975

40 Jahre kontinuierliche Weiterentwicklung



Dansac feiert 2011 sein 40-jähriges Firmenjubiläum. Dieser Anlass gibt uns Gelegenheit auf vier Jahrzehnte voller Innovationen, fortschrittlicher Entwicklungen und auf unser besonderes Engagement in der Stomaversorgung zurückzublicken.

Vom ersten Standard F Beutel, der erstmals 1971 eingeführt wurde, bis hin zu unserer aktuellen neuen Produktlinie NovaLife haben unsere Versorgungsprodukte einen langen Entwicklungsprozess zurückgelegt und werden kontinuierlich verbessert.

Während der letzten vier Dekaden stand immer die Verbesserung der Lebensqualität eines jeden Betroffenen im Vordergrund. Wir haben dies nicht nur durch die Entwicklung und Verbesserung unserer Stomaversorgungen erreicht, sondern auch durch unser vielfältiges Angebot an Informations- und Aufklärungsmaterial über das Leben mit einem Stoma.

Seit der Gründung von Dansac ist es unser Bestreben auf die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und des Pflegefachpersonals zu hören. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden verantwortungsvoll im Entwicklungsprozess unserer Produkte und Dienstleistungen umgesetzt – mit dem Ziel, das Leben mit einem Stoma sicherer, diskreter, unabhängiger und somit angenehmer zu gestalten.

Mit NovaLife haben wir gegenwärtig die bestmögliche Stomaversorgung geschaffen, fürs Erste …

Wir werden uns weiterhin dem widmen und uns darauf konzentrieren, was uns auszeichnet und was wir am besten können: modernste Stomaversorgung.

1971 • 2011
40 ANNIVERSARY
RELIABLE
INFORMAL
INNOVATIVE
DEDICATED

www.dansac.de

dansac
Dedicated to Stoma Care

Titelmotiv: MEV

Ausblick

Liebe Leserinnen und Leser,

in der vorliegenden 56. Ausgabe der „MagSi®" wenden wir uns schwerpunktmäßig dem Themenbereich der Inkontinenz zu. Sie werden in vielen interessanten und anspruchsvollen Beiträgen Wissenswertes aus diesem Handlungsfeld der Pflegeexperten Stoma, Inkontinenz und Wunde finden. So scheint die Technik der transanalen Irrigation in der Therapie bestimmter Formen der Stuhlinkontinenz mittlerweile zum Standard in der Versorgung geworden zu sein. Lesen sie mehr dazu in diesem Heft!
Die Besonderheiten in der Versorgung sogenannter „kontinenter Urostomien" nach Entfernung der Harnblase stellen wir Ihnen in weiteren Beiträgen vor und geben Ihnen Anregungen für die Beratung und Versorgung Ihrer Patienten mit diesen speziellen Versorgungsbedürfnissen.
In einem weiteren Beitrag stellen wir Ihnen die Fortbildung zum „Urotherapeuten" vor und klären auf, was sich aus fachlicher Sicht hinter dieser Qualifikation verbirgt.
Gleich zwei neue Weiterbildungsinstitute bieten in diesem Herbst erstmalig die Weiterbildung zum Pflegexperten Stoma, Inkontinenz und Wunde nach unserer Weiterbildungs- und Prüfungsordnung an. Beide Institutionen stellen sich und Ihr Leistungsangebot in zwei Beiträgen vor. Durch die anhaltend hohe Nachfrage nach Pflegeexperten mit Weiterbildung fiel hier in diesen Institutionen die Entscheidung, dieses Weiterbildungsangebot in diesem Jahr zu starten. Wir wünschen den Durchführenden und den interessierten Weiterbildungsteilnehmern gutes Gelingen und viel Erfolg in der Realisierung dieser Weiterbildungen. Es werden zukünftig in allen Sektoren des Gesundheitswesens viele weitere hochspezialisierte Pflegefachkräfte gebraucht!
Ihnen wünschen wir jetzt im Namen der Redaktion eine spannende und interessante Lektüre der neuen „MagSi®"

Ihr Redaktionsteam

Das Thema	4	Maßnahmen der Stuhlgangregulierung
	8	Pflege bei Ileum-Neoblase und Mainz-Pouch I
	12	Inkontinente Harnableitung nach Zystektomie und die pflegerischen Besonderheiten
	15	„Urotherapie" was ist das?
	18	Pflegediagnose Urinausscheidung verändert / Teil 1
Aktuell	22	Inkontinenz: Nachhaltiger Behandlungserfolg und gesteigerte Lebensqualität dank Botox
Blick über die Grenzen	24	20 Jahre Vereinigung der StomatherapeutInnen
Fachgesellschaft aktuell	26	Termine/Kongresse
	27	Kooperationspartner/Mitgliedsverbände
Stoma-Standard	29	Stoma Standard
Buch-Tipp	32	Interessante Literatur
Weiterbildung Aktuell	34	Die PFAD Akademie der Gesundheitswissenschaften stellt sich vor
	37	Projektarbeit „Hautpflege bei Inkontinenz – ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige"
	38	Abschluss der Weiterbildung Stoma, Inkontinenz und Wunde am Diakonischen Institut in Dornstadt
	39	Präsentation mit zauberhaftem Ambiente
	40	Das Fatiguesyndrom in der Palliativpflege
	43	Pflegeexperte Stoma Inkontinenz Wunde nach dem Curriculum der FgSKW
Schaufenster	44	Neugkeiten bei Produkten und Diestleistungen
Impressum	46	Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Herausgeber

Berufsverband der Pflege

FgSKW
Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Kooperationspartner

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
max
DGfW Forschung – Wissen – Praxis
Initiative
BeKD e.V. Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
Wannsee

Maßnahmen der Stuhlgangregulierung

Stuhlgangregulierende Maßnahmen beim Menschen stellen bedingt durch Multimorbidität im Pflegealltag eine besondere Herausforderung dar.
Störungen der Darmfunktion, wahrnehmbar durch Inkontinenz, Obstipation oder verlängerten Stuhltransport, stellen sich in unterschiedlichen Ausprägungen dar.

Bild: PhotoDisc

So leiden unterschiedlichen Literaturquellen folgend bis zu 7% der deutschen Bevölkerung an einer Stuhlinkontinenz, ca. 20% der Bewohner moderner Industriestaaten leiden unter einer chronischen Obstipation. Erkrankungen wie Morbus Alzheimer, Apoplexie, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson etc. führen zu neurogen bedingten Darmfunktionsstörungen, die sich in Form von Stuhlinkontinenz, Obstipation oder Stuhltransportstörungen darstellen.

Die meisten Menschen sind nach wie vor in ihrem Leben „Alles-Esser". Der Verdauungstrakt muss also mit fleischlicher und mit pflanzlicher Kost zurechtkommen. Die Nahrung muss zerkleinert, verflüssigt, in ihre molekularen Bestandteile zerlegt und vom Organismus aufgenommen werden.
Alles, was nicht zu verwerten ist, muss wieder eingedickt und ausgeschieden werden. Für jede dieser Aufgaben gibt es im menschlichen Verdauungstrakt spezielle Segmente.

Die Nahrung, die ein Mensch aufnimmt, wird zunächst im Mund von den Zähnen zerkleinert und mit Speichel vermischt. Schon hier werden Verdauungsenzyme, die im Speichel enthalten sind, wirksam und es beginnt die Aufspaltung der Speisen in die Grundbausteine Eiweiß, Kohlenhydrate und Fett.
Somit ist eine erste Forderung der Gewährleistung einer Stuhlregulierung, die Schaffung eines entsprechenden oralen Status, bzw. die Anpassung der Nahrungskonsistenz an den Status.

Anale Kontinenz ist ein komplexes Geschehen, das vom Funktionieren der beiden Schließmuskeln, der Rektumampulle und ihrer Reflexsteuerung sowie einem intakten Beckenboden abhängig ist. Weiter müssen Volumen und Konsistenz des Darminhaltes berücksichtigt werden. Diese wiederum hängen unter anderem auch vom Flüssigkeitshaushalt ab.

Die Defäkation ist somit ebenfalls ein komplexer Vorgang. Durch die Dilatation des Rektums wird über das Defäkationszentrum im Sakralmark Stuhldrang an das Gehirn gesendet. Im Gehirn werden nun hemmende Impulse für das Hinauszögern der Defäkation oder Entleerungsimpulse gesendet, die über verschiedene Steuerungen die Entleerung einleiten. Die nervale Innervation des Dickdarms wird von sympathischen und parasympathischen Nerven gesteuert.
Der Sympathikus unterdrückt, der Parasympathikus verstärkt die Aktivität des Gastro-Intestinal-Trakts.
Schädigungen des Rückenmarks oder Gehirns, gehen fast immer mit einer Schädigung der Darmfunktion einher. Die Art der Darmfunktionsstörung ist dabei sehr stark vom Läsionsort und dem Läsionsumfang abhängig.
Dies gilt grundsätzlich für Schädigungen bzw. Erkrankungen des Nervensystems.

Mit einem konsequenten Darmmanagement kann diesen funktionellen Störungen begegnet werden. Die Bezeichnung „Darmmanagement" umfasst dabei die Gesamtheit aller Aktivitäten, die dazu dienen, eine regelmäßige, planbare sowie zeitlich begrenzte Darmentleerung mit zwischenzeitlicher Kontinenz zu erreichen.
Gesundheit und Wohlbefinden sollen erhalten, soziale Einschränkungen aufgehoben und funktionelle, morphologische und neurologische Komplikationen vermieden werden.

Im Falle einer Obstipation werden Kreislauf und Nervensystem stark belastet, da Beschwerden wie Blähungen und Spastizitätserhöhungen direkt zusammenhängen. Nicht zu unterschätzen sind die negativen Auswirkungen einer Obstipation auf die Blasenfunktion.

Um die Stuhlausscheidung zielgerichtet zu gewährleisten, steht am Beginn aller Maßnahmen eine umfassende Stuhlanamnese mit eindeutiger Klassifikation der Darmfunktionsstörung. Grob unterteilt werden die Darmfunktionsstörungen in Stuhlinkontinenz und Obstipation. Beide Formen lassen sich dann weiter, wie die untere Abbildung zeigt, differenzieren.

Inkontinenz

- **neurogene Inkontinenz**
- **muskuläre Inkontinenz**
- **Überlaufinkontinenz**
- **konsistenzbedingte Inkontinenz**

Obstipation

- **Outlet – Constipation**
- **Slow transit Constipation**
- **machanische Passagebehinderung**

Klassifikation der Darmfunktionsstörung

Dieser Klassifikation folgend unterteilt sich die Stuhlkontinenz in eine primäre und in eine sekundäre Form.
Primäre Stuhlkontinenz bedeutet, die Fähigkeit den Stuhl willentlich zurück zu halten und die Entleerung willkürlich zu kontrollieren. Ist die willkürliche Kontrolle des Darmes eingeschränkt oder fehlend, wird durch das Darmmanagement, eine geplante, regelmäßige und ausreichende Darmentleerung eingeleitet, die dann zur sekundären Kontinenz führt.

Am Beginn der Diagnostik steht neben der allgemeinen Anamnese auch eine gezielte Stuhlanamnese, die sich mit der Stuhlfrequenz, Stuhlkonsistenz, den Zusammenhang mit Krankheiten und der damit verbundenen Medikamenteneinnahmen beschäftigt. Verletzungen des Schließmuskels müssen ausgeschlossen werden.
Neben einem abdominellen und rektalen Ultraschall gilt der lokal – neurologischen Befunderhebung inklusive Reflexstatus große Aufmerksamkeit.

Fakultativ stehen weitere instrumentelle Untersuchungsmöglichkeiten wie z.B. die Sphinkter- und Rektummanometrie zur Verfügung.
Bedingt durch die unterschiedlichen Ausprägungen der Darmfunktionsstörungen stehen verschiedene Interventionen zur Verfügung.

Ernährung

Eine spezielle Diät bei Darmfunktionsstörungen gibt es nicht. Es ist jedoch durchaus möglich, durch eine bewusste, sehr individuelle Umstellung der Ernährung bzw. Gewohnheiten Besserungen zu erzielen. Hierbei geht es im Wesentlichen um die Beschaffenheit des Stuhls und um Stuhlkonsistenz, die es erlaubt, besser mit der Situation umzugehen.
Bei den aufgeführten Ratschlägen zur Ernährung ist unbedingt zu beachten, dass die Auswirkungen der Ernährung auf die Stuhlkonsistenz und die Darmtätigkeit individuell äußerst unterschiedlich sein können und die Hinweise daher keinerlei Allgemeingültigkeit haben. Ziel einer Ernährungsberatung bei Inkontinenz ist es, Richtlinien und Vorschläge für die spezielle Situation des einzelnen Patienten zu erarbeiten. Hierbei kann die Analyse individueller Ernährungsgewohnheiten, etwa bestehende Unverträglichkeiten von Nahrungsbestandtei-

len, die Ausprägung der analen Inkontinenz und sonstige Lebensgewohnheiten, zum Beispiel Essen unter Stresssituationen, hastiges Essen, hilfreich sein.

Bei leichten Formen der analen Inkontinenz ist es meist sinnvoll, eine ausgewogene, ballaststoffreiche Ernährung anzustreben. Es geht hierbei darum, durch eine ausreichende Menge von Faserstoffen ein großes Stuhlvolumen zu erzielen. Das große Stuhlvolumen führt zu einer Dehnung der Darmwand, was ihrerseits die Darmtätigkeit, die Peristaltik, anregt. Der Stuhl soll durch den hohen Faseranteil zudem eine weiche, jedoch geformte Konsistenz haben und weder knollig noch breiig sein. Darüber hinaus bieten die Faserstoffe einen guten Lebensraum für die Darmflora, also für Bakterien, die wichtige Verdauungsprozesse in Gang halten. Ein hoher Fasergehalt findet sich in Vollkornprodukten, Gemüse und Obst. Die aufgenommene Ballaststoffmenge sollte zur Hälfte aus Vollkornprodukten und zur anderen Hälfte aus frischem Obst und Gemüse bestehen.
Die ballaststoffreiche Ernährung muss durch ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ergänzt werden. Täglich sollten mindestens 2 Liter Flüssigkeit getrunken werden.

Patienten mit einer schwereren Form der Inkontinenz kommen oftmals mit dieser Ernährungsweise, die das Stuhlvolumen stark vergrößert, nicht so gut zurecht. Es ist hier manchmal sinnvoller, den Stuhl etwas einzudicken und dann gegebenenfalls eine gezielte Entleerung zu bewirken, zum Beispiel mit analer Irrigation. Aber auch in diesem Stadium der Inkontinenz gilt es stets, eine Verstopfung zu verhindern. Durch zu langes Verweilen des zu festen Stuhls im Darm kann es zur Überlaufinkontinenz kommen, da der Stuhl von Bakterien zersetzt und verflüssigt wird. Es muss hier also sehr behutsam vorgegangen werden. Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten, allen voran die Laktoseintoleranz, Milchzuckerunverträglichkeit, können in jedem Stadium der Darmfunktionsstörung eine Rolle spielen. Nahrungsmittel oder Nahrungsbestandteile, die nicht vertragen werden, bergen die Gefahr vielfältiger Verdauungsbeschwerden – Durchfall, Verstopfung, Blähung, Übelkeit. Ähnliche Beschwerden können Nahrungsmittelallergien auslösen, bei denen eine spezifische Immunreaktion nach Aufnahme eines Nahrungsmittels ausgelöst wird. Es gilt, diese Nahrungsmittel im Einzelfall zu identifizieren und zu meiden.

Therapie mit Laxantien

Der Einsatz von Laxantien sollte nie ohne Absprache mit dem Arzt erfolgen, da unterschiedliche Wirkstoffe und Wirkverfahren zur Verfügung stehen.

Aufgabe von Laxantien ist die Verkürzung der Verweildauer des Stuhls im Colon und Rektum.
Folgende Wirkprinzipien werden erreicht:

- Bindung von Wasser an schwer resorbierbare Substanzen
- Hemmung der Wasser – Elektrolytre sorption aus dem Darm
- Steigerung der Flüssigkeitssekretion in das Darmlumen
- Steigerung der Motorik in den unteren Darmabschnitten

Die Verabreichung umfasst die rektale und orale Gabe. Laxantien haben sich in den letzten Jahren behauptet, da sie einen geringen Arbeitsaufwand bedeuten. Aus der Sicht des Betroffenen verbinden sich mit der Laxantiengabe aber auch gewisse Probleme durch Nebenwirkungen.

Hilfsmittelversorgung

Im Bereich der Hilfsmittelversorgung finden sich heute noch hauptsächlich Windel und Vorlagensysteme. Der entscheidende Nachteil für den Betroffenen besteht in einer permanenten Geruchsbelästigung und der hohen Gefahr von Hautdefekten durch permanenten Stuhlkontakt. Das Risiko von Harnwegsinfektionen, gerade in Verbindung mit einer Dauerkatheterversorgung steigt signifikant.
Gute Hilfsmittel stellen die Analtampons dar. Um den Analtampon fachgerecht einzusetzen, muss mit der vorausgegangenen Stuhlanamnese der persönliche Defäkationszeitpunkt ermittelt werden, da es sonst bei Missachtung zu einem permanenten Stuhldrang kommen kann.

In der Therapie der neurogenen Darmfunktion hat sich die anale Irrigation inzwischen als anerkanntes Verfahren etabliert, was durch zahlreiche Untersuchungen bestätigt wird.
Mit der weiteren technischen Modifizierung des Verfahrens können heute hervorragende Ergebnisse in der Behandlung von Inkontinenz und Obstipation erzielt werden.
Die Irrigation sollte, um den Erfolg zu garantieren, auf ärztliche Anordnung und nur nach Unterweisung durch qualifiziertes Fachpersonal vom Patienten durchgeführt werden.

Anale Irrigation

In der Therapie der neurogenen Darmfunktion hat sich die anale Irrigation inzwischen als anerkanntes Verfahren etabliert, was durch zahlreiche Untersuchungen bestätigt wird. Mit der weiteren technischen Modifizierung des Verfahrens können heute hervorragende Ergebnisse in der Behandlung von Inkontinenz und Obstipation erzielt werden. Basis für eine erfolgreiche Irrigation ist ein blockbarer Rektalkatheter und eine Druckausgleichssteuerung, um einen gleichmäßigen Wasserfluss zu garantieren.

Bilder: Coloplast GmbH, Dietmar Hegeholz

MAXIMALE QUALIFIZIERUNG FÜR MAXIMALEN ERFOLG

Jetzt anmelden zu den maxQ. Weiterbildungen in Frankfurt am Main

Qualitätsmanagement
Termin: 10.10.11 – 17.02.12 berufsbegleitend

Pflegeexperte/in Stoma • Inkontinenz • Wunde
in Kooperation mit der FgSKW - Fachgesellschaft Stoma - Kontinenz - Wunde e.V., Termin: 12.09.11 – 14.06.13 berufsbegleitend

Case Manager/in DGCC Zertifikat
Termin: 19.10.11 – 14.09.12 berufsbegleitend

Weitere Informationen erhalten Sie unter:
maxQ. im bfw – Unternehmen für Bildung
Niddastraße 98-102 · 60329 Frankfurt/Main
Tel.: 069.24260530 oder frankfurt@maxq.net · **www.maxq.net**

Die Irrigation sollte, um den Erfolg zu garantieren, auf ärztliche Anordnung und nur nach Unterweisung durch qualifiziertes Fachpersonal vom Patienten durchgeführt werden. Wichtig ist hierbei, dass die Einstellung auf die anale Irrigation einige Tage in Anspruch nehmen kann, da der Darm zunächst an das Verfahren gewöhnt werden muss. Ein weiterer Vorteil des Verfahrens besteht in der nebenwirkungsfreien Anwendung, da nur Leitungswasser ohne pharmazeutisch – chemische Zusätze verwendet wird.

Was ist das Wirkprinzip der transanalen Irrigation?

Über einen Rektalkatheter wird eine für den Betroffenen individuell festgelegte Wassermenge in den Darm eingebracht. Nach diesem Vorgang muss das Wasser ca. 5 Minuten im Darm wirken. Durch die Volumenzufuhr kommt es zur Dehnung und Auslösung von Entleerungsreflexen, in deren Folge es dann zu einer vollständigen Stuhlentleerung kommt.

Die transanale Irrigation wird gelegentlich mit dem Hebe – Senk – Einlauf verwechselt.
Während der Hebe – Senk – Einlauf nur in Linksseitenlage durchgeführt werden darf, wird die transanale Irrigation sitzend auf der Toilette durchgeführt. Beim Einlauf wird durch das „Heben" und „Senken" der Darm ausgewaschen. Bei der Irrigation hingegen muss das Wasser im Darm wirken, um Entleerungsreflexe zu aktivieren.
In der Konsequenz führt die Irrigation zu einer vollständigen Stuhlentleerung, die bei konsequenter Anwendung eine Entleerung bis zum Colontransversum sicher stellt.

Die anale Irrigation wird eingesetzt bei Darmentleerungsstörungen, Störungen der Transportfunktion, Stuhlinkontinenz, Obstipation in Folge einer Entleerungs- und Transportstörung und langen Entleerungszeiten, die 60 Minuten überschreiten.

Als Kontraindikationen gelten chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Veränderungen des Rektums oder des Kolons, die nicht komplikationslos passiert werden können und ein fortgeschrittenes Haemorrhidalleiden. Bei Schwangerschaft oder einem vorhandenen Darmstimulator verbietet sich das Verfahren ebenfalls.

Nach vorausgegangenen Darmoperationen ist der Einsatz der analen Irrigation bedingt möglich und darf nur nach Rücksprache mit dem Operateur durchgeführt werden. Nach Expertenmeinung sollte die Operation mindestens sechs Monate zurück liegen. Weiterhin darf der Darm im Vorfeld nicht bestrahlt worden sein.

Mit der analen Irrigation kann bei konsequenter Anwendung Stuhlinkontinenz vermieden, Obstipation beseitigt und verlängerte Toilettenzeiten auf ein sozial akzeptables Maß reduziert werden.
Der Betroffene erfährt einen immensen Gewinn an Lebensqualität.
Das dargestellte System Peristeen Anale Irrigation kann in der Regel vom Betroffenen ohne Hilfe einer Fremdperson angewendet werden, da es schwerkraftunabhängig funktioniert.

Dietmar Hegeholz
Hamburg

Erstklassige Fortbildung, aktuelle Produkte, wichtige Kontakte

Die PFLEGE + HOMECARE LEIPZIG ist mit Fachmesse und Kongress das herausragende Branchenereignis im Herbst 2011.
Hier erhalten Sie einen aktuellen Marktüberblick, können sich fit machen für zukünftige Herausforderungen und den Erfahrungsaustausch mit Kollegen und Fachexperten pflegen.

Die Fachmesse:
Rund 350 Aussteller, zahlreiche Sonderveranstaltungsbereiche und kostenfreie Vorträge, u. a. Berufswelt PFLEGE, Innovative Technik für die Pflege und Bewegung im Alter.

Der Kongress:
Mehr als 140 Vortragsveranstaltungen und Seminare im Management- und Praxiskongress.
Teilnahme mit Fortbildungspunkten!

Besuchen Sie
Ihren Branchentreff im Herbst 2011!
Wir freuen uns auf Sie.

Weitere Infos unter:
www.pflege-homecare.de

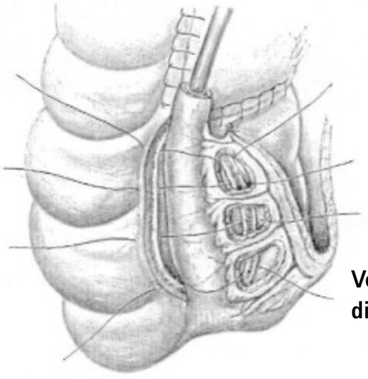
PFLEGE+ HOMECARE Leipzig

PFLEGE + HOMECARE LEIPZIG
Fachmesse und Kongress für professionelle Pflege, Betreuung und Homecare-Versorgung

27. – 29. September 2011

Leipziger Messe GmbH
Messe-Allee 1 · 04356 Leipzig
Tel.: 0341/678-8233 · Fax: 0341/678-8262
E-Mail: info@pflege-homecare.de

PFLEGE BEI ILEUM-NEOBLASE UND MAINZ-POUCH I



Die kontinente Harnableitung nach Zystektomie ermöglicht den Betroffenen, trotz ihrer meist schweren Grunderkrankung, viel Freiheit und Eigenständigkeit auch nach der Operation. Sie wird, wenn möglich, den inkontinenten Harnableitungen vorgezogen. Bei der Erzielung des jeweils besten Ergebnisses und der Vermeidung von Spätkomplikationen spielt die postoperative Pflege und Anleitung der Patienten eine entscheidende Rolle.

Beim Mainz-Pouch I erfolgt die Ausleitung bzw. Katheterisierung des Pouches über ein Nabelstoma. Die Verbindung zwischen Nabel und Pouch wird durch den Appendix gebildet. Bei der Ileum-Neoblase handelt es sich um eine Pouchanlage, die durch die natürliche Harnröhre ausgeleitet wird.

Die Urinableitung erfolgt für die ersten ca. zehn Tage über transkutan ausgeleitete Splinte, auch Mono-J-Katheter genannt. Diese müssen mit einem Beutelsystem versorgt werden. Man verwendet Urostomabeutel mit Rücklaufschutz, um die Haut vor Kontakt mit Urin zu schützen. Der erste Wechsel sollte am zweiten Tag nach OP erfolgen, bis dahin wird die primäre sterile Versorgung belassen. Von nun an wird der Wechsel jeden zweiten bis dritten Tag bei Zweiteilern durchgeführt. Das Wechselintervall ist abhängig von individuellen Faktoren wie Haftung des Materials, Dichtigkeit und Hautzustand des Patienten. Bei Einteilern wird täglich gewechselt.

Kontrollieren muss die Pflegekraft regelmäßig, ob die Diurese ausreichend und seitengleich ist. Da die Splinte leicht verstopfen, muss insbesondere darauf geachtet werden, ob beide Splinte gleichviel Harn fördern, damit es nicht zu einem Harnaufstau kommt. Deshalb leitet man die Splinte in den meisten urologischen Abteilungen mit Hilfe von speziellen Adaptern getrennt in zwei Beutel aus. So kann man **beide Nieren getrennt bilanzieren.** Um zu wissen, welcher Splint in welchem Urether liegt, ist das Ende des rechten gerade, das des linken schräg abgeschnitten. Zeigt sich hierbei, dass eine Seite wenig oder gar keinen Urin fördert, ist meistens eine Verstopfung des Splints die Ursache. Dann muss er mit 1,5 bis 2 ml steriler physiologischer Kochsalzlösung vorsichtig angespült werden. Die **Spülung** ist ärztliche Tätigkeit, die aber schriftlich an die Stomatherapeutin oder das erfahrene Pflegepersonal delegiert werden kann. Nach dem Spülen wartet man einige Sekunden bevor man die Flüssigkeit wieder aspiriert, um die Gewebetrümmer, die den Splint verstopfen, nicht noch fester in ihn hinein zu „saugen".
Man darf nicht vergessen, dass man die Kochsalzlösung direkt in das Nierenbecken spritzt. Aus diesem Grund muss unbedingt steril gearbeitet werden. Dazu werden die Splinte entweder mit sterilen Handschuhen oder mit sterilen Kompressen gehalten und ein steriles Tuch untergelegt. Die Öffnungen der Katheter werden mit Desinfektionsmittel abgesprüht. Gibt der Patient beim Spülen Schmerzen in der Nierengegend an, muss die Spülung abgebrochen und der Arzt informiert werden.

Bringt die Spülung nicht den gewünschten Erfolg, wird der Arzt in der Regel eine Sonografie durchführen, um die Ursache und eine eventuelle Stauung der Niere festzustellen. Die Therapie richtet sich dann nach der jeweiligen Ursache.

Zum Schutz der Anastomosen sowohl im Pouch als auch in der Neoblase wird für die ersten zwei bis drei Wochen postoperativ ein Dauerkatheter eingelegt. Beim Mainz-Pouch I über das Stoma in der Nabelgrube, bei der Ileum-Neoblase transurethral.

Über diesen Katheter erfolgt die **Spülung des neuen Reservoirs**, um den von der Darmschleimhaut gebildeten Schleim zu lösen und auszuspülen. Hiermit wird normalerweise ab dem dritten Tag nach OP begonnen, um den Nähten erst einmal Zeit zum Einheilen zu geben. Bis dahin herrscht ein absolutes Manipulationsverbot am Dauerkatheter. Zur Spülung verwendet man ca. 50 ml NaCl 0,9%. In manchen Kliniken wird noch eine Ampulle NAC oder Mukosolvan zugegeben, um den Schleim besser zu lösen. Man instilliert die Flüssigkeit vorsichtig mit einer Blasenspritze und klemmt den Katheter danach für fünfzehn Minuten ab. Dann öffnet man ihn wieder und lässt die Spülflüssigkeit lediglich passiv ablaufen, denn eine aktive Aspiration könnte in einem so frühen Heilungsstadium das Reservoir schädigen.
Ab dem siebten Tag nach OP ist das Reservoir so stabil, dass zu einer aktiven Spülung übergegangen werden kann. Hierzu werden insgesamt 500 ml NaCl 0,9% eingespritzt und aktiv aspiriert. Je nach Standard mit oder ohne schleimlösende Medikamente.

Da der Patient eventuell auch in Zukunft seine Neoblase bzw. seinen Pouch spülen muss, sollte er idealerweise bereits jetzt in die Spülung über den Dauerkatheter eingewiesen werden. So verliert er schon früh die Angst, etwas „kaputt zu machen" und lernt die richtige Technik. Denn die ist auch später über Einmalkatheter nicht viel anders als über den Dauerkatheter. Zwar wird die Schleimproduktion des Darms im Laufe der Zeit weniger, kann aber dennoch immer zu Problemen führen, so dass eine wöchentliche Spülung von außen nötig wird. Ein wichtiger Punkt in der Patientenanleitung vor Entlassung ist außerdem, auf eine ausreichende Trinkmenge hinzuweisen, um das neue Reservoir von innen gut zu spülen.

Bilder: Wolfgang Webelhuth, PhotoDisc

Zu Beginn hat das neue Reservoir noch ein geringes Fassungsvermögen. Damit aber der Betroffene später nicht ständig katheterisieren oder zur Toilette gehen muss, führt man nach Entfernung des Dauerkatheters ein langsames **Volumentraining** durch. Schließlich soll dem Patienten mit diesen Operationen ein möglichst normaler Tagesablauf ermöglicht werden. Im Durchschnitt geht ein gesunder Mensch im Laufe des Tages vier- bis sechsmal zur Toilette. Ziel ist also, das Volumen des Reservoirs so zu erweitern, dass später die Entleerung auch vier- bis sechsmal täglich ausreicht.

Beim Training muss man darauf achten, dass die Füllmenge nicht zu schnell gesteigert wird, da dies den Verschlussmechanismus des Reservoirs, der anfänglich sehr empfindlich ist, schädigen und somit eine mangelnde Kontinenz auslösen kann. Außerdem kann die antirefluxive Technik der Harnleiter geschädigt werden, was zu einem Harnaufstau in die Nieren führt. Ein weiteres Problem bei zu großer Füllmenge ist, dass die Wand des Reservoirs ausleiert und Urin in Falten und Vertiefungen zurückbleibt, der auch mit der Bauchpresse nicht völlig entleert werden kann. Wenn das Reservoir erst einmal durch zu hohe Füllmengen geschädigt ist, ist dies nicht mehr reversibel. Aus diesem Grund muss der Patient in der Anfangszeit häufig katheterisieren, auch nachts. Es ist wichtig, dass man ihn darüber schon vor der Operation aufklärt, denn er muss sich darauf einstellen können, dass diese Zeit für ihn sehr anstrengend wird. Um nun das erwünschte Volumen von ca. 500 ml zu erreichen, werden die Zeiträume zwischen den Entleerungen langsam verlängert. Zusätzlich muss der Patient für einige Tage ein genaues Ein- und Ausfuhrprotokoll führen. Damit lernt er, wie sich die Füllmenge seines Pouches / seiner Neoblase zu seiner Trinkmenge und den verschiedenen Getränken verhält und kann dann zu bestimmten Zeiten entleeren.

Der **intermittierende Selbstkatheterismus** (im Folgenden **ISK** genannt) ist ein weiterer sehr wichtiger Aspekt. Diesen dem Patienten richtig zu vermitteln und beizubringen, ist eine der Hauptaufgaben der Pflegeexperten.
Der Mainz-Pouch I wird ausschließlich per ISK entleert, aber auch bei der Neoblase kann er nötig werden, wenn, vor allem bei Frauen, eine Hyperkontinenz mit großen Restharnmengen (über 50 ml) besteht. Der Restharn ist idealer Nährboden für Keime und somit für Harnwegsinfekte. Deshalb sollte in diesem Falle mindestens einmal täglich vor der Nachtruhe, am besten aber nach jeder Miktion, die Blase mittels Katheter vollständig entleert werden. Außerdem müssen sowohl Pouch als auch Neoblase, wie bereits angesprochen, eventuell regelmäßig gespült werden.

Am besten erlernen die Betroffenen den ISK schon vor der Operation. Denn stellt sich heraus, dass die Patientin, aus welchem Grund auch immer, nicht in der Lage ist, den ISK durchzuführen, ist das ein Ausschlusskriterium für die Neoblase. Außerdem wissen die Betroffenen dann bereits, was später auf sie zukommt und können sich in Ruhe mit dem Thema beschäftigen. Es kann beruhigend auf sie wirken, dass sie schon vor der Operation die später nötigen Handgriffe und Techniken beherrschen.
Besonders in einer Situation, die per se beängstigend ist, ist jede Sicherheit, die wir dem Patienten geben können, wichtig. Zudem ist der Patient oft auch aufnahmefähiger als nach der OP, wenn er Schmerzen hat oder noch sehr müde ist. Auch ist die Feinmotorik der Hände und Finger manchmal nach einem großen Eingriff eingeschränkt.

Bewährt hat sich für die Anleitung, dem Patienten zunächst den Vorgang des Katheterisierens schematisch und anhand von anatomischen Modellen Schritt für Schritt zu erklären, damit er eine Vorstellung davon hat, was geschieht.

Er beginnt dann damit, jeden Teilschritt einzeln zu üben. Erst wenn er die einzelnen Aspekte, nämlich die Desinfektion mit der nötigen Einwirkzeit, bei Frauen das Spreizen der Labien und das anfangs schwierige sterile Handling des Katheters in Trockenübungen beherrscht, geht man dazu über, alles miteinander zu verknüpfen und als einen Ablauf durchführen zu lassen. Bedenken muss man auch, dass Frauen mit Neoblase alles spiegelverkehrt erlernen müssen, da sie nur mit Spiegel den Harnröhreneingang sehen können. Das erschwert den ISK zusätzlich. Viele Patienten haben Angst davor, sich selbst katheterisieren zu müssen, es ist ihnen fremd. Deshalb muss sich die Stomatherapeutin viel Zeit für die Anleitung nehmen und individuell auf die Patienten eingehen. Nur so gewinnen sie die nötige Sicherheit.
Beim Mainz-Pouch I erfolgt die Katheterisierung über die Nabelgrube. Wenn sowohl Splinte als auch Dauerkatheter entfernt sind und der Pouch gut verheilt ist, wird zum ersten Mal katheterisiert. Auch wenn der Patient schon darin angeleitet wurde und das nötige Handling beherrscht, sollte die erste Entleerung von der Stomatherapeutin vorgenommen werden. Es gilt zunächst, den richtigen Winkel zu finden, in dem der Katheter eingeführt werden muss. Ein Hindernis dabei kann der Übergang der Appendix in den Pouch sein. Die Appendix wurde hochgeschlagen und bildet dadurch einen sehr spitzen Winkel, der mit dem Katheter überwunden werden muss. Erst wenn die Stomatherapeutin erfolgreich katheterisiert hat und alles problemlos ging, kann die nächste Entleerung unter Anleitung vom Patienten gemacht werden. Da es jetzt „ernst wird", sind die meisten Patienten verständlicherweise nervös. Deshalb ist es wichtig, ihnen Ruhe zu vermitteln und sich Zeit zu nehmen, auf alle Fragen einzugehen. Der Patient soll Vertrauen haben, dass alles funktioniert und er die Situation meistern kann. Dazu ist auch ein Raum nötig, wo Stomatherapeutin und Patient ungestört sind und gute Lichtverhältnisse herrschen.

Der Patient muss sich zu Beginn die Hände waschen, dann wird eine Sprühdesinfektion der Harnröhren- bzw. Stomaöffnung durchgeführt. Die Einmalkatheter sind heutzutage alle mit einer hydrophilen Beschichtung oder Gel versehen und somit gleitfähig. Als Katheter dürfen nur atraumatische, speziell für den ISK hergestellte Katheter verwendet werden. Diese zeichnen sich aus durch das integrierte Gleitmittel und die abgerundeten Augen. Beim herkömmlichen Katheter sind diese nur ausgestanzt und scharfkantig und können die Schleimhaut verletzen. Außer-

dem ist die sterile Handhabung einfacher, da sie über Einführhilfen verfügen. Die hydrophile Beschichtung muss mit Wasser aktiviert werden, welches bereits als steriles Wasser dabei ist. Die ganz neuen hydrophilen Katheter müssen nicht einmal mehr aktiviert werden, sie sind bereits in der Verpackung mit Wasser benetzt und sofort gebrauchsfertig. Die Beschichtung entspricht dem physiologischen Milieu der Harnröhre, was eine optimale Gleitfähigkeit ermöglicht. Gleitmittel in Gel-Form enthalten außerdem noch Chlor-Hexidin, um eine Desinfektion in der Harnröhre bzw. im Stoma zu erreichen. Ohne ausreichende Gleitfähigkeit wäre die Reibung zu groß und würde ebenfalls die Schleimhaut verletzen. Manche Einmalkatheter haben zusätzlich ein Auge an der Katheterspitze, damit der vom Darm produzierte Schleim optimal abfließen kann. Verwendet werden anfangs Katheter mit Thiemann-Spitze, das heißt, die Spitze verläuft nicht gerade sondern ist gebogen. Mit dieser kommt man leichter um die Biegung zwischen Appendix und Pouch.

Wichtig ist, dass man auch während des Katheterisierens immer weiß, in welche Richtung die Spitze zeigt. Zu diesem Zweck haben die Einmalkatheter eine Markierung, an der man sich orientieren kann. Funktioniert alles problemlos, kann der Patient später oft auch auf Nelathon-Katheter umsteigen. Beim Mainz-Pouch I können im Normalfall sowohl Frauen als auch Männer die kürzeren Frauenkatheter verwenden, da der Weg in die Blase nicht mehr so lang ist wie die normale männliche Harnröhre. Wenn viel Schleim dabei ist, verwendet man am besten Katheter mit größerem Lumen, zum Beispiel Ch. 14 oder 16, damit er abfließen kann. Erhältlich sind die Katheter ab Charrière 6. Die passende Größe ist individuell abzustimmen. Bei der Neoblase erfolgt die Katheterisierung über die Harnröhre. Da diese für Frauen nicht einsehbar ist, wird mit einem Spiegel gearbeitet, der sich am Oberschenkel befestigen lässt. Hier besteht die Schwierigkeit darin, dass die Patientin ihre Handlungen spiegelverkehrt sieht. Außerdem versperrt sie sich leicht selbst mit der Hand den Blick in den Spiegel. Damit umzugehen und dabei steril zu arbeiten, erfordert einige Übung. Auch hier wird die erste Entleerung von der Stomatherapeutin durchgeführt, und zwar mit Spiegel, damit die Patientin die Handlungen verfolgen kann. Beim nächsten Mal soll sie es selbst unter Anleitung versuchen. Bei einem Fehlversuch, wenn der Harnröhreneingang nicht beim ersten Mal gefunden wird, ist der Katheter unsteril und muss ausgetauscht werden.
Es gelten dieselben Anforderungen an Desinfektion, Hygiene, Material und Kathetereigenschaften wie auch beim Mainz-Pouch I.

Generell gilt: Treten beim Katheterisieren Probleme auf, lässt sich zum Beispiel der Katheter nicht oder nur schwer vorschieben, kann man ihn ein kleines Stück zurückziehen und unter leichter Drehung erneut vorschieben (Webelhuth, Urocare.161). Geht es dann nicht besser, muss das Reservoir vom Arzt in einer Kontrastmitteluntersuchung dargestellt werden, um den Grund für die Schwierigkeiten festzustellen oder den „richtigen Weg" besser sehen zu können. Dies ist in der Klinik kein Problem. Treten die Schwierigkeiten erst daheim auf, muss der Betroffene seine Stomatherapeutin informieren oder in die Klinik oder eine urologische Praxis gehen. Niemals darf gegen Widerstand oder mit Gewalt katheterisiert werden. Darüber muss sich der Patient unbedingt im Klaren sein.

Klappt der ISK gut, ist bei der Neoblase keine Nachbereitung nötig. Beim Mainz-Pouch I wird das Stoma nach der Entleerung einfach mit einem kleinen Pflaster geschützt.
Vor der Nachtruhe entleert der Betroffene noch einmal das Reservoir. Beträgt die erste Entleerungsmenge morgens nach dem Aufstehen trotzdem deutlich mehr als 500 ml, sollte er entweder sein Trinkverhalten anpassen, sprich die überwiegende Trinkmenge früher am Tag zu sich nehmen und abends weniger trinken. Oder aber, wenn das keinen Erfolg bringt, einmal in der Nacht zusätzlich entleeren.

Nicht zuletzt gehört zu den Aufgaben der Stomatherapie selbstverständlich auch die genaue Aufklärung des Patienten darüber, wie er sein Leben jetzt weiter gestalten kann. Die meisten Betroffenen gehen davon aus, nach der Operation vieles nicht mehr tun zu können und ihre Hobbies und Freizeitaktivitäten aufgeben zu müssen. Diese Ängste können wir den Patienten in den meisten Fällen nehmen, wobei jedoch gewisse Sportarten stets Risiken bergen. Generell gilt, dass Patienten nach abdominellen Operationen die Bauchmuskulatur für eine gewisse Zeit nicht zu sehr belasten sollten, um Hernien vorzubeugen. Also nicht schwer heben und tragen, keine Bauchmuskelübungen. Und natürlich sind Sportarten, bei denen das Reservoir durch stumpfe Gewalt von außen geschädigt werden könnte, verboten, solange die Heilung noch nicht abgeschlossen ist. Ansonsten gibt es für Pouch- oder Neoblasenträger keine Einschränkungen. Sportarten wie Nordic-Walking, Joggen, Fahrradfahren und Schwimmen und Baden sind völlig unproblematisch. Zum Schwimmen sollte das Stoma vorher mit wasserundurchlässiger Folie abgeklebt werden, damit von außen keine Keime eindringen können. Auch die Teilnahme an sozialen oder kulturellen Veranstaltungen wird nicht beeinträchtigt. Außenstehende sehen nichts, da keine Beutelversorgung nötig ist, die bei Füllung auftragen oder im schlimmsten Fall undicht werden könnte.

Hat der Betroffene erst ein wenig Übung im ISK, braucht er dafür kaum länger als für die normale Miktion. Er kann fast alles tun, was er auch vor der Erkrankung konnte, sofern er nicht durch die meist maligne Grunderkrankung, die zur Zystektomie führte, eingeschränkt ist. Beachtet der Patient alle oben dargelegten Regeln, wird ihm somit ein großes Maß an Unabhängigkeit und Lebensqualität erhalten oder zurückgegeben.

Literaturverzeichnis

Literatur und Quellen können bei der Autorin erfragt werden.

Autorenangaben:

Alexandra Höfer
Krankenschwester mit Weiterbildung
Pflegeexperte Stoma, Inkontinenz, Wunde
E-Mail: alexandra.hoefer@gmx.net

Bild: Privat

DAS LEBEN AKTIV ZU GENIESSEN, KANN SO ENTSPANNT SEIN:
MOBISTOM FÜR DIE POUCHKATHETERISIERUNG
mit Sicherheit nach dem **4-Augen-Prinzip.**

Bei der Pouchkatheterisierung ist das Verstopfen der Katheteraugen ein häufiges Problem. **Daher ist der SafetyCat® Sicherheitskatheter in unserem speziell entwickelten System MobiStom gleich mit 4 statt 2 Soft-Cat-Sicherheitsaugen ausgestattet.** Die Katheter-Augen sind innen und außen weich abgerundet und ermöglichen dadurch eine besonders schonende Urinableitung. Das sterile Gleitmittel ist bereits im System enthalten.

Sie haben Fragen rund um die Pouchkatheterisierung und Ihre Darmersatzblase? Bestellen Sie noch heute unseren kostenlosen Ratgeber sowie Produktmuster unter der Telefonnummer 0800 4031001 (gebührenfrei). Wir freuen uns auf Ihren Anruf.

Design: www.dartwork.de

MEDICAL SERVICE GmbH • A Teleflex Company • Luisenstraße 8 • 75378 Bad Liebenzell
Telefon 07052 403-100 • Fax 403-120 • info@medical-service.de • www.medical-service.de

Teleflex

Inkontinente Harnableitung nach Zystektomie und die pflegerischen Besonderheiten

Bei einem muskelinvasiven Harnblasentumor oder bei bestimmten Formen von oberflächlichen, rezidivierenden Blasentumoren ist oftmals die vollständige Entfernung der Harnblase notwendig. Dann gibt es neben der Möglichkeit von kontinenten Harnableitungen, die allerdings bestimmte Anforderungen vorraussetzt, auch die Möglichkeit der inkontinente Harnableitungen nach Zystektomie.

Bei einem muskelinvasiven Harnblasentumor oder bei bestimmten Formen von oberflächlichen, rezidivierenden Blasentumoren ist oftmals die vollständige Entfernung der Harnblase notwendig. Dann gibt es neben der Möglichkeit von kontinenten Harnableitungen, die allerdings bestimmte Anforderungen vorraussetzt, auch die Möglichkeit der inkontinente Harnableitungen nach Zystektomie.

1 Ileum Konduit (Bricker Blase)

Beim Ileum Konduit handelt es sich um die häufigste Harnableitung nach einer Zystektomie. Es wird ein ca. 10-20 cm langes Darmstück aus dem terminalen Ileum stillgelegt, das mind. 20cm von der Ileozökalklappe entfernt liegt. In dieses Darmstück werden die beiden Harnleiter eingenäht, an der oralen Stelle wird es verschlossen und das aborale Ende wird im rechten oder linken Unterbauch als leicht prominentes Urostoma ausgeleitet. In der ersten Zeit nach der Operation sorgen Harnleiterschienen (Spints) dafür, daß die inneren Nähte gut abheilen können und somit eine gleichmäßige Harnausscheidung gewährleistet ist. Die beiden Splints werden meist während des Krankenhausaufenthaltes noch entfernt.
Das Ileum Konduit besitzt keine Reservoirfunktion, somit läuft über dieses Stoma permanent Urin und es handelt sich um eine Null-Druck-Ableitung.
Optisch ähnelt das Ileum Konduit einem Darmstoma.

2 Kolon Konduit

Bei dieser Art wird ein Teil des Kolon sigmoideum/Kolon descendes stillgelegt und die beiden Harnleiter eingepflanzt, somit findet man diese Anlage normalerweise im linken Unterbauch. Es besteht außerdem die Möglichkeit auf Teile des Kolon Transversum zurückzugreifen und die Anlage im Oberbauch zu platzieren.
Das ist z.B. der Fall wenn bestimmte Teile des Harnleiters fehlen oder nur noch ein kurzes Stück Dünndarm zur Verfügung steht. Aufgrund der hohen Keimbesiedelung des Dickdarms, der daraus entstehenden aufsteigenden Infektionen und seiner starken Resorptionseigenschaft hat sich diese Anlage nicht bewährt und wird deshalb nur noch sehr selten operiert.

Bei beiden Formen der Konduitanlage werden postoperativ die beiden Harnleiterschienen getrennt ausgeleitet, um die Funktion der beiden Nieren beurteilen zu können. Am 3.-5. postoperativen Tag werden dann beide Splints gekürzt und in eine Urostomieversorgung platziert. Um die beiden Harnleiterschienen auseinanderzuerkennen, wird der Splint aus der linken Niere schräg abgeschnitten und der Splint aus der rechten Niere gerade.

3 Feuchte Kolostomie

Die Anlage der feuchten Kolostomie kommt dann in Betracht, wenn Blase und Rektum beispielsweise infolge einer Krebserkrankung gleichzeitig als Ausscheidungsorgane entfallen. Das Kolon wird im tumorfreien Bereich doppelläufig ausgeleitet. Der orale Schenkel führt dem Stoma Stuhl zu, in den aboralen, blind verschlossenen Schenkel sind beide Harnleiter implantiert. Somit entleert sich aus dem Stoma Stuhl und Urin.

4 Ureterokutaneostomie – Harnleiterhautfistel

Die Ureterokutaneostomie ist die einfachste Form der inkontinenten Null-Druck-Harnableitung, bei der beide Harnleiter direkt mit der Haut anastomosiert werden. Diese Form wird meist dann angewandt, wenn es sich um eine palliative Versorgung handelt oder nicht genügend Darm zu Verfügung steht. Bei der Anlage einer Ureterokutaneostomie werden die Ureteren von der Blase abgetrennt und jeweils im rechten und linken Unterbauch in einem Hautstoma ausgeführt, das meist in oder unterhalb des Hautniveaus liegt und bei der nur eine kleine Öffnung von ca. 1 cm zu sehen ist. Es besteht auch die Möglichkeit beide Harnleiter intraabdominell zu verbinden und nur einen Ureter aus der Haut zu leiten, dann spricht man von einer sogenannten TUUC (Transueteroureterokutaneostomie). Damit die äußere Haut diese kleine Stomaöffnung nicht verschließt, ist bei der überwiegenden Zahl der Patienten eine dauerhafte Schienung des Harnleiter mit einer Hohlschiene unvermeindlich.
Dieser Schlauch fixiert sich selbst im Nierenbecken mit seinem Pigtail-Ende, dieser muß allerdings alle 6-8 Wochen durch den Urologen gewechselt werden. Die Harnleiterschiene fördert einen Teil des Urins, die Restmenge fließt neben dem Schlauch im Harnleiter nach unten und tritt aus der Harnleiter-Haut-Mündung aus.

Pflege des Konduits/ der Ureterokutaneostomie

Postoperative Versorgung

Postoperativ sollte der Patient die ersten 48 Std. mit einem sterilen Post-OP-Versorgungssystem versorgt werden.

Ab ca. dem 3. Tag kann auf ein anderes unsteriles Versorgungssystem umgestellt werden.

Die Wahl des Versorgungssystems geschieht individuell. Entweder eine einteilige oder eine zweiteilige Urostomieversorgung.

Bei Verwendung eines zweiteiligen Systems sollte ein untergreifbarer Rastring gewählt werden, um keinen Druck beim Anlegen der Versorgung auf den noch schmerzempfindlichen Bauch auszuüben.

Anforderungen an das Versorgungssystems

Die Urostomieversorgung muß mit einer Rücklaufsperre, eine Ablaßvorrichtung und einer Konnektionsmöglichkeit für ein großvolumiges Urinauffangsystem ausgestattet sein.

Durchgehender hygroskopischer, weicher und flexibler Hautschutz muß vorhanden sein.

Um die Darmschleimhaut am Anfang gut beobachten zu können, ist auf eine klare oder transparente Beutelfolie des Urostomiebeutels zu achten, außerdem sollte eine Vliesrückseite des Beutels vorhanden sein. Konvexe Versorgungen sollten in den ersten 8-10 Tagen nach OP möglichst vermieden werden.

Wechselintervalle

Einteilige Urostomieversorgungssystem:
- 1 mal täglich

Zweiteiliges Urostomieversorgungssystem:
- Basisplatte alle 2-4 Tage
- Urostomiebeutel 1mal täglich

Die angegebenen Intervalle beziehen sich auf eine optimal angelegte und komplikationsfreie Stomaanlage mit komplikationsfreier parastomalen Haut.

In der Postoperativen Phase ist es wichtig Komplikationen frühzeitig zu erkennen

Kontrolle der Ausscheidung - Farbe, Menge, Geruch, Beimengungen (Schleimbeimengungen sind beim Konduit normal und nehmen mit der Zeit ab, Abflußbehinderungen müssen frühzeitig erkannt werden).

Durchblutung der Darmschleimhaut kontrollieren (Schleimhautnekrose, Minderdurchblutung) und Kontrolle der Stomafixierung/ der mucocutane Verbindung (Nahtdehiszenz, Retraktion).

Beobachten des Stomaödems (Ist postoperativ normal, im Verlauf sollte das Ödem allerdings rückläufig sein.)

Beobachten der parastomalen Haut auf Komplikationen (Hämatombildung, Rötungen, Allergien, Mazerationen, vorhandene Undichtigkeiten der Versorgung, Verhärtungen).

Umgang mit vorhanden Splints

Vorsicht beim Ablösen der alten Versorgung, wenn die Ureterschienen nicht fixiert sind.

Evtl . ist eine getrennte Ausleitung der Splints notwendig. Dann bleibt ein Splint im Urostomiebeutel, der andere wird über eine Universalfixierhalterung aus dem Beutel geleitet und mittels eines Konnektors an ein Urinauffangsystem angeschlossen.

Sollten Splints vorhanden sein und nicht einzeln ausgeleitet bzw. bilanziert

Vorteile des Konduit	Nachteile des Konduit
Relativ einfache Technik	Notwendigkeit einer dauerhaften Stomaversorgung
Geringer Bedarf an Darm	
Geringe metabolische	Keine Reservoirfunktion
Langzeitkomplikation	

Komplikationen beim Konduit
Darmstenose
Allgemeine Stomakomplikationen (Retraktion, Hernie, Hautprobleme usw.)
Strikturen der Ureter an der Darmanastomose mit auftretenden Harnstau und Harnwegsinfekten
Harnkristallbildung auf der parastomalen Haut

Vorteile der Ureterokutaneostomie	Nachteile der Ureteroskutaneostomie
Relative einfache Anlage	Große Gefahr von aufsteigenden Infektionen
Minimalinvasiver Eingriff (auch ohne Zystektomie)	Alle 6-8 Wochen Wechsel der Schienen
	Dauerhafte Schienung notwendig
	Gefahr der Schienendislokation beim Versorgungswechsel

Komplikationen der Ureterokutaneostomie
Dislokation der Harnleiterschienen
Probleme der parastomalen Haut
Harnstau, Harnwegsinfekt, Harnsteinbildung

werden müssen, gehören beide Splints oberhalb der Rücklaufsperre des Urostomiebeutels platziert.

Die Splints sind häufig an der Haut fixiert, die Versorgung ist genau anzupassen.

Es muß darauf geachtet werden, dass der Urin aus beiden Splints kontinuierlich abläuft (Abflußbehinderungen erkennen).

- Rechte Niere: Splint ist gerade abgeschnitten

- Linke Niere: Splint ist schräg abgeschnitten.

Bei den vorhandene Splints läuft der Urin auch neben den Schienen entlang und entleert sich über das Konduit.

Benötigte Materialien zum Versorgungswechsel

Vlieskompressen, trocken und mit warmen Wasser angefeuchtet.

Handschuhe, Bettschutz, Abwurf.

Vorbereitete Schablone, Neue Urostomieversorgung (Ablaßventil verschlossen), bei Bedarf neues großvolumiges Urinableitungssystem.

Evtl. Einmalrasierer.

Bei Bedarf Hautschutzpasten, Hautschutzringen oder Hautschutzstreifen zum Abdichten.

Werben auch Sie neue Mitglieder für die FgSKW!

Info und Beitrittsformular unter:

www.fgskw.org

FgSKW Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Für eine starke Gemeinschaft in der Pflege!

Vorgehen des Versorgungswechsel

Vorsichtiges Ablösen der Versorgung.

Achtung bei vorhanden Splints: Sobald beim vorsichtigen Ablösen der Versorgung die Splints sichtbar sind, sollten sie mit einer Vlieskompresse festgehalten werden um beim weitere Ablösen der Versorgung den richtigen Sitz der Splints im Harnleiter zu gewährleisten.

Anhand des Negativabdrucks der Haftfläche sind eventuelle Undichtigkeiten zu erkennen.

Reinigung der Darmschleimhaut und der parastomalen Haut separat von innen nach außen mit feuchten und abschließend mit den trockenen Kompressen. Abflußkontrolle der beiden Splints falls vorhanden: Beide Splints werden auf ihren ungehinderten, kontinuierlichen Harnabfluß geprüft.

Bei Bedarf Durchführung der Rasur (von der Darmschleimhaut weg und den Darm mittels einer Kompresse vor Verletzungen schützen).

Aufbringen der neuen Versorgung: Vorhandene Splints werden durch den Ausschnitt der Versorgung geführt und oberhalb der Rücklaufsperre platziert.

Die Haftfläche der Versorgung wird nun faltenfrei und der Lochausschnitt genau auf das Stoma aufgebracht, bei Bedarf wird nun beim zweiteiligen System der Beutel auf die Basisplatte aufgebracht.

Tipp

Um den Urinfluß kurzzeitig zu stoppen, ist oftmals das kurze Luft anhalten hilfreich, um die Versorgung möglichst „trocken" anzubringen, dies funktioniert bei den Ureterschienen allerdings nicht.

Es empfiehlt sich bei Urostomien den Versorgungswechsel morgens vor dem Frühstück durchzuführen, da zu dieser Zeit der Urinfluß geringer ist, aufgrund der geringen Flüssigkeitszufuhr in der Nacht.

Die Urostomieversorgung wird nochmals gut anmodelliert und das Aufliegen der gesamten Haftfläche kontrolliert.

Bei Bedarf wir dann ein großvolumiges Urinableitungssystems angeschlossen.

Die Pflege bei **Ureterokutaneostomie** entspricht im Allgemeinen der Pflege des Konduits. Bei der Ureterokutaneostomie ist ebenfalls die Gefahr der Dislokation der Ureterschienen vorhanden, da die Pigtail-Katheter nicht festgenäht sind. Weiterhin ist keine Darmschleimhaut wie beim Konduit vorhanden sondern lediglich die Austrittsstelle der Ureterschienen aus der Haut sichtbar.

Die **feuchte Kolostomie** wird wie eine normale Stomaanlage versorgt, allerdings wird Stuhl und Urin zusammen ausgeschieden, deshalb wird mit einem Ileostomiebeutel, also Ausstreifbeutel versorgt.

Literatur- und Quellenangabe

Boelker/Webelhuth: Durch dick und dünn, 2. Auflage,Seite 96-99

K. Rödder: Wissenschaft und Praxis, Artikel „Harnableitung – was ist möglich?"

Maria Esch: Stomatherapie, 1. Auflage 2005, Seite 108-110
Firma Hollister: Broschüre „Aktiv im Leben mit dem Urinstoma", Seiten 12-24

Firma Dansac: Broschüre „Urostomieratgeber", Seite 12

Droste Werner, Gruber Gabriele: Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie, 2. Auflage
ECET Leitlinien zur Stomatherapie

Daten zu Person

Kühlein Sabine
Krankenschwester mit Weiterbildung
Pflegeexperte Stoma Inkontinenz Wunde
Sanitätshaus Schug Eschenbach i.d. Opf.
moggerl@gmx.de

Bild: Privat

„Urotherapie" was ist das?

Über eine alt bewährte aber hierzulande noch weitestgehend unbekannte Profession

Ausscheidungsstörungen sind häufig mit einer Harn- oder/und Stuhlinkontinenz und damit mit einem erheblichen Verlust an Lebensqualität für die betroffenen Menschen verbunden. In Deutschland leiden mindestens 5 Mio. Erwachsene an einer Harn- und/oder Stuhlinkontinenz, d.h. jeder/jede Vierte im Alter zwischen 30 und 60 Jahren ist davon betroffen.

Die Dunkelziffer wird sehr hoch veranschlagt, weil Inkontinenz immer noch ein Tabuthema ist. Einige Expertinnen gehen sogar von 8 Mio. Betroffenen allein bei der weiblichen Bevölkerung aus. Auch bei Kindern nach dem 8. Lebensjahr und Jugendlichen ist das Einnässen am Tag und in der Nacht ein weit verbreitetes Problem *(Bachmann & Steuber 2010; Bachmann et al.2009; DNQP 2007).*
Auch ökonomischer Sicht ist Inkontinenz mit ca. 1 Milliarden Euro Kosten jährlich ein bedeutender und belastender Faktor für das Gesundheitswesen. Diese Faktoren führen dazu, dass national, wie auch international ein wachsender Bedarf an professioneller Behandlung für die von Ausscheidungsstörungen betroffenen Menschen beschrieben wird *(Hayder, Kuno & Müller 2007; Boelker, Hegeholz & Webelhuth 2006).*

Obwohl sich in Deutschland inzwischen einige zertifizierte Kontinenz- und Beckenboden-Zentren etabliert haben, in denen multidisziplinäre Teams fachkundig mit der Diagnostik und Behandlung von Ausscheidungsstörungen beschäftigt sind, gibt es noch keine qualitativ gute, flächendeckende und zeitlich angemessene Versorgung und Begleitung der betroffenen Menschen. Neben einer rein medizinischen Behandlung der körperlich und insbesondere auch seelisch belastenden Störung wächst der Bedarf an Patienten- und Zugehörigenedukation.
Hierbei kommen Informations-, Aufklärungs- und Beratungsangebote, praktische Anleitungen für den Umgang mit ableitenden, aufsaugenden oder anderen therapeutischen Hilfsmitteln bis hin zu Schulungsangeboten zum therapeutischen Einsatz. Für Mediziner und Pflegekräfte, aber auch für Physio-/Ergotherapeuten, Stomatherapeuten und Psychotherapeuten zeichnet sich hier eine hohe Anforderung an ihre pädagogischen Fähigkeiten ab.

In der Praxis besteht die Problematik, dass keiner weiß wann, wer und wie man sich des Themas annehmen sollte, inklusive der mitunter zeitaufwändigen professionellen und kontinuierlichen Betreuung.
Dem mit diesen Anforderungen einhergehende steigenden Bedarf an Fort- und Weiterbildungsangeboten wurde durch die Entwicklung der Weiterbildung „UrotherapeutIn" Rechnung getragen. Seit 2007 bietet das Klinikum Links der Weser in Bremen diese Weiterbildung an *(Janhsen & Scholt 2007).*
Entsprechende Weiterbildungen haben in den skandinavischen Ländern eine lange Tradition.
In Göteborg /Schweden wird die Weiterbildung seit über 25 Jahren erfolgreich als fachliche Spezialisierung für Pflegekräfte, Hebammen, Mediziner, Physiotherapeuten, Pädagogen, Psychotherapeuten und Stomatherapeuten angeboten, welche im Kinder/Jugend oder im Erwachsenenbereich tätig sind.
Seit 2007 wurden in Bremen bereits 96 Urotherapeuten/Urotherapeutinnen ausgebildet.
Sie arbeiten in Deutschland, Österreich sowie der Schweiz und sind ebenfalls im Kinder/Jugend-, wie im Erwachsenenbereich tätig.

Urotherapie, was ist das?

„Urotherapie" ist die Bezeichnung für Interventionen, die sich ursprünglich im Bereich der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Blasenstörungen entwickelt haben. In Schweden und den Niederlanden entwickelten sich die teamorientierten Therapieformen in den 80er Jahren maßgeblich unter der Führung von Pflegekräften und PsychotherapeutInnen zu einer erfolgreichen Behandlungsmaßnahme *(Hoebecke 2006).*
Die Konzepte sehen eine Kombination aus körperorientierter Behandlung und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen für Ausscheidungsstörungen und deren Komorbiditäten vor.

Seit den 90er Jahren wird der Begriff auch in Deutschland im Kinder- und Jugendbereich meist als Synonym für eine Kontinenzschulung verwendet.
Einige Fachkliniken spezialisierten sich in diesem Bereich, es entstanden und entstehen zunehmend multidisziplinäre Netzwerke. Standards zur Diagnostik und Therapie, sowie ein Ausbildungskonzept für den Bereich der Schulung von Kinder/Jugendlichen wurden entwickelt *(Bachmann & Steuber 2010, Gäbel 2007; Hacker et al 2006).*
Die Arbeitsgemeinschaft Urotherapie im Kindes und Jugendalter definierte 2006: „Urotherapie ist Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit funktionellen und neurogenen Blasenstörungen sowie Enuresis durch ein interdisziplinäres Team" *(www.urotherapie.de).*

Urotherapie kann mehr:

Heutzutage entwickelt sich die Urotherapie dank des steigenden Interesses und der Professionalisierung, zu einem Ansatz, der weiterhin besonders im Kinder/Jugendbereich verbreitet aber auch zunehmend im Erwachsenenbereich zu finden ist.
Wichtig zu wissen ist, dass die Urotherapie neben den Störungen der Harnausscheidung auch den Bereich der Diagnostik und Therapie der Stuhlausscheidungsstörung mit einbezieht.
Das konkrete Aufgabenfeld der UrotherapeutInnen umfasst somit die Mitarbeit bei der Prävention, Diagnostik und Behandlung sowohl der Urin- als auch der Stuhlinkontinenz und deren Komorbiditäten. UrotherapeutInnen führen aber auch eigenständig therapeutische Interventionen, wie z. B. Beratungen und Schulungen von Betroffenen, Eltern oder anderen Zugehörigen durch.
UrotherapeutInnen arbeiten eigenverantwortlich, oft als TeamleiterInnen und KoordinatorInnen. Sie sind ebenso für die verbindliche Betreuung der Patienten und Zugehörigen verantwortlich. Häufig sind sie auch mit Aufgaben im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit betraut.

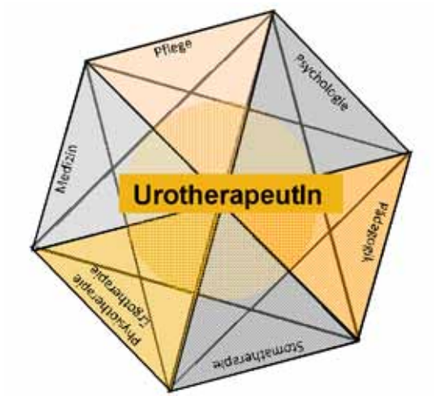


Abb. 2: Interdisziplinäre professionelle Vernetzung der Urotherapie

Abb. 1: Aufgaben von UrotherapeutInnen

Beruflicher Hintergrund von UrotherapeutInnen

UrotherapeutInnen sind in Deutschland häufig in urologischen und uro-gynäkologischen Fachkliniken und Praxen, in Kinderkliniken, in sozialpädiatrischen Instituten sowie in Kontinenz- und Beckenboden-Zentren zu finden, die durch die Deutsche Kontinenzgesellschaft e.V. zertifiziert sind. Ausgehend von ihrer eigenen beruflichen Grundausbildung arbeiten sie professionell im Team und können so bei Bedarf die Expertisen der anderen Fachbereiche in die Therapie mit einbeziehen.

In der Ausbildung zum Urotherapeuten lernen sie die angegrenzten Professionen näher kennen. Das befähigt sie, ihre eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen sowie die der anderen Professionen einzuschätzen und teilweise auch transdisziplinär zu arbeiten.

Praxisprojekte

In der Praxis beschäftigen sich UrotherapeutInnen mit vielfältigen Themen. Neben dem Erwerb von theoretischem Wissen schließt die Weiterbildung deshalb auch die Vorbereitung auf den konkreten Einsatz von Urotherapie im Klinikalltag mit ein. Dies wird durch die Planung und Durchführung von Projekten in der Praxis sowie durch intensive Fallarbeit erreicht. Dabei bilden die Themen der Praxisprojekte die Vielfältigkeit der Praxisanforderungen der TeilnehmerInnen ab.
Hier können nur einige der zahlreichen Projekte genannt werden, die von den Teilnehmerinnen umgesetzt wurden.
So ging es um die Implementierung von Therapiestrukturen, wie zum Beispiel die Organisation einer Beratungseinheit für Prostatektomierte.

Ein anderes Projekt bestand darin, Möglichkeiten einer stationären Anleitung von Patienten zur analer Irrigation und die Überleitung in die häusliche Versorgung zu gewährleisten.
Auch die Durchführung einer Informationsveranstaltung zu Blasenfunktionsstörungen bei Multipler Sklerose wurde geplant.

Auf der Suche nach neuen Wegen der Implementierung der Urotherapie stellte sich die Frage: „Urotherapie: ist Selbständigkeit möglich?" und auch wenn dies noch ein eher ungewöhnlicher Weg ist, gelang es einer Teilnehmerin, dies für sich umzusetzen. Weitere Projekte, wie die Einführung der Urotherapie in einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder die Etablierung einer Kontinenzschulung für Kinder und deren Eltern in der Kinderklinik, wurden in die Tat umgesetzt.

Andere beschäftigten sich mit der Frage, welche Aufgaben die Urotherapeutin beim Aufbau eines Kontinenz- und Beckenbodenzentrums hat. Ebenso wird wurde die nephro-urologische Betreuung von Kindern mit neurogener Blase bei Spina Bifida als Schwerpunkt gewählt.
Auch die Anleitung zur Vakuumtherapie bei erektiler Dysfunktion als Folge der Prostatektomie wurde thematisiert.

Netzwerke:

Der Bedarf an Austausch der UrotherapeutInnen untereinander, aber auch gemeinsam mit den angrenzenden Professionen aus dem Team, ist groß. In den letzten Jahren sind sowohl im nationalen, wie im internationalen Bereich einige Netzwerke entstanden. Die Arbeitsgemeinschaft Urotherapie im Kindes- und Jugendalter, wie auch die Konsensusgruppe Kontinenzschulung e.V. erarbeiten Standards *(Bachmann & Steuber 2010)* und laden zum Austausch ein, ein gemeinsames Treffen findet am 28.10 und 29.10.11 in Münster statt *(www.kontinenzschulung.de; www.urotherapie.de).*

Unter *www.urotherapie-bonn.de* wird ein Austausch im Web angeboten und dort ist eine Liste von aktiven Urotherapeutinnen in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu finden.
Im Klinikum Links der Weser in Bremen wird am 28.01. und 29.01.2012 die erste UrotherapeutInnen-Konferenz stattfinden, bei der es in Vorträgen, Workshops und im Erfahrungsaustausch um Themen aus dem gesamten Bereich der Urotherapie im Kinder/Jugend und Erwachsenenbereich gehen wird *(www.klinikum-bremen-ldw.de).*

International bieten europäische Arbeitsgruppen wie die „ESPU-European Society for Paediatric Urology" gemeinsam mit der internen Urotherapeutinnengruppe: „ESPU-Nurses Group" einen jährlichen Kongress an, bei dem es u.a. um die gemeinsame Arbeit und den Austausch zwischen verschiedenen Fachdisziplinen geht *(www.espu.org).*
Im Bereich der Urotherapie bei Erwachsenen ist auch die Arbeitsgemeinschaft „EAUN: European Association of Urology Nurses" aktiv *(www.uroweb.org).*

Zusammenfassung

Der große Bedarf an kompetenter, multidisziplinärer Unterstützung und Begleitung von Menschen jeglichen Lebensalters mit Ausscheidungs- und Inkontinenzproblematiken zieht einen Bedarf an interdisziplinärer Weiterbildung nach sich. Die Nachfrage, die Rückmeldungen der TeilnehmerInnen und unsere Erfahrungen der letzten 4 Jahre lassen den Schluss zu, dass die Weiterbildung diesem Bedarf gerecht wird.

Das Berufsbild „UrotherapeutIn" entwickelt sich, nachdem es in anderen europäischen Ländern schon seit über 20 Jahren etabliert ist, nunmehr auch in Deutschland rasch.

Literatur:

Bachmann C, Lehr D, Janhsen E, Steuber C, Gaebel E, von Gontard A, Bachmann H. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the German version of the Pediatric Incontinence Questionnaire (PinQ) for measuring health-related quality of life in children and adolescents with functional urinary incontinence. J Urol 2009a

Bachmann C, Heilenkötter K, Janhsen E, Ackmann C, Thomä M, Lax H, Bachmann H. Long-term effects of a urotherapy training program in children with functional urinary incontinence: A 2-year follow up. Scand J Urol Nephrol, 2008, 8: 1-7

Bachmann H/Steuber C (Hrsg.) für die Konsensusgruppe Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter, Manual für die Standardisierte Diagnostik, Therapie und Schulung bei Kindern und Jugendlichen mit funktioneller Harninkontinenz. Pabst Science Publisher, Lengerich, 2010

DNQP- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Osnabrück, April 2007

Boelker, Hegeholz, Webelhuth, Außer Kontrolle, Edition Partikel, 2006

Gäbel E: Ergebnisse eines ambulanten Gruppenschulungsprogramms mit E lternschulung für Kinder mit Blasenfunktionsstörung. In: Herpertz-Dahlmann (Hrsg.) Prävention. Früherkennung. Entwicklungsneurobiologie. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2007

Hacker B., Gäbel E., Büscher R, Hoyer P. F. Outcome of an outpatient group bladder training in 51 children with bladder dysfunction. Journal of Pediatric urology Vol.2/2 2006, 63-146.

Hayder, Kuno, Müller, Kontinenz-Inkontinenz-Kontinenzförderung, Huber Hofgrefe AG 2008

Hoebeke P. Twenty Years of Urotherapy in Children: What Have We Learned? Eur Urol 2006,49,426-8

Janhsen/Scholt Die Schwester/Der Pfleger, 46 Jahrg.S.948-951, 2007

Abbildungen:

Abb.1 Ellen Janhsen, 2011

Abb.2 Bachmann H, Claßen C Harn- und Stuhlinkontinenz bei Kindern- und Jugendlichen, S 56, Uni-Med Verlag AG, 2010

Autorinnen

Ellen Janhsen, Kinderkrankenschwester, seit mehr als 15 Jahren als Urotherapeutin in der Kinderklinik des Klinikums Links der Weser tätig. Zertifizierte Kontinenztrainerin und Dozentin der KgKS e.V. Präsidentin der Nurses Group der "European Society of Paediatric Urology". Eine der beiden Autorinnen des Curriculum der Weiterbildung „UrotherapeutIn" und stellvertretende Kursleitung.

Doris Scholt, Fachkrankenschwester I + A, Kinaestheticstrainerin St. 2, Lehrerin für Pflegeberufe, MScN, IBF Klinikum Links der Weser Bremen mit Schwerpunkt Curriculumentwicklung und Referentinnentätigkeit, Kursleitung der Weiterbildungen „breast nurse", „palliative care" und „UrotherapeutIn".

Teil 1

Pflegediagnose Urinausscheidung verändert

Pflegediagnosen (PD), die sich um das Thema Ausscheiden drehen, sind oft nicht einfach zu stellen, da die Sachverhalte sehr umfangreich sind. Hinzu kommen verschiedene Pflegediagnosesysteme und unterschiedliche Übersetzungen, die die Arbeit mit Pflegediagnosen nicht gerade erleichtern. Dieser Artikel zeigt welche Maßnahmen zum Stellen der Diagnose notwendig sind und gibt einen Überblick über die auszuwählenden Pflegemaßnahmen.

Die bekanntesten Pflegediagnosen sind die NANDA-Diagnosen. Der Titel der Diagnose lautet wie oben angegeben und ist unter der Taxonomienummer 00016 zu finden. Nach den Grundständigen Pflegediagnosen (Menschen pflegen, 2006) lautet die Definition wie folgt: Urinausscheidung verändert: Eingeschränkt fähig bzw. unfähig, Urin auszuscheiden oder zu halten, mit der Folge von Unbehagen und/oder der Anwendung von Hilfsmitteln.
Dieser Pflegediagnose zugeordnet sind wiederum eine Reihe von Pflegediagnosen, die die Problematik konkreter benennen und damit den Handlungsrahmen eingrenzen:

- Stressinkontinenz NANDA 00017
- Reflexinkontinenz NANDA 00018
- Dranginkontinenz NANDA 00019
- Dranginkontinenz, Gefahr NANDA 00022
- Urininkontinenz, funktionell NANDA 00020
- Urininkontinenz, total NANDA 00021
- Harnverhalten (akut, chronisch) NANDA 00023

Risikofaktoren und Kennzeichen
Beruflich Pflegende benötigen Kenntnisse über mögliche Risikofaktoren, die die Entstehung einer PD fördern oder auslösen können und über die Kennzeichen einer PD, damit diese erkannt und gestellt werden kann.
Die Diagnose „Dranginkontinenz, Gefahr" beinhaltet folgende Risikofaktoren: Wirkung von Medikamenten (Diuretika), Koffein, Alkohol, Detrusorhyperreflexie als Folgen von Zystitis, Urethritis, Tumor oder Nierensteinen, Erkrankungen des ZVS, beeinträchtigte Kontraktilität des Detrusors, unwirksame Toilettengewohnheiten, geringes Fassungsvermögen der Blase.
Die Kennzeichen der PD Urinausscheidung beeinträchtigt umfassen:

- Verbale Hinweise: »Ich kann das Wasser nicht halten«; beschreibt die Situationen, in denen Urin abgeht (z. B. Niesen, Husten, Lagewechsel, Lasten heben); schmerzhaftes Wasserlassen, Gefühl einer vollen Blase, Harndrang
- Veränderungen im Verhalten: häufiges Urinieren, Nykturie, benutzt Vorlagen, unsicher, schämt sich
- Veränderungen des Körpers: geschwollene Harnröhre (Entzündung), Harnstrahlveränderungen (z. B. durch Prostatavergrößerung), Restharn, Überlaufblase, Harntröpfeln

stehen, z.B. Angst/Furcht, Gesundheitsverhalten unwirksam, Schmerzen akut/chronisch, Sexualstörung.

Zu den Kriterien der Beobachtung gehören:

Miktionsstörungen
Dysurie (Schmerzen bei der Miktion), z.B. bei Blasenentzündungen und Blasensteinen.
Pollakisurie (häufiger Harndrang und die Entleerung von kleinen Portionen), z.B. Symptom einer Blasenentzündung, bei Blasensteinen und Erkrankungen der Prostata. Nykturie (vermehrte nächtlich Urinausscheidung), z. B. Symptom der Herzinsuffizienz, häufig bei alten Menschen.

Urininkontinenzformen
Etwa 40 % aller Diabetiker haben Blasenentleerungsstörungen (Polyneuropathie reduziert die Wahrnehmung des Harndrangs und die Kraft des Blasenmuskels). Beim M. Parkinson beeinträchtigt die Störung des ZNS die Kontrolle der Blasenfunktion. Medikamente, die eine Inkontinenz verursachen oder verstärken, sind: Diuretika, Sedativa, Psychopharmaka, Antiparkinsonmedikamente, Asthmamittel.

Tab. 0.1. Schweregrade der Stressinkontinenz (modf. n. International Continence Society)

Schweregrade	Beschreibung
1	Urinabgang nur bei starkem Husten, Lachen, Niesen
2	Urinabgang bei leichter Anstrengung (Treppensteigen, Laufen)
3	Urinabgang auch im Stehen oder Liegen

Pflegediagnostik – Urinausscheidung ermitteln, Urin beobachten
Wird der Prozess der Diagnostik eingeleitet ist es wichtig, daran zu denken, dass der Beroffene weitere Pflegediagnosen aufweisen kann, die mit der Hauptdiagnose in Verbindung

Stressinkontinenz (Tab. 56.1):
Betroffene verliert bei plötzlich erhöhtem intraabdomineller Druck, Urin (das Verschlusssystem ist nicht mehr kräftig genug). Ursachen: erschlaffter Beckenboden, Blasensenkung (häufig bei Frauen), nach Prostata-OP.

Bild: Spectra – Design & Verlag

Drang- oder Urgeinkontinenz
(engl. urgency: Notfall): Ungewollter Harnverlust bei gesteigertem Harndrang durch Überaktivität des Blasenmuskels. Sensorische Dranginkontinenz durch gesteigerte Aktivität der sensorischen Nerven der Blasenwand (Auslöser: Harnwegsinfekte, Tumoren, Blasensteine). Motorische Dranginkontinenz durch Störung der Informationsübermittlung zw. Blase und Gehirn (Auslöser: nach Schlaganfall, M. Alzheimer und anderen Demenzen).

Reflexinkontinenz:
Durch Unterbrechung der Nervenbahnen im Rückenmark ➔ Betroffene spürt nicht den Füllungszustand der Blase, kann Entleerung nicht willentlich beeinflussen. Blase entleert sich reflektorisch auf unterschiedliche Reize. (Auslöser: Querschnittslähmung, Rückenmarktumoren, Bandscheibenvorfälle).

Überlaufinkontinenz (-blase):
Restharn bleibt in der Blase ➔ Volumen in der Blase steigt an, bis der Innendruck höher ist als der Widerstand der Abflussbehinderung ➔ tröpfchenweise Harnentleerung (Auslöser: Harnabflussbehinderung, z.B. vergrößerte Prostata, Blasensteine). Die Restharnbestimmung werfolgt sonographisch oder durch Katheterisierung (Restharnmenge >20 ml ist pathologisch; birgt erhöhtes Infektionsrisiko).

Extraurethrale Inkontinenz:
Harnabfluss erfolgt über Fistelgänge, z. B. zw. Blase und Darm.

Enuresis
Einnässen oder Bettnässen bei Kindern >5J. infolge unwillentlicher Blasenentleerung. Blasenentleerung im Schlaf: Enuresis nocturna. Einnässen am Tage »am falschen Platz«: Enuresis diurna. Primäre Enuresis: Kinder sind noch nicht trocken. Sekundäre Enuresis: Kinder waren eine Zeitlang trocken und nässen dann wieder ein.
Ursachen: harmlose Entwicklungsverzögerung (z. B. nächtliches Einnässen); am häufigsten Reifeverzögerung (veränderte Ausschüttung des antidiuretischen Hormons; typisch: Kinder sind nachts sehr schwer erweckbar); funktionelle Blasenentleerungsstörungen, Missbildungen, Harnwegsinfektion; psychische Ursachen (z.B. Geburt eines Geschwisterchens, familiäre Konflikte, Überforderung in der Schule).

Harnverhalt (Harnretention)
Unfähig, die gefüllte Blase zu entleeren, meist verbunden mit Schmerzen im Unterbauch und zunehmender Unruhe.
Ursachen: Psychische Faktoren: Scham (z. B. auf Hilfe bei der Ausscheidung angewiesen zu sein); mechanische Faktoren: Verlegung der ableitenden Harnwege (z. B. Prostatavergrößerung, Blasensteine, Tumoren); neurologische Ursachen: Störungen der Blaseninnervation (z. B. bei Bandscheibenvorfall, Lähmungen); Medikamenten-Nebenwirkung, z. B. Antidepressiva, Antiparkinsonmedikamenten (Anticholinergika); Postoperativ (Restwirkung der Narkose): Faustregel: Wasserlassen spätestens 8 h nach Op.

Veränderung des Harnstahls
Erschwertes Wasserlassen durch verengte Harnröhre. Betroffenen klagen: »Der Strahl ist schwach, langsam, es dauert, bis es losgeht, oder es ist blockiert«. Urodynamische Untersuchungen (Blasendruck und Harnfluss (Flow) messen) objektivieren die Aussagen. Ursachen: Prostatavergrößerung, Narbenbildung.

Veränderungen der Urinbeschaffenheit
Beimengungen: Zucker, Eiweiß, Bakterien, Blut (Hämoglobin, Leukozyten), Bilirubin sind normalerweise nicht im Urin und deshalb Zeichen für Erkrankungen.
Uringeruch:

- Übelriechend meist bei bakteriellen Infektionen der Harnwege.
- »Foetor hepaticus« typischer Lebergeruch bei Lebererkrankungen.
- Obstartig nach Azeton bei Stoffwechselentgleisungen, z. B. Diabetiis.
- Faulig bei bösartigen Tumorerkrankungen der Harnwege.

Urinfarbe:

- Rot bei Verzehr von roter Beete.
- Rot-orange durch Vitamintabletten, Clont, Furadantin.
- Rötlich-fleischwasserfarben durch Blut im Urin durch Tumoren, Nierensteine.
- Gelb durch Senna, Rhabarber.
- Bierbraun durch Bilirubin bei Leberzirrhose oder Gallensteinen.
- Milchig, trüb durch Eiter, Schleim, Harnsteingrieß.

Spezifisches Gewicht: Erhöht ab 1, 030 (Hypersthenurie; Zeichen für zu geringe Flüssigkeitszufuhr oder für große Menge gelöster Stoffe [Eiweiß, Glukose, Medikamente] im Urin). Erniedrigt

unter 1,000 (Hyposthenurie; Zeichen für übermäßige Flüssigkeitszufuhr oder vermindertes Konzentrationsvermögen der Nieren). Harnstarre konstantes spezifisches Gewicht unabhängig von der Flüssigkeitszufuhr (Isosthenurie).

Veränderungen der Urinmenge
Grob geschätzt sollte die Einfuhr der Ausfuhr (d. h. Urinmenge plus andere Flüssigkeitsverluste) entsprechen.
Man unterscheidet:

- Polyurie: erhöhte Urinproduktion >3 l/24 h (Zeichen für erhöhte Flüssigkeitsaufnahme Symptom für Schädelhirntraumen oder Diabetes [Diabetes insipidus]).
- Oligurie: verringerte Urinproduktion <500 ml/24 h (Zeichen für geringe Flüssigkeitszufuhr, Flüssigkeitsverluste [Durchfälle, Erbrechen, Blutverlust], Nierenversagen, Herzinsuffizienz).
- Anurie: minimale Urinmenge <100 ml/24 h (Zeichen für Schock, Nierenbeckenentzündung, Verlegung der Harnabflusswege). Gefahr: Urämie! Anurie sofort untersuchen (Harnverhalt durch verstopften Blasendauerkathether, Prostatavergrößerung ausschließen) und behandeln.

Beobachtungstechniken
Zu den Beobachtungstechniken gehören die Befragung des Patienten, verschiedene Untersuchungen und Messungen.

Pflegeanamnese
Bei der Pflegeanamnese werden Fragen zum Ausscheidungsverhalten bzw. bei dialysepflichtigen Menschen zur Dialysehäufigkeit, zum Shunt etc. gestellen.
Beispielsweise:

- Wie oft müssen Sie Wasser lassen, am Tag und in der Nacht?
- Können Sie die Toilette selbstständig aufsuchen, die Kleidung öffnen, sich hinsetzen, sich säubern und wieder anziehen? Brauchen Sie Hilfestellung oder Hilfsmittel?
- Bestehen Auffälligkeiten bei der Miktion: Schmerzen, Veränderungen des Urins oder des Harnstrahls, Frequenz und Menge (z. B. komplette Blasenfüllung oder nur Tröpfeln), Inkontinenz (Häufigkeit des Einnässens)?
- Verspürt Sie Harndrang und schafft es nicht rechtzeitig zur Toilette oder verspüren Sie keinen Harndrang?
- Welche Faktoren bereiten Ihnen Probleme mit der Blase (bestimmte Getränke, Medikamente, Tageszeit, Temperatur, erhöhter intraabdomineller Druck, z. B. beim Husten, Niesen)?
- Hatten Sie schon in jüngerer Vergangenheit einen Dauerkatheter, häufiger Blasenentzündungen, Nierensteine, Prostatabeschwerden oder andere Erkrankungen des Urogenitaltrakts?

Bei Dialysepatienten:

- Seit wann sind Sie dialysepflichtig. Wie häufig werden Sie dialysiert? Welchen Shunt haben Sie?
- Ist das Ihr erster Shunt? War der Shunt schon einmal entzündet, verstopft oder ähnliches? Haben Sie Probleme im Shuntbereich, z.B. Schmerzen?
- Wie viel beträgt Ihre täglich erlaubte Trinkmenge?

Annette Heuwinkel-Otter, München

Schaefers

1/2-Seite-Anzeige
Daten bei HEWEA-Druck

Bild: Privat

Gesundheits- und Krankenpflegerin; Weiterbildung für Anästhesie- und Intensivpflege; Leitung des Pflegedienstes einer Station; Lehrerin für Pflegeberufe und Pflegedienstleitung; Abteilungspflegedienstleitern im KH Neuperlach; Lektorin, später Programmleiterin für Pflege- und weitere Heilberufe im med. Fachverlag Urban&Schwarzenberg; Onlineredakteurin im Gesundheit-Scout 24; seit 1999 Journalistin, Fachbuch-autorin, Dozentin für Gesundheit, Pflege und Medizin; 2010-2011 Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im DBfK Südost, Bayern-Mitteldeutschland e.V..

Ehrenamtliche Tätigkeit

- *Mitglied im Redaktionsbeirat der Fachzeitschrift „Heilberufe", Urban & Vogel, Berlin seit 1997*
- *Mitglied im DBfK Südost e.V. (Bayern-Mitteldeutschland) seit 1987 (1993–1997 Mitglied im Vorstand, 1997–2001stellv. Vorstandsvorsitzende, 2001–2004 Vorstandsvorsitzende, seit 2008 Mitglied im Vorstand)*
- *Mitglied bei Ver.di seit 2006*

Entwicklung eines pflegediagnostischen Bildungskonzeptes

Fachbücher:

- *Heuwinkel-Otter Nümann-Dulke, Matscheko, Springer Berlin, Heidelberg „Menschen pflegen" (Bd.1 2006; Bd.2 2006; Bd. 3 2007)*
- *Heuwinkel-Otter Nümann-Dulke, Matscheko, Springer Berlin, Heidelberg „Menschen pflegen" Der Praxisbegleiter für Pflegeprofis (2009)*
- *Heuwinkel-Otter Nümann-Dulke, Matscheko, Springer Berlin, Heidelberg „Menschen pflegen „Pflegediagnosen für die Kitteltasche" (2011)*

Lernplattform:

- *www.Menschen-pflegen.ist-mehr.de*

Preise

2009 wurde das oben Bildungskonzept mit dem Clementine von Wallmenich-Sonderpreis der Schwesternschaften des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) ausgezeichnet. 2010 Gewinnerin des Auswahlverfahrens zur Teilnahme an der Schreibwerkstatt „Pflege braucht Öffentlichkeit" des Alumni Netzwerkes Pflege braucht Eliten e.V.

Der zweite Teil des Artikels wird in der Dezember-Ausgabe veröffentlicht.

BESSER.
STOMA-
THERAPEUT m/w

Sie sind **Stomatherapeut (m/w)**

und haben Interesse an einer neuen verantwortungsvollen Aufgabe? Wir suchen bundesweit qualifizierte und motivierte Fachkräfte.

Die Sanitätshaus Aktuell AG ist ein modernes, national und international tätiges Dienstleistungsunternehmen der Gesundheitsbranche. In über 300 Partnerbetrieben an 700 Standorten sind insgesamt 7.000 Fachkräfte beschäftigt. Im Bereich Homecare arbeiten etwa 500 Spezialisten in über 100 care team Partnerbetrieben. Damit zählen wir zu den führenden Versorgern im Homecare-Markt in Deutschland.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir eine hoch qualifizierte Persönlichkeit, der wir ein spannendes Arbeitsumfeld in einem aufstrebenden Unternehmen und interessante Fortbildungsmöglichkeiten bieten.

Interesse? Bitte richten Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung mit Ihrer Gehaltsvorstellung an Herrn Ralph Mayer, Teamleitung care team.

Sanitätshaus Aktuell AG | Auf der Höhe | 53560 Vettelschoß
www.care-team.de

care team

Deutsche Kontinenz Gesellschaft

Inkontinenz: Nachhaltiger Behandlungserfolg und gesteigerte Lebensqualität dank Botox

Botulinum Toxin (kurz: Botox) ist bislang bekannt als Schönheitsmittel. Doch auch im Kampf gegen die Inkontinenz ist Botox mittlerweile ein probates Therapeutikum mit überlegener Langzeitwirkung. Prof. Dr. med. Klaus-Peter Jünemann, Vorsitzender der Deutschen Kontinenz Gesellschaft und Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie an der Universitätsklinik in Kiel: „Ich halte Botox im urologischen Bereich für das innovativste pharmazeutische Produkt seit Viagra."

Bisher erhielten Patienten, die aufgrund einer instabilen Blase unter Inkontinenz litten, oft eine medikamentöse Therapie. Doch diese hat mitunter stärkere Nebenwirkungen. Viele Patienten, die so behandelt wurden, litten beispielsweise an einem schwindenden Kurzzeitgedächtnis. Auch die wieder auftretende Blasenschwäche bei nachlassender Wirkung der Medikamente befreiten die Patienten nicht aus ihrer Isolation. Einzige Alternative waren operative Eingriffe.

Die neue Behandlungsmöglichkeit mit Botox hingegen lindert die Leiden vieler Inkontinenzpatienten nachhaltig und erspart ihnen invasive Therapien. Hierbei wird etwa einmal im Jahr Botox direkt in die Blase gespritzt. Prof. Dr. med. Klaus-Peter Jünemann verweist auf eine amerikanischen Studie[1] von Dezember 2010, die zeigt, dass Patienten, deren medikamentöse Behandlung nicht erfolgreich war, exzellent und mit hervorragendem Langzeiteffekt mit Botox behandelt werden können. Das bedeutet eine ungeheure Steigerung der Lebensqualität für viele Menschen, die sich häufig aus Scham kaum noch in die Öffentlichkeit wagten.

„Mittlerweile haben wir hier, an der Universitätsklinik Kiel, viel Erfahrung mit der Botoxtherapie. Wir behandeln rund 200 Patienten im Jahr. Damit sind wir das viertgrößte Botoxzentrum in Europa. Unsere Klientel reicht von Männern mit verschiedenen Prostataerkrankungen bis zu Frauen mit Blasensenkung und Dranginkontinenz." erläutert Jünemann.

Weitere Informationen erhalten Sie bei den ärztlichen Beratungsstellen der Deutschen Kontinenz Gesellschaft. Die Listen finden Sie unter www.kontinenz-gesellschaft.de oder können Sie kostenlos in der Geschäftsstelle bestellen.

Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V. hat es sich als gemeinnützige, medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft seit 1987 zur Aufgabe gemacht, Inkontinenz aus der Tabuzone zu holen und so den Weg frei zu machen für eine verbesserte Diagnose, Behandlung und Prävention von Harn- und Stuhlinkontinenz.
Dafür steht bundesweit ein interdisziplinärer Expertenrat aller betroffenen Fachrichtungen zur Verfügung. Mit der Zertifizierung von ärztlichen Beratungsstellen sowie Kontinenz- und Beckenboden-Zentren und der Veranstaltung von Fortbildungen trägt die Deutsche Kontinenz Gesellschaft maßgeblich zur Qualitätssicherung in der Behandlung und Beratung von Menschen mit Inkontinenz bei.

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Friedrich-Ebert-Str. 124
34119 Kassel
Tel.: 0561 – 78 06 04
Fax: 0561 – 77 67 70

[1] *Efficacy and Safety of OnabotulinumtoxinA for Idiopathic Overactive Bladder: A Double-Blind, Placebo Controlled, Randomized, Dose Ranging Trial, Roger Dmochowski et al., from the Department of Urology, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee (RD)*

Bild: Spectra – Design & Verlag

Wirtschaftliche Versorgung bedeutet:

- mehr Lebensqualität
- sinnvoller Produkteinsatz
- angemessene Kosten

KCM versorgt Sie
Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität

Unser Leistungsspektrum:
- enterale Ernährung
- Stomaversorgung
- ableitende Inkontinenzversorgung
- Selbstkatheterismus
- Tracheostomieversorgung
- modernes Wundmanagement

Wir beraten Sie gern zu diesen Themen
Unsere kostenlose Servicenummer
0800-8958950
info@kcm-versorgt-sie.de

Qualität und Kosten müssen kein Widerspruch sein!

eakin®
Weil Hautschutz wichtig ist.

Effiziente Wund- und Fisteldrainage?
Ein Fall für Eakin!

Fragen, Muster, Bestellungen:
0800-22 440 22 (gebührenfrei)

Schweizerische Vereinigung der StomatherapeutInnen
Association Suisse des Stomathérapeutes
Associazione Svizzera delle Stomaterapiste
Associaziun Svizra da las Stomaterapeutas

20 Jahre Vereinigung der StomatherapeutInnen

Grosse Fortschritte, aber der Kampf geht weiter

Die Schweizerischen Vereinigung der StomatherapeutInnen feierte ihr 20-jähriges Bestehen. Welche riesigen Fortschritte dieser Bereich in den vergangenen zwei Jahrzehnten gemacht hat, liess die Präsidentin Yvonne Fent an der Jubiläumsveranstaltung Revue passieren.

YVONNE FENT

Was wir heute Patienten bieten können, ist sehr viel mehr als vor zwanzig Jahren. Um die Fortschritte messen zu können, gibt es nichts Besseres als zurückzublicken.
Bei diesem Rückblick beschäftigt mich vor allem die Frage: Wie sähe das Leben eines Stoma-Betroffenen ohne den medizinische Fortschritt, ohne unsere Beratung und Weiterentwicklung unseres Berufs aus? Was da unsere Arbeit an entscheidenden Veränderungen gebracht hat! In welcher Situation befand sich ein Patient mit einer Diagnose, die einen künstlichen Darmausgang nötig machte, vor zwanzig Jahren? Wer hat sich seiner vielen Fragen angenommen? Wie und vor allem wer ist früher, bevor es Stoma-Therapeutinnen gab, auf die bittere Realität eines Stoma-Betroffenen und seiner Familie eingegangen? Welche Produkte, Pflege und Behandlungsmethoden konnte man anbieten, erklären und zeigen? Immerhin: Stoma-Operationen gab es bereits im 17. Jahrhundert, und seither ist natürlich schon ein weiter Weg zurückgelegt worden.

Immer noch ein Tabu

Dennoch: Die Stoma- und Kontinenztherapie ist immer noch ein Tabuthema – weniger als noch vor Jahren, aber es spricht sich nicht leicht darüber. Dass das Thema tunlichst vermieden wird, kann man niemandem verübeln, die meisten Leute machen sich wohl keinerlei Gedanken darüber, bis sie in irgendeiner Art und Weise damit in Berührung kommen. Wer nicht selber betroffen ist, sei es als Patient, als Angehörige oder als medizinisches Fachpersonal, der weiss wenig darüber. Damit das Thema aber offen diskutiert werden kann, und auch die Möglichkeiten, die darin stecken, braucht es mutige, selbstsichere Menschen, die all die – manchmal unangenehmen – Details ansprechen, die dazu gehören und aufzeigen, was heute möglich ist.

Offen darüber reden

Und was hat sich geändert für diejenigen Leute, die sich mit dem Stoma befassen müssen, die Betroffenen und deren Angehörige? Sie können nicht ausweichen. Das ist nicht leicht, zuweilen sehr, sehr schwierig. Wir können aber entscheidend dazu beitragen, dass sich Patienten auf eine gute Art und Weise mit dem Thema anfreunden, wir haben das Fachwissen dazu, die Erfahrung. 20 Jahre lang haben wir unermüdlich daran gearbeitet, dass die Patienten heute ganz andere Möglichkeiten haben, mit ihrer Krankheit umzugehen, und dass wir ihnen die Selbstsicherheit vermitteln können, sich auf eine offene und unkomplizierte Art und Weise damit auseinanderzusetzen.

Bild: Privat

Kürzlich kam ein 19-jähriger Mann, der strahlend berichtete, wie es ihm mit seinem Stoma ging, wie er wieder Lebensfreude gewonnen habe.
Das sind die Highlights in unserem Beruf und machen immer wieder die Wichtigkeit einer kompetenten Beratung deutlich. Es gibt KlientInnen, die sich nicht scheuen, bereitwillig Auskunft zu geben, dem Thema das Unangenehme, das Peinliche zu nehmen. Das ist ein Erfolg – für alle. Auch die Selbsthilfegruppe Ilco bietet eine nicht zu unterschätzende Form von Bewältigung.

Den Weg geebnet

Lassen Sie mich einen Blick in die Vergangenheit werfen: 1973 beriet Rosmarie Rüfenacht, damals natürlich noch „Schwester Rosmarie", erstmals am Inselspital Bern in der Gastroenterologischen Abteilung die Ileostomiepatienten. Ihr fielen die grossen Versorgungsschwierigkeiten und die damit einhergehenden psychischen Probleme auf, und sie begann, sich in ihren freien Stunden um diese Patienten zu kümmern. Wie viel Elan und Einfühlungsvermögen das brauchte! Im Jahre 1980 absolvierte sie im Londoner St. Marks Hospital eine Ausbildung zur Enterostomietherpeutin. Die Materialien waren zu dieser Zeit nicht gerade grossartig, man stand in der Entwicklung sowie in der Beratung noch ziemlich am Anfang: Es gab Gummibeutel mit Flange, und die Colostomiepatienten hatten eine Plastikbeutel- oder Pelottenversorgung zur Auswahl.
Als ich die alten Unterlagen durchblätterte, wurde mir klar, was sich alles verbessert hat. Damals waren die Protokolle der ersten Treffen noch auf Schreibmaschine geschrieben worden, unsere ersten Beratungsstellen hatten natürlich noch keine E-Mail-Adresse, an der Hauptversammlung gab es keine Simultanübersetzung. Es sind zwar nur zwanzig Jahre vergangen, aber die leicht vergilbten Journale wirken wie aus einer fernen Zeit. Auch in der Zusammenarbeit, in administrativen und organisatorischen Bereichen hat sich viel verbessert. Damals waren es ein paar wenige engagierte Frauen in der Schweiz, die sich zusammentaten, ich nenne hier nur ein paar Namen, die in den Protokollen auftauchen: Ruth Burkhard, Francine Fellrath, Rosina Landolt, Rita Fust, Joelle Vuignier, übrigens erste Präsidentin, Gudrun Sidler, Elisabeth Bosshard, Trudi Battilana und einige andere.
Sie haben die Wege geebnet, wir sind darauf gegangen und unsere Schritte haben Spuren hinterlassen.

Wir machen den Unterschied

Seither haben wir an Akzeptanz bei der Ärzteschaft, bei den Pflegenden gewonnen. Mit unserer kompetenten und wichtigen Arbeit sind wir einen langen gemeinsamen Weg gegangen. Und wir gehen noch viel weiter. Denn uns allen ist klar, dass wir noch vieles vor uns haben. Wir wissen, dass wir einen entscheidenden Unterschied machen können im Leben eines Patienten. Die Materialien und Methoden zugunsten eines einfacheren Umgangs mit dem Stoma haben sich verbessert, aber auch die Offenheit, mit der wir das Thema angehen.
Noch können wir unsere Hände nicht in den Schoss legen, noch immer gibt es Patienten, die unter Schock stehen, die kategorisch sagen: Lieber nehme ich mir das Leben, als dass ich mich mit einem künstlichen Darmausgang herumschlagen. Das ist nur eine der Situationen, bei denen wir Entscheidendes einbringen, ja sogar Leben retten können, wie wir mir mit dem Patienten umgehen, wie wir ihm behutsam, einfühlsam, geduldig und mit Fachkenntnis von den Möglichkeiten und der Verbesserung der Lebensqualität erzählen und ihm eine gute und fachlich kompetente Beratung bieten. Und darauf dürfen wir stolz sein.

Sind wir glücklich?

Huguette Jan du Chêne, eine der Pionierinnen einer der ersten Stoma-Beratungsstellen in Lausanne – heute eine Dame von 80 Jahren – schrieb unter anderem: „Das war meine schönste und glücklichste Zeit als Stomaberaterin." Glücklich? Sind wir glücklich? Sind wir in unserem Berufsbereich, der wie so vieles in der Pflege einen entscheidenden Unterschied machen kann, wie sich Menschen fühlen, wenn sie sich mit einer Diagnose abfinden müssen, glücklich? Oder zufrieden? Oder einfach freudig, weil wir mit grossem Engagement tätig sind?
Es ist eine Tatsache, dass wir uns von einem kleinen, eher unscheinbaren Bereich in der Pflege zu einem wichtigen Teil der medizinischen Versorgung entwickelt haben. Und unsere Vereinigung hat sich zu einem respektablen Verband gemausert. Der Kampf um die Wertschätzung unserer Arbeit, darum, von allen Ärzten sowie dem medizinischen Fachpersonal und den Krankenkassen ernst genommen zu werden, ist noch nicht beendet, aber er ist leichter geworden.
Ich möchte mich darum den Worten von Huguette Jan du Chêne anschliessen: Ja, es war eine schöne und glückliche Zeit. Ich weiss, dass wir sehr viel erreicht haben, doch es bleibt auch noch viel zu tun. Noch immer muss unser Nachwuchs – und um den müssen, sollen wir uns bemühen – seine Ausbildung in Deutschland oder Österreich, Frankreich oder Italien absolvieren.
Wir profitieren alle von diesem grenzüberschreitenden Blick, von der angenehmen Zusammenarbeit mit den Fachverbänden und Fachleuten aus den Schulen in unseren Nachbarländern und ich freue mich, dass einige Vertreter und Vertreterinnen den langen Weg hierhin auf sich genommen haben und heute mit uns feiern.

Die Vernetzung auf nationaler und internationaler Ebene, die gegenseitige Unterstützung und Wissensaktualisierung ist intensiviert worden, und wir sind auf gutem Wege, dass unser Beruf offiziell anerkannt wird.
Das Angebot an Beratungsstellen wird ständig erweitert. Wir haben an Ansehen gewonnen, aber wir möchten nicht ruhen. Wir kämpfen weiter für unsere Patienten, damit sie die Beratung und Betreuung bekommen, die sie brauchen; dafür, dass die Qualität der Stoma- und Kontinenztherapie – trotz Sparzwang – gesichert ist.

Dieser Artikel beruht auf dem Referat, das Yvonne Fent am 3. November 2010 an der Jubiläumstagung der Schweizerischen Vereinigung der StomatherapeutInnen in Nottwil hielt.

08. September 2011 9.00 Uhr – 16.30 Uhr
Rezertifizierungskurse Wundexperte ICW
- Wundbeurteilung und Dokumentation
- Update zur phasenadaptierten Wundversorgung; Falldiskussionen (Die Teilnehmer werden dazu eingeladen eigenes Fallmaterial mitzubringen)
Referentin: Veronika Gerber
www.akademie.mathias-stiftung.com

14. – 17. September 2011
63. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
www.dgu-kongress.de

23. September 2011
7. Deutscher Hygienetag
www.bibliomed.de

27. bis 29. September 2011
Fachmesse und Kongress für professionelle Pflege, Betreuung und Homecare-Versorgung
www.pflege-homecare.de

28 – 29. September 2011
Die Welt der Pflege zu Gast in Krefeld
www.npk2011.de

05. Oktober 2011
8. Thüringer Pflegetages 2011
Congress Centrum Neue Weimarhalle
Unesco-Platz 1
99423 Weimar
pflegetag@conventus.de
www.conventus.de

14. Oktober 2011
33. Fortbildung für Pflegende
www.bbraun-stiftung.de

4. und 5. November 2011
23. Kongress und 73. Seminar des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau
Congress-Centrum Koelnmesse – Ost
www.kontinenz-gesellschaft.de

18. und 19. November 2011
2. Internationaler Wundkongress D-A-CH-EE
30. November 2011
Das kolorektale Karzinom – der Feind, dem mein Körper Herberge bietet
1. – 3. Dezember 2011
Gesundheitsforum am UKR
www.uniklinikum-regensburg.de

16. August 2011 – 01. März 2012
Fachberater/in für Prävention und Gesundheitsförderung (IHK) (BB)
12. September 2011 – 14. Juni 2013
Pflegeexperte/in Stoma – Inkontinenz – Wunde (BB)
19. Oktober 2011 – 14. September 2012
Case Manager/in DGCC Zertifikat (BB)
in Kooperation mit der FgSKW Fachgesellschaft
maxQ. im bfw - Unternehmen für Bildung.
Niddastr. 98 - 102
60329 Frankfurt/M. / Tel.: 0 69-24 26 05 30

19. – 21. August 2011
4. Hofgeismarer Hospiztage
www.akademie-hofgeismar.de

Wir veröffentlichen auch Ihren Termin.

Wenden Sie sich bitte an die Redaktion.

E-Mail:
redaktion@fgskw.org

FgSKW Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

MagSi® FgSKW STOMA KONTINENZ WUNDE MAGAZIN

Die Zeitschrift **MagSi®** Magazin
Stoma – Kontinenz – Wunde
ist das offizielle Organ des FgSKW Fachgesellschft Stoma und Kontinenz e.V. und DIE Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik mit dieser Thematik im deutschsprachigen Raum.

Erscheinungsmonate: April, August, Dezember

Jahresabonnement zum Bezugspreis von Euro 15,00 zzgl. Versandkosten.
Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn keine schriftliche Kündigung zum 30.09. d. J. bei uns eingeht.

Die Bestellung ist innerhalb von 10 Tagen schriftlich widerrufbar.
Es gilt das Poststempel- oder Faxsendedatum.

Ja, ich möchte abonnieren!

- ☐ Ich abonniere die Zeitschrift **MagSi®**
- ☐ Ich bezahle nach Rechnungserhalt
- ☐ Bitte buchen Sie den Rechnungsbetrag von folgendem Konto ab:

Geldinstitut:
Kontonummer:
Bankleitzahl:
Unterschrift:

Absenderangaben

Titel:
Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Ort:
E-Mail:
Datum:
Unterschrift, Stempel:

Bitte senden Sie Ihre Bestellung an:
Marianne Franke – Sekretariat
FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Niklaus-Groß-Weg 6 · 59379 Selm · Postfach 1351 · 59371 Selm
Fax.: 02306-378-3995 · E-Mail: sekretariat@fgskw.org
Nr. 56 · 08/2011

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK e.V.
Bundesverband
Salzufer 6 - Eingang Otto-Dibelius-Str.,
10587 Berlin
Tel.: 030/219157-0
dbfk@dbfk.de – www.dbfk.de

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.
Geschäftsstelle: c/o Brigitte Nink-Grebe
Glaubrechtstaße 7, 35392 Giessen
Tel.: 0641/6868518
dgfw@dgfw.de – www.dgfw.de

Initiative Chronische Wunden e.V.
Geschäftsstelle: Brambusch 22, 44536 Lünen
Tel.: 0231/7933121 – www.icwunden.de

Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
Geschäftsstelle:
Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
Tel.: 0511/282608
Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de

maxQ. im bfw - Unternehmen für Bildung
Niddastraße 98-102, 60329 Frankfurt/M
Tel.: 069/24260532 – www.maxq.net

Wannsee-Akademie
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin
Tel.: 030/80686-041
www.wannseeakademie.de

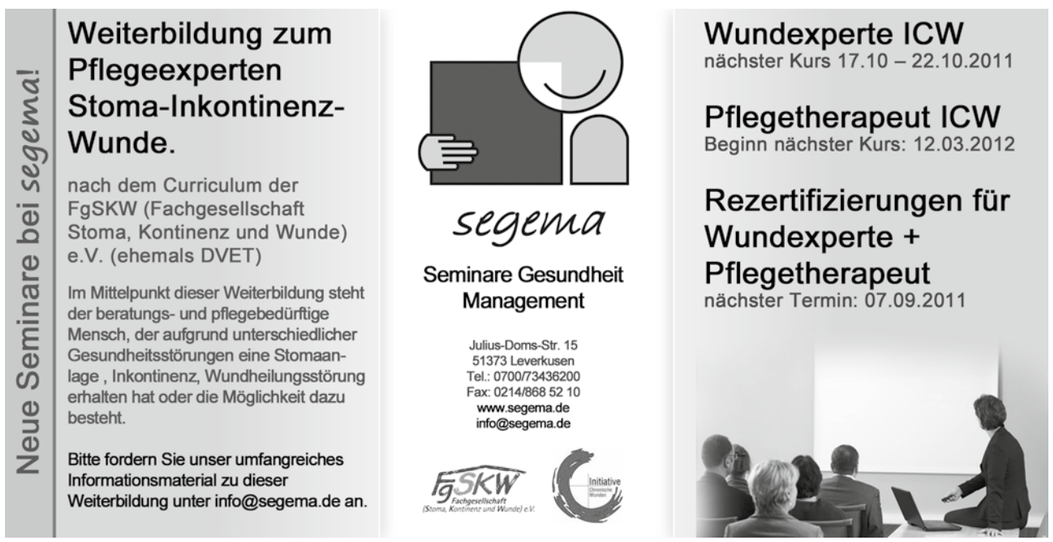
Mitgliedsverbände

Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung e.V.
Bundesgeschäftsstelle:
Paracelsusstaße 15, 51375 Leverkusen
Tel.: 0214/87608-0
Fax: 0214/87608-88
info@dccv.de – www.dccv.de

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle:
Friedrich-Ebert-Straße 124, 34119 Kassel
Tel.: 0561/780604
www.kontinenzgesellschaft.de

Deutsche ILCO e.V.
Bundesgeschäftsstelle:
Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
Tel.: 0228/338894-50
info@ilco.de – www.ilco.de

Gesellschaft zur Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselstörungen GRVS e.V.
Geschäftsstelle:
Ketterberg 2, 97980 Bad Mergentheim
Tel.: 07931/591-569
postmaster@grvs.de – www. grvs.de



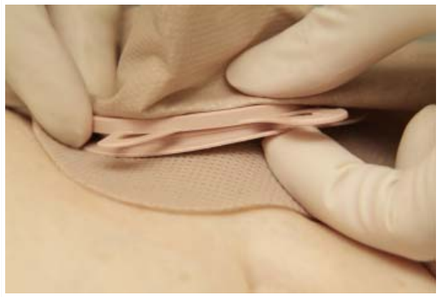
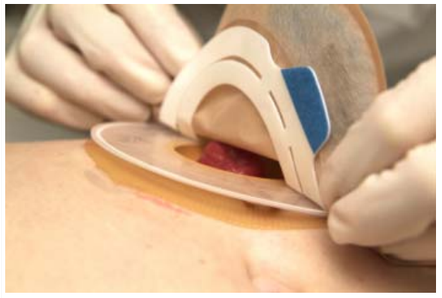
Einteiliges System

	• Umgebungshaut sehr gut trocknen, mit saugfähigen Kompressen, kurz vor dem Aufkleben der Platte • Achtung: NIE FÖHNEN!
Siehe Bild zweiteiliges System	Merke: bei dünnflüssigem Stuhlgang muss immer Paste verwendet werden. • Direkt entlang der Lochaussparung genügend Paste auftragen. Die Paste muss die Haut zwischen Stoma und Platte abdecken können. • Unmittelbar danach die Tube verschliessen (Austrocknen der Paste verhindern
 	• Vom unteren Stomarand beginnend faltenfrei nach oben ankleben. • Haftfläche rund um das Stoma von innen nach aussen gut anreiben

Zweiteiliges System

Siehe Bild einteiliges System	• Umgebungshaut sehr gut trocknen, mit saugfähigen Kompressen, kurz vor dem Aufkleben der Platte • Achtung: NIE FÖHNEN!
	• Direkt entlang der Lochaussparung genügend Paste auftragen. Die Paste muss die Haut zwischen Stoma und Platte abdecken können. • Unmittelbar danach die Tube verschliessen (Austrocknen der Paste verhindern)
	• Die vorbereitete Platte leicht gebeugt auf die trockene Haut kleben, indem die Haut um das Stoma flach gestreckt wird. • Haftfläche rund um das Stoma von innen nach aussen gut anreiben
	• Beutel auf Platte befestigen (je nach System unterschiedlich) und kontrollieren, ob er korrekt eingerastet ist. • Patient kann mit Bauchpresse Gegendruck geben.

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE

	• Zweiteiliges System mit untergreifbarem Rastring
  	• Zweiteiliges System mit aufklebbarem Beutel
Unbedingt Beutel schliessen!	

Erich Grond

Sexualität im Alter

Was Pflegekräfte wissen sollten und was sie tun können

Ältere Menschen und Sexualität? Demenzerkrankte und ein befriedigendes Sexualleben? Das war in der Pflege lange ein Tabu. In manchen Einrichtungen wird das Thema Alterssexualität bis heute totgeschwiegen, weil es nicht den Moralvorstellungen des Trägers oder des Personals entspricht. Selbst in modernen Pflegelehrbüchern wird das Thema nur kurz erwähnt.
Da verwundert es nicht, dass Pflegekräfte überfordert sind, wenn sie mit der Sexualität und den Bedürfnissen älterer Menschen konfrontiert werden.
Häufig sind sie auch Formen sexueller Belästigung ausgesetzt, ohne damit sachlich und adäquat umgehen zu können.

Dieses Buch hilft Pflegekräften, ältere Menschen und ihr Verhältnis zur Sexualität besser zu verstehen. Es ermutigt zu offenen Gesprächen und zur Reflexion über eigene Vorstellungen oder gar Vorurteile. Denn es geht auch anders: Es gibt inzwischen viele Pflegeeinrichtungen, deren Erfahrungen Mut machen, mit dem Thema freundlich und wertschätzend umzugehen. Dazu gehört auch, dass Pflegekräfte sich informieren und eigene Tabus brechen.

Brigitte Kunz Verlag
2., aktualisierte Auflage
136 Seiten, 14,8 x 21,0 cm, kartoniert
Euro 12.95
ISBN 978-3-89993-768-8

Stefanie Hellmann

Formulierungshilfen für die Pflegeplanung nach den AEDL und den Pflegediagnosen

Checklisten für die tägliche Praxis

Expertenstandards, Pflegenoten, Personal- und Zeitmangel bestimmen die Welt der Pflege – doch trotz aller Zwänge muss die Pflege für jeden Menschen weiterhin sorgsam durchgeführt werden.
So ist es wichtiger denn je, dass jede Pflegekraft in der Lage ist, Pflegeplanungen so eindeutig zu schreiben, dass diese der Individualität der Pflegebedürftigen gerecht werden.

Dieser Ratgeber ist die bewährte und solide Basis, um den individuellen Anforderungen von Patienten und Bewohnern gerecht werden zu können.

Ganz neu: In der 7. Auflage finden sich jetzt die Transparenzkriterien und ihre Beziehung zur Pflegeplanung.

Aus dem Inhalt:
- Pflegedokumentation
- Pflegeplanung
- Pflegediagnosen
- AEDL nach Krohwinkel
- Krankheitsbilder mit individuellen Pflegeplanungsformulierungen

Brigitte Kunz Verlag
7., aktualisierte Auflage 2011
196 Seiten, 14,8 x 21,0 cm, kartoniert
Euro 14,95
ISBN 978-3-89993-769-5

HIER könnte auch IHR Buchbeitrag veröffentlicht werden.

Bei Interesse fordern Sie doch bitte unsere aktuellen Daten an unter:

info@fgskw.org

FgSKW Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Annette Heuwinkel-Otter
Anke Nümann-Dulke
Norbert Matscheko

Pflegediagnosen für die Kitteltasche

- Pflegediagnosen auf einen Blick
- Zeit sparen
- Ressourcen bündeln, sicher pflegen

Als Ergänzung zu den Lehrbüchern und dem Profibuch „Menschen pflegen" finden Pflegende hier schnell alle notwendigen pflegerischen Informationen zu der betreffenden Pflegediagnose:
- Zuordnung von NANDA-Pflegediagnose und „grundständigen Pflegediagnosen"
- Kennzeichen bzw. Beobachtungskriterien: wie verbale Hinweise, körperliche Symptome, Verhalten usw.
- Beobachtungstechniken: wie pflegeanamnestische Fragen und pflegediagnostische Techniken
- Pflegeziele
- Pflegetherapeutische Maßnahmen
- Prävention, Anleitung und Beratung
- Krankheitsbilder und Lebenssituationen

Verlag: Springer Berlin
ISBN: 978-3-642-01318-8
Einband: gebunden
Preisinfo: 24,95 Euro
Seiten/Umfang: X, 398 S.
Erscheinungsdatum:
1. Auflage 15.11.2010

GHD GesundHeits GmbH Deutschland – Ihr Partner, wenn es um Gesundheit geht

Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland – Der Spezialist für Ihre Gesundheit

Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland ist das größte Gesundheits-,Therapie- und Dienstleistungsunternehmen Deutschlands für eine ganzheitliche Betreuung von Kunden und Patienten. Durch Zusammenarbeit mit allen Institutionen im Gesundheitswesen führt die GHD GesundHeits GmbH Deutschland alle an der Versorgung Beteiligten zusammen und ermöglicht so einen individuellen und ganzheitlichen Service für Kunden und Patienten.

Unsere kostenlose Hotline
0800 - 362 73 78

www.gesundheitsgmbh.de

Die PFAD Akademie der Gesundheitswissenschaften stellt sich vor

Ab dem kommenden Oktober 2011 bietet die PFAD Akademie in Hamburg die Qualifikation zum Pflegeexperten Stoma Inkontinenz Wunde gemäß der Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung des FgSKW an.

Die PFAD Akademie besteht seit 4 Jahren als gemeinnützige Einrichtung und hat sich einer besonderen Form seines Angebotes verpflichtet. Aufgrund der Veränderungen im Gesundheitswesen, wie

- die integrierte Versorgung - §140 SGB V
- selektivvertragliche Regelungen - §73a SGB V
- hausarztzentrierte Versorgung - 73b SGB V
- Heilkundeübertragungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

sind die Anforderungen an Fort- und Weiterbildungen, sowie Qualifikationsmaßnahmen enorm gestiegen.
Im Rahmen dieser Verträge sind Effektivität und Effizienz eine genaue Zielformulierung. Des weiteren wird grundsätzlich gefordert, dass Evidenz und Leitlinien (AWMF, DEGAM) in die Qualifikationen zu integrieren sind (siehe hierzu die Heilkundeübertragungsrichtlinie). Aus diesem Grunde finden sich im Angebot der Akademie nur Qualifikationen, die diesen Anforderungen entsprechen.
Dazu gehören:

- Akkreditierte Wundassistenten und Wundtherapeuten DGfW
- Akademischer Case- und Caremanager (universitärer Abschluß)
- Quailitätsbeauftragte und interne Auditoren für die neuen Versorgungsformen
- Akkreditierte Sachverständige
- Nurse Consulter
- Practitioner für Mobilitätsförderung
- Pflegeexperte Stoma, Inkontinenz und Wunde FgSKW
- Etc.

Die Leitung der PFAD Akademie hat Herr Carsten Sterly, berufenes Mitglied im Fachbeirat Gesundheit, Forensik und Pflege des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, sowie Vorstand der Deutschen Gesellschaft für integrierte Versorgung im Gesundheitswesen. Die fachliche Leitung wird durch Frau Heike Feuerer wahrgenommen, die Herrn Sterly im Bundesministerium vertritt und weitreichende fachliche Qualifikationen für den Schulbetrieb vorweisen kann. So leitet sie die AG Pflegeentwicklung und ist Lektorin der Universität Linz. Für den wissenschaftlichen Bereich konnte Frau Professor Dr. Martina Hasseler gewonnen werden, die auch das Gutachten zu den MDK Qualitätsrichtlinien veröffentlichte und als Hochschuldozentin in Hamburg tätig war. Den medizinischen Sektor vertritt Herr Klaus Schäfer, Vorstand des Hausärzteverbandes und Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg.

Mit diesem gebündelten fachlichen und politischen Know How wurden gängige Qualifikationen evaluiert und in das Portfolio aufgenommen, wenn sie den wissenschaftlichen und politischen Vorgaben entsprachen.
Für fehlende aber notwendige Qualifikationen wurden Kooperationen mit Universitäten vereinbart, die diese Schulungen anboten. So besteht eine Kooperation mit Fachhochschule Linz in Oberösterreich für den 1 jährigen Studiengang zum akademischen Care- und Casemanager.

Eine Qualifikation muß für den Teilnehmer einen Mehrwert erzeugen, der es ihm ermöglicht damit in einem zukünftigen Gesundheitssystem zu bestehen und den Anforderung aus dem Markt zu begegnen. Der Grundsatz „pay for performance" muß sich im Ergebnis widerfinden. Aus diesem Grunde wird viel politische Arbeit wahrgenommen, um die angeboteten Maßnahmen auch in zu erwartende Systeme zu integrieren. Der Wundassitent und Wundtherapeut werden durch ihre Akkreditierung jetzt europaweit anerkannt und der Wundtherapeut - WTCert darf sich akkreditierter Sachverständiger für Wundtherapie nennen.

Parallel arbeiten die leitenden Mitarbeiter in verschiedenen regionalen und nationalen Gremien, sowie Leitlinienkommissionen mit, um aktuell auf Veränderungen reagieren zu können und Anpassungen entsprechend vorzunehmen.

In allen Qualifikationsmaßnahmen werden die Dozenten und Experten auf ihre Eignung geprüft (durch die jeweilige Fachgesellschaft), die Lehrinhalte überwacht und die Prüfungen extern abgenommen. Damit erfüllen diese Maßnahmen schon jetzt die Anforderungen aus Prozessen der DIN ISO (17024), der Heilkundeübertragungsrichtlinie und der Anforderungen der jeweiligen Fachgesellschaften in Deutschland. Das gesamte Angebot der PFAD Akademie beruht auf der Zusammenarbeit mit der jeweiligen medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaft, einer Universität und dem jeweiligem Fachverband. Der Eigenanteil der Akademie liegt in der Zusammenarbeit mit den jeweiligen fachlichen Gremien und der Mitwirkung in den Programmausschüssen.

Die PFAD Akademie besitzt von der jeweiligen Fachgesellschaft die notwendige Zertifizierung und hat sich einer DIN ISO Zertifizierung unterworfen. Dieses soll langfristig die Qualität sichern und den Zugang zu den evidenten Inhalten sicherstellen.

Die Teilnehmer/Innen unserer Qualifikationen erhalten zukunftsfähiges Wissen vermittelt und Abschlüsse, die ihnen einen Einstieg auf unterschiedlichen Ebenen in unser sich stetig veränderndes Gesundheitssystem ermöglicht.

Carsten Sterly

Bilder: PFAD-Akademie

Folgende Weiterbildungsstätten bieten die Weiterbildung zum „Pflegeexperten Stoma Inkontinenz Wunde" an.

Diakonisches Institut für soziale Berufe
Frau Brigitte Sachsenmaier
Bodelschwinghweg 30
89160 Dornstadt
Tel.: + 49 73 48 98 74 0
Fax: + 49 73 48 98 74 30
E-Mail: info@di-dornstadt.de
www.di-dornstadt.de

DAA – Deutsche Angestellten Akademie
Institut Nordhessen/Zweigstelle Kassel
Frau Andrea Schmidt-Jungblut
Angersbachstr. 4
34127 Kassel
Tel.: + 49 561 807 06 0
Fax: 0561 80706-188
E-Mail: info.daa-kassel@daa-bw.de
www.daa-kassel.de

maxQ im bfw
Unternehmen für Bildung
Frau Brigitte Meister
Niddastr. 98-102
60329 Frankfurt
Tel.: 069 24 26 05 32
Fax 069 24 26 05 34
E-Mail: meister.brigitte@maxq.net
wwwmaxq.net

Bildungszentrum Ruhr
Institut für Bildung und Management im Gesundheitswesen
Sekretariat Fr. Marion Lach
Hospitalstr. 19
44694 Herne
Tel.: + 49 2325 986 2738
Fax: + 49 2325 986 2739
E-Mail: sekretariat@bildungszentrumruhr.de
www.bildungszentrum-ruhr.de

Wannsee-Akademie
Frau Iris Zeyen-Rohrbeck
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin
Tel.: 030 80 686-041
Fax: 030 80686-404
E-Mail: IZR@wannseeschule.de
www.wannseeschule.de

Mathias Hochschule Rheine
Akademie für Gesundheitsberufe
Herr Andreas Holtmann
Frankenburgstr. 31
48431 Rheine
Tel.: 05971/42 1172
Fax: 05971/42 1116
E-Mail: a.holtmann@mathias-spital.de
www.mathias-stiftung.de

segema GmbH & Co KG
Seminare Gesundheit Management
Frau Gabriele Koch-Epping
Julius-Doms-Str. 15
51373 Leverkusen
Tel.: 0700/73436200
Fax: 0214/8685210
E-Mail: info@segema.de
www.segema.de

PFAD Akademie gem. GmbH
Akademie der Gesundheitswissenschaft
Frau Heike Feuerer
Holstenplatz 20
22765 Hamburg
Tel.: 040 / 30681830
Fax: 040 / 30681833
E-Mail: info@pfad-akademie.de
www.pfad-akademie.de

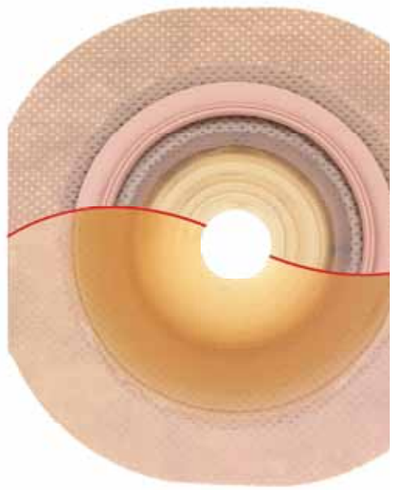
A Hollister Technology

FormaFlex
Hautschutzplatte

Einfach in Form.

- **Flexibel und vielseitig:**
  Einfach zu formen und immer wieder anpassbar.
- **Komfortabel und bequem:**
  Kein Messen, Markieren oder Ausschneiden notwendig.
- **Zuverlässig und hautschonend:**
  Mit neuer, einzigartiger Hautschutzformulierung.
- **Mit Sicherheit flexibel:**
  Die Kombination mit Conform 2 Beuteln schafft ein leichtes und diskretes Profil.

Nähere Informationen erhalten Sie telefonisch unter 08 00/1 01 50 23 (gebührenfrei), auf unserer Website www.hollister.de oder per E-Mail: hollister.deutschland@hollister.com



Hollister

Ein Meilenstein in Sachen Hautschutz.

Hollister und logo, Conform 2 und FormaFlex sind Warenzeichen von Hollister Incorporated. © 2011 Hollister Incorporated.

Projektarbeit

„Hautpflege bei Inkontinenz – ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige“

Im Rahmen der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma/Wunde/Inkontinenz im diakonischen Institut für soziale Berufe in Dornstadt hatten wir die Möglichkeit, dieses Projekt umzusetzen. Unser Interesse für diese Thematik wurde durch den Unterricht von Frau Sachsenmaier und eigenen Erfahrungen aus dem Stationsalltag geweckt. Nach einigen Recherchen im Internet und Anfrage bei verschiedenen Herstellern aufsaugender Inkontinenzmaterialien wurde deutlich, dass es zur Zeit keine eigenständige Broschüre zum Thema Hautpflege bei Inkontinenz gibt. Dieses Thema wird meist nur sehr kurz in den vorhandenen Broschüren abgehandelt oder ist als Artikel im Internet abrufbar. Da jedoch pflegende Angehörige oder Betroffene nicht unbedingt die Möglichkeit haben, im Internet zu recherchieren und wir von der Notwendigkeit einer eigenständigen Broschüre überzeugt sind, entschieden wir uns für dieses Projektthema.

Definition Inkontinenz
Von einer Inkontinenz spricht man, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihre Blasen- und Darmentleerung ganz oder teilweise willentlich zu steuern bzw. Zeit und Ort der Entleerung selbst zu bestimmen.

Hautaufbau und Funktion

Aufbau der Haut
Die Haut ist das größte Organ des Körpers. sie wiegt 4,5-5Kg und ist etwa 2qm groß. Der pH Wert der gesunden Haut liegt bei durchschnittlich pH 5,5. Man nennt dieses Milieu auch den Säureschutzmantel Die Haut besteht aus drei Schichten. Die oberste Schicht heißt Epidermis, darunter befindet sich die Lederhaut. Die unterste Schicht ist das Unterhautfettgewebe.
In der Lederhaut und dem Unterhautfettgewebe liegen Nervenfasern, Talgdrüsen, Haare, Schweißdrüsen und Blutgefäße.

Funktion der Haut
Sie besteht aus ca. 2Mio. Hautzellen und schützt den Organismus vor Krankheitserregern, Sonneneinstrahlung, Austrocknung, Überhitzung und übermäßigem Wärmeverlust. Außerdem dient die Haut als Sinnesorgan – über verschiedene Nervenzellen werden Temperatur, Druck und Schmerz übermittelt.

Hautprobleme und –komplikationen
Durch den längerfristigen Kontakt der Haut mit Harn und Stuhl entsteht ein feucht-warmes Milieu. Die oberste Hautschicht quillt auf (Mazeration). Die Haut verliert ihre Schutzfunktion. Es kommt zu kleinen Rissen und Keime (Bakterien und Pilze) können leichter eindringen. Das kann zu Infektionen führen, die meist mit Rötungen einhergehen. Ist die Schutzfunktion der Haut gestört, können allergieauslösende Stoffe leichter eindringen und somit Allergien auf Pflegeprodukte oder Inkontinenzhilfsmittel hervorrufen.

Hautreinigung:	
Nicht Empfehlenswert	**Empfehlenswert**
Haut „abrubbeln“	Haut abtupfen
Lange Bäder	Duschen
Waschlappen (mehrfach verwendet)	Waschlappen nur einmal verwenden (dann austauschen) oder Einmalwaschlappen
Heißes Wasser (führt zu starker Verdunstung auf der Hautoberfläche – Austrocknung)	ca. 25 Grad Celsius warmes Wasser
Parfümierte, deohaltige, farbstoffhaltige oder desinfektionshaltige Seifen oder Babypflegeprodukte (sind aufgrund der oftmals starken Parfümierung nicht empfehlenswert)	pH neutrale Waschlotionen (nur ein paar Tropfen ins Wasser geben), mit viel klarem Wasser nachspülen oder 1Eßl. Zitronensaft oder Essig auf 4L Wasser
Pflegeschaum	Klares Wasser
Hartes Reinigungsmaterial (z.B. Zellstoff)	Weiches Toilettenpapier

Hautpflege:	
Nicht Empfehlenswert	**Empfehlenswert**
Öl in Wasser (O/W) Lotionen, fette zinkhaltige Cremes und Pasten (z.B. Melkfett, Vaseline, Multilind Creme®) oder Babypflegeprodukte (z.B. Puder, Babyöle, O/W und W/O Lotionen) – diese sind aufgrund der oftmals starken Parfümierung nicht empfehlenswert	„Wasser in Öl“ (W/O) Lotionen dünn auftragen Barrierecreme wie z.B. Chiron Creme®, Cavilon Creme®
Pflegeprodukte auf Mineralölbasis	Pflegeprodukte auf Basis pflanzlicher Öle z.B. Weleda®
Alkoholhaltige Pflegeprodukte	„Wasser in Öl“ (W/O) Lotionen

Projektgruppe:
Anja Kroll, Barbara Görgen, Karin Wüterich, Sonja Leeb, Sabine Schneider

Bei Interesse können sie die Broschüre gegen eine Schutzgebühr von 1,50 Euro + Versandkosten bestellen bei: leebso@hotmail.com

Diakonisches Institut
für Soziale Berufe

Abschluss der Weiterbildung Stoma, Inkontinenz und Wunde am Diakonischen Institut in Dornstadt

Christine Schmid, Silke Schreiber, Doris John, Anke Baudisch, Ulrike Dusowski, Astrid Lederle, Birgit Bauer, Alexandra Höfer, Marion Martinez-Fernandez, Karin Urban, Bernhard May, Silke Jeltsch, Sabine Kühlein, Pilar Hämmerle, Britta Uttenweiler, Claudia Brockmann, Regula Schuhmacher, Wolfgang Übler, Helmut Fendler, Doris Hafermann, Gabriele Koch-Diesing, Martina Haußmann, Angelika Bojer, Susanne Hmid. Nicht abgebildet: Birgit Kalkbrenner, Petra Haslinger, Anita Hofmeister

Am 29. März 2011 fand die Abschlussveranstaltung der Weiterbildung Pflegeexperte Stoma, Inkontinenz und Wunde am Diakonischen Institut in Dornstadt statt. Den geladenen Gästen konnten wir auch dieses Jahr wieder ein gelungenes Programm mit vielen interessante Vorträge bieten.

Eine besondere Herausforderung war es in diesem Jahr, die 27 Präsentationen in dem Tag so zu gestalten, dass es für unsere Gäste, trotz der Kürze der Beiträge, spannend und interessant blieb. Zum ersten mal gestaltete sich die Weiterbildung in einer solch großen Teilnehmergruppe. Darin spiegelt sich der wachsende Bedarf nach dieser Qualifizierung und die gestiegenen Anforderungen, z.B. der Darmkrebszentren und Krankenkassen. Obwohl, gerade am Anfang vor zwei Jahren, für Einige vielleicht noch nicht ganz klar war, warum diese Weiterbildung "gefordert" wird, haben alle die Herausforderung mit viel Engagement und Interesse angenommen und sind bis zum Schluss gut gelaunt und sehr kreativ dabei gewesen.
Ich freue mich über die vielen hochmotivierten und netten "neuen" Kollegen und bedanke mich für diese tollen zwei Jahre, die immer konstruktiv und innovativ waren und sehr viel Freude gemacht haben.

Ich darf den 27 neuen Kolleginnen und Kollegen ganz herzlich zu ihrem Weiterbildungsabschluss gratulieren und ihnen für ihre persönliche und berufliche Zukunft alles Gute, viel Motivation und Power wünschen.

Brigitte Sachsenmaier

Bilder: Diakonischen Institut, Bildungszentrum Ruhr

Diakonisches Institut
für Soziale Berufe

- **Wundexperte ICW – Basisseminar**
  Beginn: 29. August 2011 in **Stuttgart**
- **Wundexperte ICW – Basisseminar**
  Beginn: 19. September 2011 in **Stuttgart**
- **Pflegeexperte Stoma • Inkontinenz • Wunde**
  Beginn: 24. Oktober 2011 in **Dornstadt**
- **Pflegetherapeut Wunde – Aufbauseminar**
  Beginn: 5. Dezember 2011 in **Dornstadt**
- **Wundexperte ICW – Basisseminar**
  Beginn: 13. März 2012 in **Dornstadt**

Diakonisches Institur für Soziale Berufe, Bodelschwinghweg 30, 89160 Dornstadt, Tel.: 00 49/73 48/98 74-0, Fax: 00 49/73 48/98 74-30
info@diakonisches-institut.de, www.diakonisches-institut.de

Präsentation mit zauberhaftem Ambiente

Ideenreiche Präsentation

Die aktuelle Nachfrage nach der Weiterbildung zu Pflegeexperten ist so groß, dass nach dem Kurs 2010-2012 bereits ein Nachfolgekurs 2011-2013 läuft und auch im April 2012 ein weiterer Kurs starten wird!

Anmeldungen können noch gerichtet werden an:

Bildungszentrum Ruhr
Hospitalstr. 19
44649 Herne

Abschließend kann betont werden, dass diese Veranstaltungen nicht nur der persönlichen Fortbildung dienen, sondern immer auch ein schönes, interessantes Forum für (Wieder-) Begegnungen mit Menschen aus dem beruflichen Umfeld sind.

Am Bildungszentrum Ruhr fand im April diesen Jahres die Projektpräsentation der laufenden Weiterbildung zu „Pflegeexperten Stoma · Inkontinenz · Wunde" statt. Die 25 TeilnehmerInnen aus ganz Deutschland und Holland erarbeiteten dieses Mal Themen zur Umsetzung von Integrierten Versorgungskonzepten im Stoma-, Kontinenz- und Wundmanagement.

Die vielen BesucherInnen der Veranstaltung genossen neben der ideenreichen Präsentierung der Themen auch das außerordentlich angenehme Ambiente im Kongresszentrum am St. Anna-Krankenhaus in Herne-Wanne, einem der Träger dieses in den letzten 10 Jahren enorm weiterentwickelten Zentrums für Bildung und Management im Gesundheitswesen (weitere Angebote sind Weiterbildungen in OP-Management, Endoskopie sowie Onkologie und Psychiatrie).

Meeting-Point: die Dachterasse des Kongresszentrums

Kurze Pause!

Über den Dächern des Ruhrgebiets

Wir freuen uns bereits auf's nächste Mal!

Thomas Boelker

Das Fatiguesyndrom in der Palliativpflege

Definitionen und theoretische Grundlagen des Fatiguesyndroms

„Das Wort Fatigue kommt aus dem englischen bzw. französischen Sprachraum und bedeutet Müdigkeit bzw. Erschöpfung." „Müdigkeit ist ein subjektives Empfinden und wird von Betroffenen als unüberwindbares, anhaltendes Gefühl der Erschöpfung beschrieben. Genügend Schlaf und Ruhe verändern das Erleben der Erschöpfung nicht.
Die Auswirkungen der Müdigkeit sind multidimensional und beeinträchtigen die Lebensqualität der Patienten. Müdigkeit ist eines der häufigsten Symptome einer Krebserkrankung und deren Behandlung. Die Faktoren, die zur Entstehung von Müdigkeit führen, sind multikausal."
(Onkologiepflege Schweiz, 2003)

Fatigue gilt als eine der häufigsten Symptome einer Tumorerkrankung und ihrer Therapie. Bei fast allen chronischen Erkrankten gehört die Fatigue zum Alltag. Man sollte bedenken, dass Fatigue in allen Phasen der Erkrankung auftritt. So kann die anhaltende Müdigkeit und Erschöpfung bei Nichtbehandlung über Jahre andauern und sogar bis in die terminale Phase anhalten.
(vgl. Marquard 2008, S. 386)
Lange Zeit wurde diese nicht von Ärzten und Pflegenden beachtet, da Fatigue als Phänomen subjektiv wahrgenommen wird. Es objektiv zu erfassen oder Worte für diesen Zustand zu finden, ist sehr schwer. (vgl. Doll 2008, S. 181) Doch die stark anhaltende Müdigkeit hat seit den letzten zwanzig Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen, da man bemerkt hat, dass sich dieser Zustand nachhaltig auf die Selbstpflegekompetenzen und auf das soziale Umfeld des Betroffenen auswirkt und somit die Betroffenen auch schnell in eine soziale Isolation führen können. Durch die Nichtbeachtung des Fatiguesyndroms wird die Lebensqualität der Patienten nachhaltig reduziert. (vgl. Marquard 2008, S. 386)

Ursachen des Fatiguesyndroms

Wie bereits beschrieben, handelt es sich bei Fatigue um ein multidimensionales Problem, was sich in den unterschiedlichen Ursachen und Einflussfaktoren widerspiegelt. Allerdings gibt es keine spezifischen Ursachen, die eine Fatigue auslösen können. Die Faktoren die zur Entstehung einer Fatigue führen können, sind noch nicht endgültig erforscht worden. (vgl. Doll 2008, S. 182) Man geht aber davon aus, dass physische, psychische bzw. psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle spielen. Zu den physischen Faktoren zählt man die therapiebedingten und tumorbedingten Ursachen.
Diese werden ausgelöst durch:
· Zytostatika
· Radiotherapie
· Operationen
· Immuntherapie
· Anämie und aplastische Anämie
· Mangelernährung
· Dehydratation und Elektrolytverschiebung
· Fieber, Infekte und endokrine Störungen
(vgl. Doll 2008, S. 182-183)

Ein großer Faktor spielt dabei die Anämie, die durch viele der oben stehenden Ursachen ausgelöst wird. Dabei sinkt der Hämoglobin-Wert im Körper. Fällt er unter 12 g/dl, spricht man von einer Anämie. Der Abfall des Hb-Wertes hat zur Folge, dass nicht genügend Sauerstoff durch den menschlichen Organismus gefördert wird und dabei die Organe unterversorgt werden. Dies führt zur einer Abgeschlagenheit und Ermüdung. (vgl. Doll 2008, S. 183)
Zu den psychischen, psychosozialen Einflussfaktoren gehören:
· Stress und Angst
· Depressionen
· Schlafstörungen
· Behandlungsnebenwirkungen
· Schmerzen
· Alter und Geschlecht
(vgl. Doll 2008, S. 183)
Das Fatiguesyndrom und eine Depression lassen sich nur sehr schwer voneinander unterscheiden. Verschieden Daten haben ergeben, dass sie jedoch zwei unterschiedliche und verschiedene Symptome sind.
Man nimmt an, dass bei Patienten die ihre Krankheit schlecht verarbeiten können, das Fatiguesyndrom viel stärker ausgeprägt ist, als bei Menschen mit einer positiveren Krankheitsbewältigung. Durch diese Aussage bekommt die soziale und psychische Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, welche durch die Pflegenden geleistet wird, einen noch höheren Stellenwert als sie sowieso schon hat. Ganz oft rutscht der Patient in der palliativen Zeit unvermeidlich in eine soziale Isolation, da es durch den Krankheitszustand den Betroffenen schwer fällt, Beziehungen aufrecht zuhalten. Hier ist es die Aufgabe der Pflegenden, den Patienten aufzufangen und ihn in seiner Krankheitsbewältigung zu unterstützen.
(vgl. Glaus 2008, S.27)

Symptome und Assessment des Fatiguesyndroms

Auf drei verschiedenen Ebenen kann sich die Fatigue bei einem Patienten zeigen:

· Die Müdigkeit kann in der physischen Ebene empfunden werden. In dieser kommt es zu einem verstärkten physischen Leistungsabfall, die Betroffenen fühlen Schwäche, sie haben ein gesteigertes Schlafbedürfnis, sind unnatürlich müde und haben ein großes Bedürfnis sich auszuruhen.
(vgl. Marquard 2008, S. 388)

Bild: PhotoDisc

· Auf der affektiven Ebene oder auch emotionalen Ebene, verspüren die Patienten eine reduzierte Motivation und müssen sich zwingen die Inaktivität zu überwinden. Sie haben keine Energie und keinen Kampfgeist mehr und leiden unter Traurigkeit oder haben Angst.
(vgl. Marquard 2008, S. 388) Durch diese Empfindungen kann es schnell bei dem Betroffenen zur Frustration und Depressionen kommen, auch kann das Selbstbewusstsein daraufhin verloren gehen. (vgl. Doll 2008, S. 184)

· In der kognitiven Ebene spricht man von der gedanklichen Ebene. In dieser treten bei den an Fatigue Leidenden Konzentrationsstörungen, Probleme beim Denken, Schlafprobleme, Unbehagen und Unwohlsein auf.
(vgl. Marquard 2008, S. 388)
Die Aufmerksamkeit kann schon nach kurzer Zeit abnehmen, was zur Folge hat, das sich die Betroffenen nicht mehr auf normale Alltagsbeschäftigungen, wie Lesen, Fernsehen und alltägliche Kommunikation konzentrieren können. (vgl. Doll 2008, S. 184)

Jede dieser Symptome führen zu einer Überforderung des Menschen. Auch Außenstehende, wie z.B. die Familie, Freunde, Arbeitskollegen, bringen häufig für diese Leistungsabfälle kein Verständnis auf. Häufig werden die Belastungen jedoch nicht geäußert, denn das Erkennen und Behandeln von Fatigue spielt in der heutigen Praxis weiterhin noch eine untergeordnete Rolle. (vgl. Doll 2008, S. 181) Da die Patienten nicht genug über das Symptom aufgeklärt werden, fühlen die Betroffenen eine Scham und fordern keine Beratung ein, da Müdigkeit ein scheinbar normales Phänomen während der Krankheitsphase ist.
Es wird zu einem Leiden, dass ausgehalten wird. (vgl. Glaus 2007, S. 247)
Um die subjektiv wahrgenommene Fatigue zu erheben, stehen den Pflegenden verschieden Möglichkeiten zur Verfügung, um das Leiden der Betroffenen besser wahrzunehmen. Im Gespräch, z.B. im Anamnesegespräch, kann der Pflegende dem Patienten offene Fragen stellen. Mit der Frage - Sind Sie erschöpft und/oder müde? wird das Screening begonnen.
(vgl. Doll 2008, S.185)
Wird dies vom Patienten bejaht, kann der Pflegende ein Assessmentinstrument einsetzen. Es gibt viele verschiedene Fragebögen um eine Fatigue zu erfassen.

www.krebshilfe.de

Ich möchte in diesem Artikel näher auf das Fatigue Assessment Questionnaire (FAQ) eingehen. Das FAQ wird gerne in deutscher Sprache eingesetzt, da es alle drei Symptombereiche, nämlich die physische, affektive und kognitive Ebene abdeckt. Auch ist es auf seine Reliabilität und Validität untersucht worden, zwei wichtige Gütekriterien für eine empirische Untersuchung. Durch das FAQ kann der Pflegende ermitteln in welchen Bereichen die Müdigkeit besteht und wie belastend sie für den Betroffenen ist. Er besteht aus 20 Fragen, die durch Ankreuzen beantwortet werden müssen.

Es gibt vier verschiedene Antwortmöglichkeiten:
überhaupt nicht - wenig - mäßig - sehr
Den Fragebogen kann man erweitern, indem die Patienten auf der zweiten Seite auf vier verschiedenen Skalen einen Strich einzeichnen müssen, wodurch die Stärke und die Belastung der Fatigue ermittelt werden.
(vgl. Marquard 2008, S. 389)
Damit ist das FAQ gut in der Praxis einsetzbar, da es nicht viel Zeit in Anspruch nimmt und es ist leicht zu Handhaben, da die Betroffenen nicht viel schreiben müssen. Somit können auch Patienten, die in einer palliativen Situation stecken und kaum Kraft haben, schwierige Assessmentbögen auszufüllen, ihre Fatiguebeschwerden erheben.
(vgl. Marquard 2008, S. 158)
Natürlich kann der Pflegende auch Fragen aus dem FAQ übernehmen und sie mit in das Anamnesegespräch einbringen, wenn der Patient durch das Fortschreiten seiner Erkrankung nicht mehr in der Lage ist, dies alleine auszuführen.

Die Pflegeziele des Fatiguesyndroms und dessen pflegerischen Interventionen

Die Ziele sollten immer zusammen mit den Patienten und ihren Angehörigen festgelegt werden. Dabei sollte man auf die individuellen Wünsche und Schwerpunkte der Betroffenen eingehen. Bei der Zielfindung muss das Stadium der Erkrankung berücksichtigt werden. Die Ziele eines Patienten in der palliativen Situation können ganz anders sein, als bei Patienten bei denen eine belastende Therapie läuft.

Pflegeziele in einer palliativen Situation sind neben der Verringerung der Müdigkeit, die Verbesserung und der Erhalt:
· der Lebensqualität
· des Wohlbefindens
· des Kräfte- und Energiehaushalts
· der Selbständigkeit, Selbstpflege und Selbstkontrolle
· der Arbeitsfähigkeit
· der Kommunikation in der Familie
· der Hoffnung
· der Akzeptanz der Müdigkeit und den daraus folgenden Einschränkungen
(vgl. Doll 2008, S. 185)

Zwei wichtige Konzepte, um die Fatigue einzuschränken, sind Informationen geben und beraten.
Wichtig ist, dass die Patienten von Anfang an ihrer Therapie wissen, dass eine einschränkende Müdigkeit auftreten kann. So können sie auch bei Auftreten der Symptome, diese besser wahrnehmen, deuten und auch verbalisieren.
Sie müssen wissen, dass die Fatigue häufig auftritt, und dass sie nicht nur alleine davon betroffen sind. Viele sehen durch die anhaltende Erschöpftheit eine Bedrohung, die dadurch minimiert werden kann. Auch sollte man in den Beratungsgesprächen die Angehörigen mit einbeziehen. Sie sind schnell überfordert, weil sie nicht wissen oder verstehen, was sich bei ihrem Partner oder Familienmitglied verändert hat. Diese Ungewissheit kann schnell in einem Konflikt übergehen. Auch wird eine Unsicherheit gefördert, da die Angehörigen nicht wissen, wie sie dem Betroffenen helfen können, ob sie ihn schonen oder herausfordern sollen. (vgl. Glaus 2007, S. 251)

Im Beratungsgespräch sollte der Betroffene gemeinsam mit seinen Angehörigen und dem Pflegenden überlegen, welche Maßnahmen geeignet sein könnten, um der Fatigue entgegen zu wirken. Dabei müssen die Ressourcen des Patienten mit einbezogen werden.

Durch die multidimensionale Symptomatik sehen auch verschiedene Maßnahmen zur Verfügung, die angewandt werden können, seine Energie zu erhalten. Es gibt verschiedene Interventionsansätze:

Energie sparende Maßnahmen, z.B.
· Prioritäten setzen
· Aufgaben delegieren
· Ruhepausen suchen
· Tagesablauf planen
· Aufgaben langsamer durchführen, Pausen einplanen
· Erleichterung und Hilfe suchen

Energie erhaltene Maßnahmen, z.B.
· einen erholsamen Schlaf ermöglichen
· kleine Auszeiten einplanen
· Stress abbauen durch z.B. lesen, Musik hören, Meditation
· ausgewogene Ernährung

Energie erhöhende Aktivitäten, z.B.
· Spaziergänge
· gezielter Sport

Krankheitsbewältigung, ablenkende Aktivitäten
· Austausch über Fatigue
· alle Dinge, die Spaß machen
· Treffen mit Familie und Freunde (vgl. Doll 2008, S.186; vgl. Marquard 2008, S.392)

Fazit

Symptome wie z.B. Schmerzen oder Übelkeit sind für die Pflegenden wahrnehmbarer, da sie besser erfasst werden können. Auch die Patienten können diese besser für sich einschätzen.
Um diesen Symptome schnell entgegenzuwirken, kann der Pflegende auf medikamentöse Therapien zurückgreifen, welches nur einen kurzen Zeitaufwand bedeutet.
Somit erklärt sich vielleicht auch, dass auch noch in der heutigen Zeit dem Fatiguesyndrom kaum Beachtung geschenkt wird. Die Fatigue ist nicht sofort wahrnehmbar, die Patienten können es kaum äußern und Medikamente sind nicht sinnvoll.
Wie soll der Pflegende die stark beeinträchtigte Müdigkeit der Patienten wahrnehmen, wenn die Betroffenen selber nicht wissen, was mit ihnen geschieht? Meiner Erfahrung nach, ist die Aufklärungsarbeit ein ganz wichtiger Schritt, um die Fatigue zu minimieren.
Es gibt viele hilfreiche Broschüren, z.B. die „Blaue Reihe" von der Deutschen Krebshilfe, die man den Patienten und Angehörigen an die Hand geben kann und nicht kostspielig ist.

Oberstes Ziel der Palliativpflege ist es, die Lebensqualität zu verbessern.
Mit diesem Artikel möchte ich zeigen, dass es keinen großen Aufwand braucht, um dieses zu ermöglichen meiner Meinung nach sollte jedes Pflegeteam, um der Fatigue entgegenzuwirken, Pflegeanamnesen in ihren Aufnahmen mit einbringen. Das ist zwar zeitaufwendiger, doch bekommt man einen direkten Eindruck von dem Patienten.
In dem Gespräch können erste Pflegeprobleme festgestellt und ihre Vorlieben und Ressourcen entdecket werden, was den Zeitaufwand der Pflege im Nachhinein durchaus wieder verkürzen könnte.
Gleichzeitig wird im Anamnesegespräch schon die Bindung zwischen dem Patienten und der Pflegekraft gefördert und das Vertrauen kann gestärkt werden. Leider wird in den häufigsten Fällen im Klinikalltag immer nur noch das Stammblatt erfragt; die Nachfrage nach Zahnprothesen und Allergien reicht anscheinend den Pflegekräften im Klinikalltag aus.

Auch das Anwenden eines Assessmentsinstrumentes bei Fatigue ist nicht zeitaufwändig, wenn sich das Pflegeteam einig ist, welches sie verwenden möchten und eine adäquate Schulung stattfindet. Somit geht die Ausführung dem Pflegenden schnell von der Hand.
Auch diese Fragebögen findet man im Internet und so sind diese kein zusätzlicher Kostenfaktor.
Eine Pflegeplanung sollte für jeden palliativen Patienten durchgeführt werden, besonders bei Patienten die an Fatigue leiden. Erst diese ermöglicht dem Patienten, dass gezielt auf seine Pflegeprobleme eingegangen werden, seine Bedürfnisse wahrgenommen werden, und dass er von den verschiedenen Pflegekräften einheitlich gepflegt wird. Speziell auf das Fatiguesyndrom bezogen, wird entschieden, ob die Pflegemaßnahmen ein Energie erhaltendes, sparendes oder förderndes Pflegeziel anstreben.
Auch hat die Pflegeplanung an sich für das Pflegeteam einige Vorteile. So hat das Team für jeden einzelnen Patienten einen Leitfaden, welche Maßnahmen überhaupt und wie diese dann konkret durchgeführt werden. Sie haben die Möglichkeit ihre Maßnahmen besser zu überprüfen, da Pflegeziele gegeben sind und sie haben ein Mittel, um ihre Pflege fassbarer zu machen.
Durch diese Arbeit ist mir bewusst geworden, dass man jeden Tag mit an Fatigue leidenden Patienten zu tun hat und wie schnell ihre Probleme auf Station untergehen können.
Wichtig ist, dass die Pflege motiviert wird, sich mehr Zeit für die Pflegeanamnesen und Biographiearbeit zunehmen. Sie sollen motiviert werden und beginnen Assessmentinstrumente einzusetzen, um das Fatiguesyndrom zu erfassen.
Wenn die Fatigue erfasst wurde, soll durch den Pflegenden eine Pflegeberatung durchgeführt werden, in der der Patient und dessen Angehörige über die chronische Müdigkeit aufgeklärt werden. Mit der Entwicklung einer Pflegeplanung, gemeinsam mit dem Patienten, soll gewährleistet werden, dass die Fatiguesymptomatik minimiert, die Lebensqualität verbessert wird und dadurch der Betroffene seine restliche Lebenszeit mit einem gesteigerten Wohlbefinden verbringt.

Nina Ader
Bildungszentrum Ruhr
Institut für Bildung und Management im Gesundheitswesen

Weiterbildung Pflege in der Onkologie 2010/2012

Doll, A. (2008) „ Fatigue" in Onkologische Pflege; 181-188; Stuttgart; Thieme

Glaus, A. (2007) „Fatigue" in Lehrbuch Palliative Care; 247-254; Knipping, C.; Bern; Huber; Bildungszentrum Ruhr

Glaus, A. (2008) „Fatigue bei Krebspatienten - Symptomatik, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten" in Onkologie 3/2008; 27; Stuttgart; Haug

Glaus, A. (1999) Müdigkeitsfragebogen FAQ (Fatigue Assessment Questionnaire) in Pflege 2001; 161-170

Marquard, S. (2008) „Fatigue" in Brustkrebs - Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe; Eicher, M.; Marquard, S.; 386-394; Bern; Huber

Onkologiepflege Schweiz (2003) Nationaler Standard „Müdigkeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung"

Bild: Privat, Segema GmbH

Pflegeexperte

Stoma Inkontinenz Wunde nach dem Curriculum der FgSKW

Eine Investition ins Wissen bringt immer noch die besten Zinsen!

Wir freuen uns auf Sie, liebe Kursteilnehmer/innen, um sie ein Stück ihres Weges zu begleiten und ihnen die Möglichkeit der Fort- und Weiterbildung anzubieten. Lernen ist ein fortlaufender Prozess und kann immer nur als ein Angebot dienen, welches Sie, als Teilnehmer, bewusst auswählen und wünschen. Wir verstehen es als unsere Aufgabe Ihnen dieses zu ermöglichen, indem wir Wissen fachkompetent vermitteln. Weiterbildung bedeutet auch eine Auseinandersetzung mit sich selbst und eine Entwicklung der eigenen Persönlichkeit. Unsere Fort- und Weiterbildungen sind bewusst mit Dozenten geplant, die eine ausgewogene Mischung von theoretischen und praktischen Anteilen vermitteln.

An dieser Stelle möchten wir die segema GmbH & Co. KG als Schulungszentrum vorstellen.
Der Name segema entstand aus unseren Zielvorstellungen und den Anfangsbuchstaben unserer drei Schwerpunkte – Seminare, Gesundheit und Management.
Seminare: Wir bieten Fort- und Weiterbildungen im Bereich des Gesundheitswesen an. Die Themen werden regelmäßig aktualisiert und dem Bedarf angepasst. Unsere Zielgruppen entsprechen unserem Angebot, d.h. Mitarbeitern aus pflegenden und therapeutischen Berufen, sowie Betroffene und Angehörige von Pflegebedürftigen.
Gesundheit: Gesundheit ist mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit, Gesundheit ist Lebensqualität. Sie ist die Basis für mehr Wohlbefinden. Unser Angebot zur Gesundheit richtet sich an alle, die einen Schritt in diese Richtung tun möchten und auch offen für etwas andere Sichtweisen und Angebote sind.
Management: Wir bieten sowohl die Anleitung zum, als auch die Durchführung von Case-Management an.
Die Schwerpunkte sind dabei so vielfältig wie unser Fort- und Weiterbildungsangebot. Sei es patientenbezogenes Fallmanagement oder die Umsetzung von Expertenstandards in ambulanten oder stationären Einrichtungen. Wir werden Ihnen ein auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Konzept entwickeln.

Die segema GmbH & Co. KG ist auf Basis der DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert und hat die Trägerzulassung der Bundesagentur für Arbeit. Zudem ist die segema zugelassen als Träger der beruflichen Weiterbildung gem. SGB III, d.h. es kann Bildungsurlaub beantragt werden. Sitz der segema GmbH & Co. KG ist in Leverkusen, verkehrsgünstig gelegen zwischen Köln und Düsseldorf.

Verschiedene Kurse werden von uns regelmäßig angeboten, wie z.B. die Fortbildung zum Wundexperten ICW oder dem Pflegetherapeut ICW sowie deren Rezertifizierungskurse mit den unterschiedlichsten Themen. Schulungen zum Thema Kommunikation und Konfliktmanagement, Employer Branding, Verpflichtungen und Neuerungen für Medizinprodukteberater und Sicherheitsbeauftragte oder Kinaesthetik in der Pflege werden außerdem ebenso angeboten, wie auch beispielsweise ein Rauchfrei Programm.

Für die Teilnehmer/innen, der jeweiligen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, können wir, durch einen abgeschlossenen Kooperationsvertrag, auch Übernachtungsmöglichkeiten anbieten. Hierbei handelt es sich wahlweise um Einzel-, oder Doppelzimmer. Es ist aber auch möglich Appartements für 3-4 Personen anzumieten. Auf den jeweiligen Etagen befinden sich Küchenzeilen und ein Aufenthaltsbereich, so dass sie sich selber versorgen könnten. Alternativ können selbstverständlich auch Zimmer

in ortsansässigen Hotels angemietet werden. In der umliegenden Region bestehen ausreichend Freizeit- und Kulturangebote, die einen Ausgleich zum Lernen ermöglichen. Wir stehen ihnen bei der Suche gerne zur Seite.

Im November 2011 beginnt bei der segema die Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma Inkontinenz Wunde nach der aktuellen DVET (jetzt FgSKW) / DBfK Weiterbildungs- und Prüfungsordnung.

Geleitet wird der Kurs von unserer pädagogischen Leitung Herrn Andreas Hahn (Lehrer für Pflegeberufe und Pflegetherapeut ICW), der fachlichen Leitung Herrn Jozo Petrovic (Kranken- und Gesundheitspfleger mit Weiterbildung Pflegeexperte Stoma Inkontinenz Wunde) und Frau Gabriele Koch–Epping (Gesundheits- und Krankenpflegerin), die als Geschäftsführerin der segema GmbH & Co. KG allen Teilnehmer/innen gerne als Ansprechperson zu Verfügung steht.

Weitere Informationen zur Bewerbung oder Anmeldung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen können Sie gerne im Internet einsehen (www.segema.de), oder rufen Sie uns an, damit wir ihnen persönlich und individuell ihre Fragen beantworten können.

segema GmbH & Co. KG
Julius-Doms-Str. 15
51373 Leverkusen
Tel: 0700-73436200
www.segema.de
Email: info@segema.de

PubliCare stärkt ISK-Beratung bei MS-Patienten

Für mehr Lebensqualität

Köln, 17. Juni 2011. Neurogene Blasenentleerungsstörungen hindern MS-Patienten oft bereits im Frühstadium der Erkrankung an einem selbstbestimmten Alltag. Der intermittierende Selbstkatheterismus (ISK) ist in vielen Fällen die Anwendung der ersten Wahl. Voraussetzung: Patienten benötigen sensible Hinführung und Erklärung, aber auch regelmäßige Beratung – beispielsweise zu Neueinstellungen.

„Die Erfahrung hat uns gezeigt, dass MS-Patienten großen Bedarf an Beratung hinsichtlich der alltagstauglichen Behandlung von neurogenen Blasenentleerungsstörungen haben", erklärt Thomas Haslinger, Geschäftsführer von PubliCare. „Diesem Bedarf werden wir explizit entsprechen."

So wird für Erstgespräche die benötigte Zeit eingeplant, um MS-Patienten in aller Ruhe die Selbstkatheterisierung zu erklären. Häufig, so Haslinger, beginne ein Erstgespräch mit den grundlegenden Informationen zu Anatomie, Sterilität und der Notwendigkeit, Restharn aus der Blase abzuleiten. Erst dann folgt der praktische Lernvorgang der Selbstkatheterisierung. „Es ist ein intimes Thema, welches im häuslichen Umfeld perfekt aufgehoben ist, zumal unsere Patienten hier unter realen Bedingungen üben – nämlich auf der eigenen Toilette", ergänzt Haslinger.

Als herstellerunabhängiger Nachversorger kümmert sich PubliCare auch um die Neueinstellung. „Unsere Mitarbeiter haben die Zeit und das Auge für Probleme bei Patienten und kennen alle Produktinnovationen im Markt, die die Compliance verbessern." Bundesweit beschäftigt das Homecare-Unternehmen über 120 medizinische Fachkräfte im Außendienst, von denen ein Großteil eine Zusatzausbildung zur Urotherapeutin absolviert hat.

Haslinger schätzt, dass derzeit noch etwa 30 Prozent der niedergelassenen Urologen ihren Patienten mit neurogener Blasenentleerungsstörung einen verbleibenden Katheter verordnen: „Wir wollen künftig noch mehr aufklären und für die alltagstaugliche Selbstkatheterisierung schulen und so für mehr Lebensqualität der MS-Patienten sorgen."

Thomas Haslinger

PubliCare ist ein herstellerunabhängiger Nachversorger für die Bereiche Kontinenz, Stoma und Wunde.
Das Unternehmen mit Hauptsitz in Köln arbeitet bundesweit und hält rund 4.000 Produkte von über 20 Herstellern ständig vor.
Siehe auch: www.publicare-gmbh.de.

For Life GmbH

Das Leben genießen – sicher, sorglos, frei.

Unter dem Motto „For Life – dem Leben verpflichtet" produziert For Life seit über 20 Jahren moderne und individuelle Produkte für die Stomaversorgung. Der Standort Berlin in Deutschland ist für uns Ehrensache.

Für uns spricht:
- Unsere Nähe zum Kunden
- Individuelle Maßanfertigungen
- Innovative Ideen

Seit Juni 2011 sind wir mit unserer neuesten Entwicklung auf dem Markt, dem STOMOCUR protect ileo safe seal.
Diesen Ileostomie-Ausstreifbeutel bieten wir in drei verschiedenen Konvexitäten an, Plattengröße 110 mm Durchmesser.
Die besonderen Vorteile dieses Produktes sind:
- Der hydrokolloide Kombinationshautschutz (innen dicker – außen dünner), bietet sehr schnellen und sicheren Halt.
- Der Safe seal Verschluss – ein integrierter, klammerloser Verschluss ...
- Die integrierte Gürtelbefestigung ...
- Die Vliesabdeckung auf beiden Seiten des Beutels ...
- Das Fenster auf der vom Körper abgewandten Seite des Beutels zur ständigen Sichtkontrolle des Stomas ...
- Der neuartige Goretex-Filter, ein flüssigkeitsdichter Langzeit-Aktivkohlefilter ...

Unsere Produkte sind immer an den Bedürfnissen unserer Kunden orientiert, das macht uns aus! Wir exportieren in mehr als 30 Länder.
Um immer den Finger am Puls der Zeit zu haben, engagiert sich For Life zudem in verschiedenen Organisationen, z.B. der Deutschen ILCO und in der Fachgesellschaft für Stoma, Kontinenz und Wunde FgSKW.

Lassen Sie sich gerne telefonisch beraten, testen Sie uns! Wir werden Sie mit unseren Produkten überzeugen.

Petra Mildner
Verkaufsleitung
For Life GmbH
Tabbertstr.12
12459 Berlin
www.curprodukte.de
Kostenfreie Service-Hotline:
0800 – 78 666 287

Bilder: PubliCare, For Life GmbH, Eakin, Coloplast

Die 2 Neuen von Eakin!

Anläßlich des DGfW-Kongresses präsentierte Eakin zwei neue Wund-/Fistelbeutel als kurzfristiges Entwicklungsergebnis auf Basis vieler Anwender-Rückmeldungen:
Auf Wunsch vieler Fachkräfte steht ab sofort eine Zwischengröße zwischen dem ganz kleinen (Art. 839260) und nächstgrößeren (Art. 839162) Fistelbeutel zur Verfügung. Der rautenförmige ausschneidbare Hautschutz aus der bewährten Eakin Cohesive® Formel mißt 86x60mm und erlaubt eine noch individuellere Größenwahl.
Ebenfalls auf Anregung aus der Praxis gibt es zusätzlich zu dem horizontal ausgerichteten Wundbeutel mit Behandlungsfenster (Art. 839264) eine neue Variante mit vertikalem Hautschutz und integriertem Behandlungsfenster (Art. 839268)!
Somit muß für diese Ausführung im Längsformat ab sofort das Fenster nicht mehr separat angebracht werden.
Der Hautschutz mißt 245x160mm.
Das Fenster erlaubt jederzeit Zugang zum Wundbereich, ohne daß der Beutel abgenommen werden muß.
Wie alle anderen Eakin Wund- und Fistelbeutel lassen sich auch diese beiden neuen Beutel durch den besonders flexiblen und absorptionsfähigen Hautschutz sehr gut anmodellieren. Ebenfalls wird pro Beutel wird eine Schablone als Meß- und Ausschneidehilfe mitgeliefert.
Kostenlose Muster und Informationsmaterial können angefordert werden unter der gebührenfreien Service-Nummer 0800 – 22 440 22

Bestellinfo:
Art.Nr. 839267 Wundbeutel mittelgroß, Packung zu 10 Stück
Art.Nr. 839268 Wundbeutel extra groß, mit Fenster, vertikal, Packung zu 5 Stück

Art. 839267

Art. 839268

Neue internationale Stoma-Umfrage

Angst vor Leckagen

Eine neue internationale Umfrage zeigt, dass sechs von zehn Stomaträgern aufgrund von körperlichen Gegebenheiten, wie z. B. Narben, Hautfalten und Hernien, Probleme haben, ihre Stomaversorgung sicher auf der Haut zu befestigen.

Eine neue internationale Stoma-Umfrage zeigt, dass das sichere Befestigen eines Stomabeutels auf der Haut aufgrund von Hautunebenheiten rund um das Stoma für viele Menschen eine große Herausforderung darstellt.
Bei der Umfrage handelt es sich um eine der größten Studien, die jemals von Coloplast durchgeführt wurden.
Insgesamt beteiligten sich 500 Pflegekräfte und 1.686 Stomaträger. Die Studie wurde in den USA, Großbritannien, Frankreich und Deutschland durchgeführt und im Herbst 2010 abgeschlossen.
Die Umfrage zeigt, dass 57 Prozent der Befragten aufgrund von Narben, leichten Falten, Hautfalten und Hernien Probleme mit dem Befestigen der Stomaversorgung auf der Haut haben. Darüber hinaus haben zahlreiche Anwender Probleme aufgrund ihres Körpergewichts.
Die dänische Stomatherapeutin Birgitte Dissing bestätigt, dass der Sitz der Versorgung allgemein eine große Herausforderung darstellt. Sie kümmert sich jeden Tag um etwa zehn Menschen, die eine Stomaoperation hinter sich haben. „Fast alle von ihnen könnten von einem besseren Sitz profitieren", sagt sie und fügt hinzu, dass Hautfalten eine der häufigsten Ursachen für einen schlechten Sitz seien: „Wenn Falten vorliegen, kann es schwer sein, die Basisplatte oder den Beutel zu befestigen. Und mit einer zwischen Falten liegenden Versorgung herumzulaufen, kann sehr unangenehm sein", so Birgitte Dissing weiter.

Gefühl der Unsicherheit

Der Umfrage zufolge stellen Leckagen für sechs von zehn Patienten in den ersten sechs Monaten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die größte Sorge dar. Auch nach fünf Jahren Erfahrung mit dem Stoma treten bei 53 Prozent immer noch jährlich Leckagen auf.
Laut Birgitte Dissing führen Leckagen oft zu einem Gefühl der Unsicherheit. Ein Gefühl, dass die 50-jährige deutsche Stomaträgerin Dörte B. vor allem aus der ersten Zeit nach der Entlassung kennt. Sie hat ihr Stoma mittlerweile seit elf Jahren und fühlt sich sicher mit ihrer Versorgung, so dass Sie Ihrem Beruf als Büro- und Vertriebskoordinatorin nachgehen kann. „Die heutigen Versorgungen sind sehr gut, aber es kann immer mal zu Leckagen kommen. Dann muss ich schnell eine Toilette aufsuchen, um meine Versorgung zu wechseln", erzählt Dörte B. Als sie darüber befragt wurde, welche Verbesserungen sie sich bei der Haftfläche ihrer Versorgung wünschen würde, sagte sie: „Vielleicht könnte man etwas erfinden, damit die Versorgung sofort eng anliegt, wie eine zweite Haut, und es nicht mehr zu Leckagen kommt. Wenn ich die Gewissheit hätte, dass ein neues System nicht leckt, würde ich mich noch unbeschwerter in der Gesellschaft bewegen – besonders in Situationen, wo ein schneller Versorgungswechsel nicht möglich ist, wie zum Beispiel bei einem Theaterbesuch oder einer Flugreise."
Die Umfrage bestätigt, dass Stomaträger in sozialer und psychischer Hinsicht unter Leckagen aufgrund einer schlecht sitzenden Versorgung leiden. 35 Prozent behalten ihre Bedenken für sich. Als Reaktion auf die Probleme im Zusammenhang mit einem schlechten Sitz und Leckagen führt Coloplast im Oktober 2011 ein neues Kolostomieprodukt ein.

Weitere Informationen:
Coloplast GmbH
Tel.: 040 669807-77
E-Mail: devks@coloplast.com

Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin
Stoma · Inkontinenz · Wunde

erscheint im Dezember 2011

Herausgeber
FgSKW (Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59371 Selm
Tel.: +49(0)2592/973141
Fax: +49(0)2592/973142
E-Mail: info@fgskw.org
Internet: www.fgskw.org

ISSN 1863-1975

Erscheinungsmonate
April, August, Dezember
Redaktionsschluss
1. Februar, 1. Juni, 1. Oktober
Anzeigen- und Beilagenschluss
10. März, 10. Juli, 10. November
Schaufensterbeiträge fallen unter
den Redaktionsschluss

Redaktion + Autorenbeiträge
Brigitte Sachsenmaier
Ziegelstraße 42, 73084 Salach
Fax: (07162)46 04 56
E-Mail: redaktion@fgskw.org

Gestaltung
Spectra – Design & Verlag
Eichenstraße 8
73037 Göppingen
Tel.: (07161)78925
Fax: (07161)13780
E-Mail: info@spectra-design.de

Druck
HEWEA-Druck GmbH
Haldenstraße 15, 45966 Gladbeck
Tel.: (02043)46006
Fax: (02043)47434
E-Mail: info@heweadruck.de

Anzeigenverwaltung,
Verkauf und Versand
FgSKW (Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59371 Selm
Tel.: +49(0)2592/973141
Fax: +49(0)2592/973142
E-Mail: sekretariat@fgskw.org
Internet: www.fgskw.org

Abonnement
Bezugspreis Jahresabonnement
Inland- und Ausland
15,00 € zzgl. Versand
Einzelheftpreis 5,30 € inkl. Inland-Versand.

Das Abonnement gilt zunächst bis zum
Ende des folgenden Kalenderjahres.
Danach kann das Abonnement jährlich
bis zum 30.09. jeden Jahres zum Jahres-
schluss gekündigt werden.

Zielgruppen
- Pflegende mit der Qualifikation Stomapflege, Kontinenz, und Wundversorgung mit spezieller Ernährungsberatung.
- Pflegende und andere Berufsgruppen in klinischen und ambulanten Bereichen, Rehabilitationseinrichtungen, Sozialstationen, im Sanitätsfachhandel und in der Industrie.
- Pflegende und andere Berufsgruppen in Alten-, Senioren- und Pflegeheimen sowie in Kranken- und Altenpflegeschulen und in Weiterbildungseinrichtungen.
- Homecarebereich
- Ärzte
- Therapeuten
- Betroffene.

Ein zum Abonennten-Versand zusätzlich durchgeführter zielgruppenorientierter Wechselversand bundesweit oder gezielt regional wird zur Öffentlichkeitsarbeit regelmäßig durchgeführt.

Bankverbindung
Sparkasse Hildesheim
(BLZ 25950130) Kto. 10003466
IBAN DE41 259501300010 003466
SWIFT-BIC: NOLA DE 21HIK

Geschäftsbedingungen
Das **MagSi**® Magazin
Stoma – Kontinenz – Wunde,
die Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik ist aktuell, innovativ und unabhängig. Sie ist das Organ des FgSKW Fachverband Stoma und Kontinenz e.V.
Die Mediadaten, Anzeigenpreisliste und Geschäftsbedingungen können gerne bei der Redaktion oder beim Herausgeber angefordert werden. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Gerichtsstand ist der Sitz der Geschäftsstelle.
Alle Rechte vorbehalten, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung. Titel geschützt.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge brauchen sich nicht unbedingt mit der Meinung der Redaktion und des Herausgebers zu decken.
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen und Mikroverfilmung, Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte und Unterlagen lehnt der Herausgeber die Haftung ab.

Bild: Dario Hommel

eakin®
Weil Hautschutz wichtig ist.

Sanfte und flexible Stomaversorgung
für Neugeborene und Kinder?

Ein Fall für Eakin!

Fragen, Muster, Bestellungen:
0800-22 440 22 (gebührenfrei)

Bildungszentrum Ruhr
Institut für Bildung und Management im Gesundheitswesen

Weiterbildung zum Pflegeexperten
Stoma • Inkontinenz • Wunde
Start: April 2012
inkl. Basisseminar Wundexperte ICW und Schmerzmanagement

In Kooperation mit der FgSKW Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. soll die Weiterbildung Pflegende in der Beratung und Betreuung von Menschen mit Kontinenzstörungen, künstlichen Stuhl- und Harnableitungen sowie spezielle Wundversorgungen qualifizieren.
Ein besonderer Akzent liegt auf der Stärkung der Kommunikations- und Beratungskompetenz.

Informieren Sie sich unter
www.bildungszentrum-ruhr.de

Bildungszentrum Ruhr ◆ Hospitalstr. 19 ◆ 44649 Herne ◆ Tel. 02325-986 2738 ◆ Fax 02325-986 2739
E-Mail sekretariat@bildungszentrum-ruhr.de ◆ Internet www.Bildungszentrum-ruhr.de

Extra Schutz und Komfort

Optimale Versorgung für die stomaumgebende Haut

Coloplast Stoma Hautschutz- und Hautpflegeprodukte

Die Coloplast Zubehör Produkte erfüllen alle Ansprüche zum Schutz und zur Pflege stomaumgebender Haut und zur extra Absicherung der Stomaversorgung. Ein neuer Pflasterentferner, ein Hautschutzspray, modellierbare Ringe sowie andere pflegerische und schützende Produkte unterstützen Menschen mit Stoma bei der täglichen Pflege ihrer Haut.

Alle Produkte sind einfach in der Anwendung und wurden zusammen mit Stomapflegekräften entwickelt, damit Stomaträger sich wohlfühlen – jeden Tag.

Für mehr Informationen besuchen Sie uns im Internet unter www.coloplast.de

Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

Coloplast

Coloplast bietet Produkte und Serviceleistungen, um das Leben von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen zu erleichtern. In enger Zusammenarbeit mit Anwendern entwickeln wir Lösungen, die ihren sehr persönlichen medizinischen Bedürfnissen gerecht werden. Coloplast entwickelt und vertreibt Produkte für die Stoma-, Kontinenz- und Wundversorgung sowie für die Hautpflege und die Urologie. Darüber hinaus bietet Coloplast in Deutschland Homecare-Dienstleistungen an. Coloplast ist ein weltweit operierendes Unternehmen mit mehr als 7.000 Mitarbeitern.

The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © 2011-03
All rights reserved Coloplast A/S, 3050 Humlebæk, Denmark.

Coloplast GmbH
Postfach 70 03 40
22003 Hamburg
Tel. 040 669807-77
Fax 040 669807-48
devks@coloplast.com

www.coloplast.de