Kolostomieversorgung

**Zielgruppe:** Pflegekräfte in der Ausbildung **Empfohlene Anzahl an Teilnehmern:** 1 bis 2 Teilnehmer

**Simulationsdauer:** 10 Minuten **Debriefing-Dauer: 20 Minuten**

# Informationen zum Lehrplan

## Lernziele

**Nach Abschluss dieser Simulation und Debriefing können die Teilnehmer:**

* Beurteilung und Bewertung einer Kolostomiestelle
* Erläuterung von Verfahren gegenüber der Patientin innerhalb eines geeigneten Kommunikationsrahmens
* Kolostomieversorgung einschließlich des Entleerens des Beutels (und bei Bedarf erneuter Anbringung)

## Szenarioübersicht

Dieses Szenario behandelt eine 33-jährige Frau auf der chirurgischen Station, nachdem ihr zwei Tage zuvor infolge einer chronischen Colitis ulcerosa Kolon und Rektum operativ entfernt wurden. Eine Kolostomie wurde angelegt. Die Teilnehmer sollen die Kolostomiestelle beurteilen und bewerten, die Verfahren gegenüber der Patientin innerhalb eines geeigneten Kommunikationsrahmens erläutern und die Kolostomiestelle versorgen, wobei unter anderem der Beutel entleert (und bei Bedarf neu angebracht) werden soll.

## Debriefing

Nach der Simulation wird ein vom Ausbilder geleitetes Debriefing empfohlen, bei dem Themen im Zusammenhang mit den Lernzielen diskutiert werden. Das Ereignisprotokoll im Session Viewer enthält Vorschläge für Debriefing-Fragen. Beispiele für zentrale Diskussionspunkte:

* Beurteilung und Bewertung einer Kolostomiestelle
* Durchführung der Kolostomieversorgung
* Kommunikation mit der Patientin

## Literaturhinweise

Colostomy UK. *Managing your colostomy*, 2018. Abgerufen unter: <http://www.colostomyuk.org/information/managing-your-colostomy/>

Macleod E, Johnstone N, Robertson I, et al. *Clinical nurse specialists Stoma care*; Royal College of Nursing, 2009. Abgerufen unter: <https://matrix.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/272854/003520.pdf>

# Setup und Vorbereitung

## Zubehör

* Blutdruckmanschette
* Kolostomiestelle für den Simulator
* Kolostomiezubehör (gemäß dem vor Ort gültigen Protokoll)
* Patientenbekleidung
* Patientenarmband mit Name und Geburtsdatum
* Patientenmonitor
* Simulierter Stuhl aus brauner Flüssigkeit zur Füllung des Stomabeutels zu ca. 1/3 (150 bis 200 ml)
* SpO2-Sonde
* Handdesinfektion
* Stethoskop
* Universelle Schutzausrüstung

## Vorbereitung vor der Simulation

* Bringen Sie die Kolostomiestelle am Simulator an.
* Füllen Sie ca. 1/3 des Stomabeutels mit simuliertem Stuhl.
* Bringen Sie den Stomabeutel am Simulator an.
* Bekleiden Sie den Simulator und positionieren Sie ihn in halbaufrechter Position in einem Krankenbett.
* Bringen Sie das Patientenarmband mit Name und Geburtsdatum an.
* Drucken Sie das Krankenblatt (siehe Seite 4) aus und verteilen Sie es an die Teilnehmer, nachdem Sie ihnen die Schülerinstruktionen vorgelesen haben. Wenn Sie ein elektronisches Krankenblatt verwenden, können Sie die Informationen in dieses System übertragen.

## Schülerinstruktionen

*Die Schülerinstruktionen sollten den Teilnehmern vor Beginn der Simulation laut vorgelesen werden.*

**Situation:** Sie sind Pflegekraft auf einer chirurgischen Station und es ist 10:00 Uhr. Sie kümmern sich um Jane Keys, 33 Jahre, der zwei Tage zuvor Kolon und Rektum operativ entfernt wurden. Auf der rechten Seite der Patientin wurde ein Kolostoma angelegt.

**Hintergrund:** Die Patientin leidet an einer chronischen Colitis ulcerosa.

**Beurteilung:** Die Patientin wurde vor 3 Stunden untersucht, wobei es bei den Vitalfunktionen keine Auffälligkeiten gab. Die Schmerzen wurden mit einer Stärke von 3 bewertet und 500 mg Paracetamol wurden verabreicht. Die Patientin erholt sich offensichtlich gut.

**Empfehlung:** Nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um die Krankenakte der Patientin zu lesen (Krankenakte an Teilnehmer verteilen). Gehen Sie dann zur Patientin und prüfen Sie, ob ihr Stomabeutel entleert werden muss.

# Individuelle Anpassung des Szenarios

Das Szenario kann als Grundlage für die Erstellung neuer Szenarien mit anderen oder zusätzlichen Lernzielen dienen. Wenn Sie ein bestehendes Szenario anpassen, müssen Sie sich darüber im Klaren sein, welche Interventionen die Teilnehmer zeigen sollen und welche Änderungen Sie in Bezug auf die Lernziele, den Szenarienverlauf, die Programmierung und das Begleitmaterial vornehmen müssen. Dadurch können Sie jedoch schnell Ihre Auswahl an Szenarien steigern, da Sie einen Großteil der Patienteninformationen und Elemente der Szenarienprogrammierung und des Begleitmaterials aufgreifen können.

Hier finden Sie einige Anregungen für die individuelle Anpassung dieses Szenarios:

|  |  |
| --- | --- |
| **Neue Lernziele** | **Änderungen am Szenario** |
| Zusätzliche Lernziele im Zusammenhang mit den Kommunikationsfähigkeiten und dem klinischen Wissen. | Die Patientin ist bereit für die Entlassung. Verfassen Sie Anweisungen zur Schulung im Zusammenhang mit der Entlassung.Die Patientin sollte Fragen zu den Informationen stellen, die sie von Teilnehmern erhält. |
| Zusätzliche Lernziele im Zusammenhang mit dem Erkennen einer Infektion, dem Schmerzmanagement und dem Treffen geeigneter Sicherheitsvorkehrungen. | Die Patientin verspürt Schmerzen. Präparieren Sie die Kolostomiestelle, sodass diese infiziert aussieht.Die Patientin klagt über Schmerzen und ein fiebriges Gefühl. Wenn die Teilnehmer nicht angemessen auf die Situation reagieren, kann die Patientin um eine entsprechende Behandlung bitten oder verlangen, mit einem Arzt zu sprechen. |
| Zusätzliche Lernziele im Zusammenhang mit dem Erkennen von Blut im Stuhl, dem Anwenden klinischen Wissens und dem Treffen geeigneterVorsorgemaßnahmen. | Färben Sie den Stuhl im Stomabeutel rot, um eine vom Kolon ausgehende Blutung zu suggerieren.Die Patientin ist durch diesen Befund beunruhigt. Wenn die Teilnehmer nicht angemessen auf die Situation reagieren, kann die Patientin Fragen zu den Ursachen stellen oder verlangen, mit einem Arzt zu sprechen. |

# Krankenblatt

|  |
| --- |
| **Patientenname:** Jane Keys **Geschlecht:** Weiblich **Allergien:** Keine bekannten Allergien **Geburtsdatum:** 17.05.XXXX  |
| **Alter:** 33 Jahre **Größe:** 173 cm **Gewicht:** 66 kg **Nummer der Krankenakte:** 57343330  |
| **Diagnose:** Colitis ulcerosa **Aufnahmedatum:** Vor 3 Tagen |
| **Station:** Chirurgie **Patientenverfügung:** Nein  **Isolationsmaßnahmen:** Keine |
|  |
|

|  |
| --- |
| **Krankengeschichte**11-jährige Vorgeschichte einer Colitis ulcerosa mit zunehmendem Schweregrad. Zwei Tage nach der operativen Entfernung von Kolon und Rektum. Auf der rechten Seite der Patientin wurde eine Kolostomiestelle angelegt. |

 |
|  |
| **Hinweise** |
| **Datum/Uhrzeit** |  |
| Heute, 7:00 Uhr | Patientin bewertet Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10 mit 3. 500 mg Paracetamol wurden verabreicht. Vitalfunktionen wurden gemessen. Stomabeutel wurde entleert. /RN |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Ärztliche Anweisungen** |
| Bewegung: Verlassen des Betts je nach Zumutbarkeit |
| Nahrung: Klare Flüssigkeiten, Übergang zu normaler Ernährung je nach Zumutbarkeit |
| Messung der Vitalfunktionen alle 4 Stunden |
| Aufzeichnung der eingenommenen und ausgeschiedenen Produkte |
| Orale Verabreichung von 500 mg Paracetamol bei Bedarf alle 6 Stunden |
| Kolostomieversorgung gemäß dem vor Ort gültigen Protokoll |
|  |
|  |
| **Medikationsprotokoll** |
| **Datum/Uhrzeit** |  |
| Heute, 7:00 Uhr | 500 mg Paracetamol, oral |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Vitalfunktionen** |
| **Datum/Uhrzeit** |  |
| Heute, 7:00 Uhr | **BD:** 121/76 mmHg **HF:** 81/min **AF:** 13/min **SpO2:** 98 % **Temp.:** 37,0 oC |
|  | **BD:**  **HF:** **AF:** **SpO2:** **Temp.:** |

# Bilanz

|  |
| --- |
| **Patientenname:** Jane Keys **Geschlecht:** Weiblich **Allergien**: Keine bekannten Allergien **Geburtsdatum:** 17.05.XXXX |
| **Alter:** 33 Jahre **Größe:** 173 cm **Gewicht:** 66 kg **Nummer der Krankenakte:** 57343330  |
| **Diagnose:** Colitis ulcerosa **Aufnahmedatum:** Vor 3 Tagen |
| **Station:** Chirurgie **Patientenverfügung:** Nein  **Isolationsmaßnahmen:** Keine |
|  |
| **Hinweise:** |
|  | **Aufnahme** | **Ausscheidung** |
| **Zeit/Da-tum** | **Oral**  | **Magen-sonde** | **IV** | **Zusatz-infusion** | **Wei-tere** | **Urin** | **Emesis** | **Magen-sonde** | **Drain-age-typ** | **Wei-tere** |
| **23-07** | 250 ml150 ml |  |  |  |  | 200 ml |  |  |  |  |
| **Gesamt-wert während Schicht** | 400 ml |  |  |  |  | 200 ml |  |  |  |  |
| **Zeit/Da-tum** | **Oral**  | **Magen-sonde** | **IV** | **Zusatz-infusion** | **Wei-tere** | **Urin** | **Emesis** | **Magen-sonde** | **Drain-age-typ** | **Wei-tere** |
| **07-15** | 320 ml150 ml |  |  |  |  | 230 ml |  |  |  | 150 ml |
| **Gesamt-wert während Schicht** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zeit/Da-tum** | **Oral**  | **Magen-sonde** | **IV** | **Zusatz-infusion** | **Wei-tere** | **Urin** | **Emesis** | **Magen-sonde** | **Drain-age-typ** | **Wei-tere** |
| **15-23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Gesamt-wert während Schicht** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dieses Arbeitsblatt dient zur Aufzeichnung der eingenommenen und ausgeschiedenen Produkte am Krankenbett. Die Gesamtwerte werden dann auf dem Blatt zum 24-Stunden-Flüssigkeitshaushalt vermerkt. |
| **Maßeinheiten für Flüssigkeiten:** 1 cc = 1 ml • 1 oz. = 30 ml • 8 oz. = 240 ml • 1 Cup = 8 Unzen = 240 ml• 4 Cups = 32 oz. = 1 Quart bzw. 1 Liter = 1.000 ml |