

Margit Buchna
Johanna Gossens
Gabriele Holtz
Peter Marschner

ANLEITUNG ZUR TRACHEOSTOMA-PFLEGE

EIN LEITFADEN FÜR

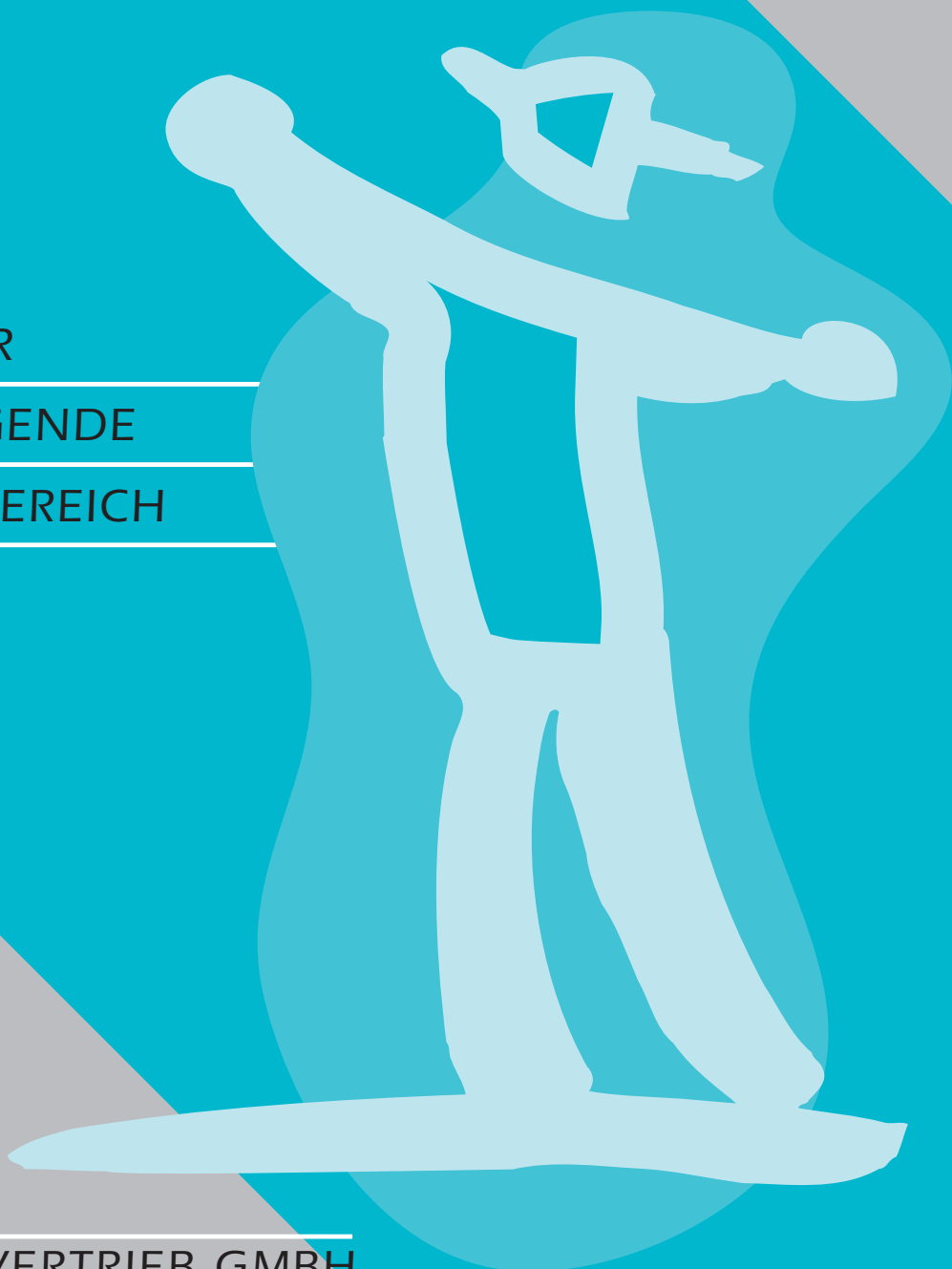
SCHULENDE PFLEGENDE

IM STATIONÄREN BEREICH

Beratung durch:
Dr. Angelika Zegelin-Abt,
Institut für Pflegewissenschaft
der Universität Witten/Herdecke

ANDREAS FAHL

MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH



„Anleitung von Patienten und deren Angehörigen im selbständigen Umgang mit dem Tracheostoma unter Berücksichtigung laryngektomierter Patienten“

Hinweise für den Benutzer:

Die Erkenntnisse in der Medizin unterliegen einem laufenden Wandel durch Forschung/Entwicklung sowie klinische Erfahrungen. Herausgeber und Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, daß die in diesem Werk dargestellten Handlungsabläufe, Produktbeschreibungen usw. dem derzeitigen Wissens- und Erkenntnisstand entsprechen. Dies entbindet den Nutzer dieses Werkes aber nicht von der Verpflichtung, die Anwendbarkeit dieses Leitfadens auf die konkrete Versorgungssituation sowie seine Vorgehensweise im Einzelfall zu überprüfen und seine Entscheidungen in eigener Verantwortung zu treffen.

Alle Rechte vorbehalten.

Auflage/Stand: 04/2005

Bei allen aufgeführten Produkten sind Änderungen, insbesondere technischer Art, seitens des Herstellers vorbehalten.

Urheberrechte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile sowie das Bildmaterial sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung der Daten in elektronischen Systemen.

Eigentlich sollte dieser Leitfaden eine einfache Mikroschulung zum Thema:
„Wechsel einer Trachealkanüle“ werden.

Aber schon bald stellten alle Beteiligten fest, dass uns die praktische Umsetzung einer isolierten Mikroschulung ohne den Bezug zu einem Gesamtanleitungskonzept wenig sinnvoll erschien.

An dieser Stelle möchten wir daher allen danken, die uns bei der Erstellung dieses Leitfadens unterstützt haben:

- Dipl.-Ing. Andre Buchna, der durch seine Kenntnisse im Bereich des Projekt- und Qualitätsmanagements wesentlich an der Entwicklung einer strukturierten Dokumentation mitwirkte und uns half die Checklisten zu erstellen
- Dr. med. Heino Davids, Chefarzt der Abteilung für HNO-Erkrankungen, der die medizinisch-therapeutische Begleitung übernahm
- Fa. Andreas Fahl für die kostenlose Bereitstellung des verwendeten Bildmaterials und der verwendeten Geräte
- Gisela Risse, Pflegedirektion, für die vielen Hilfen im organisatorischen Bereich und die Betreuung des Gesamtprojektes
- Barbara Strohbücker, Pflegewissenschaftlerin, für die Durchsicht des Leitfadens und einige Ergänzungen

IMPRESSUM

Andreas Fahl Medizintechnik-Vertrieb GmbH

August-Horch-Straße 4 a, 51149 Köln

Tel.: 0 22 03/29 80-0

Fax: 0 22 03/29 80-100

E-Mail: vertrieb@fahl.de

www.fahl.de

Patienten-/Familienedukation – eine Herausforderung für die Pflege

Das vorliegende Werk ist das Ergebnis ganz verschiedener Aktivitäten zur Entwicklung von besserer Information, Schulung und Beratung von Betroffenen.

Es besteht grosse Einigkeit darüber, dass alle Professionellen sich diesbezüglich mehr anstrengen müssen: die Behandlungszeiten in den Kliniken werden immer kürzer, die Patienten sind früh auf sich allein gestellt und müssen durch moderne Therapien jahrelang komplexe Verfahrensregeln einhalten. In der Regel möchten die Patienten heute auch mehr wissen und selbst kompetent mitentscheiden können.

Die Rolle der beruflich Pflegenden in der pädagogischen Begleitung der Patienten wird in Deutschland noch unterschätzt. Gerade dieses vorliegende Werk zeigt aber, dass Tätigkeiten trainiert werden, die Pflegende zunächst ohnehin durchführen und dann schrittweise auf den Patienten übertragen sollen. Dass dies nicht zufällig, sondern systematisch und von gleich guter Qualität geschieht, dafür sorgt dieses Programm. Pflegende kennen die Patienten und ihre Angehörigen, wissen um die Lebensumstände – auch von daher liegt die Beratungstätigkeit nahe, zumal es in der ersten klinischen Phase der Auseinandersetzung mit neuen Lebensumständen wichtig ist, „gute Momente“ der Patientenedukation zu erkennen.

Der Ausgangspunkt dieses Dossiers war, eine „Mikroschulung“, ein kurzes Training einer bestimmten Fertigkeit oder Verhaltensweise. In der Entwicklung befinden sich weitere Mikroschulungen aber auch weitere komplexe Anleitungen oder Beratungen zu anderen Themen, auch in der häuslichen Pflege. Nach der Implementierung sind Evaluationen und wissenschaftliche Auswertungen vorgesehen.

Eine der ersten Aktivitäten zur Förderung pflegebezogener Edukation war die Einrichtung von zwei Patienten-Informationszentren nach US-amerikanischem Vorbild. Aus dem Arbeitshintergrund des Zentrums am Lüdenscheider Klinikum entstand dieses Dossier. Vor einiger Zeit wurde ein Netzwerk gegründet, um Aktivitäten der pflegebezogenen Edukation zu koordinieren (www.patientenedukation.de). Ein wichtiger Arbeitsschritt war die Entwicklung spezieller Qualitätskriterien für unsere Angebote. Es geht dabei um einen Alltagsbezug, weniger um Symptomkontrolle. Statt Compliance streben wir die Befähigung der Betroffenen zur Selbstpflege an, sie sollen autonom entscheiden und handeln können. Trotz schwerer Krankheit ein Stück Kontrolle wiederzuerlangen, ist für uns ein Kriterium von Lebensqualität.

Dazu ist es wichtig, Patienten und ihre Angehörigen als Personen wahrzunehmen und zu akzeptieren. Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit sind für uns Grundregeln der Patientenedukation. Bei den Durchführenden werden Fach- und soziale Kompetenz, ebenso wie die Beherrschung psychologischer und didaktischer Methoden vorausgesetzt – eine nutzerfreundliche Gestaltung gehört ebenfalls zu allen Unternehmungen.

Im vorgestellten Sinne möchten wir unsere Qualitätskriterien auch bei diesem Programm verwirklicht wissen. „Nursing is teaching“ hat eine amerikanische Kollegin einmal formuliert und dieses Motto eignet sich zur Umsetzung des Programms.

Dieses Konzept ist noch vorläufig, es wird weiter überarbeitet und zur Zeit an anderen Orten implementiert.

Die Evaluation an einer größeren Patientengruppe steht ebenfalls noch aus.

Wegen des großen Interesses stellen wir jedoch schon jetzt den Text zur Verfügung und möchten Sie anregen, das Programm anzuwenden und uns Ihre Erfahrungen mitzuteilen.

Angelika Zegelin-Abt, M.A., Frühjahr 2004
Pflegewissenschaftlerin, Universität Witten-Herdecke, Vorsitzende
„Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V.“

Patienten, denen der Kehlkopf entfernt werden muss, sind in besonderem Maße auf die fachgerechte Anleitung durch die Pflegenden angewiesen. Die derzeitige Situation ist jedoch in vielen Fällen nicht zufriedenstellend. Dieser Leitfaden soll ermöglichen, dass alle Betroffenen ein gleich hochwertiges Angebot an Information, Schulung und Beratung erhalten und die Qualität der pflegerischen Aktivitäten langfristig gesichert und verbessert wird.

Die Anlage eines Tracheostomas verändert die Lebenssituation der Betroffenen in einer sehr komplexen Art und Weise. Auswirkungen treten in nahezu allen Aktivitäten des täglichen Lebens auf und die Betroffenen benötigen Hilfen zur Lösung dieser Probleme. Eine geplante und in den Pflegeprozeß integrierte Anleitung der Patienten und ihrer Angehörigen im Umgang mit dem Tracheostoma bildet die Grundlage für die Bewältigung dieser Lebenskrise. Neben umfangreichem Wissen über die Grunderkrankung und die veränderten anatomischen und physiologischen Verhältnisse, müssen die Betroffenen auch Fähigkeiten in speziellen Pflegetechniken erwerben, z.B.: Wechseln der Kanüle, Absaugen, Inhalationen, Stomapflege, u.v.m..

Der autonome Umgang mit der neuen Lebenssituation beinhaltet allerdings auch darüber hinausgehende Kenntnisse. Diese sollen dem Patienten das Handeln in seinem sozialen Umfeld ermöglichen und ihm auch die dazu notwendige Sicherheit vermitteln. Hierzu gehören die Aufklärung über arbeits- und sozialrechtliche Ansprüche, evtl. Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder zu anderen Betroffenen, Kenntnisse über ambulante Versorgungsstrukturen und Hilfsangebote, sowie Verhaltensregeln bei auftretenden Komplikationen und in Notfallsituationen.

Nur auf der Basis dieses Wissens und dieser Fertigkeiten ist es möglich, die Patienten wieder in eine Lebenssituation zu entlassen, die geprägt ist von einer hohen Selbstpflegekompetenz und einer möglichst großen Lebensqualität.

Die für die Anleitung und Schulung des Patienten zuständigen Pflegepersonen müssen ein hohes Maß an Fach- und Schulungskompetenz besitzen. Dieser Leitfaden soll ihnen eine Hilfestellung zur Durchführung einer geplanten und individuell an den Fähigkeiten und Bedürfnissen des Patienten orientierten Schulung geben. Er enthält sowohl fachspezifische Anteile als auch methodische und didaktische Hinweise. Die Dokumentation des Schulungsprozesses soll durch den anhängenden Planungs- und Durchführungsbogen erleichtert werden.

Die Autoren haben sich bemüht, das Thema mit einem möglichst großen Praxisbezug zu erarbeiten. Sie hoffen, dass dieser Leitfaden sich auch in der Praxis bewährt. Anregungen und Veränderungsvorschläge sind ausdrücklich erwünscht, zeigen sie doch, dass eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema stattfindet und der Wunsch nach Verbesserung der zur Zeit vorherrschenden Situation besteht.

INHALT

1. Der Anleitungsprozess – Eine pflegerische Aufgabe	9
2. Information der Patienten und ihrer Angehörigen	11
2.1 Orientierungsgespräch für die anleitende Pflegeperson zur Einschätzung der Ausgangssituation und zur Planung der Schulung	11
2.2 Präoperatives Informationsgespräch mit dem Patienten	12
2.3 Situationsangepasste Gespräche zur aktuellen Befindlichkeit.....	14
2.3.1 Körperbildstörung	15
2.3.2 Die Bedeutung von Krebs	16
2.3.3 Der Umgang mit Schmerz.....	17
3. Schulung von Patienten und Angehörigen im Umgang mit dem Tracheostoma	18
3.1 Allgemeine didaktische und methodische Hinweise	19
3.1.1 Letzter Check vor der Durchführung	19
3.1.2 Durchführung einzelner Schulungsabschnitte	19
3.1.3 Reflexion der Schulungseinheit	20
3.2 Mikroschulung Absaugen	20
3.3 Mikroschulung Kanülenwechsel und Tracheostomapflege	23
3.4 Mikroschulung Kanülenreinigung und -pflege	27
4. Beratung und Vorbereitung auf die Entlassung	29
4.1 Das Entlassungsgespräch.....	29
4.2 Vorbereitung auf die häusliche Umgebung	30
4.2.1 Die Körperpflege.....	30
4.2.2 Die apparative Ausstattung	30
4.2.3 Die Stimmrehabilitation	31
4.2.4 Essen und Trinken	31
4.2.5 Umgang mit Notfallsituationen	32
4.3 Konsiliarische Betreuung durch den Sozialdienst.....	32
4.4 Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst	32
4.5 Selbsthilfegruppen für kehlkopfoperierte Patienten	33
4.6 Wichtige Adressen und Ansprechpartner	33
5. Dokumentation	35
Einschätzungsbogen.....	36
Dokumentationsbogen Pflegegespräche	37
Planungs- und Durchführungsbogen	38

Checklisten:	
– Pflegegespräche	40
– Absaugen	41
– Kanülenwechsel	43
– Kanülenreinigung und -pflege	45
6. Umsetzung auf der Station	47
7. Evaluation	48
Rückmeldebogen Patient	50
8. Literatur	52
Anhang I: Medizinische Grundlagen	53
Die Tracheotomie	53
Das endständige Tracheostoma.....	55
Anhang II: Fragebogen	57

1. DER ANLEITUNGSPROZESS – EINE PFLEGERISCHE AUFGABE

Der Berufsstand der Pflegenden orientiert sein Handeln an den Aktivitäten des täglichen Lebens. Wenn wir die Aufgabe der Anleitung eines Patienten zum selbständigen Umgang mit seinem Tracheostoma als eine pflegerische Aufgabe begreifen, so muss sie sich daran messen lassen, welche Autonomie der Patient in seiner neuen Lebenssituation erreicht. Die zu vermittelnden Inhalte müssen sich daher an den Aktivitäten des täglichen Lebens des Patienten orientieren. Ziel ist es, dass der Betroffene ein umfassendes Wissen und eine, auch in unvorhersehbaren Situationen, möglichst große Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit erreicht.

Die Anleitung eines Patienten zum selbständigen Umgang mit seinem Tracheostoma ist ein sehr komplexer Prozess und fordert von den zuständigen Pflegenden ein umfassendes Wissen im Bereich der speziellen HNO-Pflege und darüber hinaus auch Kompetenzen in der Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten.

Wichtig ist nicht nur die Frage: „**Was** muss ich dem Patienten vermitteln?“, sondern auch die Frage: „**Wie** kann ich es vermitteln?“.

Die Frage: „**Was** muss ich dem Patienten vermitteln?“, muss also umformuliert werden zu der Frage: „Was muss der Patient alles wissen, können und erlernen, um in seinem alltäglichen Handeln möglichst unabhängig von fremder Hilfe zu sein?“.

Die so gestellte Frage deutet schon darauf hin, dass der Anleitungprozess mehr beinhaltet als die ausschließliche Vermittlung von technischen Fertigkeiten, wie das Absaugen oder den Kanülenwechsel. Die Anleitung des Patienten besteht aus informativen, schulenden und beratenden Anteilen.

Information bezieht sich auf die Vermittlung von Wissen über den Verlauf des Krankenhausaufenthaltes, die veränderten anatomischen und physiologischen Verhältnisse nach der Operation, die Auswirkungen auf die persönliche Situation, die Stimmrehabilitation, die Kenntnis von Rechten und Ansprechpartnern, sowie Wissen über das Verhalten im Alltag und in Notfallsituationen. Die bei allen Betroffenen wiederkehrenden Gesprächssituationen, in denen diese Wissensvermittlung stattfindet, werden im folgenden Kapitel näher bestimmt.

Die schulenden Anteile sind all jene, die sich mit der Vermittlung von speziellen Pflorgetechniken befassen. Hier sind vor allem das Absaugen, das Wechseln der Kanüle und die Pflege der Kanüle zu nennen. Der Patient muss bestimmte Handlungsabläufe erlernen und verstehen warum diese Abläufe zwingend notwendig sind. Zu diesen Themen wurden drei Mikroschulungen erstellt und in den Leitfaden integriert.

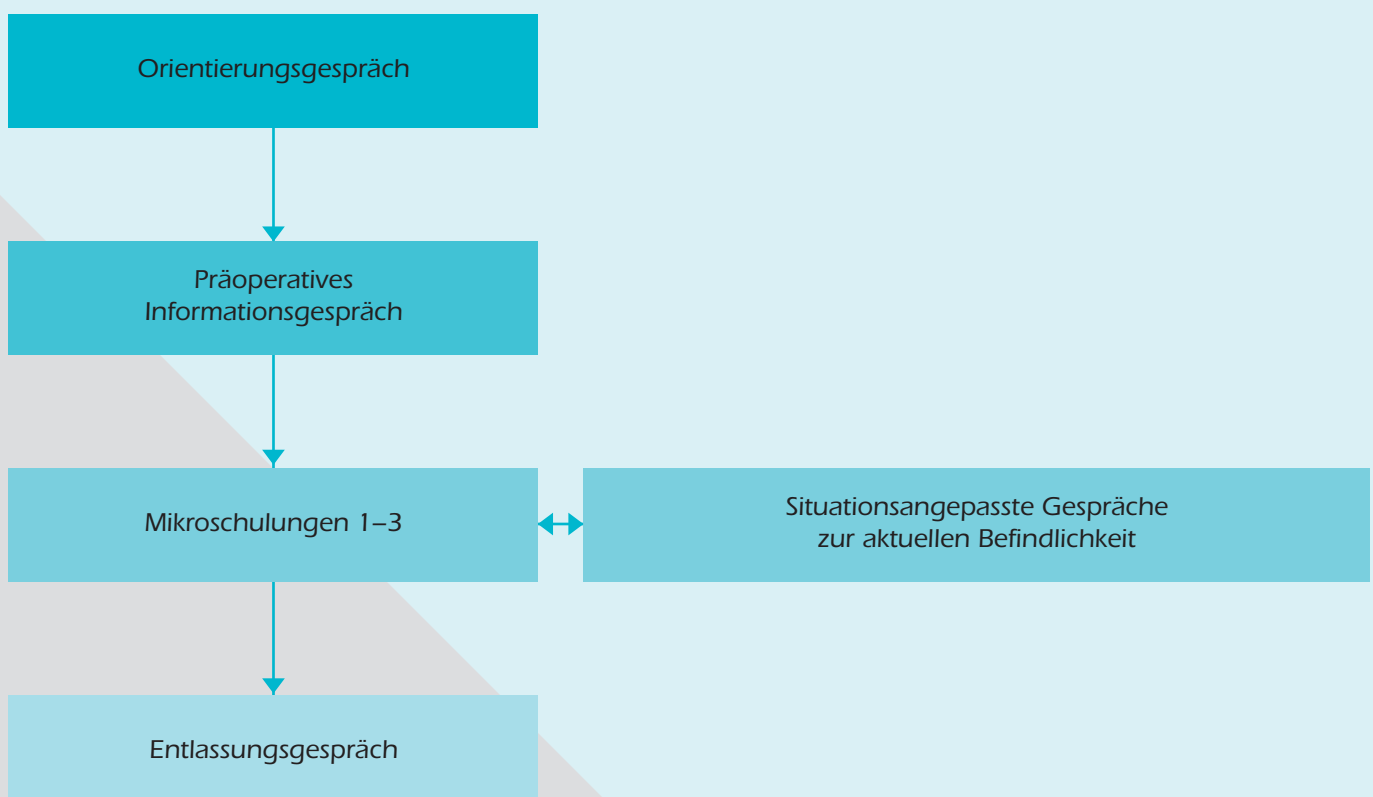
Die beratenden Anteile rücken die individuellen Probleme des Patienten in den Mittelpunkt. Dies können zum Beispiel familiäre Probleme sein, oder die Akzeptanz, die der Patient der neuen Situation entgegenbringt, aber auch Probleme im Zusammenhang mit der Berufsausübung oder mit der häuslichen Umgebung. Die Pflegenden suchen zusammen mit dem Betroffenen nach Lösungsansätzen. Solche Beratungsgespräche sind in ihrem Verlauf nicht vorhersehbar. Sie entstehen aufgrund eines konkreten Beratungsbedarfs und sind von ihrem Grundsatz her ergebnisoffen – ein Begleiten des Patienten auf der Suche nach Lösungen für seine Probleme.

Die informativen, schulenden und beratenden Anteile in einem Gespräch mit dem Patienten sind nur selten klar zu trennen. In der Praxis finden wir meistens übergreifend alle Anteile, jedoch in verschiedenen Gewichtungen. Das Modell vom Anleitungsprozess als einem Informations-, Schulungs- und Beratungsprozess hilft uns jedoch näher zu bestimmen, was wir in der komplexen Anleitung eines Betroffenen leisten müssen.

Das geplante Anleiten eines Patienten muss sich jedoch auch mit der Frage: „**Wie** vermittele ich die notwendigen Inhalte?“ befassen. Pflegende haben viele praktische Erfahrungen auf diesem Gebiet, z.B.: die Anleitung von Schülern, das Anleiten von pflegenden Angehörigen und natürlich auch das Anleiten der Patienten selbst. Allerdings haben Pflegende im Normalfall nicht gelernt, diese Anleitungssituationen vorher zu planen. Wissen in Didaktik und Methodik des Lehrens sind nicht Bestandteil der pflegerischen Ausbildung. Dadurch waren Anleitungsprozesse immer auch zu einem gewissen Teil vom Zufall abhängig, z.B. von dem Umstand, dass gerade Zeit im Stationsablauf war, davon, dass die zuständige Pflegeperson eine Anleitung für wichtig hält und dass sie durch ihre Erfahrungen Geschick in der Vermittlung von Inhalten erworben hat.

Der vorliegende Leitfaden soll helfen, diesen Prozess zu planen und zu strukturieren, auch um damit einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Pflege zu leisten.

In der folgenden Grafik wird der Ablauf des Anleitungsprozesses, aufgeschlüsselt nach einzelnen Gesprächs- und Schulungssituationen, dargestellt.



2. INFORMATION DER PATIENTEN UND IHRER ANGEHÖRIGEN

Die Planung des Anleitungsprozesses beginnt im Anschluss an das ärztliche Aufklärungsgespräch, in welchem dem Patienten die Diagnose und die geplante Operation mitgeteilt werden.

Die anleitende Person sollte an diesem Gespräch teilnehmen, da sie hier, durch eine gezielte Beobachtung, schon erste Informationen über den Patienten erhalten kann.

- ▶ Wo liegen Ängste des Patienten?
- ▶ Wo müssen noch Aufklärungslücken geschlossen werden?
- ▶ Wie steht der Patient zu seiner Erkrankung?
- ▶ Wie ist die Akzeptanz für den vorgesehenen Eingriff?

2.1 Orientierungsgespräch für die anleitende Pflegeperson zur Einschätzung der Ausgangssituation und Planung der Schulung

Im Anschluss an das ärztliche Aufklärungsgespräch sollte ein erstes ungezwungenes Gespräch in ruhiger Atmosphäre zwischen Patient und anleitender Pflegeperson stattfinden. Ziel dieses Gespräches ist es, eine Vertrauensbasis zu dem Patienten zu schaffen und die aus dem Aufklärungsgespräch vorhandenen Informationen zu vertiefen, um eine Einschätzung der Ausgangssituation für die Anleitung vornehmen zu können (siehe Einschätzungsbogen).

Im Anschluss sollte die Pflegeperson folgende Fragen beantworten können:

- ▶ Wie erlebt der Patient seine Erkrankung, was bereitet ihm besondere Probleme?
- ▶ Wie ist seine Lernmotivation?
- ▶ Wie umfangreich sind seine Vorkenntnisse?
- ▶ Wo liegen seine Stärken und Ressourcen?
- ▶ Wo liegen seine Schwächen; mit welchen Problemen ist zu rechnen?
- ▶ Welche Beziehung hat der Patient zu seinen Angehörigen – können sie ihn bei der Bewältigung seiner Erkrankung unterstützen?
- ▶ Wie ist die Aufnahme-, Beobachtungs- u. Wahrnehmungsfähigkeit des Patienten?
- ▶ Welchem Lerntyp ist der Patient schwerpunktmäßig zuzuordnen?
 - dem auditiven (lernt durch aktives Zuhören)
 - dem haptischen (lernt durch eigenes Handeln)
 - dem visuellen (lernt durch Beobachtung und visuelle Hilfsmittel)
 - dem kognitiven (lernt durch selbständiges Nachdenken)

Besonders wichtig sind das Erkennen und Bewerten der Beziehung zwischen Patient und anleitender Person. Besteht eine gegenseitige Akzeptanz oder sind Abneigungen zu erkennen, die einer Anleitung im Wege stehen könnten?

Ausgehend von den Beobachtungen während des Orientierungsgespräches (siehe Einschätzungsbogen) wird der Anleitungsprozess an die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten ange-

passt. Ein Hilfsmittel ist hier die Checkliste Schulungs- und Gesprächsplanung, in der die Inhalte und Ziele aufgelistet sind. Die eher informativen Anteile, wie z.B. die postoperative Situation und Probleme in der ersten Zeit, sollten soweit möglich vor der Operation mit dem Patienten durchgesprochen werden, da seine Kommunikationsfähigkeit nach der Operation sehr stark eingeschränkt ist.

Die Wahl der Methoden und Hilfsmittel bei der Vermittlung von Pflege-techniken sollte auf den Lerntyp des Patienten abgestimmt sein. So benötigt z.B. ein handwerklich geschulter Patient, der eher dem haptischen Lerntyp zuzuordnen ist mehr Anschauungsmaterial das er anfassen und „begreifen“ kann als ein Patient, der eher dem kognitiven Lerntyp angehört und es gewohnt ist, Inhalte theoretisch zu erfassen. Die Auswahl der Hilfsmittel sollte sich daher an den Fähigkeiten des Patienten und seiner Art zu lernen orientieren.

2.2 Präoperatives Informationsgespräch mit dem Patienten

Nach Auswertung der Informationssammlung und Grobplanung der Schulung soll ein präoperatives Informationsgespräch zwischen dem Patienten und der anleitenden Pflegeperson stattfinden. Wünschenswert ist die Teilnahme der Angehörigen an diesem Gespräch, unabhängig von ihrer Bereitschaft an der eigentlichen Schulung teilzunehmen. (Vorsicht! Eventuell auftretende Ängste der Angehörigen können sich auf den Patienten übertragen und den Verlauf der Schulung erheblich erschweren).

Das präoperative Gespräch muss dem Patienten Hilfen zur Orientierung in der postoperativen Zeit anbieten. Inhalte können sein:

- ▶ Beantwortung von Fragen, die bis zu diesem Zeitpunkt ungeklärt sind
- ▶ Ggf. Informationen über die Krankheit und die Operation vervollständigen
- ▶ Informationen über die postoperative Situation
- ▶ Verabredungen mit dem Patienten zur Kommunikation nach der Operation
- ▶ Vorstellung und Darstellung des geplanten Schulungsverlaufes, um Sicherheit über die zukünftigen Maßnahmen zu vermitteln
- ▶ Möglichkeiten der Bewältigung der Erkrankung während und nach dem Krankenhausaufenthalt benennen.

In der Checkliste Pflegegespräche sind die notwendigen Inhalte, die vermittelt werden müssen, aufgelistet. Es muss nicht zwingend alles mit dem Patienten vor der Operation besprochen werden, jedoch sollte dem Betroffenen nach diesem Gespräch der grobe Ablauf klar sein. Die bereits vermittelten Inhalte werden auf dem Bogen vermerkt.

Es ist in jedem Fall wichtig, den Patienten vor der Operation auf die postoperative Situation vorzubereiten:

- ▶ Nach der OP wird der Patient eine Kanüle haben, die die Atemwege freihält
- ▶ Die Atemluft wird nicht mehr durch die oberen Luftwege gereinigt, angefeuchtet und erwärmt. Die Schleimhäute der Trachea und der Bronchien produzieren infolge dieser Reizung vermehrt Schleim

und Sekret. Die Kanüle kann sich, gerade in der ersten Zeit durch dieses Sekret zusetzen, was zu einer akuten Atemnot führen kann.

- ▶ Durch Absaugen des Sekrets aus der Kanüle und aus den oberen Atemwegen (Bronchien) wird eine freie Atmung wiederhergestellt.
- ▶ Dieser Vorgang des Absaugens muss in den ersten Tagen häufig, später immer seltener durchgeführt werden.
- ▶ Nach der Operation kann die Stimmgebung nicht mehr in der gewohnten Art erfolgen. Das schränkt die Möglichkeiten, mit den Personen im Umfeld in Kontakt zu treten, stark ein.
- ▶ Es ist wichtig, vor der OP eine Vereinbarung über die Möglichkeiten zur Kommunikation zu treffen (Schreibtafel, Buchstabentafel, Worttafeln...)
- ▶ Die auftretenden Schmerzen nach der Operation können mit geeigneten Medikamenten gut behandelt werden. Die Patienten sollen gebeten werden sich zu melden, wenn sie ein Schmerzmittel benötigen.
- ▶ Sobald es der Zustand des Patienten zulässt, wird der Patient in die selbständige Versorgung seines Tracheostomas durch eine Krankenschwester eingewiesen.
- ▶ Diese Schulung erfolgt in mehreren kleinen Einheiten, bis der Patient in der Lage ist, die Versorgung selbständig durchzuführen. Das Tempo des Lernen bestimmt der Patient selbst.
- ▶ In der jetzigen Situation erscheinen die Anforderungen an den Patienten nahezu erdrückend zu sein, aber bis auf wenige Ausnahmen erlernen die Patienten recht schnell einen sehr kompetenten Umgang mit dem Tracheostoma. Schon nach einigen Wochen/Monaten werden sie selbst der „Fachmann“ für die Versorgung ihres Tracheostomas sein.
- ▶ Die meisten Patienten geben 6 Monate nach der OP an, dass ihre Lebensqualität deutlich besser ist, als vor der Operation.
- ▶ Es liegt also eine anstrengende Zeit, mit großen Herausforderungen vor den Patienten, aber sie dürfen darauf vertrauen, dass sie von erfahrenen Pflegenden bei diesem Prozess zielgerichtet begleitet werden.

Andere Folgen der Laryngektomie treten in der Regel erst nach der Operation in den Mittelpunkt des Interesses:

- ▶ Durch den Stimmverlust, die veränderte Atmung und das veränderte Körperbild kommt es zu großen psychischen Belastungen, sowohl für den Patienten selbst, als auch für seine nahen Angehörigen.
- ▶ Husten und Pressen ist nur erschwert möglich. Zäher Schleim kann daher schlecht abgehustet werden.
- ▶ Das Tracheostoma kann sich durch Borkenbildung zusetzen. In beiden Fällen muss durch eine ausreichende Zufuhr an Flüssigkeit, ein Anfeuchten der Atemluft und ggf. Inhalationen das Sekret verflüssigt werden und die Schleimhäute feucht gehalten werden.
- ▶ Der Patient kann, bedingt durch die fehlende Bauchpresse, Schwierigkeiten beim Stuhlgang haben. Eine ausreichende Obstipationsprophylaxe ist daher sehr wichtig.

- ▶ Es besteht die Gefahr, dass sich die umliegende Haut des Stomas durch austretenden Schleim und mechanische Reizung des „Kanülenschildes“, entzündet. Die direkte Umgebung des Stomas muss trocken gehalten werden. Gerade in der Anfangszeit ist dazu ein häufiger Wechsel der Kompressen erforderlich. Ist der Rand des Stomas leicht gerötet oder gereizt, kann eine Fettsalbe aus der Tube dünn aufgetragen werden.
- ▶ Das Tracheostoma kann nach einigen Wochen eine Schrumpfungstendenz zeigen. Dann ist das Tragen der Kanüle auch langfristig erforderlich. Evtl. kann eine operative Erweiterung Abhilfe schaffen.
- ▶ Der Betroffene kann an Schluck-, Geruchs- und Geschmacksstörungen leiden. Der Geruch und Geschmack wird über die Nase und den Mund vermittelt. Diese Region liegt jedoch nicht mehr im Atemstrom. Nur durch Zufächern von Luft in die Nase erfolgt eine verminderte Geruchswahrnehmung. Dies ist auch wichtig für die Appetitanregung!
- ▶ Ein „Hochziehen“ und „Schnäuzen“ der Nase ist nicht möglich. Wenn die Betroffenen eine Rhinitis haben, kann es erforderlich sein, die Nase abzusaugen.
- ▶ Nach einer Ausräumung der Lymphknoten in der Halsregion (Neck dissection) können Bewegungseinschränkungen im Hals-Schulterbereich auftreten. Eine krankengymnastische Betreuung kann die Beschwerden lindern helfen.

Der Einsatz von Anschauungsmaterial muss individuell auf den Patienten und seine Bedürfnisse abgestimmt werden.

Mögliche Hilfsmittel:

- ▶ Abbildung der Anatomie der Halsregion
- ▶ Schreibtafel/Schiebetafel
- ▶ Kanüle
- ▶ Broschüren
- ▶ Informationsblatt der Intensivstation
- ▶ Präoperativer Besuch auf der Intensivstation, wenn möglich und erwünscht.

2.3 Situationsangepasste Gespräche zur aktuellen Befindlichkeit

Während des gesamten Anleitungsprozesses werden wiederkehrend Gespräche zu aktuellen Problemen notwendig werden.

Diese Probleme können sehr verschiedene Ursachen haben:

- ▶ Bewältigung der veränderten Situation/Selbstbildnis und -wertgefühl
- ▶ Mangel an Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten
- ▶ Probleme in der Familie/Beziehungsprobleme
- ▶ Probleme im sozialen Umfeld/Beruf
- ▶ Körperliche Ursachen (Komplikationen, Schmerzen, Luftnot...)

- ▶ Motivationsprobleme
- ▶ Konflikte mit den Bezugspersonen auf der Station aufgrund der eingeschränkten Kommunikation

Anfallende Probleme zu erkennen, erfordert von den betreuenden Pflegepersonen ein hohes Einfühlungsvermögen in die Situation der Betroffenen, da sie nur selten direkt artikuliert werden.

So unterschiedlich wie die Ursachen der Probleme, so unterschiedlich sind auch die Lösungsansätze. Hier sind die beratenden Kompetenzen der Pflegenden gefordert.

Die eingeschränkte Fähigkeit der Betroffenen zur Kommunikation führt gerade im Stationsalltag häufig zu Problemen.

Da sind auf der einen Seite die Patienten, die ein Bedürfnis haben sich mitzuteilen, aber in ihren Möglichkeiten sehr eingeschränkt sind und andererseits die Pflegenden, die durch ihre Einbindung in den Stationsalltag oft unter großem Zeitdruck stehen.

Diese Situation führt unreflektiert zwangsläufig zu Konflikten, mit der Folge, dass die Betroffenen sich nicht verstanden oder schlecht versorgt fühlen und sich zurückziehen.

Diese Reaktion des „Sich-zurückziehens“ und der Verweigerung muss unter allen Umständen vermieden werden, da sie sich ausgesprochen negativ auf die Krankheitsbewältigung der Betroffenen auswirkt. Die Gespräche mit den Betroffenen sind sehr zeitintensiv. Daher ist es besser einen Termin für ein solches Gespräch zu vereinbaren und sich dann die benötigte Zeit zu nehmen, als es „zwischen Tür und Angel“ zu führen und das Gefühl zu vermitteln, dass man eigentlich gar keine Zeit hat. In den meisten Fällen macht erst die Reaktion der Umwelt aus einer körperlichen Einschränkung eine Behinderung. Wollen die Pflegenden die Bereitschaft der Betroffenen, sich mit der neuen Situation auseinanderzusetzen, fördern, so muss eine Benachteiligung aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit möglichst vermieden werden.

2.3.1 Körperbildstörung

Menschen mit einem Tracheostoma können unter einer Störung ihres Körperbildes leiden, Pflege hat auch den Auftrag, den Betroffenen zu helfen, die Veränderungen zu akzeptieren. Das Körperbild ist ein wesentlicher Teil unseres Selbstkonzeptes und hängt eng mit unserem Selbstwertgefühl zusammen.

Das Körperbild repräsentiert alle Einstellungen und Gefühle wie ein Mensch sich selbst sieht und wie er glaubt, dass andere ihn sehen. In diesem Zusammenhang bestimmen auch die wichtigsten Bezugspersonen die Wahrnehmung des Körperbildes, sie sollten auf jeden Fall in diese Thematik einbezogen werden.

Menschen mit einem dauerhaften Tracheostoma geraten oft in eine Isolation, sogar in der eigenen Familie und dies nicht nur wegen der Spracheinschränkung. Es handelt sich ja um eine sichtbare Behinderung, oft verbunden mit unangenehmen Geräuschen, mit Schleimabsonderung oder auch mit Gerüchen. Es gehört enorm viel Selbstbewusstsein dazu, neugierige Blicke auszuhalten, mit Abwendung oder Ekel von Mitmenschen umzugehen. Diese Auseinandersetzung dauert recht lange, trotzdem sollten in der klinischen Akutphase vorsichtig auch diese Dinge angesprochen und evtl. Hilfsmöglichkeiten für später aufgezeigt werden.

Zunächst ist für die Pflegenden wichtig, überhaupt das Ausmaß möglicher Störungen bei jedem Betroffenen einzuschätzen: durch Beobachtung und offene Fragen kann herausgehört werden, ob der Patient oder seine Angehörigen sich Sorgen machen. Manchmal weisen auch selbstkritische Äußerungen oder geäußerte negative Gefühle auf Probleme hin – in den Publikationen zu Körperbildstörungen werden zahlreiche Assessmentinstrumente und auch Pflegeinterventionen vorgestellt.

Möglicherweise können mit Hilfe der Angehörigen andere Lebensbereiche bzw. Eigenschaften positiver aufgebaut werden, um das Selbstwertgefühl zu stützen. Für den Betroffenen ist wichtig, dass er sich weiter Mühe gibt, gut auszusehen und Wert auf ein gepflegtes Äußeres und hygienisches Umfeld legt.

In Medizin und Pflege sind sehr viele Menschen durch Körperbildveränderungen betroffen, auch aus diesem Grund widmet die nordamerikanische Pflegediagnosenvereinigung NANDA der Körperbildstörung eine eigene Pflegediagnose. Manchmal treten die Probleme auch nur vorübergehend durch Nebenwirkungen der Behandlung auf. Die meisten dieser Betroffenen brauchen sicher keine Fachhilfe durch Psychologen, sie brauchen aber verständnisvolle und kompetente Mitmenschen, die ihnen Hilfestellung leisten. Leider hat sich die berufliche Pflege in Deutschland dieses Themas noch nicht ausreichend angenommen, aus diesem Grund empfehlen wir Ihnen, darüber nachzulesen.

2.3.2 Die Bedeutung von Krebs

Wenn die Betroffenen lernen, mit ihrem Tracheostoma umzugehen, ist dies auch ein wichtiger Schritt auf dem Weg, sich mit der Diagnose Krebs auseinander zu setzen. Eine ablehnende Haltung der Betroffenen gegenüber der Anleitung kann Ausdruck sein für ein „Nicht-wahrhaben Wollen“ der Erkrankung. Es ist wichtig, ihnen mit Verständnis zu begegnen und sie selbst bestimmen zu lassen, was sie und wann sie lernen wollen. Kontrolle zu bekommen über die Situation trägt wesentlich zur Bewältigung einer Krebserkrankung bei.

Wie ein Mensch auf eine Krebserkrankung reagiert, kann nicht vorausgesagt werden. Krebs ist nach wie vor die meist gefürchtete Erkrankung, die häufig assoziiert wird mit Siechtum, qualvollen Schmerzen und Tod. Eine hilfreiche Strategie ist es, über seine Ängste zu sprechen. Pflegende können den Patienten und seine Familie ermutigen und ihnen helfen, ihre Gefühle auszudrücken. Dabei kommt es nicht darauf an, ihnen die Ängste zu nehmen sondern diese zu akzeptieren. Darüber hinaus können Pflegende helfen herauszufinden, über welche Ressourcen der Patient und seine Familie verfügen, um mit der Erkrankung umzugehen. So können Pflegende z.B. danach fragen, welche schwierigen Situationen die Betroffenen in der Vergangenheit bewältigt haben und welche Strategien dabei erfolgreich waren.

Eine erfolgreiche Bewältigungsstrategie ist es, sich zu informieren. Auch wenn die Betroffenen im Moment keine Informationen haben wollen, kann es hilfreich sein, sie auf mögliche Informationsangebote sowie Adressen von Selbsthilfegruppen aufmerksam zu machen. So können die Betroffenen bei Bedarf darauf zurückkommen.

2.3.3 Der Umgang mit Schmerz

Viele Menschen leiden trotz der heute weit entwickelten Schmerztherapie immer noch unnötig an Schmerzen. Studien haben gezeigt, dass Tumorschmerzen in 80-90% der Fälle sehr gut gelindert werden können. Dennoch sind über 60% der Betroffenen nicht adäquat versorgt. Gründe hierfür sind mangelnde Kenntnisse seitens des medizinischen und pflegerischen Personals sowie seitens der Patienten.

Wesentlich für eine erfolgreiche Behandlung der Schmerzen ist es, die Schmerzen zu identifizieren. Viele Patienten melden sich nicht, wenn sie Schmerzen haben, z. B. weil sie dem Personal keine Zeit stehlen wollen, oder weil sie keine Schwäche zugeben wollen. Vor allem bei Menschen mit Krebserkrankungen kommt hinzu, dass sie fürchten, ihre Krankheit schreitet voran und sie dies nicht wahrhaben wollen. Nicht ausreichend behandelter Schmerz kann jedoch schwerwiegende Folgen nach sich ziehen, so z. B. mangelnde Bewegung, Schonhaltung, flache Atmung, Appetitlosigkeit, Depressionen, Stress, Beeinträchtigung der Immunabwehr etc.

Pflegende sollten deshalb bei jeder stationären oder ambulanten Aufnahme den Patienten gezielt nach seiner Schmerzsituation fragen. Dabei sollte unterschieden werden zwischen Ruheschmerz und Belastungsschmerz (z. B. bei Husten, tiefem Einatmen). Gibt der Patient an, Schmerzen zu haben (oder in der letzten Zeit immer wieder Schmerzen gehabt zu haben), dann sollte der Patient gebeten werden, mittels einer Schmerzskala (z. B. von 0-10) die Schmerzintensität einzuschätzen. Spätestens bei einer Intensität von $\geq 4/10$ oder aber, wenn der Patient die Schmerzen als belastend empfindet, sollte eine ärztliche Anordnung zur Behandlung eingeholt werden.

Patienten benötigen Informationen darüber, dass es notwendig ist, Schmerz effektiv zu lindern und nicht unnötig auszuhalten. Vor allem eventuelle Vorbehalte gegenüber Morphinpräparaten sollten ausgeräumt werden. Menschen mit Krebserkrankungen denken häufig, dass Morphium erst im „Endstadium“ eingesetzt wird oder sie haben Sorge, davon süchtig zu werden. Es ist wichtig zu wissen, dass Morphin und ähnliche Präparate sehr wirksame Medikamente zur Schmerzbehandlung sind, deren Nebenwirkungen heute weitgehend kontrolliert werden können. Die Gefahr einer psychischen Abhängigkeit liegt bei unter 1% und kann somit vernachlässigt werden.

Auch die Angehörigen benötigen Hilfestellungen in dieser Situation. Sie sollten ermutigt werden, ihr Erleben der Gesamtsituation zu artikulieren und Fragen, die sie bewegen zu stellen. Nur so können Ängste und Unsicherheiten abgebaut werden.

Ziel der Arbeit mit den Angehörigen ist es, sie möglichst früh in den gesamten Prozess zu integrieren.

3. SCHULUNG VON PATIENTEN UND ANGEHÖRIGEN



Das Ziel der Schulung, dass der Betroffene, bzw. der pflegende Angehörige, ein größtmögliches Maß an Alltagskompetenz im Umgang mit dem Tracheostoma erreicht, lässt sich an folgenden Merkmalen messen:

- ▶ Sicherheit in der Versorgung des Tracheostomas
- ▶ Entscheidungsfähigkeit, auch und gerade in außergewöhnlichen Situationen
- ▶ Akzeptanz gegenüber der neuen Situation
- ▶ Soziale Integration/Aufrechterhalten eines intakten sozialen Umfeldes

Grundsätzlich gilt, dass jeder tracheotomierte Patient lernen soll, die Versorgung seines Tracheostomas selbst zu übernehmen.

Nur im Ausnahmefall wird die primäre Schulung der pflegenden Angehörigen erwogen, z. B. bei schwerstpflegebedürftigen und verwirrten Patienten.

Jedoch auch wenn die Betroffenen in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, sollten die Angehörigen zu einem späteren Zeitpunkt in die Schulung mit einbezogen werden. Dies führt innerhalb der Familie zu einem besseren Umgang miteinander und fördert die Akzeptanz gegenüber der neuen Situation.

Für den Fall, dass die Betroffenen Probleme mit der Versorgung des Tracheostomas haben (z. B. akute Erkrankungen), können die geschulten Angehörigen die Versorgung zeitweise übernehmen. Dies verleiht auch den Betroffenen eine größere Sicherheit für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt.

Sobald der Patient seine Kanüle selbst wechseln kann, sollten die Angehörigen an den Mikroschulungen teilnehmen und auch in den notwendigen Techniken geschult werden. Dazu ist eine frühzeitige und verbindliche Terminabsprache erforderlich.

Die vorliegenden Inhalte der Schulung zum selbständigen Umgang mit dem Tracheostoma sollen dem Patienten/Angehörigen in mehreren Sitzungen vermittelt werden, um ihn nicht zu überfordern.

Einen Überblick über den gesamten Anleitungsprozess mit den wesentlichen Inhalten, den möglichen Hilfsmitteln, den angestrebten Zielen und den Merkmalen, anhand derer diese Ziele überprüft werden können, enthält die Checkliste „Schulungs- und Gesprächsplanung“ (siehe Anhang).

Auf der Basis der bereits geführten Gespräche erfolgt, sobald es die Wundverhältnisse zulassen, die eigentliche „Schulung“. Die Betroffenen und zu einem späteren Zeitpunkt auch ihre Angehörigen erlernen die Pflegetechniken und Fertigkeiten im Umgang mit dem Tracheostoma, die sie in der häuslichen Umgebung benötigen. Diese Pflegetechniken entsprechen den im folgenden Text aufgeführten Mikroschulungen. Hier werden im wesentlichen Anforderungen an die Merkfähigkeit, das manuelle Geschick, das technische Verständnis und das Einüben von zuvor festgelegten Handlungsabläufen gestellt.

Komplizierte Begleiterkrankungen, z. B. Parkinson-Krankheit oder Paresen nach einem Apoplex können die Schulungen erschweren und müssen besonders berücksichtigt werden.



Grundsätzlich gilt:

- ▶ Die Hemmschwelle für die Selbstversorgung, die aufgrund unangenehmer Begleiterscheinungen besteht, muss abgebaut werden. Solche Begleiterscheinungen können sein:
 - Husten
 - Schmerzen
 - ästhetische Probleme
- ▶ Die Anleitung auf der Station erfolgt unter hygienischen Gesichtspunkten analog zu den gültigen hausinternen Pflegestandards

3.1 Allgemeine didaktische und methodische Hinweise

Wodurch zeichnet sich ein geplanter Schulungsprozess also aus?

Es gibt einige Grundregeln, denen jeder Informations- und Schulungsablauf folgt:

1. Das Einschätzen der Ausgangssituation
2. Das Festlegen der Lernziele als Grobziele (Was muss/soll der Pat. lernen?)
3. Das Unterteilen dieser Grobziele in Feinziele, Ziele die in einer Schulungseinheit vermittelt werden können (Was soll/will der Pat. **heute** lernen?)
4. Die Auswahl der geeigneten Anschauungsmaterialien und Hilfsmittel
5. Die Durchführung der einzelnen Schulungseinheiten
6. Die Kontrolle, ob diese Feinziele auch erreicht wurden
7. Die Rückmeldung an den Lernenden, also eine Art Bewertung der Fortschritte
8. Die Dokumentation der Schulungseinheit und der erreichten Ziele

3.1.1 Letzter Check vor der Durchführung

Ein letzter Check vor der Durchführung der einzelnen Schulungseinheit soll Folgendes beinhalten:

- ▶ Sind Ort und Zeit richtig gewählt?
- ▶ Wie fühle ich mich selbst, wie ist meine Eigenmotivation?
- ▶ Habe ich die richtige Anleitungsmethode gewählt?
- ▶ Habe ich die möglichen Hilfsmittel ausgeschöpft?
- ▶ Reicht mein Fachwissen zur Beantwortung spezieller Fragen aus?

3.1.2 Durchführung einzelner Schulungsabschnitte

- ▶ Der praktische Schulungsabschnitt soll 15 Minuten täglich nicht überschreiten
- ▶ Den Termin für die Schulung zuvor mit dem Patienten vereinbaren
- ▶ Zu Beginn des Abschnitts erfolgt eine Kontrolle des Erlernten aus der letzten Sitzung

- ▶ Die Ziele für die einzelnen Schulungseinheiten müssen für jeden Patienten individuell formuliert und mit dem Patienten abgesprochen werden. (Eine Über- oder Unterforderung kann den Patienten demotivieren, mit der Gefahr des Scheiterns der Schulung.)
- ▶ Wissensdefizite ausgleichen
- ▶ Praktische Vorführung
- ▶ Anschauungsmaterial zeigen und Übungsmöglichkeiten geben
- ▶ Evtl. vorhandene Fragen beantworten
- ▶ Kontrolle, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden
- ▶ Rückmeldung an den Patienten geben

Ein ins Stocken gekommener Schulungsabschnitt soll nicht abrupt abgebrochen, sondern ausleitend beendet werden und zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt bzw. fortgesetzt werden.

3.1.3 Reflexion der Schulungseinheit

Nach jeder durchgeführten Schulungseinheit soll eine kurze Reflexion erfolgen und schriftlich fixiert werden. Der Fortschritt der Schulung wird auf dem Planungs- und Durchführungsbogen festgehalten, bzw. auf dem Dokumentationsbogen für Pflegegespräche dokumentiert.

Vor der Durchführung eines neuen Schulungsabschnitts soll mit dem Patienten eine Reflexion der vorangegangenen Schulung erfolgen. Fragen können dann besprochen werden.

3.2 Mikroschulung Absaugen

▶ Lernziele zusammen mit dem Patienten festlegen

Das Grobziel ist, dass der Patient die Technik des Absaugens sicher beherrscht und weiß, wann und wie er absaugen muss und über das dazu notwendige Hintergrundwissen verfügt. Er sollte informiert sein über die Möglichkeiten, Einfluss auf die Menge und die Konsistenz des Sekrets nehmen zu können, z.B. durch Anfeuchten der Raumluft, Inhalieren oder erhöhte Flüssigkeitszufuhr.

Die Feinziele für die einzelnen Sitzungen müssen mit dem Patienten abgesprochen werden. So kann es sein, dass bei einem Patienten, der eine sehr hohe Hemmschwelle gegenüber dem Absaugen hat, in der ersten Sitzung nur ein „Hinsehen“ im Spiegel das Ziel ist, um die Tätigkeiten der Pflegeperson zu beobachten. Ursachen für diese Hemmschwelle können die unangenehmen Empfindungen während des Absaugens sein, wie Hustenreiz, Schmerzen oder die Angst, die Aufgaben nicht bewältigen zu können. Diese Hemmschwelle muss schrittweise abgebaut werden. Im weiteren Verlauf kann ein Absaugen durch den Patienten erfolgen, zuerst nur innerhalb der Kanüle und dann schrittweise tiefer. Ein anderer Patient ist vielleicht schon beim ersten Training in der Lage sich unter der Anleitung der Pflegeperson selbst abzusaugen. Weitere Feinziele wären das selbständige Absaugen und das Trainieren des Absaugens, um diesen immer wiederkehrenden Handlungsablauf zu verinnerlichen.



Vakuummeter und -regler



Sekretbehälter mit Bakterienfilter



Lampe (integrierbar)
mit flexiblem Schwenkarm



Absaugkatheter

Wichtig!

- ▶ Der Absaugkatheter darf nicht im vorderen Bereich berührt werden!
- ▶ Die Absaugkatheter dürfen auf jeden Fall nur **einmal** benutzt werden!
- ▶ Die Absaugverlängerung sollte auf keinen Fall den Fußboden berühren!



Tracheoport® Absauggerät

▶ Vorkenntnisse des Patienten feststellen

- Hat der Patient Vorwissen im Bereich des hygienischen Arbeitens?
- Hat der Patient schon einmal mit ähnlichen, nichtmedizinischen Geräten gearbeitet?
- Kennt der Patient die neuen anatomischen Verhältnisse?

▶ Wissensdefizite ausgleichen

Das Absaugen dient der Freihaltung der neuen oberen Luftwege. Gerade in der ersten postoperativen Zeit bildet sich vermehrt Sekret im Bronchialsystem. Aber auch Borken oder Blutbestandteile können zu einer Einengung der oberen Luftwege führen. In der ersten postoperativen Zeit muss daher oft abgesaugt werden. Später regulieren sich Borkenbildung und Schleimproduktion und es muss weniger häufig abgesaugt werden.

Da es sich bei dem Absaugen um eine invasive Maßnahme in das obere Bronchialsystem handelt, müssen die hygienischen Anforderungen zur Vermeidung einer Infektion strikt eingehalten werden. Hier ist eine inhaltliche Auseinandersetzung mit hygienischen Arbeitsweisen erforderlich. Der Betroffene muss eine Vorstellung von dem Begriff „Sterilität“ erhalten. Im weiteren muss ihm erläutert werden, dass das Absaugen im Krankenhaus aufgrund des hier vorhandenen Keimspektrums von den Pflegenden mit sterilen Handschuhen durchgeführt wird. Sie selbst brauchen in der häuslichen Umgebung keine Handschuhe zu tragen. Hier reichen eine gründliche Händereinigung und ein steriles Einführen der Katheterspitze in das Stoma aus.

Bei Bedarf sollten beim Wechsel der Kanüle auch die oberen Atemwege abgesaugt werden. Falls es aufgrund einer hohen Sekretbildung erforderlich sein sollte auch häufiger. Ziel ist es jedoch, so wenig wie möglich abzusaugen, um das Infektionsrisiko möglichst gering zu halten und eine zusätzliche Sekretproduktion durch die Reizung der oberen Atemwege zu vermeiden. Die ausreichende Belüftung des Atemsystems muss allerdings gewährleistet sein (Pneumoniegefahr).

Für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr soll gesorgt werden, um das Eindicken des Schleimes zu vermeiden. (Außerdem erhält der Patient Medikamente zur Verflüssigung des Sekretes, um ein leichteres Abhusten zu ermöglichen)

Wichtig sind das regelmäßige Anfeuchten und Erwärmen der Atemluft durch einen Raumluftbefeuchter, regelmäßige Inhalationen und das Tragen eines Tracheostomaschutzes, insbesondere in der Heizperiode mit trockener Raumluft. Eine Luftfeuchtigkeit von min. 60% ist erstrebenswert.

Der Patient muss mit der Funktionsweise des Absauggerätes vertraut gemacht werden. In die Funktionsweise seines Gerätes für zu Hause wird er gesondert durch die Mitarbeiter der Lieferfirma eingewiesen.

- Wie funktioniert das Gerät?
- Wie kontrolliere ich die Absaugfunktion des Gerätes? (Ist ein Sog vorhanden?)



Tracheoport® Absauggerät



Absaugkatheter

► Praktische Darstellung der Technik des Absaugens

Material:

- Funktionstüchtiges Absauggerät
- Steril verpackte Absaugkatheter
- Spiegel
- Abwurfbehälter
- Checkliste Absaugen

Durchführung:

Eine gründliche Händereinigung wird durchgeführt.

Der sterile Absaugkatheter wird mit der Absaugverlängerung (Absaugschlauch) verbunden.

Der Katheter wird **ohne** Sog, bei Bedarf bis zu maximal 15 cm, vorgeschoben, ohne die Katheterspitze zu berühren. Anschließend wird der Absaugkatheter unter leichten Drehbewegungen **mit** Sog wieder zurückgezogen.

Das Einführen ohne Sog ist wichtig, da dem Patienten sonst die Atemluft genommen und ein starker Hustenreiz ausgelöst wird.

Die Dauer des Absaugens sollte 15 Sekunden nicht überschreiten.

Falls erforderlich, wird mit einem **neuen** Absaugkatheter der Mund bzw. die Nase abgesaugt.

Danach wird die Absaugverlängerung mit Wasser durchgespült.

Das Einmalmaterial wird entsorgt und aufgeräumt.

► Übungsmöglichkeiten geben

Nach der Schulung sollte der Patient die Möglichkeit haben und auch dazu aufgefordert werden, das Handling zu üben, z.B. durch vorsichtiges Absaugen der Kanüle.

► Fragen beantworten

Im Anschluss an die praktische Schulung sollte der Patient Gelegenheit haben, evtl. noch vorhandene Fragen zu stellen und beantwortet zu bekommen.

► Informationsmaterial aushändigen

Falls vorhanden, sollte dem Patienten Informationsmaterial über die gelernte Technik ausgehändigt werden. Im Klinikum Lüdenscheid ist auch der Hinweis auf das PIZ eine Möglichkeit für den Patienten, sich noch mit zusätzlichen Informationen zu versorgen.

► Kurze Kontrolle des Erlernten durchführen

Durch einige kurze Fragen sollte geprüft werden, ob der Patient die wesentlichen Informationen und Handlungsabläufe verinnerlicht hat.

► Feedback zur Schulung geben

Der Patient braucht eine Rückmeldung über den Verlauf der Schulung. Hier ist es wichtig, die Anteile, die der Patient gut gemacht hat zu benennen, um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken. Evtl. aufgetretene Probleme immer nur im Zusammenhang mit einem möglichen Lösungsansatz benennen.



► Dokumentation der Schulung

Die durchgeführte Schulung und deren Verlauf müssen im Anschluss auf dem Dokumentationsbogen Pflegegespräche (informative Anteile) bzw. auf dem Planungs- und Durchführungsbogen dokumentiert und mit Datum und Handzeichen abgezeichnet werden.

► Mögliche Hilfsmittel für die Schulung

- Übungsmaterial: Absaugkatheter, Absauggerät
- Informationsmaterial über das Gerät, über die anatomischen Verhältnisse
- Patientenbroschüren
- Hinweis auf das PIZ, als mögliche weitere Informationsquelle

3.3 Mikroschulung Kanülenwechsel und Tracheostomapflege

► Lernziele zusammen mit dem Patienten festlegen

Folgende Grobziele lassen sich für diese Mikroschulung benennen:

- Der Patient ist in der Lage, den Kanülenwechsel korrekt durchzuführen.
- Er kann Veränderungen im Zusammenhang mit dem Tracheostoma frühzeitig erkennen und ist in der Lage, deren Wichtigkeit einzuschätzen.
- Er hat das notwendige Hintergrundwissen, um auch in außergewöhnlichen Situationen adäquat zu reagieren.

Die Feinziele müssen zu Beginn der einzelnen Sitzungen mit dem Patienten abgesprochen werden und sind individuell sehr unterschiedlich.

► Vorkenntnisse des Patienten feststellen

- Hat der Patient Vorwissen im Bereich des hygienischen Arbeitens?
- Kennt der Patient die neuen anatomischen Verhältnisse?
- Hat der Patient Vorkenntnisse aus dem Bereich der Wundversorgung?

► Wissensdefizite ausgleichen

Durch das Tracheostoma wurde operativ ein neuer Zugang zur Luftröhre geschaffen. Die Kanüle stabilisiert diesen Zugang von innen und stellt so sicher, dass eine ausreichend große Öffnung für den Durchstrom der Atemluft vorhanden ist. Die Häufigkeit des Kanülenwechsels ist abhängig vom Zustand des Stomas, von der Menge des produzierten Sekrets und der vorhandenen Borkenbildung. Meistens ist ein Wechsel pro Tag ausreichend. Zähes Sekret, das an der Kanüle haftet, sowie Borken werden auf diese Weise mitentfernt.

Wichtig sind weiterhin Kenntnisse über den Zustand des Stomas. Der Patient muss lernen, auf Veränderungen des Stomas zu achten und wissen, wann eine ärztliche Behandlung notwendig ist. Grundsätzlich muss das Tracheostoma möglichst trocken und sauber gehalten werden. Manchmal müssen die Kompressen mehrmals täglich gewechselt werden. Die umliegende Haut wird bei Bedarf eingefettet.

Ist das Stoma reizlos oder liegt eine Irritation des Stomarandes vor? Ist es vielleicht sogar entzündet? Ist das Stoma stabil oder zeigt sich eine Schrumpfungstendenz?

Diese Fragen muss der Patient für sich beantworten können und wissen, wie er das Stoma entsprechend versorgen kann, bzw. wann er seinen behandelnden Arzt aufsuchen muss.

Bei Schrumpfungstendenz des Stomas ist es erforderlich, langfristig eine Kanüle zu tragen. Führt die Schrumpfungstendenz des Tracheostoma zu Problemen, kann eine Tracheostomaerweiterungsplastik notwendig werden.

Dem Patienten müssen auf jeden Fall Instruktionen für Notfälle gegeben werden (siehe Kap. 4.2.4).

Informationen über die verschiedenen Kanülentypen (evtl. Ansichtsexemplare mitnehmen) und die möglichen Einsatzzeiten, z. B. metallfreie Kunststoffkanüle während der Bestrahlung, sollten dem Patienten zur Verfügung stehen.

► Praktische Darstellung der Technik des Kanülenwechsels

Material:

- gute Lichtverhältnisse, evtl. Lichtquelle mitnehmen
- funktionstüchtiges Absauggerät
- Absaugkatheter
- Spiegel
- Ersatzkanüle mit Kompresse, Halteband
- NaCl-Lösung 0,9% zum Anfeuchten der Kanüle
- 1 feuchte Kompresse bzw. 1 sauberer Waschlappen
- pflegende Fettsalbe in einer Tube
- Abwurfbehälter
- Checkliste Kanülenwechsel

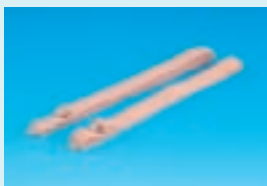
Durchführung:

Zuerst wird eine gründliche Händereinigung durchgeführt und die saubere, vorbereitete Kanüle wird mit 0,9%iger NaCl-Lösung angefeuchtet.

- Das Kanülenhalteband wird einseitig am Kanülenschild befestigt. Die Kompresse wird über das Kanülenrohr bis unter das Kanülenschild geschoben.
- Bei vermehrtem Sekretausswurf saugt sich der Patient zuerst ab.
- Danach wird das Kanülenhalteband von der liegenden Kanüle gelöst und diese wird entfernt.
- Der Rand des Stomas wird mit einem feuchten, sauberen und fusselfreien Tuch gereinigt und anschließend getrocknet, bei Bedarf mehrmals täglich.
- Der Patient muss auf Veränderungen des Tracheostomas achten. (Rötung, Blutung, Läsionen und Schrumpfung)
- Anschließend wird bei Bedarf nur im äußeren umliegenden Bereich des Stomas eine Fettsalbe (aus der Tube) dünn aufgetragen.



Duravent® Kombi Trachealkanüle, mit zwei Innenkanülen



Kanülentrageband mit Haken



Tracheal-Kompresse, z.B. Z-KAM® Zip-Kompresse



- Die vorbereitete Kanüle wird dann von dem Patienten eingesetzt. Die Kanüle soll aus hygienischen Gründen nur am Kanülenschild angefaßt werden.
- Das Kanülentrageband wird so befestigt, dass man noch zwei Finger darunter schieben kann.
- Das Material wird entsorgt, die Kanüle gereinigt.
- Zum Schluß erfolgt nochmals eine gründliche Händereinigung.

► Übungsmöglichkeiten geben

Der Patient erhält eine zweite Kanüle, an der er nach der Reinigung das Zusammensetzen der Kanüle üben kann. Die Checkliste Kanülenwechsel ermöglicht dem Patienten durch die Abbildungen den Vorgang zu reflektieren und den Ablauf zu erlernen.

► Fragen beantworten

Im Anschluss an die praktische Schulung sollte der Patient Gelegenheit haben, evtl. noch vorhandene Fragen zu stellen und beantwortet zu bekommen.

► Informationsmaterial aushändigen

Falls vorhanden, sollte dem Patienten Informationsmaterial über die gelernte Technik ausgehändigt werden. Im Klinikum Lüdenscheid ist auch der Hinweis auf das PIZ eine Möglichkeit für den Patienten, sich noch mit zusätzlichen Informationen zu versorgen.

► Kurze Kontrolle des Erlernten durchführen

Durch einige kurze Fragen sollte geprüft werden, ob der Patient die wesentlichen Informationen und Handlungsabläufe verinnerlicht hat.

► Feedback zur Schulung geben

Der Patient braucht eine Rückmeldung über den Verlauf der Schulung. Hier ist es wichtig, die Anteile, die der Patient gut gemacht hat zu benennen, um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken. Evtl. aufgetretene Probleme immer nur im Zusammenhang mit einem möglichen Lösungsansatz benennen.

► Dokumentation der Schulung

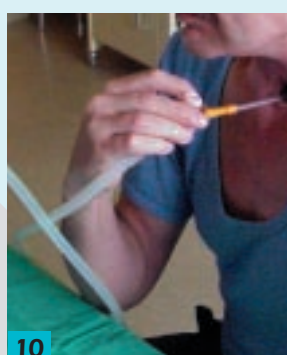
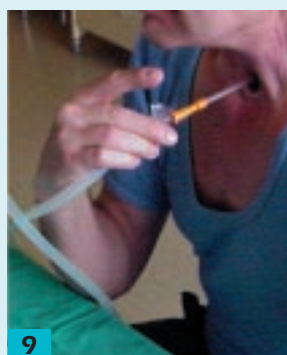
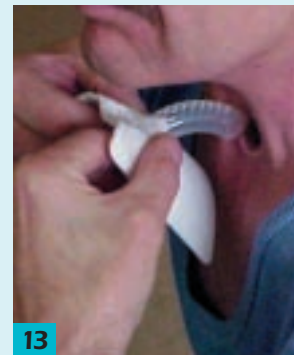
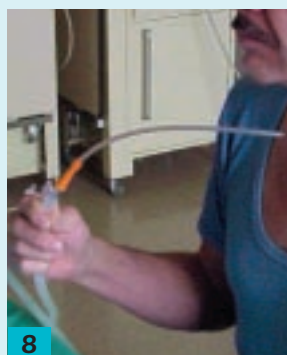
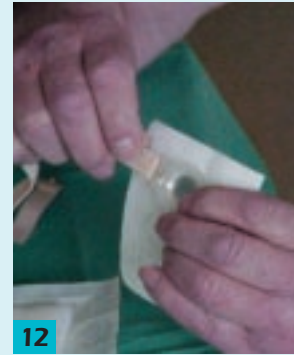
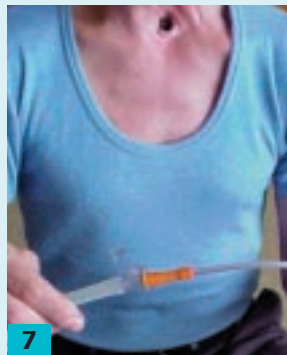
Die durchgeführte Schulung und deren Verlauf müssen im Anschluss auf dem Dokumentationsbogen Pflegegespräche (informative Anteile) bzw. auf dem Planungs- und Durchführungsbogen dokumentiert und mit Datum und Handzeichen abgezeichnet werden.

► Mögliche Hilfsmittel für die Schulung

- Hilfsmittelkatalog mit Abbildungen von verschiedenen Kanülentypen
- Informationsmaterial über die veränderte Anatomie
- Dia-Serie Kanülenwechsel
- Checkliste Kanülenwechsel
- Hinweis auf das PIZ als weitere Möglichkeit sich zu informieren.



FOTODOKUMENTATION DES KANÜLENWECHSELS MIT ABSAUGEN



3.4 Mikroschulung Kanülenreinigung und -pflege

► Lernziele zusammen mit dem Patienten festlegen

Das Ziel für diese Mikroschulung ist, dass der Patient unter Einhaltung der hygienischen Standards seine Kanüle reinigen und pflegen kann. Er sollte in der Lage sein, die Kanüle auf ihre Funktionsfähigkeit und ihren korrekten Zustand zu überprüfen.

► Vorkenntnisse des Patienten feststellen

Hat der Patient Vorkenntnisse im Bereich des hygienischen Arbeitens?

► Wissensdefizite ausgleichen

Die eingesetzte Kanüle kann ihre Funktion nur erfüllen, wenn sie sich in einem korrekten Zustand befindet. Sie darf keine Kanten, Grate oder andere Unebenheiten aufweisen. Die Innenkanüle muss genau in die äußere Kanüle passen und darf kein Spiel aufweisen. Die von den Herstellern angegebenen Hinweise und Einwirkzeiten für die Desinfektion müssen eingehalten werden.

► Praktische Darstellung der Technik der Kanülenpflege

Material:

- Kanülenreinigungsdose
- Kanülenreinigungspulver
- Kanülenreinigungsbürste
- Stomaöl
- Checkliste Kanülenreinigung und -pflege

Durchführung:

Kanülen mit Innenkanüle werden auseinandergenommen.

Die zerlegte Kanüle wird unter Leitungswasser abgespült und in die Reinigungsdose mit der lauwarmen Reinigungslösung gelegt (genaue Dosierung des Reinigungspulvers nach den Angaben des Herstellers beachten!)

Nach der vom Hersteller empfohlenen Einwirkzeit wird die Kanüle unter fließendem Wasser abgespült. Festsitzende Borken werden mit der Reinigungsbürste von der Kanülenspitze aus vorsichtig entfernt. Die Reinigungsbürste muss vor dem Gebrauch entsprechend der Kanülenform vorgebogen werden.

Nach dem Trocknen der Kanülenteile wird nur die Innenkanüle mit einem geölten Tuch abgerieben und dann in die Außenkanüle geschoben. Der Patient muss auf Risse und scharfe Kanten an der Trachealkanüle achten, um Verletzungen im Stomabereich vorzubeugen.

Die zusammengesetzte Kanüle soll mit einer Trachealkompresse und Halteband in einem sauberen verschlossenen Behälter aufbewahrt werden.

Die Bürste nach Benutzung sorgfältig unter fließendem Wasser reinigen und an der Luft trocknen. Die Bürste soll einmal wöchentlich ausgetauscht werden!



Kanülenreinigungsset
Optibrush®



Stomaöl



Trachealkanüle aus Sterlingsilber
mit zwei Innenkanülen



► Übungsmöglichkeiten geben

Der Patient erhält eine zweite Kanüle, an der er das Zusammensetzen der Kanüle üben kann. Die Checkliste Kanülenreinigung und -pflege ermöglicht dem Patienten durch die Abbildungen, den Vorgang zu reflektieren und den Ablauf zu erlernen.

► Fragen beantworten

Im Anschluss an die praktische Schulung sollte der Patient Gelegenheit haben, evtl. noch vorhandene Fragen zu stellen und beantwortet zu bekommen.

► Informationsmaterial aushändigen

Falls vorhanden, sollte dem Patienten Informationsmaterial über die erlernte Technik ausgehändigt werden. Im Klinikum Lüdenscheid ist auch der Hinweis auf das PIZ eine Möglichkeit für den Patienten, sich noch mit zusätzlichen Informationen zu versorgen.

► Kurze Kontrolle des Erlernten durchführen

Durch einige kurze Fragen sollte geprüft werden, ob der Patient die wesentlichen Informationen und Handlungsabläufe verinnerlicht hat.

► Feedback zur Schulung geben

Der Patient braucht eine Rückmeldung über den Verlauf der Schulung. Hier ist es wichtig, die Anteile, die der Patient gut gemacht hat zu benennen, um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken. Evtl. aufgetretene Probleme immer nur im Zusammenhang mit einem möglichen Lösungsansatz benennen.

► Dokumentation der Schulung

Die durchgeführte Schulung und deren Verlauf müssen im Anschluss auf dem Dokumentationsbogen Pflegegespräche (informative Anteile) bzw. auf dem Planungs- und Durchführungsbogen dokumentiert und mit Datum und Handzeichen abgezeichnet werden.

► Mögliche Hilfsmittel für die Schulung

- Informationsmaterial über Kanülenpflege
- Kanüle zum Üben
- Checkliste Kanülenreinigung und -pflege
- Informationsmaterial der Herstellerfirmen



4. BERATUNG UND VORBEREITUNG AUF DIE ENTLASSUNG

In einem dritten Bereich besteht der Anleitungsprozess auch aus beratenden Anteilen. Neben den Inhalten, die für alle Patienten nach einer solchen OP gleich sind, gibt es gerade in der Einbettung der Erkrankung in den Alltag des Patienten große Unterschiede. Besonders vor der Entlassung liegt hier sicher ein Schwerpunkt. Probleme in der weiteren ambulanten Versorgung, Probleme in der beruflichen Perspektive, der familiären Situation und der Einbindung des Patienten in sein soziales Umfeld sind nur durch eine individuelle Beratung zu lösen. Gefordert werden vom Patienten die Bereitschaft zum „Gespräch“, Einschätzung der eigenen Situation, Reflexionsfähigkeit und die Motivation an der Lösung der Probleme aktiv teilzunehmen.

Die meisten Inhalte aus dem Bereich der Informationsvermittlung wurden sicher schon vor der Operation durchgesprochen. Eine Übersicht über die schon gegebenen Informationen liefert der Dokumentationsbogen Pflegegespräche (siehe Anhang). Gerade zur Planung der Entlassung muss noch einmal überprüft werden, ob der Patient alle Informationen erhalten hat und auch auf sie zurückgreifen kann.

4.1 Das Entlassungsgespräch

Einige Tage vor der geplanten Entlassung in die häusliche Umgebung muss ein Entlassungsgespräch mit den Betroffenen und wenn möglich auch mit den Angehörigen geführt werden. Ziel dieses Gesprächs ist die Klärung noch bestehender Fragen und die Überprüfung der Situation nach der Entlassung.

Für noch bestehende Probleme muss zusammen mit den Patienten und ihren Angehörigen nach Lösungen gesucht werden.

Im Anschluss einige Fragen mit denen die Einschätzung erfolgen kann:

- Ist das häusliche Umfeld vorbereitet?
(Apparateversorgung, Einweisung in die Geräte, Pflegehilfsmittel erforderlich?, Verhaltensregeln für die Personen im direkten Umfeld ...)
- Ist die Versorgung sichergestellt?
(Selbstpflege, Pflege durch Angehörige oder ambulante Dienste...)
- Wissen der Patient und ggf. die Angehörigen über die Grundsätze in der Versorgung eines Tracheostomas Bescheid?
(Hygiene, Pflegetechniken, Raumluft, Stimmrehabilitation, Notfallsituationen)
- Ist die weitere berufliche/soziale Situation geklärt?
(Weiterbeschäftigung im alten Beruf langfristig möglich, Umschulung erforderlich, Rentenantrag, Schwerbehindertenausweis, ggf. Pflegegeld...)
- Sind Kontakte zu anderen Betroffenen erwünscht, wenn ja wurden sie hergestellt?
- Verfügen der Patient und seine Angehörigen über eine Liste von Ansprechpartnern, mit denen er bei auftretenden Problemen in Kontakt treten kann?

Am Ende des Gesprächs sollte auf jeden Fall nochmals darauf hingewiesen werden, dass die Betroffenen sich auch nach der Entlassung mit Fragen an die HNO-Station wenden können.



Erstausrüstungs-Set

4.2 Vorbereitung auf die häusliche Umgebung

4.2.1 Die Körperpflege

Grundsätzlich muss darauf geachtet werden, dass keine Flüssigkeiten oder Fremdkörper in das Tracheostoma eindringen. Dies ist besonders wichtig im Zusammenhang mit der Körperpflege der Betroffenen.

Beim Duschen und beim Waschen der Haare dürfen kein Wasser oder Schaum in das Tracheostoma eindringen. Beim Baden sollte die Badewanne deshalb nur bis ungefähr Bauchnabelhöhe mit Wasser gefüllt werden.

Ein Duscheschutz verhindert weitgehend das Eindringen von Wasser in das Tracheostoma.

Männern wird die Nassrasur empfohlen, wobei sie am Hals und Kinn beginnen sollen. Das Eindringen von Barthärchen, Feuchtigkeit und Rasierschaum in das Tracheostoma ist **unbedingt** zu vermeiden.

Das äußere Erscheinungsbild trägt wesentlich dazu bei, die neue Situation zu meistern. Im Fachhandel gibt es z.B. eine große Auswahl an Halstüchern, die das Stoma abdecken, und zugleich einen ausreichenden Luftstrom zulassen. Fragen Sie ihren Erstausrüster nach entsprechenden Bezugsquellen und Katalogen.

4.2.2 Die apparative Ausstattung

Bereits vor der Entlassung ist der Patient durch den Medizinprodukteberater in die Handhabung der Geräte einzuweisen. Für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt verordnet der Arzt ein Erstausrüstungs-Set.

Lieferumfang Erstausrüstungs-Set (Beispiel)

5	Pckg. 2 KAM Zweikammer-Tracheal-Kompressen
2	Pckg. 3 KAM Dreikammer-Tracheal-Kompressen
5	Pckg. Tracheal-Billroth-Lätzchen
2	Kanülentragebänder
1	Kanülen-Abstandhalter
1	Kanülenreinigungs-Set Optibrush
1	Flasche Stomaöl
3	Stoma-Schutzlätzchen, 5-lagig
3	Stoma-Schutzlätzchen, 8-lagig
4	Stoma-Schutztücher
2	Stoma Schutzschals
2	Stoma Schutzrollis
1	Raumluftbefeuchter
1	Duscheschutz
1	Tracheal-Taschen-Inhalator
1	Pckg. Stoma-Reinigungstücher
1	Tracheal-Inhaliergerät
1	Tracheal-Absaug-Set aus:
	– 1 Tracheal-Absauggerät
	– 1 Ersatzglas
	– 5 Ersatzfilterscheiben
	– 1 Tasche
200	Stoma-Katheter
1	Nachrüstsatz für Absauggeräte



Abb. 1
Sprechen mit dem Shunt-Ventil

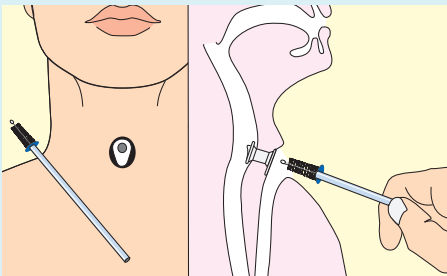


Abb. 2
Reinigen des Shunt-Ventils

4.2.3 Die Stimmrehabilitation

Die Stimmrehabilitation beginnt nach der abgeschlossenen Wundheilung.

► Die Stimmprothese:

Die Stimmbildung erfolgt durch Verschluss des Tracheostomas mit einem Finger und gleichzeitiges Ausatmen über die Luftröhre durch ein Ventil in die Speiseröhre und in den Hypopharynx.

Erst durch Schwingungen der Schleimhautfalten wird die Stimmbildung möglich.

Die tägliche Pflege des eingesetzten Shunt-Ventils erfolgt mit einer speziellen Reinigungsbürste.

► Die Oesophagus-Ersatz-Stimme:

Patienten ohne Stimmprothese erlernen die „Ructusstimme“. Dabei wird Luft durch den Mund in die Speiseröhre verschluckt und wieder kontrolliert herausgelassen. Die Stimmbildung wird durch Schwingungen der Schleimhautfalten in der **Speiseröhre** möglich.

► Elektronische Sprechhilfen:

Für Patienten, die andere Sprechtechniken nicht erlernen können, wird der Einsatz einer elektronischen Sprechhilfe empfohlen. Diese Sprechhilfe wird an den Mundboden angesetzt. Durch die in den Mundraum eingebrachten Schallschwingungen und Bewegungen des Mundes/Lippen und Zunge wird dann die Sprache geformt.

Die Behandlung von Schluckstörungen und die Sprachtherapie werden von einem niedergelassenen Logopäden durchgeführt.

4.2.4 Essen und Trinken

Bei einem komplikationslosen Verlauf bestehen grundsätzlich keine Einschränkungen bei der Nahrungszubereitung und -aufnahme. Einige Dinge sollten die Patienten jedoch berücksichtigen:

- Gründlich kauen und nur kleine Portionen schlucken. Die Nahrung sollte so angefeuchtet sein, dass sie nicht „im Hals stecken“ bleibt. Evtl. bei trockenen Speisen kleine Schlucke dazu trinken.
- Patienten können heiße Speisen nicht durch „Pusten oder Schlürfen“ abkühlen, daher ist große Vorsicht bei heißen Speisen geboten, damit es nicht zu Verbrennungen oder Reizungen an der Speiseröhre kommt.
- Der Geruchssinn ist stark eingeschränkt. Dies hat unter Umständen Auswirkungen auf den Appetit der Patienten. Durch Zufächern von Speisedämpfen in die Nase ist eine Geruchswahrnehmung möglich, wenn auch in abgeschwächter Form.

Der fehlende Geruchssinn kann in einigen Situationen auch Gefahren mit sich bringen. So können z. B. verdorbene Nahrungsmittel, die man üblicherweise zuerst am Geruch erkennt, nicht wahrgenommen werden. Es ist daher besonders wichtig auf Verfallsdaten und Mindesthaltbarkeitsdaten genau zu achten.

- Während oder nach einer Strahlentherapie kann die Speiseröhre stark gereizt und geschwollen sein. In diesen Fällen ist das Schlucken fester Nahrung mit starken Schmerzen verbunden. Hier sollte



Tracheospreizer



Notfall-Beatmungsmaske

eine möglichst flüssige/breiige Kost empfohlen werden. Vor dem Essen kann mit einem Lokalanästhetikum, gestoßenem Eis und einer ausreichenden Schmerzmedikation das Schlucken erleichtert werden.

Im Trias-Verlag ist ein Buch erschienen, dass sich mit den Problemen der Nahrungsaufnahme nach Kehlkopfoperationen auseinandersetzt und auch einen großen Rezeptteil beinhaltet.

Richtig essen nach Kehlkopf-Operationen

Dr. med. Heino Davids, Anne Iburg
Trias-Verlag, ISBN 3-8304-3063-9

4.2.5 Umgang mit Notfallsituationen

In folgenden Notfallsituationen sollte umgehend der behandelnde Arzt, bzw. die Notfallambulanz im Krankenhaus aufgesucht werden:

- Alle Zustände, die mit **Atemnot** einhergehen
- **Blutungen** aus dem Tracheostoma oder aus der Luftröhre
- Zunehmende **Schluckstörungen**

Sollte eine Atemnot auftreten, so muss der Patient zuerst durch Absaugen versuchen das Tracheostoma wieder frei zu machen.

Gelingt dies nicht, so ist auf jeden Fall die Kanüle zu entfernen.

Meistens wird die Atemnot schon durch das Entfernen der Kanüle gelindert, da zäher Schleim häufig mit der Kanüle entfernt wird.

Falls nicht, so muss erneut abgesaugt werden, diesmal ohne Kanüle und entsprechend vorsichtig, damit keine Blutung provoziert wird.

4.3 Konsiliarische Betreuung durch den Sozialdienst

Vor der Entlassung wird ein Sozialarbeiter/Sozialdienst eingeschaltet, um schon im Krankenhaus sozialrechtliche Fragen zu klären und notwendige Maßnahmen in die Wege zu leiten (z.B. Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung beim zuständigen Versorgungsamt, ggf. berufliche Rehabilitation, Einstufung in die Pflegeversicherung, Antragstellung für eine Anschlussheilbehandlung, Hilfestellung bei einer Heimplatzsuche...).

4.4 Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst

Ist die Versorgung durch Angehörige gewährleistet, kann zusätzlich für eine bestimmte Zeit ein ambulanter Pflegedienst/Gemeindschwester hinzugezogen werden, der die Patienten und ihre Familien in den ersten Wochen sowohl mit pflegerischen Maßnahmen und Ratschlägen, als auch psychisch unterstützt und den begonnenen Anleitungprozess weiterführt.

Für die ersten zwei Wochen nach der Entlassung kann der behandelnde Krankenhausarzt (mit Kassenzulassung) eine häusliche Pflege verordnen. Diese Einsätze des Pflegedienstes werden nicht über die Pflegeversicherung, sondern über die Krankenversicherung abgerechnet. Hat der Krankenhausarzt keine Kassenzulassung, so muss die Verordnung vom Hausarzt ausgestellt werden.

4.5 Selbsthilfegruppen für Kehlkopfoperierte

Ausgebildete Rehabilitationshelfer sind Kehlkopfoperierte, die andere Betroffene vor und nach ihrer Operation beratend betreuen.

Bei den regelmäßigen Treffen von „Gleichgesinnten“ werden Erfahrungen ausgetauscht oder Freizeitaktivitäten organisiert.

Die Selbsthilfegruppe unterstützt den Menschen im Umgang mit der neuen Lebenssituation und den Veränderungen im sozialen Umfeld.

Themenschwerpunkte sind z.B.:

- Die veränderte Kommunikationssituation
- Die neue Situation und die Herstellung oder Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten
- Hilfestellung bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen
- Umgang mit Problemen in der „normalen Umgebung“ (Husten, hygienische Probleme, sowie die notwendige Pflege während des Tages)

Ein erster Kontakt zu einem solchen Rehabilitationshelfer wird durch die Station routinemäßig schon vor der OP hergestellt.

4.6 Wichtige Adressen und Ansprechpartner

► Schwerbehindertenausweis

Der Antrag wird beim zuständigen Versorgungsamt gestellt.

Die Antragsformulare erhalten sie auch in Ihrer Stadtverwaltung.

Wenn ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt wurde, stehen dem Patienten unter Umständen weitere Hilfen zu. Diese sind abhängig vom Grad der Behinderung (GdB) und evtl. vorhandenen zusätzlichen Merkzeichen.

- | | |
|---|--------------------|
| – Lohn- und Einkommenssteuerfreibeträge | Finanzamt |
| – KFZ-Steuerermäßigung | Finanzamt |
| – KFZ-Versicherungsermäßigung | Versicherung |
| – Befreiung von Rundfunk- und Telefongebühren | GEZ/priv. Anbieter |

► Berufliche Rehabilitation

Kann aufgrund der Erkrankung der erlernte Beruf nicht mehr ausgeübt werden, z. B. wegen einer hohen Staubbelastung, so hat der Patient evtl. die Möglichkeit, einen neuen Beruf zu erlernen und dies als Umschulung vom Arbeitsamt oder dem zuständigen Rentenversicherungsträger finanziert zu bekommen. Der Antrag wird beim zuständigen Arbeitsamt gestellt.

► Renten

Ist der Patient nicht mehr in der Lage einen Beruf auszuüben und kommt keine Umschulung in Frage, so kann ein Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente, bzw. ab einem bestimmten Alter auf Vorruhestand beim zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt werden.

Eine Vertretung der gesetzlichen Rentenversicherer befindet sich in jeder Stadtverwaltung.

▶ Pflegebedürftigkeit

Ist ein Patient auch nach seinem Krankenhausaufenthalt weiterhin auf die Pflege z.B. von seinen Angehörigen angewiesen, so sollte ein Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt werden.

Dieser Antrag wird bei der Krankenkasse gestellt.

Ein Mitarbeiter des medizinischen Dienstes der Krankenkasse wird in einem Hausbesuch den Pflegebedarf feststellen.

Es ist hilfreich, wenn die pflegenden Angehörigen im Vorfeld ein „Pflegetagebuch“ führen, in das sie alle pflegerischen Maßnahmen mit Datum, Uhrzeit und Dauer eintragen.

▶ AHB/Kuren

Nach einer Laryngektomie hat der Patient einen Anspruch auf eine Anschlussheilbehandlung (AHB). Der Antrag wird durch den behandelnden Arzt im Krankenhaus gestellt und die Rehabilitation muss in einem kurzen zeitlichen Zusammenhang zum Krankenhausaufenthalt stehen.

Anträge für eine Kur aufgrund der bestehenden Grunderkrankung werden im späteren Verlauf wie gewohnt über den Hausarzt des Patienten bei der Krankenkasse oder dem zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt.

▶ Weitere Ansprechpartner

- Der behandelnde Arzt/im Notfall die HNO-Ambulanz im Krankenhaus
- Die Station
- Die Selbsthilfegruppe der Kehlkopflösen

5. DOKUMENTATION

Eine besondere Bedeutung innerhalb des Anleitungsprozesses hat die Dokumentation.

Auch hier gilt, wie in allen anderen Bereichen im Krankenhaus, dass in letzter Konsequenz nur das als durchgeführt angesehen wird, was auch dokumentiert wurde. In diesem Sinne ist eine gute Dokumentation auch ein Stück Rechtssicherheit für die Einrichtung.

Innerhalb des Anleitungsprozesses ist die Dokumentation aber auch aus einem anderen Grunde wichtig:

Durch sie kann jederzeit eine umfassende Information aller Personen erfolgen, die am Anleitungsprozess beteiligt sind. Dies gilt auch für die fachübergreifende Information (Ärzte, Logopädie, Physiotherapie ...)

Neben der Qualität der Informationsweitergabe kann durch die Dokumentation auch sichergestellt werden, dass alle Betroffenen die notwendigen Informationen erhalten.

Eine mehrfache Erläuterung von Inhalten kann vermieden werden, wenn sie nicht aus anderen Gründen erforderlich ist.

Für die Dokumentation wurden drei Bögen entwickelt:

- ▶ Einschätzungsbogen
- ▶ Dokumentationsbogen Pflegegespräche
- ▶ Planungs- und Durchführungsbogen

Ausser den Dokumentationsbögen wurden noch 4 Checklisten erstellt, die den Pflegenden helfen sollen, die wichtigsten Punkte zu vermitteln. Diese Checklisten sind die drei Mikroschulungen und die Planung der Schulungen und Gespräche.

Welcher Bogen?	Wann ausfüllen?	Warum?
Einschätzungsbogen	Orientierungsgespräch	Grundlage für die Planung
Dokumentationsbogen Pflegegespräche	Im Anschluss an die Gespräche	Dokumentation der Gesprächsinhalte
Planungs- und Durchführungsbogen	Im Anschluss an die Gespräche und Mikroschulungen	Dokumentation des Gesamtprozesses – Übersicht

EINSCHÄTZUNGSBOGEN

Anleitende/r

Datum

Patient

Alter

Beruf

Hobbys/Gesellschaftliche Aktivitäten

Praktische Veranlagung

Technisches Verständnis

Körperliche Einschränkungen

Lernmotivation

Gut

Mittel

Schlecht

Bemerkungen

Lerntyp

Aufnahmefähigkeit

Gut

Mittel

Schlecht

Beobachtungsfähigkeit

Gut

Mittel

Schlecht

Wahrnehmungsfähigkeit

Gut

Mittel

Schlecht

Bemerkungen

Aktives soziales Umfeld

Freundeskreis

Ja

Nein

Verwandschaft

Ja

Nein

Einbeziehung von Angehörigen

Wer:

Bemerkungen

Ängste und zu erwartende Probleme

Vorkenntnisse/ Erfahrungen

Weitere Informationen

DOKUMENTATIONSBOGEN PFLEGEGERÄCHE

Anleitende/r

Datum/Schulungsdauer

Patient und Angehörige

Ziel der Schulung: Aufklärung des Patienten über die Folgen der Laryngektomie/Tracheotomie – Alltagskompetenz

Probleme	Ursachen/Folgen	Maßnahmen	
Frühe postoperative Situation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesichtsoedeme ▶ Häufiges Absaugen/Schmerzen ▶ Redon/DK/Magensonde/ZVK 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pflegemaßnahmen ▶ Medikamente 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Psyche	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Veränderte soziale Situation ▶ Veränderte Physiologie/Anatomie ▶ Aesthetische/hygienische Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reha-Helfer/Selbsthilfegruppen ▶ ggf. berufliche Rehabilitation ▶ ambulanter Pflegedienst ▶ Sozialdienst ▶ Information/Beratung ▶ Verhaltensregeln 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Veränderte Anatomie 	Verständigung durch: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Schreibtafel/ Schiebetafeln ▶ Pseudoflüstern ▶ Gestik/Mimik/Klopfezeichen ▶ Stimmprothese ▶ Sprechkanüle ▶ Logopädische Therapie 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atmung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Borkenbildung ▶ Sekretbildung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anfeuchten/Erwärmen der Atemluft ▶ Absaugen ▶ Viel trinken ▶ Tracheostomaschutz ▶ Medikamentengabe 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tracheostoma	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rötungen, Blutungen, Läsionen, Schrumpfung, Entzündung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tracheostomapflege ▶ Fettsalbe 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hals-/Schulterbereich	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Neck-Dissection 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Krankengymnastische Übung 	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Probleme	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Schwierigkeiten beim Stuhlgang ▶ Schnäuzen/Hochziehen der Nase ▶ Geruchs-/Geschmacksstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Körperliche Bewegung ▶ Ernährungsumstellung ▶ Zufächern von Luft 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Schluckschwierigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Essgewohnheiten umstellen 	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Veränderte Anatomie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Duschhilfe, Naßrasur, Baden 	<input type="checkbox"/>
Notfälle	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verlegung des Stomas 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Handlungsanweisungen 	<input type="checkbox"/>

Gesamtbeurteilung/Bewertung:

PLANUNGS- UND DURCHFÜHRUNGSBOGEN

Patient

Angehörige

Angebote	Besonderheiten	Konsequenzen	Datum/Dauer	Fortschritt					
				1	2	3	4	5	
Orientierungsgespräch zur Einschätzung der Ausgangssituation									
Informationsgespräch für den Patienten									
Mikroschulung Absaugen									
Mikroschulung Kanülenwechsel und Tracheostomapflege									
Mikroschulung Kanülenreinigung und -pflege									
Apparative Ausstattung/Einweisung									
Vorbereitung auf die Entlassung									

Bemerkung







1. Information/Beratung
2. Verstanden
3. Zeigen
4. Unter Anleitung durchführen
5. Selbständig durchführen

CHECKLISTE PFLEGEGERÄTE

Inhalte	Hilfsmittel	Lernziel	Überprüfungsmerkmale
Orientierungsgespräch zur Einschätzung der Ausgangssituation	Einschätzungsbogen	Richtige Einschätzung des Patienten durch die anleitende Person. Die anleitende Person muß anschließend in der Lage sein, mit den Informationen, die individuelle Schulungsplanung für den Patienten durchzuführen.	Beobachtungskriterien: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Einstellung des Patienten ▶ Lernmotivation ▶ Vorkenntnisse ▶ Stärken und Ressourcen ▶ Schwächen und Probleme ▶ Beziehungsverstrickung ▶ Aufnahmefähigkeit ▶ Beobachtungsfähigkeit ▶ Wahrnehmungsfähigkeit Dokumentation erfolgt auf Einschätzungsbogen
Präoperatives Informationsgespräch mit dem Patienten	Dokumentationsbogen Pfleegerespräche Broschüren Anschauungsmaterial	Der Patient sollte nach dem Gespräch über Krankheitsbild und deren möglichen Folgen aufgeklärt sein. Informationen, die den Patienten belasten, sollten zu einem späteren Zeitpunkt benannt werden.	Pflegerische Einschätzung durch stichpunktartiges Fragen: (siehe Dokubogen Pflegegespräche) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Informationsbedarf ▶ Wissenslücken Dokumentation erfolgt auf dem Dokumentationsbogen Pflegegespräche sowie Planungs- und Durchführungsbogen
Mikroschulung Absaugen	Absauggerät Vernebler Absaugkatheter Leitfaden und Patientenbroschüre Spiegel	Erlernen der Fertigkeiten zur Durchführung des Absaugens	Überprüfung durch anleitendes Personal (siehe Checkliste) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verfahrensschritte ▶ Gesamtvorgang Dokumentation erfolgt auf Planungs- und Durchführungsbogen
Mikroschulung Kanülenwechsel und Tracheostomapflege	Spiegel, Trachealkanüle, Komresse, Kanülenhalteband, Gleitmittel, Feuchte Komresse, Fettsalbe, Leitfaden, Patientenbroschüre	Erlernen der Fertigkeiten zur Durchführung des Kanülenwechsels und der selbständigen Tracheostomapflege	Überprüfung durch anleitendes Personal (siehe Checkliste) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verfahrensschritte ▶ Gesamtvorgang Dokumentation erfolgt auf Planungs- und Durchführungsbogen
Mikroschulung Kanülenreinigung und -pflege	Kanülenreinigungsdose Reinigungspulver Reinigungsbürste Leitfaden und Patientenbroschüre	Erlernen der Fertigkeiten zur Durchführung der Kanülenreinigung und -pflege	Überprüfung durch anleitendes Personal (siehe Checkliste) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verfahrensschritte ▶ Gesamtvorgang Dokumentation erfolgt auf Planungs- und Durchführungsbogen
Apparative Ausstattung/ Einweisung	Absauggerät Inhalierer Raumluftbefeuchter	Selbständiger Umgang mit der apparativen Ausstattung	Überprüfung durch Medizinprodukteberater <ul style="list-style-type: none"> ▶ Geräteumgang ▶ Verhalten bei Geräteausfall ▶ Gerätepflege
Vorbereitung auf die Entlassung	Ansprechpartner Adressen Telefonnummern	Der Patient muss in der Lage sein, mit den erhaltenen Informationen, in Notfällen richtig reagieren zu können	Pflegerische Einschätzung durch stichpunktartiges Fragen (siehe Checkliste Entlassung): <ul style="list-style-type: none"> ▶ Informationsbedarf ▶ Wissenslücken Dokumentation erfolgt auf Dokubogen Pflegegespräche

CHECKLISTE ABSAUGEN

Ziel der Schulung: Erlernen der Fertigkeiten zur Durchführung des Absaugens


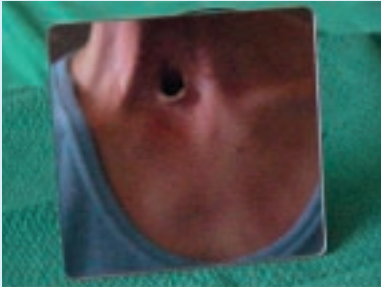
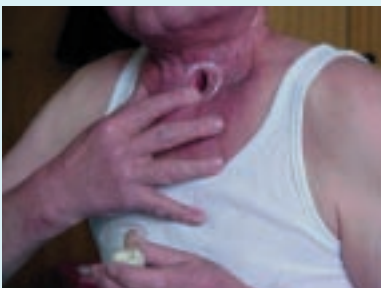

Schritte	Material	Bildarstellung
1. Händereinigung bzw. -desinfektion und Absauggerät auf Funktion überprüfen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reinigungs- bzw. Desinfektionsmittel ▶ ggfs. Bedienungsanleitung Absauggerät 	
2. Absaugkatheter steril mit Absaugverlängerung (Absaugschlauch) verbinden	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Steriler Absaugkatheter ▶ Absauggerät ▶ Schlauchverbinder/Fingertip 	
3. Einführung des Katheters bis zu maximal 15 cm ohne Sog	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Spiegel 	
4. Zurückziehen des Absaugkatheters mit Sog unter leichten Drehbewegungen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Spiegel 	
5. Absaugen Dauer: 10 bis maximal 15 Sekunden	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Absauggerät ▶ Abwurfbehälter ▶ Uhr mit Sekundenanzeige 	
6. Unter Umständen: Wiederholung des Vorgangs mit neuem Absaugkatheter	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Steriler Absaugkatheter ▶ Absauggerät ▶ Abwurfbehälter ▶ Uhr mit Sekundenanzeige 	

Schritte	Material	Bilddarstellung
<p>7. Falls erforderlich, Absaugen mit neuem Absaugkatheter des Mundes bzw. der Nase</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Abwurfbehälter ▶ Steriler Absaugkatheter ▶ Absauggerät 	
<p>8. Durchspülen der Absaugverlängerung mit Wasser</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Spülbehälter 	
<p>9. Achtung: Absaugkatheter darf nicht im vorderen Bereich berührt werden</p>		
<p>10. Achtung: Absaugkatheter nur einmal benutzen</p>		
<p>11. Material entsorgen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Abwurfbehälter 	

CHECKLISTE KANÜLENWECHSEL







Ziel der Schulung: Erlernen der Fertigkeiten zur Durchführung des Kanülenwechsels

Schritte	Material	Bilddarstellung
1. Händereinigung	<ul style="list-style-type: none">▶ Seife bzw. Desinfektionsmittel	
2. Vorbereitung einer sauberen Kanüle	<ul style="list-style-type: none">▶ Trachealkanüle▶ Kanülentrageband▶ Trachealkompressen▶ NaCl-Lösung oder Xylocain-Gel	
3. Einseitige Befestigung des Kanülenhaltebandes am Kanülenschild	<ul style="list-style-type: none">▶ Siehe unter 2.	
4. Absaugen bei vermehrtem Sekretauswurf	<ul style="list-style-type: none">▶ Funktionsfähiges Absauggerät▶ Absaugkatheter▶ Abwurfbehälter	
5. Lösen des Kanülenbandes von der liegenden Kanüle		
6. Entfernung der Kanüle	<ul style="list-style-type: none">▶ Abwurfbehälter	

Schritte	Material	Bilddarstellung
<p>7. Reinigung und Trocknen des Stomarandes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Feuchtes, sauberes und fussel-freies Tuch oder Kompresse ▶ Trockenes, sauberes fussel-freies Tuch oder Kompresse ▶ Stoma-Reinigungstuch 	
<p>8. Beobachtung auf Veränderungen des Tracheostomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gute Lichtverhältnisse ▶ Spiegel 	
<p>9. Bei Bedarf: Auftragen einer Fettsalbe im äußeren umliegenden Bereich des Tracheostomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pflegende Fettsalbe in der Tube 	
<p>10. Einsetzen der vorbereiteten Kanüle</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stomaöl 	

CHECKLISTE KANÜLENREINIGUNG UND -PFLEGE

Ziel der Schulung: Erlernen der Fertigkeiten zur Durchführung der Kanülenreinigung und -pflege

Schritte	Material	Bilddarstellung
1. Abspülen der zerlegten Kanüle unter Leitungswasser		
2. Zerlegte Kanüle in die Reinigungsdose mit lauwarmen Reinigungslösung legen (Dosierung des Reinigungspulvers nach Angaben des Herstellers)	<ul style="list-style-type: none">▶ Kanülenreinigungsdose▶ Kanülenreinigungspulver	
3. Abspülen der Kanüle unter fließendem Wasser		
4. Vorbiegen der Reinigungsbürste entsprechend der Kanülenform	<ul style="list-style-type: none">▶ Kanülenreinigungsbürste	
5. Entfernen der Borken mit Reinigungsbürste, dabei von der Kanülenspitze aus Bürste einführen	<ul style="list-style-type: none">▶ Kanülenreinigungsbürste	
6. Ölen der Innenkanüle nach dem Trocknen	<ul style="list-style-type: none">▶ Stomaöl	

Schritte

Material

Bilddarstellung

**7. Zusammensetzen der Kanüle:
Auf Risse und scharfe Kanten
der Kanüle achten!**

- ▶ Innenkanüle
- ▶ Außenkanüle



**8. Aufbewahren der zusammengesetzten
Kanüle mit einer Trachealkompresse
und Halteband in einem sauberen ver-
schlossenen Behälter**

- ▶ Trachealkompresse
- ▶ Halteband
- ▶ sauberer verschlossener Behälter



**9. Sorgfältige Reinigung der Bürste unter
fließendem Wasser**



10. Trocknen der Bürste an der Luft



**11. Auswechseln der Bürste:
einmal wöchentlich**

- ▶ Kanülenreinigungsbürste



6. UMSETZUNG AUF DER STATION

Die folgenden Vorschläge entstammen der ersten Umsetzungsphase auf der „Ursprungs-Station“.

Wir gehen davon aus, dass nur dreijährig ausgebildete Pflegende die Patienten verantwortlich anleiten, SchülerInnen sollen natürlich in Begleitung teilnehmen können.

Es ist günstig, wenn zunächst nur eine erfahrene und an Edukation interessierte Pflegeperson die Anleitung durchführt und später ihre Erfahrung auf ein bis zwei weitere KollegInnen überträgt. Im „Schneeballprinzip“ können dann weitere Krankenschwestern/pfleger in diese Aufgaben eingewiesen werden.

Wir raten Ihnen, sich anfangs gegenseitig zu begleiten, damit Sie eine Rückmeldung zu Ihrem Verhalten bekommen. Vielleicht kann auch die innerbetriebliche Fortbildung oder die Qualitätssicherung Ihr Vorhaben unterstützen.

Insgesamt empfehlen wir, die Einführung dieser Anleitung als „Projekt“ zu deklarieren, d.h. es gibt definierte Zeiträume, Termine, Besprechungen, Protokolle, Verantwortliche usw.

Starten Sie mit einer Auftaktveranstaltung in der alle Beteiligten, auch die verantwortlichen Ärzte, informiert werden und halten Sie Ihre Pflegedienstleitung „auf dem Laufenden“. Besorgen Sie sich die angegebene und weitere Literatur zu dieser Patientengruppe und zu pflegebezogener Edukation. Legen Sie einen Ordner an, in dem Texte, Protokolle und die Daten der angeleiteten Patienten erfasst werden.

Nach etwa einem Jahr sollte die Anleitung dieser Patientengruppe als festes und selbstverständliches Angebot Ihrer Station etabliert sein.

Jetzt bleibt uns nur noch übrig, Ihnen einen guten Start zu wünschen! Lassen Sie uns wissen, wie es vorangeht.

ACHTUNG

Vergessen Sie nicht, als Erstes die Bögen der Seiten 36 – 46 als Kopiervorlage zu hinterlegen und zu vervielfältigen. Diese sind „Verbrauchsgüter“ und sollten in den nächsten Jahren ausreichen.

HINWEIS

Sollten Sie an der Evaluierung teilnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an nebenstehenden Kontakt.

Kontaktadresse:

Klinikum Lüdenscheid
Patienten-Informations-Zentrum
Paulmannshöherstr. 14
58515 Lüdenscheid

7. EVALUATION

Eine Auswertung (Evaluation) ist wichtig, um den Nutzen nachzuweisen und das Programm an neue Gegebenheiten anzupassen. Zunächst raten wir Ihnen, Ihre Aktivitäten selbst auszuwerten. Füllen Sie dazu die vorgesehenen drei Dokumentationsbögen pro Patient sorgfältig aus, später sollen diese Bögen der Patientenakte beigefügt werden.

Weiter finden Sie im Konzept einen Vordruck zur Evaluation des gesamten Anleitungsprozesses durch die verantwortlichen Pflegenden. Dieser Bogen sollte immer ausgefüllt werden, er dient der gemeinsamen Reflexion und Weiterentwicklung.

Nach etwa fünf bis zehn Anleitungen sollten Sie die Erfahrungen in einer Besprechung thematisieren und dazu Notizen machen.

Patientenseitige Auswertung

Diesem Konzept beigefügt ist eine Einverständniserklärung des Patienten, an der späteren Auswertung des Programms teilzunehmen – bitte lassen Sie den Patienten diesen Bogen unterschreiben.

Natürlich ist die Rückmeldung der Patienten und deren Beurteilung des Schulungsverlaufes insgesamt sehr wichtig. Dazu haben wir einen Fragebogen entwickelt, der vor der Entlassung aus dem Krankenhaus an die Patienten ausgegeben wird (Seite 50). Diese Rückmeldungen der Patienten können sie auswerten, um die Qualität ihrer Schulungen zu verbessern. Dieser Bogen muss selbstverständlich auch den Unterlagen beigefügt werden.

Eigentlich können die Patienten die Hilfe durch das Programm erst nach einiger Zeit in der Häuslichkeit beurteilen. Aus diesem Grund ist es wichtig, eine spätere Auswertung vorzunehmen, etwa nach drei Monaten. Beigefügt ist ein Fragebogen, der von den Patienten nach drei Monaten in der häuslichen Umgebung ausgefüllt werden soll. Vielleicht kann er zu einem Nachsorgetermin überreicht, oder auf dem Postweg zugestellt werden.

Insgesamt befindet sich unser Anleitungsprogramm noch in der Entwicklungsphase. Es soll weiter optimiert werden und dazu benötigen wir Ihre Hilfe.

Wenn Sie teilnehmen können, bitten wir Sie, uns Ihre Dokumentationsbögen regelmäßig zuzusenden (durch die Postleitzahlangabe auf dem Bogen „Patientengespräche“ können wir Ihre Sendung zuordnen, Patientennamen unkenntlich machen). Bitte teilen Sie uns auf der ersten Sendung kurz etwas über die Station mit (welches Krankenhaus, Adresse, Bettzahl und Art der Station, verantwortlicher Ansprechpartner für uns) und welche Erfahrungen Sie bei der Umsetzung gemacht haben.

Als Dank für Ihre Rückmeldungen werden wir Sie über die Weiterentwicklung des Programmes informieren und Ihnen die „Updates“ zukommen lassen.

Nach der Erstentwicklung wurde das Programm bei uns von der Stationsleitung bei 12 Patienten getestet. Diese allererste Evaluation hat vor allem dazugeführt, dass die Dokumentationsbögen präzisiert wurden.

Das Programm wurde wie geplant umgesetzt und alle Teilnehmer äußerten sich sehr zufrieden.

Dennoch zeigte sich, dass der Anleitungsverlauf bei allen Betroffenen unterschiedlich war und verschiedene Strategien erforderlich wurden. Mal waren Vorkenntnisse vorhanden oder auch nicht, mal waren die Betroffenen hoch motiviert, mal eher apathisch, die Rolle der Angehörigen wechselte, in einem Fall musste der Anleitungsforgang wegen Krankheitskomplikationen unterbrochen werden.

Diese erste kleine Auswertung reicht nicht aus, um fundierte Aussagen über die Qualität des Programmes zu treffen. Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie uns für jeden Patienten Kopien der drei Dokumentationsbögen senden könnten, bitte teilen Sie uns dazu die erforderlichen Daten auf dem beigefügten Erfassungsbogen „Patientendaten“ mit. Aus Datenschutzgründen sollten Sie den Namen des Patienten auf allen Bögen unkenntlich machen.

RÜCKMELDEBOGEN PATIENT

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie befinden sich seit einiger Zeit in der stationären Behandlung durch die HNO-Abteilung dieses Krankenhauses. Während ihres Aufenthaltes auf unserer Station wurde Ihnen ein Tracheostoma angelegt und Sie wurden durch die Schwestern und Pfleger der Station im Umgang mit diesem Tracheostoma geschult. Um das bestehende Schulungskonzept auch weiterhin verbessern zu können, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten:

1. In welchen der folgenden Handlungen wurden Sie unterwiesen?

<input type="checkbox"/> Absaugen	<input type="checkbox"/> Reinigen der Kanüle	<input type="checkbox"/> Wechseln der Kanüle
-----------------------------------	--	--

2. Hatten Sie das Gefühl, dass während der Schulungen ausreichend Zeit vorhanden war, um die angestrebten Ziele zu erlernen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

3. Hatten Sie einen Ansprechpartner, an den Sie sich bei auftretenden Problemen oder Fragen wenden konnten?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

4. Fühlen Sie sich gut vorbereitet auf die neue Situation zu Hause?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Eher ja	<input type="checkbox"/> Eher nein	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

5. Sind Sie mit den Schulungen und Beratungsgesprächen insgesamt zufrieden?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Eher ja	<input type="checkbox"/> Eher nein	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

Mit den folgenden Fragen wollen wir untersuchen, ob es uns gelungen ist, Ihnen die grundlegenden Informationen zu vermitteln, oder ob wir die Schwerpunkte in unseren Informationsgesprächen verändern müssen. Wenn eine Liste von Antworten angegeben ist, kreuzen Sie bitte alle Antworten an, die Ihnen richtig erscheinen.

6. Können Sie sich die veränderten Verhältnisse in Ihrer Halsregion vorstellen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

7. Der fehlende Luftstrom durch die Nase führt zu einigen Problemen

<input type="checkbox"/> Ein Schnäuzen der Nase ist nicht mehr möglich, falls erforderlich muss die Nase auch abgesaugt werden	<input type="checkbox"/> Der Geruchssinn ist stark eingeschränkt, dies hat Auswirkungen auch auf den Geschmackssinn
<input type="checkbox"/> Riechen und Schmecken werden dadurch nicht beeinflusst	<input type="checkbox"/> Es fehlt das Anfeuchten der Atemluft, dass normalerweise durch die Nase geschieht

8. Mit welchen Maßnahmen können Sie erreichen, dass zähes Sekret in Ihren Bronchien flüssiger wird?

<input type="checkbox"/> Häufiger die Kanüle wechseln	<input type="checkbox"/> Mehr trinken	<input type="checkbox"/> Weniger trinken	<input type="checkbox"/> Raumluft anfeuchten	<input type="checkbox"/> Vernebler benutzen	<input type="checkbox"/> Häufiger absaugen
---	---------------------------------------	--	--	---	--

9. Wie häufig sollten Sie ihr Tracheostoma absaugen?

<input type="checkbox"/> Grundsätzlich alle drei Stunden	<input type="checkbox"/> Immer wenn ich die Kanüle wechsele
<input type="checkbox"/> Erst wenn es durch vorhandenes Sekret zu Atemnot kommt	<input type="checkbox"/> So oft wie nötig, aber so selten wie möglich, weil das Absaugen zu einer Reizung der Bronchien führt
<input type="checkbox"/> Immer wenn viel Sekret vorhanden ist	<input type="checkbox"/> In den ersten Wochen muss ich wahrscheinlich häufiger absaugen, später wird es seltener erforderlich sein

10. Beim Absaugen müssen folgende Punkte beachtet werden

<input type="checkbox"/> Die Spitze des Katheters darf nicht berührt werden	<input type="checkbox"/> Vor dem Absaugen immer erst die Hände waschen
<input type="checkbox"/> Beim Einführen des Katheters muss Sog im Katheter sein	<input type="checkbox"/> Beim Einführen des Katheters darf kein Sog im Katheter sein
<input type="checkbox"/> Der Saugvorgang darf nicht länger als 10-15 Sekunden dauern	<input type="checkbox"/> Absaugkatheter dürfen mehrfach verwendet werden
<input type="checkbox"/> Die Katheter dürfen nur einmal benutzt werden	

11. Bei der täglichen Körperpflege müssen folgende Punkte beachtet werden

<input type="checkbox"/> Auf Duschen und Baden muss ich wegen des Tracheostomas in Zukunft verzichten	<input type="checkbox"/> Zum Duschen muss ich einen besonderen Duschschutz tragen
<input type="checkbox"/> Das Eindringen von festen Bestandteilen oder Flüssigkeiten in das Tracheostoma muss in jedem Fall vermieden werden	<input type="checkbox"/> Besser nass rasieren, als mit einem Elektrorasierer
<input type="checkbox"/> Besser einen Elektrorasierer benutzen, als nass rasieren	<input type="checkbox"/> Beim Baden sollte die Badewanne nur gut zur Hälfte gefüllt sein und ich sollte auf schäumende Badezusätze verzichten

12. Haben Sie zu folgenden Punkten Informationen erhalten

Verhaltensregeln im Notfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Adressen von Ansprechpartnern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann müssen Sie einen Arzt aufsuchen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mögliche Anträge an öffentliche Stellen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Zum Schluss benötigen wir noch die Angabe Ihres Alters und des Geschlechts

Alter	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
--------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

8. LITERATUR

Zur Erstellung dieses Leitfadens wurden folgende Quellen herangezogen:

- ▶ Armstrong E; Isman K; Dooley P; Brine D; An investigation into quality of life of individuals after laryngectomy; Head Neck; Heft 23, Jan 2001, S.16-24
- ▶ Davids, Heino; Iburg, Anne; Richtig essen nach Kehlkopf-Operationen; Trias-Verlag; 2002
- ▶ De Boer MF; Van den Borne B; Pruyn JF; Psychosocial and Physical Correlates of Survival and Recurrence in Patients with Head and Neck Carcinoma; Cancer; Heft 83, Dec. 1998, S. 2567-79
- ▶ De Boer MF; Pruyn JF; van den Borne B; Rehabilitation outcomes of long-term survivors treated for head and neck cancer; Head Neck; Heft 17, Nov 1995, S. 503-515
- ▶ Deleyiannis FW; Weymuller EA; Coltrera M; Quality of life after laryngectomy: are functional disabilities important?; Head Neck, Heft 21, Jul 1999, S.319-24
- ▶ Deutsche Krebshilfe, Die blauen Ratgeber Heft 11, Rachen- und Kehlkopfkrebs
- ▶ Ganz, F.-J.; Leitfaden für Kehlkopflose; Fa. Fahl (Herausgeber)
- ▶ Keim, Michael; Die Pflege des tracheotomierten Patienten; Krankenpflege-Journal 7/8 1988
- ▶ Klug-Redmann, Barbara; Patientenschulung und -beratung; Ullstein Mosby; Berlin/Wiesbaden 1996
- ▶ Knöbber, Dirk F.; Der tracheotomierte Patient; Springer Verlag; 1991
- ▶ Menche, N.; Bazlen, U.; Kommerell, T.: Pflege heute; Gustav Fischer Verlag; Stuttgart; 1998
- ▶ Natvig K; Laryngectomees in Norway. Study No. 2: Pre-operative counselling and postoperative training evaluated by the patients and their spouses; J Otolaryngol, Heft 12, Aug 1983, S.249-54
- ▶ Natvig K; Laryngectomees in Norway. Study No. 5: Problems of everyday life; J Otolaryngol, Heft 13, Feb. 1984, S. 15-22
- ▶ Papadas T; Charokopos N; Karamouzis MV; Rehabilitation after laryngectomy: a practical approach and guidelines for patients; J Cancer Education; Heft 17, Jhg.2002, S. 37-9
- ▶ Stafford ND; Lewin RJ; Nash P; Hardman G; Surgeon information giving practices prior to laryngectomy: a national survey; Ann R Coll Surg Engl; Heft 83, Nov 2001, S. 371-5
- ▶ Weiße-Albrecht, A.; Wegweiser für Kehlkopflose; Hrg: I.R.L. Institut für Rehabilitation Laryngektomierter GmbH; Köln
- ▶ Salter, M.: Körperbild und Körperbildstörungen, Ullstein Medical, Wiesbaden, 1998
- ▶ Zegelin-Abt, A.; Georg, J.: Körperbildstörungen – eine Aufgabe für die Pflege; Die Schwester/der Pfleger, 39. Jhg.; Heft 12/2000, S.1028-1031
- ▶ Zegelin-Abt, Angelika; Neue Aufgabe für die Pflege – Patientenedukation; Die Schwester/Der Pfleger; 39. Jahrg. 01/00

Die Tracheotomie

Definition

Die Tracheotomie ist ein Verfahren, in dem durch einen Halsschnitt ein Zugang zur Trachea, meist zwischen dem 3. und 4. Trachealsegment, geschaffen wird.

Die auf diese Weise geschaffene Verbindung wird Tracheostoma genannt.

Die Anlage eines Tracheostomas kann vorübergehend oder permanent erforderlich sein.

Das Ziel des Eingriffs ist es, die Atemwege freizuhalten bzw. frei zu machen.

Indikation

- ▶ vor großen Operationen im Kopf-/Halsbereich
z.B.: Patient mit Oropharynx tumor (individuell erforderliches Zeitfenster)
- ▶ bei Langzeitbeatmeten
z.B.: Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma
- ▶ bei Luftnot
z.B.: Patienten mit Rekurrensparese
Patienten mit neurologischen Erkrankungen
Patienten mit Tumorerkrankungen
(Anlage passager oder permanent)

Operationstechnik

Nach einem Längsschnitt durch die Haut werden Subcutan- und Fettgewebe sowie der Schilddrüsenisthmus durchtrennt, so daß die Trachea frei liegt. In Höhe der 3. und 4. Trachealspange wird die Luft-röhre mit einem U-förmigen Schnitt eröffnet. Durch Vernähen der Trachealvorderwand mit der unteren Hautwand entsteht der Unter-rand des Tracheostomas (Lappen nach Björk).

Vorteile:

- ▶ Pflegeleicht
- ▶ Kanülenwechsel ist problemlos durchzuführen
(ohne Hilfsmittel möglich)
- ▶ Das Tracheostoma kann fast nicht kollabieren

Im Gegensatz dazu besteht eine Kollapsgefahr bei:

- ▶ Tracheostoma ohne Ausklappen eines Knorpeldeckels
- ▶ Tracheostoma nach percutaner endoskopischer Tracheotomie.



Rügheimer Kanüle



Biesalski Kanüle



Duravent® UNI Sprechkanüle mit zwei Innenkanülen, davon eine mit aufschiebbarem Silberventil und eine mit 15 mm-Konnektor



Trachealkanüle mit Sprechventil aus Sterlingsilber

Postoperative Kanülenversorgung

In den ersten Tagen nach der Operation wird z. B. eine „Rügheimer-Kanüle“ eingesetzt, die postoperativ für einige Stunden geblockt bleibt, um eine Aspiration von Sekret und Blut zu vermeiden.

Der erste postoperative Kanülenwechsel wird durch den behandelnden Arzt nach 2 Tagen durchgeführt, falls erforderlich auch früher.

Sobald es die Wundverhältnisse zulassen, wird der Patient mit einer **einfachen** Sprechkanüle versorgt, die ihm ein Sprechen ermöglicht (z. B. Biesalski-Kanüle, Duravent® Sprechkanüle).

Diese einfache Kanüle besteht aus einer Außen- und einer Innenkanüle.

Das Sprechventil wird auf das Ende der Kanüle aufgesetzt.

Bei Luftnot und nachts wird der Aufsatz bzw. die Innenkanüle weggelassen.

Zum Sprechen kann dann der aufgesetzte Finger als Ventil benutzt werden.

Für zu Hause werden dem tracheotomierten Patienten 2 Sprechkanülen aus PVC rezeptiert. Jede Kanüle ist mit 2 verschiedenen Innenkanülen ausgestattet. Eine davon ist mit einem Sprechventil aus Metall als Schiebeventil versehen.

Während der Radiatio (Bestrahlung) muss die Kanüle – kurzfristig – gegen eine **metallfreie** Kanüle ausgetauscht werden.

Die Kanülengröße richtet sich nach den anatomischen Verhältnissen des Tracheostomas.

Der Verbandwechsel wird je nach Sekretabfluss vorgenommen.

Kostaufbau

Am Abend des Operationstages erhält der Patient Tee und breiige Nahrung.

Je nach Befinden des Patienten erhält er am ersten postoperativen Tag ebenfalls breiige bzw. weiche Kost.

Dabei muss auf die Gefahr der **Aspiration** durch eine vorhandene Schlucklähmung geachtet werden. Weitere Probleme können eine Schwellung im OP-Gebiet mit Beteiligung der lokalen Nervenversorgung sein.

* Bei ausgedehnten Tumoren im Oropharynxbereich kann der Patient oftmals nur über eine PEG ernährt werden.

Das endständige Tracheostoma

(permanentes Tracheostoma nach Kehlkopfentfernung)

Definition

Künstlich angelegte Öffnung der Trachea zum Halsbereich

Indikation

- ▶ Kehlkopfmalignom
- ▶ Hypopharynxtumor
- ▶ Mundhöhlentumor

Die Operationstechnik

Wird der Larynx wegen eines Tumors entfernt, kommt es zwangsläufig zu einer Trennung von Trachea und Ösophagus.

Die Speiseröhre behält den Anschluß zur Mundhöhle. Der Tracheastumpf wird oberhalb der Schlüsselbeine in der Halsmitte zirkulär vernäht.

Der Kanülenwechsel ist meist einfacher als bei einem vorübergehend angelegten Tracheostoma.

Bei Verdacht auf Lymphknotenmetastasen wird eine „Neck dissection“ vorgenommen. Während der operativen Sanierung werden auf der betroffenen Seite auch die regionalen Lymphknoten entfernt.

Zur Stimmrehabilitation wird heute meist eine Stimmprothese zwischen Tracheastumpf und dem unteren Hypopharynx eingesetzt.

Stimmprothese

Die frühe postoperative Versorgung

- ▶ Intensivüberwachung für ca. 2 Tage
- ▶ Parenterale Ernährung über ZVK
- ▶ Am ersten postoperativen Tag maschinelle Beatmung
- ▶ Anlage eines Urindauerkatheter
(je nach Befinden des Patienten wird dieser wieder gezogen)

Postoperative Kanülenversorgung

Der laryngektomierte Patient wird bis zum 8./9. Tag mit einer blockbaren Kanüle („Rügheimer-Kanüle“) versorgt. In den ersten Stunden bleibt die Kanüle, bis zum Nachlassen der Blutung, wegen der Aspirationsgefahr geblockt.

Der erste Kanülenwechsel wird am zweiten postoperativen Tag durch den behandelnden Arzt vorgenommen, danach täglich durch das Pflegepersonal.

Nach abgeschlossener Wundheilung wird der Patient mit einer „gesiebten“ Silikonkurzkanüle versorgt. Diese kann zuerst nur zeitweise, später bei stabilem Tracheostoma auch ganz weggelassen werden (stabile Narbe).



Stimmprothese (Shunt-Ventil)



Gesiebte Silikonkurzkanüle

Kostaufbau

Der Patient wird 8-10 Tage über eine nasogastrale Sonde ernährt, um Wundheilungsstörungen zu vermeiden. Danach erhält der Patient anfangs Suppen und breiige Kost, die langsam bis zu Vollkost aufgebaut wird. Blähende und säurelockende Speisen sollen vermieden werden.

Komplikationen

- ▶ intraoperativ:
Blutungen, Pneumothorax, kardiale Arrhythmien, Magenblutung, Stressulcus
- ▶ früh postoperativ:
Blutungen, Wundinfektionen, Mediastinitis, Emphysem
- ▶ spät postoperativ:
Granulation, tracheo-ösophagiale Fistel, Trachealstenose, Stenose des Tracheostomas

ANHANG II: FRAGEBOGEN

- ▶ Patientendaten
- ▶ Evaluation durch die anleitende Pflegeperson
- ▶ Einverständniserklärung
- ▶ A. Nutzen des Anleitungsprogramms
„Umgang mit einem Tracheostoma“
- ▶ B. Pflegeberatung
- ▶ C. Aktuelle Situation
Allgemeines Wohlbefinden
- ▶ D. Angaben zur Ihrer Person



HINWEIS

Alle Checklisten und Formulare dieser „Anleitung zur Tracheostoma-Pflege“ stehen auf CD-ROM für Sie zum Ausdrucken zur Verfügung bzw. können im Internet unter www.fahl.de als pdf-Datei abgerufen werden.

**Wir helfen
Ihnen weiter!**

IHR PARTNER FÜR

DIE REHABILITATION

NACH LARYNGEKTOMIE

UND TRACHEOTOMIE

ANDREAS FAHL

MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH

August-Horch-Straße 4 a · D-51149 Köln · **Telefon 0 22 03/29 80-0**

Fax 0 22 03/29 80-100 · e-mail vertrieb@fahl.de · Postfach 92 03 44 · 51153 Köln

www.fahl.de