

Standaard verpleegkundige stomaverzorging

I. Data verzamelen.

II. Verpleegkundige diagnoses.

III. Doelstellingen/gewenste resultaten.

IV. Verpleegkundige uitvoering.

V. Evaluatie.

VI. Herbeoordelen.

Ineke
Broekkamp
W.C.S.

I. Data verzamelen.

Het verzamelen van informatie omtrent de gezondheidsstatus van de patiënt wordt systematisch en doorlopend gedaan. Deze informatie wordt vastgelegd, is terug te vinden en wordt doorgegeven naar de juiste personen.

Een adequate informatiebasis is de grondslag van een geïnformeerde praktijk. De informatie wordt verkregen via:

1. doornemen van dossiers, ook de voorgeschiedenis
2. vraaggesprek met de patiënt en/of familie
3. lichamelijk onderzoek
4. overleg met de arts en andere disciplines

De stomaverpleegkundige gebruikt de verkregen informatie om de verzorgingsbehoefte van de patiënt vast te stellen en om de juiste verpleegkundige diagnoses te stellen.

1. het doornemen van het medische dossier zal het volgende omvatten, maar is niet hiertoe beperkt:

- 1.1 persoonsgegevens
- 1.2 algemene klacht
- 1.3 medische diagnose/medische voorgeschiedenis
- 1.4 prognostische indicators
- 1.5 medische behandelingsplannen
- 1.6 behandelingsplannen van andere disciplines
- 1.7 resultaten van onderzoeken
- 1.7.1 radiologische onderzoeken
- 1.7.2 laboratorium onderzoeken
- 1.7.3 biopsies/pathologische

uitslagen

- 1.7.4 speciale diagnostische onderzoeken

2. vraaggesprek met patiënt en/of familie zal het volgende omvatten maar is niet hiertoe beperkt:

- 2.1 inzicht in de huidige gezondheidsproblemen
- 2.1.1 begin en duur
- 2.1.2 welke factoren verergeren en welke ontlasten de problemen
- 2.1.3 vorige behandelingsplannen
- 2.2 kennis en ervaring betreffende de huidige gezondheidsproblemen
- 2.3 huidige ontwikkelingsniveau
- 2.4 identificeren van educatieniveau, leerstijlen en gevoelsstatus
- 2.5 emotionele reacties
- 2.6 zelfbegrip in verwerkingsstrategieën, hierbij ingesloten de beschikbaarheid en gebruik van steungroepen
- 2.7 culturele invloeden en hoe het gedrag en de waardering omtrent gezondheid zijn
- 2.8 identificeren van sociaal-economische status
- 2.9 beroep, hobby, sociale en spirituele activiteiten
- 2.10 tegenwoordige medicijngebruik en gebruik/misbruik in het verleden; ook gebruik van medicijnen die zonder recept verkregen zijn
- 2.11 allergieën en gevoeligheden
- 2.12 patronen van voedsel- en vochtinname
- 2.13 ontlastingspatronen
- 2.14 seksuele geschiedenis
- 2.14.1 huidige seksueel patroon en de verwachtingen
- 2.14.2 eigen waarde, problemen, bezorgdheden
- 2.15 doornemen van de geïdentificeerde gezondheidsproblemen

3. lichamelijk onderzoek van de patiënt en zijn status zal het volgende omvatten maar is niet

hiertoe beperkt:

- 3.1 algemeen voorkomen
- 3.2 neurologische status en functies, o.a. niveau van bewustzijn, oriëntatie, gevoelsfuncties, coördinatie
- 3.3 spier en skelet status en hoe dit functioneert, o.a. mobiliteit, handigheid en sterkte
- 3.4 voeding/vocht status, o.a. gebruikelijke lichaamsgewicht, huidige gewicht, gewicht veranderd in tijdsbestek, ideaal gewicht, inspecties van huid, slijmvlies en haar.
- 3.5 status en functies van het maag-darmkanaal, o.a. abdominale omvang, aan/afwezigheid van vergroeiingen, darmgeluiden, gevoeligheden, pijn, hoeveelheid en karakteristiek van de ontlasting
- 3.6 status/functie van de urinewegen, o.a. hoeveelheid en hoedanigheid van de urine, plaspatroon, structurele abnormaliteiten
- 3.7 status van de huid, o.a. kleur, structuur, flexibiliteit (turgor) en oneffenheden

II. Verpleegkundige diagnoses.

De verpleegkundige diagnoses komen voort uit de informatie over de gezondheidsstatus en zijn gebaseerd op subjectieve en objectieve bevindingen. Deze beknopte verklaringen zijn het eindprodukt van de onderzoeksfase en worden gerapporteerd.

Verpleegkundige diagnoses zijn/worden:

1. gebaseerd op gevalideerde informatie.
2. vastgesteld door de verkregen informatie te vergelijken met vastgestelde normen en/of met de mens zijn vroegere conditie

3. overeenkomstig met de huidige kennis en praktijk
4. aangepast aan de veranderingen in de behoeften van de patiënt

III. Doelstellingen/ gewenste resultaten

De gewenste resultaten moeten haalbaar zijn en de verpleegkundige uitvoering is zo gericht, dat het effect te merken zal zijn; gewenste resultaten worden gerapporteerd.

Doelstellingen/gewenste resultaten zijn/worden:

1. ontleend aan de verpleegkundige diagnose
2. ontwikkeld in samenwerking met de patiënt/familie en het gezondheidsteam
3. stemmen overeen met de hulpbronnen en de mogelijkheden van de patiënt
4. gericht op lichamelijke, educatieve, psycho-sociale, seksuele en spirituele behoeften
5. geëvalueerd en mogen veranderd worden al naar gelang de behoefte

IV. Verpleegkundige uitvoering.

Het plan voor de verpleegkundige verzorging schrijft een systematische aanpak voor om de gewenste resultaten te behalen. Het plan wordt ontwikkeld, gerapporteerd en uitgevoerd met klinische bekwaamheid. Dit plan geeft een voortdurend onderzoek weer en de her-evaluaties.

Het verpleegkundige plan is ontwikkeld met de patiënt/familie en het gezondheidsverzorgings-team en in het plan is opgenomen:

1. prioriteiten voor de verpleegkundige werkzaamheden
2. logische volgorde van werkzaamheden om de doelstelling te bepalen

3. de huidige wetenschappelijke kennis
4. de aanwezige hulpbronnen; menselijk, materieel en financieel
5. het milieubewustzijn wat van invloed kan zijn op de verzorging
6. de rechten van de patiënt en van de persoon met een stoma
7. de individuele verzorging
8. specifieke weergave van wat, wanneer, hoe en door wie de verpleegkundige uitvoering wordt gedaan
9. groei naar een optimaal gezondheidsniveau, hierbij ingesloten maar niet beperkt tot:
 - 9.1 educatie van patiënt en/of familie
 - 9.2 steun geven aan patiënt en/of familie
 - 9.3 juiste productselectie om de patiënt op een optimaal niveau van zelfverzorging te brengen
 - 9.4 voorbereiden van ontslag
 - 9.5 een voortdurend onderzoek en her-evaluatie van alle aspecten

V. Evaluatie.

De reactie van de patiënt op de verpleegkundige verzorging wordt geëvalueerd door de geobserveerde reacties te vergelijken met de gewenste resultaten. De reacties van de patiënt worden gedocumenteerd in het verpleegkundig dossier.

VI. Herbeoordelen.

Herbeoordelen is een doorlopend proces dat samengaat met veranderingen aan te brengen in het verpleegplan, indien nodig. Het is gericht op het behalen of niet behalen van de gewenste doelstelling, door verandering in de conditie van de patiënt en/of nieuwe data. Elke aanpassing in het verpleegplan wordt vastgelegd.