

SONDERAUSBILDUNG IN DER PFLEGE IM OPERATIONSBEREICH

16. Februar 2009 bis 16. Februar 2010

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

„Vom Bett auf den Tisch“

Die präoperative Pflegevisite -
Teil des ganzheitlich gelebten Pflegeprozesses

vorgelegt von: Wolfgang Angerer
LKH Villach
Unfall OP

begutachtet von: OSR. Mag. Petra Tilli
LKH Klagenfurt
Bildungszentrum

Dezember, 2009

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Arnoldstein, im Dezember 2009

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Abschlussarbeit gibt einen Überblick darüber, wie wichtig es ist, dass der Pflegeprozess nicht vor der OP-Tür endet, sondern dass eine ganzheitliche Pflege, in der der Patient und nicht seine Diagnose im Mittelpunkt steht, unabdingbar ist. Ein Teil der Abschlussarbeit bezieht sich auf die Definition und die theoretische Bearbeitung der präoperativen Pflegevisite. Beschrieben wird, wie die Pflegevisite ein Ende des Pflegeprozesses vor dem Operationssaal eventuell verhindern könnte. Im Vorfeld werden die Begriffe Pflegeprozess und Pflegevisite definiert und die gesetzliche Grundlage im Verantwortungsbereich des diplomierten Pflegepersonals beschrieben. Abschließend wird die präoperative Pflegevisite aus der Sicht des Fachdienstes und aus der Sicht des Patienten bearbeitet.

GESPRÄCH

Ist Leben und intensive Gegenwart
Bedeutet Begegnung und schafft Beziehung
Gespräch befreit, löst und hellt auf
Schließt ein und verbindet
erfreut und gibt Kraft
frage mich, plaudere mit mir
gib mir ein Kompliment
antworte auf meine unausgesprochenen Wünsche
Wenn wir krank sind,
brauchen wir das Gespräch

(aus Gestrich, 2006, S. 18)

INHALTSVERZEICHNIS

0. VORWORT	7
1. EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG	8
2. DER PFLEGEPROZESS „PFLEGE NACH MASS“	10
3. GESETZLICHE VERANKERUNG	12
3.1 § 14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes.....	12
3.2 Der Begriff der Eigenverantwortlichkeit.....	13
3.3 Pflege im Operationsbereich	13
4. DIE PRÄOPERATIVE PFLEGEVISITE - EIN INSTRUMENT ZUR QUALITÄTSSICHERUNG	14
4.1 Der richtige Zeitpunkt zur Durchführung der präoperativen Pflegevisite.....	16
4.2 Voraussetzungen zur Durchführung der präoperativen Pflegevisite.....	16
5. DURCHFÜHRUNG DER PRÄOPERATIVEN PFLEGEVISITE	17
6. ERHEBUNG ANHAND DER 12 LEBENSAKTIVITÄTEN	19
6.1 Ruhen und Schlafen.....	19
6.2 Sich bewegen.....	20
6.3 Sich waschen und kleiden.....	20
6.4 Essen und Trinken	21
6.5 Ausscheiden.....	21
6.6 Regulieren der Körpertemperatur.....	21
6.7 Atmen	22
6.8 Für Sicherheit sorgen.....	22
6.9 Sich beschäftigen.....	23
6.10 Kommunizieren	23
6.11 Sich als Mann oder Frau fühlen.....	23
6.12 Sinn finden.....	24

7. ASPEKTE, DIE DEM PATIENTEN VERMITTELT WERDEN.....	25
8. IST - SITUATION	27
8.1 Einführung der präoperativen Pflegevisite	27
8.2 Durchführung der geplanten Maßnahmen.....	28
9. POSTOPERATIVER BESUCH.....	29
10. DIE PRÄOPERATIVE PFLEGEVISITE AUS DER SICHT DES PATIENTEN	30
11. DIE PRÄOPERATIVE PFLEGEVISITE AUS DER SICHT DES PFLEGE- PERSONALS	33
12. ZUSAMMENFASSUNG.....	35
13. LITERATURVERZEICHNIS	37

0.VORWORT

Für jeden Menschen stellt eine Operation ein einschneidendes Erlebnis, das mit vielen Sorgen und Ängsten einhergeht, dar. Angst vor der unbekanntem Situation, der eigenen Handlungsunfähigkeit während der Narkose und einer eventuellen vorübergehenden Abhängigkeit nach der Operation lösen Unsicherheit bei den Patienten aus.

In meinem beruflichen Alltag als diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger im operativen Bereich sehe ich nicht selten Patienten, die verunsichert, gestresst und sogar ängstlich in den Operationssaal gebracht werden. Die belastenden Faktoren vor einer Operation, nicht nur die Krankheit an sich, können die Patienten in eine tiefe Krise stürzen. Für mich als diplomierte Fachkraft im Unfall-OP des Landeskrankenhauses Villach stellt sich die Frage, ob durch umfassende Information und Aufklärung diese Belastungen für die Patienten verhindert oder minimiert werden könnten. Die präoperative Pflegevisite bietet eine Möglichkeit, dass sich Pflegepersonal und Patient am Vortag der Operation kennenlernen und eventuelle Fragen, die durch ärztliche Seite noch offen geblieben sind, beantwortet werden. Durch die präoperative Pflegevisite ergibt sich für das diplomierte Fachpersonal im operativen Bereich die Gelegenheit, aus dem isolierten Funktionsbereich herauszutreten, die Stationen zu besuchen und damit den Informationsaustausch an den Schnittstellen zu verbessern. Die Abschlussarbeit setzt sich mit dem Thema präoperative Pflegevisite auseinander, und es wird auf Vor- und Nachteile bzw. ihre Praxistauglichkeit eingegangen.

Abschließend möchte ich mich bei Frau Mag. Petra Tilli für die freundliche und kompetente Betreuung beim Schreiben meiner Abschlussarbeit bedanken. Mein Dank gilt auch meiner Frau, die mir in der Zeit meiner Sonderausbildung eine große Stütze ist und mir bei der Literaturrecherche geholfen hat. Ein weiteres Dankeschön gilt meiner Schwägerin Frau Mag. Birgit Jarnig für das Korrekturlesen der Arbeit.

Arnoldstein, im Dezember 2009

Angerer Wolfgang

1. EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMSTELLUNG

Die Anonymität und der hohe technische Standard in großen Krankenhäusern wirkt auf viele Patienten beängstigend. Besonders in den Stunden vor einer geplanten Operation machen sich die Patienten Sorgen und sehen nicht selten sogar ihre Existenz bedroht. Angst vor einer Narkose, danach nicht mehr aufzuwachen, Schmerzen während der Operation zu spüren oder gar die Sorge, dass etwas bei der Operation schief gehen könnte, sind nicht selten die Geister, die diese Patienten am Tag und in der Nacht vor einer Operation plagen. Um eine umfassende Versorgung der Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen Bedürfnisse zu gewährleisten, hat sich in vielen Häusern die präoperative Pflegevisite bereits bewährt. Im Rahmen des Krankenpflegeprozesses ist das Pflegepersonal gefordert, den Umgang mit Patienten neu zu überdenken. Trotz modernster Technik, einzuhaltender Hygienevorschriften und gesetzlicher Vorgaben, sollte stets der Patient mit seinen Anliegen und Bedürfnissen im Vordergrund stehen. Den Patienten im Vorfeld kennenzulernen und ein präoperatives Gespräch zu führen, dies wird von den Patienten zum Großteil sehr positiv angenommen, kann viele Bedenken zerstreuen und auch dem Pflegepersonal die Arbeit beim Einschleusen und Identifizieren des Patienten erleichtern.

Folgende Fragen werden in der Abschlussarbeit bearbeitet:

- Endet der Pflegeprozess vor der OP-Türe?
- Kann die präoperative Pflegevisite dies verhindern?
- Würde durch die Einführung der präoperativen Pflegevisite die Informationsweitergabe zwischen den Schnittstellen optimiert werden?

Der Beruf der Pflege beschränkt sich nicht auf einzelne Fertigkeiten und Handreichungen, was ihn nicht zuletzt auch so reizvoll und erfüllend macht. Er ist auch nicht nur eine Tätigkeit der Hände, verbunden mit menschlicher Kommunikation. Pflege muss umfassender gesehen werden: als helfende, heilende Zuwendung eines ganzen Menschen zu einem ganzen Menschen. Ohne medizinische Ausbildung, pflegerische Erfahrung und handwerkliche Sorgfalt ist Krankenpflege nicht denkbar, jedoch dürfen auch im Funktionsbereich OP Mitgefühl, Interesse, Hingabe und partnerzentriertes Nachdenken nicht zu kurz kommen. Immer ist der ungeteilte Mensch gefordert, der ganzheitlich seine Berufsaufgabe erfüllt.

Die Gesundheits- und Krankenpflege ist zu gleichen Teilen eine manuelle Tätigkeit wie auch mitmenschliche Beziehung (vgl. Gestrich, 2006, S. 12).

Präoperativ wird der Patient von ärztlicher Seite genau aufgeklärt. Der Kontakt zum Pflegepersonal beschränkt sich bis kurz vor der Operation auf das diplomierte Fachpersonal im stationären Bereich. Das Personal im Funktionsbereich, das den Patienten vor und während der Operation betreut, sieht er erst beim Einschleusen, wenn die Prämedikation bereits erfolgt ist. Er unterschreibt am Vortag alle Einwilligungen, dennoch bleiben oft Fragen und Ängste unbeantwortet. Das kurze Identifikationsgespräch lässt keinen Raum für ein einfühlsames Eingehen auf die Ausnahmesituation, in der der Patient sich befindet. Die präoperative Pflegevisite dient der Informationssammlung, die eine Voraussetzung für das Festlegen der Pflegeziele ist. Ein weiteres Ziel ist es, dem Patienten Informationen über den Ablauf am OP-Tag zu geben und auf seine Fragen einzugehen. Immer noch trauen sich die Patienten nicht, dem Arzt Fragen zu stellen oder verstehen seine Antworten nicht.

Es soll aber auch gesagt sein, dass die Pflegevisite nicht nur Vorteile bringt. Eine potenzielle Schwierigkeit stellt der leider immer wiederkehrende Personalengpass dar. Die zur Verfügung stehende Zeit wächst nicht mit den Aufgaben im Gesundheits- und Krankenpflegedienst mit. Die Zeit, die dem Patienten geschenkt werden kann, schrumpft mit dem steigenden Verwaltungsaufwand. Der Personalschlüssel hat sich mit der Weiterentwicklung der Pflege nicht wesentlich nach oben verändert (vgl. Gestrich, 2006, S. 13).

Die gewählte Form bei allen personenbezogenen Bezeichnungen in der gesamten Arbeit gilt selbstverständlich für beide Geschlechter (Anmerkung des Verfassers).

2. DER PFLEGEPROZESS „PFLEGE NACH MASS“

Die folgende Definition des Begriffes Pflegeprozess wurde gewählt, weil sie in verständlichen Worten erklärt, was der Pflegeprozess ist und welche Möglichkeiten der individuellen Patientenpflege er bietet. Weiters ist sie die in der Literatur am häufigsten verwendete Definition des Begriffes (Anmerkung des Verfassers).

„Der Pflegeprozess ist eine systematische und zielgerichtete problemlösende Arbeitsweise. Sie berücksichtigt bedrohliche und verstärkende Effekte der Selbst- und Laienpflege. Zudem ermöglicht der Pflegeprozess eine systematische und zielgerichtete Abstimmung der Pflege auf den individuellen Patienten“. (Arets et. al 1999, S. 265)

Pflege nach Maß kann nur dort stattfinden, wo auch „Maß genommen“ wird. Auf den Stationen ist ein ganzheitlich gelebter Pflegeprozess heute schon eine Selbstverständlichkeit (Anmerkung des Verfassers). Die Mehrzahl des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals, ist heute von der Wichtigkeit des Pflegeprozesses überzeugt. Die Pflege kann auf diese Weise am besten individuell auf den jeweiligen Menschen zugeschnitten werden. Das oberste Ziel des methodischen Pflegens lautet deshalb „Pflege nach Maß“. Zum methodischen Pflegen führt zuerst das Sammeln von Informationen, mit anschließender Auswertung der Informationen. Daraus ergibt sich die Formulierung der Pflegediagnosen mit Festlegung der Pflegeziele. Nach der Planung der pflegerischen Interventionen geht es erst an die Durchführung der eigentlichen Pflege. Zwischendurch, in regelmäßigen Abständen, wird die Pflege evaluiert. Bei der Entlassung des Patienten erfolgt abermals eine komplette Evaluation der Pflege. So kann die Pflegebeziehung konstruktiv begonnen, fortgesetzt und wieder beendet werden (vgl. Arets et. al 1999, S. 253).

Im Funktionsbereich reicht die kurze Zeit der Kommunikation mit dem Patienten nicht aus, um individuell auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen. Die Arbeitsabläufe sind automatisiert und laufen nach einem festen Schema ab (Anmerkung des Verfassers).

Zu einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung gehören das Planen von Pflegemaßnahmen, Pflegezielen und das Auswählen der angemessenen Interventionen. Der Pflegeplan stellt als Teil der Patientenakte eine Hilfe für die Pflegenden dar, um sich der

Bedürfnisse des Patienten, der Pflegeziele und der erforderlichen Maßnahmen bewusst zu werden. Pflegerische Leistung wird so aber auch für Krankenkassen, Gutachter und Akkreditierungsagenturen transparent (vgl. Doenges et. al, 2002, S. 26).

Die Pflegeplanung richtet sich im Allgemeinen nicht nach dem Gesamtaufenthalt des Patienten, sondern nur nach seinem prä- oder postoperativen Aufenthalt auf der jeweiligen chirurgischen Station. Er erlebt die Zeit vor, während und nach der Operation als getrennte Teilstücke, in denen er mit ihm unbekanntem Pflegenden konfrontiert wird. Durch die präoperative Pflegevisite könnten diese Teilstücke ein Ganzes ergeben und der Prozess würde sich wie ein roter Faden durch den Aufenthalt ziehen. Der Patient, der sich schon von seinen privaten Bezugspersonen trennen muss, würde im Operationssaal einer vertrauten Person (Bezugsschwester/pfleger) wiederbegegnen. Vertrautes gibt Sicherheit. Die präoperative Pflegevisite bietet dem Patienten weiters eine sichere Informationsquelle, an die er sich vertrauensvoll wenden kann. Außerdem erhält er Verhaltensanweisungen für die Situation vor und nach seiner Operation, er wird über den Vorgang des Einschleusens aufgeklärt und erfährt, warum es z. B. aus medizinischen Gründen nötig ist, ihm nach ärztlicher Anordnung z.B. einen Blasenverweilkatheter zu setzen. Dies ersetzt nicht die Aufklärung durch die Ärzte, kann aber helfen, vorhandene Zweifel und unnötige Ängste abzubauen (Anmerkung des Verfassers).

Durch regelmäßige Besuche beim Patienten dient die Pflegevisite als Kontaktmöglichkeit und zur organisatorisch gefestigten Möglichkeit der Beziehungsaufnahme. Der Pflegeperson zeigen sich Probleme und Ressourcen, die herangezogen werden können, um sich daraus ergebende Maßnahmen und Ziele zu bestimmen und diese immer wieder neu zu evaluieren. Dies sollte während des ganzen Aufenthaltes stattfinden. Die Pflegevisite dient somit als Sicherung und gibt Unterstützung für die verantwortliche Pflegeperson, wenn komplizierte Fragestellungen auftauchen oder bei umstrittenen Planungen (vgl. Hollick, 2004, S. 19).

Durch den Kontakt zwischen Stationsteam und OP-Team wird auch die Informationsweitergabe optimiert. Die diplomierte Fachkraft auf Station (bestenfalls die Bezugspflegerperson) trifft sich vor der Pflegevisite mit dem Fachdienst aus dem Operationsbereich, was in jedem Fall ein „Untergehen“ von wichtigen Informationen, die den Patienten betreffen,

verhindern oder zumindest verringern kann. Die Anwendung des Pflegeprozesses ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, wie im nächsten Kapitel erläutert, zwingend vorgeschrieben (Anmerkung des Verfassers).

3. GESETZLICHE VERANKERUNG

Nachfolgend werden zwei Paragraphen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes beschrieben, die den Schwerpunkt des Pflegeprozesses sowie die Eigenverantwortung des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege im operativen Bereich besonders deutlich hervorheben (Anmerkung des Verfassers).

3.1 § 14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes

Der § 14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes macht deutlich, dass der Pflegeprozess gesetzlich verankert ist und somit ist es vorgeschrieben, danach zu arbeiten und dies genauestens zu dokumentieren (Anmerkung des Verfassers).

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich (§ 14) umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und Beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege. Er umfasst insbesondere: die Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten, die Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie die Feststellung der Pflegebedürfnisse und die Planung der Pflege. Weiters ist die Durchführung der Pflegemaßnahmen und die Auswertung der Resultate (Evaluation) festgeschrieben. Er beinhaltet auch die Weitergabe von Informationen über Krankheitsvorbeugung und die Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Die psychosoziale Betreuung der Patienten gehört ebenso in den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Auch die Dokumentation des Pflegeprozesses sowie die Organisation der Pflege sind ein nicht unwesentlicher Teilbereich. Auch die Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals, die Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen ihrer Ausbildung

sowie die Mitwirkung an der Pflegeforschung sind gesetzlich verankert (vgl. Weiss-Faßbinder et al. 2006, S. 57-58).

3.2 Der Begriff der Eigenverantwortlichkeit

Der Begriff der Eigenverantwortlichkeit bedeutet, dass die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Ausübung der Tätigkeiten, die ihr Berufsbild umfasst, eigenverantwortlich handeln. Rechtlich gesehen heißt Eigenverantwortlichkeit fachliche Weisungsfreiheit jedes zur Ausübung des Berufes Berechtigten im Rahmen des Berufsbildes. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege haften demnach auch für den Schaden, den sie durch nicht fachgemäße Behandlung verursachen. Durch den Grundsatz der strafrechtlichen Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit muss jede Person erkennen, ob sie die dafür geforderten Fähigkeiten und Kenntnisse besitzt. Die Eigenverantwortlichkeit ist also nicht als verzichtbares Recht, sondern als Pflicht in der Ausübung des Berufes der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege zu verstehen (vgl. Weiss-Faßbinder et al. 2006, S. 58-59).

3.3 Pflege im Operationsbereich

Der §21 des Gesundheits- und Krankheitspflegegesetzes beschreibt den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des diplomierten Pflegepersonals im operativen Bereich. Er unterscheidet sich wesentlich zum §14. Jedoch gilt es beide Bereiche zu verbinden und zu erfüllen, da bei der Betreuung der Patienten prä- und postoperativ keine klare Trennung der Tätigkeitsbereiche möglich ist (Anmerkung des Verfassers).

§21.: Die Pflege im Operationsbereich umfasst die Vorbereitung, Mitwirkung und Nachbetreuung bei operativen Eingriffen. Dazu gehört insbesondere das Instrumentieren in allen operativen Fachrichtungen sowie die Mitwirkung bei der Planung und Organisation des Operationsbetriebes. Die Desinfektion, Sterilisation und Wartung der Instrumente gehören ebenfalls in diesen Bereich. Weiters beinhaltet er auch die prä- und postoperative Betreuung der Patienten im Operationsbereich (vgl. Weiss-Faßbinder et al. 2006, S. 97-98). Die Realisierung des Pflegeprozesses, als Ausdruck der geplanten Pflege, stellt also in professioneller und rechtlicher Hinsicht eine Notwendigkeit dar (vgl. Hollick, 2004, S. 111).

Hier nicht näher beschrieben wird der §15, der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich, sowie der §16, der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich, denen aber die gleiche Wichtigkeit und Pflicht zur Erfüllung zukommt. Um die Paragraphen 14 und 21 erfüllen zu können, gehört es unter anderem dazu, den Patienten zu kennen und möglichst viel über seine ureigenen Bedürfnisse zu erfahren. Den Patienten ganzheitlich zu betrachten, ist unabdingbar um den Pflegeprozess auch im Operationssaal nicht abreißen zu lassen. Ein Instrument zur Erreichung dieses Zieles stellt die präoperative Pflegevisite dar. Wie im nächsten Kapitel beschrieben, dient die präoperative Pflegevisite auch zur Sicherung der Pflegequalität (Anmerkung des Verfassers).

4. DIE PRÄOPERATIVE PFLEGEVISITE - EIN INSTRUMENT ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Systematisch und patientenbezogen erbrachte Pflegeleistungen werden anhand der Pflegevisite als Instrument der internen Qualitätssicherung evaluiert, der Pflegeprozess wird hinsichtlich seiner Umsetzung überprüft. Kontrolliert wird, ob die geplanten und durchgeführten Maßnahmen den individuellen Bedürfnissen des Patienten entsprechen, die gewünschte Wirkung erreichen und somit die Zufriedenheit des Patienten mit der geleisteten Pflege gegeben ist (vgl. Heering, 2006. S. 59-60).

„Im Sozialgesetzbuch V §137 werden die zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken“. (Hollick, 2004, S. 31)

Im Sinne eines Problemlösungsprozesses kann der Pflegeprozess im Operationsbereich hier als Teil eines ganzheitlichen Konzepts gesehen werden, der es möglich macht, Pflege zu evaluieren und damit als Instrument der Qualitätssicherung dient (vgl. Hollick, 2004, S. 31).

Der Begriff „Pflegequalität“ wird nach Donabedian in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegliedert. Auf die Rahmenbedingungen der Pflege bezieht sich der Begriff der Strukturqualität. Besonderes Augenmerk wird auf die personelle, organisatorische und sachliche Ausstattung des Pflegedienstes gelegt. An Art und Umfang der pflegerischen Interventionen orientiert sich die Prozessqualität. Die Gesamtheit der pflegerischen Aktivi-

täten werden beurteilt. Den Grad der Erreichung der Pflegeziele, d.h. den Gesundheitszustand und den Zufriedenheitsgrad des Patienten, beschreibt die Ergebnisqualität. Heute gilt es als eines der zentralen Anliegen der Gesundheitspolitiker, der in Gesundheitsberufen Tätigen und der Patienten, die Qualität im Gesundheitsbereich zu verbessern und messbar zu machen (vgl. Kemetmüller, 2003, S. 143-144).

Zwei klassische Definitionen für Pflegequalität, die sehr verständlich formuliert sind, allerdings nicht als Maß für die Güte und den Wert der Pflege gelten, werden an dieser Stelle zitiert. Donabedian formulierte 1968: „*Qualität ist der Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Pflege*“. (Kemetmüller, 2003, S. 143)

Williamson erweiterte diese Definition um den Aspekt der Zweckmäßigkeit: „*Qualität ist der Grad des erreichten Erfolges in der Pflege, der mit verantwortlichem Gebrauch von Mitteln und Leistungen erreicht wird*“. (Kemetmüller, 2003, S. 143)

Die Ansätze zur Definition von Qualität sind sehr unterschiedlich (vgl. Kemetmüller, 2003, S. 143).

Einfacher zu messen ist die Qualität an der erreichten Patientenzufriedenheit und nicht zuletzt auch an der Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihren Leistungen und Ergebnissen (Anmerkung des Verfassers).

Treten Pflegende und Patient miteinander in Kontakt, kommt ein zwischenmenschlicher Beziehungsprozess in Gang. Gemeinsames Ziel von Pflegenden und Patient ist die Erreichung einer optimalen Pflege. Für das Gelingen und den Erfolg ist die Art und Qualität der pflegetherapeutischen Beziehung entscheidend. Die erfolgreiche Anwendung des Pflegeprozesses setzt eine von Wertschätzung, Echtheit und Empathie geprägte Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten voraus. Das notwendige Vertrauen, damit Menschen sich öffnen, sich anvertrauen und sich ernst genommen fühlen können, entsteht nur in einer solchen Beziehung. Der Patient wird sich als Mensch angenommen fühlen, sich äußern und aktiv mitarbeiten können. Die präoperative Pflegevisite kann hierzu einen vielleicht entscheidenden, wichtigen Beitrag leisten (vgl. Heering, 2006, S. 17-18).

Die Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch beim Patienten, bei dem mit dem Patienten über seinen Pflegeprozess gesprochen wird. Die präoperative Pflegevisite ist hingegen ein einmaliges Gespräch vor der geplanten Operation. Im besten Fall und wenn möglich, folgt

ihr einige Tage nach der Operation ein weiterer Besuch, welcher zur Evaluation dient (vgl. Hollick, 2004, S. 39).

Für die Durchführung der präoperativen Pflegevisite sollte auch, wie im nachfolgenden Unterkapitel erläutert, der passende Zeitpunkt gewählt werden (Anmerkung des Verfassers).

4.1 Der richtige Zeitpunkt zur Durchführung der präoperativen Pflegevisite

Am Vorabend der geplanten Operation ist der beste Zeitpunkt, um die erforderlichen Informationen vom Patienten einzuholen. Die Operation ist noch ein Stück weit weg und somit die Bereitschaft des Patienten sich auf ein Gespräch einzulassen wesentlich größer, als am Tag der Operation. Die nervliche Anspannung ist noch nicht so groß, so dass noch Raum und die Gedankenfreiheit beim Patienten vorhanden sind, selbst auch Fragen zu stellen, die ihn beschäftigen. Die Stationen liefern zwar auch ihre erhobenen Daten mit, sie reichen jedoch nicht aus, den Patienten prä-, intra- und postoperativ individuell und somit bestmöglich zu versorgen (vgl. Hollick, 2004, S. 39).

Um die präoperative Pflegevisite zum selbstverständlichen Teil der täglichen Routine werden zu lassen, müssen im Vorfeld einige Voraussetzungen erfüllt werden (Anmerkung des Verfassers).

4.2 Voraussetzungen zur Durchführung der präoperativen Pflegevisite

Soll die präoperative Pflegevisite regelmäßig durchgeführt werden, ist die Unterstützung und Organisation durch Vorgesetzte erforderlich. Im Tagesablauf einer OP-Abteilung ist sie in der Regel nicht vorgesehen und somit auch nicht in den Zeitplan integriert. Die benötigte Zeit muss also extra eingeplant werden. Auch der Patient soll natürlich bereit dazu sein. Er muss seine Bereitschaft zur Zusammenarbeit bzw. Unterstützung geben. Verweigert der Patient dies, ist das selbstverständlich zu respektieren. Bei verwirrten Patienten und bei Kindern wird eventuell eine Bezugsperson hinzugezogen werden. Unter Umständen ist die präoperative Pflegevisite aus medizinischen Gründen nicht zumutbar. Hier verlässt sich das OP-Personal ausschließlich auf die Informationssammlung des Stationspersonals. Die Kooperation mit dem Pflegepersonal auf Station, bestenfalls mit der Bezugspflegeperson, kann zu einer wesentlichen Verbesserung des Informationsflusses

führen. Sie geben auch Auskunft darüber, in welchem Zimmer der Patient liegt und ob es Probleme, wie z. B. sprachlicher Natur, gibt (vgl. Hollick, 2004, S. 39-40).

Es ergeben sich drei Voraussetzungen zur Durchführung der präoperativen Pflegevisite. Dazu zählen, dass die Zeitressource im Spätdienst vorhanden ist, der OP-Fachdienst motiviert und bereit ist, sie durchzuführen, und dass die gleiche Pflegefachkraft auch am nächsten Tag Frühdienst hat, um den Patient im Operationssaal in Empfang zu nehmen. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann sich jedoch ergeben, dass aus personellen Gründen, nur bei einem Patienten pro Tag eine präoperative Pflegevisite durchgeführt werden kann (vgl. Hollick, 2004, S. 42).

Im nachfolgenden Kapitel wird die eventuelle Durchführung der präoperativen Pflegevisite beschrieben (Anmerkung des Verfassers).

5. DURCHFÜHRUNG DER PRÄOPERATIVEN PFLEGEVISITE

Die diplomierte Fachkraft geht, wenn die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind, in Bereichskleidung d.h. in grüner OP-Kleidung, auf die jeweilige Station. Für den Patienten ist die Kleidung als Wiedererkennungsmerkmal für den Tag der Operation von Bedeutung. Nachdem die Pflegeperson nach Rücksprache mit dem Stationspersonal Einsicht in die Krankengeschichte genommen hat, erfragt sie Besonderheiten in der Pflege des Patienten und natürlich die Zimmernummer. Die Pflegefachkraft stellt sich beim Patienten vor und nennt, neben Namen und Funktion, den Grund ihres Erscheinens. Die präoperative Pflegevisite verläuft in drei Phasen. Hauptteil ist die Datenerhebung, neben der Information des Patienten und schließlich der Verabschiedung. Die Erfahrung zeigt, dass der Großteil der Patienten, in den Kliniken in denen eine präoperative Pflegevisite bereits durchgeführt wird, positiv überrascht ist und sich aktiv am Gespräch beteiligt (vgl. Hollick, 2004, S. 42).

Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass während des gesamten Gesprächs die Intimsphäre des Patienten gewahrt wird, und gegebenenfalls d.h. bei Mehrbettzimmern ein anderer Ort zur Gesprächsführung gewählt wird. Die Patienten geben größtenteils mehr von sich Preis und trauen sich mehr zu fragen, wenn kein Dritter mithört (Anmerkung des Verfassers).

In einem lockeren Gespräch, in das die Punkte des Erhebungsbogens einfließen, oder in strenger Reihenfolge des Bogens erfolgt die Erhebung der Daten. Welche Form der Erhebung gewählt wird, entscheidet die diplomierte Fachkraft. Dies kann auch von Patient zu Patient neu zu entscheiden sein. In diesem Zuge nimmt die Pflegeperson gleich die Haut in Augenschein oder das Ausmaß einer Bewegungseinschränkung wird ermittelt, um diese bei der Lagerung im Operationssaal berücksichtigen zu können. In der Regel findet im Laufe dieses Gesprächs schon eine Informationsweitergabe über die Gegebenheiten im Operationssaal statt. Fragen des Patienten werden selbstverständlich auch während der Erhebung zwischendurch schon beantwortet (vgl. Hollick, 2004, S. 43).

Die Zusicherung, den Patienten am Tag der geplanten Operation an der Patientenschleuse in Empfang zu nehmen oder ihn sogar auf der Station selbst abzuholen, gibt dem Patienten Sicherheit und dient zu seiner Beruhigung. Eventuell kann gleich ein Termin für einen postoperativen Besuch ins Auge gefasst werden. Je nach Gesprächsbedürfnis des Patienten dauert so eine Pflegevisite zwischen 40-60 Minuten und dient als vertrauensbildende Maßnahme (vgl. Hollick, 2004, S. 42-43).

Das für die Datenerhebung notwendige Instrument, der Assessmentbogen, kann auf verschiedenen Grundlagen basieren. Eine dieser Grundlagen sind die 12 Lebensaktivitäten, kurz ATL's, nach Juchli (Anmerkung des Verfassers).

6. ERHEBUNG ANHAND DER 12 LEBENSAKTIVITÄTEN

Die Informationssammlung anhand der 12 Lebensaktivitäten erfasst den Menschen in seiner Ganzheit, nicht seine Diagnose steht im Mittelpunkt, sondern der Patient mit all seinen eigenen Bedürfnissen und Eigenarten wird erfasst. Mit der Bezeichnung Lebensaktivitäten wird beschrieben, was das tägliche Leben an Aktivitäten mit sich bringt. Jeder Mensch führt sie auf seine eigene Art und Weise durch, abhängig von seinem Gesundheitszustand und seiner seelischen und geistigen Verfassung. Die Art und Weise, wie ein Mensch seine täglichen Lebensaktivitäten ausführt, ist sehr individuell. Genauso unterschiedlich fallen die Antworten auf die Fragen zu den Lebensaktivitäten aus. Den Patienten als Individuum zu betrachten, seine Bedürfnisse und Eigenarten zu berücksichtigen, ist ein Teilbereich der Arbeit des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals. Erfolgt die Informationssammlung anhand der 12 Lebensaktivitäten, wird sichergestellt, dass kein Punkt, der für die intraoperative Pflege des Patienten von Bedeutung ist, vergessen wird. Der Patient kann im Prinzip über alles sprechen, und doch hat die Pflegefachkraft Punkte, an die sie sich hält, um im Gespräch nicht den Faden zu verlieren und eventuell das Wichtigste ausgelassen wird (Anmerkung des Verfassers).

6.1 Ruhen und Schlafen

Zur Erholung von Körper und Geist sind Ruhen und Schlafen elementare Vorgänge. Durch erholsamen Schlaf und Ruhepausen wird die Gesundheit des Menschen gefördert und bewahrt.

Auch perioperativ kann hierfür viel getan werden. Bei der Ankunft des Patienten im Operationssaal sind Ruhe und eine gelöste Atmosphäre förderlich dafür, dass der Patient auch seine innere Ruhe wiederfindet und sich gelassener den Dingen stellt, die da kommen. Privatgespräche und Auseinandersetzungen sind im Operationssaal zu vermeiden. Auch beim Aufwachen soll für eine ruhige Atmosphäre gesorgt werden. Auch intraoperativ ist Lärm jeglicher Art, wie Auseinandersetzungen oder das Fallenlassen von Instrumenten, unbedingt zu vermeiden (vgl. Wenger, 1990, S. 31).

Hat der Patient sich bei der präoperativen Pflegevisite geäußert, dass er es gerne ruhig hat und Lärm nicht verträgt, kann darauf auch im Operationssaal und im Aufwachzimmer be-

schränkt Rücksicht genommen werden. Laute Gespräche und das Fallenlassen von Gegenständen soll soweit wie möglich vermieden werden (Anmerkung des Verfassers).

6.2 Sich bewegen

Bewegung heißt, seinen Standort zu verändern, sich fortbewegen, gehen oder laufen. Bewegung kann aber auch bedeuten, Gebärden zu machen, Zeichen zu geben, um sich auszudrücken, um zu kommunizieren. Verloren gegangene oder eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten werden unterstützt. Der Patient wird gut und bequem, seinen Ressourcen entsprechend, umgelagert. Lähmungen, Frakturen und Gebrechen des Patienten werden hierbei miteinbezogen. Das OP-Personal sollte verstehen, was eine Mimik oder Gestik ausdrücken will (vgl. Wenger, 1990, S. 31).

Bei der Pflegevisite werden Einschränkungen in der Mobilität des Patienten besprochen, und es wird ihm erklärt, wie im Besonderen darauf eingegangen wird. Er wird darauf vorbereitet, dass er eventuell anfangs eine Gehhilfe oder Unterarmstützkrücken verwenden wird (Anmerkung des Verfassers).

6.3 Sich waschen und kleiden

Ein gepflegtes Äußeres steigert das Selbstwertgefühl und wird von unserem Umfeld meist mit Anerkennung belohnt. Die Pflegevisite am Vortag der geplanten Operation dient dazu dem Patienten zu erklären, warum der Nagellack entfernt werden muss und wozu die Haare bedeckt werden. Es kann auch über Schamgefühle beim Ausziehen gesprochen werden und den Patient beruhigt es vielleicht zu wissen, dass darauf sehr wohl Rücksicht genommen wird (vgl. Wenger, 1990, S. 31).

Patienten machen sich auch darüber Gedanken, wie sie nach dem Eingriff ihre persönliche Hygiene wiederherstellen können. Der Patient überlegt im Vorfeld schon, wie er es nach der Operation schaffen wird zum Bad, in die Dusche und zur Toilette zu kommen. Wurde er vom Pflegepersonal auf der Station noch nicht über mögliche Hilfestellungen aufgeklärt, kann dies im Rahmen der präoperativen Pflegevisite erfolgen, und der Patient braucht sich darüber nicht mehr so viele Sorgen zu machen und verbringt die Nacht vor dem geplanten Eingriff etwas beruhigter (Anmerkung des Verfassers).

6.4 Essen und Trinken

Essen und Trinken dient nicht nur zur Erhaltung des Energiehaushalts und der Funktion des Organismus. Es ist ein Bedürfnis eines jeden Menschen. Im Operationssaal wird der Wasser-Salz-Haushalt durch Infusionen im Gleichgewicht gehalten. Der Patient ist nüchtern, darum sind Gespräche über gutes Essen und Kaffee bzw. Brotdüfte zu vermeiden (vgl. Wenger, 1990, S. 32). Die Nahrungskarenz vor der Operation ist angezeigt, um ein Aspirieren von Speiseresten und Magensaft in die Luftwege zu vermeiden. Sechs Stunden vor einer geplanten Operation (außer bei Infiltrationsanästhesie kleiner Areale) soll der Patient nicht essen, nicht trinken und keinen Kaugummi kauen (regt die Magensaftproduktion an). Bei Eingriffen im Bereich des Magens oder des Darms dauert die Nahrungskarenz entsprechend länger (vgl. Menche, 2004, S. 498-499).

Die Aufklärung darüber, warum es für die Narkose so wichtig ist, nüchtern zu sein, erleichtert dem Patienten für längere Zeit auf seine orale Nahrungszufuhr zu verzichten (Anmerkung des Verfassers).

6.5 Ausscheiden

Kranke Menschen, die Unterstützung bei der Ausscheidung benötigen, fühlen sich in ihrer Integrität verletzt. Die Würde des Menschen ist daher auch im Operationssaal zu respektieren. Wird der Katheter erst in Narkose gelegt, ist es für den Patienten leichter erträglich. Auch die Lagerung in Steinschnittlage ist erst in Narkose auszuführen (vgl. Wenger, 1990, S. 32).

Bei der präoperativen Pflegevisite wird der Patient darüber aufgeklärt, warum es notwendig ist, einen Katheter zu legen. Er hat hier die Gelegenheit Fragen zum Thema Blasen Katheter, und auch über dessen Verweildauer, zu stellen (Anmerkung des Verfassers).

6.6 Regulieren der Körpertemperatur

Das Wohlbefinden des Menschen wird stark von Kälte und Wärmeempfindungen beeinflusst. In Operationssälen sind die Temperaturen aus hygienischen Gründen meist eher kühl eingestellt. Klagt der Patient über ein Kältegefühl, ist darauf unbedingt Rücksicht zu nehmen. Mit warmen Tüchern, die in ausreichender Zahl bereitgestellt werden müssen, ist dem Abhilfe zu schaffen. Besonders Patienten, die in Lokalanästhesie operiert werden,

klagen oft über die Kälte im OP. Wenn möglich, ist eine Wärmematratze zu verwenden (vgl. Wenger, 1990, S. 32).

Weiß der Patient im Vorfeld darüber Bescheid, warum es notwendig ist, die Temperatur im Operationssaal niedrig zu halten, und dass es Möglichkeiten gibt, die verhindern, dass er friert, meldet er sich rechtzeitig, wenn er ein Kältegefühl verspürt (Anmerkung des Verfassers).

6.7 Atmen

Mit dem Atmen hängen alle ATL zusammen, Atmen ist Leben. Im OP ist die Atmung oft durch Angst oder die Krankheit selbst beeinträchtigt. Auch durch unsachgemäße Lagerung und mangelnde Zuwendung entstehen Probleme mit der Atmung. Intensive Betreuung und Begleitung ist vor allem bei Patienten in Lokalanästhesie unabdingbar (vgl. Wenger, 1990, S. 32).

Ist eine Intubation des Patienten geplant, wird er von ärztlicher Seite umfassend darüber aufgeklärt.

Durch gute fachliche Aufklärung am Vortag des Eingriffs, z. B. im Rahmen der Pflegevisite, können Ängste im Vorfeld behoben werden und so Probleme mit der Atmung minimiert oder vermieden werden (Anmerkung des Verfassers).

6.8 Für Sicherheit sorgen

In der Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow (Pflege Heute) steht die Sicherheit für den Menschen an einer der obersten Stellen. Im Operationssaal gehört dieses ATL zu denen, für die das Operationsteam die Verantwortung fast zur Gänze übernimmt. (vgl. Wenger, 1990, S. 33).

Da der Patient intraoperativ nicht selbst für seine Sicherheit sorgen kann, fühlt er sich oft ausgeliefert und hilflos. Im präoperativen Pflegegespräch wird dem Patienten erklärt, was alles getan wird, um seine Sicherheit zu gewährleisten. So wird er sich auch sicherer fühlen und es fällt ihm leichter, sich ganz in die Hände von anderen Menschen zu begeben. Viele Patienten haben auch Angst, nach der Narkose nicht mehr aufzuwachen. Auch um über die Angst vor dem Tod zu sprechen, bietet die präoperative Pflegevisite Raum und Zeit. Dem Patienten wird im Anlassfall auch Beistand durch einen Seelsorger seiner Konfession angeboten (Anmerkung des Verfassers).

6.9 Sich beschäftigen

Aktivität steht im Gegensatz zu Ruhen und Schlafen. Gefordert zu werden, um Langeweile zu vermeiden und selbst etwas tun zu können ist gerade im Krankheitsfall oft ein wichtiger Halt für die Patienten. Sie werden miteinbezogen, z.B. kann der Patient selbst etwas halten. Der Patient wird vor Einleitung der Narkose und speziell bei einer Operation in Lokalanästhesie ständig über das Tun des OP-Personals informiert. Ihre Lieblingsmusik über Kopfhörer anzuhören wird Patienten, die in Lokalanästhesie operiert werden, angeboten (vgl. Wenger, 1990, S. 33).

Das Miteinbeziehen des Patienten in seine Pflege, auch während einem Eingriff, minimiert den Machtverlust, den Menschen durch eine Operation oftmals erleiden, erheblich. Äußert ein Patient, dass er lieber seine Ruhe haben will, so wenig wie möglich mitbekommen möchte, ist dies ebenfalls zu respektieren (Anmerkung des Verfassers).

6.10 Kommunizieren

Durch Kommunikation kann das OP-Personal Bedürfnisse des Patienten erkennen und situationsgerecht darauf eingehen. In der Operationsaal kommt der nonverbalen Form der Kommunikation eine besondere Bedeutung zu. Feine Gestik und Mimik wahrzunehmen und darauf zu reagieren ist gerade im operativen Bereich sehr wichtig. Hilfreich ist es für den Patienten auch, wenn er Bescheid weiß, wie das Personal im Operationsbereich mit Haube und Maske aussieht. Auch Berührung als Kommunikationsmittel hat im Operationssaal große Bedeutung. Dem Patienten die Hand zu halten oder auf die Stirn zu legen, hilft oft über Unbehagen und Angst hinweg (vgl. Wenger, 1990, S. 33).

Die Bedürfnisse des Patienten schon vor dem geplanten Eingriff zu kennen, kann im Bedarfsfall sehr erleichternd sein. Hat der Patient schon am Vortag Gelegenheit mit der betreuenden Pflegeperson zu sprechen, wird es am Tag der Operation leichter sein, mit ihm zu kommunizieren und ihn zu verstehen (Anmerkung des Verfassers).

6.11 Sich als Mann oder Frau fühlen

Durch äußere und innere Geschlechtlichkeit wird das Rollenverhalten des Menschen geprägt. Durch Beobachtung und feinsinnige Fragestellung kann dieses ATL eingeschätzt werden. Äußerungen, die die innere Bestimmtheit eines Patienten verletzen (Homosexuelle, Transvestiten usw.), sind strikt zu vermeiden. Im präoperativen Pflegegespräch

kann herausgefunden werden, wie jemand seine Geschlechtszugehörigkeit ganz allgemein ausdrückt (vgl. Wenger, 1990, S. 34).

Viele Menschen schämen sich auch ihrer Nacktheit und sind sehr verunsichert, wenn sie ganz ohne schützende Körperhüllen in den Operationssaal gebracht werden. Gerade dieses ATL erfordert im Gespräch sehr viel Empathie und Fingerspitzengefühl (Anmerkung des Verfassers).

6.12 Sinn finden

Im Leben Sinn finden ist ein existenzielles Lebensthema. Auch in Krankheit oder Behinderung sein Schicksal annehmen zu können, gehört zum Leben dazu. Auf diese Lebensfragen sollte das OP-Personal seine Beobachtungsgabe trainieren. Jede Äußerung des Patienten kann auf Angst oder eine Seinsfrage hindeuten. Es soll eingehen können auf die Bedeutung der Operation für den Patienten. Wichtig ist, sich Zeit zu nehmen, um auf Angst eventuell sogar Existenzangst zu reagieren, ohne banale Floskeln von sich zu geben (vgl. Wenger, 1990, S. 34).

Hat der Patient am Vortag der Operation Gelegenheit über seine Sorgen zu sprechen, wird es ihm am OP-Tag um ein Vielfaches besser gehen und es wird ihm leichter fallen, sich vertrauensvoll dem zu stellen, was kommen wird (Anmerkung des Verfassers).

Nicht jeder dieser Parameter muss bei jedem Patient erhoben bzw. in die Planung einbezogen werden. Selbstverständlich stehen auch hier die Bedürfnisse des Einzelnen im Vordergrund. Möchte ein Patient über ein oder mehrere Themen nicht sprechen, so soll dies respektiert werden (Anmerkung des Verfassers).

7. ASPEKTE, DIE DEM PATIENTEN VERMITTELT WERDEN

Vier Aspekte werden während der präoperativen Pflegevisite von der diplomierten Pflegeperson an den Patienten vermittelt. Die Literatur spricht von der Prozedurinformation, der sensorischen Deskription, der emotionalen Deskription und den Verhaltensinstruktionen. Die Prozedurinformation beinhaltet Informationen darüber, was mit dem Patienten passiert, wenn dieser in den Operationssaal, das Aufwachzimmer oder auf die Intensivpflegestation kommt. Der Patient erfährt, welche pflegerischen Aktivitäten an ihm vorgenommen werden. Das Anlegen von Infusionen, die Überwachung mittels Monitoring, die notwendige Nahrungskarenz und die postoperative Erstmobilisation werden erklärt.

Bei der sensorischen Deskription geht es um Sinneseindrücke und Empfindungen, die der Patient perioperativ verspüren könnte. Ihm wird erklärt, dass Mundtrockenheit, Durst, Übelkeit, Halsschmerzen, Schluckbeschwerden und Wundschmerzen auftreten können, dass diese Beschwerden aber nicht unbedingt alle zutreffen müssen und vor allem, dass sie wieder vergehen. Der Patient soll auch wissen, dass gegen diese unangenehmen Begleiterscheinungen pflegerisch sehr viel unternommen werden kann.

Die emotionale Deskription beschreibt, welche perioperativen Gefühlsbewegungen und Affekte, wie Angst, Erregung, Niedergeschlagenheit und Hilflosigkeit, den Patienten belasten könnten. Dem Patienten soll durch die perioperative Pflegevisite die Normalität dieser negativen Gefühle und Gedanken vermittelt werden. Er wird ermuntert, diese Gefühle und Gedanken dem Pflegepersonal mitzuteilen. Beherrscht der Patient die Technik des autogenen Trainings, wird ihm vermittelt, dass dies eine hervorragende Methode zur Bekämpfung dieser negativen Aspekte ist.

Die Verhaltensinstruktionen enthalten Informationen darüber, was der Patient selbst tun kann, um die perioperative Zeitspanne so positiv wie möglich zu gestalten. Ihm werden Atemübungen und Mobilisationstechniken erklärt, bestenfalls gleich an Ort und Stelle vorgezeigt und der Patient wird angehalten, diese zu wiederholen und zu üben. Selbstverständlich werden auch hier in erster Linie die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt. Eine detaillierte sensorische und emotionale Deskription ist für einen Patienten mit verdrängtem Bewältigungsverhalten der falsche Weg. Wie im vorigen Kapitel be-

schrieben, hält sich die diplomierte Fachkraft hier an die Gliederung nach den 12 Lebensaktivitäten. Die präoperative Pflegevisite bietet jedoch andererseits die Möglichkeit für den Patienten, seine vorhandenen Zweifel und Ängste schon im Vorfeld abzubauen. Es erweist sich auch durchaus als sinnvoll, mit dem Patienten eine Besichtigung des Operationssaals, des Aufwachzimmers usw. zu unternehmen (vgl. Hollick, 2004, S.118-119).

Das Vorgehen nach einem Schema, einem Pflegeplan, ist in Wirklichkeit im stationären Bereich nicht neu. Intuitiv gingen die Fachdienste immer nach einem solchen System vor. Früher wurde es nur nicht Pflegeprozess genannt. Pflege wurde immer schon dokumentiert, der Stellenwert der Pflegedokumentation ist in den letzten Jahren jedoch stark gestiegen. Aus rechtlicher Sicht muss die Kontinuität der Pflege nachvollziehbar und überprüfbar sein. Sie gewährleistet eine lückenlose Information bei Wiederaufnahme, Verlegung und Anfragen durch Ärzte oder Angehörige. Eine korrekte Dokumentation ist somit der Beweis für geleistete Pflege (Anmerkung des Verfassers).

Zur Arbeit im Operationssaal gehört nicht nur technisch-manuelles Geschick, sondern ein wichtiger Aspekt ist das Beobachten, Wahrnehmen, Zusammenhänge verstehen, verarbeiten und daraus Maßnahmen abzuleiten. Patientenzentriertes Arbeiten beginnt nicht erst am Operationstag. Das Sammeln von Informationen, also das Einschätzen der Situation, beginnt am Vortag auf den Abteilungen in Form einer präoperativen Pflegevisite (vgl. Wenger, 1990, S. 35).

Um die Informationsweitergabe vom stationären Bereich zum Operationsbereich zu optimieren, wäre die Einführung der präoperativen Pflegevisite ein eventuell gangbarer Weg, der jedoch auch mit einem Mehraufwand verbunden ist (Anmerkung des Verfassers).

8. IST - SITUATION

Die Anamneseerhebung bei der Aufnahme eines Patienten erfolgt nach dem Pflegemodell von Orem, anhand der 12 ATL's, wobei der Schwerpunkt im stationären Bereich liegt. Diese schriftliche Informationssammlung kommt jedoch nicht mit in den Funktionsbereich. Für den operativen Bereich gibt es einen eigenen Pflegebogen der die ATL's bis Dato nicht in diesem Umfang mit einschließt. Mit der Tagesbesetzung in den Operationssälen ist eine präoperative Pflegevisite schwer durchführbar, da kein Fachdienst für einen Besuch auf den Stationen abkömmlich ist. Die Pflegevisite erfordert einen enormen Zeitaufwand, speziell wenn sie anhand der 12 ATL's durchgeführt und ausgewertet wird. Ein post-operativer Besuch würde weiteren Zeitaufwand bedeuten. Um eine präoperative Pflegevisite durchzuführen, müsste der Personalschlüssel neu berechnet werden (Anmerkung des Verfassers).

Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung betrachtet, ist es eine Frage der Strukturqualität, die benötigte Zeit einzuplanen (vgl. Hollick, 2004, S. 39).

8.1 Einführung der präoperativen Pflegevisite

Die Einführung der präoperativen Pflegevisite, einschließlich ihrer Evaluation, bedarf der Unterstützung seitens der Abteilungs- und Pflegedienstleitung und der Stabstelle Pflegedokumentation. Die Pflegevisite in den Tagesablauf der Operationsabteilung zu integrieren und das dazu benötigte Personal freizuspielen, ist eine Frage der Organisation und der daraus entstehenden Mehrkosten für die Krankenanstalt. Der Zeitaufwand müsste klar berechnet und festgelegt werden. Weiters wäre im Dienstplan noch zu berücksichtigen, dass die diplomierte Fachkraft, welche die Pflegevisite durchgeführt hat, auch am Tag der geplanten Operation anwesend ist und den Patienten an der Schleuse in Empfang nimmt. Sollte dies nicht funktionieren, wird sich der Patient „im Stich gelassen“ fühlen. Im ersten Schritt geht es um die Erarbeitung eines handhabbaren Erhebungsbogens, in Zusammenarbeit mit dem Stationspersonal, um Verbindungen zu dem auf den Stationen bereits eingeführten Pflegeprozess herzustellen. Eine Voraussetzung für die Weiterführung des Pflegeprozesses im Operationssaal ist die gegenseitige Unterstützung des Stationspersonals, des OP-Personals und der Stabstelle Pflegedokumentation. In erster Linie muss die Einführung der präoperativen Pflegevisite von der Direktion genehmigt werden. Dazu wird der Bedarf einer solchen erhoben. Anschließend wird eine Arbeitsgruppe, bestehend

aus 3 bis 4 Personen, gegründet. Sie besteht z. B. aus der Abteilungsleitung der chirurgischen Stationen, der Abteilungsleitung Pflege der OP-Abteilung, eventuell der Abteilungsleitung Pflege der Anästhesie und einer Person von der Stabsstelle Pflegedokumentation. Diese Arbeitsgruppe erkundigt sich nach bereits fertigen, laufenden Projekten und erarbeitet dann einen elektronischen Erhebungsbogen, der für die Station, den OP und die Anästhesie gleichermaßen transparent zu sein hat, nicht zuletzt um eine Doppeldokumentation zu vermeiden (Anmerkung des Verfassers).

Die Pflegeprozessdokumentation der Stationen und der OP-Abteilung sollten zusammengeführt werden, um eine übersichtliche und lückenlose Abbildung des Pflegeverlaufs zu ermöglichen (Hollick, 2004, S. 74).

8.2 Durchführung der geplanten Maßnahmen

Am OP-Tag wird der Patient bestenfalls von der Pflegekraft, die das präoperative Gespräch geführt hat, von der Station abgeholt oder zumindest an der Schleuse in Empfang genommen. Unter Weitergabe der individuellen Besonderheiten wird der Patient an das Anästhesiepersonal übergeben. Anhand der entsprechenden Pflegeplanung wird der Patient während dem Eingriff versorgt, wobei besonders auf die Lagerung geachtet wird (vgl. Hollick, 2004, S. 43).

Mitbestimmend für das Gelingen eines operativen Eingriffs sind neben der Indikationsstellung, der Wahl des richtigen Zeitpunktes und der technisch sauberen Operationstechnik auch eine korrekte präoperative Vorbereitung und Lagerung des Patienten (vgl. Krettek et.al., 2005, V).

Die Durchführung der Lagerung fällt prinzipiell in den Verantwortungsbereich des Operateurs. Pflegekräfte, die mit dieser Aufgabe betraut werden, handeln in seinem Auftrag und in seiner Verantwortung. Für die Richtigkeit seiner Anordnung trägt er die sogenannte Anordnungsverantwortung. Die Pflegefachkraft haftet für die ordnungsgemäße Durchführung der Lagerung. Sie trägt die im Gesetz sogenannte Durchführungsverantwortung. Der anordnende Arzt hat sich davon zu überzeugen, dass die Pflegefachkraft die nötigen Techniken hinreichend beherrscht (vgl. Krettek et.al., 2005, S. 15-16).

Im nächsten Kapitel wird die Durchführung und die Bedeutung der postoperativen Pflegevisite, die der Auswertung der geplanten und durchgeführten Pflege dient, beschrieben (Anmerkung des Verfassers).

9. POSTOPERATIVER BESUCH

Wenn es die Zeitressourcen zulassen, wird der Patient einige Tage nach der Operation noch einmal besucht. Die Pflegefachkraft erkundigt sich nach seinem Befinden und wie er die Versorgung im Operationssaal erlebt hat. Es kann vorkommen, dass der Patient nicht erreicht wird, weil er noch auf der Intensivpflegestation liegt, oder schon entlassen wurde, wenn sich die Zeit für einen Besuch bietet. Diese Besuche fördern die Sensibilität der Mitarbeiter darauf, ihre Arbeit auch zu evaluieren und fördern damit die Motivation (vgl. Hollick, 2004, S. 44).

Der Patient hat so noch einmal die Gelegenheit über „sein Erleben“ vor, während und nach der Operation zu sprechen. Ihm bietet sich so auch die Gelegenheit noch vorhandene Spannungen abzubauen. Er hat die Möglichkeit sich auch darüber zu äußern, wie er die Pflegevisite empfunden hat, und ob es für ihn hilfreich war, im Vorfeld eine Pflegeperson aus dem Operationssaal kennenzulernen und über den pflegerischen Ablauf während des Eingriffs informiert zu werden (Anmerkung des Verfassers).

Im Sinne des Pflegeprozesses dient die Durchführung der postoperativen Pflegevisite zur Auswertung der geplanten und durchgeführten Pflege (vgl. Hollick, 2004, S.120).

Im nächsten Kapitel wird die präoperative Pflegevisite aus der Sicht der Patienten beschrieben. Grundlage ist ein Projekt an einer gynäkologischen Abteilung in Berlin, das an 29 Patientinnen durchgeführt wurde (Anmerkung des Verfassers).

10. DIE PRÄOPERATIVE PFLEGEVISITE AUS DER SICHT DES PATIENTEN

Chronische Beschwerden, die letztendlich zu einer geplanten Operation führen, haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Der Internist oder der praktische Arzt führt die erforderlichen Voruntersuchungen für eine geplante Operation durch. Der niedergelassene Arzt veranlasst dann die Zuweisung in ein Krankenhaus. Dort wird festgestellt, ob alle erforderlichen Befunde vorliegen, der Patient erfährt danach den genauen Operationstermin. Am Patient nagt derweil bereits die Unsicherheit: Was wird mit mir genau gemacht? Wie wird das Krankenzimmer, die Mitpatienten u.s.w. sein? Wird es mir nach der Operation sehr schlecht gehen? Werde ich die Narkose vertragen? Werden die Schwestern/Pfleger nett sein? Wird sich mein Alltag danach sehr verändern? Der Patient hat Angst. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, den Patient über alle medizinisch notwendigen Maßnahmen genau aufzuklären. Ein Eingriff ist nur zulässig, wenn der Patient sein volles Einverständnis erklärt hat (vgl. Kriczer, 1997, S. 4).

Der Patient wurde von ärztlicher Seite mehr oder weniger genau aufgeklärt. Die pflegerische Seite im Operationssaal ist ihm jedoch meist gänzlich unbekannt. Der Patient hat zwar alles unterschrieben, sein Einverständnis zur Operation und zu allen notwendigen perioperativen Maßnahmen gegeben, aber es bleiben für ihn noch viele Fragen offen und ungeklärt. Der Patient macht sich unnötige Sorgen, die durch die präoperative Pflegevisite vielleicht aus der Welt zu schaffen sind. Kommt eine Pflegeperson aus dem Funktionsbereich zu ihm, die sich Zeit für ein Gespräch nimmt, ihn als Individuum sieht und ernst nimmt, fallen viele Ängste und Sorgen über die geplante Operation von ihm ab. Der Patient kennt die Pflegeperson, die ihn an der OP-Schleuse in Empfang nimmt und während des Eingriffs betreut. Wird der Patient am OP-Tag gleich mit seinem Namen und Handschlag begrüßt, hat er auch keine Angst vor Verwechslung und kann sich vertrauensvoll dem stellen, was da auf ihn zukommt. Es kann auch vorkommen, dass Patienten so wenig wie möglich über den Eingriff wissen wollen und am besten als bald in Narkose versetzt werden wollen, um „alles hinter sich zu haben“. Auch dieser Wunsch muss vom diplomierten Personal respektiert werden. Keinesfalls darf ihm eine Pflegevisite gegen seinen Wunsch aufgezwungen werden (Anmerkung des Verfassers).

An einer gynäkologischen Abteilung in Berlin wurde ein Projekt zur Einführung der prä- und postoperativen Pflegevisite durchgeführt. Der Hauptteil der durchgeführten Pflegevisiten bestand aus Informationsweitergabe von der Pflegeperson an die Patientinnen. Neben den Antworten auf die gestellten Fragen bekamen die diplomierten Fachkräfte auch weitere Eindrücke und Informationen, welche die Patientinnen betrafen, vermittelt. Besondere, von den Patientinnen spontan geäußerte Eigenarten und Bedürfnisse, wurden auf diesem Weg mitgeteilt. Häufig genutzt wurde von den Patientinnen das Angebot, sich die Aufwachstation vor der Operation anzusehen. Im Anschluss an die Pflegevisite oder zu einem anderen frei gewählten Zeitpunkt wurde gemeinsam mit der visitierenden Bezugspflegerperson das Aufwachzimmer besichtigt. Den Patientinnen wurden die Räumlichkeiten, ein Bettplatz und die Funktionsweise der verschiedenen medizinischen Geräte gezeigt. Direkt nach der präoperativen Pflegevisite äußerten sich die meisten Patientinnen positiv über deren Ablauf und Organisation. Die Patientinnen bewerteten die Hilfe, die sie durch die Informationen im Vorfeld ihrer Operation erhalten hatten, mit sehr gut oder gut. Äußerst wertvoll wurde der Besuch der Aufwachstation zur Verringerung der Angst empfunden. Hilfreich wurden ebenfalls die Informationen bezüglich Monitoring und die Aufklärung über eventuelle Zu- und Ableitungen, mit der die Patientinnen aufwachen werden, beurteilt. Die Kontaktaufnahme mit dem Personal im Operationsaal und in der Wachstation wurde durchwegs positiv angenommen. Die Patientinnen konnten aufgrund der Informationen, die sie präoperativ erhalten hatten, auch ihre Familien auf die postoperative Situation besser vorbereiten (Besuchszeiten, wenig Besuch in den ersten Tagen u.s.w.). Überforderung verspürte lediglich eine Patientin. Sie gab an, zu viele Informationen von unterschiedlichen Personen an einem Tag erhalten zu haben.

Mit dem Inhalt und dem Ablauf der präoperativen Pflegevisite waren die Patientinnen durchwegs zufrieden und es gab kaum Verbesserungsvorschläge. Mehr Details über postoperative Beschwerden zu erhalten, wäre für eine Patientin hilfreich gewesen. Nicht gleich nach der Operation „ihre“ Pflegeperson gesehen zu haben, bedauerte eine Patientin. Eine andere Patientin hätte gerne ihren Walkman im Aufwachzimmer zur Beruhigung und Entspannung dabeigehabt, wusste jedoch nicht, ob es erlaubt ist, das Kleingepäck um diesen zu erweitern. Der Vorschlag eines präoperativen Gruppengesprächs wurde zwiespältig bewertet, wobei die Befürworter überwogen. Sinngemäß argumentierten die Patientinnen, dass der Austausch mit Frauen, die sich in einer ähnlichen Lage befinden, hilfreich bei der

Bewältigung ihrer Probleme sein könnte. Aus Scham ihre persönlichen Sorgen und Fragen in der Gruppe zu besprechen, lehnten manche das Gruppengespräch ab. „Ihre persönliche Pflegeperson“ bei der postoperativen Pflegevisite wiederzusehen, freute den Großteil der Projektteilnehmerinnen. Die visitierende Pflegefachkraft wurde von den meisten Patientinnen zu diesem Zeitpunkt als Vertrauensperson angesehen. Die Patientinnen hatten bei der postoperativen Pflegevisite auch Gelegenheit über negative Erfahrungen rund um die Operation zu berichten. Als dankbar erwiesen sich viele Patientinnen, sie hätten sich gut aufgehoben und umsorgt gefühlt. Viele direkte und indirekte Aussagen der Patientinnen wiesen auf eine gelungene Angst- und Stressreduktion hin. Für die Patientinnen, die zum ersten Mal operiert wurden, waren die Informationen über den perioperativen Verlauf besonders wertvoll (vgl. Hollick, 2004, S.103-108).

Aus dem beschriebenen Projekt geht hervor, dass die Patientinnen sich in ihrer Gesamtheit ernst genommen fühlten. Sie standen im Mittelpunkt der Pflegeplanung und ihre Bedürfnisse und Erwartungen wurden besprochen und miteinbezogen. Die durch Unsicherheit hervorgerufenen Ängste wurden abgebaut. Die Einbeziehung in die Pflegeplanung motivierte die Patientinnen die festgelegten Ziele zu erreichen. Die Entlassung nach Hause konnte besser vorbereitet werden, da die Patientinnen und ihre Angehörigen über den postoperativen Verlauf informiert waren. Der Patient wird zum aktiven Mitglied im Pflegeprozess. Dies fördert die Motivation der Patienten, ihre Ressourcen voll auszuschöpfen und so eigenständig zu ihrer Genesung beizutragen. Kommunikation ist der Grundstein der Pflegevisite, daher ist es nicht unerheblich, inwieweit der Patient bereit ist, über seine Erkrankung und über persönliche Sorgen und Ängste zu sprechen. Die präoperative Pflegevisite findet daher nur mit Einwilligung und unter Mitarbeit der Patienten statt. Im folgenden Kapitel wird die präoperative Pflegevisite aus der Sicht des Pflegepersonals betrachtet (Anmerkung des Verfassers).

11. DIE PRÄOPERATIVE PFLEGEVISITE AUS DER SICHT DES PFLEGE-PERSONALS

Die präoperative Pflegevisite stellt für das OP-Pflegepersonal durch die Notwendigkeit der Kommunikation mit den Patienten eine große Herausforderung dar. Die Regeln der Gesprächsführung zu kennen und anzuwenden, erfordert in vielen Fällen neuerliche Schulungen und Fortbildungen. Das OP-Pflegepersonal muss den Funktionsbereich verlassen und auf die Stationen gehen. Anfänglich erfordert dies ein wenig Mut und ein hohes Maß an Motivation, um die Unsicherheit zu überwinden. Die diplomierten Pflegefachkräfte müssen sich mit dem Assessmentbogen zuerst vertraut machen, und dann den eigenen Stil zur Durchführung der präoperativen Pflegevisite finden, um die Zielsetzung zu erreichen. Die Sicherheit wächst durch die Übung und die wachsende Kompetenz. Dies wiederum erhöht die Zufriedenheit der Mitarbeiter. Als Bestandteil der Qualitätssicherung unterstützt die Fortführung des Pflegeprozesses im Operationssaal den bereits existierenden Qualitätsgedanken (vgl. Hollick, 2004, S. 40-41).

Die intensive theoretische Auseinandersetzung mit dem Pflegeprozess und dem Thema der Qualitätssicherung bewirkt in der praktischen Umsetzung ein anderes Bewusstsein und eine höhere Sensibilität im Umgang mit den Patienten. Die präoperative Pflegevisite durchzuführen, bedeutet eine zusätzliche Verantwortung zu übernehmen, kann aber durchaus auch als Privileg gesehen werden. Der Kontakt mit den Patienten wird intensiver, zielgerichteter und der visitierte Patient wird als „mein Patient“ gesehen. Der Stellenwert der patientenorientierten Pflege im Operationssaal nimmt an Bedeutung zu, und die Mitarbeiter sehen ihre Arbeit im Funktionsbereich nicht mehr nur technikbezogen (vgl. Hollick, 2004, S. 70).

Das im vorangegangenen Kapitel beschriebene Projekt an einer Berliner Klinik wurde vom Pflegepersonal im Operationssaal und der intensivoperativen Wachstation überwiegend positiv angenommen. Weniger Beachtung fand das Projekt auf ärztlicher Seite. Wünschenswert wäre eine inhaltliche und formelle Koordinierung mit dem ärztlichen Bereich. Eine weitere große Herausforderung stellte die präoperative Pflegevisite bei Patientinnen dar, die nicht Deutsch sprechend sind. Hier soll zukünftig das Angebot eines Dolmetschers gemacht werden. Negativerfahrungen, die während der postoperativen Visite mitgeteilt

werden, sollen zukünftig weiter aufgegriffen und im Team bearbeitet werden. Positive Erfahrungen, die von Patienten geäußert werden, können für das Pflegeteam eine Motivation zur Weiterführung des Konzepts und zur allgemeinen Verbesserung ihrer Arbeit darstellen. Bei Entscheidungen hinsichtlich der Personalbemessung soll das doch sehr zeit- und personalintensive Konzept zukünftig miteinbezogen werden. Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit der Einbeziehung in die Leistungserfassung des OP-Bereichs (vgl. Hollick, 2004, S. 109-110).

Durch die präoperative Pflegevisite ergibt sich für das diplomierte Fachpersonal im Operationssaal die Gelegenheit, sich vor den Patienten als eigenständige Berufsgruppe zu definieren. Kaum ein Patient weiß, welche Aufgaben im Operationssaal in den Bereich des diplomierten Personals fallen. Dies wertet die pflegerische Arbeit im Funktionsbereich im Ansehen auf und das Selbstbewusstsein der Pflegenden wird damit gefördert (Anmerkung des Verfassers).

12. ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend stellt die präoperative Pflegevisite ein sinnvolles Instrument zur Weiterführung des Pflegeprozesses im Funktionsbereich, was allerdings mit enormen Aufwand verbunden ist, dar. Bisher wird der Patient bis kurz vor der Operation vom Pflegepersonal auf der Station betreut. Das Personal im Funktionsbereich, welches den Patienten perioperativ betreut, sieht der Patient erst beim Einschleusen, schon in Bereichskleidung und mit Maske. Das Identifikationsgespräch ist kurz, und der Patient ist schon prämediziert. Somit bleibt für die Beantwortung der Fragen des oft verängstigten Patienten keine Gelegenheit mehr. Der Pflegeprozess, der auf den Stationen gelebt wird, ist somit für die Zeit im Operationssaal unterbrochen. Voraussetzung für das Weiterführen des Pflegeprozesses während der perioperativen Phase ist die Informationssammlung, anhand derer Pflegediagnosen, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele festgelegt werden. Die postoperative Pflegevisite dient der Evaluation der durchgeführten Maßnahmen. Pflegebeziehungen werden so konstruktiv begonnen, fortgesetzt und wieder beendet. Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ist deutlich verankert, dass die Pflege im Sinn des Pflegeprozesses durchgeführt werden muss. Die Einführung der präoperativen Pflegevisite kann ein Ende des Pflegeprozesses vor der OP-Türe verhindern. Der Pflegeprozess kann im Operationssaal als Teil eines ganzheitlichen Konzepts gesehen werden, das es möglich macht, Pflege zu evaluieren und damit als Instrument der Qualitätssicherung dient. Die Kontinuität der Pflege muss aus rechtlicher Sicht nachvollziehbar und überprüfbar sein. Sie gewährleistet eine lückenlose Information bei der Übernahme in den Funktionsbereich, bei Verlegung, Wiederaufnahme und Anfragen durch Ärzte oder Angehörige. Die Einführung der präoperativen Pflegevisite optimiert die Informationsweitergabe zwischen den Schnittstellen. Die Pflegeprozessdokumentation der Station wird mit jener der OP-Abteilung zusammengeführt. Damit ist eine lückenlose Abbildung des Pflegeverlaufs möglich.

Den Vorteilen gegenüberzustellen ist der erhebliche Mehraufwand an Zeit, die der Fachdienst im Funktionsbereich aufbringen müsste, was eine damit verbundene Steigerung der Personalkosten nach sich zieht.

In den letzten Jahren hat die Zahl chronischer Beschwerden, die eine geplante Operation nach sich ziehen, stark zugenommen. Die Patienten sind durch Medienberichte teilweise stark verunsichert (es wird nur das Negative berichtet).

Fragen zum perioperativen Ablauf bleiben nach der ärztlichen Aufklärung und Einwilligung durch den Patienten meist noch offen. Hat der Patient Gelegenheit, vor der Operation mit der diplomierten Fachkraft, die ihn während des Eingriffs betreut, zu sprechen, und eventuell die Aufwchräumlichkeiten zu besichtigen, gibt ihm das Vertrauen und Sicherheit. Bei einem an einer Berliner Klinik durchgeführten Projekt waren die Resonanzen der Patientinnen großteils positiv. Die Patientinnen gaben an, dass sie sich aufgrund der Informationen, die sie präoperativ erhalten hatten, besser auf die Situation nach der Operation und die Entlassung nach Hause vorbereiten konnten. Bei der postoperativen Pflegevisite hatten sie auch die Möglichkeit über negative Erfahrungen rund um den Eingriff zu sprechen und diese zu verarbeiten.

Für die Fachdienste aus dem Funktionsbereich stellt die präoperative Pflegevisite, durch die Notwendigkeit der Kommunikation mit den Patienten, eine große Herausforderung dar. Die Regeln der Gesprächsführung zu kennen und anzuwenden, fordert in vielen Fällen neuerliche Schulungen, die wiederum mit Kostenaufwand für das Haus verbunden sind. Die intensive theoretische Auseinandersetzung mit dem Pflegeprozess und dem Thema Qualitätssicherung bewirkt in der Umsetzung ein neues Bewusstsein und eine höhere Sensibilität im Umgang mit den Patienten. Der Kontakt mit den Patienten wird intensiver und zielgerichteter. Die Bedeutung der patientenorientierten Pflege steigt, und die Mitarbeiter sehen die Arbeit im operativen Bereich nicht mehr nur technikbezogen. Positive Erfahrungen, die von Patienten geäußert werden, bedeuten für das Team eine Motivation zur Weiterführung des Konzepts. Weiters ergibt sich durch die Einführung der präoperativen Pflegevisite die Gelegenheit, sich vor den Patienten als eigenständige Berufsgruppe zu definieren. Die pflegerische Arbeit im Operationssaal gewinnt an Stellenwert und steigert somit das Selbstbewusstsein und die Motivation der Mitarbeiter.

13. LITERATURVERZEICHNIS

ARETS, J., OBEX, F., VAESSEN, J., WAGNER, F. (1999): Professionelle Pflege, Theoretische und praktische Grundlagen, 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F., GEISSLER-MURR, A.C. (2002): Pflegediagnosen und Maßnahmen, 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

GESTRICH, R. (2006): Gespräche mit Schwerkranken, Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal, 3. vollständig überarbeitete und neu gestaltete Auflage, W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart.

HEERING, C. (2006): Das Pflegevisiten-Buch, 2. unveränderte Auflage, Verlag Hans Huber, Hofgrete AG, Bern.

HOLLICK, J., KERRES, A. (2004): Pflegevisite, Ein Praxisleitfaden für Krankenpflege im Operationsdienst und die stationäre Kranken- und Altenpflege, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

KEMETMÜLLER, E. (2003): Berufsethik und Berufskunde für Pflegeberufe, 2. erweiterte Auflage, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

KRETTEK, C., ASCHEMANN, D. (2005): Lagerungstechniken im Operationsbereich, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

KRICZER, C. (1997): Keine Angst vor Narkose und Operation, Springer-Verlag, Wien, New York.

MENCHE, N. (2004): Pflege Heute, Lehrbuch für Pflegeberufe, 3., Vollständige überarbeitete Auflage, Verlag Urban & Fischer.

WEISS-FABBINDER, S., LUST, A. (2006): GuKG, Gesundheits- und KrankenpflegeG, MANZ Sonderausgabe, 5. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien.

WENGER, M. (2000): Pflegemodelle im Operationssaal: Ein Weg zum professionellen Arbeiten, Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, Bundesverband, D-6000 Frankfurt/M.