



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Stellenwert der Pflege im Operationsfunktionsdienst
dargestellt am Beispiel der präoperativen Pflegevisite“

Verfasserin

Lilli Pöchl

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Mag. Dr. Berta Schrems

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen entnommen sind, sind als solche eindeutig kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht veröffentlicht und noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

(Vorname, Nachname)

Danksagung

Zunächst gilt mein Dank ganz besonders Frau Mag. Dr. Berta Schrems für die wertvolle Begleitung während des Erstellens dieser Literaturarbeit.

Ein weiterer Dank geht an Mag. Martha Pilz für die formelle Überprüfung.

Meiner Freundin Sandra Koschaintsch danke ich für die aufmunternden Worte sowie ihre Motivation, während der Studienzeit.

Nicht zuletzt gilt mein besonderer und tiefer Dank meinem Ehemann Helmut Pöchl, der immer ein offenes Ohr für meine Anliegen hatte, und meiner Familie, die mich während meines Studiums unterstützt haben.

Zusammenfassung

Problembeschreibung:

Der geringe Stellenwert der Pflege für den Operationsfunktionsdienst lässt sich anhand der Fachliteratur feststellen. In diesen Büchern werden Aufgaben und Tätigkeiten beschrieben, es gibt genaue Operationsabläufe sowie detaillierte Instrumentenkunde, auf die Organisation im Operationssaal wird eingegangen, Pflege wird jedoch nur am Rande erwähnt. Im OP haben technische Aspekte und nicht die Pflege höchste Priorität. Zunehmend muss die Pflege im Operationsdienst darstellen, warum es überhaupt notwendig ist, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im OP einzusetzen. Betrachtet man jedoch eine Operation nicht als rein technisches Geschehen, sondern aus der Sicht der betroffenen Personen, dann stellt dies ein außerordentliches Ereignis dar, einhergehend mit Schmerzen, Unsicherheit und Kontrollverlust. Daraus ergeben sich Anforderungen an die Pflege, die weit über technisches Können hinausgehen.

Ziel der Arbeit:

Das Ziel der Arbeit ist es, mit dem Fokus auf PatientenInnenbedürfnisse den Stellenwert der Pflege im Operationsbereich am Beispiel der präoperativen Pflegevisite darzustellen. Am Beginn steht die Frage, wie Pflege im OP definiert wird, anschließend soll beantwortet werden, welches pflegespezifische Wissen für den Operationsbereich notwendig ist. Ebenfalls werden Formen und Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs im OP anhand einschlägiger Fachliteratur vorgestellt. Dies ist erforderlich, um Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs im OP auf Ihre Praktikabilität einschätzen zu können. Ausführlich wird auf die Frage „Welche Bedeutung hat die präoperative Pflegevisite für den Pflegeprozess im Operationsbereich?“ eingegangen.

Methode:

Es handelt sich bei der Arbeit um eine Literatuarbeit. Es wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken CareLit, Pubmed, CINAHL und DIMDI durchgeführt. Weiters wird nach einschlägiger Literatur in österreichischen Bibliotheken, online-Zeitschriftenverlagen (z. B. Thieme connect und Wiley online Library) und Fachbuchhandlungen gesucht. Bei der recherchierten Literatur handelt es sich um Fachbücher, Fachartikel und wissenschaftliche Artikel zur Pflege im Operationsbereich, zum Pflegeprozess und zur präoperativen Pflegevisite.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen:

Instrumente zur Erhebung des Pflegebedarfs im Operationsbereich sind die Gatekeeping-Methode, die Surgical Safety Checkliste, der Pflegeprozess und die Pflegevisite. Die präoperative Pflegevisite dient der Erfassung und Behandlung pflegespezifischer Probleme im Operationsbereich.

Die Vorteile der präoperativen Pflegevisite liegen in einem Beitrag zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung. Es profitieren die Pflegepersonen der Operationsabteilung durch professionelles Handeln und Kontinuität ihrer Pflegemaßnahmen. Den PatientenInnen wird durch die präoperative Pflegevisite eine vertraute Umgebung im Operationssaal geschaffen, sie bekommen das Gefühl, nicht alleine mit ihren Ängsten und Problemen zu sein.

Schlüsselwörter:

Pflege im Operationsbereich, Pflegeprozess, Pflegevisite, perioperativ - prä-, intra- und postoperativ, präoperative Pflegevisite

Abstract

Description of the problem

On the basis of technical literature, small significance of care for the operation function service can be determined. In these books tasks and activities are described, exact operation processes as well as detailed knowledge of instruments are presented, the organisation in the operating room is dealt with, care, however, is just mentioned marginally. Technical aspects and not care have top priority. Increasingly, care in the operation service has to show why it is necessary to deploy health and nursing staff in the OR. If you do not look at an operation as a purely technical event, however, but from the point of view of the people concerned, this represents an extraordinary occasion, being accompanied by pain, uncertainty and loss of control. Resulting from this, requirements on care, going far beyond technical knowledge, arise.

Aim of the work

The aim of this work, focussing on patients' requirements, is to show the significance of care in the operation area using the example of preoperative care visit. At the beginning there is the question how to define care in the OR, subsequently the question which care specific knowledge is necessary in the operation area is to be answered. Forms and instruments for the acquisition of care requirements in the OR are also presented on the basis of relevant technical literature. This is necessary to be able to assess instruments for the acquisition of care requirements in the OR according to their practicability. The question "What is the significance of the preoperative care round for the care process in the operation area?" will be dealt with in detail.

Methods

This paper is based on literature. Literature research was carried out in the databases CareLit, Pubmed, CINAHL and DIMDI. Furthermore, relevant technical literature was looked for in Austrian libraries, online – magazine publishing houses (e.g. Thieme connect and Wiley online Library) and in specialised bookstores. The literature investigated consists of reference books and articles as well as scientific articles about care in the operation area, care process and preoperative carevisit.

Results and conclusions

Instruments for the enquiry of care requirements in the operation area are the Gatekeeping Method, the Surgical Safety Checklist, care process and the care visit. The care visit provides a basis for the acquisition and treatment of care specific problems in the operation area.

The advantages of preoperative care visit can be seen in a contribution to quality control and improvement. The nursing staff in the operation department benefit from professional acting and consistency of their care provisions. With the help of preoperative care visit, familiar surroundings are created for the patients in the operating room, they have the feeling not to be alone with their fears and problems.

Key words

Nursing in the operating room, care process, care visit, perioperative – pre- intra- and postoperative, preoperative care visit, care visit

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	12
1.1 Problem, Erkenntnisinteresse und Motivation	12
1.2 Forschungsfrage.....	16
1.3 Ziel der Arbeit	17
 2. Methode und Vorgehensweise	20
 3. Theoretischer Hintergrund, Theoriebezug und Forschungsstand	24
3.1 Pflege im Operationsbereich und welches Wissen ist dazu notwendig?	24
3.1.1 Definition Pflege im Operationsbereich	24
3.1.2 Perioperative Caring	25
3.1.3 Aufgaben der Pflege im Operationsbereich	27
3.1.4 Rolle der Pflege im Operationsbereich, die PatientenInnensicherheit zu wahren	28
3.1.5 Fähigkeiten und Kompetenzen der Pflegepersonen im Operationsbereich	29
3.1.6 Pflegespezifisches Wissen im Operationsbereich	30
3.2. Instrumente zur Wahrung der PatientenInnensicherheit im organisatorischen Kontext	32
3.2.1 Gatekeeping	32
3.2.2 Checklisten im Operationsbereich	33
3.3. Instrumente zur Wahrung der PatientenInnensicherheit im pflegerischen Kontext	38
3.3.1 Pflegeprozess	38
3.3.2 Pflegevisite	43
3.4. PatientenInnenängste vor Operationen	47
3.4.1 Definition Angst.....	48

3.4.2 Angst und ihre Bedeutung für den Patienten und die Patientin vor der Operation	51
3.5 Präoperative Pflegevisite.....	53
3.5.1 Definition präoperative Pflegevisite	53
3.5.2 Gesprächsführung im Rahmen der präoperativen Pflegevisite	53
3.5.3 Zielsetzung der präoperativen Pflegevisite	55
3.5.4 Durchführung und Aufbau der präoperativen Pflegevisite.....	56
3.5.5 Erkenntnisse aus der Forschung zur Einsetzbarkeit der präoperativen Pflegevisite	62
3.5.6 Erkenntnisse aus der Forschung zu Erfahrungen von PatientenInnen und Pflegepersonen mit der präoperativen Pflegevisite	63
3.5.7 Voraussetzungen für die Umsetzung in die Praxis.....	65
3.5.8 Projekt präoperative Pflegevisite in Österreich.....	66
3.6. Intraoperative Pflegevisite	70
3.6.1 Definition und Ziel der intraoperativen Pflegevisite	70
3.6.2 Erfahrungen von PatientenInnen und Pflegepersonen mit der intraoperativen Pflegevisite	70
3.7. Postoperative Pflegevisite	70
3.7.1 Definition, Ziel und Umsetzung der postoperativen Pflegevisite	70
3.7.2 Erfahrungen von PatientenInnen und Pflegepersonen mit der postoperativen Pflegevisite	71
4. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	74
4.1 Zusammenfassung der Forschungsfragen.....	74
4.1.1 Pflege und pflegespezifisches Wissen im Operationsbereich	74
4.1.2 Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs im Operationsbereich	75
4.1.3 Die präoperative Pflegevisite.....	75
4.2. Diskussion	78

5. Ausblick.....	82
5.1. Empfehlungen für die Pflegepraxis.....	82
5.2. Empfehlungen für die Pflegeforschung.....	83
 6. Inhaltsverzeichnis.....	 84
 7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	 89
 Curriculum vitae.....	 90

1. Einleitung

1.1 Problem, Erkenntnisinteresse und Motivation

In Österreich wird die Pflege im Operationsbereich durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal durchgeführt. Die Ausbildung zur Pflege im Operationsbereich erfolgt im Anschluss an eine dreijährige Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson durch eine Sonderausbildung. Diese Sonderausbildung zur Pflege im Operationsbereich muss innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit im Operationsbereich erfolgen. (vgl. Landenberger, Stöcker, Filkins, de Jong, & Them, 2005, S. 160) Die Regelung zur Sonderausbildung ist im § 17 des GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) angeführt. Ziel der 5-Jahres-Frist ist, die Eignung der Pflegepersonen für diese Tätigkeit festzustellen. (vgl. Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, S. 120) Die Sonderausbildung in der Pflege im Operationsbereich dauert mindestens sieben Monate und umfasst mindestens 1000 Stunden theoretische und praktische Ausbildung. Die Sachgebiete sind die spezielle Pflege im Operationsbereich, allgemeine und spezielle chirurgische Gebiete, Hygiene und Medizintechnik, Planung und Organisation im Operationsbereich sowie Kommunikation. Anhand der Curricula zur Sonderausbildung ist ersichtlich, dass in hohem Ausmaß Pflege und spezielle Pflege im Operationsbereich gelehrt wird. Doch in der Praxis lässt sich weniger spezielle Pflege wiederfinden, als in der Theorie gelehrt wird.

Der geringe Stellenwert der Pflege für den Operationsfunktionsdienst lässt sich auch anhand der Fachliteratur feststellen. In der deutschsprachigen Fachliteratur für Operationspflege wird Pflege kaum beschrieben. Stellvertretend dafür seien die Bücher „OP-Handbuch“ von Liehn, Middelanis-Neumann, Steinmüller & Döhler (2007), „Praxishandbuch OP“ von Hofmann-Dörwald (1999) und „OP und Anästhesie“ von Liehn, Grüning & Köhnsen (2006) genannt. In diesen Büchern werden Aufgaben und Tätigkeiten beschrieben, es gibt genaue Operationsabläufe sowie detaillierte Instrumentenkunde, auf die Organisation im Operationssaal wird eingegangen, jedoch Pflege wird nur am Rande erwähnt. Diese Fachbücher zur OP-Pflege definieren Pflege, Pflegeprozess oder Pflegetheorien im Operationsbereich in wenigen Seiten. Die Fachbücher widmen sich den

einzelnen Fachgebieten, zum Beispiel Gynäkologie, Chirurgie, Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie, usw. und den dazugehörigen Operationsabläufen, Instrumentarien und Lagerungen am Operationstisch. Die Hygiene, ein sehr wichtiger Bereich im Operationssaal, wird ebenfalls beschrieben. Die Pflege bleibt im Hintergrund. Als weiteres Beispiel wird das „Lehrbuch für Operationspflegekräfte“ von Koucharek, Heitland, & Waldner (2008) genannt. Auf den 616 Seiten werden auf 35 Seiten Pflege Themen bezüglich der OP-Pflege behandelt. Diese Kapitel sind die „Pflegewissenschaftlichen Grundlagen“ (S. 3 – 16), die „Kommunikationswissenschaftlichen Grundlagen“ (S. 17 – 28), ebenso wird bei der „Lagerung“ (S. 69 – 77) die Pflege beschrieben.

Auch immer mehr Unzufriedenheit des Pflegepersonals im Operationsbereich lässt sich feststellen. Eine Studie von Thomas Busse (2009) „OP-Barometer belegt große Unzufriedenheit der OP-Pflegenden“ zeigt die Probleme und Unzufriedenheit von OP-Fachpersonal auf. Aus dieser Studie wird ersichtlich, dass die Arbeitsbelastung von OP-Pflegepersonal deutlich zugenommen hat. „Die Frage der Belastung ergibt über alle Berufsgruppen ein homogenes Bild. Diese wird von allen als stark erhöht bewertet, was sich ja auch in der Praxis in den hohen Krankenständen oder auch Fluktuationsraten niederschlägt. Die Belastung wird als „vorübergehend“ machbar empfunden, dauerhaft jedoch als Überforderung angesehen.“ (Busse, 2009, S. 256) Alarmierend ist dabei, dass sich die PatientenInnenbetreuung im OP verschlechtert und die PatientenInnengefährdung im OP zugenommen hat. Die Verschlechterung der Betreuung steht im Zusammenhang mit der Größe des OP-Bereiches. Bei kleineren OP-Einheiten liegt die Auswertung bei 56 % mit eher ja, zur Verschlechterung der Betreuung der PatientenInnen, und bei großen OP-Einheiten bei 64 %. „Die von den Befragten aufgezeigte Gefährdungszunahme des Patienten im OP-Bereich sollte Pflege, Operateure, aber auch Verwaltungen gleichermaßen aufschrecken. Schon ein Fehler kann verheerende Folgen nicht nur für den Patienten haben, sondern auch die Existenz eines gesamten Krankenhauses gefährden.“ (Busse, 2009, S. 258) Die Zufriedenheit des Pflegepersonals geht mit der PatientenInnensicherheit einher.

Im OP haben technische Aspekte und nicht die Pflege höchste Priorität. Zunehmend muss die Pflege im Operationsdienst darstellen, warum es überhaupt notwendig ist, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im OP einzusetzen. Im Rahmen der Kostenminimierung sind technische Operationsassistenten weniger kostenintensiv. (vgl. Hollick & Kerres, 2004 S. 31-32) „Klohmann (1997) führt diesen Trend unter anderem zurück auf die fortschreitenden Technologien [...] und sieht die Gefahr einer

schleichenden Ablösung der Pflegeberufe durch technische Berufe.“ (Hollick & Kerres, 2004, S. 31-32) Auch der Artikel „Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room“ von Bull & FitzGerald (2006) befasst sich mit der Thematik, dass die Technik die Pflege im Operationsdienst verdrängt. Sie untersuchten die Rolle der Pflege im Operationssaal anhand ethnographischer Interviews und Beobachtungen des Pflegepersonals bei der Arbeit. Die Studie wurde an einer australischen Operationsabteilung durchgeführt. In dieser Studie werden Pflegemaßnahmen in den Operationsabteilungen durch das Operationspflegepersonal kritisch beurteilt. Der Fokus liegt bei der Technik im Operationsraum und der Art, wie Pflegepersonen im OP ihre Praxis im Bezug auf den technischen Wandel gestalten und umgestalten. Die Bedeutung, die der technischen Kompetenz in Bezug auf Sicherheit, Respekt und professionelle Entwicklung beigemessen wird, findet sich auch in der Fachliteratur wieder. Pflegepersonal mit technischem Fachwissen wird innerhalb der Operationsabteilungen positiv anerkannt. Es erlangt dadurch Vertrauen und wird auch um Rat gefragt. Der Status und die Bewunderung, die das Pflegepersonal durch ihr technisches Fachwissen erhält, bewirkt auch eine Zwiespältigkeit. Die Pflegearbeit im Operationsbereich sollte der Aspekt sein, der sie zu „richtigen“ Pflegepersonen macht. In der Praxis ist es jedoch das technische Wissen oder die Fertigkeiten, die die Professionalität der Pflegepersonen ausmacht. Spezielle Kommunikationsfähigkeiten der Pflegepersonen fördert die Fähigkeit eine Beziehung aufzubauen und besonders verletzte Personen zu beruhigen. Sie müssen die PatientenInnen und ihre Bedürfnisse schnell einschätzen und auf individuelle Merkmale reagieren, um ein Gefühl der Ruhe zu vermitteln und zu erhalten. Da immer mehr Operationen in Lokalanästhesie durchgeführt werden und PatientenInnen während der Operation wach bleiben, werden diese Fähigkeiten im Verlauf der gesamten Operation benötigt. Das Pflegepersonal in der Studie „Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room“ von Bull & FitzGerald (2006) verbindet die traditionelle Pflege mit dem technischen Wissen im Pflegealltag. Der Hauptfokus ihrer Aktivitäten ist der technologische. Einen höheren Status erhalten Pflegepersonen durch das technische Wissen, die Fähigkeit der zwischenmenschlichen Kompetenz ist hierfür nebensächlich. Die Auswertung der Interviews ergab, dass die Pflegeethik, die PatientenInnen in den Mittelpunkt stellt, von großer Bedeutung für die Pflegepersonen ist. Sowohl die Zufriedenheit in der Pflegearbeit, die das Pflegepersonal durch den persönlichen Kontakt mit dem Patienten und der Patientin erhält, als auch das starke Bedürfnis, sich um verletzte Personen zu kümmern, ist ebenfalls wichtig. Es ist diese Kombination aus technologischer Fähigkeit und der patientenInnenbezogenen

Pflegeethik, die die Professionalität des Pflegepersonals im Operationsraum ausmacht. Es ist eher eine Pflegearbeit als eine technische Arbeit. (vgl. Bull & FitzGerald 2006, S. 3-5)

Betrachtet man jedoch eine Operation nicht als rein technisches Geschehen, sondern aus der Sicht der betroffenen Personen, dann stellt dies ein außerordentliches Ereignis dar, einhergehend mit Schmerzen, Unsicherheit und Kontrollverlust. Daraus ergeben sich Anforderungen an die Pflege, die weit über technisches Können hinausgehen. Ein erster Schritt ist das Erfassen der Bedürfnisse, was mit sogenannten präoperativen Pflegevisiten erfolgen kann. „Die präoperative Pflegevisite verfolgt zwei Ziele. Erstens sollen Daten und Informationen eingeholt werden, die Einschränkungen untersucht und die individuellen Bedürfnisse des Patienten erfasst werden, und zweitens soll der Patient informiert werden über bestimmte Abläufe in der OP-Abteilung, [...]“ (Hollick & Kerres, 2004, S. 39) Es handelt sich bei dieser Aussage um die Anforderungen an die präoperative Pflegevisite. Mit dieser Arbeit soll eine Antwort auf die Frage, welchen Stellenwert die Pflege im OP einnehmen soll, gefunden werden. Eine Grundlage zur Beantwortung der Frage stellt die präoperative Pflegevisite dar. Im Besonderen soll die präoperative Pflegevisite als ein Instrument zur Erfassung und Behandlung pflegespezifischer Probleme im OP-Prozess im Hinblick auf die Vermeidung von Komplikationen dargestellt werden.

1.2 Forschungsfrage

Aus der allgemeinen Frage nach dem Stellenwert der Pflege im Operationsbereich lassen sich für die Arbeit folgende weitere Forschungsfragen ableiten:

1. Wie wird Pflege im Operationsbereich definiert?
2. Welches pflegespezifische Wissen ist für den Operationsbereich notwendig?
3. Welche Formen und Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs im OP gibt es?
4. Welche Bedeutung hat die präoperative Pflegevisite für den Pflegeprozess im Operationsbereich? Welches Ziel bringt die präoperative Pflegevisite mit sich?

1.3 Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit ist es, mit dem Fokus auf PatientenInnenbedürfnisse den Stellenwert der Pflege im Operationsbereich am Beispiel der präoperativen Pflegevisite darzustellen. Im ersten Teil der Arbeit sollen die Bereiche Pflege im OP und das notwendige pflegespezifische Wissen für den Operationsbereich definiert und in einem Kontext zueinander gebracht werden. Am Beginn steht die Frage, wie Pflege im OP definiert wird, die Beantwortung dient der Abgrenzung des Feldes. Pflege im OP wird durch die Aufgabenbereiche des Pflegepersonals und durch den Gesetzestext definiert. „§ 21. (1) Die Pflege im Operationsbereich umfasst die Vorbereitung, Mitwirkung und Nachbetreuung bei operativen Eingriffen.“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, S. 134) Daran anschließend soll beantwortet werden, welches pflegespezifische Wissen für den Operationsbereich notwendig ist. Im zweiten Teil werden anhand der Definitionen des ersten Teils der Arbeit Formen und Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs im OP anhand einschlägiger Fachliteratur definiert. Dies ist erforderlich, um Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs im OP auf Ihre Praktikabilität einschätzen zu können. Ausführlich wird auf die Frage „Welche Bedeutung hat die präoperative Pflegevisite für den Pflegeprozess im Operationsbereich?“ eingegangen. Anschließend soll festgestellt werden, ob die präoperative Pflegevisite diese Anforderungen zur Erfassung und Behandlung pflegespezifischer Probleme im OP-Prozess im Hinblick auf die Vermeidung von Komplikationen erfüllen kann. Die Vermeidung von Komplikationen durch die Erfassung von Risikofaktoren ist ein Ziel der präoperativen Pflegevisite. Ein weiteres Ziel ist die Begleitung von PatientenInnen durch den Prozess einer Operation. Die Vermeidung von Komplikationen durch die Erfassung von Risikofaktoren zählt zur PatientenInnensicherheit. Alfredsdottir and Bjornsdottir (2008) beschreiben in ihrer Studie, dass PatientenInnensicherheit sowohl mit den Faktoren des Arbeitsumfeldes als auch mit der Kommunikation und mit Entscheidungen des Managements in Zusammenhang stehen. OP-Pflegepersonen identifizieren die Wahrung der PatientenInnensicherheit als wichtigste Intervention. (vgl. Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008, S. 36)

Der Stellenwert der Pflege im Operationsbereich soll in dieser Arbeit definiert werden, um die pflegerische Arbeit im OP darzustellen, da das Pflegepersonal im Operationsbereich zunehmend vorweisen soll, warum im Operationsbereich hochqualifiziertes Pflegepersonal zum Einsatz kommen soll. (vgl. Meineke-Wolf, 2004, S. 31) Das

Pflegepersonal im Operationsbereich soll nicht seine pflegerische Arbeit begründen müssen. „Operationsabteilungen zählen zu den klassischen Funktionseinheiten eines Krankenhauses. [...] Für die Pflegekräfte der Funktionsabteilung OP bedeutet dies meist eine deutliche Abgrenzung zu den Pflegenden der Stationen. Aus diesem Grund wird häufig diskutiert, ob die Aufgaben von OP-Pflegekräften pflegerische Aufgaben sind und ob Pflegetheorien im OP anwendbar sind.“ (Koucharek, Heitland, Waldner 2008, S. 9)

Für die Pflegepraxis ist es wichtig zu erkennen, dass es an den Schnittstellen, wie Station, Operationsabteilung, Anästhesie und Wachstation zu Informationsdefiziten bzw. Informationsverlusten kommt. Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, wie diese Informationsdefizite ausgeglichen werden können. Ebenfalls soll diese Arbeit Pflegepersonen helfen, zu erkennen, dass die PatientenInnen vor Operationen in einem Ausnahmezustand sind. In diesem Zustand brauchen PatientenInnen eine professionelle Betreuung und vor allem die Unterstützung und Motivation durch das Pflegepersonal.

Für die Pflegeforschung soll diese Arbeit einen Anreiz bieten, im Bereich der Pflege im Operationsfunktionsdienst wissenschaftliche Beiträge zu publizieren.

2. Methode und Vorgehensweise

Es handelt sich bei der Arbeit um eine Literaturarbeit.

Um den aktuellen Forschungsstand zum Stellenwert der Pflege im OP und zur präoperativen Pflegevisite zu klären, wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken CareLit, Pubmed, CINAHL und DIMDI durchgeführt. Weiteres wird nach einschlägiger Literatur in österreichischen Bibliotheken, online-Zeitschriftenverlagen (z. B. Thieme connect und Wiley online Library) und Fachbuchhandlungen gesucht. Analog der Forschungsfrage soll der Stellenwert der Pflege im OP geklärt und Instrumentarien zur Unterstützung der präoperativen Pflegevisite sowie des Pflegeprozesses im Operationsbereich ermittelt werden. Ebenfalls soll auf Lücken in der Forschung im Hinblick zur Anwendung und Durchführung sowie die Evaluation und Wirksamkeit des Pflegeprozesses im Operationsfunktionsdienst in der Forschung hingewiesen werden.

Die erste computergestützte Literaturrecherche wurde mittels der Stichworte: Pflege im Operationsbereich, nursing, operating room, nursing process, perioperative nursing durchgeführt. Die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien wurden auf die gesamte Recherche angewendet.

Einschlusskriterien:

- Pflege im Operationsbereich (nursing in the operating room)
- Präoperative Pflegevisite (preoperative visit)
- Pflegeprozess im Operationsbereich (nursing process in the operating room)
- deutsch- und englischsprachige Literatur
- Zeitraum von 2000 – 2012, um die aktuelle Situation beschreiben zu können. Für die Lehrinhalte und Instrumente wird der Zeitraum weiter gefasst, von 1997 an, das Jahr, in dem das GUKG neu in Kraft getreten ist.

Ausschlusskriterien:

- Die präoperative Pflegevisite im Anästhesiebereich wurde ausgeschlossen, da bei Miteinbeziehung der Anästhesie weitere Forschungsfragen zur Anästhesiepflege zu behandeln wären und dies zu umfangreich für diese Arbeit wäre.

Bei der recherchierten Literatur handelt es sich um Fachbücher, Fachartikel und wissenschaftliche Artikel zur Pflege im Operationsbereich, zum Pflegeprozess und zur präoperativen Pflegevisite. Zur Darstellung des Stellenwertes in der Pflege werden Fachbücher, Lehrbücher und Praxishandbücher im OP wie, das „Praxishandbuch-OP“ von Hofmann-Dörwald (1999) und das „Lehrbuch für Operationspflegekräfte“ von Koucharek, Heitland & Waldner (2008) herangezogen. Die Fragen, welches pflegespezifische Wissen für den Operationsbereich notwendig ist und welche Formen und Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs im OP es gibt, erfolgt auf Basis von Fachartikeln zum Thema, wie z. B. „Pflegeschwerpunkte im Operationssaal“ von Bühlmann & Käppeli (1999), „Development and definition of the role of the operation department nurse: a review“ von McGarvey, Chambers & Boore (2000) und „Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room“ von Bull & FitzGerald (2006). Zur Darstellung der Bedeutung der präoperativen Pflegevisite dienen das „Pflegevisiten-Buch“ von Heering (2006), und der Artikel „Kritische Auseinandersetzung mit der präoperativen Pflegevisite“ von Schönebäumler (2000). Die Ergebnisse einer weiteren computergestützten Literaturrecherche mit den Stichworten: präoperative Pflegevisite, preoperativ nursing visit war „Gut beraten in die OP“ von Konschak (2011). Ein Beispiel aus Österreich zur präoperativen Pflegevisite findet sich im Projektbericht: Präoperative Pflegevisite von Marion Steinbichler und Claudia Parlacska an der chirurgischen Abteilung des KFJ-Spital (Kaiser Franz Josef – Spital) aus dem Jahr 1998 sowie im Vortrag von Marion Steinbichler 2007 im Rahmen der Fachtagung der ARGE Pflege im OP bei den Bildungstagen des ÖGKV am 11. Oktober 2007. Im Rahmen dieses Vortrages stellte sie das Projekt „präoperative Pflegevisite zehn Jahre danach“ vor.

Bei der weiteren Literaturrecherche zur präoperativen Pflegevisite wurden die Stichworte erweitert in *perioperative caring* und *perioperative dialogue*, da die präoperative Pflegevisite in der englischsprachigen Literatur nur in Bezug auf *perioperative* steht. Für diese Arbeit wurde stellvertretend für den Pflegeprozess und die Kompetenzen, die eine Pflegeperson im OP haben muss, sowie die präoperative Pflegevisite das Buch „Caring for the perioperative Patient“ von Wicker & O’Neill (2010) herangezogen. Außerdem

wurden die Studien „Patients and nurses experiences of perioperative dialogues“ von Lindwall, Post, & Bergbom (2003) und „The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study von Rudolfsson, Post, & Eriksson (2007) in Bezug auf die präoperative Pflegevisite verwendet.

Innerhalb der Literatursuche konnten weitere Studien und Bücher für diese Arbeit zur Erläuterung der Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs analysiert werden, z. B. „Gatekeeping practices of nurses in operating rooms“ von Riley & Manias (2005), „Checklisten im OP - ein sinnvolles Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit?“ von Lessing, Francois-Kettner, Jonitz, Bauer, & Schrappe (2010).

3. Theoretischer Hintergrund, Theoriebezug und Forschungsstand

Der theoretische Hintergrund zur Pflege im Operationsbereich, der auf Basis der Literaturrecherche erarbeitet und im Folgenden aufgezeigt wird, umfasst folgende Aspekte:

1. Definition von Pflege im Operationsbereich und Feststellung des notwendigen pflegespezifischen Wissens
2. Darstellung von Instrumenten zur Erhebung des Pflegebedarfs sowie deren Qualität, Aufzeigen der Vor- und Nachteile bezüglich ihrer Einsatzmöglichkeiten und Beschreibung der Voraussetzungen bzw. Möglichkeiten zur Umsetzung dieser Instrumente im Operationsbereich
3. Diskussion der Bedeutung und Zielsetzung der präoperativen Pflegevisite im Operationsfunktionsdienst

3.1 Pflege im Operationsbereich und welches Wissen ist dazu notwendig?

3.1.1 Definition Pflege im Operationsbereich

In den gängigen deutschsprachigen Fachbüchern zur Pflege im Operationsbereich wird Operationspflege wie folgt definiert: „Krankenpflege im Operationsdienst bezieht sich nicht ausschließlich auf das standardisierte Ausführen von technischen Operationsabläufen. Die qualifizierte Krankenschwester/-pfleger im OP ist auch in der Lage, die individuellen Bedürfnisse der PatientIn unabhängig von ihrer Bewusstseinslage ganzheitlich zu erfassen und fachkompetent zu handeln.“ (Deprand-Passard & Luce-Wunderle, 2006, S. 5) Diese Definition von Pflege im Operationsdienst lässt viele Interpretationen zu. Die erste formale Definition für die Pflege im Operationsdienst kam von der AORN 1969 (Association of periOperative Registered Nurses). AORN definierte professionelle Pflege im Operationsdienst als eine Identifikation von physiologischen, psychologischen und

sozialen Problemen der PatientenInnen. Die Entwicklung und Implementierung individueller Pflege, basierend auf dem Wissen der Forschung, dient der Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens vor, während und nach der Operation. (vgl. McGravey, Chambers, & Boore, 2000, S. 1094) Diese Definition von Pflege im OP wurde in den folgenden Jahren adaptiert und in die präoperative Pflege, intraoperative Pflege und postoperative Pflege unterteilt. Durch diese Unterteilung der Pflege lassen sich der Stellenwert und die Definition der Pflege im Operationsdienst erörtern.

AORN (2010) definiert Pflege im Operationsbereich durch drei Bereiche, A.) Perioperative Patient focused Model, B.) Goal for Perioperative Nursing Practice und C.) Scope of Perioperative Nursing Practice. Der dritte Teil Bereich der perioperativen Pflegepraxis wird mit weiteren fünf Definitionen beschrieben. Eine Definition beschreibt die perioperative Pflegepraxis wie folgt: Perioperative Pflegepraxis basiert auf ganzheitlicher Pflegebeziehung, die die Gesundheit fördert und innerhalb einer Reihe menschlicher Erfahrungen abläuft. Perioperative Pflegepraxis verbessert die interdisziplinäre Zusammenarbeit und nutzt die Ressourcen angemessen. Die Spanne der perioperativen Pflegepraxis reicht von der ersten Information der PatientenInnen, dass eine Operation bevorsteht und sie sich für die Operation entscheiden, bis sie entlassen werden. (vgl. Perioperative Standards and Recommended Practices 2010, S. 11) Diese Spanne in der Pflegepraxis von der Entscheidung zur Operation bis zur Entlassung aus dem Operationssaal deckt der Pflegeprozess. Der Pflegeprozess spielt eine wichtige Rolle bei der Pflege im Operationsdienst dar.

3.1.2 Perioperative Caring

In der englischsprachigen Literatur wird Pflege im Operationsbereich und welches pflegespezifische Wissen im Operationsbereich notwendig ist, mit perioperative caring und perioperative practice definiert. Stellvertretend dafür steht das Buch „Caring for the perioperative patient“ von Wicker & O’Neill (2010). In diesem Buch werden die Kompetenzen und Fertigkeiten in der Pflege und Praxis im Operationsbereich erörtert.

„Perioperative Pflege ist eine an den individuellen Bedürfnissen des Patienten orientierte Pflege während der prä-, intra- und postoperativen Phase. Sie ist Bestandteil der kontinuierlichen und qualifizierten Patientenbetreuung. Krankenpflege im OP unterstützt

und hilft beim Wiedererlangen und Erhalten der physischen und psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens der Patienten. Sie begleitet Patienten in existentiell gefährdenden Lebenssituationen“ (DBfK, Berufsbild Krankenpflege im OP, 2004, S.8).

In „Development and definition of the role of the operating department nurse: a review“ von McGarvey, Chambers, & Boore (2000) werden die Aufgaben der Pflege in präoperative, intraoperative und postoperative Phase der Pflege unterteilt. Die präoperative Pflege beinhaltet die physiologische und psychologische Vorbereitung der PatientenInnen auf die Operation. In dieser Phase werden die PatientenInnen und deren Daten überprüft und die PatientenInnen werden sicher am Operationstisch positioniert. In der präoperativen Phase wird auch die Ausrüstung für die Operation bereitgestellt. Die psychologische Vorbereitung auf die Operation ist eine der wichtigsten Aufgaben in der präoperativen Pflege. Die intraoperative Pflege beinhaltet die Wahrung der Sicherheit und Würde der PatientenInnen. Die postoperative Pflege beinhaltet die psychologische und physiologische Überwachung. Die korrekte Übergabe der PatientenInnen zur Wachstation ist erforderlich, das bedeutet es Bedarf einer optimalen Kommunikation zwischen der Operationsabteilung und der Wachstation. (vgl. McGarvey, Chambers, & Boore 2000, S. 1097-1098) AORN und die Studien von Lindwall (2003) und Rudolfsson (2007) definieren dies ebenso, d. h. bei dem Begriff „perioperative“ handelt es sich um die Phasen der präoperativen, intraoperativen und postoperativen Pflege. In „Caring for the perioperative Patient“ von Wicker und O’Neill (2010) werden die Aufgaben und Kompetenzen von perioperative practice beschrieben. Perioperative practice beginnt, bevor die PatientenInnen den Operationsbereich betritt. Die Anforderungen an die perioperative Praxis, vor allem an die ausführende Person der perioperativen Praxis, sind spezielles Wissen und spezielle Fertigkeiten. Die wichtigsten fünf Bereiche dieses Wissens und der Fertigkeiten sind Kommunikation, professionelle Entwicklung, klinische Führung, klinische Verwaltung und perioperative Pflege.

Die Kompetenzen und Aufgaben einer Pflegeperson im Operationsbereich nach Wicker & O’Neill (2010) werden kurz allgemein beschrieben, dies beinhaltet z. B., die Ausrüstung für die Operation herzurichten, zu überprüfen, ob die Sicherheit und Sterilität im Operationssaal gegeben ist, die Lagerung der PatientenInnen am Operationstisch, die Vorbereitung der PatientenInnen (z. B. Desinfektion des OP-Gebietes) und die Dokumentation durchzuführen. Das deckt sich auch mit den Kompetenzen und Aufgaben aus den Lehrbüchern im deutschsprachigen Raum. Doch bei Wicker & O’Neill (2010) wird auch auf die Kommunikation eingegangen. Dabei wird die Kommunikation mit den

PatientenInnen als ein wichtiger Faktor der perioperativen Praxis betont. Ebenso wird die Kommunikation im Operationsteam als effektive Methode zur Wahrung der PatientenInnensicherheit gesehen.

Die präoperative Vorbereitung hat einen wichtigen Stellenwert bei Wicker & O'Neill (2010), sie widmen sich der perioperativen Kommunikation und der präoperativen Vorbereitung der PatientenInnen. Die präoperative Vorbereitung beinhaltet in erster Linie den Pflegeprozess und in weiterer Folge der Reduktion von Komplikationen.

Das Thema patient care beinhaltet die zufriedenstellende und individuelle Pflege jedes Patienten und jeder Patientin. In diesem Abschnitt findet sich auch der Pflegeprozess. „Assess, plan, deliver and evaluate individualised patient care in collaboration with all members of the multidisciplinary team.“(Wicker & O'Neill, 2010, S. 240)

3.1.3 Aufgaben der Pflege im Operationsbereich

Analysen der Rolle der Pflege im Operationsbereich können aus verschiedenen Perspektiven, wie z. B. dem Aufgabenbereich, näher gebracht werden. Die Rolle der Pflege im Operationsbereich lässt sich anhand der Aufgaben einer Pflegekraft im Operationsbereich erörtern. Zu den Aufgaben zählen in erster Linie die Kenntnisse und Einhaltung der Hygienerichtlinien und der Arbeitssicherheitsvorschriften, die Pflegedokumentation, Qualitätssicherung im OP, dazu kommen noch die operationsspezifischen Aufgaben wie die Vorbereitung des Operationssaales, des Operationstisches, Einschleusung der PatientenInnen, Durchführung und Überwachung der Lagerung von PatientenInnen, Instrumentanz und unsterile Saalassistentz (werden auch Springertätigkeiten) genannt, Dokumentation, Vorbereitung und das Anlegen von Gipsen und Verbänden, Annahme, Beschriftung und Versendung von Präparaten und die Kontrolle der raumluftechnischen Anlagen. (vgl. Liehn, Middelani-Neumann, Steinmüller, & Döhler, 2007, S. 2) „Die Aufgaben einer OP-Fachkraft werden in Instrumentanz und unsterile Saalassistentz, zumeist als „Springertätigkeiten“ bezeichnet, unterteilt. Beide Tätigkeiten sind gleichwertig und nicht unabhängig voneinander durchführbar.“ (Liehn, Grüning, & Köhnsen, 2006, S. 55) Die Aufgaben des Operationsfunktionsdienstes sind einheitlich in der Literatur aufgelistet, es besteht der Unterschied, dass einige eine punktuelle Aufzählung durchführen und andere die Aufgaben in einen Text verpacken. „Alle Tätigkeiten, die mit dem Patienten und seinem geplanten Eingriff zu tun haben, beginnend bei der Operationslagerung, über die Vorbereitung des Sterilguts und

Einwegmaterials bis zur Assistenz während der Operation im sterilen sowie im unsterilen Bereich zählen zum Aufgabenbereich des OP-Funktionsdienstes.“ (Liehn, Grüning, & Köhnsen, 2006, S. 8)

Im Review von McGarvey, Chambers & Boore (2000) wird beschrieben, dass die Aufgaben der Pflege in zeitlichen Phasen der Versorgung gesehen werden, die präoperative, die intraoperative und die postoperative Phase und die Setzung der erforderlichen Maßnahmen der Pflegeperson in jeder dieser Phasen. (vgl. McGarvey, Chambers, & Boore, 2000, S. 1096)

3.1.4 Rolle der Pflege im Operationsbereich, die PatientenInnensicherheit zu wahren

Die Studie „Nursing and patient safety in the operating room“ von Alfredsdottir & Bjornsdottir, (2007) beschäftigt sich mit der PatientenInnensicherheit im Operationssaal. Das Ziel dieser Studie war aufzuzeigen, was die PatientenInnensicherheit im OP steigert aber auch bedroht, und wie das Pflegepersonal seine Rolle darin sieht, die Sicherheit zu garantieren. Diese Studie umfasst zwei Teile, der erste Teil ist eine schriftliche Befragung an 60 Operationspflegekräften. Der zweite Teil beinhaltet semistrukturierte Interviews und eine Gruppendiskussion. Die Ergebnisse sind, dass der Kern der Pflege im Operationssaal in der PatientenInnensicherheit liegt. PatientenInnen, die eine Operation durchlaufen, sind verletzlich und brauchen professionelle Pflege. Weitere Ergebnisse sind, dass die Vermeidung von Fehlern der PatientenInnensicherheit im Operationsbereich dient. Mittels Maßnahmen wie Standards und Checklisten wird dem entsprochen. Ebenfalls wird beschrieben, wie wichtig es für die Pflegenden ist, den Patienten und die Patientin und den Hintergrund jedes Patienten und jeder Patientin zu kennen, um Risiken zu minimieren. Die Pflegenden sind der Meinung, patientenInnenzentrierte Pflege braucht präoperative Informationen, um den Patienten und die Patientin optimal für die Operation vorzubereiten. Ein wichtiges Element für die PatientenInnensicherheit ist die Teamarbeit im Operationsbereich. Zu dieser Erkenntnis kommen alle Beteiligten der Studie. (vgl. Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007, S.31ff) „It's [nursing] more professional, our nursing is better after we introduced teamwork in the operating room. You know skills and knowledge of your team colleague, everyone knows what to do and things go smoothly. We're just more competent.“ (Alfredsdottir &

Bjornsdottir, 2007, S. 33) In dieser Studie wurden Strategien zur Wahrung der Sicherheit diskutiert, wie auch in der Literatur zur Studie beschrieben wird.

Effektive Teamarbeit leistet einen Beitrag zur Pflegequalität im Operationsbereich und steigert die Sicherheit für Pflegepersonen und PatientenInnen. Erfolgreiche Teams unterstützen einander und erkennen die Wichtigkeit professionellen Handelns. Ein effektives Team wird dadurch definiert, dass die Rollen und Beziehungen der Mitglieder akzeptiert werden, sowie gegenseitige Unterstützung und Respekt besteht. Teammitglieder des Operationsbereiches besitzen unterschiedliche Qualifikationen und Erfahrungen, sie setzen diese Erfahrungen und Qualifikationen in der perioperativen Praxis ein. Die Rolle der Pflege im perioperativen Team ist die Patientensicherheit zu wahren und über die Besonderheiten in der präoperativen Vorbereitung der PatientenInnen die Teammitglieder zu informieren. Ebenfalls soll die Pflege als Vermittler zwischen den PatientenInnen, der Operationsabteilung und der Station fungieren. (vgl. Wicker & O'Neill 2010, S. 152-158) Effektive OP-Teams machen weniger Fehler, dadurch ergeben sich kürzere OP-Zeiten und ein besseres OP-Ergebnis. (vgl. Strauss 2011, S. 18)

Patientensicherheit geht mit Teamarbeit und einer genauen und kompletten Pflegeplanung einher. Effektive Beurteilung, Planung und Vorbereitung für die PatientenInnen können postoperative Komplikationen verhindern. (vgl. Wicker & O'Neill 2010, S 254)

3.1.5 Fähigkeiten und Kompetenzen der Pflegepersonen im Operationsbereich

Um das Berufsbild der OP-Pflegeperson besser zu verstehen, müssen die Anforderungen, Fähigkeiten und Aufgaben beschrieben werden. Die Fähigkeiten einer OP-Pflegeperson sind vor allem Team- und Konfliktfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Organisationsfähigkeit, Einfühlungsvermögen sowie Kenntnisse über pflegerische Maßnahmen, z. B. Katheterismus, Kenntnisse bezüglich des Strahlenschutzes und Kenntnisse über die korrekte Vorbereitung der PatientenInnen. (vgl. Liehn, Middelanis-Neumann, Steinmüller, & Döhler 2007, S. 2) Die Anforderungen an eine OP-Pflegeperson könne anhand des Gesetzes zur Sonderausbildung abgelesen werden. Das GuKG § 69 besagt, dass die Sonderausbildung zur Pflege im Operationsbereich mindestens sieben Monate dauert und 1000 Stunden theoretische und praktische Ausbildung beinhaltet. Die

Sachgebiete der Ausbildung sind die spezielle Pflege im Operationsbereich, allgemeine und spezielle chirurgische Gebiete, Hygiene und Medizintechnik, Planung und Organisation im Operationsbereich und die Kommunikation. (vgl. Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, S. 264) „Im Zuge dieser Ausbildung sollen theoretisches Wissen und praktische Fertigkeiten vermittelt werden, das die betreffende Person befähigt, im Rahmen einer Operation sowohl vorbereitende Tätigkeiten als auch die Instrumentierung durchzuführen.“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, S. 264)

3.1.6 Pflegespezifisches Wissen im Operationsbereich

Das GuKG § 17 und § 21 legt das pflegespezifische Wissen, das eine Pflegeperson im Operationsbereich haben muss, fest, was sich aus einem professionellen Pflegeverständnis ableiten lässt. § 17 (7) besagt, dass die Voraussetzung für Spezialaufgaben, hierzu zählt die Pflege im Operationsbereich, eine Berufsberechtigung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sein muss, weiters eine erfolgreiche Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung vorliegen muss. (vgl. Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, S. 115) „§ 21. (1) Die Pflege im Operationsbereich umfaßt die Vorbereitung, Mitwirkung und Nachbetreuung bei operativen Eingriffen.“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, S. 134) Aus § 21. (1) lässt sich nur erkennen, dass es ein spezielles Wissen erfordert, aber nicht welches. Pflegespezifisches Wissen im Operationsbereich setzt sich aber nicht nur aus Fachwissen, das in der Sonderausbildung gelehrt wird, zusammen, sondern beinhaltet auch ethisches Verständnis und Einfühlungsvermögen. „In diesem Bereich der perioperativen Pflege geht es nun darum, daß die Pflegepersonen in ihrer Sensibilität und Wahrnehmung für die Situation und das Erleben der Patienten gestärkt und im professionellen Umgang mit den sich zeigenden Phänomenen gefördert werden und daß dieser Bereich der Pflege als offizielle Aufgabe der Pflegepersonen deklariert wird.“ (Bühlmann & Käppeli 1999, S. 242)

Zum pflegespezifischen Wissen im Operationsbereich zählt auch die Qualitätssicherung. Die pflegerische Qualitätssicherung im OP wird durch standardisierte Arbeitsabläufe durchgeführt. Ein Ablaufstandard beschreibt die Tätigkeiten, die durchzuführen sind. „Standards sind maßgebende Aussagen, welche mit den Werten der Berufsgruppe übereinstimmen und das Niveau oder die Leistungen beschreiben, mit denen die Dienstleistung beurteilt werden kann.“ (Baartmans & Geng, 2006, S.22) Standards werden üblicherweise anhand von Kriterien beschrieben. Diese Standards im OP werden

in Ablaufstandards und Einzelstandards unterteilt. Die Ablaufstandards beschreiben den allgemeinen Operationsablauf, das Ein- und Ausschleusen eines Patienten und einer Patientin in den und aus dem OP sowie die Zählkontrolle. Bei der Zählkontrolle müssen vor, während und nach der Operation alle Instrumente, Nadeln, Tupfer und Tücher gezählt und das korrekte Ergebnis im OP-Protokoll festgehalten werden. (vgl. Liehn, Middelanis-Neumann, Steinmüller, & Döhler 2007, S. 3) Die sogenannten Einzelstandards beschreiben die Lagerung, benötigtes Material, die Vorbereitung des Instrumententisches, die Durchführung der Pflegehandlungen, die Nachbereitung und die Qualifikation für die unterschiedlichen Operationen (z. B. Appendektomie oder Tonsillektomie). (vgl. Freese, Hedemann, Schmeichel, Wilczynski, & Wille 2010, S. 11ff) Ein weiterer Punkt der Qualitätssicherung im OP ist die Dokumentation. „Dokumentation bedeutet eine beweiskräftige, wahrheitsgemäße Auflistung vorgenommener Maßnahmen. Für den Patienten bedeutet dies mehr Sicherheit durch einen nahtlosen Informationsaustausch zwischen den ihn versorgenden Personen und Organisationseinheiten. Außerdem wird deren gegenseitige Kontrolle, sowie die Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit der am Patienten vorgenommenen Handlungen im Nachhinein gewährleistet.“(Liehn, Middelanis-Neumann, Steinmüller, & Döhler, 2007, S. 9)

3.2. Instrumente zur Wahrung der PatientenInnensicherheit im organisatorischen Kontext

Eine zentrale Aufgabe der Pflege im Operationsbereich ist die Wahrung der PatientenInnensicherheit im organisatorischen Kontext. Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs im organisatorischen Kontext werden auch als Assessmentinstrumente beschrieben. Assessment bedeutet einschätzen, beurteilen oder bewerten, es kommt aus dem Englischen. Je nach Ziel und Zweck kommen in der Pflege verschiedene Assessmentinstrumente zur Anwendung. Im folgenden Abschnitt werden die Gatekeeping-Methode und die Surgical Safety Checkliste als Instrumente zur Wahrung der PatientenInnensicherheit im organisatorischen Kontext vorgestellt.

3.2.1 Gatekeeping

Die Teamarbeit im Operationsbereich funktioniert nur dann optimal, wenn die Teammitglieder untereinander kommunizieren. Die Studie „Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects“ von Lingard, et al. (2004) zeigt, welche Kommunikationsprobleme im Operationssaal auftreten. Im Rahmen der Untersuchung wurden vier Typen von Kommunikationsfehlern festgestellt. Kommunikationsfehler im Operationsteam kommen häufig vor, und zwar bei ungefähr 30% der arbeitstechnisch relevanten Gespräche. Diese Fehler basieren auf einfachen Faktoren, z. B. die Kommunikation findet zu spät statt, um effektiv zu sein. (vgl. Lingard, et al. 2004, S. 332) Eine Methode, diese Fehler teilweise zu umgehen, ist die Gatekeepingmethode.

Definition Gatekeeping

Gatekeeping ist eine Kommunikationsmethode, die den Zugang zu Informationen erleichtert. Gatekeeping im Gesundheitssektor stellt ein Instrument zur Wahrung der PatientenInnensicherheit dar. Im Artikel „Gatekeeping practices of nurses in operating rooms“ von Riley und Manias wird die Gatekeeping Methode erforscht, die von OP

Pflegepersonen verwendet wird, um den Informationsfluss in ihrem täglichen Arbeitsbetrieb im Spital zu kontrollieren. Damit wird ein detailliertes Verständnis von Gatekeeping-Methoden im OP angestrebt. Die Grundprinzipien von Gatekeeping beziehen sich auf die wiederholten, kommunikationsbezogenen Muster der Entscheidungsfindung, die von organisationsinternen Personen verwendet werden und die dabei helfen, die Organisation als symbolische Umgebung darzustellen. Die organisatorischen Aspekte, die Gatekeeping beeinflussen, beinhalten die Standards der verschiedenen Berufsgruppen. Der Wert der Nachricht wird vom Gatekeeper bestimmt. Zum Beispiel handeln während der Operation OP-Pflegepersonen als Gatekeeper für die Chirurgen. Sie leiten die anderen Pflegepersonen bezüglich des passenden Zeitpunkts an, um zu unterbrechen oder eine Nachricht zu überbringen oder um Informationen zu erfragen. Gatekeeping beinhaltet aber auch Machtausübung. In manchen Fällen wurde beobachtet, wie Gatekeeper ihre Macht benutzten, um den Informationsfluss zu kontrollieren, es wurden benötigte Informationen verwehrt. Die Macht zirkulierte zwischen den verschiedenen Beteiligten, z. B. benutzten Pflegepersonen ihre Macht als Gatekeeper, um den Informationsfluss zu den Chirurgen zu kontrollieren. Dann wiederum bedienten sich Chirurgen der Gatekeeping-Methode, um Informationen zu kontrollieren. Die Ausübung dieser Macht hing von der Möglichkeit der Informationsbildung ab. Gatekeeping-Handlungen können die klinische Praxis beeinflussen und prägen, was jedoch bedeutender ist, diese Handlungen haben das Potenzial, direkte Auswirkungen auf die PatientenInnenpflege zu haben. (vgl. Riley & Manias 2009, S. 215-222) „Gatekeeping acts can influence and shape clinical practice and, more importantly, such acts have the potential to impact directly on patient care.“ (Riley & Manias, 2009, S. 222)

3.2.2 Checklisten im Operationsbereich

Definition Checklisten

Checklisten sind Instrumente zur Überprüfung oder Kontrolle von z. B. Maßnahmen, technischen Geräten, Daten oder Warenbeständen auf ihre Vollständigkeit.

„In einer erweiterten Definition, die auch auf die Gesundheitsversorgung übertragbar ist, können Checklisten daher treffender als Arbeitswerkzeug charakterisiert werden, das als Erinnerungshilfe eingesetzt wird oder auch, um Prozesse und Handlungen gleichbleibend zu strukturieren. Insbesondere in Stress- und Ausnahmesituationen können Checklisten helfen, Gedächtnisfehler zu vermeiden und Entscheidungskorridore aufzeigen, die die

Sachlage überschaubar halten und damit handhabbar machen.“ (Lessing, Francois-Kettner, Jonitz, Bauer, & Schrappe 2010, S. 180)

Surgical Safety Checkliste

Ein Instrument ist die sogenannte „Surgical Safety Checkliste“ der WHO. „Das Ziel der Checkliste ist die Sicherheit des Patienten im Rahmen von operativen Eingriffen zu erhöhen und alle Beteiligten anzuhalten, aktiv ihre berufsspezifischen Sicherheitsaspekte zu überdenken.“ (Plattform Patientensicherheit, 2009)

Die Sicherheits-Checkliste für chirurgische Eingriffe besteht aus drei Teilen, dem sign in, team time out und sign out. Sign in ist die Einleitung und beginnt vor der Narkose. Der Teil Team time out beginnt vor dem ersten Schnitt der Operation. Sign out stellt die Phase nach der Operation dar, bevor der Patient und die Patientin den Operationssaal verlassen. Eine Person aus dem OP-Team wird zum Checklisten-Koordinator bestimmt, der für das Abarbeiten der Checkliste verantwortlich ist und verbal von den verantwortlichen Teammitgliedern Bestätigung bei den entsprechenden Punkten erhält. Die letzte Verantwortung haben der Operateur bzw. der Anästhesist.

Beschreibung der Surgical Safety Checkliste (Abb. 1):

Vor der Narkose wird durch eine Pflegeperson und dem Anästhesisten sichergestellt, dass der Patient und die Patientin ihre Identität, den Operationsort lokalisiert und die Art des Eingriffs bestätigt haben, und ihre Einwilligung zur Operation vorhanden ist. Die Stelle, wo die Operation stattfinden soll, ist markiert, hier gibt es die Möglichkeit, nicht anwendbar auszufüllen, wenn die Markierung nicht möglich ist, z. B. bei einer Tonsillektomie. Die Anästhesiemaschine und die Medikation wurden überprüft, ebenso das Pulsoximeter an den PatientenInnen. Weiters werden Risiken geprüft, wie Allergien, Beatmungs- oder Aspirationsrisiken und das Risiko eines Blutverlustes. Vor dem ersten Schnitt (Operationsbeginn) kommt es zum Team Time out. Hier stellen sich alle Teammitglieder namentlich und mit ihrer Funktion vor. Der Checklistenkoordinator erfragt folgende Punkte vom jeweils Zuständigen. Vom Operateur werden die PatientenInnenidentität, Art und ungefähre Dauer der Operation, Operationsstelle und Operationsseite, ob kritische Punkte zu erwarten sind und wie hoch der erwartete Blutverlust ist, angegeben. Der Anästhesist gibt patientenInnenspezifische Risiken und Reanimationspläne bekannt. Die OP-Pflege überprüft die Sterilitätsindikatoren, das Instrumentarium und andere patientenInnenspezifische Belange. Kontrolliert wird auch, ob

eine Antibiotikaprophylaxe gegeben wurde. Bevor die PatientenInnen den Operationssaal verlassen, wird beim OP-Team nochmals nachgefragt, welcher Eingriff durchgeführt wurde, die Vollständigkeit der Instrumente, Tücher, Tupfer und Nadeln, die Kennzeichnung der Proben für die Pathologie, Fehlfunktionen bei der Ausrüstung (Instrumente, technische Apparate) und die Hauptaspekte, die für die Rekonvaleszenz und die weitere Behandlung bei den PatientenInnen zu berücksichtigen sind.

Abb. 1 Surgical Safety Checkliste der WHO (WHO, 2009)

Surgical Safety Checklist		World Health Organization A World Alliance for Safer Health Care	Patient Safety
Before induction of anaesthesia (with at least nurse and anaesthetist) Before skin incision (with nurse, anaesthetist and surgeon) Before patient leaves operating room (with nurse, anaesthetist and surgeon)			
Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? ☐ Yes		Nurse Verbally Confirms: ☐ The name of the procedure ☐ Completion of instrument, sponge and needle counts ☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) ☐ Whether there are any equipment problems to be addressed	
Is the site marked? ☐ Yes ☐ Not applicable		To Surgeon, Anaesthetist and Nurse: ☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?	
Is the anaesthesia machine and medication check complete? ☐ Yes		Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? ☐ Yes ☐ Not applicable	
Is the pulse oximeter on the patient and functioning? ☐ Yes		Anticipated Critical Events To Surgeon: ☐ What are the critical or non-routine steps? ☐ How long will the case take? ☐ What is the anticipated blood loss?	
Does the patient have a: Known allergy? ☐ No ☐ Yes		To Anaesthetist: ☐ Are there any patient-specific concerns?	
Difficult airway or aspiration risk? ☐ No ☐ Yes, and equipment/assistance available		To Nursing Team: ☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed? ☐ Are there equipment issues or any concerns?	
Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? ☐ No ☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned		Is essential imaging displayed? ☐ Yes ☐ Not applicable	

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009

Die Methoden des Gatekeepings und die Surgical Safety Checkliste sind gute Instrumente zur Wahrung der PatientenInnensicherheit, sie können auch den Pflegeprozess im Operationsbereich unterstützen. Nur aus diesen Maßnahmen alleine kann keine Pflegeplanung erstellt werden.

Ein wichtiges Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs ist der Pflegeprozess. Nachstehend wird der Pflegeprozess allgemein bezüglich seiner Qualität und seiner Vor- und Nachteile und wie er im Operationsbereich eingesetzt werden kann, erläutert.

3.3. Instrumente zur Wahrung der PatientenInnensicherheit im pflegerischen Kontext

Im folgenden Abschnitt werden Instrumente zur Wahrung der PatientenInnensicherheit im pflegerischen Kontext, wie der Pflegeprozess, die Pflegevisite und im speziellen die präoperative Pflegevisite behandelt.

3.3.1 Pflegeprozess

Definition Pflegeprozess

„Der Pflegeprozess besteht aus einer Reihe von Phasen oder Schritten. Um die Probleme und Ressourcen eines Patienten genau und systematisch zu erfassen und zu behandeln, ist es hilfreich, sich an diese Schritte zu halten. Dabei ist zu beachten, dass diese Schritte dynamisch und flexibel sind – und sich oft überschneiden.“ (Brobst, R. A., Clarke Coughlin, A. M., Cunningham, D., Hess Jr., R. G., Mason, J. E., Fenner McBride, L. A., et al. 2007, S. 25) Es gibt mittlerweile verschiedene Ansätze des Pflegeprozesses, das Sechs-Phasen-Modell nach Fiechter/Meier, das auch Heering beschreibt und analysiert. Dieser Regelkreis besteht aus der Informationssammlung, der Beschreibung der Probleme und Ressourcen, der Festlegung der Pflegeziele, der Maßnahmenplanung, der Durchführung der Pflege und der Evaluation der Pflege. (vgl. Heering 2006, S. 28) Das Fünf-Phasen-Modell beinhaltet Pflegeassessment/Einschätzung, Pflegediagnostik, Pflegeplanung, Pflegeimplementation/Umsetzung und Pflegeevaluation. (vgl. Brobst 2007, S. 27) Diese letztgenannte Einteilung findet sich auch im Krankenpflegegesetz wieder.

In „Caring for the perioperative patient“ von Wicker & O’Neill (2010) wird der Pflegeprozess ebenfalls in assessment (Plegeassessment), diagnosis (Pflegediagnostik), goal setting (Plegeziele), intervention (Plegemaßnahmen) und evaluation (Evaluation) unterteilt. Wicker & O’Neill (2010) beschreiben den Pflegeprozess für den Operationsbereich als perioperative Pflegeplanung. Diese perioperative Pflegeplanung b beinhalten üblicherweise standardisierte Dokumente, die individuell für jeden Patienten und jede Patientin zu ergänzen sind. Genauigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation wichtig sind für weitere Pflegehandlungen und die PatientenInnensicherheit, mit dem Ziel der Reduktion postoperativer Komplikationen.

Warum soll der Pflegeprozess im Operationsfunktionsdienst angewandt werden?

Ein Punkt, warum der Pflegeprozess angewendet werden soll, ist, dass er ein Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs darstellt. Ein wichtiger Grund für den Pflegeprozess im Operationsbereich ist, dass PatientenInnen vor Operationen oft prämediziert werden, und somit die Kommunikation beeinträchtigt ist. Dadurch ist es wichtig, pflegerelevante Informationen am Vortag von den PatientenInnen zu erhalten. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S. 29-30) Z. B. kann eine wichtige Information die Angst vor der Operation sein. Die Angsthäufigkeit schwankt zwischen 73% und 92% vor operativen Eingriffen. (vgl. Höfling 1988, S. 29) So wird vom Pflegepersonal die Pflegediagnose „Angst“ (Abb. 2) gestellt und die Ziele und Maßnahmen zur optimalen Betreuung werden im Vorfeld geplant. Angst ist ein sehr häufiges Phänomen, das PatientenInnen vor Operationen haben. Das Phänomen Angst wird im Kapitel 3. 4 PatientenInnen Ängste vor Operationen definiert. Angst ist ein Risiko, das vor Operationen auftritt, jedoch bestehen mehrere Risiken für PatientenInnen im pflegerischen Kontext vor und während einer Operation. Wicker & O'Neill (2010) beschreiben die Probleme während des Operationsprozesses als „managing perioperative risks“. Sie erwähnen hierbei Risiken, die durch Unfälle, biologisch oder chemisch bedingt, auftreten können. Unfälle, wie Nadelstichverletzungen, Verletzungen durch Klebestreifen der sterilen Operationsabdeckung sowie Verbrennungen die infolge der Hochfrequenzchirurgie entstehen können, sind zu vermeiden. Chemische Risiken sind vor allem Allergien bzw. Unverträglichkeiten von Desinfektionsmittel und Latexprodukten. Biologische Risiken sind Druckgeschwüre, die bedingt durch die Lagerung am Operationstisch auftreten können, wobei hier auch das Alter, die Durchblutung und das Gewicht der PatientenInnen eine große Rolle spielen. (vgl. Wicker & O'Neill 2010, S. 183ff) Diese Pflegeprobleme sind im Rahmen des Pflegeprozesses zu diagnostizieren, Pflegeziele zu planen und Maßnahmen zu setzen, um die Risiken während der Operation zu vermeiden.

Am Tag der Operation werden die besprochenen Maßnahmen durchgeführt. „Der Pflegeprozess ist ein starkes Instrument, um die Pflegpraxis zu verbessern. Er kann z. B. dabei helfen, eine neue, frische Sicht auf die Pflege zu entwickeln, die Zusammenarbeit mit Patienten und Kollegen erfolgreicher zu gestalten und die Dokumentation zu verbessern.“ (Brobst, et al., 2007, S. 28)

Der Pflegeprozess soll im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich durchgeführt werden, da er im Krankenpflegegesetz verankert ist.

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz besagt in § 14 des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches:

“§ 14. (1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege 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.

(2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt insbesondere:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, S. 87-88)

Dieser Paragraph besagt, dass der Pflegeprozess in der Pflege im Rahmen der Eigenverantwortlichkeit liegt. „Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltet die patienten- bzw. klientenorientierte Pflege nach dem Pflegeprozess, der mit der Einschätzung der Pflegebedürfnisse beginnt und mit der Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen endet (RV).“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, S. 89) Ebenfalls wird im Gesetz genau definiert, wie sich die Stufen des Pflegeprozesses zusammensetzen. „Die Stufen des Pflegeprozesses werden nach neuer Fachterminologie in folgende Schritte gegliedert:

- Pflegeassessment,
- Pflegediagnostik,
- Pflegeziele,
- Pflegemaßnahmen,
- Evaluation.“ (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, S. 89)

Aufbau des Pflegeprozesses

Die erste Phase des Pflegeprozesses besteht aus dem Assessment. Diese Einschätzung und Beurteilung erfolgt durch das Pflegepersonal mittels Beobachtung, Ergebnisse einer körperlichen Untersuchung sowie durch die Krankengeschichte. Für das Assessment gibt es verschiedene Hilfsmittel, wie zum Beispiel Checklisten. „Checklisten oder Beobachtungs- und Überwachungsbögen gibt es in verschiedenen Ausführungen, auch Fieberkurven und Ein- und Ausfuhrdiagramme gehören dazu. Diese Assessment-Formulare können bei der schriftlichen Fixierung von Routineuntersuchungsdaten eine schnelle und verlässliche Hilfe sein, um Tendenzen im Krankheitsverlauf des Patienten aufzuzeigen.“ (Brobst, et al., 2007, S. 80) Solche Checklisten und Beobachtungsbögen finden sich im Operationsfunktionsdienst wieder. Ein Beispiel ist die „Surgical Safety Checkliste“ der WHO, die in dem Kapitel 3. 2. 2. 2 Surgical Safety Checkliste (Abb. 1) vorgestellt wurde.

Im Bereich der Pflegediagnostik werden die gesammelten Daten aus dem Pflegeassessment analysiert und gedeutet und die pflegerelevanten Phänomene in Form von Diagnosen beschrieben. Pflegediagnosen sind ein wesentlicher Teil professioneller Pflege, sie können die Kontinuität der Pflege erheblich verbessern indem die Pflegediagnosen sorgfältig erstellt und dokumentiert werden. (vgl. Brobst, et al. 2007, S. 87-88) Pflegediagnosen sind Beurteilungen und beschreiben Probleme der PatientenInnen. Die Pflegediagnose „Angst“ (Abb. 2) ist ein Beispiel für ein operationsspezifisches Problem von PatientenInnen. Diese Diagnosen können selbst erstellt werden oder aus der NANDA-Taxonomie entnommen werden. (vgl. Brobst, et al. 2007, 120-121) „Die NANDA International (ehemals Nordamerikanische Pflegediagnosenvereinigung) hat die am weitesten verbreitete und akzeptierte standardisierte Liste von Pflegediagnosen erarbeitet und in einem Ordnungssystem, der NANDA-Taxonomie II, zusammengefasst.“ (Brobst, et al., 2007, S. 121)

Von den Pflegediagnosen ableitend werden messbare, patientenInnenbezogene Pflegeziele festgelegt. Die Pflegeziele sollen genau formuliert und dokumentiert werden, sie sollen sich auf die PatientenInnen beziehen und sie beteiligen, medizinische Verordnungen müssen berücksichtigt werden und die Ziele sollen an die Umstände (z. B. Alter, Bildungsstand, Kultur und Religion) angepasst werden. (vgl. Brobst, et al. 2007, S. 134-135)

Die Pflegemaßnahmen werden aus den Pflegezielen entwickelt und können auf verschiedene Weise erreicht werden. Pflegemaßnahmen entstehen aus geeigneten Pflegeinterventionen, das sind Pflegehandlungen, um erwünschte Pflegeergebnisse zu erreichen, d. h. der Pflegeplan wird in die Tat umgesetzt. In dieser Phase des Pflegeprozesses, wenn eine Pflegehandlung durchgeführt wird, werden auch die Reaktionen auf die Intervention beobachtet und gegebenenfalls modifiziert und angepasst. Pflegeinterventionen sind z. B. in der Pflegeinterventionsklassifikation (NIC) festgelegt. (vgl. Brobst, 2007 S. 184-185)

Bei der Evaluation handelt es sich um eine Überprüfung und Beurteilung des pflegerischen Handelns, um zu erkennen, inwieweit die Ziele erreicht wurden. „Der Erfolg der Pflegeevaluation hängt weitgehend von der Qualität des Pflegeplans ab.“ (Brobst, et al., 2007, S. 189)

„In der prä- und postoperativen stationären Patientenversorgung wird der Pflegeprozess mehr oder weniger konsequent angewendet. Die Zeit, die der Patient im OP verbringt, erscheint von pflegerischer Seite aus nicht in der Dokumentationsmappe auf der Station. Diese Lücke gilt es zu schließen.“ (Hollick & Kerres, 2004, S. 30) Diese Lücke kann im Bereich des Operationsfunktionsdienstes durch Informationssammlung in der präoperativen Pflegevisite gefüllt werden.

Die nachstehenden Kapitel sind der Beschreibung der Pflegevisite gewidmet. Dabei werden die Pflegevisite allgemein und die präoperative Pflegevisite im Speziellen für den Operationsbereich vorgestellt.

3.3.2 Pflegevisite

Definition Pflegevisite

Bei der Pflegevisite wird von dem lateinischen Begriff *visitare* ausgegangen, der „besuchen“ bedeutet. Die Visite kommt aus dem Bereich der Medizin. „In der deutschsprachigen Pflegeliteratur wurde der Begriff wahrscheinlich erstmals von Döpcke Paentz (1981) eingeführt. [...] Erste konzeptuelle Definitionen wurden Anfang der 1990er-Jahre vorgestellt ...“ (Heering, 2006, S. 46) Sie kann als Führungsinstrument, als Instrument zum Miteinbezug der PatientenInnen und/oder auch als Qualitätssicherungsinstrument verwendet werden. „Die Pflegevisite ist eine Form des strukturierten Klientenbesuchs mit der Überprüfung von pflegerischen Leistungen und deren Qualität“ (Bölicke & Panka, 2004, S. 59) Eine weitere Definition von Kußmaul beschreibt die Pflegevisite ebenfalls als ein Instrument der Qualitätssicherung. „Die Pflegevisite ist ein Instrument zur internen und externen Qualitätssicherung. Sie beurteilt die Ergebnisqualität des Pflegeprozesses und legt Maßnahmen im kontinuierlichen Verbesserungsprozess fest.“ (Kußmaul, 2011, S. 23) Die Formen der Pflegevisite unterteilen sich nach der Art ihres Einsatzes. Beispiele dafür sind, die pflegerische Übergabe, die Pflegevisite als Dienstübergabe mit den PatientenInnen, die Pflegevisite als Führungsinstrument oder die Pflegevisite als Instrument zum Miteinbezug der PatientenInnen. Die pflegerische Übergabe, Dienstübergabe in abgetrennten Räumlichkeiten, ist die Übermittlung pflegebezogener Informationen, in Form von Fallbesprechungen oder Besprechung von Pflegeinterventionen. Die Pflegevisite als Dienstübergabe mit den PatientenInnen ist die Besprechung des Pflegeprozesses mit den PatientenInnen am Krankenbett. Bei der Pflegevisite als Führungsinstrument nimmt die Stationsleitung teil. Die Pflegevisite als Instrument zum Miteinbezug der PatientenInnen diene der gemeinsamen Erstellung des Pflegeprozesses. (vgl. Heering 2006, S. 45-52) „Die Pflegevisite diene so der gemeinsamen Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen beziehungsweise der Pflegediagnosen, der Vereinbarung von gewünschten Pflegezielen, der Vereinbarung der Art, Menge und Häufigkeit der nötigen Pflegemaßnahmen und schließlich der Überprüfung der Angemessenheit und Wirksamkeit der Pflege.“ (Heering, 2006, S. 52)

Ziele der Pflegevisite

Die Ziele der Pflegevisite verschmelzen mit der Definition der Pflegevisite. Als Ziel der Pflegevisite wird beschrieben, dass sie ein Instrument der Qualitätssicherung ist und durch den Pflegeprozess leitet. Bei Heering (2006) sind die Ziele der Pflegevisite, die erbrachten Pflegeleistungen zu evaluieren. Habermann & Biedermann (2007) sehen die Ziele der Pflegevisite in der pflegebezogenen Qualitätssicherung, Personalentwicklung, Marketing und Kundenbindung sowie die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit. Die Pflegevisite erhöht die Pflegequalität, im Bezug zur Personalentwicklung fördert die Pflegevisite die Kollegialität. (vgl. Baierlein & Thormann 2007, S. 21) Ebenfalls ist ein Ziel der Pflegevisite, die PatientenInnenzufriedenheit zu verbessern. „Mit der Pflegevisite als Instrument interner Qualitätssicherung werden systematisch und klientenbezogen die erbrachten Pflegeleistungen evaluiert, d. h. der Pflegeprozess wird hinsichtlich seiner Umsetzung überprüft.“ (Bölicke & Panka, 2004, S. 59)

Rahmenbedingungen der Pflegevisite

Die Voraussetzungen zur Durchführung einer Pflegevisite sind der zeitliche Aspekt, es muss Zeit für die Pflegevisite sowie für die Dokumentation eingeplant werden. Die Teilnehmer, Pflege- bzw. Stationsleitung, Pflegekraft, PatientenInnen und evtl. Angehörige, der Pflegevisite müssen koordiniert werden. (vgl. Hellmann & Rößlein 2012, S.77) Zur Umsetzung der Pflegevisite müssen die räumlichen Rahmenbedingungen, die zeitlichen Rahmenbedingungen und die personellen Rahmenbedingungen gegeben sein. Die räumlichen Rahmenbedingungen beeinhalteten einen Raum für ein persönliches Gespräch. Der Zeitaufwand sollte klar festgelegt sein, in der Regel ein bis eineinhalb Stunden, je nach Form der Pflegevisite. Die personellen Ressourcen orientieren sich an der Form der Pflegevisite. (vgl. Heering 2006, S. 60) Bei der präoperativen Pflegevisite ist eine Pflegeperson aus dem Operationsbereich zuständig. Die Vorbereitung und das Konzept einer Pflegevisite sind von Bedeutung. Das Konzept, in Form von Checklisten, Protokollen oder Fragebögen, soll nach Art der Pflegevisite angewandt werden. Eventuell muss ein eigenes Konzept entwickelt werden, das für die Anwendung modifiziert ist. (vgl. Bölicke & Panka 2004, S. 61)

Durchführung der Pflegevisite

Die praktische Durchführung der Pflegevisite erfolgt unter den Gesichtspunkten der Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung, Auswertung und der Maßnahmenverfolgung. (vgl. Hellmann & Rößlein 2012, S. 80) Auch Habermann & Biedermann (2007) beschreiben die Durchführung der Pflegevisite in drei Phasen, der Vorbereitung, dem Besuch bei den PatientenInnen und der Nachbereitung. Die Vorbereitung liegt in der Terminplanung und dem Zusammenstellen der notwendigen Unterlagen, z. B. die Pflegedokumentation und das Pflegevisitenblatt. Der Besuch bei den PatientenInnen beginnt bei der Vorstellung, mündet in das Pflegevisitengespräch, das auch eine Einschätzung der PatientenInnen durch die Pflegeperson beinhaltet, und endet mit der Verabschiedung. Die Nachbereitung dient der Auswertung der erhobenen Daten und der Dokumentation. (vgl. Bölicke & Panka 2004, S. 61-64) Bei der Pflegevisite bedarf es auch einer Reflexion, bezüglich der Pflegeplanung unter den MitarbeiternInnen. (vgl. Baierlein & Thormann 2007, S. 21)

Vor- und Nachteile der Pflegevisite

In der vorherrschenden Literatur überwiegen die Vorteile der Pflegevisite. Die Vorteile der Pflegevisite liegen vor allem in der Beziehung zwischen Pflegenden und PatientenInnen, da PatientenInnen eine Ansprechperson für Ihre Ängste und Probleme haben. (vgl. Hollick & Kerres 2004, S. 15) Hollick & Kerres (2004) beschreiben auch, dass die Pflegevisite auch eine pflegerische therapeutische Wirkung haben kann. Die Vorteile liegen in der Präzisierung des Pflegeprozesses sowie die Einbindung der PatientenInnen in den Pflegeprozess und in der verbesserten Informationsweitergabe. (vgl. Schrems 2004, S. 8) „Innerhalb des Pflegeprozesses kann die Pflegevisite sowohl als Instrument der Anamneseerhebung betrachtet werden als auch zur Diskussion und Beratung von Maßnahmen und deren abschließende Evaluation.“ (Hollick & Kerres, 2004, S. 19) Dieses Zitat bestärkt nochmals die Aussage, dass die Vorteile in der Präzisierung des Pflegeprozesses liegen.

Die Nachteile ergeben sich eher in der Umsetzung, z. B. wenn nicht genügend zeitliche und personelle Ressourcen vorhanden sind und die Schweigepflicht bzw. die Vertraulichkeit nicht gegeben ist. Die Schweigepflicht bezieht sich auf das Krankenhaus, durch mehrere Betten in einem Zimmer. Die Vertraulichkeit bezieht sich auf die Hauskrankenpflege, wo durch wechselnde Pflegepersonen und seltene Besuche schwer Vertrauen zu den PatientenInnen aufgebaut wird. (vgl. Schrems 2004, S. 9) Das heißt, die

Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, um die Nachteile zu reduzieren. Hollick & Kerres (2004) beschreiben die Nachteile der Pflegevisite für das Problemfeld Patient und Patientin, das Problemfeld Kollegen und das Problemfeld Vorgesetzte. Das Problemfeld Patient und Patientin wird dahingehend beschrieben, dass die Pflege auf Beziehung und Vertrauen aufgebaut sein soll und PatientenInnen aber oft das Gefühl der Verlassenheit seitens der Pflege haben, da die PatientenInnen nur mehr einen geringen Teil der für sie zuständigen Pflegepersonen kennen lernen. Bei z. B. größerem Altersunterschied zwischen PatientenInnen und Pflegepersonen oder unterschiedlichem Geschlecht kommt ebenfalls eine Situation des Verlassenheit auf. Im Problemfeld Kollegen gehen die AutorInnen auf die fehlende Kommunikation innerhalb der Gruppe der Pflegenden einer Station ein. Beim Problemfeld Vorgesetzte stehen die organisatorischen Aufgaben im Mittelpunkt. „Die weitgehende Verlagerung von organisatorischen Aufgaben auf die Ebenen der Stationsleitungen zwingt diese vermehrt, sich aus dem eigentlichen Stationsgeschehen auszuklinken und übergeordnete Aufgaben zu erfüllen.“ (Hollick & Kerres, 2004, S. 17)

Eine Möglichkeit zur Umsetzung der Pflegevisite im Operationsbereich ist die präoperative Pflegevisite, da sie an die Bedürfnisse von PatientenInnen denen eine Operation bevorsteht, angepasst ist. Bei der präoperativen Pflegevisite sind die PatientenInnenängste vor Operationen zu berücksichtigen. Nachstehend wird auf die PatientenInnenängste vor Operationen kurz eingegangen, um die Notwendigkeit der Durchführung der präoperativen Pflegevisite deutlich zu machen.

3.4. PatientenInnenängste vor Operationen

Aus den Daten von Statistik Austria geht hervor, dass bei den stationären Aufenthalten des Jahres 2009 in allen österreichischen Krankenanstalten insgesamt 4.424.693 medizinische Einzelleistungen dokumentiert wurden. Von den medizinischen Einzelleistungen waren 984.207 bzw. 22,24% operative Leistungen (siehe Tab. 1). Die im Jahr 2009 am häufigsten dokumentierte operative Einzelleistung war die Kataraktoperation, gefolgt von sonstigen Operationen der Haut, vaginalen Entbindungen, Operationen des Kniegelenks sowie Curettagen (siehe Tab. 2). (vgl. Statistik Austria, 2010)

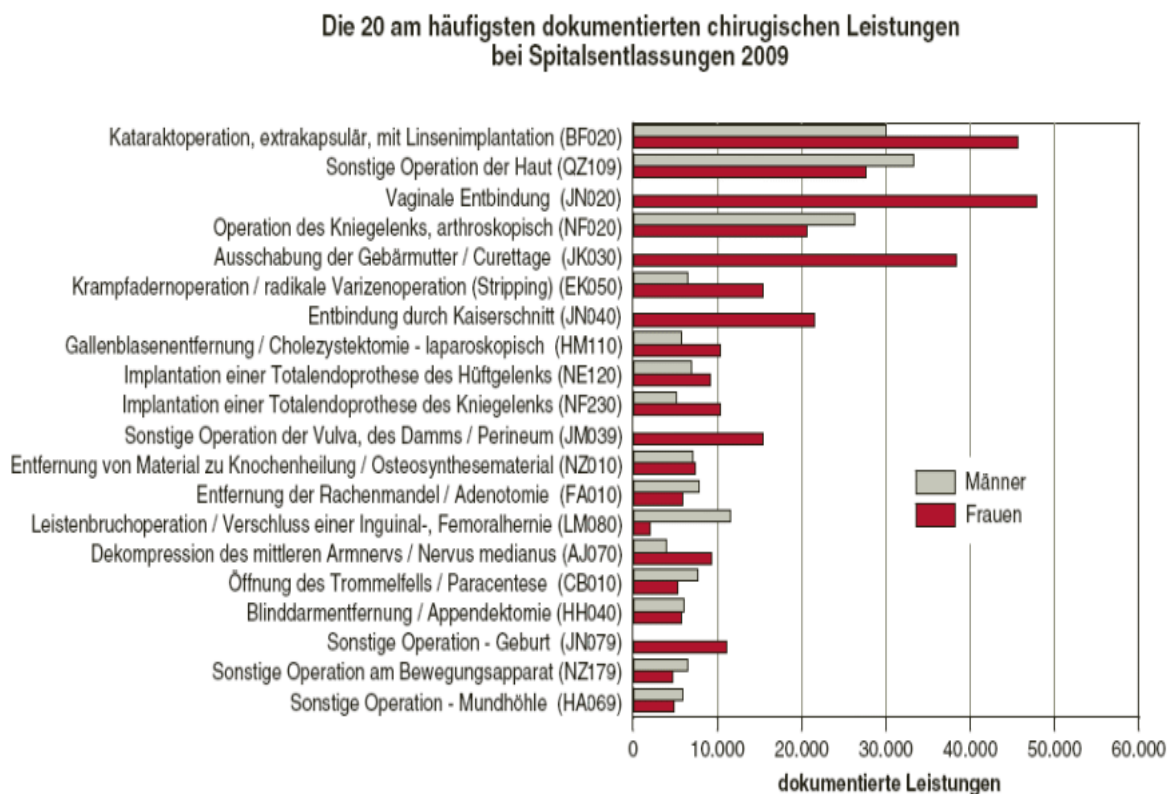
Tab. 1 Operative und nichtoperative medizinische Leistungen bei Spitalsentlassungen 2009 nach Kapiteln des Leistungskatalogs (Statistik Austria, 2010)

Operative und nichtoperative medizinische Leistungen bei Spitalsentlassungen 2009 nach Kapiteln des Leistungskatalogs

Medizinische Leistungen Kapitel	Kapitel	Leistungen nach Geschlecht		
		insgesamt	männlich	weiblich
Insgesamt	1-22	4.424.693	2.154.670	2.270.023
Operative Leistungen	1-11	984.207	400.646	583.561
Nichtoperative Leistungen	12-22	3.440.486	1.754.024	1.686.462

Q: STATISTIK AUSTRIA, Spitalsentlassungsstatistik. - Erstellt am 15.11.2010.

Tab. 2 Die 20 am häufigsten dokumentierten chirurgischen Leistungen bei Spitals-Entlassungen 2009 (Statistik Austria, 2010)



Anhand der Tabellen ist ersichtlich, dass im Jahr 2009 984.207 Personen eine Operation hatten. Die Operationen sind von der Kataraktoperation über die Gallenblasenentfernung bis zur Blinddarmentfernung, quer auf diese Personen aufgeteilt. Höfling (1988) dokumentiert die Angsthäufigkeit zwischen 73% und 92% vor Operationen. Damit sind mindestens zwei Drittel der 984.207 operierten Personen von der Angst vor Operationen betroffen.

3.4.1 Definition Angst

„Angst ist ein vitales Grundgefühl des Menschen. Sie gehört zur menschlichen Existenz und wird als psychische Grundfunktion betrachtet [...] Angst beengt den Menschen, erregt und lähmt seinen Willen und ist mit körperlichen Begleiterscheinungen

verbunden.“(Bühlmann, 2004, S. 81) Die Stufen der Angst werden in ihrem Erleben und in ihrer Intensität unterschiedlich wahrgenommen. Bei den Stufen handelt es sich um die Sorge, Vorsorge und Unsicherheit als 1. Stufe. Die 2. Stufe beschreibt Angst als Zustand, als Eigenschaft und als reale und unreale Angst. Bei der 3. Stufe wird die Panik genannt. (vgl. Bühlmann, 2004, S. 82) Dies beschreibt, dass die PatientenInnenängste vor Operationen sich auf unterschiedliche Art und Weise zeigen können. Nachstehend die Definition der Pflegediagnose Angst (Abb. 2) nach der NANDA-Taxonomie. Diese Pflegediagnose ist ein Beispiel, wie sie in der präoperativen Pflegevisite erhoben werden kann und in der anschließenden Pflegeplanung angeführt wird.

Abb. 2 Pflegediagnose 00146 (9.3.1.) nach der NANDA Taxonomie II (Stefan, Allmer, Eberl, et al. 2003, S. 706-708)

	TITEL und DEFINITION	ÄTIOLOGIE (mögliche Ursachen) oder RISIKOFAKTOREN	SYMPTOME (Merkmale, Kennzeichen)
00146 (9.3.1.)	Angst (im Detail angeben) geringfügige, mäßige, ausgeprägte, panische Ein vages, unsicheres Gefühl, dessen Ursache diesem Patienten oft unklar und/oder unbekannt ist. Das Gefühl der Besorgnis wird verursacht durch eine Vorahnung oder in Erwartung einer Gefahr. Es ist ein alarmierendes Signal, das vor einer drohenden Gefahr warnt und diesen Patienten veranlasst, Maßnahmen gegen die Bedrohung zu unternehmen.	• Giftstoffen ausgesetzt sein • Unbewusster Konflikt über grundsätzliche Werte, Lebensziele, Glaubensfragen und Lebenssinn • Familiär bedingt, Vererbung • Unerfüllte Bedürfnisse • Zwischenmenschliche(r) Übertragung oder Einfluss • Situative und/oder entwicklungsbedingte Krisen • Todesangst, subjektiv oder objektiv • Bedrohung des Selbstkonzeptes, subjektiv oder objektiv • Stress • Suchtmittelmissbrauch • Bedrohung oder Veränderung des Gesundheitszustandes (terminale Erkrankung), der Rollenfunktion, der Umgebung (Sicherheit), der Interaktionsmuster, des sozioökonomischen Status • positive oder negative Selbstbeeinflussung	aus der Sicht des Patienten • Erhöhte Anspannung • Gefühle des Bedauerns • Verängstigt; zittrig • Ungewissheit • Übererregt, erschüttert, verzweifelt • Besorgnis, Unsicherheit, Furchtsamkeit • Unzulänglichkeitsgefühle • Furcht vor unklaren Folgen • Ausgedrückte Besorgnis um Veränderungen der Lebensumstände • Beunruhigt, ängstlich, nervös, furchtsam • Schmerzvolle und zunehmend anhaltende Hilflosigkeit • Somatische Beschwerden • Schlaflosigkeit • Gefühl eines drohenden Unheils • Hoffnungslosigkeit • Seelenqualen • Denkblockaden • Müdigkeit • Mundtrockenheit • Abdominale Schmerzen • Bewusstes Wahrnehmen der körperlichen Symptome aus der Sicht der Pflegeperson • Sympathotone Stimulation (kardiovaskuläre Erregung, periphere Vasokonstriktion, erweiterte Pupillen, Zunahme der Atemfrequenz, gesteigerte Reflexe, Gesichtsrötung/Flush) • Parasympathotone Stimulation (verminderte Herzfrequenz, Blutdruckabfall, Ohnmacht) • Erhöhte Vorsicht, Umherschauen, mustern der Umgebung, wenig Augenkontakt • Verminderte Produktivität

	TITEL und DEFINITION	ÄTIOLOGIE (mögliche Ursachen) oder RISIKOFAKTOREN	SYMPTOME (Merkmale, Kennzeichen)
			• Fahrige Bewegungen (Herumschieben der Füße, Hand-, Armbewegungen) • Erhöhte Reizbarkeit • Vermehrtes Schwitzen • Zittern/Tremor der Hände, Ruhelosigkeit • Schlaflosigkeit • Angespannte Gesichtszüge • Zitternde Stimme • Ichbezogenheit • Grüblerisch • Häufiges Urinieren • Wiederholtes Fragen/Vergesslichkeit • Verwirrtheit • Eingeschränkte Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration • Tendenz, andere anzuklagen • Verminderte Problemlösungs-/Lernfähigkeit • Auf- und Abschreiten/ziellose Tätigkeit • Beeinträchtigte Mobilität • Durchfall • Übelkeit/Nausea • Gewichtsverlust/Magersucht

3.4.2 Angst und ihre Bedeutung für den Patienten und die Patientin vor der Operation

„Die Tatsache, dass dem Patienten eine Operation bevorsteht, bedeutet für ihn immer eine Extremsituation, die mit Stress und Angst verbunden ist.“ (Hollick & Kerres, 2004, S. 29)

Medizinische Fortschritte haben zu einem beträchtlichen Anstieg der elektiven Eingriffe geführt. Doch die präoperative Betreuung blieb relativ statisch. Wie eine Studie zeigt, ist eine beträchtliche Anzahl von PatientenInnen sehr ängstlich vor einer elektiven Operation. Die Pflege kann dazu beitragen, die präoperative Angst zu minimieren. Mitchell beschreibt

in seiner Literaturübersicht von 2003 den derzeitigen Kenntnisstand und mögliche Interventionen über Angst der PatientenInnen im OP. Dabei wurden für den Zeitraum von 1990 bis 2002 34 Studien, die Daten von 3754 PatientenInnen umfassen, analysiert. Drei Hauptthemen ergaben sich aus den Studien, die Ursachen von Angst, klinische Maßnahmen sowie die Angstbewältigung. Die Ursachen von Angst konnten in zwei Hauptkategorien unterteilt werden, in allgemeine und in spezifische Angst provozierende Ereignisse. Allgemeine Angst provozierende Ereignisse waren die postoperative Phase und die eigene Persönlichkeit. Als spezifische Ereignisse wurden die Wartezeit bis zur Operation am Operationstag, die Nüchternheit und das Herausnehmen der dritten Zähne genannt. Zur Angstbewältigung wurden die Prämedikation und Ablenkung als Maßnahme genannt. Als Ablenkung wurden Musik, Fernsehen, Entspannung und Besucher angeführt. Information wurde als eine besonders wirksame Intervention zur Reduzierung der Angst hervorgehoben. (vgl. Mitchell 2003, S. 810-816) Diese Information zur Reduzierung der Angst ist innerhalb der Literatur als Informationsbestimmung definiert, wörtlich während eines vorwirkenden Besuchs oder schriftlich über informierendes Material. (vgl. Scott, 2004, S. 74) Auch Bühlmann beschreibt als Intervention im Umgang mit Angst die pflegerische Informationssammlung sowie Maßnahmen zur Beruhigung, wie Voraussagen machen und Unterstützung geben.

Somit kann die präoperative Pflegevisite als mögliche pflegerische Intervention zur Angstreduzierung vor Operationen gesehen werden, dies wird im folgenden Abschnitt dargelegt.

3.5 Präoperative Pflegevisite

3.5.1 Definition präoperative Pflegevisite

Die Definition der präoperativen Pflegevisite ist der Definition der Pflegevisite angeglichen, die sich der Patientenbeteiligung widmet. „Danach ist die Pflegevisite 'ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit der KlientIn über ihren Pflegeprozess'. Die Pflegevisite diene so der gemeinsamen Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen beziehungsweise der Pflegediagnosen, der Vereinbarung von gewünschten Pflegezielen, der Vereinbarung der Art, Menge und Häufigkeit der nötigen Pflegemaßnahmen und schließlich der Überprüfung der Angemessenheit und Wirksamkeit der Pflege.“ (Heering, 2006, S. 52) Im Operationsbereich soll die Pflegevisite in Form der präoperativen Pflegevisite durchgeführt werden, da die mitgelieferten Daten von den Stationen für die optimale prä-, intra- und postoperative Betreuung nicht ausreichen. Die Definition der präoperativen Pflegevisite gleicht jener der Pflegevisite mit dem Unterschied, dass die präoperative Pflegevisite kein regelmäßiger, sondern ein einmaliger Besuch bei den PatientenInnen ist. Einerseits sollen Informationen und Bedürfnisse von den PatientenInnen eingeholt werden, aber auch Informationen über den Ablauf des Operationstages gegeben werden. Die präoperative Pflegevisite dient aber auch der Planung und Durchführung der postoperativen Pflege, indem den PatientenInnen die Möglichkeit gegeben wird, ihre Erwartungen auszudrücken und Informationen, z. B. über Verhaltensmaßnahmen nach der Operation, zu erhalten. Dieses Gespräch mit den PatientenInnen kann Sorgen und Stress für die PatientenInnen reduzieren. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S. 39-40)

3.5.2 Gesprächsführung im Rahmen der präoperativen Pflegevisite

Gesprächsführung und kommunikationswissenschaftliche Grundlagen sind von großer Bedeutung im Operationsfunktionsdienst. In den Fachbüchern für OP-Pflege, stellvertretend dafür seien die Bücher „OP-Handbuch“ von Liehn, Middelani-Neumann, Steinmüller & Döhler (2007), „Praxishandbuch OP“ von Hofmann-Dörwald (1999) und „OP und Anästhesie“ von Liehn, Grüning & Köhnsen (2006) genannt, wird beschrieben, dass

Kommunikationsfähigkeit eine wichtige Aufgabe des OP-Pflegefachpersonals sei. Doch werden hier keine genaueren Details über Gesprächsführung oder kommunikationswissenschaftliche Grundlagen ausgeführt.

„Man kann nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick 2000, S. 51) Diese These von Watzlawick im Rahmen seines Kommunikationsmodells beschreibt, dass es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren. Kommunizieren bedeutet, miteinander zu sprechen, in Kontakt mit dem Gegenüber zu treten. „Nur die Kommunikation kann kommunizieren.“ (Luhmann, 1995, S. 37) Diese These von Luhmann bedeutet, dass in der Kommunikation zwischen verschiedenen Möglichkeiten eine Wahlmöglichkeit besteht, hierbei ist aber jede Entscheidung „kontingent“, d. h. man hätte immer auch eine andere Wahl treffen können.

Die Gesprächsführung ist ein wichtiger Punkt der präoperativen Pflegevisite. Bei der Pflege im Operationsbereich spielt die Kommunikationsfähigkeit nicht nur zwischen Pflegeperson und PatientenInnen, sondern auch zwischen dem Team (Pflegepersonen, Operateure, Anästhesisten und OP-Gehilfen) im Operationssaal eine große Rolle. Auch Mitchell (2003) beschreibt, dass die Kommunikation zwischen PatientenInnen und dem Team im Operationssaal sehr wichtig für die Reduktion der Angst des Patienten und der Patientin ist. Die präoperative Pflegevisite ist ein Beispiel der Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den PatientenInnen. Wicker & O'Neill (2010) beschreiben in ihrem Buch „Caring for the perioperative Patient“, dass Kommunikation mit perioperativen PatientenInnen eine der wichtigsten Aufgaben im Operationsbereich darstellt und dass die präoperative Pflegevisite von großer Bedeutung für die Pflegeplanung im Operationsbereich ist. Die Kommunikationsfähigkeit ist von Bedeutung, um die PatientenInnenbedürfnisse beurteilen zu können und die korrekten Informationen, die benötigt werden, zu erhalten. (vgl. Wicker & O'Neill 2010, S. 137)

„Die Tatsache, dass dem Patienten eine Operation bevorsteht, bedeutet für ihn immer eine Extremsituation, die mit Stress und Angst verbunden ist.“ (Hollick & Kerres, 2004, S. 29) Ein Teil der Angst vor der Operation kann durch die Pflege genommen werden, indem in einem Gespräch der Ablauf des Operationstages geklärt wird. „Die genannten Besonderheiten wie Angst und eingeschränkte Kommunikation und Interaktion machen es unbedingt erforderlich, die benötigten Informationen vom Patienten bereits am Vortag bei der Pflegevisite in einem Pflegeanamnesegespräch zu erhalten.“ (Hollick & Kerres, 2004, S. 30)

In den weiteren Kapiteln wird die Bedeutung, der präoperativen Pflegevisite im Operationsfunktionsdienst für die PatientenInnen und das Pflegepersonal sowie deren Zielsetzung und Nutzen dargestellt. Für die präoperative Pflegevisite gibt es keine allgemein gültige Checkliste. Sie wird auch nicht an jedem Krankenhaus bzw. in jeder Operationsabteilung durchgeführt. Die präoperative Pflegevisite ist eine Informationssammlung und eine Informationsvermittlung an den Patienten und der Patientin.

3.5.3 Zielsetzung der präoperativen Pflegevisite

Die patientenInnenbezogenen Ziele der präoperativen Pflegevisite bestehen darin, dass es zu einer Optimierung der präoperativen Betreuung kommt. (vgl. Steinbichler 1998, S. 26) Worin besteht diese Optimierung der präoperativen Betreuung? Die Optimierung der präoperativen Betreuung besteht in einer qualitativ und quantitativ hochwertigen Information für PatientenInnen und Pflegepersonal. Durch einen gezielten Einsatz von personellen und strukturellen Ressourcen werden die Ziele der präoperativen Pflegevisite verfolgt. Ein weiteres Ziel der präoperativen Pflegevisite ist die Gewährleistung einer kontinuierlichen, nachvollziehbaren Pflegeplanung und Pflegedokumentation. (vgl. Kern & Frohner 2001, S. 13) Weiters bestehen die Ziele der präoperativen Pflegevisite darin, die Ängste zu reduzieren, die PatientenInnenzufriedenheit zu unterstützen und Informationen über die PatientenInnen zu sammeln. (vgl. Andreae, Avelini, & Hoffmann 2009, S. 66)

Suhonen und Leino-Kilpi beschreiben in der Literaturübersicht „Adult surgical patients and the information provided to them by nurses“ (2006), was chirurgische PatientenInnen an Informationen benötigen, die Meinung der PatientenInnen über die Informationsmaßnahmen und die Wirkung der individuellen Information. Die individuellen Informationen beinhalten z. B. die Informationen über den Ablauf der bevorstehenden Operation. Die Literatur reicht von 1994 bis 2004. Das Ergebnis ist, dass chirurgische PatientenInnen spezifische Informationen während der perioperativen Phase benötigen. Die Literaturübersicht zeigt, dass PatientenInnen ihre Informationen in einer diskreten Umgebung erhalten und geben möchten. Die Informationen sollen individuell dem Patienten und der Patientin und den verschiedenen perioperativen Phasen angepasst sein.

Die präoperative Pflegevisite stellt einen Beitrag zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung dar, da sie Informationen für PatientenInnen und Pflegepersonal beinhaltet, ebenfalls entsteht ein effizienter Informationsfluss zwischen den Abteilungen. Die Pflegevisite kann prinzipiell zur Qualitätsentwicklung eingesetzt werden. (vgl. Heering, 2006, S.52) „So ist es beispielsweise denkbar, im Rahmen der Pflegevisite einzelne Schritte des Pflegeprozesses einer genaueren, systematischen Betrachtung zu unterziehen, beispielsweise mit der Frage nach der Angemessenheit oder der erwartbaren Wirksamkeit der geplanten Pflege. Hingegen erscheint es eher weniger sinnvoll, die Pflegevisite als womöglich einziges Instrument der Qualitätsentwicklung zu betrachten und einzusetzen.“ (Heering, 2006, S. 52) Die Pflegeperson, die die Pflegevisite durchführt, sollte Kenntnisse über Gesprächsführung besitzen sowie PatientenInnenängste vor Operationen verstehen.

3.5.4 Durchführung und Aufbau der präoperativen Pflegevisite

Vorbereitung

Welche Vorbereitungsmaßnahmen müssen getroffen werden, um die präoperative Pflegevisite durchzuführen? „Im Rahmen der Dienstplangestaltung muss die präoperative Pflegevisite eingeplant und in den Tagesablauf integriert werden. Dasselbe gilt auch für die postoperative Pflegevisite zur Evaluation der Ergebnisse, der Planung und der Maßnahmen. Um den Pflegeprozess routinemäßig durchführen zu können, müssen standardisierte Arbeitsbögen entwickelt werden, unter besonderer Berücksichtigung der operationsrelevanten Gegebenheiten. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die gegenseitige Unterstützung und gute Zusammenarbeit des Stationspersonals, des Operationspersonals, der Pflegedienstleitung und der Ärzte untereinander.“ (Hollick & Kerres, 2004, S. 34)

Die präoperative Pflegevisite soll am Vortag der Operation stattfinden. Um die präoperative Pflegevisite durchführen zu können, sollten zeitliche Ressourcen zur Durchführung für das Pflegepersonal im Nachmittagsdienst vorhanden sein, das heißt, dass die Pflegeperson nicht im OP sein kann. Das OP-Programm für den nächsten Tag sollte dem Pflegepersonal zeitgerecht ausgehändigt werden, damit die Besuche bei den PatientenInnen am Nachmittag stattfinden können. Es sollte idealerweise die Pflegeperson die präoperative Pflegevisite durchführen, die auch am OP-Tag die

visitierten PatientenInnen begleitet. Diese Vorbereitung ist ein Vorteil für den Patienten und die Patientin. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S. 42-43) „Der Patient bekommt so die Möglichkeit, mit einer an der OP beteiligten OP-Pflegekraft den OP-Aufenthalt, die geplanten Abläufe und alle noch offenen Fragen zu besprechen. Voraussetzung ist, dass die visitierende Pflegekraft auch mit Sicherheit an der Operation als Instrumentierender oder als Springer teilnimmt, somit für den Patienten präsent ist und dadurch ein Vertrauensverhältnis entsteht.“ (Konschak, 2011, S. 261)

Müthing und Klamt erwähnen in dem Artikel „Die Präoperative Pflegevisite“, dass vor der Visite, das Operationsprogramm studiert werden und mit dem Operateur vorab ein Gespräch stattfinden soll. Das Gespräch mit dem Operateur beinhaltet, die beabsichtigte Operationsmethode, Lagerung der PatientenInnen und Besonderheiten bezüglich der Operation. Ebenfalls sollten Informationen über die Gesprächsbereitschaft der PatientenInnen eingeholt werden. (vgl. Müthing & Klamt 2004, S. 466) Vor der Durchführung der präoperativen Pflegevisite werden die Daten des Patienten oder der Patientin mit der vorliegenden Krankengeschichte der Station abgeglichen, um bereits erhobene Daten nicht doppelt zu erfragen.

Schnittstelle Station

Das pflegerische Aufnahmegespräch findet normalerweise am Aufnahmetag statt, doch am Aufnahmetag ist oft noch nicht klar, wann und ob eine Operation durchgeführt wird. Dadurch werden den PatientenInnen noch keine Informationen zu Sachverhalten einer Operation gegeben bzw. erfragt. Auch die Informationsüberflutung der PatientenInnen am Aufnahmetag ist ein Grund, dass noch keine Anamnese bezüglich der Operation beim Aufnahmegespräch stattfindet. (vgl. Kolbe-Alberdi Vallejo 2004, S. 110)

Ein Informationsverlust an den Schnittstellen Station, Operations-, Anästhesieabteilung und Aufwachraum ist oft unvermeidlich. (vgl. Kolbe-Alberdi Vallejo 2004, S. 110) Um diesem Informationsverlust entgegenzuwirken, kann die präoperative Pflegevisite als Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs im Operationsfunktionsdienst eingesetzt werden.

Möglichkeit und Zeitpunkt der Durchführung einer präoperativen Pflegevisite

Die Möglichkeit und der Zeitpunkt der Durchführung einer präoperativen Pflegevisite richten sich nach der Dringlichkeit der durchzuführenden Operation. Man unterscheidet die Dringlichkeit der Durchführung nach einer Operation in Notfälle, eine dringliche Operation, eine geplante Operation und eine elektive Operation. Notfälle sind sofortige Operationen bei vitaler Bedrohung ohne zeitliche Verzögerung, dringliche Operationen bedeuten eine zeitnahe Versorgung innerhalb der nächsten Stunden, geplante (bedingt dringliche) Operationen entsprechen einer Versorgung in einem definierten Zeitfenster und bei einer elektiven Operation wird der Termin individuell mit dem Patienten und der Patientin abgestimmt, der Zeitpunkt kann geplant werden. (vgl. Andreae, Avelini, & Hoffmann, 2009) Till Hasenberg beschreibt in dem Artikel „Wie dringlich ist dringlich?“ die Einteilung der Dringlichkeit der durchzuführenden Operationen.

Die Klassifizierung nach der Dringlichkeit bei Operationen werden nach der NCEPOD (National Confidential Enquiry into Perioperative Death) in immediate, urgent, expedited und elective unterteilt. Immediate wird für unmittelbar lebensrettende Operationen verwendet, urgent steht für Operationen, die innerhalb von Stunden nach der OP-Indikation durchgeführt werden sollen, sie erfolgen bei klinischer Verschlechterung oder akut auftretenden Krankheitszuständen, die lebensbedrohlich sein können, expedited bezeichnet Operationen, die innerhalb weniger Tage erfolgen sollten, bei nicht unmittelbarer Lebensgefahr, und elective steht für planbare Operationen. (vgl. Hasenberg & Shang 2010, S. 45-46) Diese NCEPOD Klassifikation von Operationen überschneidet sich mit der Klassifizierung in dem Buch Express Pflegewissen von Andreae, Avelini, & Hoffmann, 2009. Die Klassifizierung von Operationen nach ihrer Dringlichkeit ist für die präoperative Pflegevisite von Bedeutung, da die präoperative Pflegevisite bei geplanten und elektiven Operationen (expedited und elective) am ehesten durchgeführt werden kann.

Im deutschsprachigen Raum gibt es keine einheitliche Beschreibung der operativen Dringlichkeit. „Eine Nomenklatur, wie in der NCEPOD in Großbritannien, fehlt im deutschsprachigen Raum. Zwar sind die NCEPOD Klassifikationen synonyme Begriffe zur Beschreibung der operativen Dringlichkeit auch im deutschsprachigen Raum gängig, jedoch beinhalten Begriffe wie Soforteingriff, Notfalleingriff, höchste Dringlichkeit, aufgeschobene Dringlichkeit, frühelektive und elektive Eingriffe ausreichend Platz für Überschneidungen und Diskussionen.“ (Hasenberg & Shang, 2010, S. 45)

Die Pflegekraft besucht den Patienten oder die Patientin auf der Station und gleicht noch Daten mit der Krankengeschichte ab, dann beginnt das Gespräch. Das Gespräch sollte in einer angenehmen Atmosphäre und unter Bewahrung der Intimsphäre stattfinden. Nach der Vorstellung erfolgt die Datenerhebung, dann die Information der PatientenInnen, und zum Schluss die Verabschiedung. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S.42-43) „Die Durchführung präoperativer Visiten erfordert eine gute Organisation, weil die visitierende OP-Pflegekraft den Patienten zu einem geeigneten Zeitpunkt abpassen muss. Am präoperativen Tag muss der Patient gewöhnlich diverse Untersuchungen durchlaufen und ist nicht ständig auf seinem Zimmer. Eine Visitation am OP-Tag selbst stellt sich in der Praxis als nicht durchführbar heraus, einerseits spielen Dienstbeginnzeiten eine Rolle, andererseits ist der Patient an „seinem“ OP-Tag ausreichend mit sich selbst beschäftigt, evtl. bereits sogar prämediziert.“ (Konschak, 2011, S. 262)

Zusammenfassend sind die wichtigsten Punkte einer präoperativen Pflegevisite, dass sie am Tag vor der Operation durchgeführt wird, idealerweise durch eine Pflegeperson, die auch am Operationstag den Patienten und die Patientin im Operationsbereich empfangen kann. So trifft der Patient oder die Patientin ein vertrautes Gesicht in der fremden Umgebung. Bei dem Gespräch im Rahmen der präoperativen Pflegevisite sollten der Ablauf des Operationstages erklärt, weiters die Räumlichkeiten beschrieben sowie auf die Ängste, Bedürfnisse und Wünsche des Patienten und der Patientin eingegangen werden.

Wicker & O'Neill (2010) erwähnen, dass die präoperative Pflegevisite nicht unbedingt am Vortag der Operation durchgeführt werden muss. „The traditional view of preoperative visiting in the ward on the day before surgery is not the only technique available for perioperative visiting (Holmes 2005). In fact, research shows that patients hold information better when given 2 or 3 weeks before their surgery. (Nelson 1995).“ (Wicker & O'Neill, 2010, S. 250)

Aufbau einer präoperativen Pflegevisite

Die präoperative Pflegevisite besteht aus der Vorstellung der Pflegeperson, der Information über den Ablauf am OP-Tag, sowie Informationen über besondere präoperative Maßnahmen (Nahrungskarenz, Körperpflege, Rasur, Ausscheidung, OP-Kleidung, Prämedikation). (vgl. Andreae, Avelini, & Hoffmann 2009, S. 66-67) Diese Beschreibung des Pflegegesprächs besteht nur aus Informationen. Anhand dieses

Aufbau einer präoperativen Pflegevisite ist es nicht möglich, eine Pflegeplanung durchzuführen. Bei der präoperativen Pflegevisite werden pflegeprozessrelevante Daten erhoben, die erhobenen Daten sind zu strukturieren und mit den Daten der Station abzugleichen, diese Strukturierung kann mittels der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) oder durch Pflegediagnosen erfolgen. (vgl. Kolbe-Alberdi Vallejo 2004, S. 115) Nach dem Pflegeassessment und der Pflegediagnostik erfolgt die Dokumentation der Pflegeziele und die Planung der Pflegemaßnahmen. Bei der Zielformulierung und Maßnahmenplanung sollten nur Nahziele berücksichtigt werden, da Fernziele durch das Operationspersonal nicht mehr steuer- und kontrollierbar sind. (vgl. Müthing & Klamt 2004, S.465)

Ein Beispiel für den Aufbau einer an den ATLs angelehnten präoperativen Pflegevisite findet sich bei Meineke-Wolf (2004) in „Der Pflegeprozess im OP und die präoperative Pflegevisite“:

- Demographische Daten: Die demographischen Daten sollen Angaben zum Geschlecht, der Nationalität, zum Auskunftsgeber, zum OP-Datum, zur geplanten OP, die OP-Einwilligung, Informationen zu Voroperationen, Infektionskrankheiten, Schwangerschaft sowie den Namen der datenerhebende Pflegeperson beinhalten.
- Kommunikation/Wahrnehmung beinhaltet z. B. Angaben zu Schwächegefühl, Schlaganfall, Krampfanfälle, Sehvermögen (Sehhilfen), Hörvermögen (Hörgerät), geistigem Zustand, Sprache und Gedächtnis. Diese Punkte werden teilweise durch Beobachtungen von Pflegenden der Station und/oder der Operationsabteilung erhoben.
- Sicherheit/Aktivität und Ruhe beinhaltet Angaben zu Allergien, Schlaf, pflegerelevante Frakturen, Gelenkbeschwerden, Bewegungseinschränkungen, Prothesen, Implantate (z. B. Herzschrittmacher, Metalle). Die Beobachtungen der Pflegenden sind Einschränkungen, Körperbau, Lähmungen, Missbildungen, Bewegungsausmaß der Gelenke im Hinblick auf die geplante OP, Rechtshänder – Linkshänder, Hautdefekte wie Ulzerationen, Narben, Blasen, Hautausschlag und Hämatome. Ebenfalls findet unter diesem ATL die Aufklärung des Patienten und der Patientin über die Immobilität im OP durch Lagerung sowie über die Rasur statt.
- Kreislauf beinhaltet Angaben zu Blutdruck, Herzerkrankungen, Varizen oder Temperaturempfinden und den persönlichen Umgang mit Kreislaufproblemen. Die Pflegenden beobachten Ödeme, Temperatur (messen), Nagelpflege, allgemeine

Hautfarbe, Schleimhäute/Lippen und die Bindehaut/Skleren. Aufklärung erfolgt über Antithrombosestrümpfe, die Bewärmung im OP und Heparinisierung.

- Atmung beinhaltet Angaben zu Atemnot, Asthma, Bronchitis, Tuberkulose, Atemhilfsmittel und den persönlichen Umgang mit Atemproblemen. Die Pflegenden beobachten Atemfrequenz, Zyanose, Atemgeräusche und den Gebrauch der Atemhilfsmuskeln. Aufklärung erfolgt über perioperative Atmung, Medikamente und das Rauchverbot vor der OP.
- Ernährung beinhaltet Angaben zu Übelkeit/Erbrechen, Nahrungsmittelallergien. Pflegerrelevante Informationen sind die Größe, das Gewicht und die Zähne bzw. der Zahnersatz. Aufklärung erfolgt über Infusionen, Trinkverbot und den Umgang mit dem Zahnersatz.
- Ausscheidung beinhaltet Angaben zu Stuhlgang, Stoma, Stuhl- und Harninkontinenz. Aufklärung erfolgt über Katheter und Toilettenbesuch vor der OP.
- Sexualität beinhaltet Angaben bei der Frau zur Mammae, Ausfluss, letzte Menstruation, Klimakterium, Schwangerschaft und beim Mann über Prostatabeschwerden und andere Probleme. Aufklärung erfolgt über die Intimsphäre im OP und ggf. Rasur im Genitalbereich.
- Soziale Interaktion beinhaltet Angaben zum Familienstand und über Familienangehörige. Aufklärung erfolgt über Angehörige im OP und die Interaktion im OP.
- Integrität der Person sind Angaben über Stressfaktoren und Religion. Beobachtet wird von der Pflegeperson der emotionale Zustand. Aufklärung erfolgt über Stresssituationen im OP.
- Schmerz beinhaltet Angaben zur Lokalisation, Häufigkeit, Ausstrahlung von Schmerzen. Aufklärung erfolgt über Maßnahmen zur Schmerzlinderung und den persönlichen Umgang mit Schmerzen.
- Sauberkeit/Bekleidung beinhaltet Beobachtungen bzw. pflegerrelevante Informationen über Haarersatz und die äußere Erscheinung. Aufklärung erfolgt über Reinigung präoperativ, Desinfektion, Rasur, OP-Hemd, Verwendung von Nagellack, Hautlotion und Schmuck.
- Lehren/Lernen beinhaltet Angaben über die Muttersprache und Beobachtungen und Informationen zu regelmäßiger Einnahme von Medikamenten und Alkoholkonsum.

Abschließend werden noch offene Fragen oder Erwähnenswertes behandelt und eine Risikoeinschätzung in Bezug auf Pflegeprobleme durchgeführt. Die Risikoeinschätzung in Bezug auf Pflegeprobleme bezieht sich auf operationsspezifische Pflegeprobleme, wie das Risiko des Wundliegens und das Risiko der Verbrennung bei der Hochfrequenz-Chirurgie. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S. 79-99)

3.5.5 Erkenntnisse aus der Forschung zur Einsetzbarkeit der präoperativen Pflegevisite

Die kritische Auseinandersetzung mit der präoperativen Pflegevisite im Rahmen eines Erfahrungsberichts von Schönebäumler (2000) macht deutlich, dass die präoperative Pflegevisite nicht nur zu befürworten ist. Diese Meinung basiert auf Erfahrungen, die vor 12 Jahren gemacht wurden, doch sind in der deutschsprachigen Literatur kaum aktuellere Erfahrungsberichte oder Interventionsstudien zur präoperativen Pflegevisite zu finden. „Rückblickend stellt sich nun die Frage, ob durch die umfassenden Informationen über die PatientInnen, seine Pflegeprobleme und Ressourcen eine bessere Planung der Pflegemaßnahmen möglich war. [...] Da jede Teilnehmerin/ jeder Teilnehmer während des Projekts aber nur eine präoperative Pflegevisite durchgeführt hatte, genügt dieses Ergebnis nicht, um beurteilen zu können, ob damit eine generelle Verbesserung der Pflegequalität im OP erreicht wurde.“ (Schönebäumler, 2000, S. 17) Die Autorin beschreibt Ihre Erfahrungen mit der präoperativen Pflegevisite eines Projektes, im Rahmen dessen zwölf präoperative Pflegevisiten in fünf verschiedenen Krankenhäusern durchgeführt wurden. Bei einer erneuten Literaturrecherche zum Thema konnte ein weiterer Erfahrungsbericht aus der Praxis der präoperativen Pflegevisite gefunden werden. Dieser Beitrag ist von Konschak (2011). Er beschreibt ein Projekt im St. Vinzenz-Hospital in Köln, in dem 2010 allgemeinchirurgische PatientInnen präoperativ visitiert wurden. „Die präoperativen Visite nützt allen Beteiligten: Der Patient fühlt sich mit seinen Bedürfnissen und Bedenken akzeptiert, seine Angst vor zukünftigen Eingriffen wird gesenkt. Die visitierende Pflegekraft kann den im OP kaum vorhandenen Patientenkontakt aufbauen, was auch die Patientensicherheit erhöht.“ (Konschak, 2011, S. 262) Die Ergebnisse dieses Beitrages lassen vermuten, welche Bedeutung die präoperative Pflegevisite für PatientInnen und Pflegepersonen hat. Sie führt zu einer Reduzierung der Angst für den Patienten und die Patientin, und als ein Instrument der Qualitätssicherung zu mehr PatientInnen-sicherheit.

Pflege findet in der Operationsabteilung statt. Mithilfe des Assessments der prä- und postoperativen Pflegevisite ist der Einsatz von Pflegepersonen im Operationsfunktionsdienst unverzichtbar und die treten aus ihrer Isolierung heraus. Der Pflegeprozess im Operationsbereich führt zur Professionalisierung der Pflege. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S. 75-76) Es ist ein Kehrtwende erkennbar, die Zustimmung für die präoperative Pflegevisite wächst, da sie als Instrument der patienten- und patientinnenorientierten Versorgung im Operationsbereich anerkannt wird. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S. 74)

Im nächsten Kapitel werden die Erfahrungen von PatientenInnen und Pflegepersonen mit der präoperativen Pflegevisite vorgestellt.

3.5.6 Erkenntnisse aus der Forschung zu Erfahrungen von PatientenInnen und Pflegepersonen mit der präoperativen Pflegevisite

Die Studie „Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues“ von Lindwall, Post, & Bergbom (2003) hat zum Ziel, die Bedeutung der Pflege durch prä-, intra- und postoperative Dialoge zu klären. Es wurden Interviews mit zehn PatientenInnen durchgeführt, alle Interviews waren zeitlich unbegrenzt und umfassten die Erfahrungen mit dem Treffen des gleichen Pflegepersonals im prä-, intra- und postoperativen Dialog. Aus der Frage, „Was erleben PatientenInnen und Pflegeperson als Kontinuität im perioperativen Dialog?“, die an die Transkripte der Interviews gerichtet war, bildeten sich vier Kategorien, die unter Verwendung wörtlicher Zitate beschrieben wurden. Aus der Sicht der PatientenInnen wird die Kontinuität als, „wir teilen eine Geschichte“ und „der Körper ist in sicheren Händen“ erfahren. Das Teilen der Geschichte von PatientenInnen und Pflegepersonal umfasst auch die Erwartungen des Patienten und der Patientin in Bezug auf die Krankheit, die Narkose und die Operation. Die Pflegeperson teile ihr Wissen über die Narkose und die Operation und darüber, was mit den PatientenInnen im Operationssaal geschehen wird. Die PatientenInnen vertrauten dem Pflegepersonal und fühlten sich dabei sicher, ihren Körper den Händen der Pflegeperson zu überlassen. Aus der Sicht der Pflegeperson wird die Kontinuität als professionelle Krankenpflege sichtbar. Kontinuität wird in dem Kontext der professionellen Pflege, als „verleiht der Arbeit Bedeutung“ erlebt. Diese Aussage „verleiht der Arbeit Bedeutung“ basiert auf der Pflegebeziehung durch Mitgefühl und Verantwortlichkeit. Die Kontinuität entsteht in der Beziehung zum Patienten und zur Patientin und aus dem ehrlichen Wunsch, dafür zu

sorgen, dass es ihm gut geht. Die tiefsten ethischen Motive werden in der Pflege verstärkt.

Die Studie von Lindwall, Post, & Bergbom (2003) hatte eine relativ limitierte Anzahl an Informanten, deren Erfahrungen äußerst unterschiedlich waren. Es wurde keine PatientenInnen oder Pflegepersonen gefunden, die den Effekt des perioperativen Dialogs nicht als positiv erlebt hätte.

In der Studie von Rudolfsson, Post, & Eriksson (2007) „The expression of caring within the perioperative dialogue“ werden ebenfalls die Erfahrungen von PatientenInnen mit dem perioperativen Gespräch untersucht. Es wurden semistrukturierte Interviews mit 18 PatientenInnen und 20 Pflegepersonen durchgeführt. Am prä-, intra- und postoperativen Gespräch mit dem Patienten und der Patientin war die gleiche Pflegeperson beteiligt. Die Interviews wurden in einer ruhigen Umgebung in einer mittelgroßen Krankenanstalt in Schweden durchgeführt. Das Ziel der Studie war, ein neues Verständnis zu erlangen, was Pflege im perioperativen Dialog aus der Sicht der PatientenInnen und der Pflegepersonen ausmacht. Alle Interviews begannen mit derselben Frage: „Can you describe how you perceived the perioperative dialogue?“ (Rudolfsson, Post, & Eriksson, 2007, S. 907) Die Studie zeigt, dass Pflege im perioperativen Gespräch als ein ernst zu nehmendes Versprechen verstanden wird. Aus der Perspektive der PatientenInnen bedeutet das Versprechen, sie nicht im Stich zu lassen. Die Ergebnisse dieser Studie waren, dass die Pflegepersonen berichteten, die perioperativen Gespräche öffnete eine neue Welt, in der sie sich als Professionisten und Menschen sahen. Der perioperative Dialog führe dazu, dass der Patient und die Patientin bei sich sind, das wird durch Zuhören, Verstehen und Erzählen erlebt. Es wird diese Situation durch eine ruhige, private Atmosphäre geschaffen. Die Pflegeperson verspricht den PatientenInnen, am Operationstag da zu sein, ihn oder sie bei der Operation zu begleiten. Die PatientenInnen berichteten, dass jemand da war, der auf sie aufgepasst hat und eine angenehme Atmosphäre geschaffen hat, dem die Verantwortung übertragen werden konnte, und jemand, der sich um sie sorgte. (vgl. Rudolfsson, Post, & Eriksson 2007, S. 907ff)

Die Studie von Rudolfsson et al. (2007) ist eine sekundäre Interpretation zweier Datensätze aus zwei primären Interview-Studien von Rudolfsson et al. (2003). Sie verwenden einen veralteten qualitativen Datensatz und interpretieren ihn innerhalb eines neuen theoretischen Rahmen neu, ohne die Leser über den spezifischen Kontext mit der Textproduktion zu informieren und ohne eine Begründung dafür zu entwickeln. Kritik zu dieser Studie kommt von Niels Buus (2007). Der von Rudolfsson et al. (2007)

geschriebene Artikel beinhaltet eine qualitative sekundäre Analyse zweier Datensets, die bereits zuvor veröffentlicht wurden. (Rudolfsson et al. 2003) Buus fragt sich, ob die neue Interpretation wirklich einen Beitrag zu unserem Wissen darstellt, oder nur eine oberflächliche, neue Darstellung alternder Kenntnisse ist. Trotz der Kritik ist Buus davon überzeugt, dass der Artikel von Rudolfsson et al. (2007) einen wertvollen und neuartigen Beitrag zu unserem Wissen bietet. (vgl. Buus 2007, S. 1071-1072)

Die Erfahrungen von PatientenInnen mit der präoperativen Pflegevisite decken sich auch mit den Erfahrungen aus dem Projekt der präoperativen Pflegevisite in „Der Pflegeprozess im OP und die präoperative Pflegevisite“ von Meineke-Wolf (2004). PatientenInnen sind erfreut darüber, dass sich jemand Zeit nimmt, zuhört und mit ihnen spricht. Durch das Kennenlernen der OP-Pflegeperson vor der Operation entsteht Vertrauen und nimmt beispielsweise die Angst vor Verwechslung. Die Reaktionen der Pflegepersonen aus dem OP sind, dass eine präoperative Pflegevisite als Privileg erlebt wurde, aber auch eine zusätzliche Übernahme von Verantwortung gegenüber den PatientenInnen bedeutet. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S. 69-70)

3.5.7 Voraussetzungen für die Umsetzung in die Praxis

Um die präoperative Pflegevisite in die Praxis zu implementieren, bedarf es einiger struktureller Voraussetzungen. Es ist wichtig, dass die Organisation, das Management, die Abteilungen, die Pflegepersonen und die PatientenInnen die präoperative Pflegevisite befürworten, um sie optimal umzusetzen zu können. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S. 39, 42) „Es ist eine Frage der Organisation und der Unterstützung durch Vorgesetzte, wenn die präoperative Pflegevisite regelmäßig durchgeführt werden soll. In der Regel sind solche Zeiten im Tagesablauf einer OP-Abteilung nicht vorgesehen und auf den ersten Blick auch nicht vorhanden. Betrachtet man die Pflegevisite aber unter dem Qualitätsaspekt, so ist es eine Frage der Strukturqualität, die benötigte Zeit einzuplanen“ (Meineke-Wolf, 2004, S. 39) Die präoperative Pflegevisite muss an die Praxiserfordernisse jeder Operationsrichtung und Operationsabteilung angepasst werden.

3.5.8 Projekt präoperative Pflegevisite in Österreich

Die Suche nach Literatur zur präoperativen Pflegevisite in Österreich ergab ein Projekt der präoperativen Pflegevisite in Österreich durch Marion Steinbichler und Claudia Parlacska an der chirurgischen Abteilung des KFJ-Spitals (Kaiser Franz Josef – Spital).

Diese Literatur stammt zwar aus dem Jahr 1998, wurde jedoch zehn Jahre später re-evaluiert. Die Ergebnisse wurden 2007 von Marion Steinbichler im Rahmen eines Vortrages bei der Fachtagung der ARGE Pflege im OP vorgestellt.

Das Projekt der präoperativen Pflegevisite wurde im April 1996 an der chirurgischen Abteilung des KFJ-Spitals begonnen, die Projektleitung übernahmen Marion Steinbichler und Claudia Pavlacska. 31 PatientenInnen wurden zum Zeitpunkt der ersten Veröffentlichung befragt. Die Erwartungen dieses Projekts waren, Informationen über prä- und postoperative Maßnahmen an den Patienten und die Patientin zu geben, Ängste zu erfragen bzw. sie zu minimieren und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. (vgl. Steinbichler 1998, S. 26) „Das Pflegepersonal kann mit dieser Maßnahme aus der Anonymität heraustreten, auch kann eine Aufwertung des Berufsstandes damit erzielt werden.“ (Steinbichler, 1998, S. 26) Die Erfahrungen mit der präoperativen Pflegevisite waren zum Beispiel, dass im Gespräch erfasst werden konnte, dass bei einer Patientin die Angst, festgebunden zu werden, auf einem traumatischen Erlebnis beruht. Das Angebot, Musik über Walkman zu hören, wurde von den meisten PatientenInnen gern angenommen, speziell bei Wartezeiten oder Spinalanästhesie. Es gab aber auch die Erfahrung, dass manche PatientenInnen nicht über ihre Situation und Ängste sprechen wollten oder überhaupt kein Gespräch wünschten, da sie sich genügend informiert fühlten. (vgl. Steinbichler 1998, S. 26-27)

Der Inhalt des Fragebogens (Abb. 3 zeigt den Leitfaden zu dem Fragebogen der präoperativen Pflegevisite des KFJ-Spitals) der präoperativen Pflegevisite beinhaltet Angaben zum Patienten oder zur Patientin, den Namen, das Geburtsdatum, die Aufnahmezahl, die Station und die Abteilung. Dies kann auch durch eine Klebeetikette ersetzt werden. Weiters wird die geplante Operation angegeben sowie eine Anamnese zu vorangegangenen Operationen durchgeführt. Erhoben wird auch, ob eine Hepatitis, eine Tuberkulose (TBC), eine Multiresistente Staphylokokkus Aureus Infektion (MRSA) oder eine HIV-Infektion vorliegt. Erfragt wurden die Bedürfnisse, bzw. Wünsche in Bezug auf Lagerungsprobleme, Allergien, spezielle Ängste, Gesprächswunsch. Wie der Patient oder die Patientin das Gespräch empfanden und ob das Gespräch für sie informativ oder

unnötig war, wurde ebenfalls erhoben. (vgl. Steinbichler 1998, S. 27 und vgl. Steinbichler, 2007)

Die Abb. 4, durch eigene Darstellung, vergleicht die Ergebnisse aus dem Projekt präoperative Pflegevisite 1998-2007. Hier ist ersichtlich, dass nur wenige PatientenInnen 1998 und 2007 einen Gesprächswunsch hatten, auch Lagerungsprobleme kamen nur selten vor. Spezielle Ängste hatten 19 Personen von 160 in der Auswertung 2007.

Abb. 3 Leitfaden zur präoperativen Pflegevisite im KFJ-Spital der chirurgischen Abteilung
OP 36 (Steinbichler, 2007)

Leitfaden zur präoperativen Pflegevisite

→Pflegevisitenblatt wird vom entsprechendem Team mit in den OP genommen und in die Krankengeschichte des Patienten gegeben

Name des Patienten:

Datum: _____

(Klebeetikett)

OP Schwester/Pfleger

Geplante Operation/Indikation:

z. B. Hemicolektomie links

kurze Anamnese – vorangegangene OP's

z.B. AE vor 10 Jahren

Hüftprothese links vor 3 Jahren

Seit 3 Monaten Obstipation, Schmerzen

Hepatitis X

TBC ☐

MRSA ☐

HIV ☐

z. B. vor 7 Jahren

Bedürfnisse

Wünsche

Fragen

Besonderheiten

z. B. Angst vor Narkose

z. B. nochmaliger Wunsch eines Gespräches mit Anästhesisten

z. B. Angst vor Fixierung am Tisch

Lagerung

z. B. bei Lagerung aufpassen auf linke Hüfte

friert leicht – warm zudecken

Allergien – Unverträglichkeiten

z. B. Nickel, Latexallergie

Haut empfindlich

verträgt braunes Pflaster (Leukoplast) nicht

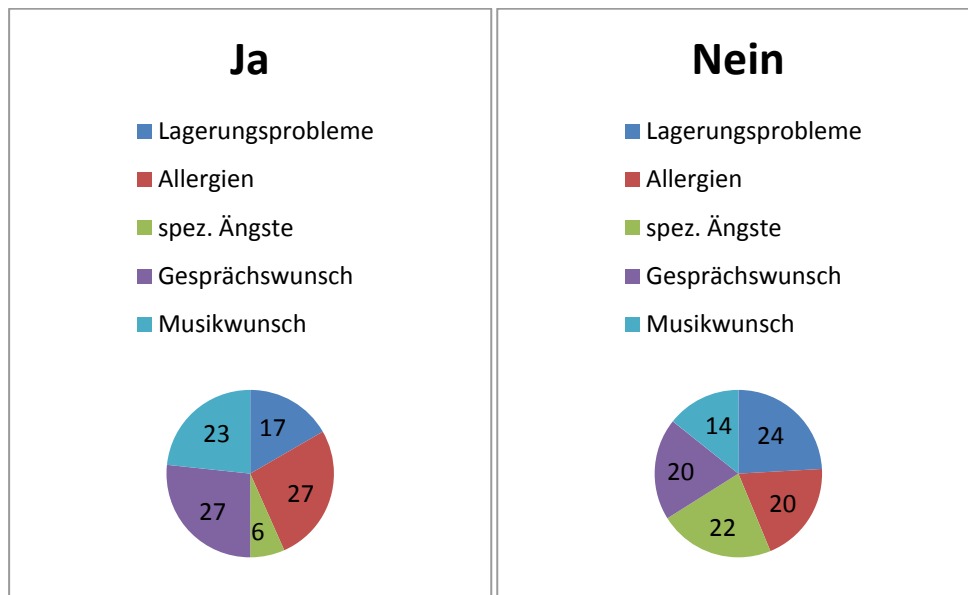
Heilbehelfe (Brille, Zahnprothese, Hörapparat), Schmuck oder Piercing

z. B. hätte gerne Zahnprothese mit in den OP genommen

Ehering lässt sich nicht abstreifen

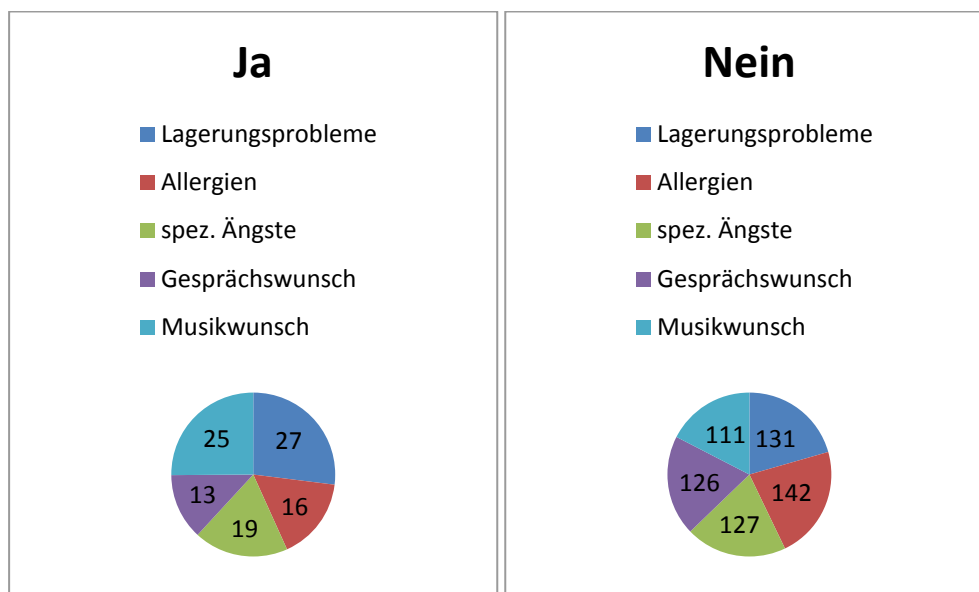
Abb. 4 Auswertungen des Projektes „Präoperative Pflegevisite“ 1998 (vgl. Steinbichler 1998) und Auswertungen des Projektes „Präoperative Pflegevisite“ (vgl. Steinbichler, 2007)

Auswertungen des Projektes „Präoperative Pflegevisite“ 1998 (Anzahl der Befragten betrug 31)



Eigene Darstellung

Auswertungen des Projektes „Präoperative Pflegevisite“ 2007 (Anzahl der Befragten betrug 160)



Eigene Darstellung

3.6. Intraoperative Pflegevisite

3.6.1 Definition und Ziel der intraoperativen Pflegevisite

Die intraoperative Pflegevisite fängt an, wenn der Patient und die Patientin die Pflegeperson im Operationssaal eintrifft und die Pflegeperson nochmals erklärt, was passiert, und das Geplante ausführt. (vgl. Lindwall, Post, & Bergbom 2003, S. 247)

Die intraoperative Pflegevisite dient den Pflegemaßnahmen des Pflegeprozesses, es können jedoch auch in dieser Phase beim Auftreten von Problemen, die nicht vorab erkennbar waren, neue Pflegeziele geplant werden. (vgl. Lindwall, Post, & Bergbom 2003, S. 247)

3.6.2 Erfahrungen von PatientenInnen und Pflegepersonen mit der intraoperativen Pflegevisite

Die Studie „Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues“ von Lindwall, Post, & Bergbom (2003) beschreibt die Erfahrungen mit dem intraoperativen Gespräch. Beim intraoperativen Gespräch waren die PatientenInnen in sicheren Händen, als die Pflegepersonen halfen, ihren Körper in eine angenehme Position am Operationstisch zu bringen. (vgl. Lindwall, Post, & Bergbom 2003, S.249)

3.7. Postoperative Pflegevisite

3.7.1 Definition, Ziel und Umsetzung der postoperativen Pflegevisite

Bei der postoperativen Pflegevisite besucht idealerweise dieselbe Pflegeperson den Patienten und die Patientin zu einem geeigneten Zeitpunkt nach der Operation und erfährt in diesem Gespräch die Erlebnisse des Patienten und der Patientin, und sie evaluieren gemeinsam die vorab geplanten Pflegemaßnahmen. (vgl. Lindwall, Post, & Bergbom 2003, S. 247)

Die postoperative Pflegevisite dient der Evaluation des Pflegeprozesses. (vgl. Lindwall, Post, & Bergbom 2003, S. 247) Die postoperative Pflegevisite fördert die Motivation und die Sensibilität der Mitarbeiter durch die Evaluierung der Pflegearbeit. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S. 44)

Einige Tage nach der Operation werden die PatientenInnen besucht, um zu erfahren, wie sie die Versorgung rund um die Operation erlebt haben. Diese Besuche sind noch sporadisch, da einige PatientenInnen noch auf der Intensivstation sind oder bereits entlassen wurden. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S. 44) „Die postoperative Pflegevisite muss als Evaluationsmöglichkeit zum festen Bestandteil des Pflegeprozesses ausgebaut und etabliert werden.“ (Meineke-Wolf, 2004, S. 73)

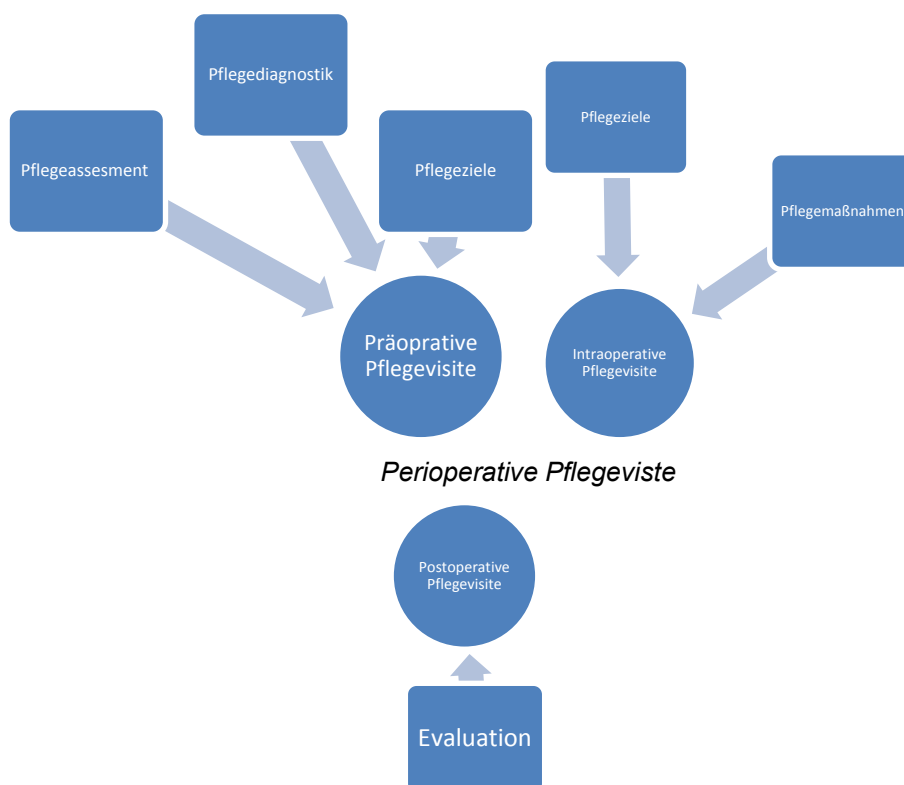
3.7.2 Erfahrungen von PatientenInnen und Pflegepersonen mit der postoperativen Pflegevisite

Beim postoperativen Gespräch haben die PatientenInnen die Gelegenheit, ihren veränderten Körper mit dem neuen körperlichen Erscheinungsbild mit der Pflegeperson zu diskutieren. Die Pflegeperson gibt in diesem Gespräch den PatientenInnen Hoffnung und Zuversicht, sich in dem veränderten Körper wohl zu fühlen. Die Pflegepersonen erlebten den postoperativen Dialog als etwas Neues, das die PatientenInnen positiv beeinflusst hat. Diese Pflegearbeit führte zu mehr Engagement der Pflegepersonen. (vgl. Lindwall, Post, & Bergbom 2003, S. 249-251)

Die perioperative Pflegevisite

Die prä-, intra- und postoperative Pflegevisiten ermöglichen die Durchführung des Pflegeprozesses im Operationsfunktionsdienst. Abschließend zur prä-, intra- und postoperativen Pflegevisiten eine bildhafte Darstellung (Abb. 5) des Pflegeprozesses in der perioperativen Pflegevisite. Diese Graphik soll nochmals verdeutlichen, wie der Pflegeprozess in den perioperativen Phasen verankert ist. Die präoperative Pflegevisite behandelt die Schritte Pflegeassessment, Pflegediagnostik und Pflegeziele des Pflegeprozesses. In der intraoperativen Pflegevisite werden die Pflegeziele und Pflegemaßnahmen behandelt. Die Evaluation wird in der postoperativen Pflegevisite durchgeführt.

Abb. 5 Graphische Darstellung des Pflegeprozesses in den Phasen der perioperativen Pflegevisite



Eigene Darstellung

4. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zunächst die Forschungsfragen auf Basis der Literatur zusammengefasst. Die übergeordneten Forschungsfragen werden bezüglich der Relevanz für die Pflege im Operationsfunktionsdienst mit ihren Akteuren sowie der Relevanz für die Pflegeforschung diskutiert. Abschließend werden die Grenzen dieser Arbeit, und wie verallgemeinerbar die Aussagen sind, diskutiert.

4.1 Zusammenfassung der Forschungsfragen

4.1.1 Pflege und pflegespezifisches Wissen im Operationsbereich

Wie wird die Pflege im Operationsbereich definiert? Welches pflegespezifische Wissen ist für den Operationsbereich notwendig?

Pflege im Operationsbereich findet statt und definiert sich durch perioperativ caring. Ein Großteil der Aufgaben der Pflegepersonen im Operationsbereich bezieht sich auf technisches Wissen, da im Operationssaal die Technik eine wesentliche Rolle spielt. Das pflegespezifische Wissen, das eine Pflegeperson im Operationsbereich haben muss leitet sich von den Aufgaben der Pflegeperson ab. Aufgaben sind die Kenntnisse und Einhaltung der Hygienerichtlinien und der Arbeitssicherheitsvorschriften, die Pflegedokumentation, Qualitätssicherung im OP, operationsspezifische Aufgaben, wie die Vorbereitung des Operationssaales, des Operationstisches, Einschleusung der PatientenInnen, Durchführung und Überwachung der Lagerung von PatientenInnen, Instrumentanz und unsterile Saalassistentz, Dokumentation, Vorbereitung und das Anlegen von Gipsen und Verbänden, Annahme, Beschriftung und Versendung von Präparaten und die Kontrolle der raumluftechnischen Anlagen. Ein wichtiges Element steht über den Aufgaben der Pflege im Operationsbereich, die PatientenInnensicherheit. Jede Maßnahme, pflegerische oder technische, die im Operationsalltag durchgeführt wird dient der PatientenInnensicherheit. So ist die zentrale Aufgabe der Pflege im Operationsbereich die Wahrung der PatientenInnensicherheit im organisatorischen und pflegerischen Kontext.

Pflegespezifisches Wissen im Operationsbereich benötigt Fachwissen, dass in der Sonderausbildung gelehrt wird, und beinhaltet auch ethisches Verständnis und Einfühlungsvermögen. Zum pflegespezifischen Wissen im Operationsbereich zählt auch die Qualitätsicherung. Die pflegerische Qualitätssicherung im OP wird durch standardisierte Arbeitsabläufe durchgeführt.

4.1.2 Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs im Operationsbereich

Welche Formen und Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs im OP gibt es?

In der Literatur werden Instrumente/Begriffe zur Wahrung der PatientInnen-sicherheit im organisatorischen Kontext, wie Gatekeeping und die Surgical Safety Checkliste, beschrieben. Der Pflegeprozess, die Pflegevisite und die präoperative Pflegevisite sind Instrumente/Begriffe, die im Hinblick auf die Vermeidung von Komplikationen und zur Behandlung pflegespezifischer Probleme im OP hilfreich sind. Somit gehören sie zur Wahrung der PatientInnen-sicherheit im pflegerischen Kontext.

Ein wichtiges Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs im OP ist der Pflegeprozess. Der Pflegeprozess findet in der prä-, intra- und postoperativen Phase der PatientInnen statt. Der Pflegeprozess wird durch verschiedene Maßnahmen angewendet. Eine dieser Maßnahmen kann die Pflegevisite, für den Operationsbereich im Besonderen die präoperative Pflegevisite sein.

4.1.3 Die präoperative Pflegevisite

Welche Bedeutung hat die präoperative Pflegevisite für den Pflegeprozess im Operationsbereich? Welches Ziel bringt die präoperative Pflegevisite mit sich?

Im Besonderen wird die präoperative Pflegevisite als ein Instrument zur Erfassung und Behandlung pflegespezifischer Probleme im OP-Prozess im Hinblick auf die Vermeidung von Komplikationen dargestellt. Die präoperative Pflegevisite ist ein optimales Instrument zur Informationssammlung, zur Entwicklung von Pflegediagnosen und zum Setzen von Pflegezielen im Pflegeprozess. Durch einen gezielten Einsatz von personellen und strukturellen Ressourcen werden die Ziele der präoperativen Pflegevisite verfolgt. Ein Ziel der präoperativen Pflegevisite ist die Gewährleistung einer kontinuierlichen, nachvollziehbaren Pflegeplanung und Pflegedokumentation. (vgl. Kern & Frohner 2001, S. 13) Die Informationserhebung, -weitergabe und -verarbeitung von pflegerelevanten

Daten sowie der Informationsfluss an den Schnittstellen wird durch die präoperative Pflegevisite verbessert. Für die PatientenInnen bedeutet die präoperative Pflegevisite eine Stressreduktion. (vgl. Kolbe-Alberdi Vallejo 2000, S. 113) In dem Buch „Patientenorientierte Pflege als professionelle Dienstleistung in der perioperativen Betreuungsphase“ weist Barkow (2008) darauf hin, dass von Seiten der Krankenhausleitung keine Notwendigkeit besteht, den Prozess der Pflege rund um die Operation transparent zu machen. Operationsleistungen stehen im betriebswirtschaftlichen Fokus und orientieren sich an den Fallzahlen. „So wird auch keine Notwendigkeit gesehen, den Hochleistungsprozess der Operation angemessen transparent zu machen. Dies begrenzt sich auf überwiegend knappe Aufklärungsgespräche mit forensischer Zielsetzung. Für die nicht beteiligten Mitarbeiter der Klinik, vor allem aber für den Kunden, bleibt das Operationsgeschehen mystifiziert. Dies mag auch die Begründung dafür sein, dass OP-Bereiche und perioperative Behandlungsphase in der Regel weder in den Marketingkonzepten der Kliniken noch in den Routinefragebögen zur Patientenzufriedenheit zu finden sind.“ (Barkow, 2008, S. 11) Die Vorteile der präoperativen Pflegevisite liegen in einem Beitrag zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung. Sie beinhaltet Informationen für PatientenInnen und Pflegepersonal, ebenfalls entsteht ein effizienter Informationsfluss zwischen den Abteilungen. Die Pflegevisite kann prinzipiell zur Qualitätsentwicklung eingesetzt werden. (vgl. Heering, 2006, S.52) Die Organisation, das Management, die Abteilungen, die Pflegepersonen und die PatientenInnen müssen die präoperative Pflegevisite befürworten, um sie optimal umzusetzen. Der Inhalt einer präoperativen Pflegevisite besteht aus dem Vorstellen der Pflegeperson, Informationen über den Ablauf am OP-Tag geben sowie Informationen über besondere präoperative Maßnahmen (Nahrungskarenz, Körperpflege, Rasur, Ausscheidung, OP-Kleidung, Prämedikation mitteilen. (vgl. Andreae, Avelini, & Hoffmann 2009, S. 66-67) Bei der präoperativen Pflegevisite werden pflegeprozessrelevante Daten erhoben, die erhobenen Daten sind zu strukturieren, diese Strukturierung kann durch die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) oder durch Pflegediagnosen stattfinden. (vgl. Kolbe-Alberdi Vallejo 2000, S. 115) Die präoperative Pflegevisite besteht in erster Linie aus Kommunikation und Dokumentation, diese Punkte sind wichtige Anforderungen an die Pflegepersonen im Operationsfunktionsdienst. Die Kommunikation ist eine Schlüsselqualifikation der Pflegepersonen in der perioperativen Praxis für die Zustimmung, Befürwortung und Verantwortlichkeit gegenüber den PatientenInnen. (vgl. Wicker & O'Neill 2010, S. 134)

Weitere Vorteile der präoperativen Pflegevisite resultieren einerseits aus den Zielen der präoperativen Pflegevisite und andererseits aus den Erfahrungen der PatientenInnen und Pflegepersonen mit der präoperativen Pflegevisite. Die PatientenInnen vertrauen dem Pflegepersonal und fühlten sich dabei sicher, ihren Körper den Händen der Pflegeperson zu überlassen. Aus der Sicht der Pflegeperson wird die Kontinuität als professionelle Krankenpflege sichtbar, und Kontinuität verleiht der Arbeit Bedeutung. (vgl. Lindwall, Post, & Bergbom 2003, S. 251-252) Die PatientenInnen berichteten, dass jemand da war, der auf sie aufgepasst hat, eine angenehme Atmosphäre geschaffen hat, dem die Verantwortung übertragen werden kann und jemand, der sich um sie sorgt. (vgl. Rudolfsson, Post, & Eriksson 2007, S. 911)

4.2. Diskussion

Zusammenfassend stellt sich die Frage, wie kann der Pflegebedarf im Operationsfunktionsdienst erhoben werden, welche Instrumente werden im Operationsbereich angewendet, wenn die präoperative Pflegevisite kaum etabliert ist? Weiters stellen sich die Fragen, wie kommen im deutschsprachigen Raum die Gatekeeping-Methode und die Checklisten in der Pflege im Operationsbereich zum Einsatz, und ist die PatientenInnensicherheit die Schlüsselqualifikation zur Qualität der Pflege im Operationsbereich?

Pflege im Operationsbereich im deutschsprachigen Raum steht nicht immer ganz oben in der Prioritätenliste, hier findet sich die Technik. In der englischsprachigen Literatur finden sich detailliertere Beschreibungen zur Pflege im Operationsbereich, die präoperative Vorbereitung hat einen wichtigen Stellenwert. Hier wird die Operation nicht als rein technisches Geschehen betrachtet, sondern als außerordentliches Ereignis, das mit Schmerzen, Unsicherheit und Kontrollverlust einhergeht. Zum Stellenwert der Pflege im Operationsbereich lässt sich daraus ableiten, dass in der englischsprachigen Literatur genau verankert ist, was Pflege im Operationsbereich ausmacht. Die deutschsprachige Literatur beschränkt sich zu sehr auf die technischen Aspekte der Operationspflege. Dies kann natürlich auch aus der Ausbildung zur Pflegeperson im Operationsbereich resultieren. In Deutschland hat die Ausbildung für Operationstechnische AssistentenInnen (OTA) zugenommen, sie ersetzen die Pflegepersonen in den Operationsabteilungen. (vgl. Vogt 2004, S. 334)

In dieser Arbeit wurden die Instrumente/Begriffe Gatekeeping und Checklisten bezüglich der Wahrung der PatientenInnensicherheit im organisatorischen Kontext vorgestellt. Wie kommen im deutschsprachigen Raum die Gatekeeping-Methode und die Checklisten zum Einsatz in der Pflege im Operationsbereich?

Im deutschsprachigen Raum ist die Gatekeeping-Methode unbekannt, hier spricht man eher vom Team-Time-Out, bei dem sich die Teammitglieder im Operationssaal eine kurze Auszeit nehmen, um wichtige Punkte, z. B. am Anfang der Operation die Identifikation und die geplante Operation der PatientenInnen oder während der Operation die Zuordnung der Präparate, zu besprechen. Gatekeeping ist ein Instrument zur Wahrung der PatientenInnensicherheit, um Kommunikationsfehler zu vermeiden. Gatekeeping ist kein

reines Instrument im pflegerischen Kontext. Gatekeeping kann gut zum Einsatz kommen, wenn während der Operation Probleme seitens der PatientenInnenpflege auftreten, die einer Besprechung des Teams bedürfen und einer weiteren Planung und Maßnahmensetzung der Pflege. Das heißt, Gatekeeping dient der Pflegeplanung beim Auftreten von Problemen und zur Maßnahmensetzung, dies setzt aber wiederum eine schon getätigte Pflegeplanung voraus.

Checklisten sind häufige Arbeitswerkzeuge, um vorhandene Prozesse und Handlungen zu strukturieren und zu überprüfen, die im Operationsbereich eingesetzt werden. Checklisten sind rein unterstützende Instrumente zur Wahrung der PatientenInnensicherheit im OP, sie sollen aber nicht zur Erfassung des Pflegebedarfs eingesetzt werden. Checklisten können die Pflegeplanung nicht ersetzen, sie unterstützen den Prozess der Pflegeplanung. Welches Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs im Operationsfunktionsdienst ihre Anwendung findet, wird durch die PatientenInnensicherheit beeinflusst.

PatientenInnensicherheit im Operationssaal wird immer wieder diskutiert, die Wahrung der PatientenInnensicherheit und die Vermeidung von Fehlern werden als Schlüsselqualifikation des Pflegepersonals im Operationsdienst gesehen. Aus der Literatur ist ersichtlich, dass patientenInnenzentrierte Pflege präoperative Informationen benötigt, um die PatientenInnen optimal vorzubereiten. Ebenso, dass Teamarbeit im Operationsbereich von großer Bedeutung ist.

Das zentrale Thema dieser Arbeit ist, „Stellenwert der Pflege im Operationsfunktionsdienst dargestellt am Beispiel der präoperativen Pflegevisite“. Die präoperative Pflegevisite ist nicht Standard in jeder Operationsabteilung, ist dadurch der Stellenwert der Pflege im OP niedriger? Pflege findet im Operationsbereich statt, es werden andere Instrumente und/oder die präoperative Pflegevisite zur Erhebung des Pflegebedarfs eingesetzt. Der Stellenwert der Pflege im OP wird durch die präoperative Pflegevisite nach außen getragen. Die Implementierung einer präoperativen Pflegevisite dient der kontinuierlichen Durchführung des Pflegeprozesses im OP, somit auch der Qualitätssicherung und der Pflege. Somit tritt die Pflege im Operationsbereich aus Ihrer Anonymität und stellt die patientenInnenzentrierte Pflege auf der Prioritätenliste ganz nach oben. Es gibt Diskussionen innerhalb der Literatur über die Umsetzung und Einsetzbarkeit der präoperativen Pflegevisite. Die Literatur beschränkt sich auf Projekte, die eine Einführung der präoperativen Pflegevisite beschreiben, sowie Studien bei denen

die Erfahrung der PatientenInnen und des Pflegepersonals erhoben wurden. Diese Studien und Projekte zeigen, dass die präoperative Pflegevisite Vorteile hat. Die Einsetzbarkeit der präoperativen Pflegevisite setzt voraus, dass die Organisation, das Management, die Abteilungen, die Pflegepersonen und die PatientenInnen die präoperative Pflegevisite befürworten, um sie optimal umzusetzen zu können. (vgl. Meineke-Wolf 2004, S. 39, 42)

Für die Pflegepersonen im Operationsbereich und die Pflegeforschung ist es von großer Relevanz, sich mit der Gatekeeping-Methode, Checklisten und dem Pflegeprozess im Operationsbereich durch die präoperative Pflegevisite, auseinanderzusetzen. Die präoperative Pflegevisite stellt ein gutes Instrument zur Erhebung des Pflegebedarfs rund um den Operationsprozess dar. Sie sollte in Operationsabteilungen implementiert werden. „Den Pflegeprozess konsequent während des gesamten Krankenhausaufenthaltes eines Patienten anzuwenden, muss als Forderung aufrechterhalten werden, denn er ist als Instrument der systematischen, geplanten und individuellen Pflege auch in der Operationsabteilung unverzichtbar.“ (Meineke-Wolf, 2004, S. 75) Dieses Zitat bestärkt nochmals die Relevanz des Pflegeprozesses im Operationsbereich für die PatientenInnen und Pflegepersonen.

Allgemein kann auf Basis dieser Arbeit ein positiver Effekt durch die Implementierung der präoperativen Pflegevisite festgestellt werden. Es profitieren die Pflegepersonen der Operationsabteilung durch professionelles Handeln und Kontinuität ihrer Pflegemaßnahmen. Den PatientenInnen wird durch die präoperative Pflegevisite eine vertraute Umgebung im Operationssaal geschaffen, sie bekommen das Gefühl, nicht alleine mit ihren Ängsten und Problemen zu sein.

Die Grenzen dieser Arbeit liegen darin, dass die Ergebnisse nicht verallgemeinerbar sind, da großteils Projekte und Erfahrungsberichte als Literaturbasis dienen.

5. Ausblick

In den letzten Jahren hat die Medizin wesentliche Fortschritte in den Operationstechniken zu verzeichnen. Es gibt immer bessere Operationsmethoden, die für die PatientenInnen weniger invasiv sind. Das führt zu mehr Tageskliniken, z. B. bei den Kataraktoperationen oder auch bei den Cürettagen. Aus den Statistiken der am häufigsten durchgeführten Operationen liegen die Kataraktoperation und die Cürettage ebenfalls ganz oben. Die Medizin verwendet, für minimal invasive Versorgung rund um die Operation, sowohl für die Operationsvorbereitung als auch die postoperative Rehabilitation, den Begriff der „Fast-Track-Medizin“. Ein Vorteil der „Fast-Track-Medizin“ ist für die Krankenanstalten, das durch die Kurze Verweildauer der PatientenInnen in den Kliniken weniger Kosten anfallen, d. h. sie ist wirtschaftlich. Einen erheblichen Vorteil bringt jedoch die „Fast-Track-Medizin“ für die PatientenInnen. Sie führt zu einer schnelleren Genesung der PatientenInnen. Für die Pflege bedeutet die „Fast-Track-Medizin“ neue Herausforderungen. Es bedarf optimaler Instrumente zur Erfassung der Pflege, die sich den Gegebenheiten der „Fast-Track-Medizin“ anpassen.

5.1. Empfehlungen für die Pflegepraxis

In der Praxis der Pflege muss ein Umdenkprozess stattfinden, Pflege richtet sich immer mehr nach wirtschaftlichen Leitlinien aus. Jedes Unternehmen, auch die Krankenhäuser, sind wirtschaftlich zu führen, um Kosten einzusparen, wird der Sparstift auch beim Pflegepersonal eingesetzt. Pflege kann nicht rein wirtschaftlich betrachtet werden, da PatientenInnen sehr individuell sind und die Betreuung von PatientenInnen nicht immer nach Strukturen und Zeitplänen erfolgen kann. Pflege soll die optimale Versorgung und Betreuung von PatientenInnen bedeuten, nur dann kann sie wirtschaftlich sein, wenn Nutzen und Aufwand aufeinander abgestimmt sind. Die Operationspflegekräfte haben darin noch mehr Arbeit, da sie hinter abgetrennten, nicht für jeden zugänglichen Bereichen agieren.

Die Pflege im Operationsbereich muss aus ihrer Anonymität heraustreten, aber nicht um die Verwaltung, Leitung oder andere Abteilungen von ihrer Pflege zu überzeugen, sondern die PatientenInnen an der Pflege im Operationsbereich teilhaben zu lassen.

Die Betreuung der PatientenInnen bei invasiven operativen Eingriffen kann durch die präoperative Pflegevisite verbessert werden, das muss auch den Pflegepersonen im Operationsbereich bewusst werden. Sie müssen sich dafür einsetzen, dass die präoperative Pflegevisite in ihrer Operationsabteilung eingeführt wird. Hier darf es keine Ausreden geben, wie es gibt nicht genug Personal, wann sollen wir das machen oder die PatientenInnen wollen ja nicht dauernd befragt werden.

Die präoperative Betreuung von PatientenInnen, die in Tageskliniken operiert werden, d. h. wo die Aufnahme und Entlassung der PatientenInnen am selben Tag erfolgt, muss angepasst werden. Dies kann z. B. durch den Einsatz mobiler OP-Pflegefachkräfte in der Hauskrankenpflege erfolgen. So erfolgt eine optimale Vorbereitung und Nachbereitung um den Operationsprozess zu Hause.

5.2. Empfehlungen für die Pflegeforschung

Die Pflegeforschung in Österreich hat in den letzten Jahren gegenüber anderen, vor allem den englischsprachigen und den skandinavischen Ländern aufgeholt. Dies beruht auch auf der Akademisierung der Pflege in Österreich. Es finden sich immer mehr Pflegefachbeiträge von österreichischen Pflegekräften in den Pflegefachzeitschriften wieder. Doch wissenschaftliche Beiträge zu Pflegearbeit im Operationsfunktionsdienst sind noch rar. Die Pflegeforschung in Österreich hat hier noch einen Aufholbedarf.

Pflege ist ein eigenständiger Bereich, doch im Rahmen des Operationsgeschehens ist sie nicht von der Medizin abzugrenzen und wird dadurch im mittverantwortlichen Tätigkeitsbereich ausgeführt.

Diese Literaturarbeit gibt einen Überblick über die präoperative Pflegevisite, jedoch bedarf es noch mehrerer Projekte und Studien zur präoperativen Pflegevisite, damit der Stellenwert und vor allem der Nutzen der präoperativen Pflegevisite hervorgehoben wird.

6. Inhaltsverzeichnis

Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2007). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing* , 61 (1), S. 29-37.

Andreae, S., Avelini, P., & Hoffmann, M. (2009). *Chirurgie und Orthopädie: Express Pflegewissen*. Stuttgart: Georg Thieme .

Baartmans, P., & Geng, V. (2006). *Qualität nach Maß, Entwicklung und Implementierung von Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen*. Thüringen: Hans Huber.

Baierlein, B., & Thormann, S. (2007). Pflegefachgespräch statt Pflegevisite - ein Projektbericht: Gezielte Kommunikation fördert patientenzentrierte Pflege. *Pflegezeitschrift* , 60 (01), S. 20-22.

Barkow, M. (2008). *Patientenorientierte Pflege als professionelle Dienstleistung in der perioperativen Betreuungsphase: Qualitätskriterien im Hinblick auf das nicht ärztliche Personal und die erforderlichen Prozessstrukturen*. Norderstedt: GRIN Verlag.

Bölicke, C., & Panka, C. (2004). Die Pflegevisite als Instrument interner Qualitätssicherung in der extramuralen Pflege. In C. Heering (Hrsg.), *Das Pflegevisiten Buch* (S. 58-72). Bern: Hans Huber.

Bölicke, C., Ritter, S., & Stenzel, C. (2006). *Standards in der Pflege: entwickeln - einführen - überprüfen*. München: Urban & Fischer .

Brobst, R. A., Clarke Coughlin, A. M., Cunningham, D., Hess Jr., R. G., Mason, J. E., Fenner McBride, L. A., et al. (2007). *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern: Hans Huber.

Bühlmann, J. (2004). Angst. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte: Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld* (S. 81-103). Bern: Hans Huber.

Bühlmann, J., & Käppeli, S. (1999). Pflegeschwerpunkte im Operationssaal. *Pflege* , 12 (04), S. 238-243.

Bull, R., & FitzGerald, M. (2006). Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice* , 12 (01), S. 3-7.

Busse, T. (2009). OP-Barometer belegt große Unzufriedenheit der OP-Pflegenden. *Die Schwester Der Pfleger* , 48 (03), S. 254-259.

Buus, N. (2007). Creating new meaning or messaging old texts? Commentary on Rudolfsson et al. (2007), "The expression of caring within the perioperative dialogue: a hermeneutic study". *International Journal of Nursing Studies* , 44 (06), S. 1071-1072.

DBfK. (2004). *Berufsbild Krankenpflege im OP*. Abgerufen am 10. 11 2012 von http://www.dbfk.de/fachgruppen/op/berufsbild/images/Seiten/Berufsbild_Op_qxd_08_jpg_.htm

Deprand-Passard, A., & Luce-Wunderle, G. (2006). *Klinikleitfaden OP-Pflege*. München: Urban & Fischer.

Freese, S., Hedemann, I., Schmeichel, H., Wilczynski, M. M., & Wille, T. (2010). *Pflegerische Qualitätssicherung im OP*. Stuttgart: Kohlhammer.

Habermann, M., & Biedermann, H. (2007). *Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege*. Frankfurt: Mabuse.

Hasenberg, T., & Shang, E. (2010). Wie dringlich ist dringlich? - Dringlichkeit von Operationen in der Allgemein- und Viszeralchirurgie. *Perioperative Medizin* , 02 (01), S. 44-48.

Heering, C. (2006). *Das Pflegevisiten-Buch*. Bern: Hans Huber.

Hellmann, S., & Rößlein, R. (2012). *Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege*. Hannover: Brigitte Kunz .

Höfling, S. (1988). *Psychologische Vorbereitung auf chirurgische Operationen*. Heidelberg: Springer.

Hofmann-Dörwald, S. (1999). *Praxishandbuch-OP*. Bern: Hans Huber.

Hollick, J., & Kerres, A. (2004). *Pflegevisite, Ein Praxisleitfaden für Krankenpflege im Operationsdienst und die stationäre Kranken- und Altenpflege*. Stuttgart: Kohlhammer.

Kern, M., & Frohner, U. (2001). Präoperative Pflegevisite - ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung im Krankenhaus. *Soziale Berufe* , 53 (1), S. 13.

Kolbe-Alberdi Vallejo, C. (2004). Der Pflegeprozess des Patienten in der perioperativen Phase unter besonderer Berücksichtigung der präoperativen Pflegevisite. In J. Hollick, & A. Kerres, *Pflegevisite* (S. 111-122). Stuttgart: Kohlhammer.

Kolbe-Alberdi Vallejo, C. (2000). Informieren, Angst nehmen, Beziehungen aufbauen. *Heilberufe* , 52 (8), S. 16-17.

Konschak, C. (2011). Gut beraten in die OP. *Im OP* , 01 (06), S. 261-262.

Koucharek, M., Heitland, W.-U., & Waldner, H. (2008). *Lehrbuch für Operationspflegekräfte*. (W. Helmut, Hrsg.) München: Urban & Fischer.

Kußmaul, J. (2011). *Die modulare Pflegevisite*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Landenberger, M., Stöcker, G., Filkins, J., de Jong, A., & Them, C. (2005). *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa*. Hannover: Schlütersche.

Lessing, C., Francois-Kettner, H., Jonitz, G., Bauer, H., & Schrappe, M. (2010). Checklisten im OP - ein sinnvolles Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit? *Perioperative Medizin* , 02 (04), S. 179-186.

Liehn, M., Grüning, S., & Köhnsen, N. (2006). *OP und Anästhesie*. Heidelberg: Springer.

Liehn, M., Middelani-Neumann, I., Steinmüller, L., & Döhler, R. (2007). *OP-Handbuch*. Heidelberg: Springer.

Lindwall, L., Post, I., & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing* , 43 (3), S. 246-253.

Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., et al. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* , 13 (05), S. 330-334.

Luhmann, N. (1995). *Soziologische Aufklärung. Bd. 6, Die Soziologie und der Mensch*. Opladen: Westdeutscher Verlag .

McGarvey, H. E., Chambers, M. G., & Boore, J. R. (2000). Development and definition of the role of the operation department nurse: a review. *Journal of Advanced Nursing* , 32 (5), S. 1092-1100.

Meineke-Wolf, E. (2004). Der Pflegeprozess im OP und die präoperative Pflegevisite. In J. Hollick, & A. Kerres, *Pflegevisite* (S. 29-102). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* , 12 (6), S. 806-815.

Müthing, M., & Klamt, F. (2004). Funktionsdienste. Die Präoperative Pflegevisite. *Pflege aktuell* , 58 (09), S. 464-466.

Perioperative Standards and Recommended Practices. (2010). Denver: AORN, Inc.

Plattform Patientensicherheit. (2009). *OP-Sicherheits-Checkliste - Austria*. Abgerufen am 18. 05 2010 von <http://www.plattform-patientensicherheit.at>.

Riley, R., & Manias, E. (2009). Gatekeeping practices of nurses in operating rooms. *Social Science & Medicine* , 69 (02), S. 215-222.

Riley, R., & Manias, E. (2005). Rethinking theatre in modern operating rooms. *Nursing Inquiry* , 12 (1), S. 2-9.

Rudolfsson, G., Post, I., & Eriksson, K. (2007). The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies* 2007 , 44 (06), S. 905-915.

Schönebäumler, A. (2000). Kritische Auseinandersetzung mit der präoperativen Pflegevisite. *Pflege aktuell* , 54 (1), S. 14-17.

Schrems, B. (2004). *Die Pflegevisite als qualitätssichernde Maßnahme*. Wien: Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste.

Scott, A. (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* , 9 (2), S. 72-79.

Statistik Austria. (2010). *Medizinische Leistungen bei Spitalentlassung*. Abgerufen am 10. 03 2011 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/medizinische_leistungen/index.html.

Stefan, H., Allmer, F., & Eberl, J. (2003). *praxis der pflegediagnosen*. Wien: Springer .

Steinbichler, M. (1998). Präoperative Pflegevisite. *PROCARE* , 04, S. 26-27.

Steinbichler, M. (2007). *Vortrag der Fachtagung ARGE Pflege im OP - Projekt präoperative Pflegevisite 10 Jahre danach*. Abgerufen am 19. 05 2011 von http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Bildungstage_2007/FTOP-Steinbichler.pdf.

Strauss, T. (2011). Gefahren erkennen und beherrschen. *Im OP* , 01 (01), S. 17-21.

Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling* , 61 (01), S. 5-15.

Vogt, N. (2004). Zeit für die Pflege, sich aus dem OP zurückzuziehen? *Die Schwester Der Pfleger* , 49 (10), S. 334-336.

Watzlawick, P. (2000). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Hans Huber.

Weiss-Faßbinder, S., & Lust, A. (2010). *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG*. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

World Health Organization. (2009). *Surgical Safety Checklist*. Abgerufen am 13. 01 2012 von <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>.

Wicker, P., & O'Neill, J. (2010). *Caring for the perioperative patient*. Wiley-Blackwell.

7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Operative und nichtoperative medizinische Leistungen bei Spitalsentlassungen 2009 nach Kapiteln des Leistungskatalogs (Statistik Austria, 2010)	S. 47
Tab. 2	Die 20 am häufigsten dokumentierten chirurgischen Leistungen bei Spitalsentlassungen 2009 (Statistik Austria, 2010)	S. 48
Abb. 1	Surgical Safety Checkliste der WHO (Surgical Safety Checkliste, 2009)	S. 36
Abb. 2	Pflegediagnose 00146 (9.3.1.) nach der NANDA Taxonomie II (Stefan, Allmer, Eberl, et al. 2003, S. 706-708)	S. 50
Abb. 3	Leitfaden zur präoperativen Pflegevisite im KFJ-Spital der chirurgischen Abteilung OP 36 (Steinbichler, 2007)	S. 68
Abb. 4	Auswertungen des Projektes „Präoperative Pflegevisite“ 1998 (vgl. Steinbichler 1998) und Auswertungen des Projektes „Präoperative Pflegevisite“ (vgl. Steinbichler, 2007), eigene Darstellung	S. 69
Abb. 5	Graphische Darstellung des Pflegeprozesses in den Phasen der perioperativen Pflegevisite, eigene Darstellung	S. 72

Curriculum vitae



Persönliche Daten

Name: Lilli Pöchl (geb. Pilz)
Geburtsdaten: 17.07.1978 in Neunkirchen (Niederösterreich)
Staatsbürgerschaft: Österreich
Wohnort: Schrattensteingasse 55, 2700 Wiener Neustadt
Familienstand: Verheiratet mit Helmut Pöchl, 2 Kinder

Ausbildung

seit 2006 individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Wahlfach: Pädagogik
2003 Berufsreifeprüfung an der Handelsakademie Wiener Neustadt
2000 – 2001 Sonderausbildung für Operationspflege an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Wiener Neustadt, Abschluss mit Diplom
1996 – 1999 Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeschule Wiener Neustadt, Abschluss mit Diplom
1994 – 1996 Lehre zur Industriekauffrau, mit Lehrabschluss
1984 – 1994 Volksschule, Hauptschule, Handelsakademie in Wiener Neustadt

Berufliche Erfahrungen

seit Juli 1999 Tätigkeit als OP-Pflegepersonal im Landesklinikum Wiener Neustadt
seit 2006 nebenberufliche Tätigkeit als Lehrperson in dem Fachbereich Hygiene an der Akademie für Massage und fortbildende Physiotherapie Ars Manuum in Wiener Neustadt