



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Sicherheitsmanagement im Operationsbereich

Position, Aufgabe und Herausforderung
für Pflegepersonen

Verfasserin

Karin Schwarz-Gössl

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien 2013

Studienkennzahl:

A 057/122

Studienrichtung:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Univ. Profⁱⁿ. DDrⁱⁿ. MMag^a. Barbara Maier

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als angegebene Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe und dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

<i>I</i>	<i>Theoretischer Teil</i>	- 9 -
1	Einleitung	- 9 -
2	Berufsbild der OP-Pflegeperson	- 12 -
3	Arbeitsplatz Operationsbereich	- 13 -
3.1	Wirtschaftlicher Faktor	- 13 -
3.2	Personaler Faktor	- 15 -
3.3	Organisatorischer Faktor	- 16 -
4	Risiko	- 17 -
4.1	Risikobewusstsein	- 17 -
4.2	Risikomanagement	- 18 -
4.3	Risikosteuerungsstrategien im OP	- 20 -
5	Risikoschwerpunkte im OP	- 21 -
5.1	Bedeutung der Sicherheit für Patienten	- 22 -
5.1.1	Kommunikation	- 23 -
5.1.2	Kommunikation innerhalb der Berufsgruppe „Pflege“	- 24 -
5.1.3	Emotion	- 25 -
5.1.4	Psychische Belastung	- 26 -
5.1.5	Multidisziplinäres Team	- 27 -
5.1.6	Die Kennzeichen eines Teams	- 28 -
5.1.7	Der Vergleich mit der Luftfahrt	- 29 -
5.1.8	Schnittstellenmanagement	- 31 -
5.1.9	Dokumentation	- 32 -
5.1.10	Materialressourcen	- 33 -
5.1.11	Gerätemanagement	- 33 -
5.1.12	Medizinproduktegesetz	- 34 -
5.2	Pflegerelevante Aspekte	- 35 -
5.2.1	Angstreduktion bei Patienten	- 35 -

5.2.2	Präoperative Pflegevisite.....	- 36 -
5.2.3	Ziel einer präoperativen Pflegevisite	- 38 -
5.2.4	Medienmanagement und Medienpräsenz	- 41 -
5.2.5	Temperaturmanagement.....	- 42 -
5.2.6	Decubitusprävention.....	- 43 -
5.2.7	Operationslagerung.....	- 44 -
5.2.8	Latexunverträglichkeit	- 46 -
6	Personalrekrutierung	- 47 -
6.1	Anforderung an die Kompetenz von OP-Pflegepersonen	- 47 -
6.2	Zufriedenheit in der Berufsgruppe	- 49 -
6.3	Ausbildungsverordnung	- 50 -
6.4	Pool-Personal	- 50 -
7	Zugang zu Wissenserwerb für Pflegepersonen	- 51 -
7.1	Informationsgewinn innerhalb der Berufsgruppe	- 51 -
7.2	Pflegeprojekte im OP	- 52 -
7.3	Fortbildung.....	- 52 -
8	Krisenmanagement.....	- 53 -
8.1	Haftung bei delegierten Aufträgen	- 53 -
8.2	Debriefing	- 54 -
8.3	Fehlermeldesysteme.....	- 55 -
8.4	Profit von Fehlervermeidungsstrategien	- 56 -
II	<i>Empirischer Teil</i>	- 57 -
9	Gütekriterien	- 57 -
9.1	Klassische Gütekriterien	- 57 -
9.2	Spezifische Gütekriterien	- 57 -
10	Methodisches Vorgehen	- 60 -
10.1	Fragestellung und Ziel	- 60 -
10.2	Datenerhebung	- 62 -

10.2.1	Kontaktaufnahme	- 62 -
10.2.2	Interviewleitfaden	- 63 -
10.2.3	Durchführung	- 64 -
10.2.4	Datenschutz	- 65 -
10.2.5	Ein- und Ausschlusskriterien	- 66 -
10.3	Datenauswertung	- 66 -
10.3.1	Aufbereitung des Datenmaterials	- 66 -
10.3.2	Die Technik der qualitativen Inhaltsanalyse	- 67 -
10.4	Darstellung der Ergebnisse	- 71 -
10.4.1	Bedeutung und Anwendungsbereiche der Sicherheit der Pflegeperson im OP	- 72 -
10.4.2	Patientensicherheit	- 73 -
10.4.3	Mitarbeitersicherheit	- 75 -
10.4.4	Informationsgewinn und Weitergabe	- 75 -
10.4.5	Arbeiten im interdisziplinären OP-Team	- 79 -
10.4.6	Die Rolle der Pflegeperson im OP	- 81 -
11	Diskussion	- 82 -
	Literaturverzeichnis	- 87 -
	Abbildungsverzeichnis	- 93 -
	Anhang	- 94 -

Abstract

Die OP-Pflegeperson steht oft im Spannungsfeld zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. Ihr Tätigkeitsprofil ist einerseits durch legistische Rahmenbedingungen, andererseits durch Stellenbeschreibungen definiert. Ziel dieser Arbeit ist die Abbildung der Realität von OP-Pflegepersonen mit ihrem Aufgabenbereich und seinen oft belastenden Herausforderungen und den Schwierigkeiten mit unterschiedlichen Schnittstellen. Sicherheitsrisiko gibt es im Operationsbereich auf Patientenseite wie auf Mitarbeiterseite. In einer praxisorientierten qualitativen Untersuchung wurden beide Problembereiche in Hinblick auf die einzelne OP-Pflegeperson, insbesondere wenn keine gelungene Kommunikation in den Schnittstellenbereichen zustande kommt, wie analysiert. Das Potenzial von Kommunikation als Möglichkeit zur Fehlervermeidung häufig unterschätzt.

Abstract

The nurse in the operating theatre is often working in an area of conflict between physician and patient. Her radius of action is defined by legal frame conditions as well as by her job profil. The goal of this suvey ist he desribtionof the reality of nurses with regard to their often challenging tasks especially in interface areas. Security risks in the operating theatre are on both sides – the patient's side as well as the professional's. This survey focuses on daily practice and is based on qualitativ research methods. The personal eperience oft he individual nurse in the operating theatre got analyzed with regarg to security-problems if adequate communication fails. This survey shows, that the potential of communication of prevention of mistakes is often underestimated.

I Theoretischer Teil

1 Einleitung

Sicherheitsmanagement im Gesundheitswesen konnte mithilfe gesetzlicher Verankerung gewährleistet werden (Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen [Gesundheitsqualitätsgesetz-GQG], 2004). Die Verpflichtung zur Durchführung und Evaluierung wurde im Krankenanstalten Gesetz festgehalten.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass vor der Gesetzgebung keine Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenanstalten durchgeführt wurden. Vielmehr war die mangelnde Vernetzung zwischen den Krankenanstalten beziehungsweise den einzelnen Abteilungen die wertvolle Strukturen schafften, um die Patientensicherheit zu erhöhen, nicht vorhanden.

Dadurch entwickelten viele Teams ähnliche, abteilungsintern gültige Richtlinien, die eine qualitative Pflege der Patienten ermöglichten und sicherstellten. Die Forderung nach qualitätssichernden Maßnahmen entstand weniger durch wachsende Unzufriedenheit der PatientInnen, als vielmehr durch den steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen (Geraedts & Selbmann, 2003).

Ende 1999 wurde vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen das Projekt „Messung der Ergebnisqualität im Krankenhaus“ in Auftrag gegeben. Ziel war die Entwicklung von themenspezifischen Messgrößensets um die Ergebnisqualität eines Krankenhauses im Querschnitt abzubilden mit Fokus auf die verbesserte Lebens- und Betreuungsqualität der Patienten (Graumann, 2001).

Die Bedeutung von Qualität wird je nach Betrachtungswinkel unterschiedlich gesehen.

Nach Europannorm ISO 8402 ist Qualität die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesagte Erfordernisse zu erfüllen. Während Qualität traditionell als eine Eigenschaft von Produkten oder Dienstleistungen verstanden wird, also die Erfordernisse der Kunden im Vordergrund stehen, erstreckt sich der Qualitätsbegriff im Rahmen von Total-Quality-Konzepten über ganze Unternehmen. Neben Kundenanforderungen treten Anforderungen von Mitarbeitern, Kapitalgebern und Öffentlichkeit an das Management, an deren Erfüllung sich die umfassende Qualität eines Unternehmens misst (International Group of Controlling).

Im Operationsbereich pflegende Personen haben ein anderes Berufsverständnis, als in stationären Bereichen. Die Pflege von Patienten im Operationssaal wird als technisiert und weitab von Patientenbedürfnissen erlebt (Debrand-Passard & Jakobs-Schäfer, 2003, S.5ff). Die delegierte Verantwortung der Patientensicherheit steht bei vielen Handlungsprozessen im Vordergrund.

Die pflegewissenschaftliche Bedeutung sehe ich in der interdisziplinären Tätigkeit zwischen Ärztinnen und Pflege zur Sicherheit der Patientinnen und aller beteiligten Personen. Der Tätigkeitsbereich von Pflegepersonen erstreckt sich nicht nur auf eigenverantwortliche pflegerelevante Entscheidungen oder vom Arzt delegierte Ausführung von Tätigkeiten, sondern stellt vor allem ein unverzichtbares Bindeglied in der Kommunikation der Patientinnen mit den Operateuren und Anästhesisten dar. Besonders im OP-Betrieb muss die Zusammenarbeit zwischen Vertreter/innen der Medizin und Vertreter/innen der Pflege verantwortungsbewusst und in guter Kommunikation erfolgen.

Risikomanagement bedeutet das Zusammenspiel aller Berufsgruppen ohne Konkurrenzdenken. Dazu sind eine fundierte Ausbildung und die Motivation, nach wissenschaftlichen Erkenntnissen zu arbeiten, erforderlich.

Die Reformierung des Krankenpflegegesetzes und damit die Verankerung der Qualitätssicherung in der Gesundheits- und Krankenpflege wurde bereits 1993 begonnen, als einem Arbeitskreis der Auftrag erteilt wurde, ein Positionspapier zur Gesundheits- und Krankenpflege auszuarbeiten. Nach einer Reihe von Begutachtungsverfahren wurde der Gesetzesentwurf am 10. Juli 1997 vom Nationalrat beschlossen. In diesem Gesetz wurde unter anderem nicht nur die Berufsbezeichnung geändert, sondern auch der Tätigkeitsbereich detaillierter umschrieben. Dies ist insofern wichtig, als dass zu den erweiterten Tätigkeitsbereichen, auch die Pflege im Operationsbereich zählt. Die Ausübung der Spezialaufgaben wurde mit der Verpflichtung zur Absolvierung einer Sonderausbildung normiert. (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010)

Die Erkenntnisse, die durch pflegewissenschaftliche Arbeiten gewonnen werden, erfahren ihre Umsetzung in die Praxis vor allem durch die gezielte Ausbildung und Fortbildung von Pflegepersonen.

Tritt nur die Patientensicherheit in den Vordergrund, gelangt die Mitarbeitersicherheit in den Hintergrund. Dadurch wird den Mitarbeitern mangelnde Wertschätzung vermittelt, welche wiederum Auswirkungen auf die Arbeitsmotivation und somit auf die Patientensicherheit hat.

Sicherheit im Krankenhaus betrifft jedoch nicht nur PatientInnen sondern auch jeden Mitarbeiter. Der Begriff Sicherheit steht in Abhängigkeit zu vielen Faktoren, die in ihrer Wertigkeit gleich zu sehen sind.

2 Berufsbild der OP-Pflegeperson

OP-Pflegeperson ist per Definition jene Person, die nach der Absolvierung der Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester ihren Tätigkeitsbereich in einem Operationsbereich aufnimmt und entweder die Sonderausbildung „Pflege im Operationsbereich“ bereits absolviert oder aber die Bereitschaft mitbringt diese innerhalb von fünf Jahren erfolgreich abzuschließen.

Zur gesetzlichen Berufsbezeichnung „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester“ oder „Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“ kann die Zusatzbezeichnung „Pflege im Operationsbereich“ angeführt werden.

Die Sonderausbildung in der Pflege im Operationsbereich dauert mindestens sieben Monate und mindestens 1000 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung umfassen. (GuKG §69. BGBl I 1997/108)

Der Tätigkeitsbereich wird, im derzeit gültigen, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz folgend formuliert:

Die Pflege im Operationsbereich umfasst die Vorbereitung, Mitwirkung und Nachbetreuung bei operativen Eingriffen.

Hierzu zählen insbesondere:

1. Instrumentieren in allen operativen Fachrichtungen
2. Mitwirkung bei der Planung und Organisation des Operationsbetriebes
3. Desinfektion, Sterilisation und Wartung der bei der Operation benötigten Instrumente
4. Prä- und postoperative Betreuung der Patienten im Operationsbereich.

(GuKG, §21. BGBl I 1997/108)

Die Verwendung des Begriffes OP-Pflegeperson, umfasst in dieser Arbeit, genau diesen Personenkreis, mit diesem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich.

Eine zurückliegende Befragung der Verfasserin, wie OP-Pflegepersonen ihr Berufsfeld erleben, ergab, eine vorrangige Nennung von Aufgaben wie folgt:

- die Überprüfung der angelieferten Materialien (Wäsche, Instrumente, Einmalartikel)
- die Erhebung des erforderlichen Materialstatus.

Durch Nachfragen kristallisiert sich der Zeitaufwand als Begründung für diese Reihung heraus. Die präoperative Patientenbetreuung wird jedoch als zentrale Aufgabe wahrgenommen. Die dafür erforderliche Zeit steht allerdings nicht immer zur Verfügung.

3 Arbeitsplatz Operationsbereich

3.1 Wirtschaftlicher Faktor

Die Kostenrechnung im Krankenhaus beruht auf einer Kostenstellen- und Kostenartberechnung.

Als Kostenstelle wird jeder Bereich im Krankenhaus angesehen. Die Gliederung beginnt bei der Fachabteilung, an der Kosten anfallen und wird auf die jeweiligen Bereiche ausgedehnt.

Ein Beispiel soll den Umfang an Kostenstellen innerhalb einer Abteilung verdeutlichen.

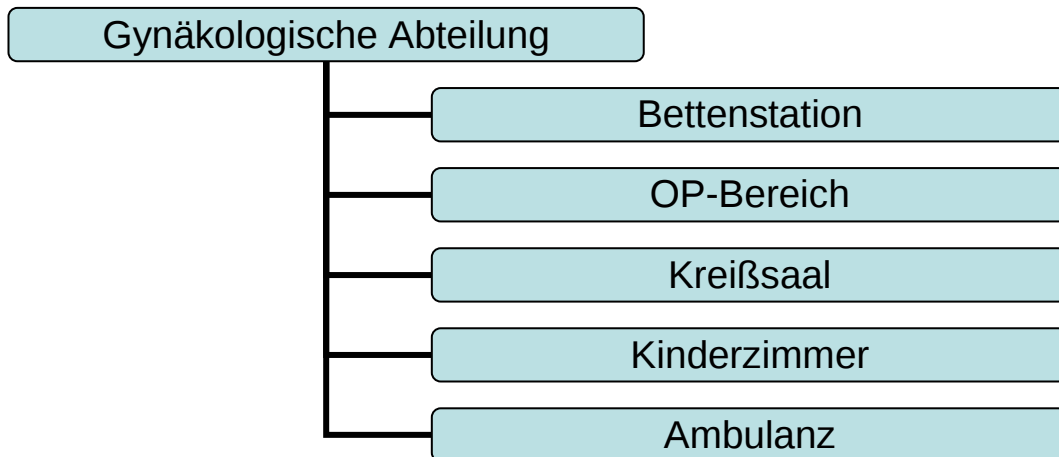


Abbildung 1: Kostenstellen

Unter Kostenarten werden Aufwendungen für Personal, für medizinischen Sachbedarf (Medikamente, Instrumente, Verbandsmaterial, OP-Abdeckung), für nicht medizinische Fremdleistung (Müllentsorgung), für Energiekosten und für sonstige Kosten (Versicherung) verstanden. In der Kostenberechnung des OP-Bereiches werden auch anfallende Kosten (Anschaffung, Wartung, Reparatur) für medizinische Anlagen berücksichtigt.

Der Anteil der Personalkosten beläuft sich auf zwei Drittel der Gesamtkosten.

An den OP-Bereich als „Kernleistungsstelle“ der operativen Medizin stellen PatientInnen wie auch Krankenhausbetreiber maximale Ansprüche (Taube, 2009).

Die Finanzierung eines Krankenhauses ist wesentlich komplexer und nicht Thema dieser Arbeit. Es soll nur ein kurzer Überblick zum besseren Verständnis geschaffen werden.

Die Finanzierung der österreichischen Krankenanstalten wird seit 1997 über die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) geregelt. Durch diese Maßnahme, dem Strukturplan und dem Qualitätsmanagement wurden die Leistungen für Patienten optimiert und

die jährliche Steigerungsrate der Spitalskosten gesenkt. Der „Finanzierungstopf“ erhält seine Mittel durch Abgaben von Sozialversicherungsträger, Bund, Länder und Gemeinden. Über die Landesgesundheitsfonds werden die Gelder individuell zur Finanzierung des stationären Betriebes der Krankenanstalten, für die spitalsambulante Versorgung, für strukturfördernde Maßnahmen oder gesondert für Investitionen gesteuert. Bei der Verteilung wird Rücksicht auf Einrichtungen mit besonderem Versorgungsschwerpunkt, zum Beispiel Universitätskliniken oder Schwerpunktkrankenhäuser, genommen.

Das LKF-Modell ist das Regelwerk zur bundesweit einheitlichen Bepunktung von stationären Krankenhausaufenthalten. Die Grunderkrankung wird als Hauptdiagnose mit der medizinischen Einzelleistung (MEL) verknüpft und ein definierter Punktwert vergeben. Dieses Bewertungssystem ermöglicht die Finanzierung der erbrachten Leistung. (Hagenbichler, 2010) Im Operationsbereich wird die wertschöpfende Leistung einer Chirurgischen Abteilung erbracht.

3.2 Personaler Faktor

Der Arbeitsplatz OP-Bereich erfordert eine hohe Personaldichte mit fachspezifischer Ausbildung. Die Anforderungen an das Personal sind definiert und erfordern einen hohen Zeitaufwand für Ausbildung und Einschulung. Eine hohe Personalfluktuaton wirkt sich nachteilig auf die Qualität der Patientenversorgung aus.

Die Bereitschaft der Mitarbeiter sich langfristig an einen Dienstgeber zu binden, gründet sich auf Fairness in der Entscheidungsentwicklung und Unterstützung. Wenn Mitarbeiter nach erfolgter Aufgabenerledigung gerecht belohnt werden, ist es wahrscheinlicher, dass sie sich über das geforderte Maß in den Betrieb einbringen. (Kirchler, 2008)

3.3 Organisatorischer Faktor

Auch wirtschaftlich gesehen hat der Operationsbereich einen hohen Stellenwert innerhalb eines Krankenhauses. Die Kostensteuerung wird im OP-Bereich durch das OP-Management geregelt. Der Aufgabenbereich ist durch konsequente Prozessorientierung mit der Beherrschung der Logistik unter Berücksichtigung von Kosten, Qualität und Kundenzufriedenheit gekennzeichnet (Schüpfer & Bauer 2006).

Die Organisation eines OP-Betriebes beginnt bei der Planung der Eingriffe. Bei der Reservierung von OP-Saal Kapazität wird zwischen kurz-, mittel- und langfristiger Planung unterschieden. Es kann allerdings nur in der mittel- und langfristigen Planung von Reservierung gesprochen werden (Busse, 2010).

In der kurzfristigen OP-Planung erfolgt der Eingriff einen Tag nach der OP-Anmeldung während die mittelfristige OP-Planung für den Zeitraum von Wochen bis Monaten einen Überblick gibt. In der langfristigen Planung kommt es zu einer Vorplanung in einem Zeitraum von drei Monaten bis zu einem Jahr.

Mit der OP-Anmeldung werden gleichzeitig besondere Anforderungen, die in direktem Bezug zur Operation stehen, an den OP-Bereich übermittelt. Dazu zählen insbesondere Unverträglichkeiten von Nahtmaterial oder Desinfektionsmittel. Es müssen unter Umständen Alternativen angeboten werden.

Die sekundäre Planungsphase liegt in der Zuständigkeit der jeweiligen chirurgischen Fachabteilungen. Die OP-Anmeldungen enthalten noch keine Angaben über Zeit- Personal- und Materialressourcen.

In der Primärplanung werden die gemeldeten Operationen unter Berücksichtigung der notwendigen Zeit-, Personal- und Materialressourcen dem jeweiligen OP-Saal zugeordnet. Zu diesem Zeitpunkt sind alle notwendigen Daten bekannt. Der Hinweis auf eine Latexallergie hat eine wesentliche Bedeutung und nimmt Einfluss auf die

zeitliche Planung des Eingriffs. Dieser Primärprozess der Planung wird vom OP-Management durchgeführt. (Wienströer, 2009a)

Die Wahrscheinlichkeit, ungeplante Eingriffe durchführen zu müssen, ist in den Fachabteilungen unterschiedlich. Das OP-Statut (Geschäftsordnung) legt mit einer Notfalls- und Überlastungsregelung das weitere Vorgehen fest. Die Zuordnung des/der PatientIn in die Notfallkategorie wird vom behandelnden Chirurgen festgelegt. Dabei wird zwischen einer sofortigen Versorgungsnotwendigkeit und der Versorgung innerhalb von zwei beziehungsweise sechs Stunden unterschieden (Wienströer, (2009b).

4 Risiko

Der Begriff Risiko ist ein Chamäleon und muss kontextuell bestimmt werden.

Was bedeutet Risiko im OP für:

- Die Organisation
- Die beteiligten Personen

4.1 Risikobewusstsein

Der Weg zu einer Sicherheitskultur führt über die Bewusstmachung, dass sich der Mensch durch den Fortschritt in der Gesundheitsversorgung auch einem höheren Risikopotential aussetzt. Durch technisch anspruchsvollere Behandlungsmethoden, steigt auch das Anspruchsverhalten des/der PatientInnen auf vollständige komplikationslose Genesung.

Der Patient ist nicht mehr ein unmündiger, eingeschüchterter, bedingungslos annehmender Mensch, der den schicksalhaften Verlauf

seiner Krankheit hinnimmt. Durch leicht zugängliche Informationsmöglichkeiten kennt der Patient seine Krankheit und den Weg, ihr zu begegnen.

Ist sich die handelnde Person des Risikos einer Gefahrensituation bewusst, stellt sie sich dieser mit den geeigneten Interventionsverfahren um die Gefahr zu vermeiden. Dem gegenüber stehen Personen die ihren Nutzen aus einer Gefahrensituation ziehen und wissentlich riskant handeln. Dieses Verhalten kann als Risikofreude bezeichnet werden (Gausmann 2009b). Je nachdem wie sich eine Aufgabe darstellt, wird sie durch Wahrnehmungsverzerrung bei Entscheidungsträgern verschieden beurteilt und akzeptiert (Kirchler, 2008).

Die Schadenseinschätzung eines Risikos wird durch die Endgültigkeit bestimmt, wenn zum Beispiel der Fallschirm bei einem Sprung in die Tiefe nicht geöffnet werden kann, endet dieses Ereignis mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit mit dem Tod. Während bei einem Fußballspiel das Risiko für die Spieler ungleich geringer ist, in diesem Spiel ihr Leben zu lassen (Steelandt, 2010).

4.2 Risikomanagement

„Ziel eines Risikomanagements in der Medizin ist die Vermeidung von Behandlungsfehlern. Dabei ist die von Bereichen des industriellen Qualitätsmanagements geforderte Nullfehlerstrategie angesichts der großen Bandbreite menschlicher Fehler und des großen Anteils an „human factor“ an den in allen bekannten Fehlermeldesystemen gemeldeten Ereignissen ein für die Medizin unrealistischer Ansatz. Besser und menschlicher ist es deshalb, vom Ziel der Fehlerreduktion zu sprechen“ (Möllemann & Hübler, 2006. S. 44).

Im Risikomanagement werden mögliche Fehlerquellen in den Organisationsabläufen ermittelt, analysiert und bewertet, bei denen es zu

Personen-, Sach- oder wirtschaftlichen Schäden kommen kann. Die Bewertung erfolgt nach den Kriterien der Eintrittswahrscheinlichkeit, Schadensauswirkung und Schadenshöhe. Danach werden Verantwortlichkeiten geregelt und Maßnahmen bestimmt, die Risiken minimieren oder begrenzen und somit als Sicherheit für alle Beteiligten gelten (Popow, 2010).

In jüngster Zeit wird der Begriff Risikomanagement gerne in den Begriff Sicherheitsmanagement umgewandelt, welcher vermutlich das angestrebte Ziel, Sicherheit im Krankenhaus, besser verdeutlicht und sich somit auch vom Begriff des Risikomanagements der Industrie abhebt.

Der Risikomanagementprozess umfasst vier Phasen:

- Risikoidentifizierung
- Risikobewertung.
- Risikobewältigung
- Risikokontrolle

Dieser Zyklus wird für Evaluierungsprozesse neuerlich gestartet.

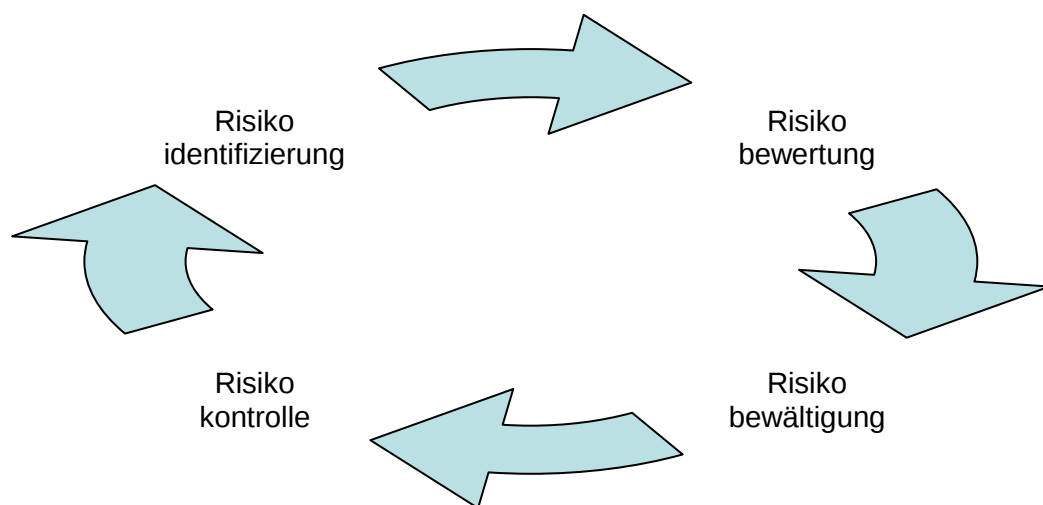


Abbildung 2: Risikomanagementprozess

In der Phase der Risikoidentifizierung geht es um die Lokalisierung von Spannungsfeldern, Sammlung von Beinahe Fehlern und um eingetretene Fehler und deren Folgen. Jede Änderung in der Ablaufstruktur, an der Dienstplangestaltung, aber auch in der Teamzusammensetzung hat Einfluss auf mögliche Fehler.

Im Operationsbereich können neue Operationsmethoden, Leihinstrumente oder Geräte, Gastoperateure, aber auch Checklisten deren Anwendung nicht geschult wurde, dafür verantwortlich sein.

4.3 Risikosteuerungsstrategien im OP

Die Risikosteuerung oder auch Fehlervermeidung im OP wird von Gausmann (2009a) in zwei Kategorien eingeteilt.

- Die Fehlervermeidung durch korrekte OP-Dokumentation und
- Stringente Organisation im OP.

Dazu zählt Gausmann (2009a) die Patienteneinschleusung mit Identitätssicherung mittels OP-Checkliste und Identifikationsarmband.

Zur Vermeidung einer Seitenverwechslung wurden bereits umfangreiche Handlungsanleitungen in verschiedenen Institutionen entworfen und umgesetzt. Sie reichen von der Markierung der Seite durch den Operateur bis zum „Team Time out“. Beim „Time out“ werden nach der Narkoseeinleitung noch einmal alle Fakten überprüft. Der richtige Patient im richtigen Saal, die richtige Lagerung, an der richtigen Stelle die Hautdesinfektion, alle benötigten Informationen vorhanden und die korrekte Vorbereitung aller benötigten Materialien.

Inwieweit ist es erforderlich den vermeintlichen Verursacher in die Fehleranalyse und Kultur mit unerwünschten Situationen einzubeziehen?

Ähnlich den Hygienemaßnahmen im OP, kann auch das Sicherheitsmanagement in patientennahe und patientenferne Sicherheit kategorisiert werden.

- Direkte Sicherheit – jene Handlungen die direkt der erhöhten Sicherheit des Patienten zugeschrieben werden. Sign-In, Time-out, Sign-out.
- Indirekte Sicherheit – Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter, Schulungsmaßnahmen Geräte, Lagerungstechniken, Reanimation, Leitlinien

5 Risikoschwerpunkte im OP

Durch zunehmenden Druck der Öffentlichkeit werden die finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen kritisch hinterfragt, wodurch Krankenhausträger ökonomisches Denken in den Vordergrund stellen. Verantwortliche für Kostenstellen sehen sich dadurch vermehrt mit langwierigen Begründungen bei Neuanschaffungen konfrontiert. Es resultieren Einschränkungen in der Nachbesetzung im Personalstellenplan, verschärft durch dennoch erforderliche Serviceleistungen in allen Bereichen des Gesundheitswesens, um den Anforderungen der Bevölkerung entsprechen zu können. In den folgenden Kapiteln werden nur jene Arbeitsbereiche der OP-Pflegeperson mit direktem Bezug zum Untersuchungsschwerpunkt abgebildet.

5.1 Bedeutung der Sicherheit für Patienten

Sicherheit im Krankenhaus hat viele Facetten, besonders herausgefordert sind Personen, die Berührung mit dem Operationssaal haben. Steininger (2009) beschreibt das subjektive Erleben von Patienten während der Wartezeit vor dem OP als eine emotional vorwiegend negative Zeit. Deshalb ist es von hoher Wichtigkeit, die Gefühle der wartenden Patienten und Patientinnen zu kennen und als Pflegeperson auf diese reagieren zu können. Sei es im Zeitmanagement, um die Wartezeit vor dem Operationsbereich möglichst gering zu halten, sei es im Personalmanagement - eine emotional professionell betreuende Pflegeperson kann Ängste oder Verunsicherung des Patienten minimieren. Prämedizierte Patienten am Gang ohne Möglichkeit der Kommunikation mit medizinischem Personal abzustellen, ist weder vertrauensfördernd noch gesetzlich geduldet.

Ein komplementärer Bereich zur Sicherheit ist die Materiallogistik, wozu in erweiterter Betrachtung auch die Vollständigkeit des Instrumentariums und der verwendeten Materialien vor und nach dem Eingriff zählen. Die Tupfer- Zählung vor und nach der Operation erfolgt ausschließlich durch Pflegepersonen, während die Verantwortung für Vollständigkeit im ärztlichen Bereich liegt.

Das Abarbeiten von Checklisten und Zählkontrollen wird zunehmend an Pflegepersonen delegiert, daher sollte eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zumindest beim Erstellen erfolgen. Wie Checklisten „designed“ werden müssen, um Schwachstellen des menschlichen Handelns (Trimmel, 2009) umgehen zu können und besonders bei Notfällen die erforderliche Sicherheit zu gewährleisten, ist eine gemeinsame Herausforderung für Ärzte und Pflege. Welchen Zugang haben Pflegepersonen zu dem dazu erforderlichem Wissen?

5.1.1 Kommunikation

Kommunikation ist als Austausch von Information zu sehen. Die Verwendung der Checkliste „Time out“ wird von manchen als „verordnete“ Kommunikation bezeichnet. Die Joint Commission empfiehlt zur Vermeidung von Verwechslungen des operativen Eingriffs oder des Patienten die Anwendung einer allgemeinen Handlungsanweisung. (Wachter, 2010)

Von der World Health Organization (WHO) wurde eine Sicherheits-Checkliste entworfen. Die Überprüfung der Daten, wie Patientenidentifizierung, Eingriffsort, Allergien, zu erwartende Probleme beginnt beim Betreten des OP-Bereiches. Das „Team-Time-Out“ wird als zweite Stufe des Sicherheitschecks im OP nach der Narkoseeinleitung durchgeführt. Erneut wird die Patientenidentität geprüft, schließlich kann der bereits identifizierte Patient im falsch zugeordneten OP-Raum sein. Ebenso werden relevante Fakten (Blutverlust, OP-Dauer, alle erforderlichen Materialien zur Verfügung) die Operation betreffend, kurz zusammengefasst. Der Begriff steht für ein letztes Innehalten des Teams, um vor der Operation alles auf seine Richtigkeit hin zu überprüfen. Die dritte Stufe des Sicherheitschecks ist nach dem Beenden der Operation und vor Verlassen des Operationssaals. In der Phase des Sign-out wird die korrekte Zählung von Tupfern, Instrumenten und Nadeln, die Versorgung von Gewebeproben, eventuell aufgetretene Fehlfunktionen an Instrumenten oder Geräten und die korrekte Anwendung der Drainagen abgefragt. Werden alle Punkte als korrekt durchgeführt beantwortet darf der/die PatientIn den Operationsraum verlassen.

5.1.2 Kommunikation innerhalb der Berufsgruppe „Pflege“

Die Auswirkungen von mangelnder oder undeutlicher Kommunikation reichen im Krankenhaus von Missverständnissen bis zu fatalen Ereignissen.

Im angeführten Beispiel führt undeutliche Kommunikation zu einem unerwünschten Ereignis mit nachteiligen Folgen für den Patienten.

Am OP-Programm ist ersichtlich, dass Dr. X. erst um 10:00 für den OP zur Verfügung steht und einen geplanten Eingriff vornehmen kann. Bereits um 09:00 wird dem OP telefonisch mitgeteilt, dass genau dieser Patient für den Transport in den OP bereit ist. Die das Gespräch annehmende Person ist somit in der Annahme, dass Dr. X. früher als angenommen, den geplanten Eingriff durchführen kann. Es wird der Transport veranlasst. Als der Patient im Bereich ankommt, wird mit der routinemäßigen Überprüfung der Patientendaten begonnen, auch der Anästhesist stellt sich vor und veranlasst die Umbettung auf die OP-Liege. Nach der Narkoseeinleitung wird der Operateur verständigt – dieser ist jedoch nicht erreichbar. Nach mehrmaligen Versuchen wird festgestellt, dass Dr. X. noch nicht im Haus ist und somit diesen Eingriff nicht durchführen kann. Es wird eiligst ein anderer Operateur ausfindig gemacht, der jedoch nicht mit der Krankengeschichte des Patienten vertraut ist und zu wenig Zeit hat, diese genau zu studieren. Beim Eröffnen des Bauchraumes kommt es zur Verletzung einer Darmschlinge.

Bei der Analysierung dieses Ereignisses wird deutlich, dass die Kommunikation zwischen den beteiligten Personen undeutlich formuliert war. Der rekonstruierte Wortlaut des Telefonates war folgender: „Ja, also den Herrn L., ich mein, der ist fertig, den könnt ihr jetzt holen.“

Die eigentliche Botschaft war lediglich die Nachricht, dass Herr L. alle erforderlichen Befunde und Vorbereitungen hat und jederzeit vom OP abgerufen werden kann. Im OP wurde diese Nachricht als Abholungsauftrag interpretiert. Die Sachinformation – erforderliche Befunde und Vorbereitungen abgeschlossen – stand in diesem Fall nicht

im Vordergrund. Vielmehr wurde die Information als Appell interpretiert, den Transport in den OP zu veranlassen, um es allen Beteiligten Personen möglichst recht zu machen (Schulz von Thun, F., 2001).

Dieses Verhalten wird von Kahla-Witzsch (2007) auch als ungünstiger Perfektionsanspruch von Pflegenden beschrieben. Keine dieser Personen hat nachgefragt, ob sie die Information richtig verstanden hat.

Zudem wurde eine Schwachstelle im organisatorischen Ablauf erkannt. Der den Auftrag entgegen nehmenden Person war die Aufgabenverteilung beim Prozess „Abruf Patient von Bettenstation“ nicht klar.

5.1.3 Emotion

Über Emotionen reflektiert der Mensch seinen momentanen Zustand. Die sich ständig verändernden Bedingungen werden durch den Ausdruck der entstehenden Bedürfnisse widergespiegelt.

Zu den Basisemotionen werden Furcht (Angst), Ärger, Ekel und Kummer gezählt. Allerdings ist die Anzahl von Emotionen nicht eindeutig zu bestimmen, sie rangieren je nach Theorieansatz zwischen zwei bis zehn Emotionen, auch bis zu nicht erfassbaren Zahlen (Trimmel, 2008).

Berentzen untersuchte 2004, aus der Sicht von OP-Pflegekräften, die Auslöser für Ärger im OP. Als häufigste genannte Ursache wurde die OP-Leitung personifiziert genannt, die ungerechte Behandlung im Pflgeteam sowie die fehlende praktische Unterstützung in der täglichen Arbeit. Die Zusammenarbeit im OP wird als berufsübergreifend erlebt, dennoch werden zuerst Konflikte durch Egoismus, Gleichgültigkeit und fehlende Kommunikation innerhalb der eigenen Berufsgruppe beschrieben. In der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen werden häufig persönliche Beleidigungen und mangelnde Akzeptanz angeführt. Außerdem wird von Seiten der Pflegekräfte eine adäquatere Kommunikation bezüglich arbeitsrelevanter

Informationen (Patientendaten, Art und Ausmaß des geplanten Eingriffs) von ärztlicher Seite eingefordert. Fehlende Informationen führen zu einer Erhöhung des Konfliktpotentials, da Informationen dann erst mühsam von den Pflegekräften erfragt werden müssen.

Laufen organisatorische Rahmenbedingungen, wie beispielsweise mangelnde Kommunikation, unklare Regelung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, unzureichende Absprachen zwischen den einzelnen Abteilungen und Berufsgruppen, einem hohen persönlichen Arbeitsanspruch zuwider, erhöht sich nicht nur das Risiko für Fehler, es sinken auch Arbeitszufriedenheit, Motivation und in der Folge die Leistung der Mitarbeiter (Kahla-Witzsche, 2007).

5.1.4 Psychische Belastung

Der Arbeitsplatz OP-Bereich ist von einem dichten Zeitmanagement durch unrealistische OP-Planung gekennzeichnet. Die Arbeitsabläufe müssen rasch oder vielfach parallel durchgeführt werden. Ein störungsfreies Arbeiten in einem pseudo-kommunikativen Umfeld (Telefon, Pager) ist nicht möglich. Eine Überlastung von OP-Pflegepersonen ist die Folge.

Berentzen (2004) führt neben den tätigkeitsspezifischen Faktoren auch die zwischenmenschliche Beziehung am Arbeitsplatz und die Hierarchierolle im Betrieb an. Als belastend und unannehmbar werden Daueraufmerksamkeit, vor allem unter Druck und unmäßige Forderungen empfunden. Außerordentliche Belastungen sind objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren. (Kirchler, 2008)

Berentzen (2004) stellt in seiner Untersuchung fest, dass ständige OP-Planumstellungen den Handlungsablauf von OP-Pflegepersonen negativ beeinflusst und unnötiger Mehraufwand als Auslöser für Stress empfunden wird. Verbale Angriffe in Form von Beleidigungen und

unangemessen geäußert, werden besonders von jungen, unerfahrenen OP-Pflegepersonen als stressend empfunden. (Beretzen, 2004)

5.1.5 Multidisziplinäres Team

Im OP-Bereich ist eine Vielzahl von Menschen mit unterschiedlichen Aufgabengebieten und Verantwortungsbereichen tätig. Die Zusammensetzung des Teams ist komplex. In der Berufsgruppe der ÄrztInnen befinden sich verschiedene Fachrichtungen mit unterschiedlicher Aufgabenverteilung und Verantwortungskompetenz. Ebenso verhält es sich in der Berufsgruppe Pflege. Hier gibt es ebenfalls verschiedene Fachrichtungen (OP-Pflege, Anästhesiepflege) mit damit verknüpften unterschiedlichen Aufgaben- und Verantwortungsspektren. Hinzu kommen verschiedene Modelle des Rollenverständnisses und Interpretationsunterschiede von Hierarchie innerhalb und zwischen den Berufsgruppen.

„Ein Team ist eine aktive Gruppe von Menschen, die sich auf gemeinsame Ziele verpflichtet haben, die effektiv und effizient zusammenarbeiten und hervorragende Leistungen erbringen.“ (Neubauer, 2009. S. 309).

Teambildung im OP wird von Schüpfer und Bauer (2006a) als eigentlich nicht vorhanden beschrieben. Der Autor verweist auf mangelnde Kenntnisse und mangelndes Verständnis für die Komplexität von Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen mit den Kennzeichen eines Teams.

5.1.6 Die Kennzeichen eines Teams

Die Kennzeichen eines Teams fassen Schüpfer und Bauer (2006), wie folgt zusammen:

„LEISTUNG. Der Prüfstein eines jeden Teams ist seine Leistungsfähigkeit. Ein Team ist imstande, Leistungen zu erzielen, die die Mitglieder für sich allein niemals fertig bringen würden. Ihre persönlichen „Stärken“ vereinen sich im Team und kreieren ein Produkt oder eine Dienstleistung, dass mehr als die Summe der Einzelbegabung darstellt.

ZIELE. Jedes Team braucht ein Hauptziel, das seine Mitglieder kennen und mit dem sie einverstanden sind. Dieses Ziel eines Teams ist sein „Auftrag“. Daneben gibt es persönliche Ziele, die zu erreichen das Team und jedes Mitglied ein besonderes Interesse haben. Richtung und Stärke eines hochentwickelten Teams sind von der Bereitschaft der Teammitglieder, ihre persönlichen Ziele in den Dienst des Hauptzieles zu stellen, abhängig.

DYNAMIK. Zur Beschreibung dieses einzigartigen Energiepotentials einer Gruppe wurde das Wort „Synergie“ geprägt. Man kann es in einer mathematisch zwar fragwürdigen, psychologisch aber richtigen Gleichung ausdrücken. Ein Team ist seiner Qualität und seiner Leistungsfähigkeit nach mehr als die Summe seiner Mitglieder: $2+2=5$. Ein erfolgreiches Team nutzt sein volles Synergiepotenzial.

STRUKTUR. Kontrolle, Führungsansprüche, Arbeitsstil, Organisation und Rollenverständnis sind in einem hochentwickelten Team geregelt. Ein funktionierendes Team arbeitet flexibel, methodisch, einfühlsam und zielbewusst. Individuelle Fähigkeiten und Teilaufgaben werden ohne viele Worte sinnvoll koordiniert.

KLIMA. Jedes Team entwickelt seinen ihm eigenen Geist. Dieser bewirkt Offenheit zwischen den Mitgliedern sowie wechselseitige Freude und Ermunterung. Die Mitglieder identifizieren sich mit dem Team; Erfolg und Misserfolg übertragen sich auf die Stimmung. Ein Team verteidigt Teaminteressen mit gemeinsamer Kraft. In einem Team herrscht ein Klima, in dem die Mitglieder Vertrauen zueinander fassen, auch persönliche Schwierigkeiten offen zu besprechen und bereit sind, Risiken einzugehen.“

Die Zusammensetzung eines Teams im OP erfolgt zufällig und gestaltet sich unter Umständen mehrmals täglich neu. Personen mit unterschiedlichen Einstellungen, Wertvorstellungen, Zielen, Persönlichkeiten und Erfahrungen treffen aufeinander und sollen harmonisch und effektiv agieren.

5.1.7 Der Vergleich mit der Luftfahrt

Ein Vergleich von Teamwork in der Luftfahrt, wird immer wieder in Literatur und Praxis angeführt. Jedoch ist es, nach wie vor, ein anderes und so nicht übertragbares Unterfangen, die Sicherheitskultur im OP zielführend zu verändern.

Bei Unglücken in der Luftfahrt war zumeist eine steile Hierarchie der Auslöser. Dem erfahrenen und angesehenen Piloten wurden, trotz Erkennen der Gefahr, die Bedenken nicht mitgeteilt und somit nicht widersprochen. In der Luftfahrt wurde erkannt, dass jedes Teammitglied, ungeachtet seines Fachwissens, Sozialstatus, Ausbildung und Selbstvertrauen, wichtige Beobachtungen macht und diese, unter Umständen anders als der Teamleiter, einstuft. Darauf wurde mit Trainingsprogrammen für Teamwork und Kommunikation reagiert. (Paula, 2007)

In Krankenhäusern ist es immer noch üblich, jede Berufsgruppe für ein und denselben Zwischenfall getrennt zu trainieren. In der Praxis müssen jedoch diese Berufsgruppen ineinander greifend arbeiten.

Eine Problemlösung gelingt in Gruppen mit mehreren Personen eher als von kleinen Gruppen (Kirchler, 2008).

Das Human Factors Projekt „Vom Risikofaktor Mensch zum Sicherheitsfaktor Mensch“ wurde im Wilhelminenspital an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe durchgeführt. Der Aufbau des Projektes ist an das berufsbezogene Teamtraining von Human Aspects Development (HADmedical, Schweiz) angelehnt, bietet aber eine individuelle Anpassung der einzelnen Projektschritte an. Die Zielformulierung umfasste die Optimierung der Kommunikation mit den Säulen Operationelle Probleme, Fehler von Personen und inadäquate soziale Interaktion. Das Projekt wurde von erfahrenen Trainern der Luftfahrt, von Psychologen und von Spezialisten für Risikomanagement begleitet. (Lass, 2006)

Im OP-Personalreport Pflege 2011 (Busse, 2011) wurde die Einstellung der verschiedenen Berufsgruppen zu kritischen Fragen bezüglich der Entscheidung eines erfahrenen Mitarbeiters bearbeitet. Während 13,5 % der Pflege, der Aussage *„unerfahrene Mitarbeiter sollen meine Entscheidung nicht in Frage stellen“* zustimmen, beläuft sich der Zustimmunganteil bei den Fachärzten der chirurgischen Fächer auf 24%. Als Gegenüberstellung wurde der Zustimmunganteil der Piloten mit 2% angeführt. Wachter (2010) stellt die differente Einstellung von Chirurgen (Anm. der Verf.: gemeint sind alle operativ tätigen Fachrichtungen) und Piloten dramatischer dar, während fast alle Piloten kritische Fragen von Mitarbeitern und Untergebenen begrüßen, tolerieren dies nur 50 % der chirurgisch tätigen Fachärzte.

Die Schaffung von Standards, Richtlinien, Handlungsanleitungen soll aus den agierenden Personen im Krankenhaus keine Marionetten machen. Es soll damit lediglich die individuelle Entscheidung in eine nachvollziehbare und transparente gelenkt werden. Im Vordergrund steht der behandlungsbedürftige Mensch, der eine individuelle persönliche Begegnung erwartet, mit einer Persönlichkeit, mit Erfahrungen, Wertvorstellungen, Einstellungen und Zielen.

5.1.8 Schnittstellenmanagement

In der Zusammenarbeit ist trotz Schnittstellen die sichere Patientenversorgung Ziel. Die Verfolgung dieses Ziels ist von unterschiedlichen Interessen geprägt. Kahla-Witzsch (2005) begründet Probleme im Schnittstellenmanagement durch „Feindbilder“ die sich durch oft jahrelange Abschottung der Beteiligten unterschiedlicher Bereiche manifestiert haben. In der ganzheitlichen Betrachtung der Einzelprozesse, wie zum Beispiel die Belieferung des Operationsbereiches mit Sterilgut, Einmalmaterial, Medikamenten, Abtransport von Abfallgütern, sind verschiedene Akteure damit beschäftigt den Operationsbetrieb zu ermöglichen. So fügen sich Einzelprozesse zu einem großen Prozess.

Der reibungslose Ablauf bedarf einer verständlichen Kommunikation und Zuständigkeitsregelung. Mit Standard operating procedure (SOP) kann jeder Prozess abgebildet werden. Die Anwendung von SOP's vermindert Unsicherheiten bei Arbeitsabläufen und führt zur Vereinheitlichung innerhalb einer Institution.

Raetzell und Bauer (2006) empfehlen neben der graphischen Darstellung einer SOP auch eine leicht verständliche textliche Erläuterung der Information.

5.1.9 Dokumentation

Die OP-Dokumentation ist Bestandteil der Krankenakte und wird, nach gesetzlicher Vorgabe, 30 Jahre aufbewahrt. (Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957). PatientInnen haben innerhalb dieses Zeitraumes, die Möglichkeit Einsicht in ihre Krankenakte zu nehmen und Kopien anfertigen zu lassen. Eine mündliche Auskunft über dokumentierte Informationen der Krankenakte ist nicht zulässig.

Die Funktion einer Dokumentation ist nicht nur die transparente Darstellung eines Verlaufes, sondern dient als Kommunikationsmedium im inter- und multidisziplinären Behandlungsteam.

Zur OP-Dokumentation zählt Gausmann (2009) nicht nur die ärztliche Dokumentation der erfolgten Leistung und die Anfertigung eines OP-Berichts, sondern auch die nachvollziehbare Listung verwendeter Materialien, perioperativer Lagerungen und verwendeter Lagerungshilfsmittel, die Positionierung der Neutralelektrode und die Angaben zum gewählten HF-Verfahren, die genauen Zeiten von Blutleere und –sperre sowie die Durchführung der Zählkontrolle der intraoperativ genutzten Fremdkörper.

Patientenbedürfnisse, die im Rahmen einer präoperativen Pflegevisite ermittelt wurden, werden im Dokumentationsblatt vermerkt. Die Information ist ein Bestandteil der Planung und Durchführung der Prozesse im Operationsbereich.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht als Leistungsnachweis ist die Aufzeichnung der Schnitt- Nahtzeit ein wesentlicher Bestandteil der OP-Dokumentation. Diese Einträge in die OP-Dokumentation erfolgen durch Pflegekräfte oder Operationsassistenten.

Einwilligungserklärungen des Patienten können dem Bereich der Dokumentation zugeordnet werden, Gausmann (2009) verweist jedoch ausdrücklich auf die Rechtsunwirksamkeit, sollten diese im OP-Areal vom Patienten unterfertigt worden sein.

5.1.10 Materialressourcen

Der ökonomisch orientierte Einsatz von Materialressourcen muss im OP-Bereich Berufsgruppen übergreifend erfolgen.

Eine unnötige Kostensteigerung wird durch nicht eindeutige Information geplanter Eingriffe und willkürlich geöffnetes OP-Zubehör (Einmalartikel, Instrumente) ohne vorherige Bedarfsprüfung, begünstigt.

Der Umfang einer Lagerhaltung hat unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit zu erfolgen. Eine zu hohe Lagermenge bindet Kapital und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass das Haltbarkeitsdatum von Sterilprodukten oder Medikamenten überschritten wird (Kahla-Witzsch, 2005).

Eine Möglichkeit der kosteneffizienten Lagerhaltung ist die Einrichtung von Zentrallagern. Dazu bedarf es einer korrekten Planung und Informationsweitergabe an die verantwortlichen OP-Pflegekräfte. Benötigtes Material wird zeitgerecht und für den jeweiligen Eingriff abgestimmt abgerufen. Wird das Zeitfenster der Vorbereitung nicht eingehalten, fehlen wichtige Ressourcen und der geplante Eingriff muss unter Umständen verschoben werden (Steelandt, 2010)

5.1.11 Gerätemanagement

Entwicklung und Einsatz technischer Geräte in der medizinischen Behandlung werden komplexer. In gleichem Maß nimmt auch die Leistungssteigerung und Vielfalt der Geräte zu. Middendorf (2006) meint dazu: "Hohe technische und menschliche Zuverlässigkeit führen nicht zwangsläufig zu einem verlässlichen Gesamtsystem." Um im Einsatz eine höchstmögliche Patientensicherheit gewährleisten zu können, werden von Seiten der Hersteller Sicherheitsvorkehrungen getroffen.

Zum Beispiel muss bei der Anwendung von monopolarer HF-Energie eine Gegenelektrode am Körper des/der PatientIn befestigt sein, um die

Energie gezielt abzuleiten. Erfolgt diese Maßnahme nicht, kommt es zu lokalen thermischen Schädigungen dem/der PatientIn.

Auf das Risiko, dass durch menschliches Versagen, die Gegenelektrode nicht angebracht ist, reagierten die Hersteller von HF-Generatoren, indem die Energiezufuhr nicht ausgelöst werden kann. Das Unbeabsichtigte auslösen der Energiezufuhr wird mit diesem Sicherheitsmechanismus jedoch nicht verhindert. OP-Pflegepersonen werden deshalb angewiesen aktive Elektroden niemals auf- oder neben dem/der PatientIn abzulegen. Eine weitere Möglichkeit sind Checklisten in Form von Abbildungen (z.B. Foto) oder in Form von Punktelisten, die an den jeweiligen Geräten angebracht sind und eine sichere Anwendung unterstützen.

5.1.12 Medizinproduktegesetz

„Dieses Bundesgesetz regelt die Funktionstüchtigkeit, Leistungsfähigkeit, Sicherheit und Qualität, die Herstellung, das In-Verkehr-Bringen, den Vertrieb, das Errichten, die Inbetriebnahme, die Instandhaltung, den Betrieb, die Anwendung, die klinische Bewertung und Prüfung, die Überwachung und die Sterilisation, Desinfektion und Reinigung von Medizinprodukten und ihres Zubehörs sowie die Abwehr von Risiken und das Qualitätsmanagement beim Umgang mit Medizinprodukten und ihrem Zubehör.“

(Medizinproduktegesetz, BGBl. I Nr. 143/2009)

Durch die Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes wurde die Anwendung von medizinisch genutzten Geräten mit einer verpflichtenden Einschulung des Anwenders verknüpft. In der Einschulung wird nicht nur die simple Anwendung des Gerätes geschult, sondern auch dessen Funktionsweise vorgestellt. Aus dieser lässt sich der Anwendungs- und Wirkungsbereich ableiten.

Pflegepersonen können durch Schichtdienst, Mediziner können häufig durch Zeitmangel nicht an einer Produktschulung teilnehmen. Mediziner

müssten sich als Anwender die Blöße geben, das Gerät von einer hierarchisch niedriger gestellten Kraft erklären zu lassen. Pflegepersonen haben in der aktiven Verwendung der Technik oft Hemmungen auf die korrekte Anwendung hinzuweisen.

5.2 Pflegerelevante Aspekte

5.2.1 Angstreduktion bei Patienten

Das Gespräch zwischen Pflegekraft und einem Patienten vor einer geplanten Operation zielt auf zusätzlichen Informationsgewinn beider Seiten. Die präoperative Pflegevisite ist eine optimale Möglichkeit für Informationsaustausch.

Der Operationsbereich ist ein abriegelter Bereich im Krankenhaus, zu dem nur „Auserwählte“ Zugang haben. Für PatientInnen ist nicht nachvollziehbar was hinter den verschlossenen Türen vor sich geht. Dazu kommt das Wissen, dass man durch die Anästhesie handlungsunfähig wird und darauf vertrauen muss, dass für seine Sicherheit gesorgt wird. Steiniger (2009) zeigt auf, dass Patienten den Transport, von der Bettenstation zum OP-Bereich sowie die Wartezeit als sehr unangenehm empfinden. Die befragten Personen würden es als angenehmer empfinden, wenn eine Begleitperson von der Bettenstation mitgeht und mit ihnen kommunizieren würde. Lange Wartezeiten verstärken das Gefühl von Einsamkeit. Ängste werden durch Schmerzen vor der Operation oder durch die Lagerung ausgelöst oder verstärkt. Als positiv erleben PatientInnen den Informationsgewinn am Vortag durch den Anästhesisten. Der Informationsgewinn durch die präoperative Pflegevisite wird, laut Steiniger (2009) als nicht sinnvoll wahrgenommen.

5.2.2 Präoperative Pflegevisite

Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (GuKG, §14) wird die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle pflegerischer Maßnahmen angeführt.

Der Pflegeprozess ist als Regelkreislauf definiert. Juchli (1983, S.76) beschrieb den Pflegeprozess nach dem 6 Stufen-Modell von Fiechter und Meier: „Der Pflegeprozess ist die systematische Darstellung der folgerichtig geplanten und zielgerichtet durchgeführten pflegerischen Handlungen am und mit dem Patienten. Er hat zum Ziel, auf systematische Art und Weise dem Bedürfnis des Patienten nach pflegerischer Betreuung zu entsprechen und besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin, ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkoppelungseffekt in Form von Beurteilung und Neuanpassung enthalten.“

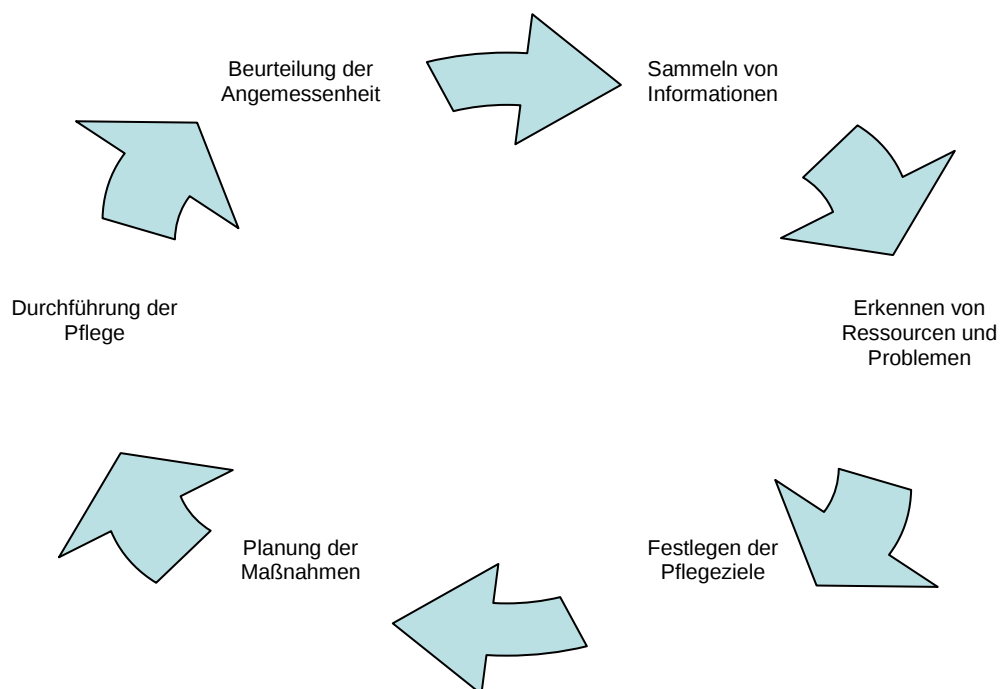


Abbildung 3: Pflegeprozess

Der Regelkreis des Pflegeprozesses besteht aus:

- Der Regelkreis beginnt mit der Sammlung von Informationen. Nach dem Erheben der administrativen Daten wird eine Situationseinschätzung der Aktivitäten des täglichen Lebens durchgeführt.
- Das Erfassen der Probleme und Ressourcen, die für den Patienten oder Angehörigen von Bedeutung sind.
- Die Formulierung von Pflegezielen. Diese müssen realistisch, erreichbar und überprüfbar sein.
- Durch die Planung der Maßnahmen wird der Pflegeplan erstellt.
- Die Durchführung der Pflege wird mit Unterstützung von standardisierten Pflegeplänen ausgeführt.
- Die Beurteilung der Pflegewirkung wird über den Pflegebericht erreicht. (Juchli, 1983)

Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke und Matscheko (2011) entwickelten angelehnt an das 4-Phasenmodell der World Health Organization (WHO) ein Pflegeprozesspuzzle. Nach der Informationssammlung werden in der Planungsphase werden auch die Pflegediagnosen formuliert. Die Durchführung der Pflege beinhaltet auch eine Überprüfung der Zielerreichung. Als viertes Element wird die Phase des Verbesserns beschrieben.

Eine oft unterschätzte psychologische Herausforderung für OP-Pflegekräfte liegt in der relativ kurzen Zeit, in der der wache Patient mit seinen Ängsten und Bedürfnissen wahrzunehmen und zu betreuen ist. Die Durchführung einer präoperativen Pflegevisite kann als gegenseitiger Informationsaustausch und erste Begegnung verstanden werden.

PatientInnen werden über die Operation und Narkose von den jeweiligen FachärztInnen aufgeklärt. Steininger (2009) hält fest, dass PatientInnen

das Gespräch mit dem Anästhesisten am OP-Vortag als sehr beruhigend empfanden.

Durch die präoperative Pflegevisite wird ein erster Kontakt zwischen PatientIn und OP-Pflegeperson hergestellt. Der informative Gesprächsinhalt kann je nach Wunsch des/der PatientIn kurz oder umfassend gehalten werden. Jene PatientInnen, die schon mehrmals operiert wurden, kennen bereits die Abläufe.

Mittels präoperativer Pflegevisite, welche durch die diplomierte OP-Pflegeperson im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs durchgeführt wird werden Risikofaktoren wie Adipositas oder Diabetes mellitus, Bewegungseinschränkungen oder chronische Schmerzen am Bewegungsapparat, die zu Kontraindikationen oder Einschränkungen bei bestimmten Lagerungen führen können, erhoben und dokumentiert.

Dabei ist auf die psychische Situation des Patienten Rücksicht zu nehmen und das informative Gespräch dieser anzupassen. Dies ist jedoch nur bei jenen Patienten möglich, die sich bereits am Vortag in stationärer Behandlung befinden.

Besteht keine Möglichkeit einer präoperativen Visite, kann vor Beginn der Lagerung ein Gespräch mit anschließender Dokumentation zwischen Patientin/Patientin und Pflegeperson durchgeführt werden.

5.2.3 Ziel einer präoperativen Pflegevisite

Der/die PatientIn muss dem Erstkontakt bei der präoperativen Pflegevisite zustimmen.

Beim nachfolgenden Gespräch zwischen der OP-Pflegeperson oder der Anästhesie-Pflegeperson mit dem Patienten liegt das Hauptaugenmerk auf dem Informationsaustausch. Durch die persönliche Vorstellung werden der OP-Bereich und seine Abläufe für den/die PatientIn transparenter.

Die OP-Pflegeperson hat dabei die Gelegenheit, den Patienten bedarfs- und situationsgerecht über den Ablauf seines OP-Tages zu informieren. Bei Kindern ist es von Vorteil, wenn eine Bezugsperson anwesend ist und zur Informationssammlung beiträgt. Ist ein Dolmetsch zur Überwindung der Sprachbarriere erforderlich, ist eine Terminvereinbarung zielführend.

Bei Beginn des Gespräches wird die Patientenidentifizierung vorgenommen. Unter Berücksichtigung der Privatsphäre wird ein passender Gesprächsort gewählt. Die Anwesenheit von fremden Personen in Mehrbettzimmern wird als unangenehm empfunden und hemmt den Informationsaustausch.

Bereits erhobene Daten stellen den Ausgangspunkt der präoperativen Pflegevisite dar. Das nochmalige Besprechen von sicherheitsrelevanten Daten ist notwendig. Patienten sind am Tag vor einer Operation aufgeregt und erfassen die Bedeutung verschiedener Informationen oft nicht.

Das Besprechen notwendiger Verhaltensregeln, wie Entfernen von Zahnprothesen oder Schmuck, Ablegen von persönlicher Kleidung und Anlegen der bereitgestellten Kleidung sowie der Hinweis, keine fettende Hautlotion am OP-Tag zu verwenden, leiten das Gespräch ein.

Der Hinweis Hör- oder Sehhilfen in den OP-Bereich mitzunehmen um die Kommunikation zu ermöglichen, gehört ebenfalls dazu. Natürlich mit der Zusicherung, dass diese professionell und sicher aufbewahrt und nach der Operation wieder ausgehändigt werden.

Patienten stellen zu diesem Zeitpunkt (nach persönlicher Berufserfahrung der Verfasserin) erste Fragen. Die Pflegeperson wird versuchen, auf jede Frage eine auf die spezielle Situation der/des PatientIn abgestimmte Antwort zu finden. Betreffen Fragen den ärztlichen Kompetenzbereich, werden diese weitergeleitet.

In der nächsten Gesprächsphase wird auf OP-pflegerrelevante Probleme eingegangen. Anhand der Anamneseerhebung sind unter anderem bereits erfolgte Voroperationen ersichtlich. Mit der Frage wie eine etwaige vorangegangene Operation erlebt wurde, lässt sich eine vertrauensvolle Gesprächsbasis aufbauen.

Das Erheben von Bewegungseinschränkungen an Gelenken, von großflächigen Verbrennungen und Hämatome sowie Hautirritationen ist von wesentlicher Bedeutung für. Diese Informationen haben unter anderem Auswirkungen auf die OP-optimierte Lagerung oder führen zu einer Varianz der Elektrodenanbringung.

Bei Leitungsanästhesie, das heißt der /die PatientIn ist während der Operation wach, wird zur Ablenkung von unangenehmen Geräuschen Musik angeboten. Manche PatientInnen haben sich darauf vorbereitet und eigene Abspielgeräte mit der passenden Musikrichtung mit.

Der für den Patienten wichtigste Teil des Gesprächs ist die Darlegung des Ablaufs seines OP-Tages: zu welchem Zeitpunkt der Eingriff vermutlich stattfinden wird mit dem Hinweis, dass sich diese Zeitangabe verändern kann. Letzterer erhöht das Verständnis für auftretende Wartezeiten. Die zeitlich optimale Einnahme der Prämedikation wird ebenfalls besprochen.

Wichtig ist für viele Patientinnen, wer sie in den OP-Bereich bringt. Steininger (2009) beschreibt das Erleben des Transportes in den OP-Bereich als einsam und anonym. Die Autorin zeigt auf, dass sich Patienten als Personen nicht wahrgenommen fühlen und gerne eine Begleitung auf diesem Weg zur Unterhaltung oder zumindest eine bekannte Person von der Bettenstation gehabt hätten.

Durch die Anforderung einer Operation werden zusätzliche Tätigkeiten wie eine Haarentfernung, Legen eines Blasenkatheters festgelegt und mit dem/der PatientIn besprochen.

Während der präoperativen Pflegevisite ist die Informationsintensität und die Gesprächsgeschwindigkeit an die psychische Situation des/der PatientIn anzupassen. Äußerungen über Angst vor dem Eingriff müssen ernst genommen und nicht abgetan werden. Ein Ansprechen und Konkretisieren der Angst wirkt entlastend auf Patienten.

Die erhobenen Informationen werden nachvollziehbar und allgemein verständlich verschriftlicht. Das Festhalten von Information in Schlagwörtern ist missverständlich und kontraproduktiv. Die Absicht der Pflegehandlung muss für alle Pflegepersonen nachvollziehbar sein.

Pflegeprobleme, die eine Abweichung der Pflegestandards im OP-Bereich erfordern, müssen in der OP-Dokumentation ersichtlich gemacht werden.

Die postoperative Pflegevisite dient zur Überprüfung der vereinbarten Ziele.

5.2.4 Medienmanagement und Medienpräsenz

Patienten die vor einem Krankenhausaufenthalt stehen, versuchen auf verschiedene Wege Informationen zu erhalten. Zum einen werden Informationen über Behandlungsalternativen gesucht und zum anderen werden Informationen über Behandlungskompetenz der Einrichtungen eingeholt. Krankenhäuser präsentieren sich zunehmend über Internetauftritte der Öffentlichkeit.

Die Vorinformationen über Räumlichkeiten, Abläufe, Personen und Service unterstützen den/die PatientIn in ihrer Auswahl des für sie am besten geeigneten Krankenhauses. So beschreibt Steininger (2009), dass die Auswahl der Institution entweder mit der ärztlichen Kompetenz oder mit dem Ansehen einer Institution verbunden ist. Der Hinweis auf den OP-Bereich ist bis auf wenige Einzelfälle nicht existent. Der OP-Bereich ist für Patienten im Hinblick auf die Pflegesituation und die Pflegebedingungen

von essentiellern Interesse. Recherchen ergaben, dass einige Krankenhäuser den OP-Bereich medienwirksam mit Fotos der Räumlichkeiten (OP-Vorraum, Einschleuse, OP-Raum) und detaillierten Ablaufbeschreibung positionieren.

Eine geplante Operation löst bei Patienten verschiedene Ängste aus. Bei ausgeprägten Angstzuständen ist eine Unterstützung durch das psychologische Team erforderlich.

5.2.5 Temperaturmanagement

Die als angenehm empfundene Körpertemperatur der/des PatientIn ist im Operationsbereich durch verschiedene Einfluss-Faktoren beeinträchtigt. Inaktivität infolge sedierender Prämedikation führt zu einer veränderten Stoffwechselrate. Hinzu kommen niedrige Umgebungstemperaturen, kalte Infusions- und Spüllösungen und nicht temperaturangepasste Kleidung mit einem Spitalshemd.

Ein Absinken der Kerntemperatur führt zu Hypothermie und Minderdurchblutung des Gewebes. Die perioperative Temperaturregelung erfolgt mit Hilfe von Patientenwärmesystemen, die oberhalb oder unterhalb des Körpers Anwendung finden.

Die geeignete Wärmesystemauswahl wird nach Art und Dauer des geplanten Eingriffes von der Anästhesie- oder OP-Pflegekraft abgestimmt.

Als angenehm empfanden Patienten während der Wartezeit im OP-Vorraum das Zudecken mit warmen Tüchern. Bei längeren Wartezeiten im Operationsbereich wurde auf das Temperaturempfinden von Seiten der Pflegekräfte nicht mehr reagiert (Steininger, 2009).

5.2.6 Decubitusprävention

Aufgrund der Tatsache, dass der Patient während der Operation in narkotisiertem Zustand ist und seine Position nicht selbstständig verändern kann, muss auf die Vermeidung von Druckulcera infolge von Minderdurchblutung durch erhöhten Auflagedruck und Scherkräften erhöhte Aufmerksamkeit gelegt werden. Der Auflagedruck des Körpers am OP-Tisch beträgt 70 mmHg, dem gegenüber steht der Druck im Kapillarsystem von 17-25 mmHg. Ein Überschreiten des Auflagedrucks von 35 mmHg ist kontraindiziert. Mit Gelmatten oder Anti-Dekubitusmatten kann die Differenz und damit das Risiko eines Dekubitus abgebaut werden. (Straub, 2009)

Scherkräfte entstehen, wenn die Lage des Patienten während der Operation verändert wird und dabei Hautschichten gegeneinander verschoben werden. Umlagerungsmatten oder Tücher können zur Vermeidung solcher Probleme eingesetzt werden.

Um das Dekubitalrisiko eines Patienten einschätzen zu können werden Skalen verwendet. Eine zur Zeit gängige Skala ist die erweiterte Norton-Skala von Christel Bienstein (Deutschland 1985). Mit ihrer Hilfe wird eine Risikoeinschätzung vorgenommen. Das Pflegepersonal im OP kann anhand der Werte geeignete Maßnahmen treffen.

Auch die Dauer der Operation ist zu berücksichtigen, da Lagerungsschäden bereits nach zwei Stunden mit erhöhtem Auflagedruck entstehen können.

Druckschäden, die während einer Operation entstehen, entwickeln sich häufig erst im Zeitraum von zwei Tagen zum Vollbild eines Dekubitus.

Druckschäden heilen meist im Verlauf von zwei Wochen ab, vorausgesetzt es treten keine Wundheilungsstörungen auf. Je nach Größe und Lokalisation des betroffenen Hautareals, sowie Heilungserfolg ist mit einer verlängerten Aufenthaltsdauer und erhöhtem Pflegeaufwand zu rechnen.

5.2.7 Operationslagerung

Eine angemessene Lagerung ergibt sich aus der beabsichtigten Operation und ist mittels Standards erfassbar. Die Erstellung von Lagerungsstandards erfolgt nach ONR 116090. Adaptierungen sind nur so weit zulässig als dadurch die Qualitätsanforderungen nicht beeinträchtigt werden. Als sinnvoll scheint es, die Aufzählung der möglichen Lagerungsbehelfe auf vorhandene und verwendete Hilfsmittel zu reduzieren. Auch die Zusammenarbeit mit dem Hygienereferat ist sinnvoll um geeignete Desinfektionsverfahren der Lagerungshilfsmittel zu besprechen. Die Anwender profitieren durch Übersichtlichkeit und werden nicht verunsichert, um zum Beispiel ein Lagerungshilfsmittel zu suchen welches nicht vorrätig ist.

Jeder Lagerungsstandard wird vom ärztlichen Abteilungsvorstand auf Richtigkeit geprüft und für gültig erklärt. Ist die Lagerung nach Standard aufgrund der persönlichen Bedürfnisse des Patienten nicht möglich, ist mit zusätzlichen Lagerungshilfsmitteln eine Annäherung herbeizuführen.

Der/die OperationsassistentIn bereitet sich mit Hilfe der OP-Pflegekraft, dem Operationsplan und der präoperativen Pflegevisite auf die erforderliche Lagerung vor. Der Patient wird unter Wahrung seiner Intimsphäre erst nach der Narkoseeinleitung in die eingriffsoptimierte Position gebracht. Deshalb ist großer Wert auf korrekte und fundierte Lagerung zu legen, da es durch den herabgesetzten oder fehlenden Muskeltonus und unbedachte Bewegungen oder Lagerung zu Schäden am Patienten kommen kann.

Die Durchführung erfolgt durch die/den OperationsassistentIn und unter Aufsicht der OP-Pflege nach Anweisung des Operateurs. Die OP-Pflege hat somit die Durchführungsverantwortung der ärztlichen Anweisung zu tragen.

Die Lagerung hat mit allen erforderlichen Lagerungshilfsmitteln zu erfolgen. Im Standard (Lagerungsstandard ONR 116090) sind Hilfsmittel

angeführt, die jedem Patienten in gleicher Verwendung zukommen, wie Gelmatten, Knierolle, Kopfschale und Gelkissen für Extremitäten. Sind weitere Lagerungshilfsmittel notwendig, um die persönlichen Bedürfnisse des Patienten zu erfüllen, ist das unter Angabe der Begründung in der Pflegedokumentation zu vermerken.

Standardisierte Lagerungen müssen in der Pflegedokumentation nicht ausführlich beschrieben werden. Es genügt der Hinweis nach welchem Standard gelagert wird. Die Kontrolle der korrekten Lagerung erfolgt multidisziplinär von OP-Pflege, Anästhesist und Operateur. Letzterer muss unbedingt vor dem Anbringen der sterilen Abdeckung die Lagerung überprüfen, um nachträgliche Korrekturen zu vermeiden beziehungsweise eine notwendig gewordene Veränderung der Patientenlagerung fachlich korrekt durchführen zu lassen.

Die Lagerung wird vom Anästhesisten auf mögliche Einschränkung oder Bedrohung der Vitalfunktionen des Patienten überprüft und gegebenenfalls korrigiert.

Die OP-Pflegeperson kann weitere Maßnahmen zur Vermeidung von Hautschäden durch erhöhten Auflagedruck setzen. Der/die OperationsassistentIn überprüft die korrekte Lage der Neutralen Elektrode.

Wenn keine weiteren Maßnahmen bezüglich Lagerung notwendig sind, können die Vorbereitungen für die geplante Operation erfolgen.

Fixationsgurte dienen zur Sicherung der Extremitäten vor einem unbeabsichtigten Herausrutschen aus Lagerungsschalen. Sie dürfen allerdings niemals zu straff angelegt werden.

Ebenso ist auf eine Vermeidung von Nervenläsionen durch zu straffe ungepolsterte Fixationsgurte und Zerrung der Extremitäten zu achten. Eine physiologische Lagerung ist anzustreben. Gelenke dürfen nicht überstreckt gelagert werden, zudem ist auf eine durchgehende gepolsterte und unterstützte Lagerung zu achten.

Nervenläsionen oder Hämatome können auch durch Abstützen der Assistenten oder des Operateurs an den Oberschenkeln oder dem Brustkorb des Patienten auftreten. Der Patient äußert Schmerzen oft erst nach einigen Tagen, wodurch die Ursache schwer nachvollziehbar wird.

5.2.8 Latexunverträglichkeit

Zur Vervollständigung der Faktoren die die Sicherheit im OP sei die Latexunverträglichkeit erwähnt. Unverträglichkeitsreaktionen entstehen bereits 5–30 min nach der Kontaktaufnahme, Auslöser ist Naturlatex. Zusätzlich besteht die Wahrscheinlichkeit von Reaktionen bei bekannter Allergie auf Bananen, Walnüsse, Marillen oder Pfirsichen (Debrand-Passard, 2003, S.129). Synthetisches Latex löst bei bekannten Allergikern keine Reaktion aus.

Richtlinien für die Pflege von Personen mit Latexunverträglichkeit sollten in jedem Behandlungsbereich eines Krankenhauses aufliegen. Eine detaillierte Listung der vorrätigen und verwendeten latexfreien sowie der latexhaltigen Produkte (Leukoplast S®), inklusive Aufbewahrungsort reduziert Verunsicherungen und vermeidet Zeitverlust durch langwieriges Nachforschen. Dazu gehört eine deutlich sichtbare Markierung des dekontaminierten maximal allergenreduzierten Raumes.

Mittlerweile werden latexfreie Produkte in allen OP-relevanten Bereichen, inklusive Verschlüssen von Infusionsbehältern angeboten. Aus Berufspraktischer Erfahrung ist eine konsequente und dauerhafte Umstellung der Produkte (wie: Beatmungsschläuche, Einmalhandschuhe, Guedeltuben, Dauerkatheter, etc.) zur Risikominimierung von Vorteil.

So kann unkompliziert und sicher auf die Meldung von Eingriffen bei PatientInnen mit Latexunverträglichkeit reagiert werden. Aufwändige Dekontaminationsverfahren werden dadurch minimiert.

Latexunverträglichkeit betrifft selbstverständlich alle Personengruppen – auch Mitarbeiter. Die Unverträglichkeitsreaktion verstärkt sich bei jedem Kontakt mit latexhaltigen Produkten, insofern ist auf Kontaktekzem bei Mitarbeitern zu achten. Maßnahmen sind zu treffen. Durch Manipulation von latexhaltigen Produkten, vor allem beim An- und Ausziehen medizinischer Handschuhe, werden latexhaltige Partikel aufgewirbelt und gehen im gesamten OP-Raum als kontaminierter Niederschlag nieder. Die Unverträglichkeitsreaktionen beginnen bei Hautsymptomen und können sich auch ohne direkten Kontakt ausbreiten. Sie können bei wiederholtem Kontakt bis zum ausgeprägten anaphylaktischem Schock führen.

6 Personalrekrutierung

6.1 Anforderung an die Kompetenz von OP-Pflegepersonen

Eine zusätzliche Herausforderung an Interessenten sind sicher auch Kompetenzanforderungen in Stellenausschreibungen. Sie reichen in der Fachkompetenz von ökonomischem Denken über Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Sicherung der Pflegequalität, in der Methodenkompetenz von Problemlösungsfähigkeit zu Organisations- und Entscheidungsfähigkeit um situations- und verantwortungsbewusst handeln zu können. Das Anforderungsprofil wird mit Kommunikations-, Kooperations- und Konfliktfähigkeit, mit Stresstabilität, hohem Verantwortungsbewusstsein und der Fähigkeit zur Selbstreflexion abgerundet.

Die Anforderungen an OP-Pflegekräfte sind vielfältig und nicht aus jeder Stellenbeschreibung ableitbar.

Die Gliederung in eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich ist in Stellenbeschreibungen nicht ersichtlich.

Auszug einer Stellenbeschreibung für Pflegepersonen in Operationseinheiten (Hanusch Krankenhaus, Wiener Gebietskrankenkasse, 1999):

- Bereitstellen und Überprüfen von medizinischen Apparaturen.
- Beobachtung und Beurteilung des psychischen und physischen Zustands des Patienten und der sich daraus ergebende „fachliche“ Begleitung.
- Vorbereitung des Patienten zur Operation und Kontrolle der Lagerung
- Überwachung und laufende Überprüfung der Notfalleinrichtungen auf ihre Funktionstüchtigkeit.
- Mitsprache bei der Beschaffung von Pflegebehelfen nach den neuesten ergonomischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.
- Führung von Operationsdokumentation sowie Statistiken und Kontrolljournale.

Im GuKG §21 wird als zentraler Tätigkeitsbereich das Instrumentieren aller operativen Fachbereiche angeführt. Die prä- und postoperative Betreuung des Patienten steht hingegen erst an vierter Stelle. Diese Reihung wird von Pflegekräften jedoch nicht bestätigt. Sie klagen zunehmend über nicht ausreichend zur Verfügung stehende Zeitkapazitäten zur Patientenbetreuung, welche sie als besonders wertvoll und als wesentliche „Aufgabe“ empfinden (Busse 2011).

Zunehmend können Planstellen im OP nicht nachbesetzt werden, wodurch es zu einer steigenden Arbeitsbelastung der einzelnen Pflege-Personen oder zu Leistungseinschränkungen der jeweiligen Institutionen kommt. In der Bundesrepublik Deutschland berichten 45,93% der Krankenhäuser über Probleme mit der Stellenbesetzung in der OP-Pflege, während nur 20,74% über Probleme bei der Stellenbesetzung der Anästhesiepflege berichten (Busse 2011).

Die Maßnahmen zur Stellenbesetzung reichen von Stellenangeboten (67,4%) in Tageszeitungen oder Fachzeitungen, von interner Personalentwicklung (68,9%) über Internetportale (54,1%) bis zu sonstigen Netzwerken wie z.B. Ausbildungsstellen. Eine untergeordnete Rolle auf der Suche nach geeignetem OP-Pflegepersonal hat Headhunting (Busse 2009). Dieses ist insofern umstritten, da durch das gezielte Abwerben einer Fachkraft eine Lücke im Unternehmen entsteht und damit das Unternehmensimage negativ geprägt werden kann (Reuschenbach 2004).

Die Ergebnisse des OP-Barometers 2011 (Busse, 2012) zeigen, dass die Bereitschaft zur Ausübung von Spezialaufgaben im OP weiter an Attraktivität verliert. Als Gründe werden von derzeit tätigen Pflegekräften die mangelnde Wertschätzung ihrer Arbeit, zu wenig Weiterbildungsmöglichkeiten, häufige Überstundenleistung, schlechte Organisationsstrukturen und die immer noch bestehende, „starre“ Hierarchien im ärztlichen Dienst angeführt (Busse 2012).

6.2 Zufriedenheit in der Berufsgruppe

Eine abermalige Entscheidung zum Beruf einer OP-Pflegekraft wurde von über der Hälfte der Befragten als negativ beantwortet, woran die Ablehnungsquote bei im Fach Weitergebildeten und lange im Beruf stehenden Mitarbeitern einen hohen Anteil hatte. Dadurch wird die

Weitergabe von Wissen und Kompetenz an neue Mitarbeiter erschwert. Die Motivation von jungen Pflegekräften, im Spezialbereich zu arbeiten, schwindet (Busse 2011). Diese Tendenz wurde durch Klafl (2012) bei einer österreichweiten Umfrage unter Pflegekräften in Krankenhäusern nicht bestätigt. Laut dieser Studie liegt der Anteil jener Personen die den Pflegeberuf wieder ergreifen würden bei 59,4%. Nur 7,6% der Pflegekräfte würden ihren Beruf nicht mehr ergreifen. Allerdings ist in dieser Studie keine Arbeitsplatzzuordnung erkennbar, wodurch dann doch die Möglichkeit besteht, dass OP-Pflegekräfte in Österreich eine ähnliche Einstellung, wie die Kollegen der Bundesrepublik Deutschland, haben. Besonders jüngere Mitarbeiter führen die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf als erhöhte Arbeitsbelastung an.

6.3 Ausbildungsverordnung

Die Veränderung der Ausbildungsverordnung in der Krankenpflege wird mehr und mehr spürbar. Die Absolvierung eines verpflichtenden Praktikums in einem Spezialbereich ist nicht mehr explizit festgehalten. Auszubildende müssen einen mühsamen Weg beschreiten, um in einem Spezialbereich ihr Praktikum absolvieren zu dürfen.

6.4 Pool-Personal

Durch zunehmenden Kostendruck in der Gesundheitsversorgung decken Organisationen ihren Personalbedarf mit Mitarbeitern aus Personalpools. Nur mehr noch dadurch können Ausfallzeiten durch Krankheit oder Elternkarenz kompensiert werden.

Nach Erfüllen der Voraussetzungen

- Abgeschlossene Berufsberechtigung
- „Freiberufliche Berechtigung“ zur selbstständigen Berufsausübung

- Abschluss von Sozial-, Haftpflicht- und Unfallversicherung
 - und Abfuhr der Einkommenssteuer,
- erfolgt die Vermittlung von Pflegekräften über ein Personalvermittlungsunternehmen.

Funktionsbereiche, die dieses Personalangebot in Anspruch nehmen, haben zum Teil Einschulungskataloge erstellt, um die Versorgungsqualität der PatientInnen aufrecht erhalten zu können.

Der Vorteil für das Stammpersonal liegt darin, dass keine ungeplanten Dienste übernommen werden müssen.

7 Zugang zu Wissenserwerb für Pflegepersonen

7.1 Informationsgewinn innerhalb der Berufsgruppe

Die Informationsweitergabe ist für OP-Pflegepersonen von hohem Stellenwert und für die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit enorm wichtig. Innerhalb eines OP-Bereiches werden die technischen Angaben zu den jeweiligen Eingriffen in OP-Anleitungen strukturiert abgebildet. Der Informationsgrad der OP-Anleitung kann von der Anästhesieform, der Hautdesinfektion, dem erforderlichen Instrumentarium, der Patientenabdeckung, dem Zubehör (wie Spritzen, Nahtmaterial, Implantate) bis zu den benötigten Geräten reichen. Sind besondere Kenntnisse in der Produktanwendung erforderlich, wird ein detaillierter Anleitungshinweis angeführt.

Eigenheiten und Wünsche von Operateuren werden an einem allgemein zugänglichen Ort vermerkt.

Die Durchführung routinemäßiger Handlungen (z.B.: „Durchführung der Schleimhautdesinfektion“) wird mit erstellten und geprüften Standards erleichtert. Die Kenntnis dieser ist Voraussetzung.

Die Dienstübergabe ist strukturiert und beinhaltet Informationen über Gerätereparaturen, geplante Eingriffe am nächsten Tag und die dafür erforderliche Materialzusammenstellung.

Der Informationsfluss zwischen Funktionsbereich und Bettenstation ist ein wesentliches Element, um die Betreuungsqualität von PatientInnen gewährleisten zu können.

7.2 Pflegeprojekte im OP

Als Projektinitiative kann der Einsatz von Aromaölen im OP-Bereich gesehen werden. Ebenfalls die Umsetzung nach Kinästhetischen Grundsätzen den Patiententransfer durchzuführen.

Der Profit liegt hier vor allem in einem neuen Bewegungsbewusstsein der geschulten Pflegeperson. Kinästhetik kann in der postoperativen Bewegung der Patienten hilfreich sein. Dazu ist eine kurze Einführung, in die Ablaufänderung der Bewegung, innerhalb der präoperativen Pflegevisite möglich.

7.3 Fortbildung

Maudrey (2001) beschreibt Pflegende als an Qualitätssicherung durchaus Interessierte. Drei Viertel der Pflegepersonen die Maudrey (2001) untersucht hat, nimmt an Fortbildungen zum Thema Qualitätssicherung teil, die Bereitschaft, Freizeit dafür zu investieren ist eingestuft. Sie stellt einen engen Bezug zwischen Interesse an Qualitätssicherung und Arbeitszufriedenheit fest. In der Untersuchung von Gruber-Aigner (2010) wird ein nur rudimentäres Wissen über Risiko- und Fehlermanagement

bei Pflegepersonen festgestellt. Die Autorin führt dies auf fehlende Schulung in der Grundausbildung über das richtige Handeln bei Zwischenfällen zurück. Auch in Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen stellt die Autorin eine zu geringe Auseinandersetzung mit der Thematik fest.

8 Krisenmanagement

8.1 Haftung bei delegierten Aufträgen

Butzmann (2009, S.367) hält dazu fest, dass nur jene Verrichtungen an das Pflegepersonal delegierbar sind, die nicht aufgrund ihres Schwierigkeitsgrades, ihrer Gefährlichkeit ihrer Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen. An einem Beispiel führt der Autor aus, dass die Verabreichung von Röntgenkontrastmittel, Herzmittel und Zytostatika grundsätzlich nicht vom Pflegepersonal erfolgen darf. Ausnahmen kann es auf gut organisierten Intensivstationen und in der Anästhesie gemacht werden. Der Autor begründet diese Regelung mit einer erhöhten Medizinerpräsenz und einer dadurch verstärkten Kontrolle der Durchführung. Kahla-Witzsch und Platzer (2007) beschreiben die Verschiebung der vertikalen Arbeitsteilung hin zur Delegation als eine Übertragung von Kompetenzen an das Pflegepersonal.

Weiss-Fassbinder (2010, S.100) interpretiert den mitverantwortlichen Bereich (GuKG §15) folgendermaßen: „ Die diplomierte Pflegeperson kann grundsätzlich den Anordnungen des Arztes/Ärztin vertrauen, nur bei eindeutig erkennbaren falschen Anordnungen wird dieser Vertrauensgrundsatz durchbrochen. Eine Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten durch diplomiertes Pflegepersonal ohne entsprechende ärztliche Anordnung ist nicht zulässig, auch dann nicht, wenn nach

Einschätzung der Pflegeperson eine ärztliche Maßnahme erforderlich wäre.“

Das (damalige) Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen führte per Erlass vom 14.02.2001, Folgendes zur Anordnung von Turnusärzte/innen an Pflegepersonen aus: „ Im Rahmen der allgemeinen zivil- und strafrechtlichen Haftung haftet aber das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in jenen Fällen, in denen die Fehlerhaftigkeit der Anordnung aufgefallen ist oder offensichtlich hätte auffallen müssen.“ (Weiss-Fassbinder, 2010, S.99f.)

Im Gegensatz dazu steht natürlich ein immer höher werdender Anspruch von Seiten der Patienten ihre Wünsche und Vorstellungen durchzusetzen. Es soll dabei jedoch unter allen Umständen vermieden werden, dass auf Drängen oder Verlangen von Patientinnen Kompromisse die die Sicherheit beeinträchtigen eingegangen werden.

8.2 Debriefing

Mit einer Zwischenfallanalyse wird ein belastendes Ereignis interdisziplinär bearbeitet. Im Vordergrund steht der Austausch von Erfahrungen und Wissen.

Paula (2007) gliedert diesen Prozess in zwei Phasen. Die erste Phase wird durch die Aufarbeitung der Geschehnisse geprägt. Eine Ursachenforschung ist das Hauptziel – die „ naming, shaming and blaming“ Einstellung ist nicht nur unerheblich sondern kontraproduktiv.

Paula (2007) weist darauf hin, dass eine Zwischenfallanalyse kein Tribunal ist, viel eher soll eine angenehme Atmosphäre einen partnerschaftlichen Dialog ermöglichen. Den Zeitpunkt dieser Besprechung sieht der Autor möglichst zeitnahe, er sieht jedoch eine unmittelbare Nachbesprechung als meist nicht zielführend. Er begründet

das mit der Notwendigkeit, dass Zeitressourcen die für die Patientenversorgung, Fertigstellung erforderlicher Dokumentation und Verständigung von Vorgesetzten vorgesehen waren, nicht zusätzlich beansprucht werden sollten. Außerdem muss die emotionale Belastung der Mitarbeiter durch einen Zwischenfall beachtet werden. Ein verspätet angesetzter Termin für die Nachbesprechung, lässt wichtige Fakten vergessen oder Fakten werden in der Erinnerung verzerrt abgebildet. Aus diesem Grund wird Mitarbeitern empfohlen ein persönliches Gedächtnisprotokoll anzufertigen.

In der zweiten Phase werden die Erkenntnisse der ersten Phase zu Lösungsvorschlägen umformuliert. Die Besprechung kann in einem angemessenen Zeitabstand durchgeführt werden. In dieser Zeitspanne haben beteiligte Personen die Möglichkeit, zusätzliche Informationen für produktive Lösungsvorschläge einzuholen.

Nach Zwischenfällen ist die psychische Situation der involvierten Mitarbeiter an erster Stelle. Je nachdem wie belastend eine unerwünschte Situation erlebt wurde, sollten die betroffenen Mitarbeiter psychologisch unterstützt werden.

8.3 Fehlermeldesysteme

Meldesysteme die Systemschwächen oder belastende Ereignisse aufzeigen, haben ihren Ursprung in der Luftfahrt. Für die Verwendung in der Gesundheitsversorgung war die Entwicklung des Critical incident reporting system (CIRS) an der Anästhesieabteilung am Kantonsspital Basel maßgeblich (Paula, 2007). Schwere Zwischenfälle und Komplikationen (Adverse Events) sind relativ selten. Der Versuch, die Systemsicherheit durch die akribische Analyse von seltenen Einzel-Ereignissen verbessern zu wollen, wird von Kaufmann, Staender und Scheidegger (2005, S.155) kritisch betrachtet. Die Erfassung von Critical Incidents, die eine Vorstufe zu Adverse Events darstellen, stellt für die

Autoren eine viel größere und fundiertere Basis für die Bemühungen die Systemsicherheit zu verbessern, dar.

Das *interne incident reporting* ist eine effektive Grundform des Informationsaustausches und vor allem kostenfrei. Der Austausch von Informationen über Probleme oder Situationen mit Gefahrenpotenzial erfolgt im Rahmen von Teambesprechungen (Paula, 2007). Die Informationsweitergabe kann durch Protokollierung und Archivierung oder allgemein zugänglichen Aushang der wichtigen Information erfolgen.

8.4 Profit von Fehlervermeidungsstrategien

Die Darstellung der grundlegenden Strategien des Risikomanagements von Paula (2007) zeigt die wichtigsten Faktoren die Sicherheit im Gesundheitswesen ermöglichen.

Sicherheit als „Unternehmensziel“ definieren

Interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern

Chaos vermeiden

Hierarchiebarrieren abbauen

Einheitliche Arbeitsabläufe einführen

Redundanzen schaffen

Human factors einplanen

Eventuelle Risiken erfassen

Incident Reports austauschen

Traditionen kritisch überdenken

II Empirischer Teil

9 Gütekriterien

9.1 Klassische Gütekriterien

Gütekriterien sind ein Maßstab zur Messung der Qualität von Forschungsergebnissen. Die klassischen Gütekriterien entstammen der quantitativen Forschung und beinhalten folgende Merkmale:

- Objektivität - Ergebnisse sind frei von beeinflussenden Faktoren
- Reliabilität - Reproduzierbarkeit ist mit gleichbleibendem Ergebnis gegeben.
- Validität - es wurde genau das gemessen, was gemessen werden soll.

Für eine Beurteilung in der qualitativen Forschung können diese Kriterien nicht übertragen werden. Von VertreterInnen qualitativer Forschung wurden eigene Kriterien entwickelt, die zur Beurteilung von qualitativen Forschungsarbeiten Anwendung finden (Mayer, 2002).

9.2 Spezifische Gütekriterien

Die folgende Zusammenfassung von Wiesinger (2004) beschreibt die von Mayring definierten Gütekriterien qualitativer Forschung:

1. Verfahrensdokumentation

„Meist werden spezielle Methoden für diesen Gegenstand entwickelt oder differenziert. Dieser Vorgang muss bis ins Detail dokumentiert werden, um den Forschungsprozess für andere nachvollziehbar werden zu lassen.

Dies betrifft die Explikation des Vorverständnisses, die Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, die Durchführung und die Auswertung der Datenerhebung.

2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Interpretationen spielen in qualitativ orientierten Ansätzen eine entscheidende Rolle. Sie lassen sich allerdings nicht beweisen. Deshalb gilt die Regel, dass sie argumentativ begründet werden müssen.

Das Vorverständnis der jeweiligen Interpretation muss adäquat sein, nur so wird die Deutung sinnvoll theoriegeleitet.

Die Interpretation muss in sich schlüssig sein. Wo Brüche sind, müssen diese erklärt werden.

Suche nach und Überprüfung von Alternativdeutungen. Die Widerlegung von "Negativfällen" kann ein wichtiges Argument für die Geltungsbegründung von Interpretationen darstellen.

3. Regelgeleitetheit

Bei Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand und Bereitschaft, gegebenenfalls vorgeplante Analyseschritte zu modifizieren, darf kein völlig unsystematisches Vorgehen resultieren. Qualitative Forschung muss sich an bestimmte Verfahrensregeln halten und das Material systematisch bearbeiten. Es gilt jedoch: Keine Regel ohne Ausnahme! Aber ohne Regeln wird qualitative Forschung wertlos bleiben.

4. Nähe zum Gegenstand

Die Nähe zum Gegenstand wird vor allem dadurch erreicht, dass man möglichst nahe an der Alltagswelt der beforschten Subjekte anknüpft. Inwieweit dies gelingt, stellt ein wichtiges Gütekriterium dar. Gelingt es, eine Interessensübereinstimmung mit den Beforschten zu erreichen? Qualitative Forschung will an konkreten sozialen Problemen ansetzen, will Forschung für die Betroffenen machen und ein offenes, gleichberechtigtes

Verhältnis herstellen. Im Nachhinein sollte nochmals überprüft werden, inwieweit das gelungen ist.

5. Kommunikative Validierung

Die Gültigkeit der Ergebnisse, der Interpretationen kann man auch dadurch überprüfen, indem man sie den Beforschten nochmals vorlegt und mit ihnen diskutiert. Wenn sie sich in den Analyseergebnissen wiederfinden, kann das ein wichtiges Argument zur Absicherung der Ergebnisse sein. In qualitativer Forschung sind die "Versuchspersonen" nicht nur Datenlieferanten, sondern denkende Subjekte wie die Forscher auch. Aus dem Dialog mit ihnen kann der Forscher wichtige Argumente zur Relevanz der Ergebnisse gewinnen - vor allem, was die Absicherung der Rekonstruktion subjektiver Bedeutungen angeht.

6. Triangulation

Triangulation meint, dass man versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu entwerfen und die Ergebnisse zu vergleichen. Dabei ist es nicht das Ziel, völlige Übereinstimmung zu erreichen. Aber die Ergebnisse der verschiedenen Perspektiven können miteinander verglichen werden, Stärken und Schwächen der jeweiligen Analysewege können aufgezeigt und schließlich zu einem Kaleidoskopartigen Bild zusammengesetzt werden. Natürlich sind auch Vergleiche qualitativer und quantitativer Analysen möglich und sinnvoll.“

10 Methodisches Vorgehen

Da das subjektive Erleben der Arbeit von Pflegepersonen im OP untersucht werden soll, wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Der Schwerpunkt liegt im Konkretisieren der Handlungen von Pflegepersonen, die die Sicherheit der Patient/innen und aller beteiligten Personen im OP gewährleisten soll. Ebenso soll die Wertigkeit von erfahrener Wertschätzung im intraoperativen Prozess untersucht werden. Das Interview ist am ehesten geeignet, um möglichst offen und flexibel an den Untersuchungsgegenstand heranzutreten (Mayer, 2007). Durch das qualitative Verfahren hat der Interviewer die Möglichkeit, seine Frage individuell an den Befragten anpassen zu können und das inhaltliche Verständnis zu verstärken.

Im Rahmen meiner qualitativen Untersuchung über „Sicherheit im OP - Position, Aufgabe und Herausforderung für Pflegepersonen“ wurden insgesamt 10 Interviews mit OP-Pflegepersonen aus dem Praxisalltag geführt. Theoretisches Hintergrundwissen wurde nicht vorausgesetzt.

10.1 Fragestellung und Ziel

In der vorhandenen Literatur wird das Sicherheitsbewusstsein der ÄrztInnen eingehend behandelt. Es konnte aber nur in einer deutschsprachigen Arbeit der Bezug zwischen Patientensicherheit und Pflegepersonen gefunden werden (Steininger 2009). Die Autorin fasst ihre Ergebnisse mit dem Schluss, dass OP-Pflegepersonen ihren Schwerpunkt im präoperativen Caring legen müssen, zusammen.

Die Untersuchung von Kraßnig (2010) beschäftigt sich ausführlich mit dem „Umgang von Fehlern in der Pflege“. Er kommt zu dem Schluss, dass die Erwartungen an Pflegepersonen durch den Leistungsdruck von Seiten der Gesellschaft, aber auch der Organisation auf ein fehlerfreies Arbeiten berufsimmanent sind. Ob diese Einstellung aufgrund eines ausgeprägten

Sicherheitsbewusstseins oder des Strebens nach Fehlerfreiheit den Zweck nach Anerkennung im Team verfolgt, ist nicht erkennbar.

Alfredsdottir und Bjornsdottir (2007) kommen zu dem Ergebnis, dass OP-Pflegepersonen ein gemeinsames Verständnis für den Kern ihrer Arbeit haben. Die interviewten Personen erachten ihre Arbeit zur Verbesserung der Patientensicherheit als wertvoll.

Der Tätigkeitsbereich von Pflegepersonen erstreckt sich nicht nur auf eigenverantwortliche pflegerelevante Entscheidungen oder die vom Arzt delegierte Ausführung von Tätigkeiten. Er ist vor allem ein unverzichtbares Bindeglied in der Kommunikation des Patienten mit den Vertretern der Medizin. Besonders im OP-Betrieb muss die Zusammenarbeit zwischen Vertreter/innen der Medizin und Vertreter/innen der Pflege verantwortungsbewusst und in guter Kommunikation erfolgen.

Risikomanagement bedeutet das Zusammenspiel aller Berufsgruppen.

Pflegediagnosen, die im stationären Bereich erhoben werden, werden im OP-Bereich nicht übernommen. Der Fokus von OP-Pflegepersonen liegt vielmehr in der neuerlichen Abfrage von bereits erhobenen und überprüfbaren Daten. Es liegt die Vermutung nahe, dass Pflegepersonen, die im OP tätig sind, die pflegerelevante Problematik nicht mehr erkennen und sich abseits der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse sehen.

Es ist jedoch nicht Ziel dieser Arbeit, den Berufsstand der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson im Operationsbereich zu diskreditieren, vielmehr soll das Tätigkeitsfeld mit dem direkten Bezug zwischen Ausbildung, Wissen und Patientenbedürfnissen analysiert werden.

10.2 Datenerhebung

Um die Hypothese einer unterschiedlichen Begriffsauffassung von Sicherheit bei OP-Pflegepersonen und OP-Pflegepersonen der mittleren Ebene herausarbeiten zu können, wurde eine Verteilung der Interviewpartner von 4:1 angestrebt. Um spezifische Besonderheiten eines Krankenhauses zu vermeiden wurde eine Verteilung der InterviewpartnerInnen angestrebt. Die TeilnehmerInnen sollten aus öffentlichen und privaten Organisationen sowie in verschiedenen Bundesländern ihre Tätigkeit als OP-Pflegeperson aktiv ausüben.

Dadurch sollten weder eine Bewertung noch Rückschlüsse auf Qualitätsmerkmale der chirurgisch tätigen Abteilungen herausgearbeitet werden.

Ebenso wurde darauf geachtet, dass die InterviewpartnerInnen außerhalb der Machthierarchie des Tätigkeitsfeldes der Verfasserin stehen um Rollenkonflikte zu vermeiden (Mayer, 2007).

10.2.1 Kontaktaufnahme

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte durch Vermittlung von Pflegepersonen mittels des persönlichen Netzwerkes OP und mit Hilfe einer Ausbildungsakademie. Der Leitung letzterer wurde das Konzept der Untersuchung und die Rahmenbedingungen einer Teilnahme am Interview elektronisch übermittelt.

Die Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch, wobei ein konkreter Interviewtermin vereinbart wurde. Die Interviewpartner konnten den Termin und den Ort frei wählen. Lediglich bei einer Teilnehmerin kam es immer wieder zu Terminverschiebungen, wodurch letztlich von der Durchführung des Interviews Abstand genommen werden musste.

Aufgrund der Auswahlkriterien konnten insgesamt 10 InterviewteilnehmerInnen gewonnen werden, in der Teilnehmergruppe befand sich eine männliche OP-Pflegeperson.

Der Verteilungsschlüssel von OP-Pflegepersonen und OP-Pflegepersonen im mittleren Management konnte mit einem Verhältnis von 4:1 eingehalten werden.

Das durchschnittliche Alter der TeilnehmerInnen betrug 43,3 Jahre, wobei die jüngste Teilnehmerin 26 Jahre und die älteste Teilnehmerin 58 Jahre war.

Die durchschnittliche Verweildauer am Arbeitsplatz OP-Bereich war 17 Jahre, wobei hier die Varianz zwischen 3 Jahren und 31 Jahren lag.

Bis auf eine Teilnehmerin haben alle die Sonderausbildung „Pfleger im OP“ absolviert.

Eine OP-Pflegeperson hat die Sonderausbildung für Führungsaufgaben absolviert, die zweite OP-Pflegeperson die Aufgaben im mittleren Führungsbereich wahrnimmt, wird die Sonderausbildung in der nächsten Zeit beginnen.

10.2.2 Interviewleitfaden

Um das Verständnis für die Bedeutung von Sicherheit im OP analysieren zu können, wird die Datenerhebung mittels halbstandardisierten Interviewleitfaden durchgeführt. Ein Interviewleitfaden wird erstellt und dient als Hilfestellung für den Interviewer. Die Reihenfolge der Fragen ergibt sich im Interview und kann dem Gesprächsverlauf und in der Ausformulierung flexibel angepasst werden. Die Fragen werden immer offen formuliert, es wird auf einen weichen Kommunikationsstil geachtet. Die Interviewten Pflegepersonen wurden neben den Fakten der Untersuchung auch über den beruflichen Hintergrund der Interviewerin und Verfasserin informiert. Den TeilnehmerInnen wurde, als ExpertInnen mit Wissen über den Untersuchungsgegenstand, mit Empathie und Respekt im Interview gegenübergetreten. Ergänzende Zwischenfragen von beiden Seiten der Interviewpartner dienen zur Präzisierung des Gesagten und sind erwünscht.

Der Leitfaden besteht aus vier Schwerpunkten –

- Bedeutung und Anwendungsbereiche von Sicherheit von Pflegepersonen im OP
- Informationsgewinn und -weitergabe
- Arbeiten im interdisziplinären OP-Team
- Die Rolle der Pflegeperson im OP

Als Intervieweinstieg wurde die Frage nach der subjektiven Bedeutung von Sicherheit gestellt.

Der Interviewleitfaden wurde während der Erhebung nicht wesentlich verändert. Um den Gesprächsfluss beibehalten zu können, wurden Detailfragen eingefügt oder die Interviewteilnehmer zum Erzählen von Beispielen aus ihrer Berufspraxis angeregt.

Am Ende des Interviews wurden anonymisierte soziodemographische Daten über Alter, Geschlecht, Tätigkeitsbereich sowie eventuell absolvierte Sonder- und Weiterbildungen erhoben.

10.2.3 Durchführung

Die Interviewteilnehmer konnten den Ort frei wählen, vorausgesetzt ein Ort, an dem die Gesprächsaufzeichnung durchführbar und frei von Störungen war. Jede der teilnehmenden Personen entschied sich für einen Ort außerhalb des Krankenhauses.

Den Interviewteilnehmerinnen war die Berufsausbildung der Interviewerin bekannt. Zu Beginn des Interviews wurden die Absicht und der Zweck des Interviews erläutert. In dieser Gesprächssequenz wurde auch eine

Vertrauensbasis gebildet. Die Interviews waren von gegenseitigem empathischem und respektvollem Verhalten geprägt. Im Anschluss daran wurden die Rahmenbedingungen besprochen.

- Freiwillige Teilnahme am Interview
- Absolute Anonymität
- Das Recht, ohne Angabe von Gründen, einzelne Fragen nicht zu beantworten
- Jeder Teilnehmer hat das Recht, ohne Angabe von Gründen, das Interview abubrechen oder im Nachhinein seine schriftliche Einverständniserklärung zur Verwendung der gewonnenen Daten zurückzuziehen.

Alle Interviewteilnehmer stimmten einer Tonaufzeichnung während des Interviews und einer anschließenden Weiterverwendung ihrer Daten zu. Bedenken einer Interviewteilnehmerin bezüglich ihrer sprachlichen Ausdrucksweise konnten, nach einer Erklärung, dass dies nicht den Forschungsschwerpunkt darstellte, relativiert werden und stellte im Interview kein Problem dar. Zusätzlich wurden Schlagwörter notiert, um Zusatzfragen formulieren zu können. Die Anfertigung eines Gesprächsprotokolls um emotionale Reaktionen, Störfaktoren oder Besonderheiten der Interviewsituation festzuhalten (Mayer, 2007), wurde nach dem ersten Interview als nicht weiterführend betrachtet. Die Gesprächssituation war jeweils sehr entspannt.

10.2.4 Datenschutz

Nach Abschluss der Studie werden sämtliche Tondatenträger nach Transkription vernichtet, sodass keine Rückschlüsse auf teilnehmende Personen gezogen werden können. Die Transkriptionsprotokolle verbleiben in der Hand der Autorin um die Ergebnisse auch zu späteren Zeitpunkten nachvollziehbar zu machen.

Alle Mitarbeiter, die im Bereich der Datenerhebung tätig sind, verpflichten sich, den Interviewpartnern mit Respekt und Empathie entgegenzutreten. Ebenso wird mit den erhobenen Daten umgegangen, es dürfen keine groben Falschinterpretationen oder entwürdigenden Aussagen getätigt werden. Um den Interviewteilnehmer/innen absolute Anonymität versichern zu können finden die Befragungen an einem Ort nach Wunsch und in angenehmer ruhiger Atmosphäre statt.

10.2.5 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte aus dem Pflegebereich OP. Die Absolvierung der Sonderausbildung „Pflege im OP“ ist nicht Voraussetzung, allerdings eine mindestens dreijährige Berufserfahrung im OP.

10.3 Datenauswertung

Die Datenanalyse erfolgte durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Die angefertigten Tonaufnahmen stellen, in Form von systematischer Dokumente, den Gegenstand der Inhaltsanalyse dar (Mayer, 2002).

10.3.1 Aufbereitung des Datenmaterials

Die Tonaufnahmen wurden vollständig und wörtlich in normales Schriftdeutsch und unkommentiert transkribiert. Die Empfehlungen von Mayring (2010, S. 55) bezüglich der schriftlichen Gestaltung der Interviewtranskription werden berücksichtigt. Unverständliche Gesprächspassagen werden mit (... -unverständlich) markiert. Für die

Textabsätze des Interviewers wurde zu Beginn der Zeile die Abkürzung **I** für interviewte Personen die Abkürzung **B** und Nummerierung des Interviews verwendet.

Durch die Codierung ist kein Rückschluss auf die interviewte Person möglich. Die soziodemographischen Angaben werden aus dem Transkriptionsprotoll entfernt und getrennt aufbewahrt.

10.3.2 Die Technik der qualitativen Inhaltsanalyse

Mayring (2010, S. 65) fasst die für die qualitative Inhaltsanalyse stehenden drei Grundformen der Analyse, folgendermaßen zusammen:

„Die Zusammenfassung: Das Datenmaterial wird so reduziert, dass wesentliche Inhalte bestehen bleiben, durch Abstraktion wird ein überschaubares Corpus geschaffen, das immer noch ein Abbild des Grundmaterials darstellt.

Die Explikation: Einzelne Textteile werden um zusätzliches Material erweitert, um die fragliche Textstelle erläutern, erklären oder deuten zu können.

Die Strukturierung: Bei dieser Analysetechnik werden bestimmte Aspekte unter vorher festgelegten Ordnungskriterien aus dem vorhandenen Material herausgefiltert. Das gefilterte Material kann auch nach bestimmten Kriterien kategorisiert werden.“

Die erwähnten Techniken stellen voneinander unabhängige Analyseverfahren dar. Die geeignete Analysetechnik wird je nach Forschungsfrage und Material ausgewählt. Mayring (2010) differenziert die Analyseformen weiter. In der zusammenfassenden Inhaltsanalyse führt er die Möglichkeit der induktiven Kategorienbildung an. Es werden nach

einem vorher festgelegten Definitionskriterium nur bestimmte Textstellen berücksichtigt. Bei den Explikationen wird durch hermeneutische Interpretation weiteres Textmaterial zugelassen - von Mayring (2010) als *weite Kontextanalyse* beschrieben. Um fragliche Textstellen zu erläutern, wird in der *engen Kontextanalyse* auf den Textkontext zurückgegriffen. Bei der deduktiven Kategorienanwendung der Strukturierung sind Formen der formalen, inhaltlichen, typisierenden oder skalierender Strukturierung differenzierbar. Mayring (2010) versteht diese acht Analyseformen als erste Annäherung und stellt sie für die systematische Erprobung und Weiterentwicklung zur Verfügung.

Da zur Analyse des Materials das Verfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse verwendet wurde, wird näher darauf eingegangen.

Mayring (2010) beschreibt das Prinzip der zusammenfassenden Inhaltsanalyse in sieben Schritten, die bei jeder Inhaltsanalyse erneut durchlaufen werden müssen.

Bei großen Mengen an Datenmaterial empfiehlt Mayring (2010) die Anwendung der Schritte zwei bis fünf in einem Arbeitsdurchgang.

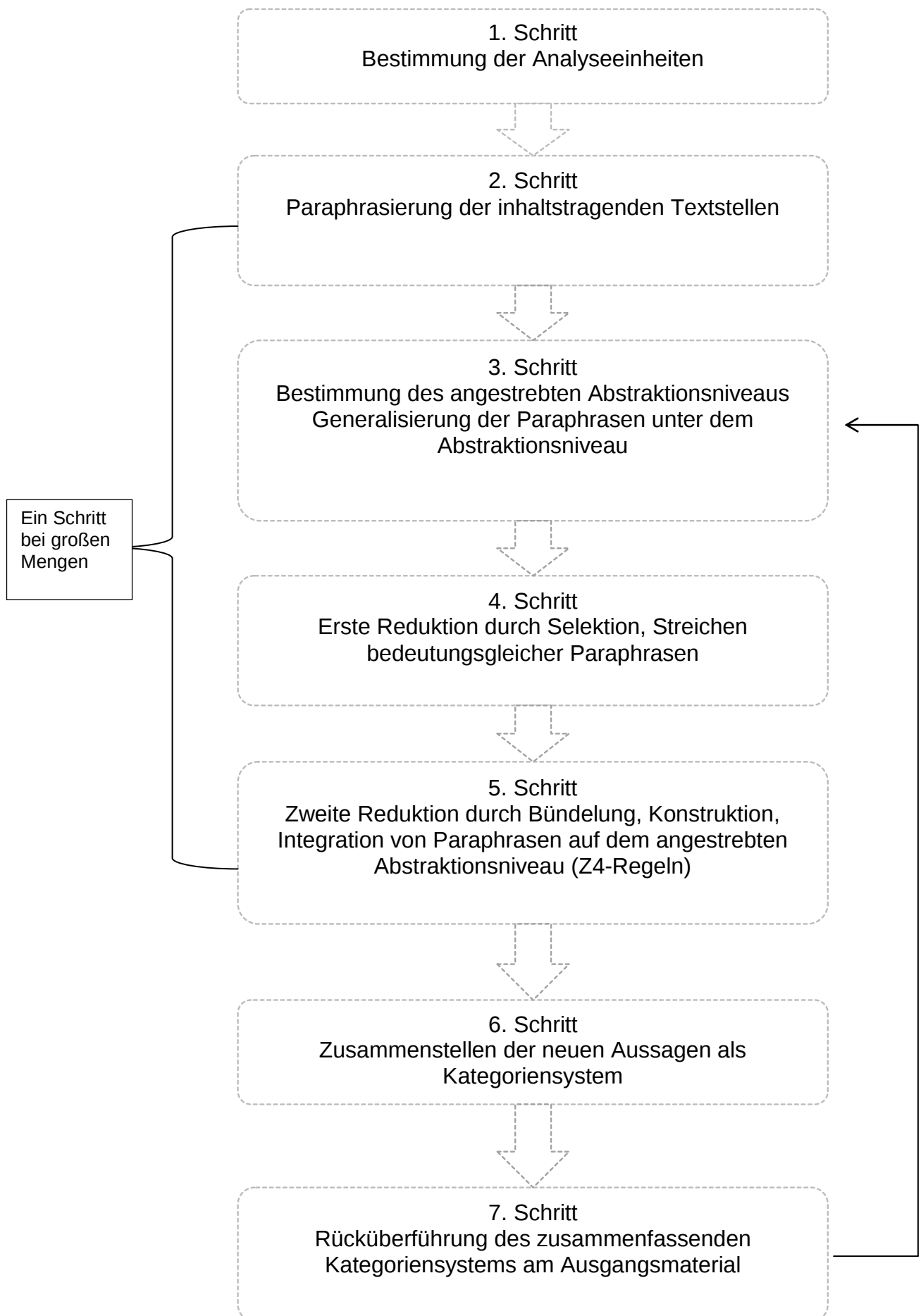


Abb. 4: Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)

1. Bestimmung der Analyseeinheit

Die Determinierung welches Datenmaterial einer Analyse zugeführt werden soll, wird festgelegt. Nach der Transkription der Interviews werden nur jene Datensätze herangezogen, die vorwiegend verständliche Textpassagen enthalten. Jene Datensätze, die vorwiegend schlecht bis gar nicht transkribiert werden können, zählen nicht zur Analyseeinheit. Das zu bearbeitende Datenmaterial entsteht durch Interviews, die von der Verfasserin mit freiwilligen OP-Pflegepersonen geführt wurden.

2. Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

Durch Paraphrasierung sollen die Textbestandteile auf eine sprachliche Ebene gebracht werden. Dabei werden ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende und nicht inhaltstragende Textbestandteile entfernt und in eine grammatikalische Kurzform transformiert.

Beispiel:

„B 3. 2: Bei meiner Arbeit im OP gilt für mich neben der Patientensicherheit auch meine Sicherheit. Es ist mir sehr wichtig, dass ich so arbeite, dass dem Patienten und auch mir nichts passieren kann.“

Kurzform nach der Paraphrasierung:

Patienten- und eigene Sicherheit sind wichtig.

3. Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus

Das Abstraktionsniveau des ersten Reduktionsdurchganges wurde auf Äußerungen, die allgemein den Arbeitsbereich von OP-Pflegepersonen beschreiben, festgelegt. Die entstandenen Paraphrasen wurden auf die gleiche Weise generalisiert.

„B 1.58:.. , dass du auch nicht den Personalschutz vernachlässigst, oder auch Formalin das ist so ein typisches Beispiel dass du dich auch selber damit schädigen kannst.“

Paraphrase: Personalschutz nicht vernachlässigen.

Generalisierung: Mitarbeiterschutz ist wichtig

4. Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen

Bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb einer Auswertungseinheit werden gestrichen.

5. Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau.

Paraphrasen mit ähnlicher Aussage werden gebündelt.

6. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

7. Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial.

10.4 Darstellung der Ergebnisse

OP-Pflegepersonen haben eine ausgeprägte Motivation ihre Tätigkeit verantwortungsvoll auszuführen und permanent zu verbessern. Die unterschiedliche Herangehensweise an verschiedene Schwerpunkte wird im Folgenden dargestellt:

- Bedeutung und Anwendungsbereiche von Sicherheit von Pflegepersonen im OP
- Informationsgewinn und Weitergabe
- Arbeiten im interdisziplinären OP-Team

- Rolle der Pflegeperson im OP

Die strukturierte Darstellung erfolgt mit der Betrachtung von Position, Aufgabe und Herausforderung der Pflegepersonen im OP-Bereich.

10.4.1 Bedeutung und Anwendungsbereiche der Sicherheit der Pflegeperson im OP

Eine allgemein gehaltene Frage zu „Sicherheit im OP“ wurde als Einstiegsfrage formuliert. Die befragten Personen reagierten vorwiegend mit der Aufzählung von Aktivitäten zur Patientensicherheit und der Begründung, warum sie das als wichtig erachten. Das Bedürfnis, alles für den Patienten zu unternehmen, um seine Sicherheit und seine Unversehrtheit zu gewährleisten, ist in allen Interviews erkennbar.

Die Vorbildwirkung von Einzelpersonen wird als gruppendynamischer Prozess beschrieben.

„Nein, ich glaub, also meine persönliche Meinung ist, dass es wie es so schön heißt „der Fisch stinkt vom Kopf“ und ich denk, dass das was man seinen Leuten vorlebt dann auch übernommen wird.“

Die Tätigkeiten werden von den Pflegekräften weniger nach ihrer Wichtigkeit gereiht, sondern eher danach in welcher Beziehung sie zum Patienten stehen. Die Aufmerksamkeit ist auf die Patientensicherheit fokussiert.

„Also ..., dass es einmal der richtige Patient ist, da fängt es mal an, es sind ja mehrere punkte die gleichzeitig hochwertig sind. Es gibt keine höherwertige oder weniger wichtig, es gehört alles zusammen. Und das mit dem Patienten, die richtige Seite, das mit den Tupfern die Zählkontrolle, dass auch die Sauger funktionieren, der Larynx Spatel und

die Materialien, die man verwendet, egal was man verwendet, ob Gerätschaften oder Instrumente.“

Eine weitere Pflegeperson formuliert ihre Antwort ähnlich. Sie stellt den Bezug ihrer Sicherheit zur Patientensicherheit dar.

„Bei meiner Arbeit im OP gilt für mich neben der Patientensicherheit auch meine Sicherheit. Es ist mir sehr wichtig, dass ich so arbeite, dass dem Patienten und auch mir nichts passieren kann. „

10.4.2 Patientensicherheit

Maßnahmen, um die Patientensicherheit zu gewährleisten, werden von OP-Pflegepersonen als Kernaufgabe wahrgenommen. Dazu zählt vor allem die Identifizierung der PatientInnen. Ihre Ausführung wird von den Pflegepersonen als wichtiger Bestandteil der Kontaktaufnahme mit dem/der PatientIn genannt. Die Überprüfung der Daten wird nicht als unangenehm empfunden. Bei Unstimmigkeiten wird nach Lösungen gesucht, um die Situation zu klären.

„ Ich find die Einführung des Identabandes ganz, ganz wesentlich. Wenn Patienten in den OP kommen, die kein Band haben. Ich kenne den Patienten ja nicht, muss bei mir eine Schwester von der Station kommen und den Patienten identifizieren.“

OP-Pflegepersonen prüfen die Übereinstimmung der OP-Einwilligungserklärung mit dem OP-Plan. Das Rollenverständnis wird als kontrollierend - zum Schutz der Patienteninteressen interpretiert.

„Ja, ich bin die letzte Instanz, die das noch kontrolliert, die letzte, die dann noch schreien kann. Als eine Patientin operiert worden ist, hat sie für

die linke Seite unterschrieben, aber rechts ist sie operiert worden. Ich bin darauf gekommen, dass sie in diesem Fall falsch unterschrieben hat. Ich bin halt die letzte Instanz, die sagt, dass etwas falsch ist.“

Durch das Abfragen der Patientendaten widersprechen Pflegepersonen nicht dem Vertrauensgrundsatz, vielmehr verstehen sie es als gegenseitige Überwachung im interdisziplinären Team. Das Vier-Augen-Prinzip bei Zählkontrollen (z.B. Tupfer) ist, wenn auch unbewusst eingeführt, eine Maßnahme, die Sicherheitsreserven schafft.

Patientenbedürfnisse werden empathisch betrachtet und individuelle Lösungsansätze formuliert.

„Es ist angenehmer wenn er ein bisschen in ein Gespräch eingebunden wird und damit abgelenkt wird. Er fühlt sich sicher aufgehoben.“

Geprägt durch ein dichtes Zeitmanagement werden Aufgaben mit einer Kosten/Nutzen Analyse betrachtet. Die Durchführung der präoperativen Pflegevisite wird diesem Verfahren unterzogen.

„Bei großen Eingriffen natürlich, bei den kleineren Eingriffen reicht es, also das kann man sich vorher aus der Krankengeschichte holen, da ist es zu kompliziert und zu zeitaufwendig.“

OP-Pflegepersonen erscheinen für die Implementierung von Veränderungsmaßnahmen sehr aufgeschlossen. Ein Großteil der interviewten Personen forderte eine höhere Sensibilisierung für Sicherheit der chirurgisch tätigen ÄrztInnen.

„Also, seit wir die Checkliste mit dem Time-out machen, das finde ich gut. Die Ärzte müssen sich jetzt auch damit auseinander setzen ob das wirklich der richtige Patient ist.“

10.4.3 Mitarbeitersicherheit

Die interviewten OP-Pflegepersonen stellen Patientensicherheit in den Vordergrund ihrer Aktivität. Mitarbeitersicherheit wird eher weniger angesprochen.

Diese Einstellung ist vermutlich auf eine Verinnerlichung von Selbstschutzmaßnahmen zurückzuführen. Die korrekte Anwendung von Schutzbrillen, Handschuhen, Schürzen, Flächen- und Händedesinfektionsmittel gehören für OP-Pflegepersonen zur Routine.

10.4.4 Informationsgewinn und Weitergabe

Um Sicherheit ermöglichen zu können wird von Pflegepersonen der Informationsaustausch als absolut notwendig erachtet. Verbal mitgeteilte Informationen werden von Pflegepersonen zumeist schriftlich festgehalten, um sie auch anderen Personen zugänglich zu machen. Die Informationsweitergabe wird als wesentliche Grundlage ihrer Tätigkeit und als Eigenschaft eines funktionierenden Teams wahrgenommen.

„Aber im Großen und Ganzen sag ich schon, dass innerhalb des Teams die Informationsweitergabe funktioniert. Auch so Sachen, dass wir uns gegenseitig Dinge aufschreiben, zu denen jeder Zugang hat.“

Um eine Vereinheitlichung von Routineabläufen zu erreichen, werden OP-Pflegepersonen von Standards begleitet. Die Verwaltung der

Informationsbank wird von OP-Pflegepersonen als selbstverständlich erachtet. Wissen wird als wertvolle Unterstützung angesehen. Um dem Pfllegeteam einen möglichst breiten Zugang von Wissen zu ermöglichen, ist entsprechendes Wissensangebot bereitzustellen. Die Möglichkeiten an angebotenen Veranstaltungen werden als zu gering beschrieben.

„ Das Problem ist das sehr wenig OP spezifische Fortbildungen angeboten werden. Somit sind wir da etwas begrenzt in unserem willen etwas zu tun, wenn es nicht viel gibt.“

OP-Pflegepersonen betrachten Fortbildungen kritisch und konzentrieren sich auf die Thematik der Vorträge.

„ Das was es an Fortbildungen gibt, könnte noch optimiert werden. Weil da kommt oft relativ wenig Information rüber und relativ viel Produktvorstellungen.“

Die Fort- und Weiterbildung wird als persönliches Anliegen formuliert. Der Informationsaustausch über absolvierte Fortbildungen, erfolgt im Rahmen von Teambesprechungen. Die Präsentation der Information vor dem Team wird als klar geregelt beschrieben und von den Mitgliedern des OP-Pfllegeteams angenommen.

„Es macht niemand alleine eine Fortbildung und hat sie dann. Aber gibt diese Information dann nicht weiter. Da kriegt jeder eine gewisse Zeit zur Verfügung wo er das dann in der Teambesprechung auch vorstellt.“

In der Kommunikation mit Pflegepersonen der Bettenstation werden mehrfach Probleme angeführt, die allerdings eher auf Kommunikationsdefizite, auf die persönliche Ebene zurückzuführen sind.

„ ... und wenn die von der Station anrufen, also bis die zum Punkt kommen.“

Sichtlich erwarten OP-Pflegepersonen in der Kommunikation mit anderen Pflegepersonen konkrete Angaben. Strukturierung der eigenen Handlungen und des Umfelds können als charakteristisch beschrieben werden.

„... und es nicht wurscht ist, wie du ein Kitpack oder eine Tasse öffnest, sondern dass es da Richtlinien gibt, die nicht jemand erfunden hat weil er so lustig war, sondern das die auch wirklich ihren Sinn haben.“

Ein weiterer Auszug:

„... es ist auch für alle selbstverständlich und das ist meiner Meinung nach viel zu wenig definiert wer ist wofür zuständig. Wer muss was organisieren, welche Abläufe gibt es da, es ist zu schwammig.

Das Gespräch mit dem Patienten vor der Operation wird als Möglichkeit eines zusätzlichen Informationsgewinns gesehen.

„Da ist eben das präoperative Gespräch, ob es jetzt am Tag vorher ist oder am OP-Tisch noch.“

Die präoperative Pflegevisite wird als geeignetes Instrument zur Herstellung einer Kommunikationsbasis mit dem/der PatientIn für OP-Pflegepersonen gesehen. Der Gesprächsinhalt ist nicht nur auf Informationsgewinn für die Pflegeperson ausgerichtet, sondern sollte auch für den/die PatientIn informativ sein. Durch die Kontaktaufnahme kann auf die Bedürfnisse des Patienten eingegangen werden. OP-Pflegepersonen ist die Wichtigkeit der Pflegevisite bewusst, aber auch der benötigte Zeitaufwand, den sie bedeutet.

Im Gespräch soll eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden. Die erforderlichen Zeitressourcen stehen nicht allen OP-Pflegepersonen zur Verfügung. Als optimaler Zeitpunkt zur Durchführung wird der OP-Vortag genannt. In dieser Zeit sind die Personalressourcen im OP jedoch reduziert, da zu diesem Zeitpunkt keine geplanten Eingriffe mehr stattfinden. Entsprechende von Personal- und Zeitressourcen um OP-spezifische Pflegetätigkeiten durchführen zu können, werden nicht in allen Organisationen bereitgestellt.

„...weil zeitweise der Arbeitsalltag es nicht zulässt, wenn wir so viel zu tun haben, dass die Zeit einfach nicht drin ist, also – Zeitfaktor. Und, -- eigentlich ist das der Hauptfaktor. Weil wir keine Zeit haben dafür. Weil so viele andere Dinge wichtig sind, die auch für die Sicherheit wichtig sind, ich kann mir dann nicht die Zeit nehmen.“

Bei Tagesaufnahmen, das heißt die stationäre Aufnahme des/der PatientIn erfolgt am gleichen Tag an dem der Eingriff geplant ist, wird die Durchführung einer präoperativen Pflegevisite als zu aufwändig beschrieben. Als Lösung wird das präoperative Kurzgespräch mit dem/der PatientIn im OP-Bereich angesehen. Die beruhigende Wirkung auf den/die PatientIn wird dabei als Hauptaufgabe der OP-Pflegeperson und somit als pflegerelevant betrachtet.

„... dass der Patient weiß, dass es so ist, wie ich es ihm gesagt habe. Er weiß was passiert. Der Patient ist ruhiger, verständnisvoller und das ist ein wesentlicher Faktor für die Pflege.“

10.4.5 Arbeiten im interdisziplinären OP-Team

Das interdisziplinäre Team im OP setzt sich aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen und Pflegepersonen mit verschiedenem Aufgabengebiet zusammen. Durch die unterschiedliche Ausbildung und die damit verknüpften Verantwortungsbereiche sind Hierarchiestrukturen notwendig. Ein Kernthema des Risikomanagements, ist der Abbau oder zumindest eine Abflachung von Hierarchiebarrieren. Paula (2007) weist darauf hin, dass dieses Vorhaben nicht mit einer Missachtung von Rangordnungen verwechselt werden darf.

Die Untersuchungen ergaben einen aufgeschlossenen und wertschätzenden Umgang innerhalb des interdisziplinären Teams. Die Beziehungen werden aber durch problematische Einzelfälle belastet.

„Einfach, wie eben in dem speziellen Fall, von dem ich schon erzählt habe, wo dann der Arzt gesagt hat, dass ist wurscht. Das ist für mich nicht gerade zufriedenstellend gewesen. Weil es hat keine Konsequenz gehabt. Außer, dass trotzdem operiert wurde.“

Entgegen den Erkenntnissen von Wachter (2010) wird die Akzeptanz von kritischen Fragen an ÄrztInnen hoch eingestuft. Das Annehmen von Vorschlägen zur Verbesserung der Situation wird als respektvoller Umgang von den OP-Pflegepersonen erlebt.

Der Zeitfaktor spielt im Operationsbereich eine enorme Rolle. Das Ziel eines organisierten OP-Managements ist die optimale Auslastung der zur Verfügung stehenden Ressourcen unter Berücksichtigung der Qualitätssicherung. OP-Pflegepersonen stehen zwischen den Interessen der Organisation und der alltäglichen Praxis, die oft genug divergieren. Die gute Zusammenarbeit mit Ärzten ist für OP-Pflegepersonen enorm wichtig.

„... ob es einen ständigen Wechsel gibt weil da gibt es schon Ressentiment zwischen den einzelnen Personen, keine Frage, ja, das gibt's und jeder der sagt das gibt es nicht der lügt. Ja. Und da ist halt wichtig wenn ein Team gut eingespielt ist, also wirklich gut miteinander arbeiten kann und auch von der persönlichen Ebene her, das ist schon ein ganz ein wesentlicher Faktor.“

Als besondere Herausforderung in der Interaktion mit ÄrztInnen werden von den OP-Pflegepersonen Situationen beschrieben, in denen sie sich ungerecht behandelt fühlen. Obwohl bewusst ist, dass der Auslöser für die emotionale Unausgeglichenheit des Chirurgen nicht in ihrem Verschulden liegt. Die Wechselwirkung von zunächst einseitiger Aggression wirkt erschwerend in der Kommunikation. Schulungen um mit dem Phänomen „unausgeglichener Mitarbeiter“ umzugehen wird im Rahmen der Sonderausbildung „Pflege im OP“ als wünschenswert geäußert.

„....Wenn ich jetzt Situationen im OP erlebe, wo der Chirurg, sozusagen ausrastet, also emotional wird, aus welchen Grund auch immer, das ist ja sekundär, ahh, und ich dazwischen bin, wie reagiere ich heute.“

Berufsgruppen übergreifende Besprechungen werden nach Krisensituationen durchgeführt. Es wird als wesentlicher Bestandteil des Sicherheitsmanagements gesehen. Die Involvierung von Pflegepersonen in das Debriefing wird als wertschätzend empfunden.

„Aber ich finde es ganz wesentlich, dass Gespräche nach Krisensituationen geführt werden und zwar mit allen die da involviert waren. Nicht mit einer Person sondern wirklich mit allen, weil in Krisensituationen geht nicht einer der reagiert, sondern das Team ist gefragt.“

10.4.6 Die Rolle der Pflegeperson im OP

OP-Pflegepersonen sehen sich als Bindeglied zwischen Arzt/Ärztin und PatientInnen. Auf dieser Beziehungsebene versuchen sie, durch ihr Fachwissen, regulativ auf die Arzt/Patientenbeziehung einzuwirken.

Die kontrollierende Rolle wird als notwendig empfunden. Innerhalb des Pflgeteams hat sich die gegenseitige Überwachung und Unterstützung etabliert und wird als nicht unangenehm beschrieben. Bei Durchführung von Tätigkeiten, die ein erhöhtes Maß an Konzentration fordern, hat sich das Vier-Augen-Prinzip bewährt. In der interdisziplinären Zusammenarbeit wird das mangelnde Sicherheitsbewusstsein kritisiert.

Die Wertschätzung, die OP-Pflegepersonen im interdisziplinären Bereich erhalten wird als verbesserungsbedürftig eingestuft. Fehlende Anerkennung und Zugeständnis von Zeitressourcen um wichtige Tätigkeiten (zum Beispiel Tupfer zählen) ohne Unterbrechung durchführen zu können, werden als Begründung angegeben.

„Zum Beispiel wenn du beginnst zu dokumentieren, das ist so ein typisches Beispiel – „Warum schreibst den ganzen Blödsinn auf“ Es wird oft lächerlich gemacht, also ins lächerliche gezogen.“

Die verantwortungsvolle Rolle wird zur Sicherstellung der Patientenbedürfnisse eingenommen. In der präoperativen Phase wird einfühlsam auf die Bedürfnisse eingegangen.

11 Diskussion

Zahlreiche Arbeiten aus dem theoretischen Bereich aber auch aus dem Krankenhausalltag belegen die Relevanz des Begriffes „Sicherheit im OP-Bereich“. Die meisten befassen sich mit der Sicherheit des/der PatientInnen. Kernbereiche sind Verwechslungsgefahr, Identifikation, Seitenzuordnung, Diagnosesicherheit, Ablauforganisation, Nachsorge und dergleichen mehr dar.

Kaum berücksichtigt wurde bisher die Sicherheit des OP-Personals selbst und wenn, dann nur in Hinblick auf Verletzungs- und Ansteckungsgefahr. Dies stellt jedoch nur einen kleinen Aspekt der möglichen Gefährdungen des OP-Personals dar. Die psychischen Belastungen, vom Umgang mit möglichen Fehlern bis hin zu juristischen Folgen für das betroffene Personal fanden bisher nur untergeordnete Beachtung. Ziel meiner Arbeit war, diese unterschiedlichen Bedrohungsszenarien in einen operationalisierbaren Kontext zu setzen.

Ziel eines operativen Eingriffes ist die Wiederherstellung der Gesundheit eines/einer PatientIn oder auch – wie zum Beispiel in der plastischen Chirurgie - die Verbesserung seines Wohlbefindens. Dies wird in der öffentlichen Wahrnehmung fast ausschließlich durch die Tätigkeit der Ärzte erreicht. Das Tätigkeitsfeld des OP-Pflegepersonals beschränkt sich auf Hilfeleistung beziehungsweise auf Hilfestellung. Tatsächlich leistet das OP-Pflegepersonal aber wesentlich mehr.

Das Pflegepersonal im OP-Bereich ist die einzige und alleinige Schnittstelle zwischen der ärztlichen Tätigkeit und dem Wohlbefinden im Sinn von Wohlfühlen des/der Patienten. Darüber hinaus bietet das OP-Pflegepersonal Hilfestellung bei der Tätigkeit des Chirurgen und des Anästhesisten. Auch die Ablauforganisation und Materiallogistik gehören zum Tätigkeitsprofil des OP-Pflegepersonals.

Aus diesen vielfältigen Aufgaben ergeben sich unzählige Fehlerquellen oder Risikofaktoren, für den/die PatientIn einerseits für das OP-Pflegepersonal andererseits. Diesbezüglich ist eine gesamtheitliche

Forderung an das interdisziplinäre Team nach mehr Sicherheitsbewusstsein im Sinn von Fehlervermeidung und Qualitätssicherung wünschenswert.

Das Rollenbild einer OP-Pflegeperson ist nicht klar definiert. Vom Gesetzgeber wird lediglich ein Rahmen für ihr Tätigkeitsprofil vorgegeben. Etwas genauer definiert eine Stellenbeschreibung des Dienstgebers. Im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit spielt das Rollenbild der OP-Pflegeperson oft nur eine untergeordnete Ausprägung und ist meist von persönlichen Beziehungen und Vorlieben geprägt.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen deutlich, dass im Berufsalltag stehende den OP-Pflegepersonen die Sicherheit des Patienten wichtig ist und alle Facetten einer möglichen Gefährdung bewusst sind. Den OP-Pflegepersonen ist auch die Bedeutung eines korrekten Ablaufs einer Operation im Hinblick auf die eigene Verantwortlichkeit und Verantwortung und den damit verbundenen Risiken bekannt. Ziel des Tätigkeitsprofils der OP-Pflegepersonen ist die Risikominimierung für OP-Pflegepersonal und Chirurgen.

Von Bedeutung für das Sicherheitsmanagement ist die ständige kritische Auseinandersetzung mit der Aufgabenstellung, Aufgabendurchführung und dem Ergebnis. Die Bereitschaft zur kritischen Auseinandersetzung kann nicht durch Führungskräfte angeordnet werden. Das Erreichen des Qualitätsziels erfordert Selbstreflexion jeder Einzelperson, die in einem Team agiert und sich mit KollegInnen austauscht!

Welche Hilfsmittel zur Risikominimierung stehen den einzelnen Berufsgruppen im OP-Bereich zur Verfügung?

Von Seiten des Gesetzgebers werden regelmäßige Fortbildungen verlangt. Der Dienstgeber erteilt den Auftrag, Handlungsanleitungen beziehungsweise Standards zu erstellen - zugeschnitten auf die jeweiligen Abteilungen und Fachgebiete. Hygiene-Empfehlungen werden vom

Hygieneteam bereitgestellt oder können über Hygieneinstitute der Universitäten erfragt werden. Lagerungsempfehlungen werden nach ONR116090 erstellt. Anleitungen zu neuen Techniken, zum Beispiel der HF-Chirurgie, werden von der Industrie zur Verfügung gestellt.

Durch Berufsgruppen übergreifende Teamsitzungen zur Informationsweitergabe kann eine interdisziplinäre Kommunikationsverbesserung erreicht werden. In diesem Zusammenhang seien auch informelle, wechselseitiges Verständnis fördernde private oder halbprivate Veranstaltungen, zum Beispiel Weihnachtsfeiern, erwähnt.

Ein situationsbedingter Berufsgruppen übergreifender Kontakt stellt das Debriefing nach einer belastenden Situation dar. Debriefing wird nach unerwünschten Ereignissen, Zwischenfällen, Beinahe-Fehlern, adverse events und never events durchgeführt und sollte nach jeder Notsituation erfolgen.

Sicherheitsgenerierend sind Berufsgruppen übergreifende Schulungen zur Beherrschung von Notfällen. Die Kompetenz- und Aufgabenteilung wird von vornherein festgelegt und eingeübt.

Zum Beispiel: Das Schockraum-Management im Wiener Hanusch Krankenhaus ein definiertes abgeschlossenes Balance Score Card (BSC) Ziel mit Berufsgruppen übergreifender Schulung. Ein weiteres bereits abgeschlossenes Projekt fand ebenfalls im Wiener Hanusch Krankenhaus in Kooperation der Abteilungen für Anästhesie und Intensivmedizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe statt. Die Neugeborenen Reanimation wurde Fach- und Berufsgruppen übergreifend mit Rollenspielen geschult.

Auch die World Health Organization (WHO) beschäftigt sich mit Maßnahmen zur Kommunikationsverbesserung mit Hilfe von „time out“.

Die Einführung von Checklisten (Time-out) stellt die Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Aufgabenbereichen im OP-Bereich sicher. Diese „verordnete“ Kommunikationsform stieß

anfänglich auf Widerstand, wurde aber mittlerweile in vielen Bereichen erfolgreich implementiert!

Zentraler Aspekt dieser Hilfsmittel ist die Berufsgruppen übergreifende Kommunikation. Personen die miteinander reden machen weniger Fehler und verbessern sowohl die Patientensicherheit als auch die Mitarbeitersicherheit. Diese Maßnahmen sollen und dürfen aber nicht der Endpunkt einer Entwicklung der Gesprächskultur sein, sondern stellen vielmehr die ersten Schritte zur Kommunikationsverbesserung dar. Daraus ergeben sich Forderungen an das Team, an den Krankenhausträger, aber auch an die Politik.

Forderungen an das interdisziplinäre Team sind:

- Miteinander reden
- Ausarbeiten von schematisierten Gesprächsabläufe
- Erstellen weiterer Checklisten

Forderungen an den Krankenhausträger sind:

- ausreichende Personalstärke, sodass ausreichend Zeit für Kommunikation mit Patienten besteht.
- Zur Verfügung stellen geeigneter Räumlichkeiten (ein heikler Punkt, da in den bestehenden Einrichtungen die Räumlichkeiten bis zur Kapazitätsgrenze ausgereizt sind, Kommunikation im Team und mit Patienten sollte schließlich nicht in der Abstellkammer erfolgen).
- Berücksichtigung von Pflegeprojekten, wie zum Beispiel Kinästhetik, Aromapflege und ähnliches mehr. Nicht zuletzt sollte mittels geeigneter Aufzeichnung das Gespräch mit dem Patienten dokumentiert werden. (Gesprächsprotokollierung)

Forderung an den Gesetzgeber und Öffentlichkeit:

Ähnlich den Lagerungsstandards sollte auch die Kommunikationsverbesserung in standardisierter Form vorliegen und die

Krankenhäuser zur Einhaltung derselben verpflichtet werden. Neben dem Normungsinstitut dürfen sich auch Berufsverbände mit der Verbreitung bereits erstellter Leitlinien beschäftigen.

Regelmäßige Fortbildungen, zum Beispiel Rhetorikseminare, sollten den Krankenhäusern zwingend vorgeschrieben werden. Diese Maßnahmen sollten vom Gesetzgeber entweder auf Krankenhausebene oder überregional regelmäßig überprüft und evaluiert werden. Auch eine Bewertung der Kommunikation mit dem Patienten könnte von Patientenseite initiiert werden, ähnlich der Lehrkräftebeurteilung an den Universitäten.

Zur Durchführung und Umsetzung von Projekten die die Sicherheit im Krankenhaus umfassend behandeln ist allerdings die Bereitstellung finanzieller Mittel erforderlich.

Die Durchsetzungsmöglichkeiten solcher legislativen Bestimmungen (vom Gesetzgeber verpflichtende Fortbildungen und Kurse zur Kommunikationsverbesserung) sind zweifelsohne zu hinterfragen, würden jedoch den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

Die Maßnahmen zur Sicherheit im OP-Bereich sind kleine Prozesse im Qualitätsmanagement des Krankenhauses zusehen. Die Bearbeitung von kleinen Gebieten erfordert weniger Aufwand, wenn ein Anfang beginnt!

Literaturverzeichnis

Alfredsdottir, H., Bjornsdottir, K. (2008) Nursing and patient safety in the operating room. Journal of Advanced Nursing 61(1), 29-37

Ansorg, J., Diemer, M., Heberer, J. Tsekos, E., von Eiff, W. (Hrsg.). (2009) OP-Management. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & CO. KG

Badke-Schaub, P., Hofinger, G., Lauche, K. (Hrsg.) (2008) Human Factors. Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen. Heidelberg: Springer Verlag

Berentzen, J. (2004) Ärger im OP. Ursachen-Analyse-Intervention. Berlin. Verlag Dr. Müller e. K. und Lizenzgeber

Busse, T. (2010) OP-Management. Grundlagen. Heidelberg. Medhochzwei Verlag GmbH

Busse, T. (2011) OP-Personalreport Pflege 2010, Mangelware OP-Pflegepersonen. In: Die Schwester Der Pfleger, 50. Jahrg. 02/11

Busse, T. (2012) OP-Barometer 2011. Arbeitssituation und Arbeitsumfeld der Funktionspflege im OP-Bereich. Fachhochschule Frankfurt am Main-University of Applied Sciences. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH.

Butzmann, O. (2009) Patientenschaden im OP-zivilrechtliche Haftung und strafrechtliche Verantwortung. In: Ansorg, J., Diemer, M., Heberer, J. Tsekos, E., von Eiff, W. (Hrsg.). (2009) OP-Management. (S. 347-356) Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & CO. KG

Debrand-Passard, A., Luce-Wunderle, G. (Hrsg.) (2003) Klinikleitfaden OP-Pflege. München: Verlag Urban & Fischer

Gausmann, P. (2009a). Fehlervermeidungsstrategien im OP. in Ansorg, J., Diemer, M., Heberer, J. Tsekos, E., von Eiff, W. (Hrsg.). OP-Management.

S.239ff. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & CO. KG

Gausmann, P. (2009b). Risikobewusstsein. S.239ff In Ansorg, J., Diemer, M., Heberer, J. Tsekos, E., von Eiff, W. (Hrsg.). OP-Management.. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & CO. KG

Geraedts, M., Selbmann Hans-Konrad. (2003). Konzepte des Qualitätsmanagements. In: Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.) Handbuch der Pflegewissenschaft. S. 707ff. Weinheim und München, Juventa Verlag

Graumann, G., Koeck, Ebner & Partner. (2001). Endbericht des Pilotprojektes Qualität im Krankenhaus. Wien. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Sektion VII

Gruber-Aigner, M. (2010) Risiko- und Fehlermanagement in der Gesundheits- und Krankenpflege. Diplomarbeit IDS Pflegewissenschaft

Hagenbichler , E. (2010) Das österreichische LKF-System. Wien. Bundesministerium für Gesundheit, Bereich I/B

Hauke, E. (1998) Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Hinweise zur praktischen Anwendung. Wien. Hausdruckerei BMAGS

Heuwinkel- Otter, A., & Nümann-Dulke, A. & Matscheko,N. (Hrsg.) (2011)Pflegediagnosen für die Kitteltasche. Berlin. Springer Verlag GmbH

Holzer, E., Thomeczek C., Hauke E., Conen, D., Hochreutener, M. (Hrsg.). (2005) Patientensicherheit, Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien

International Group of Controlling (Hrsg). Controller-Wörterbuch, „Arbeitsmappen-Ausgabe“. Stuttgart, Schäffer-Poeschel Verlag

Initiative Sicherheit im OP, www.sicherheitimop.at

Juchli, L., (1983) Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. Stuttgart. Georg Thieme Verlag

Kahla-Witzsch, H. (2005) Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Stuttgart Verlag W. Kohlhammer

Kahla-Witzsch, H., Platzer, O. (2007) Risikomanagement für die Pflege. Stuttgart. W. Kohlhammer Druckerei GmbH

Kaltenhauser, S. (2010) Wissensmanagement im Kontext der Krankenhauspflege. Verwaltung von pflegerischem und medizinischem Wissen am Beispiel eines gelebten interdisziplinären Wissensmanagements im OP. Diplomarbeit Pflegewissenschaft, Universität Wien

Kaufmann, M., Staender, S. & Scheidegger, D. (2005) Meldesysteme, Beispiel CIRS. (S. 155-158) In: Holzer, E., Thomeczek, C., Hauke, E., Conen, D. & Hochreutener, M. (Hrsg.) Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien. Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Kirchler, E. (Hrsg.) (2008) Arbeits- und Organisationspsychologie. Wien. Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Klafl, D. (2012) Arbeitsmotivation von Pflegepersonal und Ärzten in österreichischen Krankenhäusern. Abschlussarbeit. Masterlehrgang „Coaching und Organisationsentwicklung“ ARGE Bildungsmanagement Wien

Kraßnig, M. (2010) Der Umgang mit Fehlern in der Pflege. Diplomarbeit Pflegewissenschaft, Universität Wien.

Lass, H., Ujcik, A., Brunbauer, M., Salzer, H. (2006) Das Human Factors Projekt im Wilhelminenspital-mehr Sicherheit in der Medizin. In: *Journal für Fertilität und Reproduktion*, 2006 (16) Seiten 7-11.

Maudrey, S. (2001) Qualitätssicherung in der Krankenpflege. Diplomarbeit Psychologie, Universität Wien

Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayer, H. (2007). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Mayring, P. (2007) Einführung in die qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Middendorf, C. (2006) Klinisches Risikomanagement. Implikationen, Methoden und Gestaltungsempfehlungen für das Management klinischer Risiken in Krankenhäusern. In: von Eiff, W., Prinz, A., Senninger, N. & Steinmeer, H.-D. (Hrsg.) (2004). Münsteraner Schriften zu Medizinökonomie, Gesundheitsmanagement und Medizinrecht, Band 2 (S. 38) Münster, LIT Verlag

Möllemann, A., Hübler, M. (2006). Risikomanagement. In: Welk, Ina; Bauer, Martin. OP-Management: Praktisch und effizient. Heidelberg. Springer Medizin Verlag

Neubauer, Siegfried. (2009). Team, Teambildung und Erfolgsfaktoren In: Ansorg, J., Diemer, M., Heberer, J. Tsekos, E., von Eiff, W. (Hrsg.). OP-Management. (S. 307-320) Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & CO. KG

Plattform Patientensicherheit, www.plattform-patientensicherheit.at

Paula, H., (2007) Patientensicherheit und Risikomanagement, im Pflege- und Krankenhausalltag. Heidelberg. Springer Medizin Verlag

Popow, A. (2010) Risikomanagement im Krankenhaus. Bachelorarbeit an der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel, Fakultät Gesundheitswesen. GRIN Verlag für akademische Texte

Reason, J. (2009) Human error. Cambridge University Press

Reuschenbach, B. (2004) Personalgewinnung und Personalauswahl für die Pflege. München. Elsevier GmbH

Schulz von Thun, F. (2001) Miteinander reden. Störungen und Klärungen. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH

Schüpfer, G. & Bauer, M. (2006a) Teamtheorie. In Welk, I.; Bauer, M. (2006) (Hrsg) OP-Management: Praktisch und effizient. (S. 122-136) Heidelberg. Springer Medizin Verlag

Schüpfer, G. & Bauer, M. (2006b) Controlling. In Welk, I.; Bauer, M. (2006) (Hrsg) OP-Management: Praktisch und effizient. (S. 58-76) Heidelberg. Springer Medizin Verlag

Steelandt van, T. (2010) OP-Management. Wirtschaftlichkeitsanalyse Risikomanagement. Wien

Steininger, Hannelore. (2009) Das subjektive Erleben von Patienten im Operationsbereich – unter besonderer Berücksichtigung des Berufsbildes der OP-Pflegeperson. Diplomarbeit Pflegewissenschaft, Hall in Tirol

Straub, M. (2009) Decubitusprophylaxe im OP. München. GRIN Verlag für akademische Texte

Taube, C. (2009). Patientenbestellung und präoperative Vorbereitung.(S. 727-735) In: Ansorg, J., Diemer, M., Heberer, J. Tsekos, E., von Eiff, W. (Hrsg.). (2009) OP-Management. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & CO. KG

Trimmel, M. (2009) Allgemeine Psychologie 1 und 2, Lehrveranstaltungsunterlagen. Universität Wien

Weiss-Faßbinder, S., Lust, A. (Hrsg.) (2010) Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, samt ausführlichen Erläuterungen. 6. Auflage, idF der Novelle 2009. Wien. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung

Welk, I.; Bauer, M. (2006) OP-Management: Praktisch und effizient. Heidelberg. Springer Medizin Verlag

Wienströer, R. (2009a) Anforderungen an die OP-Planung. (421-429) In: Ansorg, J., Diemer, M., Heberer, J. Tsekos, E., von Eiff, W. (Hrsg.). (2009) OP-Management. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & CO. KG

Wienströer, R. (2009b) Kapazitätsplanung im OP. (431-441) In: Ansorg, J., Diemer, M., Heberer, J. Tsekos, E., von Eiff, W. (Hrsg.). (2009) OP-Management. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & CO. KG

Wiesinger, H., (2004) Qualitative Methoden. Nach den Grundlagen: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Mayring, P. Universität Köln

World Health Organization Zugriff am 23.12.2012:
www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_checklist_german.PDF

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kostenstellen	- 14 -
Abbildung 2: Risikomanagementprozess.....	- 19 -
Abbildung 3: Pflegeprozess	- 36 -
Abbildung 4: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).....	69

Anhang

Einverständniserklärung

Im Rahmen des Studiums Pflegewissenschaft und der abschließenden Diplomarbeit, mit dem Titel „Sicherheit im Operationsbereich - Position, Aufgabe und Herausforderung für Pflegepersonen“, suche ich Interviewpartner.

Ich untersuche in diesem Zusammenhang, welchen Stellenwert „Sicherheit“ für Pflegepersonen einnimmt und wie Sicherheit im OP gewährleistet wird.

Die Studie wird von Frau Prof. DDr. MMag. Barbara Maier betreut und wird nach Fertigstellung an der Universität Wien vorgelegt.

Die Teilnahme an dem Interview erfolgt freiwillig, ebenso können Antworten auf einzelne Fragen verweigert werden. Dadurch wird die Qualität des Interviews nicht beeinflusst.

Ich versichere Ihnen die Einhaltung folgender Punkte:

Es gilt die Zusicherung der absoluten Anonymität der teilnehmenden Interviewpartner.

Die Interviewpartner haben jederzeit das Recht, ihre Teilnahme, ohne Angabe von Gründen, zurückzuziehen.

Das Interview wird auf einem Tonträger aufgezeichnet und anschließend anonymisiert verschriftlicht.

Nach Abschluss der Studie werden die Tonträger vernichtet. In der veröffentlichten Studie kann kein Rückschluss auf teilnehmende Personen gezogen werden.

Alle Mitarbeiter, die im Bereich der Datenerhebung tätig sind, verpflichten sich, den Interviewpartnern mit Respekt und Empathie entgegenzutreten und unterliegen der Verschwiegenheitspflicht.

Um den InterviewteilnehmerInnen absolute Anonymität versichern zu können, finden die Befragungen an einem Ort nach Wunsch und in angenehmer ruhiger Atmosphäre statt.

Es verbleibt je ein unterfertigtes Exemplar der Einwilligungserklärung beim Interviewpartner sowie beim Interviewer.

Vielen Dank, dass Sie diesem Interview zustimmen.

Unterschrift der/des Teilnehmer/in
Interviewerin

Unterschrift der

Wien, Oktober 2012

Kontakt: Karin Schwarz-Gössl. mail: karin.schwarzgoessler@aon.at

Interviewleitfaden

Einstiegsfrage: Was fällt Ihnen spontan zum Begriff „Sicherheit“ ein.

Wo sehen Sie als OP-Pflegeperson ihr Aufgabengebiet im OP-Bereich?

Welche Sicherheitsmaßnahmen werden in ihrem Arbeitsbereich/Organisation durchgeführt?

Werden nach Krisensituationen die Abläufe im Team durchbesprochen?

Durch welche Tätigkeit können Sie erheblich zur Sicherheit für Mitarbeiter/PatientInnen beitragen?

Erhalten Sie Anerkennung?

Wie werden Sie von Ihren Mitarbeitern unterstützt? Von anderen Berufsgruppen, KollegInnen, übergeordneten Führungsebenen.

Sicherheits-Checkliste WHO

ENTWURF *** ENTWURF *** ENTWURF *** ENTWURF *** ENTWURF *** ENTWURF *** ENTWURF



**World Health
Organization**

SICHERHEITS-CHECKLISTE FUER CHIRURGISCHE EINGRIFFE

(ENTWURF)

“SAFE SURGERY SAVES LIVES”

GLOBALE KAMPAGNE ZUR FÖRDERUNG DER
PATIENTENSICHERHEIT

Einleitung - Vor der Induktion der Narkose stellen Sie sicher:

- ☐ der Patient hat seine Identität, den Operationsort und die Art des Eingriffs bestätigt und seine Einwilligung zur Operation schriftlich gegeben
- ☐ die Lokalisation, an der der Eingriff stattfinden soll, ist markiert / nicht anwendbar
- ☐ die Anästhesie-Sicherheitskontrolle wurde durchgeführt
- ☐ der Patient ist an ein Pulsoximeter angeschlossen, die Gerätefunktion wurde geprüft

Besteht bei dem Patienten eines der folgenden Risiken?

Bekannte Allergie(en)

☐ NEIN

☐ JA

Beatmungs- oder Aspirationsrisiken

☐ NEIN

☐ JA, und benötigte Geräte/Assistenz sind vorhanden

Risiko eines Blutverlustes > 500 ml (bei Kindern 7 ml/kg Körpergewicht)

☐ NEIN

☐ JA, und adäquater intravenöser Zugang ist vorhanden /
ausreichend Flüssigkeit eingeplant

OP-Beginn - Vor dem ersten Schnitt:

- ☐ Stellen Sie sicher, dass das gesamte OP-Team sich mit Name und Funktion vorgestellt hat
 - ☐ Chirurg(in), Anästhesist(in) und OP-Pfleger(in) haben die Identität des Patienten, die OP-Lokalisation, den geplanten Eingriff und seine Lagerung bestätigt
- Zu erwartende Probleme:
- ☐ Chirurg(in) geht noch einmal durch: was sind die kritischen oder unerwarteten Schritte, wie lange dauert die Operation, wie hoch ist der erwartete Blutverlust?
 - ☐ Anästhesie geht noch einmal durch: welche Reanimationspläne gibt es? Falls vorhanden, was sind die patientenspezifischen Risiken?
 - ☐ OP-Pflege überprüft: Sterilitätsindikatoren, Instrumentarium, andere patientenspezifische Belange?
 - ☐ Eine Antibiotikaphylaxe wurde innerhalb der letzten 60 Minuten gegeben:
 - ☐ JA
 - ☐ nicht anwendbar
 - ☐ Die notwendigen Röntgen-, Ultraschall-, MRT-Bilder usw. sind vorhanden:
 - ☐ JA
 - ☐ nicht anwendbar
- ☐ Weitere Kontrollen: _____

Operationsende - Bevor der Patient den Operationssaal verlässt:

OP-Pflege fragt beim Team folgendes ab:

- ☐ Welcher Eingriff wurde durchgeführt?
- ☐ Wurden Instrumente, Tücher, Tupfer und Nadeln korrekt gezählt?
- ☐ Wurden die Proben für die Pathologie korrekt gekennzeichnet (inkl. Patientennamen)?
- ☐ Gab es Fehlfunktionen bei den Instrumenten oder gibt es andere Belange zu berichten?

Chirurg(in), Anästhesie, Pflege gehen noch einmal durch:

- ☐ Was sind die Hauptaspekte, die für die Rekonvaleszenz und die weitere Behandlung dieses Patienten zu berücksichtigen sind?

UNTERSCHRIFT (IM NAMEN DES GESAMTEN TEAMS)

DATUM

OP-Sicherheits-Checkliste

modifiziert nach der World Health Organization



1 Sign In

vor Einleitung des Anästhesieverfahrens

- ☐ Identität des Patienten
- ☐ Operationsart und Stelle
- ☐ Markierung der OP-Stelle (wenn erforderlich)
- ☐ Operationseinwilligung
- ☐ Antibiotika – Prophylaxe (nötig und erhalten)
- ☐ Risiko des Blutverlustes
- ☐ Schwierigkeiten zu erwarten
- ☐ Besonderes Equipment erforderlich
- ☐ Besondere Hygienemaßnahmen erforderlich
- ☐ Nötiges Equipment überprüft und einsatzbereit
- ☐ Anästhesieeinwilligung
- ☐ Schwieriger Atemweg / Aspirationsrisiko
- ☐ Allergien
- ☐ Allgemeiner Anästhesiecheck
- ☐ Monitoring angelegt und funktionsfähig (EKG, Pulsoximetrie, Blutdruck)
- ☐ Offene Fragen

2 Team Time Out

vor Beginn des Eingriffs

Der Checklisten-Koordinator stellt sich selbst und die Team-Mitglieder namentlich und mit ihrer Funktion vor. Kennen sich alle Anwesenden und ist kein neues Teammitglied anwesend, genügt es, diese Tatsache festzustellen. Bevor der Eingriff begonnen wird, werden folgende Punkte – für alle Anwesenden hörbar – vom Checklisten-Koordinator abgefragt und vom dafür Zuständigen beantwortet:

- ☐ Patientenidentität
- ☐ Art der Operation, Operationsstelle und Operationsseite
- ☐ Sind kritische Situationen zu erwarten? (Frage an alle)
- ☐ Blutkonserven bestellt / vorhanden
- ☐ Offene Fragen

Patientenidentität

3 Sign Out

vor Eingriffsende

Der Checklisten-Koordinator führt folgende Abfragen durch:

- ☐ Welcher Eingriff wurde durchgeführt?
- ☐ Tücher und Instrumente komplett?
- ☐ Gewebeproben korrekt beschriftet?
- ☐ Probleme mit verwendeten Instrumenten oder Geräten?
- ☐ Informationen für die postoperative Betreuung des Patienten (Schmerztherapie, Verband, Drainagen, Verbote)
- ☐ gibt es noch Fragen / Unklarheiten?

Ergänzungen und Anpassungen an lokale Gegebenheiten sind erwünscht und notwendig.

Aus Gründen der Leichterkeit, besserer Verständlichkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Die grammatikalisch gebräuchliche männliche Form schließt auch die weiblichen Personen mit ein.

Osterreichische Version entwickelt von der Plattform Patientensicherheit ANetPAS www.plattform-patientensicherheit.at

Based on the WHO Surgical Safety Checklist, URL: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en> © World Health Organization 2009. All rights reserved.

Karin Schwarz-Gössl

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Geburtsdatum, -ort	09.08.1967, Wien
Staatsangehörigkeit	Österreich

Berufliche Aus- & Weiterbildung

2009-2010	Weiterbildung „OP-Management“
2005-2006	Weiterbildung „Sterilgutversorgung I-III“
2003-2004	Sonderausbildung „Pflege im Operationsbereich“
Seit 2002	Individuelles Studium „Pflegerwissenschaft“
2001-2002	Vorbereitungslehrgang Studienberechtigung
1982-1986	Krankenpflegeschule der Gemeinde Wien
1981-1982	Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Frauenberufe
1973-1981	Volks- und Hauptschule in Wien

Beruflicher Werdegang

Seit 2006	Leitende OP-Pflegeperson im Hanusch Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse
Seit 1993	Hanusch Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse
1990-1993	Niederösterreichische Landeskrankenanstalt Grimmenstein
1986-1990	Allgemeines Krankenhaus der Gemeinde Wien

