

Universitäre Bildungsakademie

Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivpflege

Wach im OP

Pflegerischer perioperativer Interventionsbedarf
bei Patienten mit Regionalanästhesie

Fabian Dickhaut

Modul 4, April 2009

Gliederung

1. Einleitung.....	3
2. Ängste und Probleme der Patienten.....	3
3. Bedürfnisse der Patienten.....	5
4. Pflegerische Interventionsmöglichkeiten.....	6
5. Schlusswort.....	8
6. Literaturnachweis.....	10

1. Einleitung

Das wache Durchleben der perioperativen Phase ist für Patientinnen und Patienten (im weiteren Verlauf des Textes Patienten genannt) eine Belastungssituation, und sie müssen sich einigen Problemen und Ängsten stellen. Aber auch die individuellen Bedürfnisse der Patienten nehmen eine wichtige Rolle ein. In meinem Einsatz in der Anästhesiologischen Abteilung habe ich zahlreiche Patienten betreut, die mit einer Regionalanästhesie versorgt waren und im wachen Zustand ihre Operation erlebt haben. Gerade der wache Zustand des Patienten hat mich neugierig gemacht, welche Ängste, Probleme und Bedürfnisse für die Patienten im Mittelpunkt stehen, und wie wir Pflegenden handeln können, um dem Patienten das Erleben der wachen Operation so angenehm wie möglich zu machen.

Regionalanästhesien gewinnen im deutschsprachigen Raum und in den anderen westlichen Staaten immer mehr an Bedeutung und die Zahl der Operationen, die im wachen Zustand durchgeführt wird, steigt stetig. Bei der Regionalanästhesie ergeben sich signifikante Vorteile gegenüber der Allgemeinanästhesie. Bartussek et al schreiben über eine reduzierte postoperative Überwachungszeit, einer Verkürzung der Krankenhausverweildauer, den geringeren Verfahrenskosten und vor allem ein erhöhtes Maß an Patientenzufriedenheit. [vgl. 1]

Ich habe erlebt, dass es bei der perioperativen Betreuung deutlichen pflegerischen Handlungsbedarf gibt. Mit dieser Hausarbeit möchte ich für das Thema der perioperativen Wachheit von Patienten sensibilisieren und pflegerische Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, um den steigenden Bedarf an perioperativer Betreuung von wachen Patienten gerecht zu werden.

2. Ängste und Probleme der Patienten

Die Ängste und Probleme der Patienten sind sehr umfangreich und werden ebenso unterschiedlich wahrgenommen. Der Distress, der von der Operation und der Anästhesie ausgeht, fängt oft schon in der präoperativen Phase an. „...haben etwa zwei Drittel bis drei Viertel aller Patienten im Zusammenhang mit bevorstehenden Eingriffen starke Ängste.“ [2] Ebenso haben viele Patienten Angst vor Schmerzen. Dies wird von ihnen sehr vielseitig beschrieben, von der Angst des Schmerzes von und nach der Operation, der Anästhesie, bis hin zu der Angst vor dem Schmerz vom Liegen intraoperativ. Die Angst wird durch die Zunahme von verschiedenen Stressoren im Operationssaal weiter beeinflusst und verstärkt. Ein einflussreicher Stressor für die Zunahme der Angst ist der Lärmpegel, der im ganzen Operationstrakt herrscht. Durch das unentwegte Piepen von Überwachungsmonitoren, Beatmungsgeräten etc., sowohl als auch das laute Diskutieren und die Gespräche von den Klinikern wird der Patient regelrecht einer Flut von Lärmstressoren ausgesetzt.

Zusätzlich sind die Patienten im Operationstrakt der grellen Deckenbeleuchtung und perioperativ den meist noch helleren Operationsleuchten ausgesetzt. Die Möglichkeit des Patienten diesem Stressor selbständig zu entfliehen ist durch die fixierte Körperposition unmöglich. Die perioperative eingeschränkte Bewegungsfreiheit bedeutet für viele Patienten eine Form des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit. Zwar ist den Patienten die Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit und der Fixierung meist bewusst, doch trotzdem ist der Entzug von Bewegung und Aktivität ein großer Stressfaktor. [vgl. 3]

Ein weiterer Stressor ist die Kälte. Oft sind die klimatisierten Einleitungs- und Operationssäle nicht ausreichend temperiert und die fehlende oder unzureichende Kleidung verursacht ein Frieren und ein enormes Unwohlsein beim Patienten. [3] „Kälte wird oft ebenso intensiv wahrgenommen wie Schmerz.“ schreibt Depenbusch [4].

Bedingt durch die unzureichende oder fehlende Kleidung ist die Verletzung der Schamgrenze ein negativer Aspekt für den Patienten. Das Gefühl von Nacktheit und Bloßstellung durch Tragen lediglich eines OP-Hemdes ist sehr befremdlich und dass die eigene Intimität mit anderen fremden Personen geteilt werden muss, ist sehr unangenehm für die Patienten. „Viele Menschen, die schon einmal ein solches Hemd getragen haben, sprechen vom ´Totenhemd´... Der Stoff ist hart und ungemütlich, und durch die Öffnung hinten entsteht ein Kältegefühl. Nun ja, es ist ja auch schließlich nur gedacht zum Ausziehen.“ schreibt Reith [5] dazu.

Ebenso werden Berührungen als unangenehm empfunden. Wenn ein Patient nach der Durchführung der Regionalanästhesie in eine andere Operationslage positioniert werden muss entstehen viele Berührungen. Die bei der Umlagerung entstehenden Berührungen durch mehrere fremde Personen empfinden viele Patienten als erheblichen Eingriff. Bienstein et al beschreiben dies folgend: „Für fast alle Menschen ist es nicht erstrebenswert, von mehreren Menschen gleichzeitig berührt zu werden.“ [6] Zusätzlich ist es ein Problem, wenn eine Berührung ohne Ankündigung stattfindet. Laut Bienstein et al erschrecken viele Menschen, wenn plötzlich und ohne Ankündigung eine Berührung stattfindet. [6]

Ein großes Hindernis für eine verständliche Kommunikation ist die Problematik, das Kommunikationshilfsmittel wie Zahnprothese, Hörgerät und Brille präoperativ abgenommen werden müssen und nicht mit in den Operationstrakt mitgenommen werden dürfen. Dies geschieht meist aus versicherungstechnischen Aspekten, denn ungefähr 10% aller Schadensfälle deutscher Haftpflichtversicherer für Kliniken betreffen Zahnprothesenschäden oder -verluste. In etwa 50% davon entfallen auf den perioperativen Zeitraum. [vgl. 7] Aber nicht jeder Mensch kann ohne seine Zahnprothesen sich so verbal verständigen wie mit einem Zahner-

satz. Auch sorgen viele Patienten sich über den ästhetischen Aspekt des fehlenden Zahnersatzes. „In jüngerer Zeit wird zunehmend auch das präoperative Entfernen von Zahnprothesen als besonders unangenehm empfunden.“ schreibt Tolksdorf [3]. Für einen Patienten, der ohne seine Hörgeräte schon in seiner Lebensaktivität Kommunikation eingeschränkt ist bedeutet dies, dass nur eine gebrochene verbale Kommunikation stattfindet. Der vom Personal getragene Mundschutz schränkt diese Kommunikationsweise zusätzlich ein. „Die letzten Worte kann ich nicht verstehen, weil sie etwas leiser spricht und in den Mundschutz hineinbrabbelt.“ beschreibt Reith [5] ihr Erlebnis. Das perioperative Tragen des Mundschutzes für die Patienten wird unterschiedlich gehandhabt. Ich habe erlebt, dass es keine feste Anweisung gibt ob das Tragen Pflicht ist. Für den Patienten ist das Tragen sehr beklemmend und die Kommunikation verschlechtert sich. Aber gerade eine fehlerhafte Kommunikation zwischen dem Klinikpersonal und dem Patienten stellt ein enormes Problem da. „Unzureichende oder als fehlerhaft empfundene Interaktionen können beim Patienten das Gefühl verstärken als Objekt behandelt zu werden.“ schreibt Hundenborn dazu. [9]

Auch das Nüchternheitsgebot ist für viele Patienten eine Belastung. Der Entzug von Nahrung und Wasser ist ein nicht zu unterschätzender Stressfaktor, vor allem dann, wenn der Eingriff erst am Nachmittag oder am Abend erfolgt. [vgl. 3] Der Durst und die daraus folgende Mundtrockenheit belasten viele Patienten die im wachen Zustand operiert werden.

3. Bedürfnisse der Patienten

Insbesondere das Bedürfnis mehr Informationen zu erhalten, ist sehr präsent. Gerade bei den ärztlichen und pflegerischen Aufklärungen über geplante Interaktionen und den Verlauf der operativen Phase wird von dem Patienten eine detailliertere Informationsgabe gewünscht. Mit in das Bedürfnis der intensiveren Informationsgabe fällt die Neugierde des Patienten rein. So beschreiben Bühlmann et al das „Interesse am Geschehen“. Dort wurde von den Patienten die fortlaufende Information am meisten gewünscht. Ebenfalls wird von Patienten dabei in vereinzelten Fällen der Wunsch des Blickkontaktes zum Operationsgebiet geäußert. [vgl. 10] Diese Wünsche zeigen, dass viele besonders in dieser gefühlten Hilflosigkeit mit in das Geschehen und in den laufenden Prozess miteinbezogen werden wollen. Das einfache Gespräch zwischen Patient und dem Personal wird gleichermaßen gewünscht. Laut Bühlmann et al schätzen Patienten es, dass sie immer wieder nach Ihrem Befinden gefragt wurden, und dass jemand an Ihrer Seite war und Sie über Ihr Befinden sprechen konnten. [vgl.10]

Aber auch die einfache Ablenkung vom Operationsgeschehen ist ein ausgeprägter Wunsch der Patienten. Dies kann durch einen Fokuswechsel mittels eines

Gespräch erfolgen oder durch Utensilien wie beispielsweise einem Buch. Es gibt ebenso Bedürfnisse die den Komfort steigern, wie ein nasses Tuch für die Stirn um sich zu erfrischen. [vgl. 10]

4. Pflegerische Interventionsmöglichkeiten

Für Bühlmann et al ist das Ziel für die perioperative Pflege bei wachen Patienten die Sicherheit und das größtmögliche Wohlbefinden für die Patienten. [vgl. 10]

Bei einer im Vorfeld ablaufenden pflegerischen präoperativen Visite ist die Möglichkeit gegeben viele wichtige pflegerische Daten zu erhalten und offene Fragen des Patienten zu klären. „Die pflegerische präoperative Pflegevisite verfolgt im Wesentlichen die Ziele der Qualitätsverbesserung in der peri- und postoperativen Versorgung, der Steigerung von Patientensicherheit und -zufriedenheit sowie der Optimierung organisatorischer Prozesse im Zusammenhang mit einer Operation.“ [11] Durch die Implementierung dieser Visite kann schon präoperativ ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Pflegeperson hergestellt werden und wirkt damit angstreduzierend. Im optimalen Fall wird die Visite von der selbigen Pflegeperson geführt, die auch die perioperative Betreuung übernimmt. Dies erleichtert den Beziehungsaufbau in hohem Maße und die betreuende Pflegeperson kann sich intensiver den individuellen Ängsten, Problemen und Bedürfnissen des Patienten widmen.

Durch ein individuelles patientengerechtes Schmerzmanagement und eine ausführliche Informationsgabe dem Patienten gegenüber ist eine Reduzierung der Ängste vor Schmerzen möglich. Als pflegerisches Mittel ist beispielsweise eine numerische Schmerzskala zu verwenden, um einen Verlauf und einen Erfolg oder Misserfolg von Maßnahmen, wie Medikamente oder Lagerungsveränderungen zu ermitteln. Zusätzlich vermittelt eine kontinuierliche Schmerzerhebung dem Patienten das Gefühl der Sicherheit und des ernst genommen seins.

Um die perioperativen Ängste des Patienten noch weiter zu reduzieren, müssen diverse Stressoren ausgeschaltet, bzw. gedämmt werden. Schon der enorme Lärmpegel sollte auf ein Minimum reduziert werden. Hierzu gehören laut Gottschalk geschlossene Türen, um ein mögliches Instrumentengeklapper zu dämpfen, die Sinnvolle Geräteeinstellung zur Verhinderung möglicher akustischer Warnsignale und nicht zuletzt die Kommunikation zwischen den Beschäftigten. Diskussionen, Geschrei, lautes Gelächter sowie lautstarke Anordnungen Vorgesetzter und entsprechende Erwidern sind zu vermeiden. [vgl. 12] Außerdem ist darauf zu achten, dass grelle Lichter den Patienten nicht stören, eventuell sollte versucht werden einen Lichtschutz aufzubauen.

Um ein Frieren des Patienten zu verhindern, sind wichtige Maßnahmen zu beachten. Deppenbusch schreibt dazu: „Wärme ist ein elementares, existenzielles Bedürfnis des Menschen. Wärme ist nicht nur ein physikalischer Ausdruck für Energie, sondern auch eine Möglichkeit, dem Patienten ein Gefühl von Geborgenheit und umsorgt sein zu vermitteln. Wärme hemmt Angstgefühle, wirkt entspannend und tonusmindernd“ [13] Für Deppenbusch sind folgende Maßnahmen entscheidend: die frühe Wärmezufuhr bereits zu Beginn der Einleitung, die ununterbrochene Wärmezufuhr auch während der Lagerungs- und Abdeckmaßnahmen, eine großflächig durchgeführte Isolation und Wärmezufuhr und die gleichzeitige Reduktion der Wärmeverluste. [vgl. 13]

Für eine weitere prä- und perioperative Angstreduktion wird das rezeptive Musikhören als neues pflegerisches Mittel in Betracht gezogen. [14] Patienten haben dabei die Möglichkeit sich eigene Tonträger, wie beispielsweise CDs, oder auch eigene MP3 Player mit in den Operationstrakt zu nehmen und perioperativ die eigene individuelle Musik zur Ablenkung zu nutzen. „Die subjektive Patientenzufriedenheit wird gefördert, weil die Patienten das Musikhören als angenehm empfinden.“ [14] Ein weiterer positiver Aspekt ist, dass durch die selbständige Musikkwahl und Lautstärkeregelung die Eigenständigkeit des Patienten gefördert wird und er mit in den laufenden Prozess enger integriert wird. Gleichmaßen spricht nichts dagegen, dass auch andere Komfort- und Ablenkungsutensilien, wie beispielsweise ein Buch, mit in den Operationssaal gelangen dürfen.

Um dem Patienten mehr Sicherheit zu vermitteln, muss ein stetiger Informationsfluss stattfinden. „Ich war voll Vertrauen, da ich alles hören und fragen konnte, was ich wollte“ schrieb eine 81 jährige Frau [10]. Damit die Information auch ungehindert erfolgen kann, muss die Problematik mit den Kommunikationshilfen gelöst werden. Es sollte immer eine individuelle Abwägung im Sinne einer Steigerung des perioperativen Wohlbefindens und der Kommunikation des Patienten erfolgen. Das Problem des Verlustes des Hilfsmittels sollte mit einem angepassten Wertsachenmanagement, sowie einer entsprechenden Aufklärung und Einbindung der Patienten lösbar sein. Müller-Wolff schreibt dazu: „Wird ein Patient in Regionalanästhesie operiert und wünscht die Zahnprothese dabei zu tragen, sollte diesem ein sauberer und markierter Einmalbeutel für den Fall mitgegeben werden, dass die Prothese entfernt werden muss. Dieser sollte dann peri- und postoperativ patientengebunden aufbewahrt werden.“ [15] Diese Maßnahme sollte für andere Kommunikationshilfsmittel ebenso angewandt werden können.

Hinsichtlich der Fragestellung ob Patienten einen Mundschutz tragen sollten oder nicht schreiben Lahme et al folgendes: „Der Patientenmundschutz vermindert die Luftkeimkonzentration über dem OP-Feld nicht und ist somit...entbehrlich.“ [8]

Des Weiteren muss vor jeder Handlung am Patienten eine verbale Vorankündigung und eine Initial- und Abschlussberührung erfolgen, um ein erschrecken oder ein Unwohlsein zu verhindern. Der Berührungsort am Körper sollte vorher mit dem Patienten abgesprochen werden. [vgl. 6] Die bei einer Umlagerung entstehenden Berührungen durch mehrere Menschen lässt sich kaum vermeiden, jedoch muss eine frühzeitige verbale Information erfolgen und der Merksatz: „So viele wie nötig, so wenige wie nötig!“ immer befolgt werden.

Um die Intimsphäre der Patienten zu wahren und zu schützen stellt sich die Frage ob es nicht möglich ist, dass Patienten ihre Unterwäsche anbehalten können. Dies bietet Schutz vor dem möglichen Gefühl der Nacktheit und der Bloßstellung. [vgl.12] Auch kann dieser Schutz durch andere Maßnahmen zusätzlich gefördert werden, zum Beispiel indem die Türen geschlossen gehalten werden und nicht erforderliche Personen aus dem Saal gebeten werden.

Hinsichtlich des Problems Durst muss in Zusammenarbeit mit dem Anästhesisten professionell eine Lösung gesucht werden. Zu der frühzeitigen Infusionsgabe, kann dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, sich den Mund mit Wasser auszuspülen oder ein nasses Tuch zu erhalten. Es stellt sich die Frage, ob es nicht möglich ist, kurz vor Operationsende einen kleinen Lutschbonbon einzunehmen, um die Speichelproduktion zu fördern und somit der Mundtrockenheit entgegen zu wirken. [vgl. 10]

5. Schlusswort

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es vielseitige Situationen für den Patienten in der perioperativen Phase gibt, in der eine Intervention seitens des Pflegenden von Nöten ist. Durch pflegerische Interventionen ist es möglich, die individuellen Ängste und Probleme von Patienten signifikant zu reduzieren. Durch eine präoperative pflegerische Visite kann schon im Vorfeld eine Information und Aufklärung über den Ablauf und den pflegerischen Interventionen der perioperativen Phase erfolgen und so einen Beitrag zur optimalen Betreuung beisteuern. Aber auch durch andere Maßnahmen, wie eine konstante Anwesenheit der Betreuenden Person, Ausschaltung von Stressoren, der Wärmezufuhr und einem kontinuierlichen Informationsfluss, wird dem Patienten ein hohes Maß Sicherheit vermittelt und die perioperative Phase wird für den Patienten deutlich stress- und angstfreier. Das perioperative Wohlbefinden und der Komfort des Patienten kann gesteigert werden, indem die Kommunikationshilfen und andere Utensilien mit in den Operationstrakt mitgenommen werden und andere individuelle Bedürfnisse ebenso wahr genommen und berücksichtigt werden.

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbständig, unter Hinzuziehung der genannten Literatur erstellt wurde.

Hamburg, den 27. April 2009

Fabian Dickhaut

6. Literaturnachweis

- [1] Bartusseck, E.; Fatehi, S.; Motsch, J.; Grau, T. (2004): Umfrage zur aktuellen Situation der Regionalanästhesie im deutschsprachigen Raum. Teil 1: Qualitätssicherung und Ausbildungskonzepte. In: Der Anaesthesist, Heft 9, 2004, 53: Seite 836-846.
- [2] Gottschalk, E. (2004): Bewältigung präoperativer Angst (Teil 1). In: intensiv, 2004, 12: Seite 14-19.
- [3] Tolksdorf, W. (1985): Der präoperative Stress. Berlin: Springer Verlag.
- [4] Depenbusch, G. (2001): Pflegemaßnahmen bei perioperativer Hypothermie. In: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 2, 2001, 40: Seite 122-127.
- [5] Reith, E. (1998) In: Gottschalk, E. (2004) Bewältigung präoperativer Angst (Teil 2). In: intensiv, 2004, 12: Seite 75-80.
- [6] Bienstein, C.; Fröhlich, A. (2004): Basale Stimulation in der Pflege. 2. Aufl., Seelze-Velber: Kallmeyer: Seite 46-57.
- [7] Jost, U.; Böhrer, H.; Ordnung, R.; Jost, D. (2004): Muss die Zahnprothese wirklich vor jeder Anästhesie entfernt werden? In: Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie 2004; 39: Seite 711-713.
- [8] Lahme, T.; Jung, W.K.; Wilhelm, W.; Larsen, R. (2001): Patientenmundschutz bei Regionalanästhesien. Hygienische Notwendigkeit oder entbehrliches Ritual? In: Der Anaesthesist, 2001; 50: Seite 846-851.
- [9] Hundenborn, G.: Stationäre Akutpflege. (2003) In: Rennen-Allhof, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.). Handbuch der Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa, Seite 663-687.
- [10] Bühlmann, J.; Käppeli, S. (1999): Pflegeschwerpunkte im Operationssaal. In: Pflege, Heft 12, 1999, Seite 238-243.
- [11] Sommer, D. (2005): Pflegerische präoperative Visite. Ulrich, L.; Stolecki, D.; Grünewald, M. (Hrsg.): Intensivpflege und Anästhesie. Stuttgart, New York: Thieme, Seite 525-527.
- [12] Gottschalk, E. (2004): Bewältigung präoperativer Angst (Teil 2). In: intensiv, 2004, 12: Seite 75-80.
- [13] Depenbusch, G. (2002): Heiße Tipps gegen coole Fälle – Perioperative Wärmemaßnahmen für Patienten noch effektiver eingesetzt. In: intensiv, 2001; 10: Seite 165-174.

- [14] Kopp, W.; Locher, E. (2001): „Mit Musik geht alles besser...“ Rezeptives Musikhören als pflegerischen Mittel zur präoperativen Angstreduktion. In: Die Schwester/Der Pfleger, 2001, 1: Seite 72-74.
- [15] Müller-Wolff, T.U. (2005): Mit den „Dritten“ in den OP? Erweiterte Artikelbesprechung zum Thema präoperative Zahnprothesenentfernung. In: intensiv, 2005; 13: Seite 120-122