

Neu im OP?

Alles, was Sie wissen müssen



Inhalt

1 Die Kunst des Einschleusens	4
Von Ruth Wolfertshofer	
2 Anästhesie im OP	5
Von Iris Baier und Annett Arndt	
3 Die spezielle OP-Lagerung	6
Von Michaela Bohn	
4 Vorbereitung der Geräte und Materialien	9
Von Heike Schlemmert	
5 Präoperative Patientensorge	11
Von Dietrich Balsing	
6 Interoperative Aufgaben	13
Von Michaela Bohn	
7 Postoperative Patientensorge	15
Von Dietrich Balsing	
8 Kinder im OP	16
Von Iris Baier und Annett Arndt	
9 Gäste im OP	17
Von Petra Meier	
10 Hygiene im OP	18
Von Heike Schlemmert	
11 Versorgung von Verstorbenen	22
Von Petra Meier	
12 Gesundheitsmanagement	24
Von Heike Schlemmert	
13 Qualitätsmanagement	26
Von Heike Schlemmert	
14 OP-Management	28
Von Iris Baier und Annett Arndt	
Impressum	29
Literaturverzeichnis	30

Vorwort

Sind Sie neu im OP? Überlegen Sie, sich in diesem Bereich zu spezialisieren? Suchen Sie als Praxisanleiter/in einen übersichtlichen Leitfaden zu allen Themen rund um die Pflege im OP? Wir möchten Sie mit dieser Broschüre in erster Linie unterstützen, sich in allen wesentlichen und aktuellen Themen rund um die Pflege im OP zu orientieren, so dass eine rasche Integration ins tägliche Arbeitsgeschehen möglich ist. Selbst wenn Sie schon lange im Geschäft sind, nehmen Sie sicher gerne den Leitfaden in die Hand, denn er bietet Ihnen ein gutes Update.

Heute spielt die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses und insbesondere die der OP-Abteilungen eine wesentliche Rolle. Dadurch hat sich der Arbeitsplatz OP in den letzten Jahren stark verändert. Die Standardisierung und Verdichtung von Arbeitsabläufen und Prozessen, die Weiterentwicklung von neuen OP-Methoden sowie der Einsatz immer neuer technischer Errungenschaften lassen kaum Zeit, neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Auszubildende der OTA-Schulen und Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit den Grundlagen ihrer Arbeit vertraut zu machen. Hinzu kommt ein neuer Personalmix. Gesundheits- und Krankenpfleger/innen mit Fachweiterbildung arbeiten mit operationstechnischen Assistenten/innen (OTA) auf Augenhöhe, medizinische Fachangestellte, Rettungsassistenten/innen, Krankenpflegehelfer/innen und andere Berufsgruppen ergänzen das Team in bestimmten Bereichen.

Pflege ist ein prozesshaftes Geschehen, welches von der Aufnahme ins Krankenhaus bis zur Entlassung überall stattfindet. OP-Pflegefachpersonen sind während des Aufenthalts im OP für die Patienten/innen verantwortlich. Sie haben in dieser Zeit oft Angst oder fühlen sich unsicher, weil sie nicht genau wissen, was auf sie zukommt. OP-Pflegefachpersonen kommt hier eine ganz besondere Rolle zu:

Ob man es jetzt fachkundige Betreuung oder Pflege im OP nennt, eines ist gleichgeblieben. Die Angst und die Erwartungen der Patienten/innen, wenn sie die Leistungen einer OP-Abteilung in Anspruch nehmen müssen. Neben einem Höchstmaß an Behandlungsqualität und Sicherheit haben Pflegenden die Aufgabe, für ihr psychisches Wohlbefinden, die Wahrung der Intimsphäre und den Datenschutz zu sorgen.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg in Ihrem Einsatzgebiet und freuen uns auf Ihre Anregungen!

Ihre Fachgruppe OP im DBfK Südost e.V.

Annett Arndt, Dietrich Balsing, Iris Bayer, Michaela Bohn,
Petra Meier, Heike Schlemmert und Ruth Wolfertshofer

1 Die Kunst des Einschleusens

Viele Patientinnen und Patienten machen sich vor einer Operation große Sorgen. Sie haben Angst, weil sie die genauen Abläufe nicht kennen. Weil sie aufgrund der Narkose anderen völlig ausgeliefert sind, fühlen sie sich unsicher. OP-Pflegefachpersonen haben eine Schlüsselrolle inne, denn sie sorgen dafür, dass sich Patientinnen und Patienten in guten Händen fühlen. Das gibt ihnen Sicherheit.

In der Schleuse werden die Patienten/innen zunächst auf dem vorbereiteten Operationstisch gelagert und zur Narkoseeinleitung oder in den Operationsaal gefahren. Ziel ist es, sie sicher und zeitgerecht einzuschleusen und dabei sowohl ihre Intimsphäre zu wahren als auch ihre individuellen Einschränkungen zu berücksichtigen.

Die Aufgaben der Pflegefachpersonen

- Pflegenden begrüßen den/die Patienten/in. Sie stellen sich mit Namen und Funktion vor, um eine gute Arbeitsbeziehung aufzubauen.
- Sie schaffen Vertrauen, um die Angst zu reduzieren und gehen auf kulturelle bzw. religiöse Bedürfnisse ein (z.B. Mann schleust Mann ein, Frau schleust Frau ein).
- Bei der Übergabe mit dem/r begleitenden Kollegen/innen holen sie die relevanten Informationen ein und kontrollieren die Unterlagen auf Vollständigkeit.
- Sie klären ab, ob der/die Patient/in nüchtern ist.
- Sie überprüfen den Namen und das Geburtsdatum, um eine Verwechslung auszuschließen und prüfen anschließend, welche die richtige OP-Seite ist.
- Sie klären, ob Allergien vorliegen, erfassen den Allgemeinzustand und beginnen mit dem Wärmemanagement.
- Sie schätzen die individuelle Dekubitusgefahr ein, überprüfen diese anhand der voraussichtlichen OP-Dauer und des Hautzustandes und leiten geeignete Interventionen ein.
- Anschließend lagern sie den/die Patienten/in vom Bett auf den OP-Tisch um.
- Bei Operationen mit Röntgen achten sie auf den Strahlenschutz.
- Danach beginnen sie die Lagerung, denn ein wacher Mensch kann am besten sagen, was bequem ist und ob Vorerkrankungen bestehen (zum Beispiel an der Wirbelsäule oder an den Gelenken).
- Pflegende beachten jederzeit die Hygienerichtlinien (insbesondere bei MRSA).

2 Anästhesie im OP

Die Patientinnen und Patienten werden vorübergehend in einen Zustand versetzt, in dem die für die OP notwendige Schmerzfreiheit, Muskelrelaxation und Dämpfung vegetativer Reflexe gewährleistet ist. Die Anästhesie übernimmt dabei die Verantwortung für die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während der Eingriffe, von der Prämeditation bis zum Aufwachen. In der Regel steht ihr eine Pflegefachperson für Anästhesie und Intensivmedizin zur Seite. Deren Kernaufgabe ist die kontinuierlichen Überwachung und Begleitung der Patienten/innen sowie die Vor- und Nachbereitung der Geräte, der Medikamente und des Materials. Je nach Eingriff kommen unterschiedliche Anästhesieverfahren zum Einsatz – die Allgemeinanästhesie, die Regionalanästhesie oder die Lokalanästhesie.

Die Aufgaben der Pflegefachpersonen

- Pflegende betreuen und überwachen den/die Patienten/in vor, während und nach dem operativen Eingriff.
- Der/die Patient/in muss zunächst vollständig und formal-juristisch korrekt zur Art der Anästhesie, zu den Wirkungen, Nebenwirkungen und möglichen Komplikationen sowie zum Verhalten vor und nach der OP aufgeklärt werden.
- Pflegende verabreichen die gegebenenfalls verordnete Prämedikation korrekt und rechtzeitig.
- Außerdem überwachen sie das Herz- und Kreislaufsystem, bei ausgewählten Narkoseverfahren auch mittels Monitoring.

3 Die spezielle OP-Lagerung

Oberstes Ziel ist es, Menschen vor, während und nach einer Operation vor Lage- rungsschäden zu bewahren. Für die richtige OP-Lagerung ist allerdings entscheidend, in welchem Zustand der Patient und die Patientin ist, also welche persönlichen Ressourcen er/sie mitbringt und welche OP-Indikation vorliegt. Weil der Operateur gleichzeitig den bestmöglichen Zugang zum Operationsgebiet braucht, muss der Lagernde eine hohe fachliche Expertise mitbringen. Die Lagerung fällt prinzipiell in den Aufgabenbereich des Operateurs. Mitlagernde OP-Pflegefachpersonen handeln im Auftrag und nach Anweisung des Operateurs, der die rechtliche Verantwortung für die Richtigkeit seiner Anordnungen trägt (Anordnungsverantwortung). In der Regel liegen Standards vor, die dann individuell angepasst werden.

Während einer Operation sollten Patienten/innen trocken und auf einer falten- freien Unterlage liegen und gut gesichert sein, damit sie nicht herunterrutschen oder fallen. Bei der Lagerung sollten keine Druckstellen entstehen, so dass die Dekubitusprohylaxe gewährleistet ist. Bereits vor der Operation, während des Eingriffs und auch danach sollten Patienten/innen mit Decken gewärmt bzw. von einem Patientenbewärmungssystem versorgt werden. Wichtig ist außerdem ein ausreichender Schutz vor Röntgenstrahlen.

Die Lagerung erfordert Kenntnisse über

- **OP-Tische**
Höhen- und Neigungsverstellbarkeit, Verstellbarkeit der einzelnen Operations- lageflächen, viscoelastische Schaumpolsterung, Röntgentransparenz
- **Lagerungshilfsmittel**
Polster mit viskoelastischem Schaumkern und Gelpolster, alle Arten von Kissen, Rollen, Halbrollen, Operationstischauflagen und Vakuummatten
- **Operationstischzubehör**
Stützen oder Halterungen, Radialkolben, Armtische, Armlagerungsvorrichtungen, Armschienen, Narkosebügel, zusätzliche OP-Tischplatten, Beinhalterungen und Spezialaggregate, zum Beispiel Extensionstisch, Knielagerungsaggregate, Kopfextensionen
- **Hygiene**
Hygienische Händedesinfektion → Patientenschutz
- **Hochfrequenz-Chirurgie**
Verwendung von hochfrequentem Strom bei Einsatz von metallischen Materia- lien → Schutz vor Verbrennungen

- **intraoperativ angewandte bildgebende Verfahren**
Dreitägiger Strahlenschutzkurs, C-Bögen, 3 D-Scan → Röntgenschutz
- **patientenorientierte Kommunikation**
- **Dokumentation**
PC-Dokumentation der Lagerungsart
- **psychologische Patientenführung**
(besonders beim Einschleusen und bei Teilnarkosen)

Lagerungsarten und Indikationen

- **Rückenlage**
Chirurgische Eingriffe, bei denen eine Lagerung auf dem Rücken notwendig ist finden sich in vielen chirurgischen Fachdisziplinen. Sie kann auch als Grundaus- gangssposition betrachtet werden. Beispielsweise wird sie in der Allgemein- chirurgie bei Leistenhernien und Eingriffen am Magen-Darm-Trakt, bei herz- chirurgischen Operationen und bei unfallchirurgischen Operationen (z.B. Sprung- gelenksfrakturen) angewandt.
- **Steinschnittlage**
Bei der hohen Steinschnittlage (gynäkologische Eingriffe) und bei der flachen Steinschnittlage (Sigma- und Rektumresektionen) werden die Beine in so ge- nannten Beinhaltern nach Goepel gelagert. Die Beinhalter werden links und rechts am OP-Tisch in Höhe der Hüftgelenke angebracht und soweit abduziert, bis eine Achse von Fußspitze und Knie eines Beines mit der gegenüberlie- genden Schulter entsteht. Danach werden die Beinhalter entsprechend der OP-Indikation flach oder hoch eingestellt. Auch geeignet sind gasdruckunter- stützende Beinhalter mit abgepolsterten Unterschenkelstiefeln und die Lagerung der Füße in Beinhaltern mit abnehmbaren Fersenschlaufen.

Möglich ist auch eine Trendelenburg-Lagerung (Beckenhochlagerung) mit beid- seitigen Schulterstützen. Den gleichen Effekt haben auch kurze Vakuum- matratten, die um die Schultern modelliert werden. Sie verteilen den Druck allerdings mehr auf den Rücken und weniger auf den Schultern, als dies bei Schulterstützen der Fall ist.
- **Beach-chair-Lagerung**
Dabei handelt es sich um eine sitzende Lagerung zum Beispiel bei Oberarm- und Schulteroperationen (Nagelungen, Verplattungen und Arthroskopien). Damit der Operateur freien Zugang zum OP-Gebiet erhält, wird der OP-Tisch mit einem herausnehmbaren Schulterteil umgerüstet.

- **Bauchlage**

Bei Eingriffen im gesamten Rückenbereich, wie beispielsweise neurochirurgische Operationen an der Wirbelsäule (Bandscheibe, Laminektomien und interne Fixateure) oder auch Operationen zur Knochenmarksentnahme liegt der/die Patient/in auf dem Bauch. Er/sie wird entweder nach der Narkose auf demselben Tisch in Bauchlage gedreht oder im OP-Saal auf einem zusätzlich vorbereiteten OP-Tisch in dieser Position gelagert. Die benötigten Lagerungshilfsmittel wie z. B. Armauslegertisch, Bauchkissen/Bauchrahmen, kleine Halbrolle für Fersen liegen schon bereit, so dass der/die Patient/in gleich positioniert werden kann.

- **Seitenlage**

Die Seitenlage wird auch Thorax- oder Flankenlagerung bezeichnet und ist bei Eingriffen an der Lunge oder beispielsweise in der Urologie bei Eingriffen an der Niere relevant. Für die Lagerung wird entweder eine körperlange Vakuummatte verwendet, die um den/die Patienten/in modelliert und evtl. noch mit einer Seitenstütze abgesichert wird. Alternativ wird der/die Patient/in mit verschiedenen Seitenstützen, Tunnel, Kissen und Armauslegern positioniert und fixiert.

Komplikationen

Wenn Lagerungsschäden auftreten, handelt es sich um oberflächliche Schürfungen, leichtere bis tiefergehende Druckstellen aber auch um bleibende Schädigungen. Folgende Körperteile können betroffen sein:

- **Haut und Weichteile**

Es kann zu Druckschäden der Haut und der darunter liegenden Gewebe kommen. Gefährdet sind Patienten/innen mit schlechter Zirkulation und neurologischen Vorschäden wie zum Beispiel bei Diabetes mellitus und Arteriosklerose.

- **Gelenke und Bandapparat**

Wegen fehlender Schutzreflexe werden bei unbedachten Bewegungen Gelenken und Gliedmaßen beeinträchtigt.

- **Nerven**

Bei direkter Kompression, Zug oder Druck werden aufgrund von Minderdurchblutung die Nerven geschädigt.

- **Gefäße**

Schäden entstehen, wenn Blutgefäße extrem komprimiert werden oder wenn Lagerungen zum Abknicken von Gefäßen führen, beispielsweise bei einer Bauchlage.

- **Augen**

Zu Erosionen an der Hornhaut kann es bei fehlendem Lidschuss und gleichzeitiger Abnahme der Tränenproduktion während der Narkose kommen.

4 Vorbereitung der Geräte und Materialien

Das Medizinproduktegesetz und die Medizinproduktebetrieberverordnung sorgen für die Sicherheit und den Schutz der Patienten/innen und Mitarbeiter/innen und geben Auskunft über die Eignung und Leistung der Medizinprodukte. Darin finden sich außerdem Regelungen über die Einweisung der Anwender, die sicherheitstechnischen Kontrollen, Funktionsprüfungen, Meldepflichten bei Vorkommnissen und Risiken sowie die Dokumentation. Bei Medizinprodukten handelt es sich um alle verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Software, Stoffe oder andere Gegenstände, die zur Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen bestimmt sind.

Einsatz medizinisch-technischer Geräte

Medizinprodukte dürfen nur von Personen verwendet werden, die entsprechend ausgebildet sind bzw. die erforderliche Erfahrung und Kenntnis besitzen. Es gilt der Grundsatz – keine Anwendung ohne Einweisung. Nur wer das Gerät regelmäßig bedient, um mit ihm vertraut zu werden und wer die möglichen Quellen für Bedienungsfehler kennt, kann es auch sicher und korrekt anwenden. Vor der ersten Inbetriebnahme am Tag muss sich jeder von der Funktionsfähigkeit und dem ordnungsgemäßen Zustand des Medizinproduktes überzeugen. Dazu gehören die Kontrolle auf äußere Unversehrtheit und Vollständigkeit sowie das erste Anschalten des Gerätes (funktionieren das Gerät selbst sowie alle Kontrollleuchten und Warnsignale?).

Der Instrumententisch

Beim Aufbau des Instrumentiertisches arbeitet die instrumentierende Pflegekraft (IPK) sehr sorgfältig. Die IPK und alle Mitarbeiter/innen müssen ständig beobachten, ob die Sterilzone (also der ausreichende Abstand zu allen unsterilen Flächen) eingehalten wird.

Nach der chirurgischen Händedesinfektion und dem sterilen Ankleiden werden gemeinsam mit der assistierenden Pflegekraft (APK) der Instrumentiertisch und die erforderlichen Beistelltische mit sterilen Tüchern und Bezügen abgedeckt. Anschließend reicht die APK alle Materialien unter Einhaltung der aseptischen Grundregeln systematisch an. Die Instrumentierende Pflegekraft (IPK) nimmt alle Instrumente aus den Siebcontainern, somit kann sie gleichzeitig kontrollieren, ob alle Instrumente im Sieb vollständig und korrekt zusammengebaut sind. Die

Instrumente und Materialien sollten sicher auf dem Tisch liegen und so angeordnet sein, dass die IPK alle benötigten Materialien gut überblicken kann und sie leicht erreicht. Der Aufbau des Instrumentiertisches erfolgt nach den Erfordernissen der Operation. Eine Auswahl der Grund- und Zusatzinstrumente werden auf der Tischfläche angeordnet, die Systeme gleichzeitig einsatzbereit montiert und bereitgelegt. Nach Rückgabe durch den Operateur erfolgt die Reinigung der Instrumente.

Die Zählkontrolle

Fremdkörper im OP-Gebiet können großen Schaden anrichten. Zu den möglichen Folgen zählen Infektionen, Sepsis- und Fistelbildungen, Perforationen von Hohlorganen sowie Läsionen von großen Gefäßen und Nerven, zuweilen auch mit tödlichem Verlauf. Die Zählkontrolle ist daher wichtig, um auszuschließen, dass unbeabsichtigt Fremdkörper im OP-Gebiet vergessen oder übersehen werden. Die Zählkontrollen können nur unter Mitwirkung des gesamten OP-Teams korrekt ausgeführt werden. Der Instrumentier- und Springerdienst überprüft vor, während und nach der OP, ob alle verwendeten Materialien vollständig sind – und das mit größtmöglicher Sorgfalt.

Leihinstrumente und Implantate

Wenn für bestimmte Operationen ein spezielles Instrumentarium oder Implantat benötigt wird, kommen so genannte Leihsets zum Einsatz. Diese werden dann zielgerichtet von der jeweiligen Firma für die jeweilige Operation geordert und nach der Anwendung wieder zurückgegeben.

Dokumentation von Implantaten

Implantate sind künstliche Stoffe und Teile, die für einen begrenzten Zeitraum oder auf Lebenszeit im menschlichen Körper eine Ersatzfunktion erfüllen. Eine genaue Dokumentation ist wichtig, damit bei Rückrufaktionen oder Komplikationen eine eindeutige Identifikation und Zuordnung möglich ist. Der Patient und die Patientin erhalten außerdem einen Implantatepass mit allen wichtigen Informationen zum Medizinprodukt (z.B. Seriennummer) und zum Hersteller. Spezielle Patienteninformationen klären außerdem über notwendige Verhaltensweisen und erforderliche Kontrolluntersuchungen auf.

5 Präoperative Patientensorge

Wesentliche Aspekte der präoperativen Patientensorge sind das Wärmemanagement, das so genannte Team-Time-Out, Gespräche mit wachen Patienten/innen und Prophylaxen.

Wärmemanagement – das ist wichtig

- Alter des/r Patienten/in
- Schwere der Erkrankung
- Saaltemperatur
- Dauer des Eingriffs (bis zu zehn Minuten, länger als 60 Minuten)
- Art des Operationsverfahrens (offen chirurgisch, minimalinvasiv, hyperthermisch, etc.)
- Vermeidung von Überwärmung (zum Beispiel bei Verbrennungen)
- Art der Narkose (Vollnarkose, Spinalanästhesie, Lokalanästhesie, Regionalanästhesie, etc.)
- Patientenabdeckung (Teilabdeckung, Ganzkörperabdeckung, Dampfundurchlässigkeit, -durchlässigkeit, etc.)
- Art der Lagerung (Extensionstisch, Schultertisch, gynäkologische Lagerungen, Steinschnittlagerung, etc.)

Zu den Wärmeverfahren gehören zum Beispiel Baumwolltücher, Wärmematte, Wärmedecken, OP-Strümpfe, Frotteetücher und Moltondecken.

Team-Time-Out

Das Team-Time-Out ist der letzte Check bevor eine Operation beginnt. Folgendes wird anhand einer Liste noch einmal kontrolliert:

- Handelt es sich um den/die richtige/r Patient/in (Vorname, Nachname, Geburtsdatum)?
- Welche Operation ist es und welche Seite wird operiert?
- Hat der/die Patient/in besondere Risiken (Allergien, Herz-Kreislauf-erkrankungen, etc.)?
- Braucht der/die Patient/in eine Antibiose?
- Sind alle Materialien für die OP vor Ort?

In einer Anwendervorschrift ist festgelegt, wer den Team-Time-Out verantwortet.

Begrüßung der Patientinnen und Patienten

Die Pflegefachperson stellt sich mit Vor-/Nachnamen und Funktion vor, befragt den/die Patienten/in zum Eingriff, zu körperlichen Einschränkungen sowie Allergien und erklärt die nächsten Schritte (zum Beispiel, dass sie eine Neutralelektrode aufklebt).

Prophylaxen

• Thromboseprophylaxe

Die Pflegefachperson klärt, ob der/die Patient/in Kompressionstrümpfe benötigt oder wegen einer allgemeinen Gefäßverschlusskrankheit keinen anziehen darf.

• Nervenschädigungen vermeiden

Bei der Lagerung auf dem OP-Tisch achten die Mitarbeiter/innen darauf, dass der Ellbogen des/der Patienten/in abgepolstert ist, um eine Schädigung des Nervus ulnaris zu verhindern.

• Dekubitusprophylaxe

Eine druckentlastenden OP-Tischauflage senkt das Dekubitusrisiko.

• Zerrungen, Krämpfen und Luxationen vermeiden

Bei der Lagerung sollten die Mitarbeiter/innen auf die Prinzipien der Kinästhetik achten, die Extremitäten des/der Patienten/in sollten sich außerdem in Funktionsstellung befinden.

6 Interoperative Aufgaben

Die Anforderungen der Pflege im Operationsdienst sind aufgrund technischer Veränderungen in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Auch das Aufgabenspektrum hat sich erweitert. Der Operationsdienst lässt sich in so genannte operationsrelevante und in operationsspezifische Tätigkeiten aufteilen. Die jeweiligen Aufgaben erfüllen instrumentierende und assistierende Pflegefachpersonen.

Allgemeine Kenntnisse und Leistungen im Operationsdienst umfassen

- die Hygienerichtlinien des RKI und die Arbeitssicherheitsvorschriften,
- den sicheren Umgang mit der Pflegedokumentation,
- die Qualitätssicherung in der OP-Abteilung,
- Team und Konfliktfähigkeit,
- gute Kommunikations- und Organisationsfähigkeit,
- Empathie bei der psychische Betreuung von Patienten/innen,
- pflegerisches Wissen (z.B. über Katheterismus und Strahlenschutz),
- den Umgang mit hochfrequenten Elektrochirurgiegeräten sowie
- didaktische Fähigkeiten zur Vermittlung fachpraktischer und theoretischer Fertigkeiten.

Operationsspezifischen Aufgaben

Bei den operationsspezifischen Aufgaben handelt es sich um Kenntnisse, die im direkten Bezug zu einem operativen Eingriff stehen, wie beispielsweise

- die Vorbereitung des OP-Saales mit allen medizinischen Geräten, dem Instrumentarium und Verbrauchsmaterialien,
- die Vorbereitung der OP-Tische,
- das Einschleusen des/r Patienten/in,
- die operationsspezifischen Lagerung,
- das Anlegen einer Blutsperre/Blutleere,
- situationsgerechtes, schnelles Instrumentieren,
- die Saalassistenten,

- die Vorbereitung und das Anlegen von Gipsverbänden,
- das Fortführen der Dokumentation,
- die Annahme, Beschriftung und das Versenden von Präparaten für die Bakteriologie, Pathologie und Histologie sowie
- die Dokumentation und Kontrolle der Raumlufftechnischen Anlagen (RLTA).

Die Arbeit in einem OP-Saal erfordert ein ruhiges und methodisch überlegtes Vorgehen auch dann, wenn im äußersten Notfall Hektik aufkommt. Pflegende handeln nach ausgearbeiteten Standards, die jederzeit, auch in besonders prekären Notfallsituationen, ein hohes Maß an Qualität garantieren. Neben einem Verständnis für operationstechnische Anforderungen sind auch kommunikative Fähigkeiten erforderlich, weil bei einer Operation verschiedene Berufsgruppen kooperativ zusammenarbeiten.

7 Postoperative Patientensorge

Säubern

Der Operateur und die instrumentierende Pflegefachperson waschen den Patienten und die Patientin nach der Operation. Sie entfernen Blut und sonstige Flüssigkeiten. Dies erfolgt unter aseptischen Bedingungen.

Verbände anlegen

Bevor der/die Patient/in aus der Narkose aufwacht, soll der Verband steril angelegt und kann bei Bedarf flüssigkeitsresorbierend sein. Um ein postoperatives Hämatom zu vermeiden, sollte auch eine eventuelle Kompression in Erwägung gezogen werden. Hat der/die Patient/in eine arterielle Verschlusskrankheit (AVK), dürfen für Extremitäten keine komprimierenden Verbände verwendet werden.

Entlagern

Bei der so genannten Entlagerung kommt es darauf an, den Patienten/die Patientin genau zu beobachten, damit keine Quetschungen und Zerrungen entstehen. Dabei sollte auch der ganze OP-Tisch eingesehen werden können, um technischen Fehler zu vermeiden. Werden Anbauteile entfernt, sollte der Patient/die Patientin immer von einem Kollegen/einer Kollegin gesichert werden. Besondere Aufmerksamkeit ist gerade bei der Entlagerung des Kopfes geboten, um eine Schädigung der Halswirbelsäule zu vermeiden.

Aufwachen

In der Aufwachphase sind die Patienten/innen oft sehr unruhig. Sie sollten deshalb auf dem OP-Tisch sicher fixiert sein. Während der Narkoseausleitung muss der Springer im Saal sein, um den Kollegen/innen der Anästhesie bei kritischen Situationen helfen zu können.

Abschließen

Erst wenn alle verwendeten Materialien gezählt wurden und vollständig sind, darf der Abfall aus dem Saal geräumt werden. Die Mitarbeiter/innen kontrollieren, ob alle Untersuchungsmaterialien richtig verpackt und beschriftet sind. Am Ende der OP erfolgt noch die Kontrolle und Freigabe der Dokumentation.

Übergeben

An der Schleuse wird der/die Patient/in an die Kollegen/innen im Aufwachraum (AWR) oder der Station übergeben. Beim Ausschleusen achten die Pflegenden darauf, dass die Infusionen und Drainagen frei sind. Besondere Vorkommnisse und Informationen zu den Drainagen und Verbänden geben sie weiter. Die Pflegenden kontrollieren noch einmal, ob auch alle Patientenunterlagen wieder vollständig sind. Diese werden dann an das Pflegepersonal vom Aufwachraum oder an die Pflegegruppe übergeben.

8 Kinder im OP

Kinder im OP sind für alle beteiligten Berufsgruppen in der Operationsabteilung herausfordernd. Neben altersspezifischen, anatomischen und physiologischen Merkmalen des Kindes liegt das Hauptaugenmerk auf den psychischen Bedingungen, unter denen das Kind Krankheit und Operationen erlebt. Eine ruhige und geborgene Atmosphäre hilft dem Kind, sein Angstgefühl zu reduzieren. In den meisten Fällen werden die Kinder von einem Elternteil bis zur Patientenschleuse begleitet. Das Kind sollte nie alleine gelassen werden. Beruhigend ist, wenn es einen vertrauten Gegenstand (z.B. Kuscheltier) mit in den OP nehmen darf.

Alle Grundsätze aus der Erwachsenen Chirurgie gelten im Übrigen auch für die Kinderchirurgie. Auf Unterkühlungsgefahr (Wärmemanagement, Raumtemperatur im OP-Saal) sollte besonders geachtet werden. Übrigens haben Kinder ein Recht auf wahrheitsgetreue Information in einer für sie verständlichen Sprache.

9 Gäste im OP

Gäste sind während einer Operation nur vorübergehend anwesend, zum Beispiel Angehörige, Außendienstmitarbeiter/innen, Krankenpflegeschüler/innen, Rettungsassistenten/innen, Hospitanten/innen, Besucher/innen und Besuchergruppen und Medizinprodukteberater/innen i.S. des § 31 des MPG. Die Gemeinsamkeit aller besteht darin, dass sie die besonderen Regeln, Anforderungen und auch das hygienegerechte Verhalten in einer OP-Abteilung nicht kennen.

Richtlinien erarbeiten

Für das richtige und hygienegerechte Verhalten sorgen folgende Richtlinien:

- Gäste melden sich bei der OP-Leitung rechtzeitig an.
- Sie erhalten eine Einweisung in das korrekte Einschleusen, die hygienische Händedesinfektion und die allgemeinen Hygieneregeln.
- Sie werden über den Datenschutz, das hygienische Verhalten bei infektiösen Patienten/innen, den Strahlenschutz und den Brandschutz belehrt.

Nehmen Medizinprodukteberater/innen (MPB) an einer Operation teil, muss der Patient/die Patientin vorher informiert werden, auch Foto- oder Filmaufnahmen sind nur mit schriftlicher Zustimmung erlaubt. Patientenbilder auf „Testgeräten“ sind unverzüglich nach Ende der OP zu löschen. Sind Medizinprodukteberater bei Röntgenaufnahmen anwesend, muss vorab eine Strahlenschutzbelehrung erfolgen und ein Dosimeter getragen werden. Die Anwesenheit des MPB im OP wird zudem im Protokoll dokumentiert.

10 Hygiene im OP

„Die Pflegenden gewährleisten bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten der Menschen“ (ICN-Ethikkodex).

Die Einhaltung der hygienischen Maßnahmen und Verhaltensweisen ist eine grundlegende Voraussetzung, um die Sicherheit des/r Patienten/in zu gewährleisten. Sie schützen aber auch die Mitarbeiter/innen selbst.

Händehygiene

„Die Hände des Personals werden bei Maßnahmen am/an der Patienten/in sowie bei Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung mit potentiell pathogenen Erregern kontaminiert und sind die wichtigsten Überträger von Krankheitserregern. Die hygienische Händedesinfektion gilt weltweit als die wirksamste Einzelmaßnahme zur Unterbrechung von Infektionsketten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und damit zur Prophylaxe von nosokomialen Infektionen“ (Robert-Koch-Institut 2016).

Die vier wichtigsten Bausteine der Händehygiene sind

- **die Händewaschung/ -reinigung**

Vor Arbeitsbeginn und nach Arbeitsende, nach Husten, Niesen, Schneuzen, nach dem Toilettengang und bei sichtbarer Verschmutzung sollen die Hände gewaschen werden. Häufiges Waschen begünstigt allerdings Hautreizungen, weil Wasser der Haut Fett entzieht. Dadurch ist keine ausreichende Keimreduktion gewährleistet.

- **die Händedesinfektion (HD)**

Die korrekte Händedesinfektion ist die wirksamste Maßnahme zur Keimreduktion. Voraussetzung ist, dass an den Händen und Unterarmen keine Uhren und keine Schmuckstücke getragen werden, da sonst die Wirksamkeit der Händedesinfektion vermindert wird. Die fünf Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion sind vor und nach Patientenkontakt, vor aseptischen Tätigkeiten (im OP, vor allem auch der Umgang mit Sterilgütern), nach Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung und nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material. Die so genannte chirurgische Händedesinfektion wird vor invasiven Eingriffen vorgenommen.

- **Benutzung von Schutzhandschuhen**

(Unsterile) Schutzhandschuhe werden zum Schutz vor Kontamination mit Blut, Sekreten und Exkreten einschließlich Krankheitserregern (zur Unterbrechung von Infektionsketten) und zum Schutz vor Chemikalieneinwirkung (z. B. bei Desinfektionsmaßnahmen) getragen. Das sind so genannte aseptische Tätigkeiten, also Arbeiten mit vorhersehbarer und wahrscheinlicher Erregerkontakt, bei möglichen Verunreinigungen mit Ausscheidungen, Sekreten und Exkreten und bei Feuchtarbeiten.

- **Pflege der Hände**

Eine gesunde und gepflegte Haut ist die beste Voraussetzung für eine korrekte Händehygiene und dient dem Arbeitsschutz. Berufsbedingte Hauterkrankungen entstehen, wenn nicht genügend Hautschutz- und Hautpflegemittel verwendet wird.

Hautschutzpräparate schützen vor Irritationen und sollten vor und auch in den Arbeitspausen aufgetragen werden, sie unterstützen die Regeneration der Haut. Es wird empfohlen, Sie auch bei Dienstende und in der Freizeit zu verwenden.

Schutzkleidung

Bereichskleidung, die farblich kodiert und ausschließlich im Bereich OP getragen wird, soll verhindern, dass nosokomiale Infektionserreger aus anderen Bereichen in die OP-Abteilung gelangen. Dazu legen alle Personen vor dem Betreten des OP in der Personalschleuse die Bereichskleidung, Schuhe, Haube und Mund-Nasen-Schutz an.

Das OP-Team muss einen sterilen OP-Mantel und sterile OP-Handschuhe tragen. Bei der Betreuung jeder/s Patienten/in ist die Basishygiene Pflicht. Diese dient sowohl dem Schutz anderer Patienten/innen als auch der Beschäftigten. Dazu gehören insbesondere die Händehygiene, die Reinigung und Desinfektion von Flächen, die Aufbereitung von Medizinprodukten, die Abfallentsorgung, der Umgang mit Wäsche und die persönliche Hygiene inklusive die persönliche Schutzausrüstung.

Hygieneanforderungen bei biologischen Arbeitsstoffen

Biologische Arbeitsstoffe (d.h. Mikroorganismen) können beim Menschen gesundheitliche Gefährdungen (Infektionen, Allergien, toxische Wirkungen) verursachen, wenn sie in den Körper gelangen. Um einer möglichen Gefährdung entgegenzuwirken, ist der Arbeitgeber dazu verpflichtet, erforderliche technische, bauliche sowie organisatorische Maßnahmen zu ergreifen und sicherzustellen, dass die erforderlichen Hygienemaßnahmen erfolgen. Das schließt eine regelmäßige Un-

terweisung der Mitarbeiter/innen über die möglichen Gefahren für die Gesundheit, die Einhaltung der getroffenen Schutzmaßnahmen und das Tragen von persönlicher Schutzausrüstung ein.

Für Jugendliche und werdende oder stillende Mütter müssen Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen mit den Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes und des Mutterschutzgesetzes und dessen zugehörigen Verordnungen vereinbar sein.

Aufbereitung von Medizinprodukten

Medizinprodukte erfordern mittlerweile ein sehr umfangreiches Wissen über Richtlinien und DIN-Normen sowie Verständnis zu Aufbereitungsprozessen, so dass deren Aufbereitung nicht mehr von qualifizierten OP-Pflegefachpersonen bewältigt werden kann. Diese Aufgabe erledigen eigene Aufbereitungseinheiten. Das sind erfahrenen Kollegen/innen mit allen erforderlichen Kenntnisprüfungen, die so genannten Fachkunde für Sterilisationsassistenten/innen.

In der Medizinproduktebetriebsverordnung steht, dass die Aufbereitung von Medizinprodukten nur unter Berücksichtigung der Herstellerangaben und mit geeigneten validierten Verfahren durchzuführen ist.

Zum Aufbereitungsprozess gehören folgende Einzelschritte:

- Vorreinigung der bei der Operation benutzten Instrumente
- Instrumente soweit möglich zerlegen und siebbezogen in geeignete Waschsiebe entsorgen
- Transport vom Anwender zur Aufbereitungseinheit
- Maschinelle Reinigung und Desinfektion in geeigneten Reinigungs- und Desinfektionsgeräten
- Kontrolle auf Sauberkeit und Unversehrtheit (defekte Instrumente werden für Reparatur aussortiert und durch Ersatz aufgefüllt)
- Zusammenstellen der Siebe und Verpacken in Sterilbarrieresysteme (z.B. Container-, Vliesstoff- und Folienschlauchverpackungen, inklusive Kennzeichnung)
- Dampfsterilisation bei 134°C als Standardverfahren (bei thermolabilen Instrumenten kommt ein Niedertemperaturverfahren – z.B. der Ethylenoxid-, Formaldehyd- oder Wasserstoffperoxidsterilisation – zur Anwendung)
- Dokumentation der Aufbereitung und Freigabe des Sterilguts für die nächste Anwendung
- Vor der nächsten Anwendung: Kontrolle auf Sterilität, Sauberkeit, Vollständigkeit und Funktion

Reinigung im OP

In der Regel gibt es im OP eine Zwischen- und eine Endreinigung, in besonderen Fällen ist teilweise eine „erweiterte Zwischenreinigung“ im Hygieneplan definiert. Die Zwischenreinigung erfolgt bei jedem Patientenwechsel, die Endreinigung einmal täglich (nach dem Tagesprogramm), die erweiterte Zwischenreinigung bei Bedarf. Die OP-Pflegefachperson beauftragt die Mitarbeiter/innen des Reinigungsdienstes und kontrolliert das Ergebnis.

Entsorgung von Abfällen

Bei dem im Operationssaal anfallenden Abfall werden besonders aus infektiönspräventiver Sicht hohe Anforderungen an dessen Entsorgung gestellt. Es handelt sich in vielen Fällen um Materialien, die möglicherweise mit erregertauglichem Blut/ Serum, Exkret oder Sekret kontaminiert sind. Unter Umständen ist auch Blut / Serum in flüssiger Form enthalten (getränkte Bauchtücher, Spül- und Saugsysteme) sowie Gewebe von Patienten/innen. Diese Abfälle werden im OP in reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und dichten Behältnissen gesammelt und entsorgt. Zum Schutz aller Beteiligten werden bei Abfällen, die mit besonderen meldepflichtigen Erregern behaftet sind, bei spitzen oder scharfen Gegenständen, bei größeren Mengen von Körperflüssigkeiten in Behältnissen, großen Organabfällen (z.B. Resektate und Amputate) oder größere Mengen an Chemikalien (z.B. nicht verbrauchte konzentrierte Reinigungs- und Desinfektionsmittel) nochmals spezielle Vorkehrungen getroffen.

11 Versorgung von Verstorbenen

Der unerwartete Tod eines/r Patienten/in und der Tod nach einer Organspende ist für das gesamte OP-Team herausfordernd. Dabei sollte den Mitarbeitern/innen stets bewusst sein: Die Würde des Menschen ist unantastbar auch über den Tod hinaus.

Bei einem unerwarteten Tod empfehlen sich die Schritte

- Alle zentralen und peripheren Zugänge und den Katheter entfernen
- Alle Wunden und Einstichstellen säubern und mit neuen Verbänden versorgen
- Die Augen schließen (evtl. mit Tupfern)
- Ein gerolltes Tuch unter das Kinn legen
- Ein sauberes Tuch über den Verstorbenen legen
- Den Verstorbenen vom OP-Tisch ins Bett umlagern (ihn in die Mitte des Bettes auf den Rücken legen, den Kopf auf ein Kopfkissen betten, die Hände übereinanderlegen, die Beine ausstrecken und eine saubere Bettdecke über ihn legen)
- Die Intensivstation oder die Station verständigen, damit der Verstorbene abgeholt werden kann.
- Der/die Anästhesist/in übergibt den Verstorbenen abschließend mit sämtlichen Unterlagen / Dokumenten an das „abholende Team“.

Nach Explantation bei Organspende empfehlen sich diese Schritte

- Alle Zu- und Ableitungen entfernen
- Darauf achten, dass alle Verbände sauber und ordentlich angebracht sind
- Die Augen schließen
- Ein gerolltes Tuch unter das Kinn legen
- Ein sauberes Tuch über den gesamten Körper legen
- Die Station zum Abholen verständigen
- Bei der Umlagerung vom OP-Tisch ins Bett behilflich sein
- Den Verstorbenen ordentlich im Bett platzieren und ganz mit einer Decke bedecken
- Sämtliche Dokumente / Unterlagen mitgeben
- Abschied nehmen

Mit der Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (irreversibler Hirnfunktionsausfall) ist der Mensch naturwissenschaftlich-medizinisch tot. Die Voraussetzung für die Zulässigkeit der Entnahme von Organen oder Geweben ist in §3Abs.1 Nr.2 des Transplantationsgesetzes geregelt.

Der Tod eine/r Patienten/in ist für das OP-Team emotional oft belastend. Miteinander darüber zu reden ist Gold wert.

Eine große Hilfe sind darüber hinaus gezielte Angebote, damit Pflegende den Tod besser verarbeiten:

- Mit Seelsorgern oder Psychologen sprechen
- „Explantation“ in Teamsitzungen thematisieren
- Fort- und Weiterbildung zu den Themen Tod und Organentnahme anbieten
- Bericht der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) nach erfolgter Organentnahme für alle zugänglich machen
- Die DSO zu einer Teambesprechung und Schulung einladen
- Einen Leitfaden, Konzepte oder Strategien zu diesen Themen im Team entwickeln

12 Gesundheitsmanagement

„Die Pflegenden achten auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung nicht zu beeinträchtigen“ (ICN-Ethikkodex für Pflegenden).

Für die Mitarbeiter/innen im OP steht die Patientensicherheit an erster Stelle, sie sollten dabei die eigene Sicherheit nicht aus dem Blick zu verlieren. Im Arbeitsumfeld OP sind sie unterschiedlichen Belastungsfaktoren ausgesetzt.

Zum Beispiel diesen:

- Arbeiten im Luftzug der raumlufftechnischen Anlage (trockene Luft)
- Arbeiten mit biologischen und chemischen Arbeitsstoffen und Gasen
- OP-Räume ohne Tageslicht (künstliche Beleuchtung, eingeschränkte Lichtverhältnisse)
- Lautstärke durch medizinisch-technische Geräte oder durch die Anwesenheit vieler Personen im Saal
- Teilweise beengte Verhältnisse durch den großen Einsatz vielfältiger technischer Geräte
- Sturzgefahr durch Ableitungen und elektrische Kabel
- Lange Arbeitszeiten, Schichtarbeit und Bereitschaftsdienst
- Gefahr von Stich- und Schnittverletzungen
- Zwangshaltung durch langes, ruhiges Stehen und Sitzen
- Ungünstige Körperhaltung
- Schieben und Ziehen von technischen Geräten (OP-Tisch, medizinisch-technische Geräte)
- Heben und Tragen (Instrumentensiebe, Patienten/innen beim Umlagern)
- Arbeitsverdichtung
- Ständig hohe Aufmerksamkeit und Konzentration
- Hohe Flexibilität aufgrund von hochkomplexen Eingriffen
- Mangelhafte Teamkultur
- Wenig Patientenkontakt (fehlendes Feedback)
- Hohe Verantwortung für Personen
- Schwierige und psychisch belastende Situationen (Betreuung von Kindern und jungen Menschen, negativer Verlauf einer Operation)
- Fehlende Anerkennung und Wertschätzung

Das könnten Lösungsansätze sein:

- Auf Teamzusammensetzung und Teamgröße achten
- Veränderte Anordnung der Siebe in den Schränken des Lagers
- Seminare zum Training rückenschonender Arbeitsweisen
- Wärmende Kleidung (Vermeidung von Muskelverspannungen durch Zugluft)
- Raumgestaltungskonzepte entwickeln (um optimale Nutzung des Platzes)
- Sichere Techniken zur Instrumentenübergabe
- Aufbau einer gelebten, gesundheitsfördernden Unternehmenskultur: Mitarbeiter/innen sollten ihre eigenen Grenzen und Ängste erkennen und sie zeigen dürfen.
- Ein vertrauensvolles Verhältnis im Team und das vorbildliche Verhalten des Vorgesetzten
- Eine offene Gesprächskultur zur Förderung des Zusammenhalts im Team
- Fortbildungs- oder Supervisionsangebote und Angebote der kollegialer Beratung für ein wertschätzendes und positives Klima
- Notfallsorge und kollegiales Feedback bei Zwischenfällen und im Todesfall
- Realistisch kalkuliertes Schnitt-Naht-Zeit-Management
- Regelmäßige und verlässliche Pause
- Geregelt Dienstpläne und Dienstzeiten sowie eine gesunde Work-Life-Balance

13 Qualitätsmanagement

„Die Pflegende übernimmt die Hauptrolle bei der Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung.

Die Pflegende beteiligt sich an der Entwicklung forschungsbasierter beruflicher Kenntnisse, die eine evidenzbasierte Berufsausübung unterstützt. Die Pflegende beteiligt sich an der Entwicklung und Aufrechterhaltung von zentralen professionellen Werten“ (ICN-Ethikkodex für Pflegende).

Qualitätsmanagement im Krankenhaus und Zertifizierung

Um als Klinik dem zunehmenden wirtschaftlichen und gesetzlichen Druck standhalten zu können, sind ein wirksames Qualitätsmanagement und das dazugehörige Zertifikat unverzichtbar geworden. Eine Zertifizierung ist ein Verfahren, bei dem eine externe Stelle (Zertifizierungsgesellschaft) schriftlich bestätigt, dass ein Prozess oder eine Dienstleistung den festgelegten Anforderungen entspricht. Das Zertifikat gilt als Beleg für die Qualität und die Sicherheit in der Therapie und kann bei der Außendarstellung oder im Vergleich mit anderen Kliniken von Vorteil sein. Das QM-System dient der Strukturierung und systematischen Umsetzung von Qualitätsaufgaben und verbessert damit einen Prozess.

Den Mitarbeitern/innen hilft das QM-System bei der Umsetzung der hohen Anforderungen im Arbeitsalltag und bietet Methoden, mit denen die Arbeitsabläufe kontinuierlich verbessert und kontrolliert werden können. Sinnvoll ist es, die Mitarbeiter/innen von Anfang an, also schon bei der Erarbeitung, einzubeziehen. Gut ausgebildete Mitarbeiter/innen und klare Strukturen sind die Voraussetzung für eine gute Qualität in der Patientenbehandlung und wirkt sich unmittelbar auf die Patientenzufriedenheit aus.

Standards im OP

Das Aufgabenfeld der Pflege im Operationsdienst sollte ebenfalls strukturiert erfolgen, um Qualität zu garantieren. So genannte Pflegestandards sind Dienst-anweisungen, die allgemein anerkannt und für alle Mitarbeiter/innen verpflichtend sind. Die Kriterien sind eindeutig formuliert und wissenschaftlich begründet. In fast

jeder OP-Abteilung gibt es Pflegestandards. Sie fixieren verbindliche Absprachen und Arbeitsabläufe. Sie dienen neuen Mitarbeitern/innen, Schülern/innen sowie erfahrenen Mitarbeitern/innen als Informationsquelle und sollen gewährleisten, dass auch bei seltenen Eingriffen alle Materialien und Geräte vorhanden und die Abläufe bekannt sind.

Die zweite Form der prozessorientierten Standards sind die so genannten Standardpflegepläne. Sie enthalten pflegerische Maßnahmen für ein typisches auftretendes Problem oder für die perioperative Versorgung von Patienten/innen während einer bestimmten Operation.

Mögliche Inhalte von OP-Standards:

- OP-Indikation und Anatomie
- Lagerung (Ablaufbeschreibung im Lagerungsstandards)
- OP-Vorbereitung (Harnableitung, Rasur, Hautdesinfektion)
- Abdeckung
- Kurzer OP-Ablauf
- Mögliche Komplikationen
- Benötigte Materialien und Geräte (inklusive Positionierung im Saal)
- Weitere Informationen zum Verband, zur Schiene und zur Lagerung im Bett (nach der Umlagerung)

Für alle Standards sollte eine einheitliche Struktur verwendet werden, damit auch Kollegen/innen im Bereitschaftsdienst bei Bedarf sofort die relevanten Informationen erhalten. Bei der Anwendung sollten die Standards jeweils auf die individuellen Bedürfnisse des/r Patienten/innen abgestimmt werden. Individuelle Pflegeprobleme und Abweichungen gehören in die Dokumentation. Neben den zahlreichen Vorteilen, die Standards mit sich bringen, gibt es auch einige kritische Aspekte. Gut ausgearbeitete Standards ersetzen keine Ausbildung und dürfen niemals unüberlegt angewendet werden. Deren unreflektierter Einsatz kann dazu führen, dass Pflegende in unvorhergesehenen Situationen unter Umständen nicht angemessen reagieren. Außerdem sollten Pflegende die Interventionen immer auf die tatsächlichen Bedürfnisse und Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen abstimmen.

14 OP-Management

Das OP-Management ist ein zentrales und internes Steuerungsinstrument für die strukturierte und prozessorientierte Ablaufoptimierung in Operationsabteilungen. In großen Krankenhausbetrieben ist es ein wichtiges Instrument, um sowohl die Koordination, Programmplanung, die Steuerung im OP als auch das Personalmanagement optimal aufeinander abzustimmen.

Das OP-Statut (=Verfahrenshandbuch, Geschäftsordnung) ist dabei die verbindliche Handlungsgrundlage für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer OP-Abteilung.

Als zentrale/r Ansprechpartner/in für OP-Abläufe, Programmplanung, organisatorische Gesamtverantwortung und Schnittstellenmanagement wird der/die OP-Manager/in eingesetzt, der/die zusammen mit OP-Koordinatoren/innen für diese Aufgaben zuständig ist.

Impressum

Herausgeber: DBfK Südost e.V.

Edelsbergstraße 6, 80686 München

E-Mail: suedost@dbfk.de

Internet: www.dbfk.de

www.facebook.de/dbfk.suedost

Erarbeitet von der Fachgruppe OP im DBfK Südost e.V.

Annett Arndt, Dietrich Balsing, Iris Bayer,
Michaela Bohn, Petra Meier,
Heike Schlemmert und Ruth Wolfertshofer

Hauptamtliche Koordinatorin: Silvia Grauvogl

Der Leitfaden im OP erscheint in der Reihe Pflegepraxis to go, herausgegeben vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK Südost e.V.

Stand: März 2019

Literatur

Abteilung Infektionskrankheiten, Robert Koch Institut (2007): Zur Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. In: Epidemiologisches Bulletin (1)
URL: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Arbeitschutz_pdf.pdf?_blob=publicationFile
(Zugriff am 11.02.2019)

Ammann, A./ Ammann, T. (2013): Rückengerechtes Arbeiten im OP: Leitfaden für eine gesundheitsfördernde Arbeitsweise, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG

Aschermann, D. (Hrsg.): OP-Lagerungen für Fachpersonal. Springer Medizinverlag, Heidelberg, 2009

BGW-Online (2017): Gesund und motivierend führen. Wie Führungskräfte ihr Team und sich selbst stärken.

URL: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-07-011-Gesund-f%C3%BChren_Download.pdf?_blob=publicationFile
(Zugriff am 20.2.2019)

Bundesärztekammer (2015): Hirnfunktionsausfall. In: Deutsches Ärzteblatt DOI: 10.3238, 27-28.
URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf (Zugriff am 31.01.2019)

BVMed (2013): Empfehlung zur Erstellung einer Unternehmensrichtlinie für die Anwesenheit und das Verhalten von Medizinprodukteberatern in Operationsräumen.

URL: <https://www.bvmed.de/download/medizinprodukteberater-im-op>

BVMed, o.Jahr: Medizinprodukteberater.

URL: <https://www.bvmed.de/de/recht/rechtsrahmen/medizinprodukteberater>
(Zugriff am 11.02.2019)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2010): ICN-Ethikkodex für Pflegende (Deutsche Übersetzung)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006): Gesundheit in Deutschland. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.

URL: http://www.gbe-bund.de/pdf/Kap4.3.1_Struktur_Proz_Ergebn.pdf (Zugriff am 05.09.2017)

Gruber, E. (2014): Alle Anforderungen abdecken Zertifizierung OP/ ZSVA. In: Im OP 14 (3).

URL: <http://www.thieme.de/im-op> (Zugriff am 05.09.2017)

Hammer, A.; Maurer, B. (2012): Pflegeprozess und Pflegequalität. In: Lauber, A. (Hrsg.): Grundlagen beruflicher Pflege, Stuttgart, Georg Thieme Verlag.

Heck, M.; Fresenius, M.; Busch, C. (2015): Klinikmanual Anästhesie. Anästhesie bei Kindern. Berlin, Springer Verlag.

Hippler A. (2015): Klinikleitfaden OP-Pflege. Kinderchirurgie. München, Urban & Fischer Verlag.

Hiltensberger, M. (2014): Transparenz für alle. In: Pflegenintensiv 14 (1), 52-54.

URL: http://www.hiltensperger-pr.de/articles/Transparenz_fuer_alle_Januar_2014.pdf
(Zugriff am 07.09.2017)

Klockgether-Radke, A., Bauer, M.; Wäschle, R.M. (2011): Aufbauorganisation. In: Welk, I., Bauer, M. (Hrsg.): OP-Management. Von der Theorie zur Praxis. Berlin, Springer.

Knipfer, E.; Böhm, R. (2015): Klinikleitfaden Anästhesiepflege. München, Urban & Fischer Verlag.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (2016): Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2016 (9)

URL: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Haendehyg_Rili.pdf?_blob=publicationFile (Zugriff am 25.2.2019)

Leschner, P. (2014): Belastung oder Entlastung Einführung QM. In: Im OP 14 (3).

URL: www.thieme.de/im-op (Zugriff am 05.09.2017)

Medvecky, J. (2011): Der Umgang mit Verstorbenen in der peri- und postmortalen Phase.

URL: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Medvecky_Umgang_mit_Verstorbenen_Sep_2011.pdf (Zugriff am 31.01.2019)

o.A. (2012): Was ist eigentlich ein PDCA-Zyklus.

URL: <http://www.certqua.de/qm-blog/was-ist-eigentlich-ein-pdca-zyklus/>
(Zugriff am 05.09.2017)

o.A, o.Jahr: Das Projekt psyGA. Gute Praxis zur Förderung psychischer Gesundheit in der Arbeitswelt.

URL: <http://psyga.info/stress-vermeiden/> (Zugriff am 31.01.2019)

Paheenthararajah, K.; Hick, C.; Karenberg, A. (2013): Medizinprodukteberater im Operationsaal: Patientenaufklärung erforderlich. In: Deutsches Ärzteblatt 110 (46)

URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/149164/Medizinprodukteberater-im-Operationsaal-Patientenaufklaerung-erforderlich> (Zugriff am 11.02.2019)

Schäfer, R.; Söding, P. (2015): Klinikleitfaden Anästhesie. München, Urban & Fischer Verlag.

Schmidt-Bräklings, T., Pohl, U., Gosheger, G.; Van Aken, H. (Hrsg.): Patientlagerung im OP. Thieme Verlag, Stuttgart, 2017.

Staudinger, C. (2013): Pflegewissenschaftliche Grundlagen. In: Kucharek, M., Heitland, W.-U., Waldner, H. (Hrsg.): Lehrbuch für Operationspflegekräfte, München, Elsevier.

Welk, I. (2006): Implementierung des OP-Managements. In: Welk, I.; Bauer, M. (Hrsg.): OP-Management. Praktisch und effizient, Berlin, Springer.

Arbeitshilfen (2012): Burnout-Prophylaxe. In: Weiterbildung Zeitschrift für Grundlagen, Praxis und Trends 12 (1)

URL: https://www.weiterbildung-zeitschrift.de/assets/arbeitshilfen/pdfs/2012/12_01_Arbeitshilfe_Burnout_Prophylaxe.pdf (Zugriff am 11.02.2019)

6 Gründe

- ① Wir beraten
- ① Wir binden ein
- ① Wir bieten Schutz
- ① Wir bilden weiter
- ① Wir informieren
- ① Wir bieten Preisvorteile

**DBfK Südost,
Bayern-Mitteldeutschland e.V.**

Edelsbergstraße 6,
80 686 München

T +49 89 17 99 70-0

F +49 89 17 85 647

suedost@dbfk.de

www.dbfk.de

DBfK
www.dbfk.de



Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe