

Back to the roots / OP Pflege im Wandel**„ALTE ZÖPFE“**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das Motto dieser Veranstaltung lautet „Alte Zöpfe“.
Wenn man als Vortragender eine Einladung zu diesem Thema bekommt, kann man eigentlich davon ausgehen, dass man selbst schon ein „alter Zopf“ ist und als Relikt der Vergangenheit betrachtet wird....

Auf meinem Diplom steht z.B. noch, dass ich berechtigt bin den Titel „Diplomierte Kinderkranken-und Säuglingsschwester“ zu führen.
Mittlerweile will offiziell keiner mehr etwas von meinem Recht auf diesen Titel wissen und unsere Berufsgruppe ist schon einige Male umbenannt worden.
Wir alle wissen jedoch, dass sich im täglichen Gebrauch die Besucher oder Patienten eines Spitals noch immer mit „Entschuldigung, Schwester....“ an uns wenden und die jungen Leute bei der Frage nach ihrem Beruf erklärenderweise sehr oft den Zusatz verwenden „früher hat man dazu Krankenschwester gesagt“. Und dann weiß auch die breite Bevölkerung was sie sich unter einer „FAGE“ vorzustellen hat.

Nun ja.....
ALTE ZÖPFE sind ein schwieriges Thema, da sie immer emotional behaftet sind. Sie haben was mit Gewohnheit zu tun. Und Gewohnheiten ändert man nicht gern.
Drohende Veränderung auf oder in unseren Köpfen kreierte gerne Widerstand.
Und das ist nicht nur beim Thema Frisur so, sondern auch bei unserem Arbeitsumfeld im Operationssaal.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass in Wissenschaft und Forschung die Dinge nicht wirklich statisch sind und sich alles gerne mal wieder ändert.
Die scheinbare Weisheit von heute ist die korrigierte Wahrheit von morgen.
Was einst „State of the Art“ war z.B. die „Totalvermummung“ besuchender Angehöriger auf Intensivstationen, ist heute „Schnee von gestern“.
Andererseits kommen alte Sachen wieder, wie die Verwendung von chlorhaltigen Präparaten.
Das war erst überall gebräuchlich, (wir erinnern uns, Semmelweis, Chlorkalk...), wurde dann verschmäht und ist heute wieder auf dem Vormarsch z.B. in Form von Chlorhexidin - Pflastern und verschiedenen Desinfektionslösungen.

Ich kann mich noch an UV Lichtschranken an den OP Eingängen erinnern, welche aus Hygienegründen über Nacht eingeschaltet wurden.
Wir alle wissen längst, dass das ein sog. „alter Zopf“ war. Und daher ist er auch abgeschnitten worden.

Ein weiteres Beispiel waren die „Seuchenteppiche“ vor dem OP Eingang oder vor Sälen mit „septischen“ Operationen. Auch sie sind verschwunden, weil nutzlos.

Oder die alte Chirurgen - Gewohnheit von 1. und 2.Messer.
Meines Wissens gibt es keine Untersuchung, die beweisen konnte, dass es einen signifikanten Unterschied macht, ob mit dem Hautmesser weitergeschnitten wird oder das Messer gewechselt wird.
Der Chirurg wechselt nach dem Hautschnitt ja auch nicht die Handschuhe....

Ich denke, dass man gerade im Operationssaal einfach nie aufhören darf die Dinge zu hinterfragen und zu überprüfen.

Die Art und Weise wie wir arbeiten muss getragen sein von Sinn und Zweck.

Das heißt, dass jede Handlung begründet sein muss.

Da darf es nicht einfach heißen „das haben wir schon immer so gemacht“!

Wir müssen wissen „warum wir dies oder das machen“ so wie wir es machen.

Es muss auf alles eine Antwort geben.

Aber auch diese Antworten müssen von Zeit zu Zeit mit dem Hausverstand und dem aktuellen Wissensstand abgeglichen werden.

Leben ist Veränderung. Veränderung in jedem Moment.

Und nur wer das verstanden hat und bereit ist mit diesen Veränderungen mitzugehen kann zeitgemäße, qualitativ hochwertige Arbeit abliefern. Daher müssen Arbeitsprozesse immer wieder auf ihre Aktualität überprüft werden.

Ein gutes Beispiel ist der **Gebrauch von Handschuhen**.

Im Sterilbereich werden Handschuhe, meiner Meinung nach, nicht immer sinnvoll eingesetzt.

Nehmen wir das sog. „Putzen“, die praeoperative Hautantiseptik.

Ein bereits gewaschener, noch nicht steril angezogener Chirurg kann, meines Erachtens, auch ohne sterile HS beim Desinfizieren z.B. einer Leistenhernie helfen, wenn er dafür eine sterile Kornzange benutzt.

Vorausgesetzt natürlich er weiß wie er das zu machen hat!

Denn wenn intraoperativ formatfüllende Smartphone-Fotos aus einer Minimal-Entfernung zum OPS Gebiet von unsterilen Personen gemacht werden können (wohlgemerkt ohne vorherige Desinfektion der Unterarme des Fotografen!), dann ist das eigentlich kein Thema!

Korrekt desinfizierte Hände mit einer sterilen Kornzange sind ausreichend, solange die Kornzange mit der Spitze nach unten gehalten wird.

Dieses Paar steriler HS kann also gut gespart werden!

Gehobene Extremitäten hingegen verlangen nach sterilen HS, da die Kornzangenspitze beim Putzen nach oben gehalten wird und damit zurückfließendes Desinfektionsmittel im Spiel ist.

Oder der Handschuhwechsel nach dem Abdecken: in vielen Häusern gebräuchlich!

Zum Abdecken macht es für mich mehr Sinn zu wissen wie man sterile Tücher richtig anklebt und genau zu schauen wo man seine Hände dabei hat. Denn wenn wir beim Anbringen des ersten Tuches ins Unsterile greifen, dann ist der Rest der Abdeckung auch nicht mehr in Ordnung. Und dann nützen auch die frischen HS nach der Abdeckung nur begrenzt.

Besser eingesetzt ist dieses Paar Handschuhe, meiner Meinung, intraoperativ als 2. Paar im Doppelhandschuhverfahren. Und zwar generell und nicht nur in der Orthopädie.

Aber auch der Gebrauch von **unsterilen Handschuhen** will überlegt sein.

Auf Grund aufmerksamer Beobachtung hat sich hier in einigen Spitälern Grundsätzliches geändert.

War es früher z.B. undenkbar einen Patienten mit „Kontakt-Isolation“ ohne Handschuhe anzufassen, ist man in den letzten Jahren in einigen Häusern davon abgekommen.

Mutig! sag ich.

Es hat sich herausgestellt, dass eine **korrekte Händehygiene** bessere Resultate erzielt als die Handschuhpflege.

Handschuhe werden nun gezielter eingesetzt z.B. bei Kontakt mit Körperflüssigkeiten. Und Hände werden öfter und korrekter desinfiziert!

Das Resultat: weniger Verschleppung, weniger Kreuzkontamination, mehr Sicherheit für alle Beteiligten.

Ist doch spannend, nicht wahr?!

Das Tragen von Handschuhen ersetzt die Händehygiene nämlich nicht. Und wiegt einen in falscher Sicherheit.

Aber was gab das für einen Aufruhr als das das erste Mal so angedacht wurde!

Ein zusätzliches Problem ist, dass viele Pflegenden leider noch immer im Einbahnsystem denken. Dass man Handschuhe nur trägt um sich vor den Keimen des Patienten zu schützen.

Eigenschutz sozusagen. Achtung, Leute: Alter Zopf!

Es geht auch um die andere Richtung: den Patienten vor den Keimen des Personals zu schützen. Nicht nur bei Erkältung! Wir alle sind Keimträger! (auf unserer Haut, im Nasen-Rachenraum....)

Das ist leider noch immer nicht bei allen angekommen.

Intakte Haut mag kein Problem sein. Aber Wunden, und sei es auch nur die Einstichstelle einer Kanüle, können, bei Kontakt mit potenten Keimen oder bei Immunsupprimierung des Patienten, fatale Folgen haben.

Betriebswirtschaftlich und für den Patienten!

Das **Tragen von Handschuhen** macht dann Sinn, wenn wir gezielte Handlungen damit ausführen. Und wenn wir nach Beendigung derselben die Handschuhe wieder ausziehen, bevor wir andere Dinge berühren, die unsere Kollegen ohne Handschuhe anfassen.

Beobachtet man oft Lagerungspflege und Anästhesie, dann kann einen das kalte Grauen packen!

Da wird mit der behandschuhten Hand in den Mund des Patienten gegriffen, intubiert, es werden sämtliche Tasten des Monitorings gedrückt, der Perfusor eingestellt..... – ich bin sicher, wir alle haben das schon gesehen.

Und auf die Zwischendesinfektion wird in der Hitze des Alltags meist vergessen....

Echt toll, für den Nächsten, der, ohne Handschuhe dann, dort weiterarbeitet, sich dann vielleicht selbst ins Gesicht greift, zum Znüni geht, ein Brot abschneidet..... Mahlzeit!

Wir sehen es gibt immer wieder etwas was neu überdacht und vielleicht geändert werden kann. Es lohnt sich die Augen und den Geist offen zu halten.

Doch noch einmal kurz zurück in die Vergangenheit.

BACK TO THE ROOTS!

Nicht alles war schlecht WAS oder WIE es „früher“ gemacht wurde.

Es war einfach anders.

Ich kann mich auch an viel Respekt und bessere Umgangsformen erinnern.

An Chirurgen, die begrüßt haben, wenn sie den Saal betraten und die Danke gesagt haben, wenn sie ihn wieder verließen.

Und vor allem an eine gewisse Geradlinigkeit der Prozeduren, die durch die Hierarchie gegeben war.

Früher hat der Chef eines Hauses eine Linie vorgegeben und seine Ärzte haben es dann genauso gemacht. Heute gibt es zwar protokollarisch den Chef der Abteilung noch, aber die untergeordneten Ärzte fahren alle ihre eigene Schiene.

Vor allem für Lernende ist das nicht immer einfach.

Früher war überhaupt alles sehr hierarchisch und durfte oft gar nicht in Frage gestellt werden. Die Oberschwester war das Maß aller Dinge. Ihre Regeln waren Gesetz.

Heute ist unsere Meinung erwünscht.

Wir haben gut ausgebildete, intelligente Menschen, die hinterfragen könnten, es aber oft nicht tun.

Warum?

Mir scheint, dass sich die Menschen geändert haben.

Zu meiner Zeit wurde man zuerst Krankenschwester und dann OP Schwester.

Das brachte mit sich, dass wir uns zu allererst mit dem Patienten, dem Menschen und seinem Sein, auseinandersetzen.

Erst später, in der OP Ausbildung, zusätzlich mit den Bedürfnissen des Chirurgen.

Das eine war aber auch für das andere gut.

Denn wer gelernt hat Kranke zu beobachten, kann diese Fähigkeit gut auf Chirurgen übertragen....

Wir „Alten“ hatten gute Sensoren für Stimmungen und Bedürfnisse und haben uns dementsprechend verhalten.

Dafür sind wir „Alten“ vielleicht nicht so schnell im Verstehen der ganzen Technik, die über die letzten Jahre im OP Einzug gehalten hat. Da haben die Jungen echt die Nase vorn!

Es gab nonverbale Kommunikation mit dem Springer ohne dass man sich 3x räuspert und rufen musste, um diesen vom Display eines Handys loszureißen.....diese Gadgets waren übrigens damals im ganzen Spitalbereich streng verboten..... auch das hat sich geändert, wie wir alle wissen.)

Auch was das Thema Arbeitsbereiche und Zusammenarbeit betrifft war das früher etwas anders.

Gut, ich gebe zu, dass es den Satz „das ist nicht mein Job“ auch damals schon gab. Aber irgendwie war man eher bereit auch mal bereichsübergreifend zu arbeiten.

Heute sind die Arbeitsbereiche mit ihren dazugehörigen Aufgaben definierter und alles was darüber hinausgeht heißt dann so schön „interdisziplinäre Zusammenarbeit“.

Wir haben früher vielleicht nicht so in Schranken gedacht und Zäune um unsere Bereiche gebaut.

Vielleicht macht es auch einen Unterschied in welcher Organisation man arbeitet. Große Häuser funktionieren anders als kleine; öffentliche anders als private.

Ich habe beide Institutionen kennengelernt und kann daher recht gut vergleichen.

In großen Spitälern hat man mehr Personal für die unterschiedlichen Arbeiten. In kleinen Häusern müssen oft alle alles machen. Da wischt die OPS Schwester schon mal den Boden oder hilft beim Siebepacken in der Sterilisation.

Mir ist jedoch aufgefallen, dass die OP Pflege im Lauf der Jahre immer mehr „aufgebrummt“ bekommen hat.

Im Gegensatz das Anästhesiepersonal jedoch nicht; es macht noch immer das, was es vor 30 Jahren schon gemacht hat. Anästhesie – Schluss – aus – basta!

Beispiel: Patienten mit Lokalanästhesie.

Früher war es kein Problem bei L.A. Patienten das Anästhesiepersonal zu bitten beim Patienten zu bleiben, wenn man noch anderweitig beschäftigt war. Heute bekommt man hier meist ein klares NEIN, weil diese Arbeit sonst verrechnet werden müsste.

Der Springer ist daher bei L.A. Patienten meist total am Rotieren. Da soll die Instrumentierende am Tisch versorgt sein, es soll gelagert werden, die Neutralelektrode muss geklebt werden, vielleicht noch eine Extremität gehalten werden zum Putzen, Chirurgen angezogen werden, der Patient betreut und beruhigt, Dokumentation und Verrechnungsformulare ausgefüllt, zwischendurch Vitalfunktion des Patienten überwachen und eintragen, eventuell Histologie entgegennehmen und versorgen (100 und 1 Vakuumschwamm Präparat oder Abstrich z.B.) und so weiter.

Das kann ganz schön Nerven kosten!

Des Weiteren muss die OP Pflege heutzutage selbstverständlich auch Röntgenapparate bedienen und sich mit jeglicher Art von Endoskopieturmtechnik auskennen.

Ich finde es verrückt, was man mittlerweile alles auf unserem Rücken ablädt!

Und eigentlich verstehe ich nicht wirklich warum ein Patient in L.A. nicht auch ein Anrecht auf eine Anästhesie Pflege hat. Das Personal ist ja da und wenn es einem Patienten plötzlich schlecht geht, dann müssen sie sowieso kommen.

Es würde dem Patienten ein gutes Gefühl der Betreuung geben und dem OP Pflegepersonal einiges an Stress ersparen.

In simplen Fällen reicht sicher die OP Pflege und man könnte von Fall zu Fall in gegenseitiger Absprache agieren, aber generell wäre es eigentlich ein schöner Standard. Und er würde dem OP Pflege Personal die zusätzliche Bürde der Patientenverantwortung nehmen.

Nicht unbedingt qualitätsfördernd empfinde ich auch die Tendenz im Rahmen des allgemeinen Spardrucks nicht diplomiertes Personal einzusetzen. Da finden sich dann angelernte Lagerungspfleger und Pflegehilfen statt diplomierter OP Pflege als Springer im Saal, die Patienten betreuen oder Implantate öffnen sollen.

Die Verantwortung über das Geschehen im Saal bleibt trotzdem bei der OP Pflegefachkraft hängen. Toll!

Manchen ist das zuviel. Verständlicherweise.

In der heutigen Zeit ist die Arbeit im OPS für Viele einfach ein Job.

Man will geregelte Arbeitszeiten, gutes Einkommen, möglichst wenig Verantwortung übernehmen und sein Leben genießen.

Daher ist wahrscheinlich auch die vertiefte Auseinandersetzung mit verschiedenen Prozessen nicht wirklich gefragt.

Das Individuum geht vor!

Da lassen sich Viele auch nicht gerne Vorschriften machen und machen ihre eigenen Regeln.

Und obwohl es Arbeitsverträge und Richtlinien gibt werden sie nicht eingehalten, weil es vielleicht „unbequem“ ist.

Praeoperative Checklisten, Nagellack, Kleidung?

Ich weiß nicht warum es gerade im Spital so viele Probleme mit der Compliance, dem Einhalten von Richtlinien, gibt.

In jedem großen Hotel oder feinen Restaurant, bei jeder Fluglinie würde man bei Nichteinhaltung beispielsweise des Kleider-Reglements entlassen werden.

Die meisten von uns schätzen diese Art von Konformität.

Wir selbst hätten wahrscheinlich auch ein komisches Gefühl, wenn der Pilot unseres Flugzeugs einfach in Freizeitkleidung ins Cockpit steigen würde, obwohl wir im Kopf wissen, dass das seine flugtechnischen Fähigkeiten nicht beeinflussen würde.

UND wir hoffen sehr, dass er seine Checkliste vor dem Start pflichtbewusst durcharbeitet!

Aber im Spital herrscht noch immer Narrenfreiheit.

Regeln werden aufgestellt ohne dass sich jemand darum kümmert ob sie auch eingehalten werden. Und meist hat es ja auch keine Konsequenz, leider. (hier fehlt wahrscheinlich die strenge Oberschwester von anno dazumal...)

Dass diese Regeln, gerade im Spital, jedoch Sinn machen und nicht einfach zum Spaß (oder fürs Quality Management) entworfen wurden, will keiner einsehen.

Sie schützen uns und den Patienten!

Sowohl Checklisten als auch Arbeitskleidung.

Oder wollen wir etwa, wie früher, in unseren privaten Kleidern im Spital arbeiten und alles wieder selber waschen?

Alle reden vom Wohl des Patienten und meinen eigentlich das eigene.

Aber dass z.B. auch eine Kleiderordnung dafür zuständig ist, will keiner wahrhaben.

Sie ist zwar eine Art Uniform, aber sie erfüllt auch einen Zweck.

Und vermittelt ein Bild von Ordnung. (Wir denken wieder kurz an den Piloten im Flugzeug!)

Es gibt Spitäler, da laufen die Leute im OP heute noch mit luftigen Baumwoll-**Kleidchen** statt mit Hosen herum, da tragen Mitarbeitende Flip Flops, weil es angenehmer ist, Anästhesieärzte kommen mit langen Ärmeln unter den grünen Berufskleidern, damit sie nicht erfrieren, vom Schmuck ganz zu schweigen... Vielleicht sollte man diese „Zöpfe“ endlich abschneiden.

Aber ich will hier kein Plädoyer für Kleiderordnungen halten.

Mir ist wichtig, dass wir, wenn wir diesen Beruf ausüben, wirklich daran denken, worum es geht.

Nämlich um das Wohl und den Schutz der uns anvertrauten Patienten UND uns selbst.

Wir leben nicht mehr im Mittelalter und die hygienischen Umstände haben sich geändert. Damals konnte man an einfachsten Infektionen versterben, da es noch keine Antibiotika gab. Heute sieht die Sache anders und doch ähnlich aus. Die Keime werden immer aggressiver und resistenter auf Antibiotika. Und damit schwerer zu therapieren. Die Forschung ringt erneut um wirksame Mittel im Kampf gegen diese Erreger.

Darum ist es wichtig, dass wir Nachdenken über unser Handeln. Gerade im OP!

Es geht nicht darum Berührungssängste zu forcieren, aber wir können uns nicht oft genug vor Augen halten, dass im Zeitalter von HIV, Hepatitis C, ESBL und MRSA wirklich jede Körperflüssigkeit potentiell gefährdend sein kann. Und zwar die der Patienten, unsere und die der Kollegen.

Als Profi im OP sollten wir wissen: WIE funktionieren Infektionswege, wie können wir uns und andere davor schützen.

Macht unser tägliches Handeln Sinn? Was könnte man verbessern?

Ich ersuche Sie, wenn Sie Montag wieder an die Arbeit gehen, dies mit offenen Augen zu tun. Vergleichen Sie was man Sie in der Ausbildung gelehrt hat und wie Sie heute arbeiten. Hinterfragen Sie Prozesse! Haben Sie den Mut Fragen zu stellen an Kollegen, an Vorgesetzte. Regen Sie Leute zum Nachdenken an!

DENKEN KANN SPASS MACHEN!

UND DAS ABSCHNEIDEN ALTER ZÖPFE AUCH!

DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!