

## **Die pflegerische Versorgung bei Roboterassistierter Radikaler Zystektomie (RARC)**

Im Rahmen der Weiterbildung zur Pflegeexpertin für Stoma, Kontinenz und Wunde am Bildungszentrum Ruhr in Herne, beschäftige ich mich in meiner Abschlussarbeit mit der pflegerischen Versorgung der roboterassistierten radikalen Zystektomie (RARC= (engl.) robot-assisted radical cystectomy). Diese OP-Methode wird seit ein paar Jahren mit guten Ergebnissen am St. Antonius-Hospital Gronau praktiziert. Folgende Fragestellung soll im Folgenden näher beleuchtet werden. Welche Informationen benötigen Patienten prä- und postoperativ einer roboterassistierten radikalen Zystektomie (RARC) am St. Antonius-Hospital Gronau, um sich individuell auf ihre neue Lebenssituation einstellen zu können?

### **Definitionen**

„Chirurgieroboter sind Roboter, die zur Unterstützung der Chirurgen bei Operationen eingesetzt werden. Es gibt verschiedene Arten dieser Roboter. Dazu zählen aktive Roboter, diese Systeme arbeiten vollkommen autonom und werden von Chirurgen betreut. Dann gibt es semiaktive Roboter, hier werden die Bewegungen des Roboters durch den Chirurgen über Steuerungselemente navigiert. Zudem gibt es noch passive Roboter, allerdings operieren passive Roboter nicht. Sie dienen nur der Einsicht der Operationsumgebung. Das soll dem Chirurgen helfen, sich zurecht zu finden.“

(<http://www.informatik.unioldenburg.de/~iug13/oc/technologie.html> am 11.08.2015 um 19.30 Uhr).

### **Radikale Zystektomie**

„Die radikale Zystektomie ist die Entfernung der Harnblase mit Sicherheitsabstand und Durchführung einer gründlichen pelvinen Lymphadenektomie. Beim Mann wird bei der Zystektomie zusätzlich die Prostata entfernt, bei der Frau ein Teil der Vaginalvorderwand, Uterus und wahlweise die Adnexen.“

(<http://www.urologielehrbuch.de/zystektomie.html> am 11.08.2015 um 19.45 Uhr).

### **Robotische Chirurgie in der Urologie**

Seit den 1980ern wurden chirurgische Roboter entwickelt, welche die Eigenschaften der Programmierbarkeit und der mechanischen Durchführung besitzen sowie die Flexibilität, mehrere Programme und somit verschiedene Aufgaben ausführen zu können (vgl. Seitz et al. 2007, S. 1239). In der urologischen Chirurgie gibt es zwei unterschiedliche Systeme, die zur Anwendung kommen können. Diese sind Offline- sowie Online- Systeme. Offline-Systeme kamen erstmalig 1989 zum Einsatz, erwiesen sich in einer Pilotstudie auch als sicher, schafften es jedoch nicht zur Kommerzialisierung (vgl. Seitz et al. 2007, S. 1240). Die Online-Systeme erreichten die Kommerzialisierung und werden im Folgenden näher erläutert. Online-Systeme finden täglich klinische Anwendung. Das „da Vinci- Master- Slave- System“ konnte sich aufgrund besserer Beweglichkeit der Arbeitsarme sowie einer deutlich besseren stereoskopischen Vision durchsetzen (vgl. Seitz et al. 2007, S. 1240).

## **Master-Slave-Systeme**

Chirurgische Master-Slave-Systeme bestehen aus einer dem Operationsfeld fernen Steuerkonsole, einer sich am Patienten befindenden, ausführenden Komponente mit robotischen Armen sowie aus einem Bildprozessor. (vgl. Seitz et al. 2007, S. 1240) Des Weiteren ist nennenswert, dass bei den Master- Slave- Systemen eine dreidimensionale Sicht und eine sehr gute Beweglichkeit herrschen. Die laparoskopischen Instrumente bewegen sich im Bild in dieselben Richtungen wie die Finger des Operateurs. Dies ist bei der konventionellen Laparotomie nicht der Fall. Die Handbewegungen werden in Mikrobewegungen des Instrumentariums umgewandelt und somit wird auch ein Tremor durch den Ausführungsprozessor gefiltert (vgl. Seitz et al. 2007, S. 1240).

Die Anschaffung und auch die Unterhaltung eines solchen Roboters sind hingegen enorm. Ein „da Vinci-System“ kostet beispielsweise ca. 1 Mio. Euro, wobei noch die jährlichen Unterhaltungskosten von 100.000 Euro hinzukommen. Nicht zu vergessen sind darüber hinaus die Instrumentariumskosten pro Eingriff, welche je nach Eingriff auch noch unterschiedlich hoch sind (vgl. Seitz et al. 2007, S. 1240). Zudem ist eine lange präoperative Vorbereitungszeit notwendig welche nur durch viel Erfahrung und Training etwas verkürzt werden. Somit entsteht ein großer Zeitaufwand, welcher auch im Operationsplan berücksichtigt werden muss (vgl. Seitz et al. 2007, S. 1240). Die roboterassistierte radikale Zystektomie findet aufgrund der technisch anspruchsvollen intrakorporalen Rekonstruktion einer Harnableitung bisher noch wenig Einsatz (vgl. Seitz et al. 2007, S. 1241).

## **Ileum-Neoblase**

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, eine Harnableitung zu schaffen, wobei die gängigsten hierbei die Ileum-Neoblase und das Ileumkonduit sind. Im Folgenden soll die radikale Zystektomie mit Ileum-Neoblase näher beleuchtet werden.

Bei der Ileum-Neoblase wird ein ca. 60 cm langes Dünndarm-Segment (terminales Ileum) 15 cm oberhalb des Übergangs zum Dickdarm entnommen. Der Dünndarm wird antimesenterial eröffnet und die Neblasenrückwand und Vorderwand (re)konstruiert und verschlossen. Die Verbindung zur Harnröhre erfolgt am tiefsten Punkt der gebildeten Neoblase, die Harnleiter werden antireflux anastomosiert (vgl. Boelker/Webelmuth 2003, S, 102). Somit wird eine geräumige Niederdruck-Speichereinheit geschaffen. (vgl. Kontinente Harnableitung 2010, S. 12). Über den Musculus sphincter urethrae externus wird die Kontinenz erreicht.

Die Blasenentleerung wird durch Einsetzen der Bauchpresse eingeleitet (vgl. <http://flexikon.doccheck.com/de/Neoblase> am 12.10.2015 um 20 Uhr).

## **Vorbereitung des Patienten**

### *Ernährung und Hydrierung*

Eine Allgemeinnarkose kann das Risiko einer tracheobronchialen und pulmonalen Aspiration erhöhen, da die Effizienz der laryngealen Reflexe reduziert ist. Organfunktionen können durch die entstehenden Abnormalitäten im Flüssigkeits- und Elektolythaushalt entstehen (vgl. Geng et al. 2010, S. 24). Ziel ist ein, effektives Zirkulationsvolumen zu erreichen sowie einen interstitiellen Flüssigkeitsüberschuss

zu verhindern. Hierzu gehört auch, die präoperative Fastenperiode zu minimieren, da durch das Fasten Insulinresistenzen gebildet werden (vgl. Geng et al. 2010, S. 24). Dem Patienten wird empfohlen, zwei Stunden vor dem Eingriff ein Glas klarer Flüssigkeit zu sich zu nehmen, da diese den Darm sehr schnell passieren kann. Außerdem soll bis acht Stunden vor dem Eingriff keine feste Nahrung eingenommen werden (vgl. Geng et al. 2010, S. 24).

### *Darmvorbereitung*

Die Darmvorbereitung gestaltet sich in den Krankenhäusern unterschiedlich und wird vom Operateur individuell festgelegt (vgl. Geng et al. 2010, S. 24). Neuste Studien zeigen auf, dass eine Darmvorbereitung dem Patienten keinen Vorteil bringt, jedoch gibt es in der Literatur keinen einheitlichen Konsens (vgl. Geng et al. 2010, S. 25).

### *Rasur*

Auch hinsichtlich der präoperativen Rasur gibt es keine einheitliche Leitlinie. Sie unterscheidet sich in den europäischen Ländern (vgl. Geng et al. 2010, S. 25). Ein elektrischer Rasierer ist einem Einmalrasierer vorzuziehen, um Mikroverletzungen und somit Wundinfektionen zu vermeiden (vgl. Geng et al. 2010, S. 25). Der Zeitpunkt der Rasur sollte unmittelbar vor der Operation erfolgen. Auch ein desinfizierendes Duschbad mit Chlorhexidin soll Wundinfektionen in der postoperativen Phase reduzieren, wie einige der jüngsten Studien gezeigt haben (vgl. Geng et al. 2010, S. 25).

### *Präoperatives Gespräch*

Präoperative Gespräche zwischen dem Patienten, ggf. seinen Angehörigen und einem Pflegeexperten sind sehr wichtig und bieten den Betroffenen die Möglichkeit, den geplanten Ablauf nähergebracht zu bekommen. Sie bekommen die Zeit, Fragen zu stellen und werden über spezielle Abläufe wie beispielweise das Katheterisieren sowie Beckenbodentraining informiert (vgl. Geng et al. 2010, S. 26). Die Vorbereitung sollte realistisch und faktenbezogen sein. Auch sollten postoperative Komplikationen wie z. B. Inkontinenz, veränderte sexuelle Funktionen und ein verändertes Körperbild angesprochen werden (vgl. Geng et al. 2010, S. 26). Eine gute Patientenschulung erleichtert den Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung, denn die Dauer des Krankenhausaufenthaltes ist mittlerweile reduziert. Somit steigt die Verantwortung für den Patienten und seine Familie (vgl. Geng et al. 2010, S. 26).

### *Verfahren vor und nach der Operation und bei der Entlassung*

Im Idealfall wird der Patient ein bis zwei Tage präoperativ stationär aufgenommen. Er soll über den Ablauf der Operation sowie die prä- und postoperative Pflege aufgeklärt werden (vgl. Geng et al. 2010, S. 27). Dem Patienten muss vermittelt werden, dass er selbst die wichtigste Rolle in der frühen postoperativen Phase spielt, dass eine aktive Kooperation seinerseits äußerst wichtig ist und dass ein früher postoperativer Kostenaufbau stattfindet (vgl. Geng et al. 2010, S. 27). Für den Patienten ist es ebenfalls wichtig zu wissen, wozu die Katheter, Schläuche und Drainagen dienen. Somit kann ein besseres Verständnis seinerseits gewährleistet werden. Ebenfalls

von Vorteil kann es sein, dass der Patient hinsichtlich des intermittierenden Selbstkatherismus (ISK) geschult wird. Diese Schulung sollte durch einen Pflegeexperten erfolgen (vgl. Geng et al. 2010, S. 27). Einige Operateure legen intraoperativ einen suprapubischen Dauerkatheter (SPK), welcher solange liegen bleibt, bis die Blase eine normale Kapazität (500 ml) erreicht hat. Die Neoblase darf aufgrund der Gefahr einer Leckage nicht überfüllt werden (vgl. Geng et al. 2010, S. 27). Somit kann es sein, dass bei hohen Restharmengen, die entstehen, wenn die Blase nicht vollständig entleert werden kann (z. B. durch Schleimpropfen), der Patient mehrmals (bis zu sechs Mal) täglich den ISK durchführen muss, um eine komplette Blasenentleerung zu gewährleisten (vgl. Geng et al. 2010, S. 29). Um dem Patienten und seinen Angehörigen die Möglichkeit zu geben, die Informationen nochmals nachzulesen bzw. aufzufrischen, sollte ihnen eine gedruckte Form bereitgestellt werden (vgl. Geng et al. 2010, S. 27). Dem Patienten sollte der Umgang mit den Kathetern und Drainagen beigebracht werden, insbesondere das Spülen des Katheters, damit der Harnfluss gewährleistet ist und um Schleimpropfen zu vermeiden (ansonsten kann es zur Überdehnung der Blase mit nachfolgender Leckage kommen) (vgl. Geng et al. 2010, S. 28). Des Weiteren sollte er die Warnzeichen einer Dysfunktion wie Völlegefühl, Unterbauchschmerzen und die Unmöglichkeit zu spülen kennen. Ca. 7- 14 Tage nach der Operation wird der Patient entlassen, um den Heilungsprozess der Nähte abzuwarten. Diesen Zeitraum legt der behandelnde Arzt fest (vgl. Geng et al. 2010, S. 28). Bei der Wiederaufnahme werden die Katheter entfernt und der Patient soll nun mit der Miktion beginnen. Er soll tagsüber alle zwei Stunden und in der Nacht alle drei Stunden im Sitzen versuchen, die Blase zu entleeren. Mit der Zeit wird diese Technik perfektioniert (vgl. Geng et al. 2010, S. 28). Durch Blasentraining soll die Kapazität der Blase langsam auf bis zu 500 ml erhöht werden. Die Kontinenz sollte erhalten werden, indem der Patient regelmäßig Beckenbodentraining macht (vgl. Geng et al. 2010, S. 28).

## **Postoperative Pflege**

### *Ureterschienen*

Ureterschienen gehen vom Nierenbecken aus über die Ureteren durch die Neoblase und werden nach außen ausgeleitet. Sie werden gelegt, um die Anastomosen zu schützen und um einen adäquaten Urinabfluss zu gewährleisten. Die Urinfördermenge über die Ureterschienen beträgt 30–100 ml/h (vgl. Geng et al. 2010, S. 30). Die Ureterschienen können durch Schleimpropfen oder Detritus verstopft sein, daher ist es sehr wichtig, regelmäßig auf die Förderung der Schienen zu achten. Außerdem sollen diese mindestens zweimal täglich in steriler Form mit ca. 10 ml NaCl 0,9 % angespült werden (vgl. Geng et al. 2010, S. 30).

### *Flüssigkeitshaushalt*

Die Patienten sind sehr anfällig hinsichtlich der Flüssigkeitsgabe in der frühen postoperativen Periode. Ein gesunder Mensch benötigt im Durchschnitt 25-35 ml/kg/Tag Flüssigkeit und 400 Kalorien/Tag, damit einer Hunger- Ketose vorgebeugt werden kann (vgl. Geng et al. 2010, S. 31). Die Flüssigkeitstherapie hat das Ziel, ein effektives Zirkulationsvolumen aufrecht zu erhalten und somit auch einer intestinalen

Flüssigkeitsüberladung vorzubeugen. Denn dies kann zu Übelkeit und zu einem postoperativen Ileus führen (vgl. Geng et al. 2010, S. 31). Laut Studien sollte die Infusionstherapie eingriffsspezifisch und den individuellen Anforderungen des Patienten angepasst sein. Da eine ausgeglichene Bilanz angestrebt wird, werden eine tägliche Flüssigkeitsbilanz (Ein- und Ausfuhr) sowie eine tägliche Gewichtskontrolle empfohlen (vgl. Geng et al. 2010, S. 31).

### *Ernährung*

Zur zielgerichteten Ernährungstherapie gehört die Überwachung der postoperativen Darmfunktion. Es bestehen Hinweise, dass das Wiedererlangen der Darmtätigkeit durch einen frühen Kostaufbau beeinflusst wird und somit das Ergebnis der Zystektomie verbessert wird (vgl. Geng et al. 2010, S. 32). Die Darmerholung kann laut einer Studie durch Kaugummi kauen beschleunigt werden, denn die Produktion von Magen- und anderen Verdauungssäften wird angeregt (vgl. Geng et al. 2010, S. 32).

### *Postoperatives Schmerzmanagement*

Eine nicht ausreichende Schmerztherapie kann die Rekonvaleszenz verlängern, die Patientenunzufriedenheit erhöhen sowie die Wundheilung beeinträchtigen. Um einen Schmerz zu bewerten und im Anschluss zu behandeln, kann dieser mit einer visualisierten Schmerzskala eingeschätzt werden. Das Schmerzmanagement sollte individuell gestaltet werden und der Opiat- Verbrauch reduziert werden, da dieser einen Einfluss auf das Darmmanagement hat. Durch eine gute Schmerzeinstellung kann sich der Patient problemlos mobilisieren und somit auch seine Darmtätigkeit wiedererlangen (vgl. Geng et al. 2010, S. 33).

### *Postoperative körperliche Aktivität*

Um die Rekonvaleszenz zu beschleunigen und um kardiovaskulären und pulmonalen Komplikationen vorzubeugen, ist die Mobilisation von großer Bedeutung. Diese kann ggf. schon am ersten postoperativen Tag erfolgen, jedoch muss dem Patienten die Notwendigkeit dieser Maßnahme bewusst gemacht werden (vgl. Geng et al. 2010, S. 34).

### *Postoperative Überwachung der Neoblase*

Wichtig für die Wundheilung und die Heilung der Nähte ist die kontinuierliche Leerung der Neoblase. Dies geschieht durch diverse Katheter und Ureterschienen. Die Katheter müssen gesichert und spannungsfrei fixiert sein weshalb diese täglich überprüft werden. Die Katheter und Ureterschienen werden auf Arztanordnung bzw. nach hausinternem Standard entfernt (vgl. Geng et al. 2010, S. 35).

## **Entlassung**

*Folgendes sollte vor der Entlassung sichergestellt sein:*

Dass ein Entlassungsgespräch zwischen dem Pflegeexperten, dem Patienten und ggf. einem Angehörigen stattgefunden hat, in dem Fragen geklärt werden können. Dass der Patient mit dem Umgang der kontinenten Harnableitung vertraut ist und seine Ängste und Sorgen der bevorstehenden Entlassung bewältigt sind.

Inwieweit der Patient sich selbstständig versorgen kann und in welchen Bereichen er noch Unterstützung bedarf (z. B. durch Angehörige oder einen Pflegedienst).

Dass der Patient Informationen zu den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erhält, um ein befriedigendes Langzeitergebnis zu erhalten.

Der Patient ist über auftretende Komplikationen informiert und weiß, an wen er sich bei Auftreten dieser wenden muss. Auch weiß er über Warnsignale wie Temperaturanstieg, Bescheid und kann somit auch zeitnah handeln.

Der Patient ist darüber informiert, an wen er sich wenden muss, falls er neue Materialien (z. B. Einmalkatheter) benötigt (Homecare-Unternehmen) (vgl. Geng et al. 2010, S. 37).

### **Die Rolle des Pflegeexperten für Stoma, Kontinenz und Wunde**

Ein Pflegeexperte verfügt über ein erfahrungsbasiertes, fachspezifisches, vertieftes Wissen, welches ein hohes Maß an Arbeitserfahrung und Aneignung von fachtheoretischem Wissen erfordert

(vgl. <http://flexikon.doccheck.com/de/Pflegeexperte> am 22.10.2015 um 11 Uhr).

Die Anleitung des Patienten beginnt präoperativ und wird kontinuierlich postoperativ fortgesetzt. Einige Patienten können und fühlen sich auch nicht in der Lage, sich in den ersten 72 Stunden auf irgendwelche Anleitungen zu konzentrieren. Daher kann es hilfreich sein, auch die Pflegenden in die Stufen der Beobachtung und somit in die Anleitung einzubeziehen. Einige Patienten fühlen sich wiederum nicht in der Lage, all diese Tätigkeiten alleine in ihrem häuslichen Umfeld durchzuführen. Daher ist es wichtig auch Familienmitglieder einzubeziehen, die dort Unterstützung geben können. Somit erfährt der Patient sofortige Hilfe und kann mit der Gesamtsituation besser umgehen, da im Hintergrund eine Stütze vorhanden ist. Es können Ängste und Bedenken genommen werden (vgl. Geng et al. 2010, S. 35). Der Pflegeexperte hat hierbei die Aufgabe, der Familie und dem Patienten bei Fragen zur Seite zu stehen und eine professionelle Anleitung sowie eine gute Nachsorge für die Sicherheit und Zufriedenheit aller Beteiligten zu geben (vgl. Geng et al. 2010, S. 36).

### **Fast-track-Rehabilitation**

Die Fast-track-Rehabilitation, auch „Überholspur“-Chirurgie genannt, wird wie folgt definiert: „Fast-track-Rehabilitation beschreibt einen definierten prozedurenspezifischen Pfad zur multimodalen, interdisziplinären, perioperativen Behandlung, der auf den besten verfügbaren wissenschaftlichen Informationen beruht.“ (Schwenk et al. 2009, S. 4). Der postoperative Verlauf soll durch verschiedene prä-, intra- und postoperative Maßnahmen positiv beeinflusst werden, um die postoperative Rekonvaleszenz zu beschleunigen und Komplikationen zu verringern (vgl. Schwenk et al. 2009, S. 4).

## Prinzipien der Fast-track-Rehabilitation

Die Fast-track-Rehabilitation beruht auf fünf Säulen. Durch den Erhalt der Homöostase und Autonomie wird die Morbidität reduziert und die Rekonvaleszenz beschleunigt.

- Präoperative Aufklärung
- Reduktion der posttraumatischen Stressreaktion
- Effektive Analgesie
- Forcierte Mobilisation
- Enterale Ernährung

Der Patient kann eine rationale Entscheidung für bzw. gegen eine Operation treffen, nachdem er ausreichend über den zu erwartenden Nutzen, mögliche Komplikationen, den postoperativen Verlauf sowie die ungefähre Dauer des stationären Aufenthaltes und weitere medizinische Maßnahmen informiert wurde (vgl. Schwenk et al. 2009, S. 12). Hierzu gehört zum Beispiel die Aufklärung über die Schmerzmitteltherapie, welche für den Patienten ein sehr wichtiger Punkt ist, da die Angst hierzu reduziert und die Rekonvaleszenz positiv beeinflusst wird (vgl. Schwenk et al. 2009, S. 13). Somit wird der Patient als aktiv agierender Partner in den Prozess einbezogen (vgl. Schwenk et al. 2009, S. 12).

Prästationär findet meist ein ausführliches Gespräch zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten statt. In diesem Gespräch werden die medizinischen Maßnahmen und Ziele besprochen. Dem Patienten sollte möglichst ein Informationsbogen über alle möglichen Maßnahmen und Strukturen der Therapie ausgehändigt werden, in dem alle Tage des stationären Aufenthaltes beschrieben sind. Häufig treten im Zusammenhang mit diesem Informationsbogen Fragen auf, die im nächsten Gespräch geklärt werden können (vgl. Schwenk et al. 2009, S. 12). Für die stationäre Behandlung sollte diese Strategie fortgesetzt werden, damit der Patient Therapieentscheidungen beeinflussen und mitverantworten kann. Eine positive Rückkopplung durch alle an der Genesung des Patienten beteiligten Berufsgruppen sollte stattfinden, damit der Patient motiviert bleibt (vgl. Schwenk et al. 2009, S. 12). Die Angehörigen des Patienten sind ebenfalls eingebunden, um diesen bei seiner Genesung zu unterstützen (vgl. Schwenk et al. 2009, S. 13).

Ein wichtiges Ziel der Operationsvorbereitung ist der Erhalt der Autoregulation des Patienten. Interventionen, die Komplikationen hervorrufen oder die Homöostase beeinträchtigen können, sollten nur in begründeten Fällen und auf ärztliche Anordnung hin angewendet werden (vgl. Schwenk et al. 2009, S. 19). Da die postoperative Morbidität durch eine orthograde Darmspülung erhöht ist, muss hierzu eine ärztliche Indikation gestellt werden (vgl. Schwenk et al. 2009, S. 20).

## SOLL-IST-Vergleich

SOLL	IST
<p><b>1.</b> Die roboterassistierte radikale Zystektomie findet aufgrund der technisch anspruchsvollen intrakorporalen Rekonstruktion einer Harnableitung bisher erst wenig Einsatz (S. 53).</p>	<p><b>1.</b> Seit Anfang des Jahres 2015 findet die roboterassistierte radikale Zystektomie am St. Antonius- Hospital vermehrt und mit guten Ergebnissen statt.</p>
<p><b>2.</b> Präoperative Gespräche zwischen Patient, ggf. seinen Angehörigen und einem Pflegeexperten sind sehr wichtig und bieten dem Betroffenen die Möglichkeit, den geplanten Ablauf nähergebracht zu bekommen (S. 12).</p>	<p><b>2.</b> Es finden präoperative Gespräche mit einem Pflegenden der Station statt. Im Bereich der pflegerischen Patientenberatung liegen jedoch, durch die Komplexität der Versorgung, Defizite vor.</p>
<p><b>3.</b> Um einen Schmerz zu bewerten und im Anschluss zu behandeln, kann mit einer visualisierten Schmerzskala der Schmerz eingeschätzt werden (S. 15).</p>	<p><b>3.</b> Die Schmerzerfassung findet auf der urologischen Abteilung des St. Antonius-Hospitals Anwendung. Einmal pro Schicht werden die Schmerzen des Patienten anhand der NRS erfasst und es wird ggf. reagiert.</p>
<p><b>4.</b> Dem Patienten sollte möglichst ein Informationsbogen über alle möglichen Maßnahmen und Strukturen der Therapie ausgehändigt werden, in dem alle Tage des stationären Aufenthaltes beschrieben sind (S. 26).</p>	<p><b>4.</b> Im Standard zur RARC ist von dem Tag der Aufnahme bis zum 5. postoperativen Tag der gesamte Verlauf aufgeführt. Des Weiteren wird der weitere Verlauf nach der Entlassung geschildert (Katheterentfernung usw.). Dieser Standard ist jedoch nicht für die Patienten gedacht, sondern als Leitfaden für Ärzte und Pflegenden.</p>
<p><b>5.</b> Um dem Patienten und seinen Angehörigen die Möglichkeit zu geben, die Informationen nochmals nachzulesen bzw. aufzufrischen, sollte ihnen eine gedruckte Form bereitgestellt werden (S. 13).</p>	<p><b>5.</b> Am St. Antonius- Hospital Gronau gibt es zurzeit keine Informationsbroschüre für Patienten und deren Angehörige, anhand dessen sie den genauen Verlauf von der präoperativen Phase bis zur Entlassung erfassen können.</p>

### **Kritische Analyse**

Anhand der Gegenüberstellung im SOLL- IST- Vergleich kann man erkennen, dass ein guter Ansatz bei der prä- und postoperativen Versorgung und Betreuung von Patienten mit einer RARC vorliegt, dieser jedoch optimierungsbedürftig ist. Hierbei steht besonders die Beratung und Informationsweitergabe an die Patienten im Vordergrund. Die Patienten werden informiert und beraten, dies findet jedoch



unstrukturiert und teilweise nicht vollständig statt, da Unsicherheit und Unwissen bei den Pflegenden herrschen.

Der erste Punkt zeigt auf, dass die RARC erst wenig Einsatz findet. Dieses findet Bestätigung, denn auch am St. Antonius- Hospital Gronau findet diese OP- Methode erst seit Anfang 2015 Anwendung. Die RARP (roboterassistierte radikale Prostatektomie) hingegen ist schon seit 2006 in Gronau etabliert. Im zweiten Punkt besteht Verbesserungsbedarf, denn die präoperativen Gespräche werden bisher von jedem Pflegenden auf der Station geführt und nicht immer von einem Pflegeexperten für Stoma, Kontinenz und Wunde. Dies ist aus zeitlichen und dienstplanerischen Gründen leider nicht immer umsetzbar. In Bezug auf die Schmerztherapie wird dem Patienten Sicherheit gegeben. Die Schmerztherapie ist wichtig, um auch die Fast-track- Methode umsetzen zu können, denn Schmerzfreiheit trägt zur Genesung bei und die Patienten mobilisieren sich schneller. Durch die regelmäßige Erfassung der Schmerzen anhand der NRS können Analgetika auch zu gegebener Zeit reduziert werden, sodass der Patient im Hinblick auf seine Entlassung ohne Analgetika auskommen kann. In Punkt vier wird beschrieben, dass es ratsam ist, dem Patienten einen Informationsbogen über die Therapie und mögliche Maßnahmen an die Hand zu geben, möglichst mit jedem einzelnen Tag des stationären Aufenthaltes. Außerdem ist in Punkt fünf die Rede von „in gedruckter Form bereitgestellter Informationen“, in der der Patient und seine Angehörigen alle wichtigen Punkte nochmals nachlesen können. Im IST- Bereich wird deutlich, dass weder Punkt vier noch Punkt fünf bislang umgesetzt werden. Es gibt zwar einen Standard zur RARC, dieser ist jedoch lediglich für Pflegende und Ärzte gedacht und dient als Leitfaden, jedoch nicht als Information/Orientierungshilfe für den Patienten. Die Informationen erhalten die Patienten während des präoperativen Gespräches bzw. während des stationären Aufenthaltes, in dem die zuständige Pflegekraft die einzelnen Maßnahmen situationsgerecht erklärt.

### **Lösungsvorschlag**

In Ausarbeitung der IST- Situation fällt auf, dass vieles ausbaufähig und optimierbar ist. Die Patienten werden informiert und für bestimmte Maßnahmen geschult, allerdings fehlt die Information, die den Betroffenen an die Hand gegeben werden kann – ein Dokument, in dem sie nachlesen und verstehen können, warum bestimmte Maßnahmen wichtig sind und aus welchem Grund diese durchgeführt werden. Sie müssen sich individuell auf ihre neue Lebenssituation einstellen und vorbereiten können. Daher habe ich eine Broschüre für diese Patientengruppe erstellt. Diese befindet sich als Anhang herausnehmbar am Ende dieser Arbeit. Die Broschüre soll dem Patienten im ersten Gespräch, welches der Arzt mit ihm nach der Diagnosestellung führt, ausgehändigt werden. Somit hat der Patient Zeit, sich in Ruhe Gedanken zu der Thematik zu machen, kann sich mit der Erkrankung auseinandersetzen und sich Fragen und Unklarheiten notieren, welche er beim präoperativen Gespräch, welches einige Tage vor der Operation erfolgt, klären kann.

Die Broschüre spricht zunächst den Patienten direkt an, denn sein Name kann handschriftlich eingetragen werden, sodass die Broschüre persönlicher ist. Im Vorwort wird erläutert, zu welchem Zweck die Broschüre entwickelt wurde und wozu es in dieser geht. Somit kann sich der Patient schon im Vorfeld einen

Eindruck über den Inhalt verschaffen. Im Folgenden werden die verschiedenen Harnableitungen vorgestellt, die am St. Antonius-Hospital Gronau praktiziert werden. Mit anschaulichen Bildern und dazugehörigen Beschriftungen kann sich der Patient ein besseres Verständnis erarbeiten. Dann folgen die unterschiedlichen Phasen von der Vorbereitung zur OP bis zur Entlassung. Alle Vorgänge werden explizit und für den Patienten verständlich erläutert, damit er genauestens informiert ist und sich auf die jeweiligen Situationen und Maßnahmen besser vorbereiten kann. Dies fördert auch die aktive Mitarbeit des Patienten an seiner Genesung. Außerdem kann er sich auch im Vorfeld Gedanken zu den unterschiedlichen Harnableitungen machen und überlegen, ob er dessen Versorgung so übernehmen kann oder Hilfe in Anspruch nehmen muss. Durch die gute Vorbereitung können Unklarheiten im präoperativen Gespräch geklärt werden und Patient und Pflegeexperte sind kommunikativ auf einem Wissensstand. Ich habe in der Broschüre bewusst die einzelnen Versorgungssysteme und die Hilfsmittel ausgelassen, da diese teilweise zum Komplikationsmanagement gehören und den Patienten nur unnötig verunsichern würden. Am Ende wurde bewusst Platz für Notizen, Fragen oder auch Zeichnungen gelassen, die im Vorfeld durch den Patienten und während des präoperativen Gesprächs durch den Pflegeexperten zur Verdeutlichung bestimmter Thematiken genutzt werden können.

Grundsätzlich sollte das präoperative Gespräch mit einem Pflegeexperten für Stoma, Inkontinenz und Wunde stattfinden. Da dies jedoch nicht immer möglich ist, sollte der Pflegenden den Patienten ebenfalls individuell beraten und informieren können. Wenn sich der Pflegenden an die Broschüre hält und sie als einen Leitfaden sieht, kommt eine einheitliche Struktur in das Gespräch. Außerdem sind alle Pflegenden, die ein präoperatives Gespräch führen, durch die Broschüre auf dem gleichen Wissens- und Informationsstand, sodass es zu keinen Unklarheiten kommen sollte. Auf diese Weise erhält der Patient bei Fragen von jedem Pflegenden inhaltlich korrekte Antworten, welche Professionalität und Fachwissen auszeichnen.

### **Zusammenfassung**

Im Hinblick auf die Fragestellung „Welche Informationen benötigen Patienten prä- und postoperativ einer roboterassistierten radikalen Zystektomie (RARC) am St. Antonius-Hospital Gronau um sich individuell auf ihre neue Lebenssituation einstellen zu können?“ habe ich zunächst einige Informationen über die robotische Chirurgie in der Urologie zusammengetragen, um ein Verständnis dafür zu schaffen, was roboterassistierte Chirurgie überhaupt ist. Im SOLL-IST- Vergleich wird deutlich, dass die theoretischen Grundlagen in der tatsächlichen IST-Situation nicht ausreichend Beachtung bzw. Umsetzung finden. Es wird klar, dass ein Verbesserungspotential vorliegt. Dies liegt wahrscheinlich auch daran, dass die Umsetzung der RARC noch wenig Anwendung findet und auch im St. Antonius-Hospital Gronau erst seit kurzer Zeit etabliert ist. Daher wurde die IST- Situation auch nicht durch eine Fragebogenaktion erhoben, sondern durch meinen persönlichen Eindruck. Im Hinblick auf die Gesamtsituation, welche verbesserungswürdig ist, habe ich als Lösungsvorschlag eine Broschüre für Patienten entwickelt. Diese Broschüre soll den Betroffenen Sicherheit und Hintergrundwissen vermitteln. Somit können diese sich besser auf ihre neue Lebenssituation nach der Operation vorbereiten und einstellen. Auch die Pflegenden auf der Station, welche die präoperativen Gespräche führen,

falls kein Pflegeexperte im Haus ist, können anhand des Leitfadens gewinnbringende Gespräche führen. Vor allem aber bietet die Broschüre den Pflegenden eine Orientierung und gibt eine Struktur vor, auf der sie das Gespräch aufbauen können. Die Informationen werden somit an jeden betroffenen Patienten herangetragen und das gesamte Team der Station gewinnt an Professionalität, da nun jeder Pflegenden den Patienten individuell beraten und informieren kann.



*Britta Krzywanski-Hölker  
Pflegeexpertin  
für Stoma, Kontinenz und Wunde  
Mail: [brittahoelker@web.de](mailto:brittahoelker@web.de)*