

Sprachbarrieren in der Anästhesie

Interpersonelle Kommunikation im perioperativen Management

Nadine Kull

NDS HF Anästhesiepflege

Kurs H21

GZO AG Spital Wetzikon

Datum: 05. April 2023

Zusammenfassung

Die Kommunikation mit unseren Patientinnen und Patienten ist ein zentraler Bestandteil unserer Arbeit als Expertinnen und Experten Anästhesiepflege. Ist diese Kommunikation aufgrund einer Fremdsprache seitens der zu behandelnden Person eingeschränkt, kann das den Beziehungsaufbau für beide Seiten erschweren und Folgen für das weitere perioperative Management nach sich ziehen.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit konnte ich anhand der Literaturrecherche die vielfältigen Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Interaktion zwischen dem Anästhesiepflegefachpersonal und Patientinnen und Patienten aufzeigen.

In einem weiteren Schritt machte ich mich auf die Suche nach geeigneten Hilfsmitteln, um Sprachbarrieren überbrücken zu können und überprüfte diese auf die Umsetzbarkeit im Spitalalltag.

Mithilfe der Ergebnisse der Literaturrecherche analysierte ich mein Fallbeispiel, um Konsequenzen für die Praxis ziehen zu können. Anhand eines intern durchgeführten Fragebogens im GZO AG Spital Wetzikon wurde das qualitative Erleben von Sprachbarrieren durch das Anästhesieteam erfragt. Diese Impressionen wurden in Zusammenhang mit den Ergebnissen der Literaturrecherche gebracht.

Als Praxistransfer wurde eine Fotodokumentation der Einleitung erstellt und in der Praxis ausprobiert. Daraus wurden Massnahmen für weitere Umsetzungs- und Lösungsmöglichkeiten abgeleitet.

Keywords: Language Barrier, Anaesthesia, Communication, Kommunikationshilfsmittel, Übersetzung, Dolmetschen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Ausgangslage.....	1
1.2	Fallbeispiel.....	1
1.3	Fragestellung.....	2
1.4	Abgrenzung.....	2
2	Hauptteil.....	2
2.1	Fremdsprachen im perioperativen Management.....	2
2.1.1	Relevanz für die Expertinnen und Experten Anästhesiepflege.....	3
2.2	Auswirkung von Stress auf das perioperative Management.....	4
2.2.1	Definition von Stress.....	4
2.2.2	Die Stressreaktion.....	5
2.2.3	Konsequenz von Stress in der Einleitung.....	5
2.3	Patientensicherheit und rechtliche Lage.....	6
2.3.1	Rechten und Pflichten im Prämedikationsgespräch.....	7
2.4	Evidenzbasierter Gebrauch von Hilfsmitteln.....	7
2.4.1	Einbezug von Übersetzungsdiensten.....	7
2.4.2	Übersetzungsapplikationen.....	8
2.4.3	Visuelle Übersetzungshilfen.....	9
3	Schlussteil.....	9
3.1	Kritische Gedanken.....	9
3.1.1	Beurteilung der Literaturrecherche.....	9
3.1.2	Analyse des Fallbeispiels.....	10
3.1.3	Vergleich der Literaturergebnisse mit dem Alltag im GZO.....	11
3.2	Beantwortung der Fragestellung.....	13
3.3	Praxistransfer.....	13
4	Literaturverzeichnis.....	15
5	Abbildungsverzeichnis.....	16
6	Anhang.....	16
6.1	Fragebogen und Antworten Anästhesieteam GZO.....	16
6.2	Fotodokumentation.....	22

1 Einleitung

Im ersten Teil der Diplomarbeit wird die Ausgangslage, das Fallbeispiel sowie die Abgrenzungen beschrieben. Zudem findet sich hier die Fragestellung, die im Rahmen dieser Arbeit beantwortet wird.

1.1 Ausgangslage

Der Beruf der Anästhesiepflege lebt, nebst vielem anderen, von der Kommunikation mit unseren Patientinnen und Patienten. Unter dem Punkt 2c der CanMEDS Rolle „Experte Anästhesiepflege“ wird aufgeführt, dass die Anästhesiepflege den Auftrag hat, den Patienten psychologische Unterstützung zu bieten und angemessene Kommunikationstechniken anzuwenden, um ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen (SIGA/FSIA). Was ist jedoch, wenn bewährte Kommunikationstechniken nicht eingesetzt werden können, weil die Sprachbarriere unüberwindbar ist?

In der Schweiz leben laut dem Bundesamt für Statistik (BFS) mehr als zwei Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Unterschieden wird in Erst- und Zweitgenerationen, welche teilweise erhebliche Unterschiede in den Sprachkenntnissen der Landessprachen der Schweiz zeigen. Als Medianwert gibt das BFS an, dass 70% dieser Bevölkerungsgruppe eine Landessprache als eine Hauptsprache angibt (BFS, 2022, S. 35-37). Umgerechnet ergibt das 600'000 Personen, welche keine der Landessprachen sprechen. In diesen Zahlen nicht miteinberechnet sind Minderjährige, Asylsuchende und Gastarbeitende. Die Zahl der Personen, welche keine der vier Landessprachen spricht, wird folglich deutlich höher sein. Dementsprechend ist es auch keine Seltenheit im Spitalalltag Patientinnen und Patienten anzutreffen, welche keine der vier Landessprachen sprechen und somit das Spitalpersonal vor Herausforderungen stellen. Während meiner Ausbildung erlebte ich passend zu diesem Thema folgend aufgeführtes Fallbeispiel.

1.2 Fallbeispiel

In meiner Arbeit dient als Fallbeispiel eine 18-jährige Frau aus der Ukraine. Drei Monate zuvor aus dem Krieg geflüchtet, litt sie aktuell an einer Appendizitis und musste sich einer notfallmässigen Appendektomie im GZO AG Spital Wetzikon (GZO) unterziehen. Die Aufklärung fand auf der Notfallstation im Beisein der Mutter statt. Weder Tochter noch Mutter sprachen Deutsch und nur rudimentäres Englisch. Laut der Assistenzärztin für Anästhesie wurde die Aufklärung mit Händen und Füssen durchgeführt, die Patientin sei stark verängstigt, ansonsten jedoch ausreichend informiert.

In der Einleitung weinte die junge Frau und äusserte auf Englisch grosse Angst zu haben. Sie war tachykard (bis maximal 130/min), hyperten (bis maximal 185/90mmHg) und schwitzte stark. Ausnahmsweise war genügend Zeit vorhanden und es konnte in Ruhe mit Gesten und einzelnen Worten der Ablauf Schritt für Schritt erklärt werden. Trotzdem schlief die Patientin unverändert gestresst und verängstigt ein. Dies hatte zur Folge, dass eine höhere Induktionsdosis von Propofol (TCI auf 8µg/ml) benötigt wurde, um eine adäquate Sedation (Bispektralindex (BIS) zwischen 40-60) zu ermöglichen. Der Bedarf an Analgesie und Sedation blieb während der ganzen Narkoseführung hoch (TCI auf 3µg/ml und insgesamt 0.7mg Fentanyl). Obwohl die Ausleitung antizipiert und ruhig durchgeführt wurde, erwachte die Patientin so unruhig und ängstlich, wie sie eingeschlafen war. Im postoperativen Verlauf fielen der erhöhte Analgesiebedarf und die anhaltende emotionale Unruhe der Patientin auf. Kardiopulmonal blieb sie stabil und zeigte keine Tachykardie oder Hypertonie mehr (ca. 70/min und 120/70mmHg).

Obwohl medizinisch das perioperative Management komplikationslos ablief, hatte ich das Gefühl, dass ich der Patientin nicht gerecht wurde. Auf sämtliche Strategien und

Kommunikationstechniken, welche ich in solchen Situationen anzuwenden weiss, konnte ich nicht zurückgreifen. Es blieb mir nur die Patientin beruhigend anzulächeln, mit der Tonalität meiner Stimme zu arbeiten und ihr beim Einschlafen eine hoffentlich tröstende und sicherheitsvermittelnde Hand auf die Schulter zu legen.

Alles in allem erschien mir mein Umgang mit dieser Situation als unzureichend und ich fragte meine Teammitglieder, wie sie mit Sprachbarrieren umgehen. Die Antworten waren, dass nach Mitarbeitenden gesucht wird, welche die gleiche Sprache wie die Patientin oder der Patient sprechen, gestikulierend Dinge erklärt werden oder einfach gar nicht gesprochen wird. Ich war also nicht die Einzige, welche sich nicht befähigt fühlt, diese Patientengruppe optimal im perioperativen Setting zu begleiten. Aus diesem Grund möchte ich mich mit der Thematik von Sprachbarrieren im Alltag von Anästhesiepflegefachpersonal vertieft auseinandersetzen.

1.3 Fragestellung

- Welche Auswirkung haben Sprachbarrieren auf die Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten und den diplomierten Expertinnen und Experten Anästhesiepflege NDS HF im perioperativen Management?
- Welche evidenzbasierten Hilfsmittel und Kommunikationsmöglichkeiten können diplomierten Expertinnen und Experten Anästhesiepflege NDS HF empfohlen werden?

1.4 Abgrenzung

Da das GZO im deutschsprachigen Teil der Schweiz liegt, werden sämtliche Personen, welche kein Deutsch sprechen inkludiert. Nicht miteinbezogen werden minderjährige Personen. Auf eine Auseinandersetzung mit fremdsprachigem Anästhesiepersonal, sowie anderen Einschränkungen der Kommunikation (Gehörlosigkeit, Menschen mit geistigen Behinderungen) wird im Rahmen dieser Diplomarbeit verzichtet. Ebenfalls werden die Auswirkungen auf das perioperative Management von psychischen Vorbelastungen (beispielsweise Posttraumatische Belastungsstörungen aufgrund Kriegsflucht) nicht thematisiert.

Um das perioperative Management einzuschränken, wird der Hauptfokus auf die Einleitung von elektiven und notfallmässigen Eingriffen in Allgemeinanästhesie gelegt. Isolierte Regionalanästhesien werden nicht berücksichtigt.

2 Hauptteil

Im zweiten Teil der Arbeit werden relevante Hintergrundinformationen aus der Literatur zusammengetragen, um eine Beantwortung der Fragestellung zu ermöglichen.

2.1 Fremdsprachen im perioperativen Management

Ein entscheidender Faktor für die Verständigung zwischen Menschen ist die Kommunikation. Diese zwischenmenschliche Kommunikation beinhaltet nicht nur die verbale Kommunikation. Dazu gehört auch die nonverbale Kommunikation, beispielsweise die Mimik und die paraverbale Kommunikation, welche unter anderem die Stimmungslage beinhaltet (Merse, 2020, S. 62). An sich schon ein hochkomplexes Thema, verstärkt sich diese Vielschichtigkeit der Kommunikation durch eine sprachliche Barriere, insbesondere im Gesundheitswesen. Hierbei benötigt es eine zweifache Übersetzung: einerseits zwischen der Sprache des Ankunfts- und Herkunftslandes und andererseits von der medizinischen zur verständlichen Laiensprache (Rey, 2017, S. 20). Obwohl die Mehrsprachigkeit ein charakteristisches Merkmal der Schweiz ist, ist die Auswirkung von Sprachbarrieren im Gesundheitswesen noch wenig erforscht und die Datenlage daher eher mager (Nationale Ethikkommission, 2017).

2.1.1 Relevanz für die Expertinnen und Experten Anästhesiepflege

Die Relevanz von Sprachbarrieren für das Anästhesiepflegefachpersonal ergibt sich einerseits aus den CanMEDS Rollen, andererseits aus den Ergebnissen der Literaturrecherche. Diese zeigt einen Zusammenhang von sprachlichen Barrieren und vermindertem Behandlungserfolg auf, an welchem das Anästhesiepflegefachpersonal im perioperativen Management einen wichtigen Anteil nimmt. Um die Auswirkung von Sprachbarrieren auf die Interaktion von Patientinnen und Patienten und dem Anästhesiepflegefachpersonal näher zu betrachten, wird im folgenden Kapitel das qualitative Erleben von Sprachbarrieren beider Seiten beschrieben.

2.1.1.1 CanMEDS Rollen

In der Einleitung werden bereits die CanMEDS Rollen für die Expertinnen und Experten Anästhesiepflege erwähnt. Diese definieren das Berufsbild und bilden die umfassende professionelle Tätigkeit in der Praxis ab. Die Rollen der Expertinnen und Experten Anästhesiepflege sind äusserst vielfältig und beinhalten unter vielen anderen die des «Kommunikators». Darin wird beschrieben, dass das Anästhesiepflegefachpersonal ruhig, souverän und effektiv kommuniziert, um Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen emotionale Unterstützung zu vermitteln und eine Atmosphäre zu schaffen, welche eine partnerschaftliche Beziehung zu den Patientinnen und Patienten fördert. Die Rolle «Experten Anästhesiepflege» beinhaltet unter anderem, dass verständliche und genaue Informationen an Patientinnen und Patienten gegeben werden, welche sie in ihrer Einwilligung unterstützen. Zusätzlich leisten sie Patientinnen und Patienten psychologische Unterstützung und wenden dabei angemessene Kommunikationstechniken an, welche die Behandlungsergebnisse verbessern und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nachkommen (SIGA/FSIA, Standards Anästhesiepflege Schweiz, 2011). Die Kommunikation mit unseren Patientinnen und Patienten geniesst in unserer täglichen Arbeit als Expertinnen und Experten Anästhesiepflege einen hohen Stellenwert.

2.1.1.2 Qualitatives Erleben von Sprachbarrieren

Wie im vorhergehenden Kapitel bereits beschrieben, nimmt die Kommunikation des Anästhesieteams mit Patientinnen und Patienten eine Schlüsselrolle im perioperativen Management ein. Sicherheitsfragen werden gestellt, Abläufe erläutert und Unsicherheiten wo möglich geklärt. Es wird beruhigt, begleitet und der Fokus mittels positiver Suggestion auf Angenehmes gelegt, um den Patientinnen und Patienten ein möglichst entspanntes Einschlafen zu ermöglichen. All das ist jedoch nur möglich, wenn das Team die gleiche Sprache wie die Patientin oder der Patient spricht. Ist dies nicht der Fall, kann das frustrierend und belastend für das Team und beängstigend und bedrohlich für die Patientinnen und Patienten sein (Rey, 2017, S. 30). Obwohl einige Studien (u.a. Rey, 2017) darauf hinweisen, dass Sprachbarrieren regelmässig im Spitalalltag anzutreffen sind, finden sich für das qualitative Erleben von Sprachbarrieren nur vereinzelte Hinweise in der Literatur. Der Beitrag von Nasab (2020) wird im folgenden Abschnitt hierzu erwähnt.

Nasab (2020, S. 75-76) umbeschreibt die von ihr aus Patientinnensicht erlebte Sprachbarriere als ein Gefühl von Hilfslosigkeit, Frustration und einem Ausgeliefert sein. Nicht zu wissen, was mit einem selbst passiert, sei mit grossen Ängsten verbunden. Nasab äussert jedoch auch, dass psychische Komponenten durch Fluchterleben oder Ähnliches diese Gefühle verstärken können (Nasab, 2020, S. 75-76).

Die Annahme, dass Sprachbarrieren das individuelle Empfinden von präoperativer Angst intensivieren können, ist nicht von der Hand zu weisen. Im perioperativen Setting ist Angst ein häufiges Phänomen. Laut Krohne (2017, S. 2) berichten 73-92% der Patientinnen und Patienten von Ängsten bezüglich der Operation und der Narkose. Wenn dieser Angst nicht adäquat begegnet werden kann, kommt es zu Stress und damit zu

vielfältigen Auswirkungen aufs intra- und postoperative Management (Krohne, 2017, S. 2). Dies wird im Kapitel 2.2 genauer erläutert.

Nasab (2020, S. 75-76) beschreibt in ihrem Bericht auch einen Verlust von Autonomie. Autonomie ist eines der vier moralischen Grundprinzipien. Dazu gehören das Prinzip der Fürsorge, der Gerechtigkeit und das der Schadensvermeidung (Beauchamp & Childress, 1994, zitiert nach Schewior-Popp, Sitzmann & Ulrich, 2012, S. 136). Anhand dieser Prinzipien wurde das Berufsethos für die Anästhesiepflege ausformuliert. Ein wichtiger Punkt dabei ist der Respekt vor der Patientenautonomie und der Menschenwürde (SIGA/FSIA, Code of ethics, 2020). Um das Prinzip der Autonomie zu wahren, müssen Patientinnen und Patienten vollumfänglich informiert und aufgeklärt werden, damit selbstbestimmte Entscheidungen getroffen werden können (Schewior-Popp, Sitzmann, & Ullrich, 2012, S. 136). Diesem Prinzip kann das Anästhesiepflegefachpersonal bei einer Sprachbarriere nur bedingt gerecht werden, was zu Frustration und Hilflosigkeit seitens des Teams führen kann. Das Gefühl selbst nicht verstanden zu werden und das Gegenüber nicht oder nur eingeschränkt zu verstehen, ist eine nicht zu unterschätzende Belastung für das Gesundheitsfachpersonal (Rey, 2017, S. 30).

Abgesehen vom qualitativen Erleben des Fachpersonals und der Patientinnen und Patienten zeigen die Ergebnisse der Literaturrecherche eine Evidenz, dass Sprachbarrieren einen Einfluss auf das Erbringen von medizinischen Leistungen sowie auf das Behandlungsergebnis haben (Squires, 2018; Rey, 2017; Mueller, 2020). Darauf wird näher im Kapitel 2.3. eingegangen.

2.2 Auswirkung von Stress auf das perioperative Management

Wie im vorherigen Kapitel dargestellt, kann eine eingeschränkte Kommunikation mit Patientinnen und Patienten in der Einleitung die Gefühle von Angst und Stress verstärken und das weitere perioperative Management negativ beeinflussen. Um diesen Zusammenhang darzustellen, wird in diesem Kapitel auf die physiologischen Auswirkungen von Angst und Stress auf das perioperative Management eingegangen.

2.2.1 Definition von Stress

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Stress als jede Art von Veränderung, welche eine physische oder psychische Belastung darstellt. Stress ist dementsprechend die Reaktion des Körpers auf alles, was Aufmerksamkeit oder eine Antwort erfordert. In der medizinischen Literatur werden die Belastungen durch medizinische Eingriffe, insbesondere Operationen und die physischen und psychischen Reaktionen darauf, als «operativer Stress» zusammengefasst (Krohne, 2017, S. 8). Aktuell gibt es zum Begriff «Stress» viele, teils schwammige und undifferenzierte Definitionen und Beschreibungen (Krohne, 2017, S. 8). Die meisten orientieren sich jedoch anhand des Schmerzkonzepts von Hans Selye. Er entdeckte 1976, dass die Einwirkung unterschiedlicher Reize nicht nur eine spezifische Veränderung (z.B. Gefässverengung bei Kälte) hervorruft, sondern auch eine unspezifische und allen Reizarten gemeinsame Veränderung auslöst. Dies definierte Selye als «spezifisches Reaktionsmuster des systemischen Stresses» (Selye, 1976, zitiert nach Krohne, 2017).

In diesem physiologisch orientierten Ansatz werden die kognitiven Aspekte der betroffenen Person jedoch nur wenig berücksichtigt. Richard Lazarus (1991) definierte daher Stress als relationales Konzept, welches die Beziehung zwischen Umwelt und Person beschreibt. Dabei wird die Beziehung zur Umwelt für das eigene Wohlergehen als bedeutsam bewertet, was jedoch Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern (Krohne, 2017, S. 11).

2.2.2 Die Stressreaktion

Die physiologische Stressreaktion kann anhand der zwei Achsen Hypothalamus-Nebennierenmark-Achse (SAM, sympathetic-adrenomedullary axis) und Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA, hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis) erklärt werden (Krohne, 2017, S. 14).

Die SAM-Achse beschreibt die Notfallreaktion des Körpers. Ihre Hauptfunktion besteht darin, den Kampf- oder Fluchtmodus auszulösen. Auf massive Stressoren reagiert der Körper mit einer Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin aus dem Nebennierenmark. Dies führt zu einem gesteigerten Sympathikotonus mit gesteigerter Aktivität des Herz-Kreislaufsystems, dem dermalen und dem muskulären System, sowie der Magendarmmotorik. Diese Stressreaktion findet in besonderem Masse statt, wenn eine aktive Bewältigung der stressauslösenden Situation möglich ist. Diese Kaskade wird innert weniger Minuten ausgelöst und wirkt sofort (Krohne, 2017, S. 14).

Bei der HPA-Achse ist die Reaktion deutlich komplexer und wirkt mit Verzögerung, dafür zeitlich länger. Sie zeigt sich in grösserem Ausmass in Situationen, bei welchem keine Möglichkeit für eine aktive Bewältigung besteht. Dieses Muster ist typisch in der perioperativen Situation und daher in der Anästhesie höchst relevant (Krohne, 2017, S. 15). Bei dieser Achse ist der Hypothalamus der Ausgangspunkt. Dieser aktiviert über das Cortison-Releasing-Hormon (CRH) die Ausschüttung von adrenocorticotropen Hormonen (ACTH) in der Hypophyse, welche in der Nebennierenrinde das Glukokortikoid Cortisol freisetzen. Dieses wiederum bindet in den Zielzellen an die Rezeptoren und entfaltet dort seine vielfältige Wirkung. Cortisol ist das wirksamste der Glukokortikoide und hat in hohen Dosen einen vermindernden Effekt auf das Immunsystem und wirkt antiallergen. Es steigert die Glukoneogenese, um bei Stresssituationen die benötigte Energie bereitzustellen. Zusätzlich erhöht es die Inotropie am Herz (Huch & Jürgens, 2019, S. 228).

In belastenden Situationen ist der Adrenalin Spiegel generell erhöht, daher ist es oft eine Kombination von beiden Achsen, welche im Körper wirken (Krohne, 2017, S. 14). Im Gegensatz zu Noradrenalin und Adrenalin, welche kaum die Blut-Hirn-Schranke durchdringen können, wirkt Cortisol vor allem im Gehirn. Das bedeutet, dass im HPA-System die Bewertung von psychologischen Stressoren eine Schlüsselrolle spielt (Krohne, 2017, S. 15).

2.2.3 Konsequenz von Stress in der Einleitung

Die verhaltensmässige Beeinflussbarkeit und die Vorhersagbarkeit von Stressoren haben eine Auswirkung auf die wahrgenommene Intensität von Stress (Krohne, 2017, S. 12). Präoperativ ist dies beides nur bedingt gegeben. Patientinnen und Patienten können in der Einleitung und intraoperativ wenig kontrollieren und wissen nicht, wie sich ihr körperlicher und seelischer Zustand postoperativ zeigen wird. Zusätzlich ist eine Hospitalisation immer mit einer Trennung von Bezugspersonen, einer Anpassung an eine ungewohnte Umgebung, Verlust von Unabhängigkeit und einer Konfrontation mit belastenden Situationen verbunden (Krohne, 2017, S. 13).

Im grossangelegten Review von Krohne (2017) zeigt sich, dass es eine klare Korrelation zwischen empfundener Angst und Höhe der benötigten Induktions- und Erhaltungsdosis von Anästhetika gibt. Aufgrund der hämodynamischen Instabilität der verwendeten Anästhetika kann dies eine erschwerte Anästhesieführung zur Folge haben (Krohne, 2017, S. 63). Die Literatur zeigt keinen Zusammenhang von präoperativem Stress und erhöhtem Opiatbedarf, der Unterschied zeige sich nur bei den Anästhetika (Krohne, 2017, S. 63).

Die postoperative Auswirkung von prä- und intraoperativem Stress ist ein viel untersuchtes Thema und zeigt ein breites Spektrum in der Datenlage. Grund dafür ist, dass diverse Studien bei unterschiedlichen medizinischen Eingriffen und uneinheitlichen Erholungskriterien durchgeführt wurden, was eine allgemeingültige Aussage erschwert (Krohne, 2017, S. 76). Krohne (2017) gibt jedoch einige Hinweise zu den postoperativen Folgen, welche sich mit der anästhesierelevanten Literatur, beispielsweise von Reinhard Larsen, deckt. Larsen (2018, S. 693) beschreibt einen Zusammenhang von präoperativer Angst und erhöhtem postoperativen Schmerzempfinden. Laut Krohne (2017, S.77) zeigt sich, dass die unmittelbare postoperative Erholung, das subjektive Schmerzerleben sowie der Verlauf der Wundheilung negativ von präoperativem Stress beeinflusst werden können.

Um der Komplexität der Stressauswirkung Rechnung zu tragen, wird diese in der folgenden Abbildung 1 nochmals visuell dargestellt.

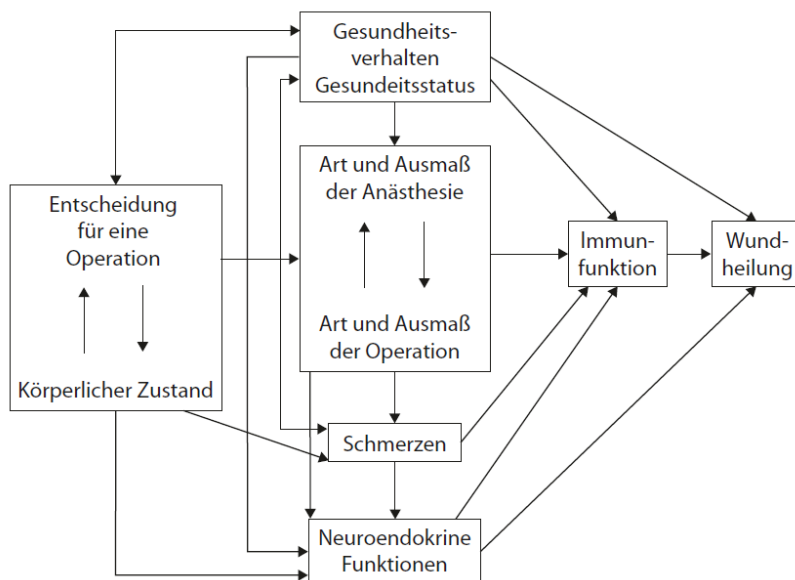


Abbildung 1 Auszug aus «Stress und Stressbewältigung bei Operationen» von W. Krohne, 2017, Seite 56

2.3 Patientensicherheit und rechtliche Lage

Das Verstehen der diagnostischen und therapeutischen Vorgänge im Gesundheitswesen ist ein zentraler Teil des Patientenrechts und der Schlüssel für den Behandlungs- und Betreuungserfolg (Mueller, 2020). Im nationalen Programm «Migration und Gesundheit» des Bundesamtes für Gesundheit werden gravierende Unterschiede zwischen Personen, welche eine der Landessprache sprechen und solchen, welche keine davon sprechen, dargestellt. Es wird aufgezeigt, dass fremdsprachige Personen seltener Vorsorgeangebote wahrnehmen, häufiger die medizinische Grundversorgung beanspruchen und aufgrund eines ungenügenden oder fehlenden Informationsflusses öfters eine unangemessene Behandlung erhalten (Rey, 2017, S. 29). Internationale Studien zeichnen ein ähnliches Bild. Squires (2018) beispielsweise postuliert, dass Sprachbarrieren einen relevanten Einfluss auf das Therapie- und Behandlungsmanagement, sowie auf die Hospitalisationsdauer haben. Mit Hilfsmitteln und Einbezug von Übersetzungsdiensten können unnötige und potenziell gefährdende Untersuchungen und Behandlungen vermindert werden (Jaeger, Pellaud, Laville, & Klausner, 2019).

2.3.1 Rechten und Pflichten im Prämedikationsgespräch

In der Anästhesie ist das Prämedikationsgespräch die Grundlage für eine sichere und patientenangepasste Anästhesieführung. Das Anästhesiepflegefachpersonal verwendet die dort gesammelten Informationen zu ihren Patientinnen und Patienten, um eine optimale Anästhesie gewährleisten zu können (Striebel, 2019, S. 20).

In der Schweiz verpflichtet die Rechtsprechung zur Aufklärung über die Anästhesie durch den fachärztlichen Dienst. Nur in lebensbedrohlichen Situationen darf darauf verzichtet werden. Es gilt den Informed Consent einzuhalten. Das bedeutet, dass die Anästhesistin oder der Anästhesist gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten das geplante Anästhesie- und Analgesieverfahren festlegt. Hierfür muss die Patientin oder der Patient verständlich und in einem adäquaten Umfang aufgeklärt werden, so dass sie oder er aktiv mitentscheiden kann. Empfehlenswert ist eine Vorinformation für Patientinnen und Patienten in schriftlicher oder audiovisueller Form. Das Prämedikationsgespräch muss unverfälschbar schriftlich dokumentiert werden (SGAR, 2020, S. 4).

Es ist die Aufgabe der Anästhesistin oder des Anästhesisten, die Aufklärung für die Patientin oder den Patienten verständlich zu machen. Wenn dies aufgrund einer Sprachbarriere nicht möglich ist, muss zwingend eine Übersetzung des Gesprächs erfolgen. Es liegt im Ermessen des fachärztlichen Dienstes, ob Angehörige dafür einbezogen werden können oder ein professioneller Dolmetscherdienst aufgeboten werden muss (FMH, 2021). Standardisierte Formulare, wie beispielsweise der Anästhesiefragebogen, sollten in der jeweiligen Sprache zur Verfügung gestellt werden und als Grundlage für das Prämedikationsgespräch dienen. Trotzdem ersetzt ein solcher Fragebogen ein Gespräch mit passender Übersetzung für die vollständige Aufklärung nicht (Wienke, 2018).

2.4 Evidenzbasierter Gebrauch von Hilfsmitteln

In der Literatur werden unterschiedliche Hilfsmittel zur Überwindung von Sprachbarrieren beschrieben. Bei Rey (2017), Jaeger et al. (2019), Squires (2018) und Müller, Hummers, Schulze, & Noack (2021) lassen sich drei anästhesierelevante Hilfsmittel herausfiltern. Diese werden im folgenden Kapitel vorgestellt.

2.4.1 Einbezug von Übersetzungsdiensten

Dolmetschen oder Übersetzen ist ein eigenes Fachgebiet und benötigt daher zuerst eine Begriffsklärung für die zwei spitalrelevanten Varianten. Ad-Hoc- oder Laien-Übersetzende sind die gängigste Variante in Schweizer Spitalern. Damit sind Angehörige gemeint oder Spitalpersonal, welches die gleiche Sprache spricht, jedoch keine Übersetzungs-Ausbildung hat (Jaeger et al., 2019). Bei professionellen Dolmetscherdiensten, bei welchen Mitarbeitende eine Ausbildung vorweisen müssen, spricht man von interkulturellem Dolmetschen. Dies wird definiert als beidseitiges Dolmetschen zwischen Menschen unterschiedlicher Sprachen mit dem Ziel, eine gleichberechtigte Kommunikation zu ermöglichen (INTERPRET, 2023).

Der Einsatz von Angehörigen für Übersetzungen ist häufig am einfachsten zu organisieren und die finanzielle Komponente entfällt (Rey, 2017, S. 36-37). In den im Kapitel 2.4 erwähnten Studien wird jedoch einstimmig davon abgeraten. Es führe dabei zum Verlust der Privatsphäre und Intimität, zudem können Informationen bewusst weggelassen werden. Insbesondere für Kinder sei das Ad-Hoc-Übersetzen stark belastend. Es könne Ängste und Schuldgefühle schüren und sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken (Merse, 2020, S. 68). Zudem könne die Qualität der Übersetzung nicht überprüft werden (Mueller, 2020).

Eine weitere Möglichkeit ist das Einbeziehen von Mitarbeitenden, welche die benötigte Sprache sprechen. Hierzu finden sich in der bearbeiteten Literatur unterschiedliche Aussagen. Einerseits können Spitalmitarbeitende eine unschätzbare Hilfe sein, wobei nicht-medizinisches Personal nicht unbedingt weniger geeignet sein muss, um zu übersetzen (Rey, 2017, S. 38-39). Squires (2018) widerspricht dem und schreibt, dass die Sprachfähigkeit der Teammitglieder für Übersetzungen geschult werden muss und nicht-medizinisches Personal nicht geeignet ist, um medizinische Themen zu übersetzen. Einheitlich wird beschrieben, dass zusätzlich ein Rollenkonflikt entstehen könne, da die übersetzende Person am eigenen Arbeitsplatz in dieser Zeit fehlt. Es müsse anhand der Dringlichkeit und Komplexität des Gespräches entschieden werden, wann ein Laien-beziehungsweise ein professioneller Dolmetscherdienst benötigt wird (Rey, 2017, S. 40).

In der Schweiz ist INTERPRET die Hauptangebotsstelle für die Vermittlung von interkulturellen Dolmetscherdiensten, sowie deren Ausbildung. Es werden zwei unterschiedliche Dienstleistungen angeboten, der Dolmetscherdienst, welcher vor Ort ist und ein telefonischer Dienst. Im Kanton Zürich ist die Asylorganisation Zürich (AOZ) Medios für Interkulturelles Dolmetschen zuständig und kann direkt online angefragt werden. Für das Anästhesiepflegefachpersonal ist vor allem der telefonische Übersetzungsdienst relevant, da dieser unkompliziert und spontan 365 Tage im Jahr genutzt werden kann. Rey (2017, S. 42) empfiehlt ihn besonders für seltene Sprachen, eine medizinische Spezialisierung des Telefondienstes sei zudem sinnvoll. In der Schweiz wird der Telefondienst von Fachpersonen und zu behandelnden Personen geschätzt und meist ebenso gut akzeptiert wie Dolmetscherdienste, welche vor Ort sind (Rey, 2017, S. 41).

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH, 2021) empfiehlt den Einsatz eines Dolmetscherdienstes im Rahmen der Einwilligungserklärung immer dann, wenn sprachlich die nötigen Informationen nicht vermittelt werden können. Bei planbaren Gesprächen wäre die Organisation eines Dolmetscherdienstes vor Ort sicherlich möglich, jedoch ist ein weiterer wichtiger Punkt die Kostendeckung (Rey, 2017, S. 72). In der Schweiz gibt es keine einheitliche Regelung diesbezüglich. Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1996 wird nichts zu Dolmetscherdiensten erwähnt, schliesst diese aber auch nicht explizit aus. Das KVG sieht Dolmetscherdienste als unterstützenden und nicht medizinischen Charakter und überlässt es somit den Gesundheitsinstitutionen selbst, ob sie Dolmetscherdienste finanzieren. Das Bundesamt für Gesundheit empfiehlt die Kosten in die Fallpauschale einfließen zu lassen, wenn die versicherte Person die Kosten eines Dolmetscherdienstes nicht tragen kann (BAG, 2019).

Die Literatur gibt zu bedenken, dass mit einer adäquaten Übersetzung die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung eher garantiert werden kann. Somit werden längerfristig die Kosten gesenkt, da beispielsweise sprachlich bedingte Fehldiagnosen vermieden werden können (FMH, 2021).

2.4.2 Übersetzungsapplikationen

Als zweite Möglichkeit werden Übersetzungsapplikationen (Apps) erwähnt. In Deutschland wurde von Müller et al. (2021) in einigen Rettungsdiensten eine Übersetzungsapp versuchsweise implementiert, um in Notfallsituationen eine Basiskommunikation mit fremdsprachigen Personen zu ermöglichen. Dies mit dem Hintergrund, dass in solchen Situationen unmöglich ein Dolmetscherdienst organisiert werden kann. Eine Übersetzungsapp kann eine Sprachbarriere nicht auflösen, jedoch auf digitalem Weg eine Verbesserung der Kommunikation ermöglichen. Dies hat aber zur Voraussetzung, dass das Team mit der App vertraut ist und diese unkompliziert und bedienerfreundlich verwendet werden kann (Müller et al., 2021).

Insgesamt gibt es aktuell noch wenig Literatur zur Verwendung von Übersetzungsapps im Gesundheitswesen. Im nationalen Programm «Migration und Gesundheit» von Rey (2017) finden sich zu Übersetzungsapps noch keine Hinweise, jedoch auf die Nützlichkeit eines schriftlichen Glossars mit den wichtigsten medizinischen Ausdrücken in mehreren Sprachen (Rey, 2017, S. 43). Squires (2018) schreibt, dass nichtvalidierte Apps ungeeignet sind, um zu übersetzen, da oft das medizinische Vokabular nicht hinterlegt sei. In Zukunft ist es aber durchaus denkbar, dass solche spezifischen Übersetzungsapps auf den Markt kommen werden und als evidenzbasiertes Hilfsmittel im Gesundheitswesen eingesetzt werden können.

2.4.3 Visuelle Übersetzungshilfen

Als dritte Möglichkeit geben die eingangs erwähnten Studien die Verwendung von visuellen Übersetzungshilfen an. Diese können in Form von Piktogrammen, Fotos, Videos sowie schriftlichen Glossaren in der jeweiligen Sprache verwendet werden. Als Vorteil wird die Einfachheit der Verwendung und Bedienung genannt (Rey, 2017, S. 43; Koppelstätter, 2018). Als Nachteil merkt Koppelstätter (2018) an, dass damit nur eine eingeschränkte Kommunikation möglich ist und sich damit vor allem Ja-Nein-Fragen beantworten lassen. Für Patientinnen und Patienten, welche der lokalen Hauptsprache nicht völlig unkundig sind, können visuelle Kommunikationshilfen bereits sehr hilfreich sein und in akut-medizinischen Situationen, wo nur schwer ein Dolmetscherdienst organisiert werden kann, die Sprachbarriere überbrücken (Mueller, 2020). In einer qualitativen Studie, welche das Erleben von immigrierten Personen aus Eritrea erfragte, wird erwähnt, dass visuelle Hilfsmittel (Bilder, Fotografien) hilfreich sein können, um Abläufe einer Untersuchung oder Ähnlichem zu erklären (Wallimann & Balthasar, 2019).

Informationsbroschüren und standardisierte Fragebögen sollten zudem in der jeweiligen Sprache verfügbar sein (Wienke, 2018). In der Schweiz gibt es für mehrsprachige Informationsbroschüren beispielsweise die Webseite migesplus.ch vom Schweizerischen Roten Kreuz.

3 Schlussteil

Im letzten Teil dieser Arbeit finden sich die kritischen Gedanken zu den Ergebnissen der Literaturrecherche, die Beantwortung der Fragestellung, sowie der Transfer in die Praxis.

3.1 Kritische Gedanken

Im folgenden Kapitel findet eine kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Literaturrecherche statt. Im ersten Schritt werden die Ergebnisse an sich beurteilt und anschliessend mit dem Fallbeispiel, sowie dem Arbeitsalltag des Anästhesieteam im GZO verglichen.

3.1.1 Beurteilung der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche fand hauptsächlich in der Hochschulbibliothek der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) statt, da diese den direkten Zugang zu medizinischen Onlinedatenbanken ermöglicht. Anästhesiespezifische Literatur zu fremdsprachigen Patientinnen und Patienten fand sich nur sehr wenig. Daher wurden Artikel und Studien von ähnlichen medizinischen Bereichen, wie beispielsweise dem Rettungsdienst, auf den Alltag des Anästhesiepflegefachpersonals transferiert. Die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten nimmt im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle für das Behandlungs- und Betreuungsmanagement ein. Sprachbarrieren stellen das Fachpersonal prä- wie auch innerklinisch vor eine grosse Herausforderung und haben vergleichbare Auswirkungen auf die weitere Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund können fachfremde Ergebnisse zum Thema Sprachbarrieren gut auf andere Fachgebiete übertragen werden. Trotzdem ist es schade, dass in der

Anästhesie das Thema der interkulturellen Kommunikation scheinbar keine grössere Beachtung erhält. Insgesamt fiel auch auf, dass in einigen Studien und Artikeln die Auswirkungen einer Sprachbarriere auf das Behandlungsmanagement zwar angesprochen, jedoch nur selten auf das qualitative Erleben der Betroffenen eingegangen wird. Um Sprachbarrieren zu überbrücken, werden hauptsächlich Dolmetscherdienste in der bearbeiteten Literatur genannt. Die Anwendung von Übersetzungssapps und visuellen Hilfsmitteln im Gesundheitswesen scheint noch wenig untersucht, weswegen nur wenig Daten hierzu gefunden wurden.

Die Datenlage zu Angst und Stress im perioperativen Management scheint gut fundiert zu sein, trotzdem fanden sich in der Literaturrecherche keine Aussagen zu posttraumatischen Belastungsstörungen nach operativen Eingriffen. Das überrascht, denn in der bearbeiteten Literatur zeigt sich, dass Angst und Stress im perioperativen Setting eine Auswirkung auf das emotionale Empfinden von Patientinnen und Patienten postoperativ haben können.

3.1.2 Analyse des Fallbeispiels

In folgendem Abschnitt möchte ich das Fallbeispiel mithilfe der Ergebnisse meiner Literaturrecherche näher beleuchten.

Da ich mich im Kapitel 2.2. vertieft mit der Stressreaktion auseinandergesetzt habe, erkenne ich rückblickend bei der Patientin nicht nur einen gesteigerten Sympathikotonus anhand der Tachykardie, der Hypertonie und der gesteigerten Schweißproduktion. Ich weiss auch, dass dies auf das SAM-System zurückzuführen ist, was eine Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin zur Folge hatte und zu den beschriebenen Symptomen führte. Die Patientin äusserte mir gegenüber deutlich, dass sie Angst verspüre. Ihr emotionales Erleben der Situation und die damit verbundene Aktivierung des HPA-Systems hatten eine Auswirkung auf den intra- und postoperativen Verlauf. Nicht nur zur Induktion benötigte sie eine erhöhte Dosis von Propofol, auch die Erhaltungsdosis blieb während der gesamten Narkose höher als ich es gewöhnlich erlebe. Das Gleiche zeigte sich auch beim Analgesiebedarf, intra- sowie unmittelbar postoperativ im Aufwachraum. Krohne (2017) bestätigt eine klare Korrelation von Angst und der Höhe der benötigten Induktions- und Erhaltungsdosis, jedoch fanden sich keine Auswirkungen von präoperativer Angst auf den perioperativen Analgesiebedarf. Krohne (2017) schreibt auch, dass bei der HPA-Achse die Bewertung von psychologischen Stressoren eine wichtige Rolle spielen. Das unterstreicht die Bedeutsamkeit einer einfühlsamen und empathischen präoperativen Betreuung durch das Anästhesieteam, welche einen relevanten Einfluss auf das intra- und postoperative Geschehen haben kann.

In diesem Fallbeispiel wird deutlich, dass die Stressreaktion komplexer ist als ein stereotyp ablaufendes Reaktionsmuster und daher einer entsprechend adäquaten und individuellen Behandlung und Betreuung bedarf. Zudem zeigt es auch, dass sowohl der physiologische Ansatz von Selye (1976), wie auch der kognitive Ansatz von Lazarus (1991) für das Anästhesiepflegefachpersonal relevant sind, da sie die physiologischen und die psychologischen Auswirkungen von operativem Stress beachten und in ihre tägliche Arbeit miteinbeziehen müssen.

Mich hat dieses Fallbeispiel beschäftigt und ich suchte daher den Austausch mit meinem Team. Dabei merkte ich, dass einige Teammitglieder ähnliches erlebten und oft vor vergleichbaren Problemen standen. Um näheres dazu zu erfahren, verschickte ich im Februar 2023 dem gesamten Anästhesieteam im GZO einen anonymen Fragebogen zum Thema Sprachbarrieren in der Anästhesie. Von insgesamt 27 Teammitgliedern füllten 21 den Fragebogen aus. Im Folgenden möchte ich die Aussagen meines Teams mit den Ergebnissen der Literaturrecherche in einen Zusammenhang bringen, um im Anschluss einen Praxistransfer zu ermöglichen.

3.1.3 Vergleich der Literaturergebnisse mit dem Alltag im GZO

Dass Sprachbarrieren im GZO ein relevantes Thema im Anästhesiealltag sind, zeigt sich deutlich in der Auswertung des Fragebogens. Zwei Drittel des Teams gaben an, mehrmals pro Monat fremdsprachige Patientinnen und Patienten zu betreuen, 14% sogar mehrmals pro Woche. Die in der Ausgangslage erwähnten Zahlen zu fremdsprachigen Patientinnen und Patienten in der Schweiz korrelieren mit diesen Aussagen deutlich und es kann vermutet werden, dass Sprachbarrieren in den meisten Schweizer Spitälern ähnlich häufig angetroffen werden.

Mir war nicht nur wichtig zu erfahren, wie oft meine Teammitglieder Sprachbarrieren antreffen, sondern auch wie sie sich dabei fühlen. Ungefähr 70% der Teammitglieder gaben an, sich unwohl, hilflos und frustriert zu fühlen, wenn aufgrund einer Sprachbarriere keine adäquate Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten möglich ist. Sie bemerken beispielsweise eine Einschränkung des Beziehungsaufbaus und können daher weniger gut auf Ängste eingehen und die Patientin oder den Patienten individuell begleiten. Dass dieses Begleiten und psychologische Unterstützen jedoch von hoher Wichtigkeit sind, zeigen die Aussagen von Krohne (2017) bezüglich operativen Stresses und dessen Auswirkungen auf das perioperative Management. Zudem zählt genau dieses psychologische Unterstützen von Patientinnen und Patienten zu den vielfältigen Aufgaben als Expertinnen und Experten Anästhesiepflege und es ist wichtig, dass sie dieser nachkommen können.

Eine Person gab im Fragebogen an, eine Machtverschiebung in der Einleitung wahrzunehmen, da gewisse Tätigkeiten «einfach gemacht werden können», obwohl die Patientin oder der Patient es nicht versteht. Dies widerspricht deutlich dem moralischen Grundprinzip der Autonomie (Beauchamp & Childress, 1994) und damit auch dem Berufsethos der Anästhesiepflege (SIGA/FSIA, 2020). Das Gefühl, der Autonomie der Patientin oder des Patienten nicht gerecht zu werden, kann zu Frustration und Hilflosigkeit seitens des Anästhesiepflegefachpersonals führen. Rey (2017) äussert hierzu klar, dass das Gefühl, selbst nicht verstanden zu werden und das Gegenüber nicht oder nur eingeschränkt zu verstehen, eine relevante Belastung für das Gesundheitspersonal darstellt.

Als nächstes wollte ich erfahren, wie mein Team mit Sprachbarrieren in der Einleitung umgeht. Dabei waren Mehrfachantworten möglich. 95% der Befragten gaben an, dass sie, wenn möglich Mitarbeitende für die Übersetzung hinzuziehen, welche die gleiche Sprache wie die Patientin oder der Patient sprechen. Die Ergebnisse der Literaturrecherche geben zu diesen Ad-hoc-Übersetzenden keine einheitliche Empfehlung. Insbesondere ob nicht-medizinisches Personal geeignet ist im Gesundheitswesen zu übersetzen, sind sich die einzelnen Autorinnen und Autoren uneins. Einheitlich wird aber angemerkt, dass es zu einem Rollenkonflikt kommen kann, da die übersetzende Person in dieser Zeit an ihrem eigenen Arbeitsplatz fehlt.

Im präoperativen Management im GZO sind vor allem das Abfragen der Checkliste bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten eine Herausforderung, da diese Sicherheitsfragen wichtig für das Anästhesiemanagement sind. Da diese Fragen für Laien verständlich sein müssen, sehe ich kein Problem darin, auch nicht-medizinisches Personal für das Übersetzen dazu zu bitten. In der Einleitung selbst geht es oft um das Erklären des Ablaufes, sowie das Beruhigen und Ablenken. Auch hierfür kann der Einbezug von Mitarbeitenden sinnvoll sein, sofern die Patientin oder der Patient dies wünscht und es nicht zu grösserer Unruhe kommt, wenn mehr Personen an der Einleitung beteiligt sind. Dies sollte situationsbedingt und individuell zusammen mit der zu behandelnden Person entschieden werden. Der Punkt des Rollenkonflikts, welcher in der Literatur angesprochen wird, sollte bei der Entscheidung, ob und in welchem Umfang Mitarbeitende hinzugezogen werden, ebenfalls berücksichtigt werden.

In den Ergebnissen der Literaturrecherche werden häufig auch Angehörige als Übersetzende erwähnt. Im GZO kann ich mir vorstellen, dass eine angehörige Person bis zur Schleuse mitkommen darf und dort die Sicherheitsfragen übersetzt. Dies kann einerseits uns, aber auch der Patientin oder dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit vermitteln, da relevante Fragen hier nochmals geklärt werden können. In der Einleitung selbst, sehe ich den Einbezug von Angehörigen kritisch. Die Einleitung kann für die angehörige Person selbst stressig sein und unvorhergesehene Reaktionen hervorrufen. Daher müsste ein zusätzliches Teammitglied dabei sein, welches sich um diese Person, wenn nötig kümmern kann. Dies hat zur Folge, dass es zu ungewollter Unruhe in der Einleitung kommen kann und die Teamressourcen strapaziert werden. Bei Kindern hingegen ist es üblich, dass ein Elternteil in der Einleitung unter denselben Voraussetzungen dabei sein kann. Daher muss vielleicht ebenfalls individuell und in Absprache mit der fremdsprachigen Patientin oder dem Patienten und dem Team der Einbezug einer angehörigen Person in der Einleitung diskutiert werden.

Die bearbeitete Literatur empfiehlt einheitlich den Einbezug eines Dolmetscherdienstes bei Sprachbarrieren. Von den befragten Mitarbeitenden könnten sich 81% vorstellen, einen Dolmetscherdienst in der Einleitung miteinzubeziehen. Dies aber nur, wenn der Organisationsaufwand machbar bleibt und der Dolmetscherdienst spontan eingesetzt werden kann. Die Mitarbeitenden erhoffen sich durch die Übersetzung allfällige Ängste und Unsicherheiten abzufangen, Fragen zu klären und das Wohlbefinden der Patientin oder des Patienten zu steigern.

Aufgrund des oft unberechenbaren OP-Programms wäre es allerdings schwierig einen Dolmetscherdienst vor Ort einzubeziehen. Einen telefonischen Dolmetscherdienst, wie ihn das AOZ Medios im Kanton Zürich anbietet, wäre realistischer. Im GZO werden im ambulanten und stationären Bereich die Kosten eines Dolmetscherdienstes vollumfänglich übernommen, somit wäre auch die Frage bezüglich der Kostendeckung geklärt.

Im Fragebogen gaben 10% der Mitarbeitenden an, Übersetzungsapps wie beispielsweise DeepL oder Google Translate zu verwenden. Zur Verwendung von Übersetzungsapps finden sich nur wenige Hinweise in der Literatur. Es wird aber erwähnt, dass Übersetzungsapps dazu beitragen können eine Basiskommunikation trotz Sprachbarrieren zu ermöglichen (Müller et al., 2021). Nichtvalidierte Apps seien jedoch nicht geeignet, um im Gesundheitswesen zu übersetzen (Squires, 2018). Aktuell findet sich, soweit mir bekannt, kein anästhesiespezifisches Übersetzungsapp auf dem Markt. In der Einleitung könnte auch ein nichtmedizinisches App wie DeepL verwendet werden, da beispielsweise die Sicherheitsfragen in Laiensprache verfasst sind und keiner komplexen Übersetzung bedürfen. Als Vorteil sehe ich vor allem die unkomplizierte Anwendung solcher Apps. Da der Anästhesiealltag oft nur schwer planbar ist, könnte eine solche App eine sinnvolle und niederschwellige Alternative zum telefonischen Übersetzungsdienst sein.

Da ich als Praxistransfer eine Fotodokumentation der Einleitung plante, suchte ich bewusst auch nach Hinweisen für visuelle Übersetzungshilfen in der Literatur. Rey (2017) geht nur am Rande darauf ein und empfiehlt ein schriftliches Glossar in mehreren Sprachen. Mueller (2020) und Wallimann & Balthasar (2019) hingegen schätzen visuelle Kommunikationshilfen als hilfreich ein, gerade in akut-medizinischen Situationen, bei welchen nur schwer Dolmetscherdienste organisiert werden können. Als Vorteil nennen sie die einfache Handhabung und beispielsweise medizinische Abläufe könnten mit Bildern gut erklärt werden. Jedoch muss bedacht werden, dass sich visuelle Kommunikationshilfen hauptsächlich für Ja-Nein-Fragen eignen und zum Erfragen von komplexeren Themen nicht geeignet sind. Im GZO können sich 60% der Mitarbeitenden vorstellen, eine Fotodokumentation der Einleitung zu verwenden. Wichtig hierbei wäre es dem Team, dass die Bilder keine Angst einflössen. Als kritisch sehen sie den damit verbundenen

Zeitaufwand und die einseitige Kommunikation, da mit Bildern nur schwer allfällige Fragen geklärt werden können.

3.2 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung lautete folgendermassen:

- Welche Auswirkung haben Sprachbarrieren auf die Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten und den diplomierten Expertinnen und Experten Anästhesiepflege NDS HF im perioperativen Management?
- Welche evidenzbasierten Hilfsmittel und Kommunikationsmöglichkeiten können diplomierten Expertinnen und Experten Anästhesiepflege NDS HF empfohlen werden?

Im Rahmen meiner Diplomarbeit konnte ich anhand der Literaturrecherche die vielfältigen Auswirkungen von Sprachbarrieren auf die Interaktion zwischen dem Anästhesiepflegefachpersonal und Patientinnen und Patienten aufzeigen. Die Verständigung mit unseren Patientinnen und Patienten ist ein zentraler Bestandteil der Arbeit und kann durch Sprachbarrieren negativ beeinflusst werden. Es kann das Gefühl von Angst und Stress der zu behandelnden Person verstärken, was diverse Auswirkungen auf das perioperative Management haben kann. Für das Anästhesiepflegefachpersonal kann es frustrierend und belastend sein, wenn eine adäquate und individuelle Kommunikation mit Patientinnen und Patienten nicht ermöglicht werden kann.

Zur Überbrückung von Sprachbarrieren empfiehlt die bearbeitete Literatur folgende Hilfsmittel:

- Einbezug von Dolmetscherdiensten
- Übersetzungsapps
- Visuelle Kommunikationshilfen, wie beispielsweise Fotos oder Broschüren

Diese Hilfsmittel werden im Kapitel 3.1.2 ausführlich bezüglich der Praktikabilität und Umsetzbarkeit in der Praxis diskutiert.

Mir ist wichtig hier anzumerken, dass keine allgemeingültigen Aussagen bezüglich des qualitativen Erlebens von Sprachbarrieren gemacht werden können. Nicht jede fremdsprachige Person empfindet das Gleiche und nicht in jeder Anästhesiepflegefachperson lösen Sprachbarriere dasselbe aus. Die Antworten aus dem Fragebogen sind als Impressionen aus dem Spitalalltag zu werten und haben keinen universellen Charakter. Wie im Fallbeispiel und auch bei Nasab (2020) erahnt werden kann, schwingt bei Sprachbarrieren im Spital oft deutlich mehr mit als nur ein reines Übersetzungsproblem. Eine Überbetonung von kulturellen Hintergründen, beziehungsweise diese als Risikofaktoren zu benennen, kann jedoch zu einer Verhärtung von Vorurteilen und Kategorisierungen führen (Rey, 2017). Erstrebenswert ist daher eine Sensibilisierung von Gesundheitsfachleuten für die Herausforderungen von Interkulturalität bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten (Zaeri-Esfahani & Biakowski, 2020). Ich hoffe, mit dieser Diplomarbeit einen kleinen Beitrag zu dieser interkulturellen Sensibilisierung leisten zu können.

3.3 Praxistransfer

Sprachbarrieren sind ein Teil unseres Arbeitsalltages als Expertinnen und Experten Anästhesiepflege und können uns vor einige Herausforderungen stellen. Die Literaturrecherche zeigte, dass dieses Thema noch zu wenig erforscht ist im Fachgebiet der Anästhesie. Obwohl einige Studien die Auswirkungen von Sprachbarrieren auf das Behandlungsmanagement, die Hospitalisationsdauer, sowie die mögliche Fehldiagnostik von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten aufzeigt, werden die Folgen fürs

perioperative Management zu wenig berücksichtigt. Gerade in der mehrsprachigen Schweiz ist es erstaunlich, wie wenig über interkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen berichtet wird. Die Relevanz für den Spitalalltag ergibt sich aus den Zahlen des BFS, welche aufzeigen, wie viele Menschen in der Schweiz keine der vier Landessprachen sprechen und somit auf Gesundheitspersonal angewiesen ist, welches mit ihnen zusammen die Sprachbarriere überwindet.

Für meinen eigenen Gebrauch habe ich eine Fotodokumentation einer Einleitung für eine Allgemeinanästhesie erstellt. Diese Fotos finden sich im Anhang. Ich erhoffte mir, anhand der Fotos der einzelnen Schritte den Ablauf schrittweise erklären zu können und damit die Patientin oder den Patienten mit in das Geschehen einzubinden. Mir war wichtig, dass, bevor ich eine Handlung vornehme, zeigen kann was ich mache, beispielsweise bei der Einlage einer peripheren Verweilkanüle. Ich habe auch versucht, zwei Bilder zu erstellen, welche die präoperative Nüchternheit und Allergien erfragt. Das war eine ziemliche Herausforderung und ich war mit dem Ergebnis in der Praxis nicht zufrieden. Wie die Literatur erwähnt, eignen sich visuelle Kommunikationshilfen nur für Ja-Nein-Fragen und das reicht für die Frage nach der Nüchternheit oder nach Allergien nicht aus. Da müsste in Zukunft eine andere Lösung implementiert werden, beispielsweise dass eine angehörige Person mit in die Schleuse kommt, um diese Fragen zu übersetzen.

Die Fotodokumentation der Einleitung konnte ich einmal in der Praxis ausprobieren. Für die Einleitung selbst fand ich die Fotos ein hilfreiches Tool, um die einzelnen Schritte vorher anzukündigen. Ich hatte das Gefühl, dass dies vom Patienten geschätzt wurde. Mit den Fotos konnte ich erklären was ich als nächstes mache. So habe ich ihn nicht mit einzelnen Handlungen überrascht, konnte laufend seinen Konsens einholen und damit seine Autonomie wahren. Am Zeitmanagement änderte sich durch den Einbezug der Fotos nichts. Das ist sicher ein grosser Vorteil, da der Zeitfaktor in der Anästhesie immer eine wichtige Rolle spielt.

Meines Erachtens ist die Verwendung der Fotodokumentation in der Einleitung eine Ergänzung und kann dabei helfen, mit Sprachbarrieren umzugehen. Sie ist schnell zur Hand, einfach zu verwenden und kann bei jeder Sprache angewendet werden. Jedoch dient sie nur zur einseitigen Information. Ängste, Unsicherheiten oder Unklarheiten können damit weder erfragt, noch kann darauf individuell eingegangen werden. Zusammen mit Übersetzungsapps, übersetzenden Mitarbeitenden oder auch Übersetzungsdiensten ist sie ein weiteres Tool, welches die Betreuung von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten in der Einleitung erleichtern kann. Um den Nutzen der Fotodokumentation aussagekräftig zu messen, müsste diese bei einer grösseren Stichprobe angewandt werden.

Was ich zum Schluss zusätzlich hilfreich fände, wäre eine interne Richtlinie zum Umgang mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten. So können Mitarbeitende nachlesen, welche Optionen zur Verfügung stehen und werden so im Entscheidungsprozess unterstützt, welche Hilfsmittel wann sinnvoll eingesetzt werden können.

Meiner Meinung nach ist es das Recht jeder Patientin und jedes Patienten eine individuelle und angepasste Begleitung durch das Anästhesieteam zu erhalten, welches ihr oder ihm ermöglicht, sich möglichst entspannt auf die Narkose einzulassen. Dies hat zur Voraussetzung, dass das Anästhesieteam für die interkulturelle Kommunikation sensibilisiert ist und weiss, welche Hilfsmittel bei Sprachbarrieren verwendet werden können. Aus diesem Grund werde ich im Mai meine Diplomarbeit dem Team vorstellen und hoffe damit zu Fragen, Austausch und Diskussionen anzuregen.

4 Literaturverzeichnis

- BAG, B. (2019). *Finanzierung des interkulturellen Dolmetschens im Gesundheitswesen durch die obligatorische Krankenversicherung*.
- FMH. (2021). Dolmetschen als Schlüssel zur Chancengleichheit. *FMH Public Health*, 13-14.
- Huch, R., & Jürgens, K. (2019). *Mensch Körper Krankheit*. München: Urban&Fischer.
- INTERPRET. (09. 01 2023). *inter-pret.ch*. Von <https://www.inter-pret.ch/de/home-1.html> abgerufen
- Jaeger, F., Pellaud, N., Laville, B., & Klauser, P. (2019). *The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland*. BMC Health Services Research.
- Koppelstätter, C. (2018). Werkzeuge zur interkulturellen Verständigung im RD. In A. Neumayr, M. Baubin, & A. Schinnerl, *Herausforderung Notfallmedizin* (S. 210-217). Deutschland: Springer.
- Krohne, H. (2017). *Stress und Stressbewältigung bei Operationen*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Larsen, R. (2018). *Anästhesie*. München: Urban&Fischer.
- Merse, S. (2020). Übersetzungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In A. Gillessen, S. Golsabahi-Broclawski, A. Biakowski, & A. Broclawski, *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin* (S. 62-70). Deutschland: Springer.
- Mueller, F. (2020). *Sprachbarrieren in der ärztlichen Konsultation*. Zürich: Schweizerische Ärztezeitung.
- Müller, F., Hummers, E., Schulze, J., & Noack, E.-M. (2021). Nutz- und Bedienbarkeit einer App zur Überwindung von Sprachbarrieren im Rettungsdienst. *Notfall Rettungsmedizin*, 570-577.
- Nasab, H. (2020). Die Sicht einer Geflüchteten: "Wie die Larve im Kokon". In A. Gillessen, S. Golsabahi-Broclawski, A. Biakowski, & A. Broclawski, *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin* (S. 73-75). Deutschland: Springer.
- Nationale Ethikkommission. (2017). *Gesundheitsversorgung für fremdsprachige Zugewanderte*. Bern.
- Rey, L. (2017). *Sprachliche Brücken zur Genesung; Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen der Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit.
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (2012). *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*. Stuttgart: Thieme.
- SGAR. (2020). *Standards und Empfehlungen für die Anästhesie, Version 2020*. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation.
- SIGA/FSIA. (2011). *Standards Anästhesiepflege Schweiz*. Sursee.
- SIGA/FSIA. (2020). *Code of ethics*. Schweiz.
- Squires, A. (2018). Strategies for overcoming language barriers in healthcare. *Nursing Management*, 20-27.
- Striebel, H. (2019). *Die Anästhesie 4. Auflage*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Wallimann, C., & Balthasar, A. (2019). Primary Care Networks and Eritrean Immigrants' Experiences with Health Care Professionals in Switzerland: A Qualitative Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- WHO. (13. Februar 2023). *Stress Q&A*. Von <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress> abgerufen
- Wienke, A. (2018). Neue Anforderungen zur ärztlicher Aufklärung fremdsprachiger Patienten. *HNO 2*, 153-154.
- Wilhelm, W. (2018). *Praxis der Anästhesiologie*. Deutschland: Springer.
- Zaeri-Esfahani, M., & Biakowski, A. (2020). Interkulturalität als Grundlage der Kommunikation in der Medizin. In A. Gillessen, S. Golsabahi-Broclawski, A. Biakowski, & A. Broclawski, *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin* (S. 18-25). Deutschland: Springer.

5 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Ein Modell des komplexen Einflusses verschiedener Faktoren auf die Wundheilung, Krohne, W. (2017), Stress und Stressbewältigung bei Operationen, Seite 56

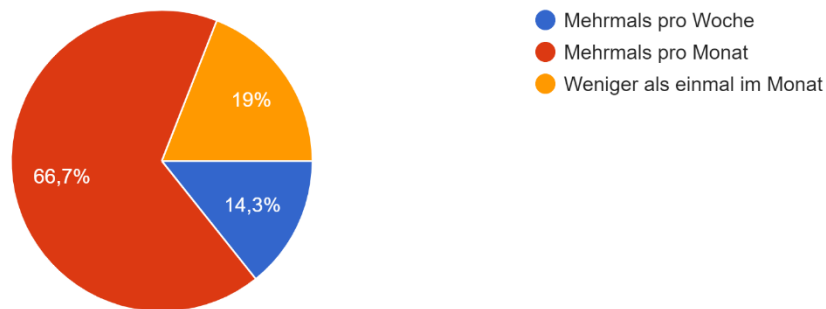
6 Anhang

6.1 Fragebogen und Antworten Anästhesieteam GZO

Wie oft begegnest du im OP Patienten und Patientinnen, mit welchen du dich aufgrund einer Sprachbarriere nicht austauschen kannst?

Wie oft begegnest du im OP Patienten und Patientinnen, mit welchen du dich aufgrund einer Sprachbarriere nicht austauschen kannst?

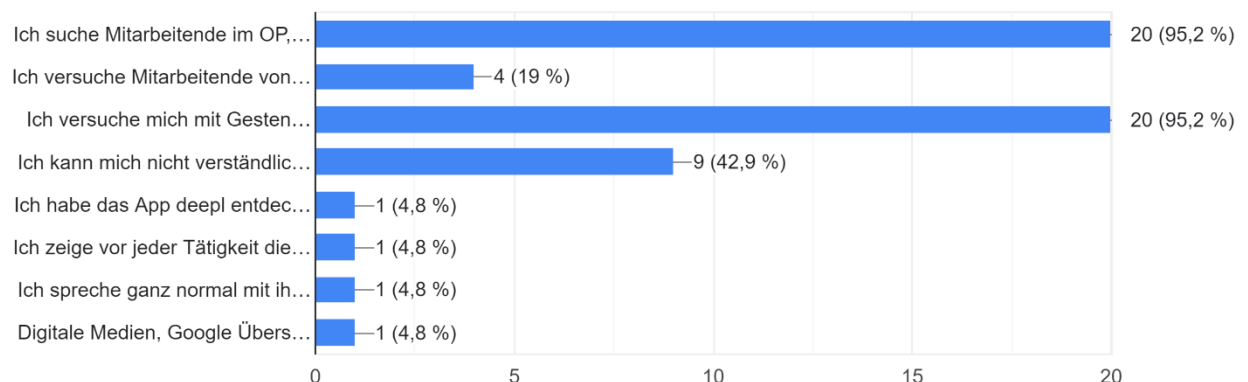
21 Antworten



Welche Strategien wendest du an, um diese Sprachbarrieren zu überwinden? (Mehrfachauswahl möglich)

Welche Strategien wendest du an, um diese Sprachbarrieren zu überwinden? (Mehrfachauswahl möglich)

21 Antworten



Antwortmöglichkeiten

- Ich suche Mitarbeitende im OP, welche die gleiche Sprache sprechen.
- Ich versuche Mitarbeitende von der internen Dolmetscher-Liste fürs Übersetzen zu organisieren
- Ich versuche mich mit Gesten und Mimik verständlich zu machen

- Ich kann mich nicht verständlich machen, daher versuche ich die Einleitung möglichst rasch durchzuführen, um Stress bei Patienten und Patientinnen zu vermeiden.
- Freitext

Wie fühlst du dich, wenn du merkst, dass aufgrund einer Sprachbarriere keine adäquate Kommunikation mit dem Patienten oder der Patientin im perioperativen Setting möglich ist?

- Das ist sehr unangenehm. Ich versuche alle Möglichkeiten auszuschöpfen um eine Kommunikation zu gewährleisten
- Da es nicht oft vorkommt ist es ok für mich. Es ist wie bei dementen, komatösen oder Schockraumpatienten. Ich handle nach besten Wissen und Gewissen.
- leicht genervt
- Schlecht, der Patient/-in weiss ja dann nicht was passiert.
- Meist etwas hilflos da ich so kein Beziehungsaufbau gestalten kann und die Patienten meist sehr ängstlich sind
- Sehr unbefriedigend und nicht mehr zeitgemäss.
- Hilflos, weil dann bestimmte Fragen (z.B. Nüchternheit) nicht richtig geklärt werden können. Und es tut mir sehr leid, weil diese Patienten meist sehr nervös und ängstlich sind, und man nicht so gut auf sie eingehen kann.
- Mir tut es jeweils sehr leid und ich empfinde es als unangenehm, da man den Patienten meistens die Angst/Nervosität ansieht und es aufgrund der Sprachbarriere nicht gut schafft ihnen diese Angst/Nervosität durch Ablenkung etwas zu mindern.
- Fühle mich nicht schlecht wegen dem.
- dass ich meine Arbeit nicht zufriedenstellend machen kann
- Finde es unbefriedigend und sehr schwierig so dann auch Angst beim Pat. nehmen zu können. Teilweise istv es auch frustrierend das ich keine Fremdsprache gut beherrsche
- Ich fühle mich deshalb nicht schlecht und auch nicht in meiner Arbeit eingeschränkt. Ich fühle mit der/dem Patientin*en mit und versuche mit sanften Gesten meine Empathie zum Ausdruck zu bringen.
- Gehemmt, hilflos. Nur nonverbal genügt nicht, um Sicherheit auszustrahlen und transferieren.
- Meine Gefühle: hilflos vor allem wenn Patienten sehr nervös sind und weinen, nicht zufrieden mit dem Zustand, Froh wenn der Patient dann bei einer Allgemeinanästhesie schläft, zu viel Macht indem Tätigkeiten einfach ausgeführt werden "können"..
- Pat. fühlen sich gestresst, dies löst bei mir ungute Gefühle aus, fühle mich dann hilflos
- Das kommt auf die jeweilige Situation an. Bei wenig komplexen Eingriffen bevorzuge ich eine rasche Einleitung.
- Das kommt auf das Verhalten des Patienten an. Ist er wohl in der Situation, bin ich es auch. Merke ich, dass erklärende Worte die Situation für den Patienten besser machen würden und es nicht möglich ist, ist es ein unbefriedigendes Gefühl.
- Unwohl/schuldig, da der Patient nicht weiss, was mit ihm geschieht
- unbefriedigend, und ist gefährlich wegen der Patientensicherheit
- Ich stelle mir, mich an dieser Stelle vor und habe vor Augen, dass es ja für beide Seiten schwierig ist und hoffe, dass der andere auch so denkt.
- Ich gebe mein Bestes und mach einfach so schnell wie möglich vorwärts....wo es keine Kommunikation mehr braucht.

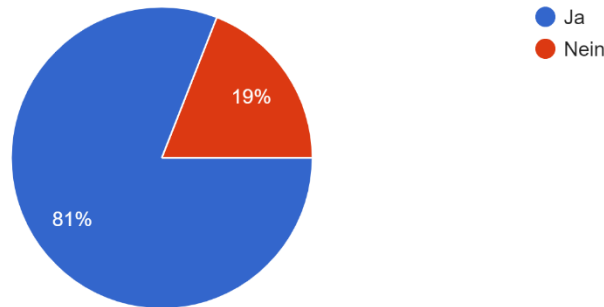
Was würde dir helfen Sprachbarrieren in der Einleitung zu überwinden, um diese Patientengruppe optimal zu betreuen?

- Übersetzer App. Ich weiss dass es das gibt, doch es ist wohl noch zu wenig präsent in den Anästhesie - Köpfen um es auch zu nutzen.
- Übersetzer, Übersetzungsmodul via App
- wenn Patient mindestens 1 Landessprache beherrscht
- Bereits organisierte Dolmetscher
- Ein Dolmetscher der die Patienten begleitet, so wie bei den Kindern
- Piktogramme oder sprachspezifische, max. 2-seitige Liste, mit den häufigsten perioperativ gebrauchten/benötigten Fragen und Aussagen.
- Wenn eine Person, welche die Sprache spricht, übersetzen kann.
- Gute Vorbereitung in der Sprechstunde, indem die Patienten dort mit einem Dolmetscher erscheinen. Beschränkte Anzahl an Personen in der Einleitung, damit keine zusätzliche Unruhe entsteht.§
- Vermerk Telefonnr. von einem Dolmetscher auf dem Prämedi-Blatt.
- mit translator (google) arbeiten
- einheitliche Info Tafel zum die wichtigsten Sachen der Einleitung zu erklären
- Die Gewissheit das die/der Patient*in in den Sprechstunden (chirurgisch wie auch anästhesiologisch) richtig vorbereitet und aufgeklärt wurde.
- Dolmetscher. Evtl. Liste. Apps wie vom Rettungsdienst (Chantal kennt welche, die gut sind!)
- Wenn eine Sprachbarriere bekannt ist (um jemanden zu organisieren...) Eine Person die im OP ist und übersetzen kann...
- wichtig ist die Vorbereitung vorher, also in der Sprechstunde, in der Einleitung dann zügig arbeiten,
- zum Bsp. ein mobiler Übersetzer (Google / eine spezielle App mit dem passenden Handy / Tablet
- Ein Dolmetscher
- Übersetzer, ggf. Schritt für Schritt Anleitung mit Bilder, was jetzt geschieht (Venflon, Maske etc)
- Dolmetscher, Person des Vertrauens der Patienten zur Prämedi, Einleitung, Ausleitung
- Ein elektronisches Übersetzungsprogramm, welches korrekt funktioniert (nicht Google Translate)
- Jemand der/die übersetzt,wäre auf jeden Fall für den Patienten bestimmt angenehmer. Falls dies nicht möglich ist,kommuniziere ich mit dem Patienten,als würde er/sie mich verstehen.
Den Tonfall versteht,glaube ich jede/jeder.

Könntest du dir vorstellen einen Dolmetscher oder eine Dolmetscherin in der Einleitung hinzuziehen?

Könntest du dir vorstellen einen Dolmetscher oder eine Dolmetscherin in der Einleitung hinzuziehen?

21 Antworten



Warum Ja oder warum Nein?

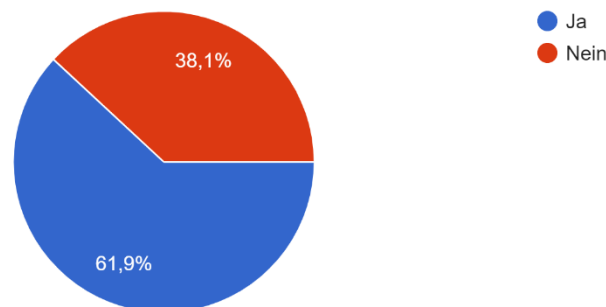
- Der Patient steht im Zentrum unserer Arbeit. Es soll für ihn/sie so angenehm wie möglich sein, da gehört die Verständigung dazu
- Hauptsächlich um das Wohlbefinden des Patienten. Evtl. noch offene Fragen beantworten zu können.
- Es liegt in der Verantwortung eines jeden Patienten, eine Landessprache zu beherrschen.
- Wäre die optimale Lösung
- Weil dies dem Patienten viel Angst nehmen würde und sie sich anschliessend besser aufgehoben fühlen wenn sie verstehen was wir machen.
- Zu aufwändig im Alltag. Für Spezialfälle wäre es eine Möglichkeit, allerdings nur mit Zustimmung des Patienten und unter Einhaltung der Schweigepflicht.
- Ja, wenn es die Möglichkeit gäbe und der Organisationsaufwand dadurch nicht grösser wird.
Falls das Prämedikationsgespräch mit einem Dolmetscher geführt werden könnte, und der Patient gut vor informiert ist, was alles passiert, dann würde es vielleicht auch so gehen, insbesondere wenn der gleiche Arzt bei der Einleitung sein könnte und wenigstens ein vertrautes Gesicht da wäre, mit dem schon alles besprochen wurde.
- Eher Nein, da "irgendein" Dolmetscher das OPs Setting nicht kennt und ich so zwei Personen betreuen müsste und nicht nur eine Person, was die Einleitung unruhiger und unkonzentrierter macht.
- Weil Kommunikation für beide Parteien (für Pat. und mich) Klarheit schafft.
- in der anästhesie ist es wichtig , dass die Menschen mit gutem Gefühl einschlafen
- Weil ich glaube dass dies eine beruhigende Wirkung hervorruft.
- Sicherheit zu vermitteln, Fragen zu klären, Stimmung zu lockern. Personen, die sich in der eigenen Sprache ausdrücken können, sind viel entspannter und haben Freude!
- Grundsätzlich eine gute Idee. Wenn ich an den realen Arbeitsalltag denke, sehe ich da einige Stolpersteine die schlussendlich die Einleitung und diesen Zustand den wir, das Personal, als unangenehm für den Patienten einstufen verlängern. Damit das funktioniert, müsste für mich der / die Dolmetscher/-in zur gleichen Zeit wie der Pat. eingeschleust werden. Hier kommen die Stolpersteine, wer organisiert den Dolmetscher...ist der Dolmetscher zu jeder Zeit abrufbar, auch bei OP-Programm Veränderungen...
- ja, eigentlich nur in der Notfallsituation, wenn die Vorbereitung ungenügend war, aber häufig fehlt in diesen Situationen die Zeit

- Versuche das Problem via KollegenInnen aus dem OP zu lösen.
- Ja für eine optimale Betreuung des Patienten.
- Angenehmer für den Patienten, vielleicht auch weniger Angst
- Wichtige Info weitergeben, kein Stress nur wegen der Sprache beim Pat, Checkliste korrekt durchführen können, Infos gehen nicht verloren
- Ein Dolmetscher kann auch die Emotionen aufnehmen, was ein Sprachprogramm nicht kann. Antwort : JA
- Wenn dies unkompliziert möglich wäre, warum nicht?
Dafür gibt es Dolmetscher ja!

Könntest du dir vorstellen mithilfe einer Fotodokumentation der Einleitung (Allgemeinanästhesie mit ITN oder LAMA, keine Regionalanästhesie) den Patienten oder die Patientin präoperativ zu begleiten?

Könntest du dir vorstellen mithilfe einer Fotodokumentation der Einleitung (Allgemeinanästhesie mit ITN oder LAMA, keine Regionalanästhesie) den Patienten oder die Patientin präoperativ zu begleiten?

21 Antworten



Warum Ja oder warum Nein?

- alles was hilft. Fotodokumente sind nicht das erste was ich wählen würde, doch sicher viel besser als nichts. Besser wäre sicher eine App oder einen Dolmetscher
- Menschen welche nicht im Gesundheitswesen arbeiten wären mit Zeichnungen und Foto-Dokumentationen überfordert. Oft sind Patienten zu nervös um noch viel aufnehmen zu können.
- zu aufwändig
- Stelle ich mir komisch vor. Zudem werden mittels Fotodokumentation allfällige Fragen nicht beantwortet bzw. der Patientin/-in kann sie nicht stellen.
- Weil die Patienten so eine Vorstellung haben was gemacht wird bei uns
- Siehe Ausführungen weiter oben
- Bilder dürften einfach keine Angst machen. Ansonsten wären Bilder sicher hilfreich, wenn Worte nicht verstanden werden.
- Ich denke, dass es hilfreich sein könnte, jemandem den Ablauf anhand von Bildern zu erklären.
- Weil ich in der Phase nicht ins zu Details gehen möchte.
- aufklärung ist wichtig
- Denke es wäre ein super Toll und ist immer verfügbar auch ohne grossen Aufwand zur Organisation von einem Dolmetscher
- Ein Foto ist die Aufnahme eines einzigen Moments, es sagt nichts über die bevorstehende Prozedere.
- Eher als Notlösung.
- Vor allem in der Sprechstunde könnte ich mir das vorstellen, damit der Patient schon weiss, was auf ihn zukommt. In der Einleitung reichen mir die Gegenstände wie z.B. die Maske um damit zu Gestikulieren dass jetzt Präoxiginiert wird.

- ich bin der Meinung, dass dies vor der Einleitung, also beim Aufklärungsgespräch stattfinden muss
- Eine Übersetzungsmöglichkeit erscheint mir sinnvoller
- Zeitlich zu aufwendig.
- Kann auch schwierig werden, Pat. sind ohne Hilfsmittel(Brille), LM sind nicht selbsterklärend. Besser als Nichts :).
- Ja , vielleicht eher ein Kurzfilm zur Visualisierung. Klare Bilder können eine einfache aber ebenso klar Botschaft vermitteln.
- Alles was sich gut in den Arbeitsalltag integrieren lässt und den Arbeitsablauf nicht allzu stark verzögert,kann ich mir vorstellen,dass es auch genutzt wird.

6.2 Fotodokumentation

Fotografiert von Nadine Kull am 7. Februar 2023

Icons aus Adobe Stock, Standardlizenz, am 15. März 2023

Allergy
Alergia
Alerji
Alergji
алергія



