

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN
(BASISAUSBILDUNG)
„Basales und mittleres Pflegemanagement“**

20.09.2010 bis 05.10.2011

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Dienstübergabe

im Pflegezentrum Welzenegg „Wie Daham“
Haus Lebensbaum als professionelle
Kommunikation

vorgelegt von: Markus Reschenauer
Pflegezentrum Welzenegg
„Wie Daham“
Haus Lebensbaum

begutachtet von: MMag. Martina Allesch

September/2011

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Markus Reschenauer

Klagenfurt, September 2011

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Die Dienstübergabe ist mitunter eines der wichtigsten Themen im sozialen Berufsfeld. Diese wird dreimal täglich durchgeführt, wobei Fehler in der Informationsweitergabe nicht ausgeschlossen werden können, z.B.: dass nicht alle relevanten Informationen weitergeleitet werden, diese nicht verstanden oder sogar vergessen werden.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es eine qualitativ bessere Kommunikation durchzuführen, auf Störfaktoren hinzuweisen. Möglichkeiten zu finden um Störfaktoren zu verringern bzw. zu vermeiden und die ideale Räumlichkeit für eine Dienstübergabe zu beschreiben.

Methode: Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, dabei wurde im Internet recherchiert und eine Handsuche in diversen Büchern durchgeführt. Weiters wurde die persönliche berufliche Erfahrung mit den Ergebnissen der Recherche verknüpft.

Ergebnisse: Im Ergebnis zeigt sich, dass man durch eine professionelle Kommunikation, die Vermeidung von Störfaktoren und eine ideale Räumlichkeit, eine Qualitätsverbesserung der Dienstübergabe erreichen kann.

INHALTSVERZEICHNIS

0.	VORWORT	8
1.	EINLEITUNG	9
2.	KOMMUNIKATION	10
2.1.	Definition	10
2.2.	Grundlagen der Kommunikation anhand des Sender-Empfängermodells nach Shannon/Weaver	10
2.3.	Kommunikationsformen (verbal/nonverbal)	12
2.4.	Definition professionelle Kommunikation	14
2.5.	Kurzzusammenfassung	14
3.	DIENSTÜBERGABE	16
3.1.	Definition der Dienstübergabe	16
3.2.	Arten der Dienstübergabe	16
3.3.	Inhalt der Dienstübergabe	18
3.4.	Dauer von Dienstübergaben.....	20
3.5.	Störfaktoren bei der Dienstübergabe	21
3.6.	Fachsprache	22
3.7.	Qualitätsverbesserung	22
4.	ABLAUF DER DIENSTÜBERGABE	23
4.1.	Funktionen einer Dienstübergabe.....	23
4.1.1.	Informationelle Funktion	23
4.1.2.	Soziale Funktion	24
4.1.3.	Organisatorische Funktion	24
4.1.4.	Lehrende Funktion.....	24
4.2.	Ort der Dienstübergabe	24
4.3.	Struktur der Dienstübergabe	24
4.4.	Teilnehmer an der Dienstübergabe	25
5.	DIENSTZIMMER BZW. SCHWESTERNSTÜTZPUNKT – HAUSINTERNE VERGLEICHSDARSTELLUNG	26
5.1.	Vergleich Dienstzimmer im Haus Sonnenblume und Dienstzimmer im Haus Lebensbaum (= mein Arbeitsbereich)	26
6.	ERWARTUNGEN AN DIE DIENSTÜBERGABE.....	29

6.1.	Möglichkeit zur Sicherstellung der Erfüllung und der Erwartungen	29
6.2.	Möglichkeiten der Verbesserung des Informationsflusses	30
6.2.1	Leitlinien und Standards.....	30
6.2.2	Schulungen zum Wissensmanagement und zur Sicherstellung von Informationskontinuität	31
7.	ZIEL EINER DIENSTÜBERGABE	32
8.	ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG (Fazit)	33
9.	LITERATURVERZEICHNIS	34
10.	Anhang.....	36
10.1.	Dienstübergabe vom Nachtdienst an den Frühdienst:	36
10.2.	Dienstübergabe vom Frühdienst an den Spätdienst:	36
10.3.	Dienstübergabe vom Spätdienst an den Nachtdienst:	37

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Nr.	Seite	Benennung
Tabelle 1	14	Anteile der Kommunikation
Abb.1	12	Sender-Empfänger-Modell nach Shannon/Weaver
Abb.2	13	nonverbale Kommunikation
Abb. 3	15	Kommunikation im gemütlichen Eck im Haus Lebensbaum
Abb. 4	26	Dienstzimmer im Pflegezentrum Welzenegg „Wie Daham“ im Haus Sonnenblume
Abb. 5	27	Dienstzimmer im Pflegezentrum Welzenegg „Wie Daham“ im Haus Lebensbaum
Abb.6	28	Dienstübergabe im Pflegezentrum Welzenegg „Wie Daham“ im Speisesaal im Haus Lebensbaum

Abkürzungsverzeichnis

bzw.:	beziehungsweise
Communities of Practice:	Dienstübergabenstandard
d.h.:	das heisst
MDK:	Dienstübergabenstandard
PQSG:	Dienstübergabenstandard
PONS:	Profile of Nonverbal Sensitivity
Stösser-Standard:	Dienstübergabenstandard
vgl.:	vergleiche

0. VORWORT

Im Rahmen meines Berufes als diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, welchen ich seit Herbst 2005 ausübe, sind mir einige Missstände bzw. verbesserungswürdige Bereiche im Berufsalltag aufgefallen. Ein solcher Verbesserungsbereich wäre die Thematik der Dienstübergabe, welche meiner Ansicht nach eine der wichtigsten Tätigkeiten im sozialen Bereich bzw. Beruf ist.

Im Zuge der Ausbildung für „basales und mittleres Pflegemanagement“ sind für mich sehr viele Fragen aufgetreten, die hier in dieser Arbeit bearbeitet werden. Durch die Zunahme an Fachwissen und die Weiterbildung zum Thema „Kommunikation“ stellte sich mir nun die Frage, wie man durch professionelle Kommunikation, die Dienstübergabe unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen eines Pflegeheims, wie beispielsweise der verfügbaren Zeit und des Personalschlüssels, qualitativ verbessern könnte. Ich möchte in dieser Arbeit unter anderem einen Einblick in die Vorgehensweise bei Dienstübergaben im stationären Bereich im Pflegeheim geben, und somit komme ich zur Fragestellung, „wie eine Dienstübergabe wirklich gestaltet werden soll und durch professionelle Kommunikation verbessert werden kann“, auseinander.

Mitunter werden in dieser Arbeit auch der Ablauf, die Zeitintensität und der Ort der Dienstübergabe inklusive der dadurch entstehenden Problemen sowie möglicher Lösungsvarianten näher erläutert. Bei Dienstübergaben aufmerksam zuzuhören ist oft sehr schwierig, da unterschiedliche Störfaktoren immer wieder und häufig auftreten. Störfaktoren im Sinne von privaten Gesprächen, Unkonzentriertheit und Unpünktlichkeit der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen oder ärztliche Visiten, erschweren oft eine inhaltlich strukturierte „Berichterstattung.“ Es ist daher auch wichtig, den richtigen Ort der Dienstübergabe auszuwählen, um zumindest einige dabei entstehende Problematiken zu umgehen und dementsprechend konzentriert und aufmerksam Informationen über den medizinischen und pflegerischen Gesundheitszustand der Heimbewohner zu bekommen.

Um eine Verbesserung anzustreben, ist es mir wichtig und meiner Ansicht nach eine dringende Notwendigkeit, sich mit diesem Thema genauer auseinanderzusetzen.

In diesem Sinne möchte ich mich bei meiner Betreuerin Fr. MMag. Martina Allesch recht herzlich für die Unterstützung zur Erarbeitung meines Themas bedanken. Weiters bedanke ich mich auch bei meinen Arbeitskollegen/Arbeitskolleginnen, Freunden und meiner Familie, die mich stetig motiviert und bestärkt haben.

1. EINLEITUNG

Die Kommunikation innerhalb eines Pflorgeteams spielt insbesondere bei der Dienstübergabe eine zentrale Rolle. Diese erfolgt zwischen den Arbeitsschichten, das heißt zwischen dem Frühdienst, Spätdienst und dem Nachtdienst der Pflegekräfte. Für sie werden große Teile der pflegerischen Arbeitszeit verwendet, oft bis zu einer Stunde und es wird, häufig mit geringem Erfolg, versucht, Störfaktoren während der Dienstübergabe zu vermeiden. Innerhalb der Pflege sind die Informationsweitergabe und die Abstimmung über den Pflegeprozess wichtige Strukturkomponenten der Pflegequalität.

In der vorliegenden Arbeit wird Kommunikation und Dienstübergabe oft miteinander in Verbindung gebracht, da es durch eine unprofessionelle Kommunikation unweigerlich zu einer unprofessionellen Dienstübergabe durch Verständigungsschwierigkeiten kommt. Eine sich daraus ergebende Frage wäre, ob wichtige Informationen auch jeden Beteiligten der Dienstübergabe erreichen bzw. ob diese verstanden werden.

„Wie soll eine Dienstübergabe wirklich gestaltet werden und wie kann diese durch professionelle Kommunikation verbessert werden?“

Oft wird die dafür einkalkulierte Zeit von nur einer halben Stunde um eine weitere halbe Stunde erweitert. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit während der „Berichterstattung“ neue Informationen, die der schriftlichen Dokumentation nicht zu entnehmen sind, weitergegeben werden und wie mit neuen Problemen der Heimbewohner/Heimbewohnerinnen umgegangen wird. Die Antwort darauf ist kurz und bündig: Selbstständigkeit ist eine der wichtigsten Eigenschaften, welche man für die Arbeit in diesem Berufsfeld mitbringen sollte, denn ohne Selbstständigkeit ist eine dreißigminütige Dienstübergabe nicht zu erreichen.

Im deutschsprachigen Raum beziehen sich eine Reihe von Untersuchungen auf die Frage, welche Inhalte weitergegeben werden. Im Kapitel 3 „Dienstübergabe“ unter dem Punkt „Inhalt“ gebe ich einige Beispiele von Forschern, bei welchen die Dienstübergaben inhaltlich unterschieden werden.

2. KOMMUNIKATION

2.1 Definition

Kommunikation (lat. *communicare* = verbinden): das In-Verbindung-Stehen von Menschen bzw. die Verständigung untereinander durch Übermittlung von Informationen und Botschaften. Dies kann auf verbalen und nonverbalen Weg geschehen (vgl. Menche 2009, S. 62).

Kommunikation ist ein Prozess, in der die Umwandlung von Wörtern und Gefühlen in Zeichen oder Symbolen dargestellt wird. Reaktion und Antwort des Gegenübers führt zur daraus folgenden Interaktion. Kommunikation in der Pflege wird auf der Sach- bzw. Beziehungsebene durchgeführt. Die Sachebene betrifft vor allem Übergaben und Visiten, wobei die Beziehungsebene vorwiegend auf den Ängsten und Wünschen der Patienten/Patientinnen/Heimbewohner/Heimbewohnerinnen aufgebaut ist. Dies ist also ein wechselseitiger Prozess, bei dem der Mensch abwechselnd die Position des Senders und des Empfängers einnimmt (vgl. Menche 2009, S. 62).

2.2 Grundlagen der Kommunikation anhand des Sender-Empfängermodells nach Shannon/Weaver

Die beiden amerikanischen Mathematiker und Begründer der Informationstheorie Claude Shannon und Warren Weaver definierten 1949 für die zwischenmenschliche Kommunikation das Sender-Empfänger-Modell. Shannon/Weaver fokussieren sich in ihrem Kommunikationsmodell „nicht nur“ auf die Sprache in Wort und Schrift, sondern auch auf Musik, Theater, Ballett, eigentlich auf das allgemeine menschliche Verhalten“ (vgl. <http://www.mediamanual.at>).

Sie plädieren für ein umfassendes Verständnis von Kommunikation und erweitern es durch der Technik (z.B. Positionsberechnung eines Flugzeugs). Dieses Kommunikationsmodell definiert Kommunikation als Übertragung einer Nachricht von einem/einer Sender/Senderin zu einem/einer Empfänger/Empfängerin. Dazu verschlüsselt (codiert) der/die Sender/Senderin die Nachricht und übermittelt diese Signale über einen Informationskanal an den/die Empfänger/Empfängerin, der diese Signale wiederum decodiert. Als Übermittlungskanäle dienen natürliche (z.B. Luft) und technische (z.B. Kabel) Kommunikationsmittel und -wege. Ein gemeinsamer Zeichen- und Symbolvorrat bei beiden Kommunikationspartnern ist für das Gelingen einer gegenseitigen Verständigung, eine wichti-

ge Voraussetzung. Dies bezieht sich sowohl auf das Beherrschen einer gemeinsamen Sprache, als auch auf das gemeinsame Verständnis von non- und paraverbalen Ausdrucksweisen (z.B. Mimik, Gestik) (vgl. <http://www.mediamanual.at>).

Durch Störungen bei der Codierung oder Decodierung können Informationen bei diesem Austauschprozess verfälscht werden. Zu den möglichen Schwierigkeiten zählen unterschiedliche Sprache(n) und Übersetzungsfehler, Mehrdeutigkeit, kulturelle Unterschiede, mangelnde Aufmerksamkeit, eingegrenzte Wahrnehmung etc. Shannon/Weaver ordnen diese Kommunikationsprobleme folgenden drei Ebenen zu: (vgl. <http://www.mediamanual.at>).

Das technische Problem (technical): „Wie genau können die Zeichen der Kommunikation übertragen werden?“

Das semantische Problem (semantic): „Wie genau entsprechen die übertragenen Zeichen der gewünschten Bedeutung zwischen Sender/Senderin und Empfänger/Empfängerin?“

Das Effektivitätsproblem (effectiveness): „Wie effektiv beeinflusst die empfangene Nachricht das Verhalten des/der Empfängers/Empfängerin in der gewünschten Weise?“ (vgl. <http://www.mediamanual.at>).

Grundsätzlich bestehen Überschneidungen zwischen allen diesen Ebenen. Während das technische Problem durchaus auch isoliert betrachtet werden kann, sind die Effektivitätsebene und die semantische Ebene eng miteinander verbunden (vgl. <http://www.mediamanual.at>).

Eine Rückmeldung des Empfängers (Feedback) hilft dem/der Sender/Senderin zu überprüfen, inwieweit seine/ihre Nachricht verstanden wurde. Sie/Er informiert ihn darüber, was der Empfänger/die Empfängerin damit zu tun gedenkt oder ob er noch weitere Unterstützung benötigt. Damit eine Kommunikation wirklich zufrieden stellend gelingt, muss der/die Sender/Senderin die Botschaft so lange verändern, bis eine Übereinstimmung herrscht zwischen dem, was er sagen will, und dem, was von dem Empfänger/von der Empfängerin als verstanden zurückgemeldet wird (vgl. <http://www.mediamanual.at>).

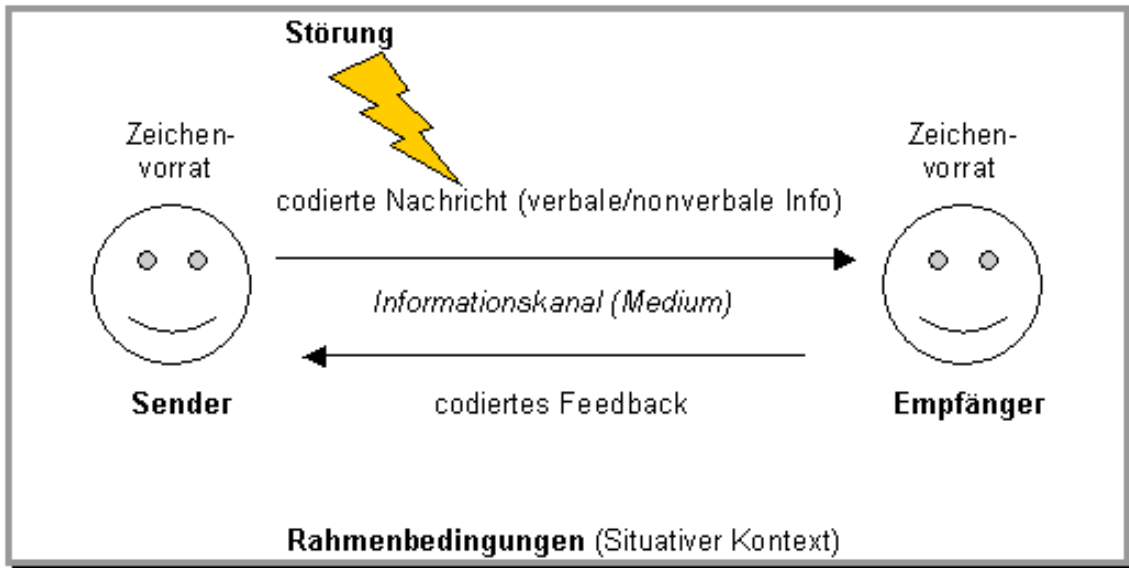


Abb.1: Sender-Empfänger-Modell nach Shannon/Weaver Quelle:

<http://www.google.at/imgres?q=kommunikationsmodell+nach+shannon+und+weaver>

2.3 Kommunikationsformen (verbal/nonverbal)

Bei den Formen der Kommunikation kann man zwischen folgenden zwei Bereichen unterscheiden:

- verbale Kommunikation
- nonverbale Kommunikation (Körpersprache)

Die verbale Kommunikation ist „nur die Sprache“, diese macht nur den kleinsten Teil der Kommunikation aus.

Nonverbale Signale haben oft einen sehr starken Einfluss auf verbale Signale. Zur nonverbalen Kommunikation zählen:

- Mimik,
- Gestik,
- Körperhaltung,
- Stimmlage,
- Kleidung,
- Blickkontakt,
- räumlicher Abstand,
- körperliche Berührung und

- Kommunikationsobjekte wie Klingeln, Patientenrufton, Telefon, usw.



Abb.2: nonverbale Kommunikation Quelle:

<http://www.google.at/search?um=1&hl=de&biw=1651&bih=688&tbm=isch&oq=nonverbale+kommunikation+&aq=f&aqi=g5&q=nonverbale%20kommunikation>

Die Kommunikation beschränkt sich also nicht nur auf das Sprechen und Zuhören, sondern ist physiologisch gesehen ein Prozess, der viele Sinnesorgane gleichzeitig anspricht. Das heißt, unsere Sinne können dabei unterschiedlich viele Informationen aufnehmen. Vor über 30 Jahren wurde ein Testverfahren entwickelt, mit dem nonverbale Signale ermittelt wurden. Dieser Test nennt sich Profile of Nonverbal Sensitivity (PONS). Mit diesem Verfahren wurden einige interessante Untersuchungsergebnisse erzielt, zum Beispiel, dass Frauen über eine bessere nonverbale Sensitivität als Männer verfügen oder dass Bewohner/Bewohnerinnen zufriedener sind, wenn die Ärzte ihre Körpersprache besser

verstehen. Physiotherapeuten und Pädagogen weisen bessere PONS-Werte auf als ihre weniger erfolgreichen Kollegen (vgl. Tewes 2010, S. 9).

2.4 Definition professionelle Kommunikation

Professionelle Kommunikation ist ein hochspezialisiertes Expertenhandeln im Berufsalltag, diese muss im Gesundheitswesen als Basiskompetenz verstanden werden.

Die professionelle Kommunikation umfasst viele verschiedene Ebenen:

- Persönliche Haltung, Einstellung und Erwartungshaltung,
- (Vor)urteile gegenüber dem Gesprächspartner oder Thema,
- eigene Wertvorstellungen und Weltanschauungen,
- kognitive Fähigkeiten,
- Umgang mit Gefühlen und Beziehungen,
- Selbstbewusstsein,
- Fachwissen,
- nonverbale Kommunikation,
- sprachliche Kompetenzen und
- Gesprächsführungstechniken (vgl. Tewes 2010, S. 108).

Kommunikationsart	Anteil der Botschaft
Verbal (Sprachgebrauch)	7 %
Ton der Stimme (Tonfall)	23 %
Nonverbal (Körpersprache)	70 %

Tab.1: Anteile der Kommunikation (vgl. Tewes 2010, S. 108).

2.5 Kurzzusammenfassung

Dieses Kapitel der Kommunikation und professionelle Kommunikation lässt sich zusammenfassend in sieben Aussagen niederschreiben:

1. Kommunikation stammt aus dem lateinischen „communicare“ und bedeutet „mitteilen“, „jemanden teilhaben lassen“
2. Kommunikation ist soziales, strategisches und organisiertes Handeln
3. Kommunikation ist die Interaktion von mindestens zwei Menschen, die in Kontakt treten
4. Kommunikation kann Face to Face oder per Medien erfolgen

5. Kommunikation ist international
6. Kommunikation geht einher mit verschiedenen vereinbarten Symbolen (z.B. Handzeichen)
7. Kommunikation dient der Realitätsverarbeitung (vgl. Lauterbach 2008, S. 276)



Abb.3: Kommunikation im gemütlichen Eck im Haus Lebensbaum Quelle: eigene Erarbeitung

3. DIENSTÜBERGABE

3.1 Definition der Dienstübergabe

Ziel der Dienstübergabe ist es unter anderem, pflegerelevante Informationen über die Heimbewohner/Heimbewohnerinnen so umfassend weiterzugeben, dass die Kontinuität der Pflege und die Sicherheit der Bewohner gewährleistet sind. Eine regelmäßige mündliche Besprechung ist die Grundvoraussetzung für eine an den Bedürfnissen und am Bedarf der Heimbewohner/Heimbewohnerinnen ausgerichtete Durchführung der Pflegeplanung.

Jede anwesende Pflegeperson bekommt bei der Dienstübergabe die notwendigen Informationen. Ein zeitraubendes Nachfragen wie zum Beispiel, „bei wem ist heute ein Verbandswechsel durchzuführen“, sollten vermieden werden, da derartige Themen in der Pflegedokumentation vermerkt und dementsprechend nachvollziehbar sind. Je wichtiger die Informationen sind, desto mehr Verantwortung ist gefordert. Durch die Zunahme an Verantwortung steigt auch die Arbeitszufriedenheit. Wichtig sind eine optimale Organisation der Arbeitsabläufe des Pflegeberichtes, welche individuell gestaltet werden, sowie ein schnelles Erfassen aktuell notwendiger Maßnahmen zur Pflege und Betreuung der Heimbewohner/Heimbewohnerinnen. Was nicht außer Acht gelassen werden darf, ist die Informationsweitergabe an jenes Pflegepersonal, welches nicht bei der Dienstübergabe teilgenommen hat (vgl. Mötzing/Wurlitzer/Arnold 2006, S. 94f).

3.2 Arten der Dienstübergabe

In der Dienstzeit als diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger habe ich drei Arten von Dienstübergaben kennengelernt:

1. die Dienstübergabe vom Nachtdienst an den Frühdienst
2. die Dienstübergabe vom Frühdienst an den Spätdienst und
3. die Dienstübergabe vom Spätdienst an den Nachtdienst

Die Dienstübergabe am Flur, wird der Sinnhaftigkeit einer Dienstübergabe am wenigsten gerecht. Die Dienstübergabe mittels Computer und die handschriftlich frei interpretierte Dienstübergabe sind heutzutage nicht mehr voneinander zu trennen. Um die historischen Veränderungen und Unterschiedlichkeit möglicher Dienstübergaben deutlicher zu veranschaulichen, werden verschiedene Arten von Übergaben bzw. Denkschemas aus den

50er, 60er, 70er, 80er, 90er Jahren und des neuen Jahrtausends angeführt (Anmerkung des Verfassers).

Das Denkschema der 50er: „*Tue Gutes und rede nicht darüber*“: Die Sprachlosigkeit der Pflegenden begleitete die Untersuchung in vielen Aspekten. Mit der Sprachlosigkeit ist gemeint, nicht über Patienten/Patientinnen reden und die eigenen Interessen nicht vor anderen Berufsgruppen vertreten zu können. Die Pflege ist sozusagen stumm (vgl. Lauterbach 2008, S. 302f).

Das Denkschema der 60er: „*Übergaben sind eine genuin pflegerische Tätigkeit*“: die Intradisziplinarität der Pflege zeigt sich in mangelnden Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen. Mit diesen wird kaum gesprochen bzw. über diese wird vorwiegend abwertend gesprochen (vgl. Lauterbach 2008, S. 302f).

Das Denkschema der 70er und 80er: *Form und Funktion der Übergabe als Stationsversammlung*. Obwohl sie fast 20 Jahre im Zentrum der Diskussionen stand, scheint diese Art der Dienstübergabe als zunehmend ungeklärt. Die Form und Funktion erschließen sich aus der Beobachtung der Übergaben nicht (vgl. Lauterbach 2008, S. 302f).

Das Denkschema der 90er und (des) neuen Jahrtausends: *Qualität sichern und Kosten sparen*: Das aktuelle Denkschema wird überwiegend ablehnend betrachtet. Insbesondere das Klinikmanagement und die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen erfahren ablehnende Aussagen (vgl. Lauterbach 2008, S. 303).

Um Übergaben zu einem Instrument der sicheren Informationsweitergabe zu machen, benötigt es mehrere Komponenten. Das Pflegepersonal muss „globaler“ und „weltoffener“ denken und handeln und die prospektive Sichtweise der Pflege muss die zurzeit vorherrschende Retroperspektive ablösen (vgl. Lauterbach 2008, S. 303).

Alternativen zur Dienstübergabe:

Im Buch, ...“das ist nichts, außer das das zweite Programm nicht geht“ von Andreas Lauterbach, werden Alternativen zur Dienstübergabe erwähnt. Diese Alternativen sollen/dürfen nicht als Ersatz zur Dienstübergabe gesehen werden, jedoch sollen mit diesen andere Überlegungen und Sichtweisen miteinbezogen werden.

Pflegevisiten:

Die Pflegevisite ist eine Möglichkeit, Übergaben zu vereinfachen. Die Pflegevisite als Ersatz für Dienstübergaben ist allerdings keine sinnvolle Problemlösungsvariante, da viele Schwerpunkte der Dienstübergabe, welche im Rahmen dieser Arbeit auch angeführt werden, durch die ausschließliche Durchführung von Visiten wegfallen würden. Pflegevisiten behandeln nicht einzelne Schwerpunkte, sondern dienen als eine hilfreiche Ergänzung zur Dienstübergabe (vgl. Lauterbach 2008, S. 301).

Die Kernpunkte der Pflegevisite sind:

- regelmäßiger Besuch bei den Bewohnern
- individuelles Gespräch über den Pflegeprozess
- persönliche Vorstellung beim/bei der Heimbewohner/Heimbewohnerin
- Stationsleitung nimmt daran teil
- Möglichkeit sich einen Eindruck über den Hygienestatus des Zimmers und der Befindlichkeit des Bewohners zu schaffen (vgl. Lauterbach, S. 301)

Abschaffung:

Eine Abschaffung der Dienstübergabe wäre ein fataler Fehler, dennoch beschäftigen sich einige Personen mit dieser Überlegung. Dies hätte allerdings zur Folge, dass ein wesentlicher Teil der Kommunikation in der Pflege, verloren ginge. Das heißt, dass Pflege immer weiter in das System der Fließbandarbeit übergeht (vgl. Lauterbach 2008, S. 300f).

3.3 Inhalt der Dienstübergabe

„Die Inhalte variieren aufgrund von unterschiedlichen Zeitressourcen, Stationen und Personen, die unterschiedlichen Aspekte der Pflege für wichtig befinden. Einige berichten hauptsächlich über ihre Arbeit während der Schicht, andere erwähnen wiederum nur medizinische Aspekte“ (vgl. Scovell 2010, S. 35f).

Pflegerische und medizinische Sachverhalte werden dabei mündlich oder schriftlich zusammengefasst und Informationen werden in Notwendigkeit, Sinnhaftigkeit und Wichtigkeit unterschieden. Es entsteht ein strukturierter, realitätsnaher Inhalt einer Dienstübergabe (Anmerkung des Verfassers).

Kurz zusammengefasst sind folgende Bestandteile von Bedeutung:

- Informationen in Bewohnerakte notieren, die bei Dienstbeginn vorgelesen werden
- Sachinformationen weitergeben
- Schwerpunkte bei medizinischer und pflegerischer Betreuung der Bewohner setzen
- Hauptanliegen ist die Weitergabe von Fakten innerhalb der Einrichtung (Anmerkung des Verfassers).

Wie hier angeführt, kann die Bedeutsamkeit der Inhalte sehr unterschiedlich sein:

Weindel und Trampert (1995) und Kellnerhauser (1995) legen deutlichen Wert auf medizinische Informationen, während Lingenberg und Reimann (1995) den Fokus auf pflegerelevante Informationen legen. Scholten et al. (1995) fordern eine ganzheitliche Information über die Patienten, die die Bereiche Körper, Geist, Seele und soziale Faktoren umfassen soll (vgl. Lauterbach 2008, S. 337ff).

Untersuchungen von Ekman und Segesten (1995), Scholten et al. (1995), Weindel und Trampert (1995) zeigen, dass medizinische Informationen im Vordergrund der Übergabe stehen, während für pflegerisch relevante Informationen nur sehr wenig Platz bleibt (vgl. Lauterbach 2008, S. 337ff).

Baldwin und McGinnis (1994) berichten davon, dass in Übergaben häufig langatmige (auch private) Berichte eine wichtige Rolle spielen (vgl. Lauterbach 2008, S. 337ff).

Ein möglicher Ausweg aus diesem Dilemma wird im deutschsprachigen Raum darin gesehen, Dienstübergaben nicht in einem separaten Raum sondern direkt am Krankenbett durchzuführen. McKenna (1997) hat hierzu eine Literaturstudie durchgeführt. Er konnte allerdings keine Belege dafür finden, dass diese Form (oder eine andere) zu einer qualitativ höherwertigeren Dienstübergabeform führen würde. Diese sei nur durch schriftliche Guidelines zur Durchführung einer Übergabe zu erreichen (vgl. Lauterbach 2008, S. 337ff)

72% der Informationen sind von so einfacher Art, dass es fraglich ist, warum sie überhaupt weiter gegeben werden. (Jordan (1991) und Sexton et al. (2004) stellten fest, dass nur knapp 6% der gegebenen Informationen pflegerische Relevanz hatte und 15% der Informationen falsch oder ohne praktische Relevanz waren (vgl. Lauterbach 2008, S. 337ff).

„Jede Ausbildungsstätte, jede Institution, jeder Pflegende kann und muss die pflegerellevanten Inhalte relativ individuell festlegen. Demnach ist das Berufsselbstverständnis jedes Pflegenden individuell und die Bewertung der Bedeutung von Inhalten kann dementsprechend sehr unterschiedlich sein“ (vgl. Meißner 2009, S. 567f).

3.4 Dauer von Dienstübergaben

Für die Dienstübergabedauer werden im Durchschnitt 30 Minuten eingeplant. Dies gilt für die Übergabe zwischen Früh-, Spät- und Nachtdienst. Die Praxis zeigt jedoch, dass die Übergabe vom Nachtdienst zum Frühdienst länger dauert als die anderen, da am Tag zuvor sehr viele ärztliche Visiten und Anordnungen erfolgen, die den anderen Mitarbeitern mitgeteilt werden müssen. In der Übergabe vom Frühdienst zum Spätdienst werden vermehrt organisatorische Inhalte besprochen wie z.B. Visiten die noch ausständig sind, die Organisation von Transportbestellung für Bewohner/Bewohnerinnen, Vorinformationen, wenn ein/eine Bewohner/Bewohnerin vom Krankenhausaufenthalt zurückkommt. Natürlich werden bei dieser Dienstübergabe auch pflegerische Handlungen erwähnt, die mitunter ausschlaggebend für alle Dienstübergaben sind. Die Dienstübergabe vom Spätdienst zum Nachtdienst beinhaltet Informationen über tägliche Arztvisiten, ärztliche Anordnungen und pflegerische Tätigkeiten, die ein erhebliches Ausmaß auf die Dauer der Dienstübergabe haben (Anmerkung des Verfassers).

Die Dauer einer Dienstübergabe hängt vom Pflegeleitbild, dem Pflegestand, der Qualität der Dokumentation und den Qualifikationen der einzelnen Teilnehmer ab (Anmerkung des Verfassers).

Dienstübergabedauer im Haus Lebensbaum als Beispiel:

- Übergabe Nachtdienst – Frühdienst: 06.30 – 06.45 Uhr
- Übergabe Frühdienst – Spätdienst: 12.30 – 13.00 Uhr
- Übergabe Spätdienst – Nachtdienst: 19.45 – 20.00 Uhr

Längere Dauer der Dienstübergabe durch:

- Verlust der Mitschrift von Arztvisiten
- Verzögertes Eintreffen der Information
- Inhaltlich nicht relevante Informationen
- Falsche Informationen

- Störfaktoren (Angehörige, Bewohner, Telefon, äußere/innere Störfaktoren welche im Punkt 3.5 genau erklärt werden) (Anmerkung des Verfassers)

Eine Verbesserung würde entstehen durch:

- Hausinterne Richtlinien für die Art der Durchführung
- Regelmäßige Evaluierung (Pflegerbericht, Ärzteblatt, Visiten, Medikamentenblatt, Durchführungsnachweis, Anamnese, Pflegediagnosen)
- 24 Stunden Dokumentation durch den PC
- Bitte nicht stören Schild (Anmerkung des Verfassers)

3.5 Störfaktoren bei der Dienstübergabe

Hier unterscheidet man zwei Arten von Störfaktoren: der äußere und der innere Störfaktor. Kurz zu erwähnen wäre, dass äußere Störfaktoren nur schwer zu vermeiden sind. Bei inneren Störfaktoren hingegen müssen die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen an sich selbst arbeiten, um eine reibungslose Dienstübergabe gewährleisten zu können (vgl. Kelm 2007, S. 201f).

Äußere Störfaktoren sind:

- Telefongespräche
- Arztvisiten
- Transport von Heimbewohner/Heimbewohnerinnen zu und von den verschiedenen Funktionsabteilungen
- Klingeln der Heimbewohner/Heimbewohnerinnen
- Unpünktlichkeit d.h. Kommen und Gehen von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen bzw. Personen
- Räumliche Situation, wie beispielsweise ein kleiner Raum oder mangelnde Sitzgelegenheiten (vgl. Kelm 2007, S. 201f)

Innere Störfaktoren sind:

- Unpünktlichkeit der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen
- Unbeteiligtsein der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen
- Privatgespräche
- Unkonzentrierte und unstrukturierte Berichterstattung (vgl. Kelm 2007, S. 201f)

3.6 Fachsprache

Die Fachsprache oder auch Expertensprache ist für die Dienstübergabe ein wichtiges Element, auf das gerne verzichtet oder vergessen wird. Die Gründe sind dafür oft verschieden. Viele vom Pflegepersonal können Fort- und Weiterbildungen keinen Nutzen entnehmen und vergessen die Bedeutung, die die fachliche Weiterentwicklung auf ihre eigene Sprache und ihr Verhalten hat. Durch die professionelle Verständigung und die Verwendung der Expertensprache können Informationen aus Dienstübergaben nämlich so verstanden werden, dass kein Platz für Interpretationen bleibt und dementsprechend verantwortungsvoll gehandelt werden kann. Wage Formulierungen, wie z.B.: „Fr. B. geht es gut“, in einer Dienstübergabe, bei welcher sich eigentlich nur Experten befinden, haben hier nichts verloren. Es liegt am eigenen Engagement der Pflegenden, sich wie ein Experte zu verhalten (Anmerkung des Verfassers).

Hier ist ein Beispiel, dass der Realität doch sehr nahe kommt:

„Ja na gut. Da muss man mal Druck machen, dass sich der Arzt das Loch mal anschaut.
Das will die Bewohnerin auch endlich!“

In der Fachsprache bedeutet dies:

„Die Bewohnerin fordert seit drei Dienstübergaben, dass eine Wundkontrolle, durch den zuständigen Arzt, an ihrer Wunde am Bein durchgeführt wird:“

3.7 Qualitätsverbesserung

Qualitätsverbesserung bedeutet, eine Professionalisierung des Case und Care Managements. Wichtig und relevant sind die folgend angeführten Punkte:

- ganzheitliches Arbeiten im interdisziplinären Bereich
- besseres Verständnis für die Krankenhaus-/Pflegeheimfinanzierung bzw. die damit einhergehende Kundenorientierung
- verfügbare Ressourcen verstärkt nutzen
- qualitative und quantitative Kostenvermeidung (Anmerkung des Verfassers)

Für die Pflege bedeutet dies:

- Wirtschaftlicheres Arbeiten und Handeln
- Hygienisches Arbeiten (Schulungen in den gewünschten Bereichen)
- Improvisation unter Rücksichtnahme der hygienischen Bedingungen (Kostensparnis)
- Verbesserte Koordination und Organisation des Arbeitsablaufes
- Hausinterne Richtlinien (HIRL) (Anmerkung des Verfassers)

4. ABLAUF DER DIENSTÜBERGABE

Die Dienstübergabe ist dazu da, den kontinuierlichen Arbeitsablauf zu gewährleisten und zählt mitunter zu den wichtigsten Bestandteilen der Pflege. In Pflegeheimen und auch an anderen vielen Stationen im Krankenhaus, ist es üblich, dass die Übergabe von einer Person, meistens von der Stationsleitung, durchgeführt wird, während das gesamte Pflegepersonal aufmerksam zuzuhören versucht (Anmerkung des Verfassers).

Von der zu gehenden Schicht wird erwartet, dass sie fehlende Informationen ergänzt. Von der kommenden Schicht erwartet man aktives Zuhören. Leider, wird das sich aktiv im Gespräch beteiligen als störend empfunden, da es für die meisten zeitaufwendiger wäre und somit ihr strukturierter Tagesablauf ins „strudeln“ käme. Davon abgesehen finden einige, dass die kommende Schicht sowieso nichts relevantes beizupflichten hätte, da sie vielleicht Heimbewohner/Heimbewohnerinnen schon vom vorherigen Arbeitstag kennt. Aufgaben, die noch zu erledigen sind bzw. Arztvisiten und Organisatorisches werden ebenso mitgeteilt. Zusammengefasst werden die Informationen dann meistens auf einer Bewohnerliste bzw. in einem Mitschriftenheft notiert und damit ist die Übergabe beendet (Anmerkung des Verfassers).

4.1 Funktionen einer Dienstübergabe

Eine Dienstübergabe hat verschiedene Funktionen, die in den nachfolgenden Punkten genau erläutert werden (Anmerkung des Verfassers).

4.1.1 Informationelle Funktion

Die Funktion einer Dienstübergabe umfasst im Wesentlichen die Weitergabe von Informationen über die Heimbewohner/Heimbewohnerinnen, um im richtigen Moment intervenie-

ren, die Pflegeinterventionen verbessern und auf unterschiedliche Situationen adäquat reagieren zu können. Nicht zu vergessen ist dabei auch der interdisziplinäre Bereich, also die Kombination aller relevanten Informationen, um ein vernetztes Arbeiten zu ermöglichen (Anmerkung des Verfassers).

4.1.2 Soziale Funktion

Dienstübergaben werden auch als Situationen wahrgenommen, in welcher das Personal über die Belastungen des Pflegeberufs sprechen kann. Erwartet werden dabei emotionale Unterstützung, Gruppengefühl, Erfahrungsaustausch sowie der Austausch privater Informationen und nicht zu vergessen ist die Reflexion der zu bewältigenden und schon geleisteten Aufgaben (Anmerkung des Verfassers).

4.1.3 Organisatorische Funktion

Die Planung des Tages- und Nachtdienstes sollte so organisiert sein, dass man einem bestimmten Tätigkeitsbereich zugeteilt wird und sich an einem zuvor festgelegten Arbeitsablauf orientieren kann (Anmerkung des Verfassers).

4.1.4 Lehrende Funktion

Dienstübergaben müssen auch eine lehrende Funktion beinhalten. Schüler und Praktikanten sollten immer eine Antwort auf ihre Fragen bekommen. Außerdem ist es wichtig, dass nicht nur Diplomierte Gesundheits- und Pflegepersonal sondern auch Pflegehelfer/Pflegehelferinnen über gängige Diagnosen des Bewohners Bescheid wissen, da es für die Pflege von großer Bedeutung ist (Anmerkung des Verfassers).

4.2 Ort der Dienstübergabe

Die Dienstübergabe findet immer im Schwesternstützpunkt statt. Hier werden wichtige Informationen zwischen den Arbeitsschichten ausgetauscht (Anmerkung des Verfassers).

4.3 Struktur der Dienstübergabe

Die Struktur einer Dienstübergabe sollte im Wesentlichen der eines simplen Aufsatzes entsprechen d.h. Einleitung, Hauptteil und Schluss (Anmerkung des Verfassers).

4.4 Teilnehmer an der Dienstübergabe

An jeder Dienstübergabe muss das gesamte Pflegepersonal teilnehmen, damit jeder/jede Pflegeperson alle aktuellen Informationen über den Heimbewohner/Heimbewohnerinnen bekommt (Anmerkung des Verfassers).

5. DIENSTZIMMER BZW. SCHWESTERNSTÜTZPUNKT – HAUSINTERNE VERGLEICHSDARSTELLUNG

Das Pflegezentrum Welzenegg „Wie Daham“ ist in drei Häuser bzw. Stationen aufgeteilt. In dieser Arbeit werden zwei Dienstzimmer bzw. Schwesternstützpunkte im Vergleich dargestellt. Diese werden näher beschrieben um herausfinden zu können, welche Vor- und Nachteile es gibt. Bietet das Dienstzimmer genügend Platz für alle Teilnehmer/Teilnehmerinnen an der Dienstübergabe? Hat jeder/jede Mitarbeiter/Mitarbeiterin einen geeigneten Sitzplatz um die Informationsvermittlung der Dienstübergabe zu verstehen? Gibt es eine EDV-Dokumentation vor Ort? Welche Störfaktoren treten auf (Anmerkung des Verfassers)?

5.1 Vergleich Dienstzimmer im Haus Sonnenblume und Dienstzimmer im Haus Lebensbaum (= mein Arbeitsbereich)



Abb.4: Dienstzimmer im Pflegezentrum Welzenegg „Wie Daham“ im Haus Sonnenblume
Quelle: eigene Erarbeitung

Das Dienstzimmer im Haus Lebensbaum ist im Vergleich zum Dienstzimmer vom Haus Sonnenblume platzgemäß kleiner gebaut. Die Sitzmöglichkeiten für alle Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen die an der Dienstübergabe teilnehmen ist hier sehr gering, man sitzt auch nicht richtig positioniert damit man alle Informationen der Dienstübergabe verstehen

kann. Die Dienstübergabe erfolgt mittels PC-Dokumentation. Während der Dienstübergabe sitzen vier Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen auf den Sesseln an Wand und die restlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen hinter der leitenden diplomierten Gesundheits- und Pflegefachkraft die die Dienstübergabe durchführt. Dadurch konnte auch die Informationsvermittlung der Dienstübergabe nicht immer richtig verstanden werden, siehe Abbildung (Anmerkung des Verfassers).



Abb.5: Dienstzimmer im Pflegezentrum Welzenegg „Wie Daham“ im Haus Lebensbaum
Quelle: eigene Erarbeitung

Das gesamte Pflegeteam hat sich dann überlegt welche Veränderung wird gemeinsam durchführen können, dass alle Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen die Informationsvermittlung richtig und korrekt verstehen können. Wir sind zu den Entschluss gekommen das wir die morgentliche Dienstübergabe im Speisesaal vom Haus Lebensbaum durchführen. Das heißt, der Nachtdienst der die Dienstübergabe dem Frühdienst übergibt, bereitet den Laptop im Speisesaal für die Dienstübergabe vor. Alle an der Dienstübergabe teilnehmenden Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen haben einen guten Sitzplatz, die Informationsweitergabe versteht jeder/jede Mitarbeiter/Mitarbeiterin sehr gut (Anmerkung des Verfassers).

Seit April 2011 erfolgt die Dienstübergabe vom Nachtdienst zum Frühdienst im Speisesaal vom Haus Lebensbaum. Wie sie im folgenden Bild sehen können wird diese mittels Laptop durchgeführt (Anmerkung des Verfassers).



Abb.6: Dienstübergabe im Pflegezentrum Welzenegg „Wie Daham“ im Speisesaal im Haus Lebensbaum Quelle: eigene Erarbeitung

6. ERWARTUNGEN AN DIE DIENSTÜBERGABE

Die Informationsweitergabe sichert eine Kontinuität der Pflege und befasst sich nicht nur mit den Bewohnern sondern auch mit innerbetrieblichen Geschehnissen. Bewohnerbezogene Informationen beinhalten pflegerische sowie auch medizinische Aspekte. Medizinische Informationen liegen im Vordergrund und einen Großteil der Zeit in Anspruch nehmen, sodass zwangsweise wenig Zeit für die Weitergabe von pflegerischen Informationen bleibt (Anmerkung des Verfassers).

Die Erwartungen liegen in der Weitergabe der für die Dienstübergabe relevanten Informationen für die jeweilige Pflegekraft. So macht es zum Beispiel keinen Sinn, Medikamente sofern sie nicht ständigen Veränderungen unterliegen „vorzutragen“, da diese sowieso in der Dokumentation des Dokumentationssystems (= PC) beinhaltet sind. Betriebsbezogene Informationen sind insofern ein wichtiger Bestandteil, da sie oft über neue ärztliche Standards Bescheid geben. Zu Bedenken wäre hier, ob diese Informationen für jede Pflegekraft, die an der Übergabe teilnimmt, auch relevant sind. Weiters wird auch ein Teil der Pflegeplanung in der Übergabe besprochen, da hier das gesamte Pflegepersonal mitwirkt und Vorschläge einbringen kann (Anmerkung des Verfassers).

Man merkt, dass die Erwartungen ziemlich groß sind, die man in eine dreißigminütige Übergabe setzt. Zusätzlich zu den bereits genannten Inhalten und Erwartungen einer Dienstübergabe spielt auch noch die Organisation der Ärzte, der Mitarbeiter auf Station und der Fort- und Weiterbildungen eine bedeutende Rolle. Zum Schluss wird noch viel Zeit in die Rechtfertigung der geleisteten Pflege investiert. Es ist eigentlich ein Rätsel, wie man diesen Erwartungen in dreißig Minuten gerecht werden kann. Die Realität zeigt uns jedoch, dass es zu schaffen ist und dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Erwartungen noch steigen werden, enorm groß ist (Anmerkung des Verfassers).

6.1. Möglichkeit zur Sicherstellung der Erfüllung und der Erwartungen

Hierzu wird eine Checkliste für effektive Dienstübergaben aus dem Buch, ...“da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht“ von Andreas Lauterbach angeführt:

- Stehen Zeit und Ressourcen zur Verfügung, um eine schriftliche Unterstützung der Übergabe (wie strukturierte Übergabearbeitsblätter mit spezifischen Fragen oder eine Liste mit anstehenden Tätigkeiten) zu erstellen?

- Wurden die schriftlichen Übergabematerialien mit den Pflegenden entwickelt, die am Prozess beteiligt sind?
- Wurde das schriftlich Übergabematerial evaluiert, in dem die Pflegenden in einer Probezeit die Möglichkeit hatten, Ergänzungen und/oder Streichungen vorzunehmen?
- Haben die schriftlichen Übergabeprotokolle ausreichend Platz, um ungewöhnliche Ereignisse einzutragen?
- Fordert das schriftliche Übergabematerial dazu auf, relevante Informationen einzutragen, eine Fehleranalyse vorzunehmen oder zu überprüfen, welche Folgen ein Informationsverlust nach sich zieht?
- Gibt es bei mündlichen und schriftlichen Übergaben den Trend, Probleme, Hypothesen und weitere Planung einzubeziehen, statt nur zu berichten, was sich ereignet hat?
- Werden Übergaben regelmäßig evaluiert?
- Ist bekannt, dass Übergaben von gehender und kommender Schicht gleichermaßen zu verantworten?
- Wissen Pflegende, dass es zusätzliche Übergabeninformation geben muss, wenn Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, der kommenden Schicht neu sind oder für einige Tage frei hatten?
- Sind arbeitsfreie Zeiten derart gestaffelt, dass ein Team nicht nur aus Pflegenden besteht, die alle längere Zeit frei hatten?
- Werden Computer-Datenbanken, Textverarbeitung, Programme und andere Software-Tools verwendet, um den Umfang der Übergaben zu reduzieren (vgl. Lauterbach 2008, S. 296f)?

Dies sind alles sehr wichtige Fragen, die sich jede Pflegekraft stellen sollte, wenn eine professionelle Dienstübergabe durchgeführt werden sollte.

6.2. Möglichkeiten der Verbesserung des Informationsflusses

Möglichkeiten der Verbesserung des Informationsflusses sind sehr wichtig, diese werden in den nachfolgenden Punkten genau beschrieben.

6.2.1 Leitlinien und Standards

Es sind mittlerweile Leitlinien und Standards geschaffen worden, die die Qualität der Dienstübergabe positiv beeinflussen sollen (u.a. PQSG, MDK, Stösser-Standard). Diese

Standards bestehen aus engen Rahmenrichtlinien die den Ablauf der Dienstübergabe festlegen. Leitlinien und Standards sind dazu geeignet, um die fraktionierten und mit signifikanten Diskontinuitäten beobachteten Übergaben hinsichtlich des Informationsflusses zu optimieren. Ziel ist die Implementierung einer Kultur, die davon ausgeht, dass durch Dienstübergaben Fehler entstehen, diese aber identifiziert und man versucht ihre Folgen zu mildern. Leitlinien und Standards können deutlich zu einer Verbesserung der Informationsqualität beitragen (vgl. Lauterbach 2008, S. 295f).

6.2.2 Schulungen zum Wissensmanagement und zur Sicherstellung von Informationskontinuität

Wissensmanagement basiert auf verschiedenen Ebenen zur Sicherstellung von Informationskontinuität. Sie umfasst folgende sechs Aspekte

1. Intention, d.h. welche Ziele sollen erreicht werden? Welche Kultur des Wissens soll herrschen?
2. Diagnose, d.h. welche fördernden/hindernden Kontextbedingungen werden vorgefunden, welche Veränderungsfelder werden gewählt?
3. Roadmap, d.h. Maßnahmen, Pilotprojekte, Infrastruktur, Kommunikationskonzepte
4. Implementierung, d.h. Planung, Kompetenzentwicklung
5. Verankerung, d.h. Routinen, Standards, Communities of Practice, Evaluation
6. Abschluss, d.h. Dokumentation, Evaluation

Wissensmanagement ist eine grundlegende Funktion zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und Qualität (vgl. Lauterbach 2008, S. 298).

7. ZIEL EINER DIENSTÜBERGABE

Um eine professionelle Aufrechterhaltung der Kommunikation während einer Dienstübergabe zu gewährleisten, ist es sinnvoll, Ziele zu setzen.

Im Folgenden werden fünf Zielsetzungen beschrieben:

1. Probleme bzw. Störungen, die während einer Übergabe auftreten, zu minimieren. Wie bereits in Kapitel 3.2 „Störfaktoren“ erläutert, ist es durchaus möglich, innere Störfaktoren durch Verhaltensänderungen des Personals zu reduzieren, während äußere Störfaktoren nur schwer zu unterbinden sind (Anmerkung des Verfassers).
2. Genauigkeit und Vollständigkeit einer Dienstübergabe muss deutlich mehr berücksichtigt werden. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Inhalt der Dienstübergabe (Anmerkung des Verfassers).
3. Das Engagement der einzelnen Pflegenden an Fort- und Weiterbildung (teilzunehmen), sollte sich um mehr als die Hälfte steigern (Anmerkung des Verfassers).
4. Effektivität und Produktivität muss gesteigert werden (Anmerkung des Verfassers).
5. Mehr Empathie gegenüber den Erfahrungswerten der Anderen (Anmerkung des Verfassers).

Dem wäre hinzuzufügen, dass ein unproblematischer Informationsfluss während der Dienstübergabe einen reibungslosen Arbeitsablauf und somit eine gute Pflege ermöglicht (Anmerkung des Verfassers).

8. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG (FAZIT)

In dieser Arbeit wird auf die Wichtigkeit des Themas, die Dienstübergabe im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf aufmerksam machen. Ein wesentlicher Bestandteil einer Dienstübergabe ist die Kommunikation. Um eine fließende und fehlerfreie Kommunikation während einer Dienstübergabe durchführen zu können, muss man auf einige Störfaktoren achten. Daher ist es von großer Bedeutung zu wissen, wie man Störfaktoren entgegenwirken kann, sodass diese zu keinem Problem bei einer Dienstübergabe werden. Es gibt vieles aus das man im vorhinein achten muss bzw. soll (Anmerkung des Verfassers).

Die Dienstübergabe spielt eine wichtige Rolle im Berufsalltag eines/r diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen. Die Informationsweitergabe muss an jeden Mitarbeiter korrekt und verständlich weitergegeben werden. Dabei ist die Fachsprache ein wichtiges Element für eine Dienstübergabe. Um diese Fachsprache zu gewährleisten, sollte das Gesundheits- und Pflegepersonal auch die dafür angebotenen Fort- und Weiterbildungen nutzen. Dies würde zu einer erheblichen Qualitätsverbesserung beitragen (Anmerkung des Verfassers).

Darüber hinaus wird genau beschrieben, wie eine Dienstübergabe erfolgen soll, welchen Ablauf man einzuhalten hat und welche Funktion die Dienstübergabe übernimmt (Anmerkung des Verfassers).

Interessant sind die verschiedenen Denkschemas aus den 50er, 60er, 70er, 80er, 90er Jahren und die des neuen Jahrtausends. Hier sieht man, dass sich in der Berufswelt so einiges getan hat. Kurz erwähnt sind auch Alternativen zur Dienstübergabe wie Pflegevisiten und auch die Abschaffung einer Dienstübergabe. Ein wesentlicher Punkt ist der Inhalt einer Übergabe, welche Bestandteile hier von Bedeutung sind. Die Dauer einer Dienstübergabe ist laut der Literaturrecherche individuell, sie kann sich bis auf ein Ausmaß von einer Stunde, je nach Pflegebereich (Pflegeheim, Krankenhaus, mobile Pflege) hinauszögern (Anmerkung des Verfassers).

Ein sehr wichtiger Faktor ist die räumliche Gestaltung des Dienstzimmers bzw. dem Schwesternstützpunkt. Dieser sollte sehr geräumig sein, jede Pflegeperson soll Mitspracherecht haben und im Blickkontakt mit dem jeweiligen führenden der Dienstübergabe sein. Störfaktoren die man vermeiden kann, sollen im Vorfeld vermieden werden (Anmerkung des Verfassers).

9. LITERATURVERZEICHNIS

- s Brandenburg H. (2004): Kooperation und Kommunikation in der Pflege, ein praktischer Ratgeber für Pflegeberufe. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- s Kelm R. (2007): Arbeitszeit und Dienstplangestaltung in der Pflege, Stuttgart, W. Kohlhammer Verlag.
- s Lauterbach A. (2008): Was wir bislang zu sagen hatten – Quantitative und qualitative Inhaltsanalyse von Veröffentlichungen am Beispiele Dienstübergaben. Qualitative Untersuchung serieller Reproduktion. In: Pflegewissenschaft 06/08, S. 337-349.
- s Lauterbach A. (2008): „...da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht“. Dienstübergabe in der Pflege. Norderstedt, Books on Demand GmbH.
- s Meißner A. (2009): Sind Pflegende mit der Übergabe zufrieden? In: Angewandte Pflegeforschung 10/04, S. 567-568.
- s Menche N. (2009): Repititorium Pflege Heute. 2. Auflage, Langen/Hessen, Urban & Fischer Verlag, S. 62.
- s Mötzing G., Wurlitzer G., Arnold S. (2006): Leitfaden Altenpflege. München, Urban & Fischer Verlag.
- s Scovell S. (2010): Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. In: Nursing Standard 24 (20), 35-39.
- s Tewes R. (2010): „Wie bitte?“ Kommunikation in Gesundheitsberufen. Berlin, Heidelberg, Springer Verlag.
- s Weinhold C. (1997): Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal. Bern, Verlag Hans Huber.
- s Wingchen J. (2006): Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. 2. aktualisierte Auflage, Brigitte Kunz Verlag, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Onlinequellen:

- s Academic dictionaries and encyclopedias:

http://www.google.at/imgres?q=kommunikationsmodell+nach+shannon+und+weaver&hl=de&sa=X&rlz=1G1MDNA_DEAT417&tbnid=Bxpi9LOi23kMNM:&imgrefurl=http://de.academic.ru/dic.nsf/dewiki/1555998&docid=blzUJnBuB9jMzM&w=547&h=289&ei=hmExTpuOGYbtOaeX5fML&zoom=1&iact=rc&dur=295&page=1&tbnh=108&tbnw=204&start=0&ndsp=25&ved=1t:429,r:22,s:0&tx=50&ty=59&biw=1600&bih=799/(28.07.2011, 15:15 Uhr)

- s Tec-search.net:

<http://www.google.at/search?um=1&hl=de&biw=1651&bih=688&tbnid=isch&oq=nonverble+kommunikation+&aq=f&aqi=g5&q=nonverbale%20kommunikation>(28.07.2011, 12.23 Uhr)

- s Mediamanual.at:

<http://www.mediamanual.at/mediamanual/workshop/kommunikation/bedeutung/modell01.php>(28.03.2011, 17.23 Uhr)

10. ANHANG

Im Anhang wird ein kurzer Ausschnitt von einigen Bewohnern/innen (die Namen sind aufgrund von Datenschutz in Initialen angeführt) beschrieben, der die derzeitige Dienstübergabensituation im März 2011 im Pflegeheim Welzenegg – Haus Lebensbaum darstellt.

10.1 Dienstübergabe vom Nachtdienst an den Frühdienst:

Fr. B.M.: war in der Nacht unauffällig

Hr. B.E.: war in der Nacht unauffällig

Hr. B.J.: dzt. Augentherapie lt. Hausarzt

Fr. B.H.: war in der Nacht unauffällig

Hr. B.F.: ist der Bruder retour aus Graz, kommt wieder täglich zu Besuch, er hat gut bei den nächtlichen Kontrollgängen geschlafen

Hr. B.J.: Dusodril 200mg 2 x 1 lt. Hausarzt

Fr. F.M.: ist vorgestern gestürzt, hat heute den Verbandswechsel im Klinikum Klagenfurt

Fr. G.M.: wurden nächtliche Toilettengänge durchgeführt

Fr. G.M.: hat die Sensormatte jetzt vor dem Bett, war vorgestern im Klinikum Klagenfurt – Knieambulanz, sie ist ohne Befund zurück gekommen

Fr. G.F.: Lovenox 40mg 2 x tgl. – Frage an den Hausarzt: Reduzierung auf Lovenox 40mg 1 x tgl.?

10.2 Dienstübergabe vom Frühdienst an den Spätdienst:

Fr. B.M.: war in der Nacht unauffällig, wurde am Vormittag nach der Körperpflege in den Rollstuhl mobilisiert und danach in den Speisesaal gebracht

Hr. B.E.: war in der Nacht unauffällig, wurde am Vormittag in den Rollstuhl mobilisiert und zu Mittag wieder zu Bett gebracht

Hr. B.J.: dzt. Augentherapie lt. Hausarzt

Fr. B.H.: war in der Nacht unauffällig, hatte am Vormittag einmal Herzbeschwerden, Vitalzeichenkontrolle wurde durchgeführt – alles im Normbereich

Hr. B.F.: ist der Bruder retour aus Graz, kommt wieder täglich zu Besuch, er hat gut bei den nächtlichen Kontrollgängen geschlafen

Hr. B.J.: Dusodril 200mg 2 x 1 lt. Hausarzt

Fr. F.M.: ist vorgestern gestürzt, hatte heute den Verbandswechsel im Klinikum Klagenfurt, nächster Verbandswechsel ist in drei Tagen um 10.00 Uhr im Klinikum Klagenfurt

Fr. G.M.: wurden nächtliche Toilettengänge durchgeführt, sie wurde heute am Vormittag von ihrer Tochter abgeholt, sie kommt um ca. 18.00 Uhr wieder zurück ins Pflegeheim

Fr. G.M.: hat die Sensormatte jetzt vor dem Bett, war vorgestern im Klinikum Klagenfurt – Knieambulanz, sie ist ohne Befund zurück gekommen, nach Anruf ins Klinikum Klagenfurt der Befund folgt

Fr. G.F.: Lovenox 40mg 2 x tgl. s.c. – Frage an den Hausarzt: Reduzierung auf Lovenox 40mg 1 x tgl. s.c.?, laut Hausarzt wurde Lovenox 40mg auf 1 x 1 tgl. s.c. reduziert

10.3 Dienstübergabe vom Spätdienst an den Nachtdienst:

Fr. B.M.: war in der Nacht unauffällig, wurde am Vormittag nach der Körperpflege in den Rollstuhl mobilisiert und danach in den Speisesaal gebracht

Hr. B.M.: war in der Nacht unauffällig, wurde am Vormittag in den Rollstuhl mobilisiert und zu Mittag wieder zu Bett gebracht, er hatte am Nachmittag Besuch von seiner Frau, sie hat ihm zwei Tafeln Schokolade mitgebracht, welche im Nachtkästchen sind

Hr. B.J.: dzt. Augentherapie lt. Hausarzt

Fr. B.H.: war in der Nacht unauffällig, hatte am Vormittag einmal Herzbeschwerden, Vitalzeichenkontrolle wurde durchgeführt – alles im Normbereich, am Nachmittag war Fr. Binner unauffällig, sie sitzt noch im Lehnstuhl im Zimmer und sieht TV

Hr. B.F.: ist der Bruder retour aus Graz, kommt wieder täglich zu Besuch, er hat gut bei den nächtlichen Kontrollgängen geschlafen, er war heute mit seinem Bruder am Nachmittag ausser Haus, sie sind um 16.00 Uhr wieder zurück ins Pflegeheim gekommen

Hr. B.J.: Dusodril 200mg 2 x 1 lt. Hausarzt

Fr. F.M.: ist vorgestern gestürzt, hatte heute den Verbandswechsel im Klinikum Klagenfurt, nächster Verbandswechsel ist in drei Tagen um 10.00 Uhr im Klinikum Klagenfurt, sie hat leichte Schmerzangaben, sie hat am Nachmittag die Schmerztherapie laut ärztlicher Anordnung erhalten, sie gab danach eine deutliche Besserung der Schmerzen an

Fr. G.M.: wurden nächtliche Toilettengänge durchgeführt, sie wurde heute am Vormittag von ihrer Tochter abgeholt, sie kam um ca. 18.00 Uhr wieder zurück ins Pflegeheim, laut ihrer Tochter waren sie in der Stadt einkaufen und Kaffee trinken, sie ist mit ihr sehr gut zurecht gekommen

Fr. G.M.: hat die Sensormatte jetzt vor dem Bett, war vorgestern im Klinikum Klagenfurt – Knieambulanz, sie ist ohne Befund zurück gekommen, nach Anruf ins Klinikum Klagenfurt der Befund folgt, ihre Tochter wurde heute am Nachmittag darüber informiert

Fr. G.F.: Lovenox 40mg 2 x tgl. s.c. – Frage an den Hausarzt: Reduzierung auf Lovenox 40mg 1 x tgl. s.c.?, laut Hausarzt wurde Lovenox 40mg auf 1 x 1 tgl. s.c. reduziert, sie

wurde nach dem Mittagessen mit dem Hebelifter in den Rollstuhl mobilisiert und nach dem Abendessen wird sie wieder mit dem Hebelifter vom Rollstuhl ins Bett transferiert