



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Magisterarbeit

„Die pflegerische Dienstübergabe am Patientenbett“

Verfasserin

Bernadette Schwent

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. A 057 122

Studienblatt:

Studienrichtung lt. IDS Pflegewissenschaft

Studienblatt:

Betreuerin / Betreuer: Mag. Dr. Berta Schrems

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
- dass ich diese Arbeit weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, im November 2012

Bernadette Schwent

Zusammenfassung

Hintergrund

Aus der Literatur zum Thema pflegerische Dienstübergabe am Patientenbett geht hervor, dass diese Form der Dienstübergabe die Arbeit der Pflegekräfte wesentlich beeinflusst. Diese Auswirkungen lassen sich in drei wesentliche Bereiche einteilen: die Organisation der Arbeit und des Teams, Kommunikation im Team und zu den Patienten und die Motivation der Pflegekräfte.

Fragestellung

Die Forschungsfragen leiten sich aus den drei Themenbereichen Organisation, Kommunikation und Motivation ab, mit denen die Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientenbett auf das Pflegeteam im Detail untersucht werden. Um alle Aspekte detailliert behandeln zu können, werden die drei oben genannten Aspekte getrennt behandelt. Daraus ergeben sich drei zentrale Forschungsfragen:

- Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe bei den Patientinnen auf die Organisation im Pflegeteam?
- Welche Auswirkung hat die Dienstübergabe bei den Patientinnen auf die Kommunikation der Pflegekräfte untereinander und mit den Patientinnen?
- Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe bei den Patientinnen auf die Motivation der Pflegekräfte?

Methode

Im theoretischen Teil werden Definitionen und Formen der Dienstübergabe, wie sie in der Literatur zu finden sind, dargestellt. Anschließend wird eine Übersicht über den Forschungsstand zur Dienstübergabe im Allgemeinen und zur Dienstübergabe am Patientenbett im Speziellen gegeben.

Als Basis für die Untersuchung wird eine umfassende Literaturstudie durchgeführt. Zur Erforschung der Problematik auf der untersuchten Station wird für die Datenerhebung die mündliche Befragung in Form von qualitativen Interviews und für die Auswertung der Interviews die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Die Befragungsergebnisse werden dem gegenwertigen Forschungsstand gegenübergestellt.

Ergebnisse

Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Organisation:
Die Befragung hat im Hinblick auf den Zeitpunkt der Dienstübergabe am Patientinnenbett ergeben, dass die Dienstübergabe am Patientinnenbett aus organisatorischen Gründen nur in der Früh zu empfehlen ist. Der Einfluss der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Dauer der Dienstübergabe wurde von den befragten Personen unterschiedlich wahrgenommen. Die Qualität der Information ist in hohem Maße vom Pflorgeteam selbst abhängig. Diese Ergebnisse decken sich mit der vorliegenden Literatur.

Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Kommunikation der Pflegekräfte:

Die Dienstübergabe am Patientinnenbett hat einen starken Einfluss sowohl auf die Kommunikation innerhalb des Pflorgeteams als auch durch die Anwesenheit der Patientinnen. Die verbale Kommunikation wird durch den visuellen Kontakt mit den Patientinnen unterstützt, wodurch die Pflegepersonen zusätzliche Informationen gewinnen. Die Patientinnen fühlen sich informiert und in den Pflegeprozess eingebunden. Kritisch wurde angemerkt, dass die Pflegepersonen keine Möglichkeit haben, während der Dienstübergabe persönliche Meinungen auszutauschen. Auch diese Erkenntnisse werden durch die verfügbaren Studien bestätigt.

Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Motivation der Pflegekräfte:

Als motivationssteigernd wurden das positive Feedback der Patientinnen und die öffentliche Wahrnehmung des Pflorgeteams bei der Dienstübergabe am

Patientinnenbett genannt. Auch diese Ergebnisse werden durch mehrere Studien bestätigt.

Kritisch wurde angemerkt, dass die Umstellung von der klientenfernen Dienstübergabe zur Dienstübergabe am Patientinnenbett durch die Anstaltsleitung nicht vorbereitet wurde und die Mitarbeiterinnen nicht ausreichend informiert und geschult wurden. Die befragten Personen berichteten einheitlich, dass die Umstellung durch die fehlende Vorbereitung besonders erschwert wurde.

Schlussfolgerungen

Die Evaluation der Dienstübergabe am Patientenbett zeigt überwiegend positive Rückmeldungen zu Organisation, Kommunikation und Motivation des Pflegepersonals. Für eine gelungene Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientenbett sind Richtlinien, Konzepte und Schulungen von besonderer Wichtigkeit.

Abstract

Background

The literature on nursing bedside handover shows that this form of handover has a major impact on the work of nursing staff. Three areas are particularly affected: organization of workflow and teamwork, communication within the team and with the patients, and motivation of nursing staff.

Study question

The study questions focus on the three areas organization, communication and motivation. In order to gain a better insight the three areas were studied separately. As a result three study questions were formulated:

- What are the results of bedside handover on the organization of the nursing team?
- What are the consequences of bedside handover on communication within the nursing staff and between nursing staff and patients?
- How does bedside handover affect motivation of the nursing staff?

Methods

In the first part an overview of the definitions and the various types of nursing staff handover is given based on a review of the current literature.

Subsequently the current status of research on nursing staff handover in general and bedside handover in particular is presented.

The basis of the review was a comprehensive search of the current literature on nursing staff handover. To investigate the various aspects of bedside handover the tool of qualitative interviews was chosen and for evaluation of the interviews the qualitative examinations of contents according to Mayring. The results of the interviews then were compared with the current status of research into nursing staff handover.

Results

Impact of bedside handover on organizational issues of the nursing staff:

The evaluation of the interviews showed with regard to terming a clear preference for morning bedside handovers. The perception of the effect of bedside handover on the total time spent on handover varied between nursing staff being interviewed. The quality of the information passed on and acquired during bedside handover depends primarily on the nursing staff. These results are in accordance with the current literature.

Impact of bedside handover on communication within the nursing staff and with patients:

Bedside handover has a major impact on the communication between the nursing staff and between nursing staff and patients. Verbal communication amongst the nursing staff is supported by eye contact with the patients allowing for the acquisition of additional information and knowledge. In addition patients had a higher level of information and reported that they felt being part of the nursing process. On the other hand nursing staff reported that they felt hindered by the presence of patients to exchange personal observations. These results are also confirmed by the current literature.

Effect of bedside handover on the motivation of nursing staff:

Nursing staff reported positive feedback from the patients and experienced a greater awareness and recognition by the patients. This in turn was a factor in increasing motivation in the nursing staff. Several studies report similar observations.

Interviewees reported that the change from chart based handover to bedside handover happened without adequate information and preparation and that nursing staff was not adequately trained in bedside handover. The lack of adequate preparation in particular was noted by all interviewees and made the transition a difficult experience.

Conclusions

The evaluation of bedside handover shows that it has a positive effect on organization, communication and motivation of the nursing staff and on communication between the nursing staff and patients. The implementation of bedside handover requires clear guidelines for the nursing staff and concurrent training and observation.

Vorwort

Die vorliegende Diplomarbeit vervollständigt mein Diplomstudium der Pflegewissenschaft an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien. Bedingt durch die Arbeit meiner Eltern im österreichischen Gesundheitssystem wurde ich zu Hause immer über die neuesten Entwicklungen und Problematiken im Bereich Gesundheit, Medizin und Pflege informiert. Dadurch wurde mein Interesse an dieser Thematik geweckt.

Während meines Studiums und während der Verfassung dieser Diplomarbeit wurde ich durch meine Familie und meine Freundinnen und Freunde auf vielfältige Weise unterstützt. Dafür bedanke ich mich von ganzem Herzen.

Für die Unterstützung beim Erstellen der Arbeit gilt mein besonderer Dank:

Frau Mag. Dr. Berta Schrems für die hilfreiche Unterstützung bei der Themenfindung und der Literatursuche und für die raschen Rückmeldungen während des Schreibprozesses.

Frau Mag. Petra Paul für ihre ausdauernde Ermunterung und die Begleitung schwieriger Diplomarbeitsphasen.

Inhaltsverzeichnis

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG	3
ZUSAMMENFASSUNG	4
ABSTRACT	7
VORWORT	10
1 EINLEITUNG	13
2 PFLEGERISCHE DIENSTÜBERGABE	19
2.1 DEFINITIONEN DER DIENSTÜBERGABE	19
2.2 FORMEN DER DIENSTÜBERGABE	20
2.2.1 Klientenferne Dienstübergabe	21
2.2.2 Dienstübergabe am Patientenbett	22
3 FORSCHUNGSSTAND	31
3.1 FORSCHUNGSBERICHTE	32
3.2 PRAXISBERICHTE	39
3.2.1 Positive und negative Aspekte der Dienstübergabe am Patientenbett	42
3.3 ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISSE DER LITERATURRECHERCHE	44
3.3.1 Organisation	45
3.3.2 Kommunikation	47
3.3.3 Motivation	52
4 EVALUATION	55
4.1 EVALUATION DER DIENSTÜBERGABE AM PATIENTINNENBETT	56
4.2 BEGRÜNDUNG DER METHODENWAHL	57
4.3 METHODIK DER DATENERHEBUNG UND -ERFASSUNG	58
5 DURCHFÜHRUNG DER EMPIRISCHEN ERHEBUNG: INTERVIEWS	59
5.1 ERSTELLUNG DES LEITFADENS	59
5.2 AUSWAHL DER INTERVIEWPARTNERINNEN UND ABLAUF	59
6 DATENAUSWERTUNG	61
6.1 AUFBEREITUNG DES MATERIALS	61
6.2 AUSWERTUNGSMETHODE	62
6.2.1 Paraphrasierung	64
6.2.2 Generalisierung auf das Abstraktionsniveau	65

6.2.3	Erste Reduktion	67
6.2.4	Zweite Reduktion	68
7	<u>DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....</u>	69
7.1	KATEGORIE 1: DIENSTEINTEILUNG UND ZUSTÄNDIGKEITEN	70
7.2	KATEGORIE 2: ZEITLICHE EINTEILUNG UND DAUER DER DIENSTÜBERGABE	70
7.3	KATEGORIE 3: QUALITÄT DER INFORMATIONEN	71
7.4	KATEGORIE 4: VERÄNDERUNG DER DOKUMENTATION	72
7.5	KATEGORIE 5: ERKENNTNISSE DURCH PRAXIS	73
7.6	KATEGORIE 6: VERÄNDERUNGEN DER KOMMUNIKATION IM TEAM.....	74
7.7	KATEGORIE 7: EINFLUSS DER ANWESENHEIT DER PATIENTIN.....	74
7.8	KATEGORIE 8: UMGANG MIT SENSIBLEN INFORMATIONEN	76
7.9	KATEGORIE 9: BETRIEBSKLIMA DES PFLEGETEAMS	77
7.10	KATEGORIE 10: FEEDBACK DER PATIENTIN.....	77
7.11	KATEGORIE 11: IMAGE DER PROFESSION PFLEGE.....	78
7.12	KATEGORIE 12: ARBEITSSTIL DES PFLEGETEAMS.....	78
7.13	KATEGORIE 13: DURCHFÜHRUNG DER UMSTELLUNG	79
8	<u>ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND DISKUSSION</u>	83
8.1	AUSWIRKUNGEN DER DIENSTÜBERGABE AM PATIENTINNENBETT AUF DIE ORGANISATION IM PFLEGETEAM.....	83
8.2	AUSWIRKUNGEN DER DIENSTÜBERGABE AM PATIENTINNENBETT AUF DIE KOMMUNIKATION DER PFLEGEKRÄFTE	85
8.3	AUSWIRKUNGEN DER DIENSTÜBERGABE AM PATIENTINNENBETT AUF DIE MOTIVATION DER PFLEGEKRÄFTE	87
9	<u>SCHLUSSFOLGERUNG</u>	91
10	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	93
11	<u>TABELLENVERZEICHNIS.....</u>	99
12	<u>ANHANG - INTERVIEWLEITFADEN.....</u>	100
	<u>LEBENS LAUF.....</u>	103

1 Einleitung

Im Landesklinikum Thermenregion Mödling wurde eine neue Form der Dienstübergabe der Pflgeteams eingeführt. Es wurde von der üblichen Form der Dienstübergabe im Personalraum der Station ohne Einbeziehung der Patientinnen¹ zur pflegerischen Dienstübergabe am Patientinnenbett übergegangen.

In der Mitarbeiterinformation zur „Dienstübergabe am Patientenbett“ des Landesklinikum Thermenregion Mödling für die gynäkologische Station wurde auf die stark steigende Bedeutung der Dienstübergabe des Pflegepersonals in den letzten Jahren hingewiesen. Häufiger Patientinnenwechsel, die Zunahme an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und die Arbeit mit dem Pflegeprozess führen vermehrt zu umfassenden Informationen, die an alle Mitarbeiterinnen weiter gegeben werden müssen. Durch eine qualitätsvolle Dienstübergabe werden die Sicherheit der Patientinnen und die Kontinuität der pflegerischen Betreuung gewährleistet. (vgl. Landesklinikum Thermenregion Mödling, 2006) Die Bemühung, die Dienstleistungen kontinuierlich zu verbessern, war für das Landesklinikum Thermenregion Mödling der Grund, im Jahr 2009 mit der Implementierung der Dienstübergabe am Patientinnenbett schrittweise zu beginnen.

Den Anstoß, mich mit dieser Thematik zu befassen, erhielt ich, als ich selbst als Patientin der gynäkologischen Station die Dienstübergabe am Patientinnenbett erleben durfte. Es war für mich als Patientin eine neue Erfahrung, wie die Pflegekräfte als Gruppe ins Zimmer kamen und sich vorstellten. Dies machte einen netten und offenen Eindruck. Im Gespräch des Pflegepersonals bekam ich gleichzeitig alle Informationen zum weiteren Verlauf des Krankenhausaufenthaltes.

¹ Da es sich um eine gynäkologische Station handelt, an der nur Frauen tätig sind und auch nur Frauen behandelt werden, verwende ich für den empirischen Teil dieser Arbeit die weibliche Form, außer in Zitaten. Im theoretischen Teil folge ich der gängigen Schreibweise in der Literatur und verwende die männliche Form.

Basierend auf meinen persönlichen Erfahrungen als Patientin habe ich folgendes festgestellt. Allein durch den Einbezug der Patientinnen wird die Angst, die einen Krankenhausaufenthalt begleitet, gelindert, da jede Frau ihre pflegerische Bezugsperson persönlich kennenlernt. Die Patientin bekommt ein professionelles und strukturiertes Arbeitsfeld präsentiert.

Bei meiner Entlassung nutzte ich die Gelegenheit, die Stationsleitung auf die Dienstübergabe der Pflege am Patientinnenbett als qualitätssichernde Maßnahme anzusprechen. Es hat sich herausgestellt, dass nach der Umstellung keine Praxisberichte bzw. Vergleiche mit der klassischen Form der Dienstübergabe vorhanden sind. Es gab bis heute keine Evaluierung der Auswirkungen dieser Form der Dienstübergabe auf das Pflorgeteam. Viele Fragen sind daher bei den betroffenen Pflegepersonen aufgekommen. Inwieweit erleichtert die Dienstübergabe am Patientinnenbett die organisatorischen Abläufe? Verbessert sie die Kommunikation der Pflegekräfte untereinander und zu den Patientinnen? Hat die Dienstübergabe am Patientinnenbett positive Auswirkungen auf das Arbeitsklima? Durch die eigene angenehme Erfahrung und das Gespräch mit der Stationsleitung kam ich zur Entscheidung, das Thema der Dienstübergabe am Patientinnenbett im Rahmen meiner Diplomarbeit näher zu untersuchen. Die Stationsleitung hat mir empfohlen, mich mit der Pflegedirektorin in Verbindung zu setzen.

Die Pflegedirektorin zeigte sich erfreut über mein Interesse an der Dienstübergabe am Patientinnenbett. Sie war an einer Bestandsaufnahme und Evaluierung der Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf der gynäkologischen Station des Landesklinikum Thermenregion Mödling interessiert, da noch keine diesbezügliche Evaluation seit der Neueinführung erfolgte. Die Pflegedirektorin erteilte mir die offizielle Genehmigung, gemeinsam mit der Stationsleitung und dem Pflorgeteam die tägliche Arbeit und die Erfahrungen mit Dienstübergabe am Patientinnenbett zu untersuchen.

Die gynäkologische Station in Mödling bot sich als Untersuchungsfeld gut an, da die Dienstübergabe am Patientinnenbett erst im Frühjahr 2009 in den Arbeitsalltag der Pflegekräfte der Station übernommen wurde. In den letzten

zwei Jahren konnten bereits genügend Erfahrungen mit der Dienstübergabe am Patientinnenbett gesammelt werden, die klassische Form der Dienstübergabe lag jedoch nicht zu lange zurück, und die Pflegekräfte konnten sehr gut Unterschiede erkennen. Ausgangspunkt der Neueinführung der Dienstübergabe am Patientinnenbett war das Bestreben, qualitätsverbessernde Maßnahmen im Pflegebereich zu setzen. Das alte Modell der Dienstübergabe bei Kaffee und Kuchen im Arbeitszimmer sollte einer professionellen und strukturierten Vorgangsweise weichen. Ziele waren eine verbesserte Kommunikation innerhalb des Pflorgeteams der gynäkologischen Abteilung und mit den Patientinnen sowie eine starke Fokussierung auf die Informationsweitergabe innerhalb des Pflorgeteams und an die Patientinnen. Die Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett wurde von der Pflegedirektion initiiert und sollte auf alle bettenführenden Stationen des niederösterreichischen Landeskrankenhauses Thermenregion Mödling ausgedehnt werden.

Die klientenferne Form der Dienstübergabe fand vor der Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientenbett im Aufenthaltsraum des Pflegepersonals statt. Die Dienstübergabe wurde mit Hilfe der Patientendokumentation, der sogenannten Patientenmappe durchgeführt. In der Mappe befanden sich alle relevanten Informationen sowie die Kurvendarstellung (Fieberkurven), Informationen über vorgenommene Untersuchungen und Eingriffe und über die zu erhebenden Befunde usw. Die Zuordnung der Patientenmappe bzw. der Pflegedaten zum Patienten war allerdings nicht gegeben, die Patienten wurden in den Prozess der Dienstübergabe überhaupt nicht einbezogen. Die klientenferne Dienstübergabe ermöglichte weder die aktive Mitsprache des Patienten noch die Vorstellung des Pflegepersonals beim Patienten.

Auf der gynäkologischen Station in Mödling wurde die Dienstübergabe am Patientinnenbett im Frühjahr 2009 eingeführt. Nach einer kurzen Anfangsphase wurde entschieden, die Dienstübergabe am Patientinnenbett nur in der Früh durchzuführen. Abends wurde aus organisatorischen Gründen die klientenferne Form der Dienstübergabe beibehalten.

Organisatorisch erfolgt die Dienstübergabe von der Nachtschwester zu dem übernehmenden Pflorgeteam nach der Nachtschicht. Die eigentliche Dienstübergabe verläuft dann im Patientinnenzimmer, das Pflegepersonal steht am Bett der Patientin. Wenn es möglich ist, steht das Pflegepersonal auf einer Seite neben dem Bett, das ist für die Patientin am angenehmsten. Falls sich eine Patientin gerade nicht im Zimmer befindet, wird trotzdem über sie berichtet. Abhängig von der Situation im Patientinnenzimmer können unter Umständen die Informationen zu mehreren Patientinnen parallel weitergegeben werden. Als Dokumentation während der Dienstübergabe wird der Bettenspiegel verwendet, das ist ein Bettenplan des jeweiligen Patientinnenzimmers mit den persönlichen Daten der Patientin. Die Patientinnenmappe gibt es als Dokumentation nach wie vor, wird aber während der Dienstübergabe nicht verwendet. Einige sensible Daten werden am Gang vor dem Patientinnenzimmer besprochen, alle Beteiligten müssen auf diese Themen aufmerksam gemacht werden. Zu solchen Themen gehören z.B. Informationen über Alkohol- oder Drogenabhängigkeit der Patientin oder maligne Erkrankungen der Patientin, über die diese noch nicht aufgeklärt wurde. Nach dem Vorgespräch am Gang geht das Pflorgeteam ins Patientinnenzimmer, wo alle weiteren Informationen weitergegeben werden.

Am Anfang der Dienstübergabe wird das Pflegepersonal mit der Patientin bekannt gemacht, bei neuen Patientinnen werden diese mit allen notwendigen persönlichen Daten vorgestellt. Basierend auf der bisherigen Geschichte der Patientin und ihrer Pflegedokumentation werden alle Probleme und durchgeführten bzw. geplanten Maßnahmen im gemeinsamen Gespräch besprochen. Zusätzlich dazu kommt die visuelle Komponente: das Pflorgeteam kann die gehörte Information durch den visuellen Eindruck objektivieren (Verfassung der Patientin, durchgeführte pflegerische Maßnahmen etc.). Die Patientinnen lernen das Pflorgeteam persönlich kennen und übernehmen durch das gemeinsame Gespräch eine aktive Rolle im Pflegeprozess. Durch die Dienstübergabe am Patientinnenbett gewinnen sie zusätzlich die Möglichkeit dem übernehmenden Pflorgeteam ergänzende Informationen und persönliche Wünsche und Empfindungen mitzuteilen bzw. offene Fragen aufzuzeigen.

In der vorliegenden Diplomarbeit werden die Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Arbeit der Pflegekräfte am konkreten Fall einer gynäkologischen Station näher beleuchtet und evaluiert. Die Literatur zeigt, dass die Dienstübergabe am Patientenbett insbesondere die Organisation der Arbeit, die Kommunikation innerhalb des Pflorgeteams und zu den Patienten sowie die Motivation der Pflegekräfte beeinflusst.

Aus diesen drei Hauptthemen - Einfluss der Dienstübergabe am Patientenbett auf die Organisation, die Kommunikation und die Motivation innerhalb des Pflorgeteams - ergeben sich die Forschungsfragen dieser Arbeit:

- Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe bei den Patientinnen auf die Organisation im Pflorgeteam?
- Welche Auswirkung hat die Dienstübergabe bei den Patientinnen auf die Kommunikation der Pflegekräfte untereinander und mit den Patientinnen?
- Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe bei den Patientinnen auf die Motivation der Pflegekräfte?

Die gewonnenen Ergebnisse werden der Pflegedirektion zur Verfügung gestellt und sollen als Basis für weitere Qualitätsverbesserung in der Pflege im Landesklinikum Thermenregion Mödling dienen.

Als Basis für die Untersuchung wird eine umfassende Literaturstudie durchgeführt. Für die Erforschung der Problematik auf der untersuchten Station wird für die Datenerhebung die mündliche Befragung in Form von qualitativen Interviews und für die Auswertung der Interviews die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt.

Diese Arbeit konzentriert sich bewusst auf die Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf das Pflorgeteam, die Auswirkungen auf die Patientinnen sind nicht Teil der Untersuchung. Um diese zu erforschen, wäre eine umfassende Befragung der Patientinnen notwendig, das würde allerdings den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Im ersten Teil dieser Arbeit wird nach der Darstellung der Ausgangslage die Dienstübergabe mit Fokus auf die Dienstübergabe am Patientenbett dargestellt. In diesem Teil werden auch Forschungsberichte und Praxisberichte zu diesem Thema untersucht, gefolgt von der Darstellung der Ziele dieser Evaluation und der Forschungsfragen. Im empirischen Teil der Arbeit werden die Methoden und methodischen Grundlagen erklärt sowie die Interviews und die Datenauswertung der durchgeführten Interviews dargestellt. Im letzten Teil der Arbeit finden sich die Darstellung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen gefolgt vom Literaturverzeichnis.

2 Pflegerische Dienstübergabe

Für die Erforschung der Dienstübergabe am Patientenbett ist es notwendig, die Definition, Ziele und Zweck der Dienstübergabe und im Speziellen der Dienstübergabe am Patientenbett zu kennen. Basis dafür bildet eine umfassende Literaturrecherche zum Thema Dienstübergabe beginnend mit den Definitionen, Zielen und Merkmalen der Dienstübergabe. Weitere Grundlage der Erforschung bietet die Erhebung des aktuellen Forschungsstandes zur Dienstübergabe am Patientenbett.

2.1 Definitionen der Dienstübergabe

Um die Dienstübergabe erforschen zu können, ist es notwendig zu definieren, was der Begriff Dienstübergabe bedeutet. In Folge werden einige Definitionen des Begriffes Dienstübergabe aus der Literatur angeführt.

Kelm definiert die Dienstübergabe wie folgt: „Die Dienstübergabe ist ein Instrument für die Arbeitsschichten mit dem Zweck, den kontinuierlichen Arbeitsablauf zu gewährleisten“ (Kelm 2008, S. 201).

Lingenberg und Reimann verstehen die Dienstübergabe als ein Informationsinstrument für die Arbeitsschichten mit dem Zweck, den kontinuierlichen Arbeitsablauf zu gewährleisten (vgl. Lingenberg, Reimann 1991, S. 64).

Obwohl zwischen diesen beiden Definitionen mehr als 15 Jahre liegen, unterscheiden sich diese nur geringfügig.

Weniger funktional ist die Definition Buyers, nach der die Dienstübergabe die „Drehscheibe der Kommunikation im Pflegebereich ... zwischen den Dienstschichten {ist}“ (Buyer 1990, S. 674).

Smoliner und Zacherl schreiben in ihrem Artikel „Dienstübergabe – wichtiges Instrument der patientenorientierten Pflege“: „Die tägliche Dienstübergabe stellt ein wichtiges Kommunikationsmittel innerhalb des Pflegeteams dar mit dem Ziel, einen personellen Wechsel minimaler Unterbrechung der Stationsabläufe zu ermöglichen.“ (Smoliner, Zacherl 2006, S. 48)

Die Dienstübergabe ist ein kontinuierlicher Prozess, in dem vor allem individuelle, klientenbezogene Daten im Rahmen eines Schichtwechsels weitergegeben werden sollen. Dieser Prozess bildet die Grundlage für die weitere Arbeit mit dem Patienten. Der Klient mit seinen Bedürfnissen steht dabei im Mittelpunkt. (vgl. Dodenhoff, Halbauer, Nareike-Sossong, Pruß, Steinhauser-Kirsch 1997, S. 671f)

In der Definition von Gratias wird ebenfalls die Informationsweitergabe fokussiert: „Die Pflegeübergabe hat die Funktion einer ‚Informationsdreh Scheibe‘: Pflegepersonen der vorgehenden, d.h. auskunftsfähigen Schicht sollen die nachfolgende Schicht umfassend, präzise und sachbezogen über den physischen und psychischen Zustand des Patienten informieren.“ (Gratias 2005, S. 203)

Griffin definiert die Dienstübergabe wie folgt: „Report is the time when one nurse transfers accountability and responsibility of patients to another nurse. (...) Report is therefore informational as details about a patient’s condition, treatment, and care planning are shared.“ (Griffin 2010, S. 348)

In dieser Arbeit wird als Basis eine Zusammenführung der genannten Definitionen verwendet. Hier wird die Dienstübergabe als ein Instrument für die Informationsweitergabe zwischen den Pflegepersonen der vorgehenden und der nachfolgenden Schicht verstanden. Die Dienstübergabe ist wichtiges Kommunikationsmittel innerhalb des Pflegeteams und dient dem Zweck, den kontinuierlichen Arbeitsablauf zu gewährleisten.

2.2 Formen der Dienstübergabe

Die Dienstübergabe kann auf zwei verschiedene Arten stattfinden, die klassische klientenferne Dienstübergabe und die Dienstübergabe beim Patienten. Den größten Unterschied zwischen der Dienstübergabe am Bett und der klientenfernen Dienstübergabe sieht Schmidbauer in der Rolle des Patienten. Bei der Dienstübergabe am Patientenbett steht der Patient im Mittelpunkt. „Die Übergabe am Bett ermöglicht einen reibungslosen Informationsfluss zwischen den Beteiligten. Durch die regelmäßige

Rückkoppelung des Pflegepersonals mit den Patienten wird letzterer zu einem mündigen selbstbestimmten Klienten, der aktiv am Pflegeprozess beteiligt ist. [...] Der Genesungsprozess wird durch den Bezug zu einzelnen Pflegepersonen unterstützt und gefördert. Hilfe zur Selbsthilfe wird dadurch ermöglicht.“ (Schmidbauer 1996, S.2)

2.2.1 Klientenferne Dienstübergabe

Wird der Patient nicht in das Gespräch bei der Dienstübergabe eingebunden, wird von klientenferner Dienstübergabe – der klassischen Dienstübergabe gesprochen. Alle Personen, die in die Pflege des Patienten involviert und mit seiner Situation vertraut sind, geben im Rahmen eines Schichtwechsels Informationen über den Klienten weiter. Oftmals werden auch andere Berufsgruppen, wie z.B. Ärzte/innen in das Gespräch mit eingebunden. Dokumentationssysteme unterstützen einen reibungslosen Ablauf der klientenfernen Dienstübergabe. Außerdem erweckt die klientenferne Dienstübergabe im Dienstzimmer der Pflegenden bei Außenstehenden oft den Anschein eines „Kaffeekränzchens“, da während des Gespräches oft Kaffee getrunken und gefrühstückt wird. Jedoch darf die Effektivität derartiger Gespräche nicht unterschätzt werden. Immerhin wissen nach einer derartigen Sitzung alle pflegenden Personen über alle Patienten Bescheid. (vgl. Dodenhoff, Halbauer, Nareike-Sossong, Pruß, Steinhauser-Kirsch 1997, S. 670ff)

Die klientenferne Form der Dienstübergabe wird in den Krankenanstalten jahrelang unverändert praktiziert. Die Dienstübergabe findet üblicherweise im separaten Bereich des Pflgeteams im sogenannten Schwesternzimmer ohne Teilnahme der Patienten statt. Lauterbach beschreibt die räumliche Einteilung der Dienstübergabe wie folgt: „Der Ort der Dienstübergabe ist normalerweise das Arbeitszimmer oder der Aufenthaltsraum der Pflegenden. Diese Räume haben darüber hinaus weitere Funktionen: Arbeitsraum für Ärzte, Lagerraum für Medikamente und Pflegemittel, Büro, Besprechungszimmer u.v.m. Zusätzlich laufen in diesem Raum alle Kommunikationsmedien zusammen.“ (Lauterbach 2006, S. 188)

Während der klientenfernen Dienstübergabe werden die Informationen über jeden einzelnen Patienten kurz weitergegeben. Bonkowski und Bachmaier analysieren die Bedingungen und Mängel der Dienstübergabe. „Die Dienstübergabe lief folgendermaßen ab: Nachdem der Spätdienst eingetroffen war, wurde von den drei Bereichen jeder einzelne Patient von der zuständigen Pflegekraft des Frühdienstes an den gesamten Spätdienst übergeben. Bei bekannten Daten hielt man eine knappe, auf das Wesentliche beschränkte Dienstübergabe ab.“ (Bonkowski, Bachmaier 1997, S.76)

Für die Patienten ist diese Form der Dienstübergabe nicht „sichtbar“, vielmehr ist das Pflegepersonal während der Dienstübergabe für den Patienten nicht verfügbar und die Patienten haben keine Möglichkeit, in die Kommunikation während der Dienstübergabe einzugreifen. Diese Form der Dienstübergabe lässt die Teilnahme des Patienten nicht zu. Aus der Sicht des Pflegepersonals fehlt oft die Verbindung zwischen Krankengeschichte und Patienten, das Personal erhält nur eine subjektive Darstellung der Situation. „Die herkömmliche Übergabe stellt sich für die Patienten als „Kaffeeklatsch“ des Personals dar, wobei die Patienten gebeten werden, die „Kaffeepause“ nicht zu stören, eventuell per Schild am Stationszimmer. Der Patient hat keinen Einblick in die Informationsweitergabe; dies macht ihn ängstlich und hilflos. [...] Der Patient wird zum passiven Objekt; seine Eigenverantwortlichkeit und Eigenaktivität wird ihm entzogen. [...] Es entsteht ein abstraktes Bild des Kranken.“ (Schmidbauer, 1996, S. 3)

2.2.2 Dienstübergabe am Patientenbett

Die Dienstübergabe am Patientenbett unterscheidet sich von der klientenfernen Form der Dienstübergabe durch die Einbeziehung der Patienten und den persönlichen Kontakt mit ihnen. Schlenker-Ferth definiert die Dienstübergabe am Patientenbett in ihrem Buch „Pflegethema: Übergabe mit dem Patienten“ wie folgt: „Die Dienstübergabe am Krankenbett ist ein regelmäßiger Informationsaustausch in Form eines Kurzbesuches am Patientenbett. Dabei werden tages- oder schichtaktuelle Ereignisse und Veränderungen im

Krankheitsverlauf bzw. Pflegeverlauf unter Beteiligung des Patienten und dessen Bezugspersonen gemeinsam erörtert. {...}“ (Schlenker-Ferth 1998, S.1)

In dem Artikel „Patientenübergabe am Bett“ wird die Dienstübergabe am Patientenbett als eine Form der Informationsweiterleitung aller den Patienten betreffenden Informationen zwischen den Pflegepersonen des Früh- und Spätdienstes definiert. Die Integration des Patienten in diese Situation ist das besondere Merkmal dieser Form der Patientenübergabe. Der Sinn in der Dienstübergabe am Patientenbett besteht darin, dass der Patient über die Maßnahmen, die ihn betreffen, informiert wird und so Einfluss auf seinen Pflegeprozess nehmen kann. Dadurch kann er seine Sorgen, Anregungen und Probleme direkt dem diensthabenden Pflegeteam mitteilen. Durch diesen Prozess entsteht für den Patienten Transparenz im Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich der Pflegenden. (vgl. Stenzel, Birke, Thätner, Wittrock 2000, S. 942)

Schmidbauer definiert die Dienstübergabe am Patientenbett wie folgt: „Die Übergabe am Krankenbett erfolgt mit der zuständigen Bereichs- oder Bezugsschwester und der übernehmenden Pflegekraft. Der Patient im Mittelpunkt des Geschehens hat die Möglichkeit, sich einzubringen und wird durch Erklärungen und Nachfragen in Interaktion und Kommunikation miteingebunden.“ (Schmidbauer 1996, S.2)

Heering und Heering definieren die Dienstübergabe am Patientenbett unter der Verwendung dem Terminus „Pflegeviste“: „Die Pflegeviste² ist ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit den Klienten über ihren Pflegeprozeß. Die Pflegeviste dient der gemeinsamen Benennung der Pflegeproblem und Ressourcen bzw. der Pflegediagnose, Vereinbarung der Pflegeziele, Vereinbarung der Pflegeintervention und Überprüfung der Pflege.“ (Heering, Heering 1994, S. 376)

² Die Begriffe Pflegeviste und Dienstübergabe am Patientenbett werden oft verwechselt und den o.a. Definitionen folgend falsch verwendet.

McMurray, Chaboyer, Wallis und Fetherston verwenden in ihrer Studie "Implementing bedside handover: strategies for change management" (2010) folgende Definition der Dienstübergabe am Patientenbett: „Bedside handover is based on patient-centred care, where patients participate in communicating relevant and timely information for care planning.“ (McMurray, Chaboyer, Wallis, Fetherston 2010, S.2580)

In der vorliegenden Arbeit wird eine Zusammenfassung dieser Definitionen verwendet: Die Dienstübergabe am Patientenbett ist eine Form der Informationsweiterleitung aller Patienten-betreffenden Information zwischen den Pflegepersonen der vorgehenden und der nachfolgenden Schicht in Form eines Kurzbesuches am Patientenbett. Der Patient hat die Möglichkeit sich einzubringen und wird in die Kommunikation eingebunden.

Ziele und Zweck der Dienstübergabe am Patientenbett

Die Dienstübergabe am Patientenbett dient nicht nur zum Informationsaustausch zwischen den übergebenden Diensten des Pflegeteams, sondern auch der Verbesserung der Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal. Die Pflegetätigkeiten werden transparent. Der Patient gewinnt dadurch Vertrauen zu seinen Bezugspersonen, wodurch der Genesungsprozess gefördert wird. Diese kundenorientierte Form der Dienstübergabe ist ein Zeichen der Professionalität der Pflege (vgl. Schlenker-Ferth 1998, S.4). Gemäß Fuhrmann, Trill und Witzenberger soll das Übergabegespräch die individuelle Pflege des Patienten bei guter Pflegequalität gewährleisten. Das Pflegepersonal soll über den physischen und psychischen Zustand der Patienten informiert werden, und die ausreichende Informationsweitergabe soll den Patienten das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. (vgl. Fuhrmann, Trill, Witzenberger 1987, S. 350)

Die Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientenbett dient zur Qualitätsverbesserung der Dienstübergabe: „Diese neue Form der Dienstübergabe stellt ein wichtiges Instrument der patientenorientierten

Betreuung dar und gewährleistet eine hohe Pflegequalität.“ (Smoliner, Zacherl 2006, S.49)

Heering beschreibt den Sinn und Zweck von Dienstübergabe am Patientenbett: „Man erhofft sich davon, den Informationsfluss zwischen Patienten und Betreuungspersonal so zu verbessern, dass sich das Verständnis der Patienten für die diagnostischen und Behandlungsverfahren verbessert, damit sich diese daraufhin vermehrt an Entscheidungsfindungen beteiligen und so angemessener mit ihrem veränderten Gesundheitszustand umgehen können.“ (Heering 2004, S.448) Das Ziel dieser Form der Dienstübergabe ist „neben einer Augenscheinnahme der Situation, ein mündlicher Austausch von aktuellen Informationen über die Patientensituation zur Gewährleistung der Kontinuität.“ (Heering 2004, S.448)

Gratias sieht die Dienstübergabe in seinem Artikel als einen wesentlichen Qualitätsparameter und beschreibt die Ziele der Dienstübergabe. Die Dienstübergabe soll eine situationsangemessene Pflege eines jeden Patienten ermöglichen. Weitere Ziele sind die gezielte Krankenbeobachtung, rasche Reaktion in Notfällen, einheitliche Handlungsweisen des Pflorgeteams und widerspruchsfreies Informationsverhalten gegenüber Patienten und Mitarbeitern. Durch die Weitergabe pflegerischer Informationen soll eine individuelle und koordinierte konstant gute Pflege aufrechterhalten werden. Wobei hier auf die Gewährleistung der Sicherheit der Patienten und die Kontinuität von Arbeitsabläufen von Schicht zu Schicht zu achten ist. (vgl. Gratias 2005, S.203) „Es soll sichergestellt werden, dass Beobachtungen und Erkenntnisse über den Patienten wertfrei interpretiert, ärztliche Verordnungen korrekt ausgeführt und Erfahrung über die Pflege und den Behandlungsverlauf in Form einer Verlaufskontrolle ausgetauscht werden können.“ (Gratias 2005, S.203)

Form und Gestaltung der Dienstübergabe am Patientenbett

Die Form der Dienstübergabe gibt Auskunft über den Stellenwert der Pflege innerhalb der Institution und wirkt sich auf die Qualität der Organisation

innerhalb des Pflegeteams aus. Durch die Dienstübergabe am Patientenbett treten die Pflegekräfte vermehrt als Gruppe auf, aufgrund der Präsenz im Patientenzimmer und strukturierter Kommunikation wird ihr Aufgabenbereich und dessen Organisation besser wahrnehmbar. Diese Qualität soll ständig verbessert und auch für die Zukunft garantiert werden.

Kühne-Ponesch stellt in ihrem Artikel „Qualitätssicherung in der Pflege“ dar, dass „sich dem Patienten zuwenden“ und ein „ehrliches Interesse zeigen“ von außerordentlicher Bedeutung ist für Kommunikationsprozesse im Rahmen pflegerischer Betreuung. (vgl. Kühne-Ponesch 2001, S.21) Dieser Artikel beschreibt die Dienstübergabe am Patientenbett als „eine Form der Sicherstellung des kontinuierlichen Austausches von Informationen und der Weitergabe von verändertem Erleben.“ (Kühne-Ponesch 2001, S.22) Es wird klargestellt, dass eine Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientenbett Mut, Freude, sich mit Neuem auseinanderzusetzen und die Bereitschaft, gewohnte Muster abzulegen, verlangt. (vgl. Kühne-Ponesch 2001, S.22) Sie sieht die Vorteile bei dieser Form der Dienstübergabe in dem entstehenden Beziehungsprozess zwischen den Pflegenden und dem Patienten, der Sicherheit und Wohlbefinden schafft. Weitere Vorteile sind eine kontinuierliche und transparente Vorgehensweise in der Betreuung, die aktive Beteiligung des Patienten als mündiger und kompetenter Partner wird zur Selbstverständlichkeit. (vgl. Kühne-Ponesch 2001, S.22) Durch die Möglichkeit der aktiven Beteiligung des Patienten an der Kommunikation während der Dienstübergabe wird auch die Qualität der ausgetauschten Informationen gesteigert. „Die enge Zusammenarbeit zwischen Patienten und Pflegenden verhindert Fehlentscheidungen und somit nicht adäquate Pflegeinterventionen.“ (Kühne-Ponesch 2001, S.23)

Es ist daher notwendig nicht nur eine neue Form der Dienstübergabe zu wählen, sondern auch auf die Qualität der Dienstübergabe zu achten. In dem Artikel „Die Pflegeübergabe – ein Auslaufmodell?“ (vgl. Gratias 2005, S.204) wurden die kritischen Punkte der Dienstübergabe an den Patientenbetten beobachtet:

„Es wird nicht an alle Zimmertüren geklopft.“

„Patienten werden nicht immer namentlich begrüßt.“

„Es wird nicht in allen Fällen hinterfragt, ob die Patienten mit der persönlichen Übergabe (...) einverstanden sind.“

„Eine feste Reihenfolge der Übergabeinhalte ist nur bedingt erkennbar.“

„Ab und zu wird über die Patienten und nicht mit ihnen gesprochen.“

(Gratias 2005, S.204)

Im Schülerprojekt zur Dienstübergabe der Krankenpflegeschule am Marienhospital in Stuttgart wird angemerkt: „Übergabe am Bett bedeutet, dass die Übergabe in Form eines kurzen Besuches am Krankenbett stattfindet. Dabei werden Ereignisse im Krankheits- und Pflegeverlauf weitergegeben, wobei sich der Patient aktiv beteiligen kann, was sich wiederum positiv auf den Genesungsprozess auswirkt.“ (Kurs 3b, 1997/2000 2001, S. 40)

Martin hat in seinem Buch „Pflegestandards“ auch die Dienstübergabe am Patientenbett beachtet. Er legt fest, dass die Übergabezeit störungsfrei zu gestalten ist, das bedeutet eine klare Zuständigkeit bei Störungen ist definiert, die Patienten sind informiert und die Dokumentation wird übersichtlich und vollständig geführt. (vgl. Martin 1999, S. 198)

Schlenker-Ferth beschreibt in ihrem Standard den Ablauf der Dienstübergabe am Patientenbett wie folgt: Treffpunkt der Mitarbeiter im Stationszimmer um Kurzinformationen und organisatorische Informationen auszutauschen. Danach werden vor den Patientenzimmern detaillierte medizinische Informationen, Ergebnisse innerhalb des Teams weitergegeben. Im Krankenzimmer wird auf einen respektvollen Umgang mit der Patientin geachtet, das bedeutet zum Beispiel Fachsprache vermeiden, dem Zustand der Patientin angepasste Informationen vermitteln oder auch die Patientin auffordern, ihren Zustand zu schildern. (vgl. Schlenker-Ferth 1998, S. 22)

Zusammenfassend kann zur Gestaltung der Dienstübergabe am Patientenbett festgestellt werden: Die Dienstübergabe am Patientenbett unterscheidet sich wesentlich von der klientenfernen Dienstübergabe sowohl in der Organisation

als auch in der Kommunikation. Das Pflegepersonal, das den Dienst übergibt, geht gemeinsam mit der neuen Schicht durch die Patientenzimmer und übergibt direkt beim Patienten. Das Pflorgeteam hat die Gelegenheit, die Patienten persönlich kennenzulernen und sieht die momentane Verfassung des Patienten. Auf der anderen Seite tritt das Pflorgeteam als Team auf, die Patienten haben die Gelegenheit, das Pflegepersonal persönlich kennenzulernen und aktiv am Gespräch teilzunehmen. Die Reihenfolge und Inhalte der Dienstübergabe sollten klar definiert und strukturiert werden, beginnend mit Personalien, Informationen aus dem medizinischen Bereich und mit ausführlichen Informationen aus dem pflegerischen Bereich. Nach der Dienstübergabe am Patientenbett werden noch kurz alle organisatorischen und allgemeinen Informationen in einer nachträglichen Besprechung im Arbeitszimmer des Pflorgeteams abgeklärt.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Dienstübergabe am Patientenbett

Es wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientenbett eine gute und fundierte Vorbereitung braucht. Im Erfahrungsbericht von Bonkowski und Bachmaier wird anhand der Diskussionen mit allen beteiligten Pflegepersonen und einigen Probeläufen ein Konzept der Dienstübergabe am Patientenbett erarbeitet. „Dieses Konzept beinhaltet eine fiktive Zeitvorgabe sowie deren Inhalt und ein anschließendes Teamgespräch.“ (Bonkowski, Bachmaier 1997, S.76)

Bei der Dienstübergabe am Patientenbett ist durch die Anwesenheit der Patienten bzw. dritter Personen die Qualität der Kommunikation und der verwendeten Sprache besonders wichtig. „Unsere alltägliche Kommunikation mit und über Patienten ist ein Maßstab für unsere Haltung und unsere Fachlichkeit.“ (Altstetter 2001, S.95) Es ist bei der Dienstübergabe auf den Inhalt der weitergegebenen Informationen und deren Formulierung zu achten. „Bei der Dienstübergabe werden jedoch manchmal Aussagen gemacht, die an der Haltung und Fachlichkeit der Pflegenden zweifeln lassen.“ (Altstetter 2001, S. 93)

Nachdem nicht alle Informationen in Anwesenheit der Patienten besprochen werden können, erweist sich eine Nachbesprechung des Pflegepersonals als notwendig. Mooshuber hat in ihrer Forschung die Wichtigkeit einer Nachbesprechung hervorgehoben. „Nach Beendigung der patientenbezogenen Dienstübergabe müssen allgemeindienstliche und organisatorische Informationen in geordnetem Rahmen an den Spätdienst weitergegeben werden können. Dies geschieht in der nachträglichen Besprechung aller Mitarbeiter, bei der auch ein für das Betriebsklima wichtiger, privater Austausch stattfinden kann.“ (Mooshuber 1996, S.69)

Einfluss der Dienstübergabe am Patientenbett auf die Pflegequalität

Die Qualitätssicherung gewinnt im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung. Die Erhöhung der Qualität der Dienstübergabe ist eines der Hauptziele der Dienstübergabe am Patientenbett. Die Qualität der Dienstübergabe wird von wesentlichen Parametern wie der Qualität der Kommunikation, der Motivation und der Kompetenz der Durchführenden direkt beeinflusst. „Für die Gestaltung patientenorientierter Arbeitsabläufe bedarf es heute mehr denn je Motivation, hoher Kompetenz aller Beteiligten sowie einer Kooperation zwischen Pflegenden und Patienten.“ (Kühne-Ponesch 2001, S.21)

Der zunehmende Wettbewerb zwischen den Krankenanstalten verlangt immer mehr Anforderungen an das Qualitätsmanagement. Gutsche zeigt in seinem Artikel „Übergabe am Patientenbett“ den Einfluss der Dienstübergabe auf die Qualität der Pflege auf. Eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist ein unverzichtbarer Bestandteil der täglichen Arbeit. (vgl. Gutsche 2001, S. 578)

Auch Gratias weist auf die Einbindung der Dienstübergabe in das Qualitätsmanagement hin. „Durch die Weiterleitung pflegerischer Informationen soll eine individuelle und koordinierte, d.h. qualitativ und quantitativ gleichbleibend gute Pflege aufrechterhalten werden.“ (Gratias 2005, S. 203)

Rößmann verweist auf die Bedeutung der Dienstübergabe am Patientenbett für die Qualitätssicherung des Pflegeprozesses. „Die Übergabe am Bett hat sich zu einem wichtigen Bestandteil des Pflegeprozesses, mit dem Ziel der Qualitätssicherung, entwickelt.“ (Rößmann 2006, S. 111)

Unterscheidung zwischen Dienstübergabe und Pflegevisite

Die Dienstübergabe am Bett wird oft mit der Pflegevisite verwechselt. Um dem entgegenzuwirken, wird die Pflegevisite in diesem Punkt definiert, und es werden die wichtigsten Unterschiede zur Dienstübergabe am Patientenbett ausgewiesen.

Nach Kellnhauser „ist die Pflegevisite ein wesentlicher Bestandteil dieses Kontinuums der gesamten pflegerischen Behandlung. {...} Das heißt, es ist ihre Aufgabe, die Pflegeanamnese zu erstellen, die Patientenbedürfnisse zu definieren, Pflegeziele festzulegen, Maßnahmen zur Erreichung der Ziele zu bestimmen und die Bewertung der Effektivität dieser Maßnahmen im Hinblick auf die Zielerreichung vorzunehmen.“ (Kellnhauser 1995, S.590)

Die Pflegevisite dient als inhaltliche Auseinandersetzung mit Pflegeproblemen. Pflegeziel und Interventionen werden definiert und vereinbart. Pflegevisite ist ein Gespräch mit dem Patienten über seinen Pflegeprozess, dazu können auch andere Mitglieder des therapeutischen Dienstes hinzugezogen werden. Im Vergleich dazu wird die Dienstübergabe am Patientenbett als eine Art Berichterstattung über tages- bzw. schichtaktuelle Ereignisse innerhalb des Pflegeteams gesehen. Betrachtet man den zeitlichen Faktor, so wird der Unterschied daran erkennbar, dass die Dienstübergabe am Patientenbett täglich zu einem bestimmten Zeitpunkt durchgeführt wird. Die Pflegevisite findet sporadisch und zeitlich getrennt, also abgekoppelt von der Dienstübergabe, statt (vgl. Schlenker-Ferth 1998, S.5).

Schmidbauer sieht die Pflegevisite als einen regelmäßigen Besuch beim Patienten und als ein Gespräch über den Pflegeprozess. Sie dient einer gemeinsamen Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen. (Schmidbauer 1996, S.2) Unter der Pflegevisite im Bereich der Langzeitpflege wird „der Besuch einer Pflegefachkraft bei einem Bewohner mit der Maßgabe, den aktuellen Pflegezustand und die Pflegezufriedenheit auf Zielerreichung und Verbesserungsmöglichkeiten zu überprüfen und ggf. direkt Korrekturmaßnahmen einzuleiten“ (Koch 2007. S. 30), verstanden.

3 Forschungsstand

Um den aktuellen Forschungsstand zur Dienstübergabe zu ermitteln, wird eine Literaturrecherche, in den Datenbanken Medline, CINAHL³, Pubmed und Dimdi, durchgeführt, welche die gesamte veröffentlichte nationale und internationale Zeitschriftenliteratur umfasst. Außerdem wird im „Karlsruher Virtueller Katalog“ nach nationalen und internationalen Büchern gesucht.

Als Suchbegriffe werden benutzt: Pflegevisite, Übergabevisite, Übergabe, Dienstübergabe, Rapport, nursing rounds, nursing visit, handover, bedside handover, bedside report. Am Anfang der Recherche wurde nach verfügbarer Literatur zu den Suchbegriffen gesucht. Diese Recherche ergab, dass es zur Dienstübergabe am Patientenbett hauptsächlich Praxisberichte gibt, weniger aber gezielte Forschungen. Gezielt wurde nach Literatur gesucht, die sich mit den Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientenbett auf das Pflegepersonal auseinandersetzt, nicht aber mit den Auswirkungen auf den Patienten. Der Fokus wurde auf verfügbare Forschungsergebnisse in Zusammenhang mit der Dienstübergabe am Patientenbett gelegt. Um die Vor- und Nachteile der Dienstübergabe am Patientenbett zu untersuchen, wurden Praxisberichte verwendet.

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass es nur eine beschränkte Anzahl von Quellen gibt, die Erfahrungen mit der Dienstübergabe am Patientenbett erfassen. Diese Form der Dienstübergabe wird erst seit einigen Jahren teilweise umgesetzt und liegt daher noch nicht ausführlich evaluiert vor. Aus diesem Grund wird Literatur seit 1980 verwendet, es werden sowohl Praxisberichte, Lehrbücher als auch Projektberichte miteinbezogen. Die Mehrheit der Studien fokussiert den Patienten bzw. die Beziehung zwischen Patienten und Pflegepersonal und weniger die Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientenbett auf die Pflgeteams selbst.

³ Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

3.1 Forschungsberichte

In der Mehrheit der Studien wird der Patient fokussiert, d.h. seine Wahrnehmungen und Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Patienten und Pflegepersonal.

In der deskriptiven Fallstudie „Patients' Perspectives of Bedside Nursing Handover“ wurden zehn Patienten in einem Krankenhaus in Queensland während ihres stationären Aufenthaltes im Jahr 2009 über die Vorzüge und Einschränkungen der Dienstübergabe am Patientenbett befragt. Die Befragten wurden über ihrer Rolle und Rolle ihrer Familien während der Dienstübergabe sowie über die daraus entstehende Schweigepflichtproblematik befragt. Die Probanden empfanden die Teilnahme an der Dienstübergabe am Patientenbett als aktiver Partner als positiv. Durch die Dienstübergabe am Patientenbett hatten die Patienten die Möglichkeit sich einzubringen und auf die ausgetauschten Informationen Einfluss zu nehmen. Manche befragten Patienten gaben an, dass sie eine passive Teilnahme an der Dienstübergabe bevorzugen. Trotzdem wurde die Dienstübergabe am Patientenbett als eine Verbesserungsmaßnahme in der Patienten-Pfleger-Beziehung befürwortet. (vgl. McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson, Gehrke 2011, S.1 ff)

Bei der Dienstübergabe am Patientenbett in der orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes-Gutenberg Universität Mainz (Koch, Sauer 2003) wurde 13 Monate nach der Umstellung der Dienstübergabe eine Evaluation durchgeführt, welche zu den Ergebnis kam, dass die Dienstübergabe am Patientenbett positive Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit hat. Die Patienten gaben an, dass sie ausreichend Gelegenheit hatten, ihr gesundheitliches Befinden und die organisatorischen Beschwerden, Wünsche oder Anregungen mitzuteilen. Keiner der Patienten würde die Dienstübergabe am Patientenbett abschaffen wollen. Koch beschreibt auch den positiven Einfluss der Dienstübergabe am Patientenbett auf die Kommunikation während der Dienstübergabe. Der Patient wird nicht mehr als ein passives Objekt behandelt und kann sich aktiv an der Kommunikation beteiligen. (vgl. Koch, Sauer 2003, S. 117f) „Bei der Übergabe am Patientenbett wird der Patient in

das Gespräch einbezogen, er kann jederzeit Stellung nehmen oder Fragen stellen.“ (Koch, Sauer 2003, S.117) Die klassische Form der Dienstübergabe wird dagegen als nicht zufriedenstellend dargestellt, vor allem die Qualität der Informationen, die weiter gegeben werden, war nicht im notwendigen Ausmaß gegeben. „Der Informationsfluss, der den Mitarbeitern des Spätdienstes die aktuellen Kenntnisse der Mitarbeiter des Frühdienstes vermitteln sollte, wurde immer wieder unterbrochen, die Konzentration war erschwert. Durch Informationslücken kam es zu Störungen im nachfolgenden Arbeitsablauf.“ (Koch, Sauer 2003, S. 118)

Bourne identifiziert zum Thema Dienstübergabe drei positive Auswirkungen auf die Patienten in Zusammenhang mit der Dienstübergabe am Patientenbett: (a) Bevollmächtigung des Patienten, (b) Mitwirkung des Patienten, und (c) der Patient wird zu einer weiteren Quelle für Diagnose und Behandlungsvorgehen. (vgl. Bourne 2000, S.451ff) In der Studie zum Thema Dienstübergabe beschreibt Cahill die Wahrnehmung der Patienten in Zusammenhang mit der Dienstübergabe am Patientenbett. Die Patienten gaben an, dass die Dienstübergabe am Patientenbett eine professionelle und sichere Dienstübergabe von einem Pflorgeteam auf das nächste gewährleistet. Darüber hinaus erkannten mehrere Patienten die Dienstübergabe am Patientenbett als eine Chance für sie selbst, mögliche Missverständnisse zu korrigieren. (vgl. Cahill 1998, S.351ff)

Caruso studierte den Einfluss der Dienstübergabe am Patientenbett sowohl auf die Patienten als auch auf die Arbeit und die Befindlichkeiten des Pflorgeteams. Die Mehrheit der Patienten fühlte sich besser betreut und sehr sicher und empfand die Arbeit des Pflegepersonals als professionell: „I never knew nurses were so professional and organised...“(Caruso, 2007, S.21). Das Pflegepersonal berichtete über unterschiedliche Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientenbett: teilweise gestaltete sich die Dienstübergabe kompliziert und unbequem. Die größten Schwierigkeiten hatte das Personal mit der Kommunikation, eine gezielte Kommunikationsschulung wurde eingeführt. Einige Situationen wurden als besonders schwierig erkannt, z.B. die

Notwendigkeit, die Patienten während ihrer Ausführungen zu unterbrechen, um die irrelevanten Informationen zu minimieren. (vgl. Caruso 2007, S.17ff)

Weiters finden sich in der Literatur Studien, welche die Bedeutung der Dienstübergabe am Patientenbett für die Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patienten evaluieren. In einer Untersuchung unter der Leitung von Kelly stellte das Pflegeteam die Verbesserung des Verhältnisses zwischen Pflegepersonal und Patienten in Folge der Implementierung der Dienstübergabe am Patientenbett dar. (vgl. Kelly 2005, S.34f) Minicks qualitative Studie zum Thema frühes Erkennen von Patientenproblemen identifizierte das Konzept der Herstellung einer Verbindung zum Patienten. Sie beschrieb das Konzept als eines, das die Beziehung zwischen Wissen und Fürsorge hervorhebt. Sie stellte fest, dass eine frühzeitige Erkennung der Probleme der Patienten direkt mit der Anwesenheit des Pflegepersonals am Patientenbett zusammenhing. (vgl. Minick 1995, S.303ff)

In der Studie „Bedside handover: quality improvement strategy to "transform care at the bedside“ (Chaboyer, McMurray, Johnson, Hardy, Wallis, Chu 2009) wurde die Implementierung der Dienstübergabe am Patientenbett auf drei Stationen in einem regionalem Krankenhaus in Queensland, Australien als Qualitätsverbesserungsmaßnahme evaluiert. Die Studie wurde in zwei Phasen durchgeführt, in der ersten Phase wurden Patienten und Pflegepersonal nach ihren Erfahrungen mit der Dienstübergabe am Bett befragt. Die zweite Phase war eine schriftliche Umfrage sechs Monate nach der Umstellung. Diese Umfrage beantworteten 54% der Mitarbeiter. Die Veränderungen, die durch die Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientenbett entstanden, wurden sowohl von Mitarbeitern als auch Patienten positiv wahrgenommen. „Staff members reported that bedside handover improves safety, efficiency, teamwork and the level of support from senior staff members.“ (Chaboyer, McMurray, Johnson, Hardy, Wallis, Chu 2009, o.S.) Bei der Befragung kristallisierten sich bei der Dienstübergabe am Bett drei Vorteile heraus: „Support from shift coordinators and team leaders (59% agreement) Improved patients safety (44%

agreement) Improved patient outcomes through discharge planning (44% agreement)" (Chaboyer, McMurray, Johnson, Hardy, Wallis, Chu 2009, o.S.)

In dem Artikel „Bringing Change-of-Shift Report to the Bedside: A Patient- and Family-Centered Approach“ (Griffin 2010) wurde die Umstellung zur Dienstübergabe am Patientenbett beschrieben. Durch diese Veränderung wird den Patienten die Möglichkeit gegeben, sich an der Dienstübergabe aktiv zu beteiligen oder Information aufzunehmen. Die Vorteile der Dienstübergabe am Patientenbett waren: „Patients are seen sooner in the shift and the nurse leaving can introduce the patient to the oncoming nurse. (...) Patient and family members witness staff communication, professionalism and other organization as responsibility is transitioned to another nurse. Patients also feel a part of report and appreciate having input.“(Griffin 2010, S. 351)

Die Studie „Sind Pflegende mit der Übergabe zufrieden?“ (vgl. Meißner, Roser, Hasselhorn 2004) berichtet von einer deskriptiven Auswertung von Daten aus einer europäischen Studie zu diesem Thema. Diese Studie ist eine von der EU finanzierte Studie, die in Deutschland und neuen weiteren Ländern Europas durchgeführt wurde. Das Ziel der Studie war, die Ursachen und Folgen des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf zu untersuchen. Es wurden für Deutschland (Österreich hat sich daran nicht beteiligt) Angaben von 3409 Pflegenden getrennt nach Krankenhaus, Altenheim und häuslicher Pflege ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass in Deutschland im internationalen Vergleich (neun Länder) ein relativ hoher Prozentsatz des Pflegepersonals (52,3%) nicht zufrieden ist. Als häufigste Probleme wurden zu viel Störungen, Zeitmangel und ungenügender Informationsaustausch angegeben. Wobei die Gründe für die Unzufriedenheit von der Einrichtung abhängig waren. In Krankenhäusern waren die häufigen Störungen das größte Problem. In Pflegeheimen waren der Informationsaustausch, der Zeitmangel und die Störungen für die Unzufriedenheit des Pflegepersonals ausschlaggebend. Bei Mitarbeitern der ambulanten Pflege war die Unzufriedenheit deutlich geringer (45,3%) als bei den Pflegepersonen der stationären Einrichtungen. Das häufige Nennen des mangelnden Informationsaustausches war auf den Zeitmangel und

die unzureichenden Möglichkeit der Informationsübermittlung zurückzuführen. (vgl. Meißner, Roser, Hasselhorn, 2004, S.565f)

In der Studie „Practitioner-centred research: an evaluation of the implementation of the bedside hand-over“ von Webster (1999) wurde eine Station für Patienten über 65 Jahre untersucht. Es wurden Evaluationen im Zeitraum von drei und sechs Monaten nach der Umstellung der Dienstübergabe durchgeführt. Für die Evaluation wurde ein Fragebogen verwendet, Rücklaufquote betrug mit 22 retournierten Fragebögen 75%. In der Studie wurde darauf aufmerksam gemacht, dass nach einer Anfangsphase von drei Monaten 54% der Befragten dafür waren, die Dienstübergabe am Patientenbett beizubehalten, 33% wollten die klientenferne Form wieder und 15% waren sich nicht sicher. Sechs Monate nach der Einführung der Dienstübergabe am Patientenbett stieg die Zahl der Befürworter der Dienstübergabe am Patientenbett. Alle Befragten gaben an, dass sie die wichtigsten Informationen zu allen Patienten haben. Der Zeitfaktor wurde bei den Befragten unterschiedlich beantwortet, wobei die Mehrheit mit 58% angaben, dass sie genügend Zeit hätten, um alle relevanten Informationen zu übergeben und zu erhalten. Die Befragten gaben an, dass sie durch die Dienstübergabe am Patientenbett sagen könnten, wo welcher Patient liege, wobei dieser Faktor nicht zu verallgemeinern ist, da dies bei einer vollen Station erschwert ist. 21% der Befragten gaben an, dass Kollegen private Informationen am Bett diskutierten. (vgl. Webster 1999, S.1375ff) Dieser Faktor stellte ein großes Problem dar. „This was of great concern as we felt that when this occurred confidentiality was being broken, and the individual’s right to privacy was not being respected.“ (Webster 1999, S. 1381) 12% der Befragten gaben an, dass nicht alle relevanten Informationen weitergegeben wurden, wobei 67% mit der Kommunikation zufrieden waren. (vgl. Webster 1999, S.1375ff)

In der Studie „Implementing bedside handover: strategies for change management“ (McMurray, Chaboyer, Wallis, Fetherston 2010) wurden die Einflüsse bei der Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientenbett evaluiert. Die Studie wurde auf sechs Stationen in zwei australischen

Krankenanstalten durchgeführt, es fanden sowohl Beobachtungen als auch Interviews mit Pflegenden statt. Es wurden 532 Dienstübergaben am Patientenbett beobachtet und 34 Interviews mit Pflegenden geführt. Durch die Teilnahme an der Dienstübergabe am Patientenbett als qualitätsverbessernde Maßnahme wurde die Einstellung der Pflegenden zum Positiven verändert. Die Umstellung wurde mit einem Prozess der Standardisierung von Strukturen und Prozessen verbunden, was ein wertvolles Ergebnis für das Pflegepersonal beider Krankenanstalten war. Es wurde weiters hervorgehoben, dass bei der Dienstübergabe am Patientenbett das aktive Zuhören, die Sicherung der Pflegequalität und die Vermeidung von logistischen Störungen eine hohe Priorität haben. Der Erfolg der Umstellung hin zur Dienstübergabe am Patientenbett würde durch ein Projekt im Sinne von qualitätsverbessernden Maßnahmen unterstützt werden. (vgl. McMurray, Chaboyer, Wallis, Fetherston 2010, S.2580ff)

Im Artikel „Bedside nursing handover: A case study“ (Chaboyer, McMurray, Wallis 2010) wird die gleiche Studie wie oben beschrieben, dieser Artikel zeigt aber zusätzlich einige konkrete Ergebnisse der Untersuchung. Durch die Beobachtung wurde festgestellt, dass die Dauer der Dienstübergabe im Durchschnitt 76 Sekunden pro Patient betrug. Die analysierte Struktur der Dienstübergabe am Patientenbett beinhaltete die Pflegenden und deren Zusammenarbeit mit den Patienten sowie ein Übergabeprotokoll und Patientenmappen, um genaue und gezielte Informationen auszutauschen. Die Patienten fühlten sich durch die Einbeziehung in die Kommunikation als ein Teil des Pflegeprozesses. Die Dienstübergabe am Patientenbett verbesserte die Kommunikation, das Pflegepersonal fokussierte sich in Anwesenheit der Patienten mehr auf die relevanten Informationen. Aus Sicht der Pflegenden verbesserte die Dienstübergabe am Patientenbett die Genauigkeit der weitergegebenen Informationen, die Orientierung der Pflege auf den Patienten, und die allgemeine Servicebereitschaft der Pflegenden erhöhte sich. Die Umstellung auf die Dienstübergabe stellte eine Verbesserungsmaßnahme im Bereich Pflege dar. (vgl. Chaboyer, McMurray, Wallis 2010, S.27ff)

In der Studie von Howell zum Thema Geheimhaltung während der Patientenübergabe am Bett (1994) wird berichtet, dass die Pflegenden große Sorge bezüglich dem Umgang mit sensiblen Daten am Patientenbett hatten. Wobei 90% der befragten Patienten angaben, dass sie keine Bedenken hätten, wenn die Pflegenden die Informationen am Bett übergeben. (vgl. Howell 1994, S.44f)

In der Literaturstudie von Wong, Yee, Turner (2008) über die Effektivität von Verbesserungsmaßnahmen im Bereich Dienstübergabe wird deutlich gemacht, dass es kaum Studien gibt, die sich mit Richtlinien beziehungsweise Protokollen befassen. Die Literaturstudie zeigte Risiken bei der Dienstübergabe auf, wie zum Beispiel das Fehlen von Pflegestandards, die Qualität beziehungsweise der Inhalt der ausgetauschten Informationen, die Art des Kommunikationsverhaltens sowie eine Unterbrechung der Patientenversorgung. Die daraus entstehenden Verbesserungsmaßnahmen sind unter anderem effektive Schulungen und Fortbildungen und standardisierte Arbeitsabläufe. Auch die Art der Dienstübergabe wird als Verbesserungsmaßnahme angesehen: „[...] bed-side handover leads to better informed nursing staff and positive feedback from patients.“ (vgl. Wong, Yee, Turner 2008, S. 5)

In der Literaturstudie „Evidence-based inpatient handovers – A literature review and research agenda“ (Scott, Ross, Prytherch 2011) wurde nach Literatur ab dem Jahr 2000 gesucht, als Suchwort wurde der englischer Ausdruck „handover“ verwendet. Die meisten Schlussfolgerungen aus den untersuchten Studien haben Bezug zu einer der folgenden Themen: allgemeine Probleme (Verlust von Informationen, Unterbrechungen etc.), Struktur und Prozesse, indirekte Funktion der Dienstübergabe (soziale und emotionale Unterstützung etc.) und kritische Erfolgsfaktoren (Kommunikationseigenschaften, Training). In dieser Studie wurde deutlich gemacht, dass es keine klare Vorgehensweise gibt und es daher ratsam ist, sich an Richtlinien zu halten. (vgl. Scott, Ross, Prytherch 2011, o.S.).

Die Forschungsberichte ergaben sowohl bei Pflegenden als auch bei Patienten überwiegend positive Rückmeldungen zu einer Dienstübergabe am Patientenbett.

3.2 Praxisberichte

Die Praxisberichte beziehen sich ebenfalls größtenteils auf die Sichtweise von Pflegenden und Patienten. Bei der Literaturrecherche wurden keine Praxisberichte gefunden, die sich ausschließlich auf die Sichtweise der Patienten konzentrieren.

Im Praxisbericht vom Pflorgeteam auf der neurochirurgischen Klinik des Inselspitals Bern „Übergaberapport direkt am Krankenbett“ wurde die Umstellung von der Dienstübergabe im Stationszimmer zur Dienstübergabe am Patientenbett beschrieben und nach einem Probelauf ausgewertet. Das Ergebnis zeigte, dass die Patienten die Dienstübergabe am Patientenbett positiv aufnahmen. „Sie fühlten sich verständlich über die Pflege informiert, fanden es patientenfreundlich, und sie konnten bezüglich <<ihrer>> Pflege zusammen mit dem Pflegepersonal jederzeit Stellung nehmen.“ (Hervorhebung im Original, P.H., J.G.) (Hoffmann, Gottschalk 1996, S.10) Die Mitarbeiter gaben an, dass der Ist-Zustand der Patienten besser erfasst wird und sie dem Patienten gegenüber unvoreingenommener entgegenzutreten. Durch die Anwesenheit des Pflegepersonals am Patientenbett fühlten sich die Patienten integriert, wodurch die Patienten als gleichwertig angesehen wurden. Bei dieser Auswertung des Probelaufes zeigte sich, dass die Dienstübergabe am Patientenbett zeitsparender ist, da der Spätdienst den Patienten schon gesehen hat und sich das Pflegepersonal sofort ein Bild über die Arbeitssituation machen konnte. Ein weiterer Grund für die Zeitersparnis war, dass „[...] das von uns empfundene <stundenlange Geschwafel> über teilweise unnütze Dinge fällt weg => diese Zeit kann sinnvoller genutzt werden.“ (Hervorhebung im Original, P.H., J.G.) (Hoffmann, Gottschalk 1996, S.11). Auch eine besser geführte Pflegedokumentation wurde von den Pflegenden als positive Veränderung bemerkt, da durch die Dienstübergabe am Patientenbett die Dokumentation einen wichtigeren Stellenwert erhalten hat.

Während des Probelaufs wurden auch kritische Punkte erkannt. Zum einen wurden in den Patientenzimmern Diagnosen erwähnt, zum anderen gaben die Pflegenden an, dass es „[...] zu wenig Erfahrungsaustausch beider Schichten bei Patienten mit komplexen Pflegeproblemen“ (Hoffmann, Gottschalk 1996, S.11) gibt.

Nach Auswertung des Probelaufs wurden Verbesserungen vorgenommen. „Um den Erfahrungsaustausch zwischen dem Pflegepersonal beider Schichten bei den Patienten mit komplexen Pflegeproblemen zu fördern, wird wenn nötig eine fixe Zeit vereinbart (...) um für das existierende Pflegeproblem gemeinsam eine Lösung zu finden.“ (Hoffmann, Gottschalk 1996, S.11)

Als Ergebnis der Umstellung zur Dienstübergabe am Patientenbett wurde ausgesagt, „dass wir dadurch *mit* dem Patienten reden, statt wie vorher *über* ihn.“ (Hoffmann, Gottschalk 1996, S.11)

Im Artikel „Patientenübergabe am Bett“ (Stenzel, Birke, Thätner, Wittrock 2000) wird erwähnt, dass die Erarbeitung des Konzepts der Patientenübergabe am Bett für das Team ein ungewohnter Weg war, der jedoch hinsichtlich der langfristigen Verhaltensveränderung bei den Mitarbeitern zu einer Qualitätsverbesserung der Dienstübergabe geführt hat. Es wurde darauf hingewiesen, dass sich unter der Beteiligung aller Mitarbeiter die Möglichkeit eröffnete, selbstbestimmt pflegerische Abläufe zu reorganisieren. Bei der Mitarbeiterbefragung gab das Pflegepersonal an, dass es angenehm ist, wenn nicht nur Namen und Diagnosen ausgetauscht werden, sondern sie auch die Gesichter der Patienten kennenlernen können. Dadurch konnten der Allgemeinzustand und die Befindlichkeit des Patienten besser eingeschätzt werden. Ein weiteres Ergebnis dieser Befragung war, dass durch die Anwesenheit der Patienten auf unsachliche und emotionale Kommentare seitens des Personals verzichtet wurde, somit verlief die Dienstübergabe objektiv und professioneller. Die Mitarbeiter gaben an, durch die Dienstübergabe am Bett die Möglichkeit zu haben, ihre Arbeit selbst zu überprüfen, wodurch Missverständnisse sofort aufgeklärt werden können. Bei der Befragung der Patienten wurde angemerkt, dass die Dienstübergabe einen positiven Einfluss hatte, da die Patienten durch die erhaltenen

Informationen ihren Tagesablauf besser planen konnten. Durch das Einbeziehen der Patienten in das Übergabegespräch wurde ihnen das Gefühl von Akzeptanz und Sicherheit vermittelt. Patienten hatten während der Dienstübergabe auch die Möglichkeit, ihr Wünsche, Fragen und Probleme zu äußern. (vgl. Stenzel, Birke, Thätner, Wittrock 2000, S.944)

Im Schülerprojekt der 3b der Krankenpflegeschule am Marienhospital Stuttgart wurde die pflegerische Dienstübergabe und deren Bedeutung für das Qualitätsmanagement untersucht. Dabei konnten folgende Auswirkungen auf die Qualität festgestellt werden: Bei der Dienstübergabe am Patientenbett werden Informationen über den Pflegeverlauf weitergegeben. Der Patient kann sich dabei aktiv in den Übergabeprozess einbringen, was den Genesungsprozess positiv unterstützt. Dies verschafft dem Klienten einen Einblick in das Berufsbild des Pflegepersonals und wirkt der weit verbreiteten Meinung, dass Pflegekräfte nur das Hilfspersonal der Ärzte seien, entgegen. (vgl. Kurs 3b, 1997/2000 2001, S. 40) Die Qualität der Dienstübergabe wird ständig verbessert, die Dienstübergabe beim Patienten ist eine der möglichen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. „Qualitätssicherung in der Pflege bedeutet, die Handlungen und Leistungen einer zielorientierten, niveaувollen, effektiven Pflege heute und in der Zukunft zu garantieren.“ (Kurs 3b, 1997/2000 2001, S. 40)

Der Praxisbericht von Rößmann (2006, S.111) veranschaulicht, dass die Dienstübergabe am Patientenbett durch die Anwesenheit des Patienten wesentlich ruhiger und effektiver verlief, für das Pflgeteam bestand die Möglichkeit sich mit dem Patienten über pflegerelevante Probleme sofort auszutauschen. Durch die Auseinandersetzung mit Pflege Themen stieg die Berufszufriedenheit der Pflegekräfte. Hinzu kam, dass die Pflegenden durch diese Art der Dienstübergabe einen anderen Beziehungsaufbau zu den Patienten und eine intensivere Vertrauensbasis erlebten. Die Patienten kannten ihre Bezugspflegerinnen persönlich, und dadurch wurde die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und Patienten vertrauter.

Durch die Tatsache, dass mit der Dienstübergabe am Patientenbett auch die Patienten mit einbezogen werden, ergeben sich auch neue Anforderungen an das Pflegeteam und an den Verlauf der Dienstübergabe und das Dokumentationssystem: „Die Übergabe wird verständlich, präzise, objektiv, systematisch und strukturiert anhand des mitgeführten Dokumentationssystems praktiziert. Die vortragende Person spricht laut und deutlich. Hier muß auf schwerhörige Patienten besonders Rücksicht genommen werden. Fachterminologie sollte sie nur verwenden, soweit es notwendig ist. Bei Bedarf wird dem Patienten deren Bedeutung erklärt.“ (Mooshuber 1996, S.69)

Die Kommunikation während der Dienstübergabe beim Patienten wird durch die Teilnahme des Patienten beeinflusst. Die Anwesenheit des Patienten wirkt sich auch auf die Inhalte der Kommunikation aus. Es ist darauf zu achten, welche Informationen der Patient hören soll und welche nicht. „Daten, die der ärztlichen Aufklärungsarbeit unterliegen, dürfen vom Pflegepersonal bei der Dienstübergabe nicht vorweggenommen werden. Dieser Informationsaustausch zwischen den Pflegenden muß in Form eines Vorgesprächs erfolgen.“ (Bonkowski, Bachmaier 1997, S.77)

3.2.1 Positive und negative Aspekte der Dienstübergabe am Patientenbett

Viele verfügbaren Praxisberichte stellen die konkreten Vor- und Nachteile der Dienstübergabe am Patientenbett dar. Rößmann (2006) erklärt in ihrem Praxisbericht die Vor- und Nachteile für Patienten, Pflegende und die Profession Pflege. Diese Erkenntnisse werden durch die Ergebnisse von Mooshuber (1996) sowie Bonkowski, Bachmaier (1997) ergänzt:

Vorteile für die Patienten

- Einbindung des Patienten in den Pflegeprozess
- Gemeinsame Analyse der Probleme und der daraus ergebenden Maßnahmen
- Intensiverer Kontakt zwischen Patienten und Pflegenden

- Sofortige Klärung von auftretenden Fragen
- Anzahl der Schwesternrufe werden reduziert
- Steigerung des Vertrauensverhältnisses zu den Pflegenden
- Zusätzliche Zeit für den Patienten

Nachteile für die Patienten

- Bestehende Gefahr von überwiegend medizinischen Themen und in deren Sprache
- Bestehende Gefahr, dass anstatt mit dem Patienten über ihn geredet wird
- Eventuelle Verletzung der Intimsphäre und des Datenschutzes

Vorteile für die Pflegenden

- Einsicht in die Sinnhaftigkeit des Pflegeprozesses
- Intensivere Beratungsfunktion
- Krankenbeobachtung mit den Kollegen
- Austausch innerhalb einer festen Organisationsstruktur über pflegerelevante Probleme mit den Patienten
- Informationen vielschichtiger und einprägsamer, auf Grund von Sehen, Riechen und Tasten
- Vermeidung von emotionalen und unsachlichen Äußerungen
- Sofortige Qualitätskontrolle
- Feedback von Patienten und Kollegen

Nachteile für die Pflegenden

- Auftreten von schwierigen Situationen (z.B.: wenn Patient weint)

Vorteile für die Profession Pflege

- Transparenz von Wissen und Können der Pflegenden
- Abgrenzung der Profession Pflege gegenüber der Medizin
- Transparente Fachkompetenz
- Aufzeigen des Berufsfelds Pflege
- Anteil der Pflege am Behandlungsprozess wird transparent
- Das Bild einer langen „Kaffeepause“ fällt weg

(vgl. Rößmann 2006, S.110f, vgl. Mooshuber 1996, S.70, vgl. Bonkowski, Bachmaier 1997, S.77)

In dem Artikel „Informationssicherung bei der Patientenübergabe“ wird auf die Problematik der Qualität der Informationsweitergabe bei Schichtwechsel aufmerksam gemacht. Die Dienstübergabe stellt unter anderem ein Risiko für den Patienten dar, etwa wenn Informationen fehlen, inkonsistent oder unstrukturiert sind. Die Übergabedokumentation ist von hoher Relevanz für alle Beteiligten. (vgl. Tannen 2011, S.291)

3.3 Zusammenfassende Ergebnisse der Literaturrecherche

Aus der Literatur zum Thema pflegerische Dienstübergabe am Patientenbett geht hervor, dass diese Form der Dienstübergabe die Arbeit der Pflegekräfte wesentlich beeinflusst. Diese Auswirkungen lassen sich in drei wesentliche Bereiche einteilen: die Organisation der Arbeit und des Teams, Kommunikation im Team und zu den Patienten und nicht zuletzt die Motivation der Pflegekräfte selbst. Die im Folgenden angeführten Forschungsfragen leiten sich aus diesen Themen ab, mit denen die Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientenbett auf das Pflegeteam im Detail untersucht werden sollen.

Um alle Aspekte detailliert behandeln zu können, werden die drei oben genannten Aspekte getrennt behandelt. Daraus ergeben sich drei zentrale Forschungsfragen:

- *„Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe bei den Patienten auf die Organisation im Pflorgeteam?“*
- *„Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe bei den Patienten auf die Kommunikation der Pflegekräfte untereinander und mit den Patientinnen?“*
- *„Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe bei den Patienten auf die Motivation der Pflegekräfte?“*

Um die genannten Forschungsfragen zu evaluieren, müssen die Begriffe Organisation, Kommunikation und Motivation definiert und mit Hilfe einer Operationalisierung messbar gemacht werden.

3.3.1 Organisation

Gutenbergs Definition von Organisation lautet wie folgt: „(...) soll hier der Begriff Organisation möglichst eng gefasst und unter Organisation nur diejenige Apparatur verstanden werden, die die Aufgabe hat, eine durch Planung vorgegebene Ordnung im Betriebe zu realisieren.“ (Gutenberg 1972, S.236) Das bedeutet ein Unternehmen ist keine Organisation, sondern hat eine.

Unter organisieren wird laut Duden „etwas sorgfältig und systematisch vorbereiten, aufbauen; für einen bestimmten Zweck einheitlich gestalten“ bzw. „zu systematischem Aufbau gelangen“ (Duden 2012c) verstanden.

Duden erklärt den Begriff Organisation als ein (sich)Zusammenschließen zur Durchsetzung bestimmter Interessen und Zielsetzungen. (vgl. Duden 2012c)

„Wenn mit Organisation allgemein ein geplanter, dauerhafter und zielorientierter Handlungszusammenhang von Personen und Gruppen bezeichnet wird, dann ist es für Arbeitsorganisationen kennzeichnend, dass dieser Handlungszusammenhang nach den Prinzipien der Arbeitsteilung und Wirtschaftlichkeit geplant wird und dem Ziel der Erzeugung von Produkten oder der Bereitstellung von Dienstleistungen dient.“ (Müller-Jentsch 2003, S.40)

Aus diesen Definitionen ergeben sich kennzeichnende Merkmale der Organisation, die für die Arbeitsprozesse und Arbeitseinteilung wesentlich sind. Diese sind die Dienstübergabe als Ziel, die räumliche und zeitliche Einteilung, die Dokumentation des Pflegeverlaufs, die Einteilung im Team.

Die klientenferne Dienstübergabe und die Dienstübergabe am Patientenbett unterscheiden sich stark in der Organisation der Dienstübergabe. Die Dienstübergabe beim Patienten findet an einem anderen Ort, am Bett des Patienten statt. Die klientenferne Dienstübergabe fand daher im Schwesternzimmer ohne Zugang für Dritte. Aber nicht nur die räumliche Einteilung, auch die Dokumentation unterscheidet sich von der Dokumentation der klientenferne Dienstübergabe. Bei der Dienstübergabe wird eine neue Form der Dokumentation verwendet, Detailinformationen sowie Fieberkurven etc. sind im Patientenzimmer nicht verfügbar. Durch die Veränderung dieser Komponenten verändern sich auch die Prozesse und in der Folge auch die Zeitparameter der Dienstübergabe.

Aufgrund der vielen Prozessänderungen, die mit der Dienstübergabe am Patientenbett zusammenhängen, ist es notwendig, alle relevanten Prozesse gut vorzubereiten. „Da Veränderungen in der Personaleinsatz- und Arbeitszeitplanung nicht ohne überarbeitete Aufbau- und Ablauforganisation vonstatten gehen, müssen klare Verfahrensregel und Standards abgesprochen werden. Dazu gehören auch Verbesserungen in den Kommunikations- und Kooperationsprozessen.“ (Küfner, Wilhelm 2006, S.329) In dem Artikel „Hilfe bei der Arbeitslogistik“ wird betont, dass die Planung von Personaleinsatz und Arbeitsabläufen erst dann optimiert werden kann, wenn die Anforderungen, die sich aus pflegerischen Notwendigkeiten und Pflegeplan ergeben, bekannt sind. (vgl. Küfner, Wilhelm 2006, S.329)

Die Grundlage für eine effektive und zufriedenstellende Dienstübergabe bildet unter anderem die Pflegedokumentation. Die Pflegedokumentation ist von großer Bedeutung, auch bei der Dienstübergabe, denn „[...] nur durch die konzentrierte und gezielte Kombination von schriftlich dokumentierter und

mündlich geäußerter Übergabeinhalte lässt sich eine umfassende Information (..) gewährleisten.“ (Gratias 2005, S.206)

Zu den Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientenbett auf die Organisation im Team wurden für die Interviews im empirischen Teil der Arbeit folgende Detailfragen gewählt:

- Gibt es eine klare Aufteilung der Zuständigkeit? (z. B. Außendienstregelung, d.h. wer ist bei Störungen oder Notfällen zuständig?)
- Welche Veränderungen in der Dokumentation, Dauer der Übergabe, räumliche Abwicklung der Dienstübergabe hat die Umstellung gebracht?
- Wie sah die Vorbereitung auf die Arbeitsumstellung aus? (Schulungen, Seminare)

3.3.2 Kommunikation

Duden definiert Kommunikation als „Verständigung untereinander; zwischenmenschlicher Verkehr besonders mithilfe von Sprache, Zeichen“ (Duden 2012a)

Unter Kommunikation verstehen Bühlmann und Stauffer eine Interaktion zwischen zwei oder mehreren Menschen. Dabei findet Kommunikation auf der verbalen, der nonverbalen, der kinästhetischen oder auf allen Ebenen gleichzeitig statt. (vgl. Bühlmann, Stauffer 2001, S. 202)

„Kommunikation ist ein menschliches Grundbedürfnis und subjektiv für Lebensqualität von entscheidender Bedeutung. Sie ist eine wesentliche Bedingung für soziale Partizipation und Selbstbestimmung und zudem eine wichtige Grundlage jeder Entwicklung.“ (Wilken 2002, S.1)

„Der zentrale Prozess bei der Kommunikation ist die Umwandlung persönlicher Gedanken und Gefühle in Symbole, Zeichen oder Wörter, die andere erkennen und wieder in Vorstellungen und Ideen zurückwandeln können. Vier Kommunikationssysteme transportieren unsere Botschaften: die natürliche

Sprache, künstliche Sprachen, visuelle Kommunikation und nonverbale Kommunikation.“ (Zimbardo 1995, S.386)

Hausmann beschreibt in seinem Buch „Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe“ die Bedeutung des Aspektes Kommunikation als ein wesentliches Element der Pflege. Es gibt keine Pflegehandlung, die nicht zugleich eine kommunikative Handlung wäre. (Hausmann 2009, S.171)

Nachdem die Dienstübergabe eine Form der Kommunikation ist, wirkt sich die Form der Dienstübergabe stark auf die Kommunikation im Pflorgeteam selbst und Kommunikation mit dem Patienten aus.

„Menschen sind soziale Wesen und daher auf ständigen Austausch mit anderen Menschen, Lebewesen angewiesen. Wenn man einen Raum betritt, auf andere Menschen trifft, ist man sofort mitten in einer Kommunikation. Man kann ein Gespräch anfangen oder diese Menschen ignorieren – in jedem Fall tauscht man in irgendeiner Form Informationen aus. Ob man will oder nicht, sobald man ein lebendiges Gegenüber hat, tritt man in Beziehung zueinander, bewusst oder unbewusst, willentlich oder nicht.“ (Scheiner, Knipfer 2006, S.2)

Die hohe Qualität der Kommunikation im Krankenhaus ist die Basis für den reibungslosen Ablauf der Betreuung und Pflege der Patienten. „Eine gelingende Kommunikation in allen Bereichen eines Krankenhauses ist Grundlage eines funktionierenden Miteinanders.“ (Scheiner, Knipfer 2006, S.2)

Gute Kommunikation ist auch entscheidend für die Zusammenarbeit im Pflorgeteam und dadurch wiederum für die Qualität der Dienstleistungen. Auch wenn eine Gruppe ähnliche Ziele verfolgt, geschieht dies nur bedingt freiwillig in Zusammenarbeit mit bestimmten Personen, denn das Team wird durch unzählige kommunikationsbeeinflussende Faktoren gelenkt. Es ist jedoch zu beachten, dass ein Team auch durch interpersonelle Faktoren geprägt wird, das bedeutet es liegt an jedem Gruppenmitglied selbst, das Team positiv zu beeinflussen. Um für sich selbst Verantwortung zu übernehmen muss sich jeder über sein eigenes Sein, seinen Ausdruck und seine Wirkung bewusst sein. (vgl. Scheiner, Knipfer 2006, S.5ff)

Eine der Aufgaben des Pflegepersonals ist es, die Patienten zu aktiver Teilnahme am Gespräch während der pflegerischen Dienstübergabe zu motivieren. Bei der klassischen Form der Dienstübergabe findet diese ohne Beteiligung des Patienten statt, bei der Dienstübergabe am Patientenbett wiederum ist eine aktive Teilnahme des Patienten sehr wichtig. Für viele Patienten ist die Dienstübergabe am Bett neu, und sie müssen zuerst ermutigt werden, an der Dienstübergabe aktiv teilzunehmen. „Die ‚Kunst‘ dieser Berichterstattung ist, die Patienten im richtigen Maß miteinzubeziehen, indem man sie mit Namen anspricht, direkt fragt und ihrerseits Fragen zulässt. Nicht „über ihn reden“, sondern „mit ihm reden“!“(Hervorhebung im Original, M.M.) (Mooshuber, 1996, S.69)

Generell bringt die Dienstübergabe am Patientenbett ganz neue Anforderungen auf die Kommunikation mit sich. Durch die Teilnahme des Patienten wird die Kommunikation um einen zusätzlichen Beteiligten erweitert und dadurch wird sie komplexer. So gewinnt die Kommunikation während der Dienstübergabe noch mehr an Bedeutung. Es ist daher notwendig mit der Kommunikation während der Dienstübergabe bewusster umzugehen und viele Regeln zu beachten.

Scheiner und Knipfer geben in ihrem Artikel „Miteinander reden: Wege zu einer gelingenden Kommunikation in der Pflege“ (2006) Tipps für eine gelungene Kommunikation innerhalb des Pflegeteams und mit den Patienten, wie während der Kommunikation „echt zu sein“, Fassadenhaftigkeit vermeiden (Sachverhalte nicht verkomplizieren), authentisch sein (Offenheit), Selbstwertgefühl des andere fördern und nicht mindern, auf Objektivität achten, beide Seiten beleuchten, aktiv zuhören und Feedback geben, positive Leistung besonders hervorheben, um diese zu verstärken, Stresssituationen berücksichtigen und Ängste abbauen. (vgl. Scheiner, Knipfer 2006, S.8)

Einer der großen Unterschiede in der Kommunikation gegenüber der klientenferne Dienstübergabe ist die Tatsache, dass diese großteils in Anwesenheit vom Patienten bzw. dritten Personen stattfindet. Die Dienstübergabe am Patientenbett stellt höhere Anforderungen an die

Kommunikationsfähigkeiten des Pflergeteams, ein wichtiges Thema ist der Umfang mit persönlichen und vor allem sensiblen Daten. Longerich definiert die Kommunikation als „das Zugänglichmachen von persönlichen Daten, beispielsweise indem man jemandem erlaubt, seine Daten einzusehen.“ (Longerich 2011, S.11) Bei persönlichen Daten über die Gesundheit und den Zustand der Patienten handelt es sich um die Privatsphäre der Patienten. Longerich definiert die Privatsphäre als „alle persönlichen Angelegenheiten, von der nur ausgewählte Personen Kenntnis haben“ (Longerich 2011, S.11) Persönliche Daten werden nach ihm als „alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare Person beziehen“ (Longerich 2011, S.11) definiert. Sensible Daten sind demgemäß „persönliche Daten über religiöse oder politische Meinungen oder Aktivitäten; über die Gesundheit, die Intimsphäre oder die Zugehörigkeit zu einer Ethnie; über Sozialhilfe-Maßnahmen und strafrechtliche oder administrative Sanktionen.“ Und weiter, die „Schweigepflicht hat zum Zweck, die Privatsphäre des Patienten, aber auch das Gesundheitspersonal zu schützen. Letzteres soll sich nämlich völlig frei fühlen können, über ein anvertrautes Geheimnis stillschweigen zu bewahren. Denn es kann seine Arbeit nur dann richtig tun, wenn der Patient oder Klient nicht Angst haben muss, ihm intime Informationen zu geben. Die Schweigepflicht bezieht sich auf die Fakten und Dokumente und beinhaltet das Berufsgeheimnis.“ (Longerich 2011, S.11)

Die Dienstübergabe in der Öffentlichkeit und Umgang mit sensiblen Daten bringen für das Pflegepersonal viele neue Aspekte und Fragen. Wieweit kann ich während des Gespräches am Bett alle gesundheitlichen Themen besprechen? Was ist zumutbar? Welche Themen dürfen auf keinen Fall besprochen werden, wie und wo werden sensible Themen besprochen und viele andere Fragen müssen geklärt werden.

Daraus ergibt sich die Problematik des Datenschutzes, vor allem des Umgangs mit sensiblen Daten bzw. persönlichen Meinungen. Darunter verstehen sich einerseits sensible gesundheitliche Daten des Patienten bzw. Daten, die direkt seine Intimsphäre betreffen. Andererseits handelt es sich hier um

gesundheitliche und therapiebezogenen Daten, die dem Patienten noch nicht bekannt sind. Für das Pflegeteam ist es auch wichtig, persönliche Gefühle bzw. Ansichten untereinander austauschen zu können. Alle diese Themen können nicht am Patientenbett besprochen werden, sind jedoch für die pflegerische Dienstübergabe sehr wichtig. Im Ablauf der Dienstübergabe am Patientenbett werden die sensiblen Daten am Gang vor dem Patientenzimmer besprochen oder in einer kurzen Nachbesprechung im Schwesternzimmer.

„Neben rein sachlicher Kommunikation ist auch der Austausch persönlicher Meinungen über dienstliche Belange von Bedeutung für das Pflegepersonal. Dieser Austausch bietet die Gelegenheit, ansonst tabuisierte Gefühle, wie Angst, Ekel und Abneigung, auszusprechen und gemeinsam zu verarbeiten. Es stärkt das Gemeinschaftsgefühl.“ (Türk 2000, S.14)

Um die Erkenntnis zu gewinnen, wie sich die Dienstübergabe auf die Kommunikation innerhalb des Pflegeteams und zu den Patienten auswirkt, wurden für die Interviews im empirischen Teil der Arbeit folgende Detailfragen entwickelt:

- Wie wird mit Diskussionen, Entscheidungsfindungen und Zielvereinbarungen umgegangen?
- Hat die Übergabe Einfluss auf die Vollständigkeit der Informationen?
- Wie wirkt sich die Dienstübergabe am Patientenbett auf den Umgang mit sensiblen Themen bzw. Informationen aus?
- Wie verändert sich die Informationsweitergabe? (Fokus auf das Fachgebiet, patientenorientiert)
- Welchen Einfluss hat die Dienstübergabe am Patientenbett auf den Umgangston im Team und zu den Patienten?

3.3.3 Motivation

Duden definiert Motivation wie folgt: „Gesamtheit der Beweggründe, Einflüsse, die eine Entscheidung, Handlung o.Ä. beeinflussen, zu einer Handlungsweise anregen.“ (Duden 2012b)

Eisermann versteht unter Motivation sowohl die Motivation des einzelnen Beschäftigten, als auch das Motivierungspotential der Arbeitssituation und der Arbeitsumgebung. Er weist in seiner Erklärung auf die Beweggründe, die das Handeln eines Menschen bestimmen, hin, diese können Antrieb zur Befriedigung physiologischer Bedürfnisse wie z.B. Hunger und Durst sein. Aber auch das Streben, sozialen Anschluss herzustellen und zu bewahren sowie das Streben, seine eigene Leistungsfähigkeit sich selbst und anderen unter Beweis zu stellen, können Ursache für menschliches Handeln sein. (vgl. Eisermann 2009, S.2)

Hasselhorn und Gold verstehen unter Motivation die Bereitschaft einer Person, sich intensiv und anhaltend mit einem Gegenstand auseinander zu setzen. Dadurch kann Motivation als Prozess aufgefasst werden, in dessen Verlauf zwischen Handlungsalternativen ausgewählt werden kann. Das Handeln wird dabei auf ausgewählte Ziele ausgerichtet. (vgl. Hasselhorn, Gold 2009, S.103)

In „Personalmanagement Führung Organisation“ schreiben Kasper und Mayrhofer (2009), dass sich das Erleben und die Aktivität von Menschen aus vielen Komponenten zusammen setzen: Handlungen, Gedanken, unbewusste Impulse, usw. Motivation ist der Teil aus diesem Bündel von Erlebens- und Aktivitätselementen, der sich auf Form, Richtung und Intensität und Dauer des Verhaltens bezieht. (Kasper, Mayrhofer 2009, S.97)

Die Bedürfnispyramide des Arbeitspsychologen Maslow (Abb. 1) zeigt, dass das Bedürfnis nach Sicherheit an zweiter Stelle steht, zu dieser werden die Arbeitsplatzsicherheit und die finanzielle Absicherung gezählt. Davor kommen nur physiologische Grundbedürfnisse. Wenn diese ersten Bedürfnisse gestillt sind, kommen neue hinzu: Bedürfnisse nach Zugehörigkeit, Wertschätzung und Selbstverwirklichung. Zu dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit werden zum einen

soziale Kontakte, sowie offene Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten gezählt. Das Bedürfnis nach Wertschätzung wird von dem Streben nach Lob und konstruktiver Kritik geprägt. (vgl. Praschelik 2001, S.790)

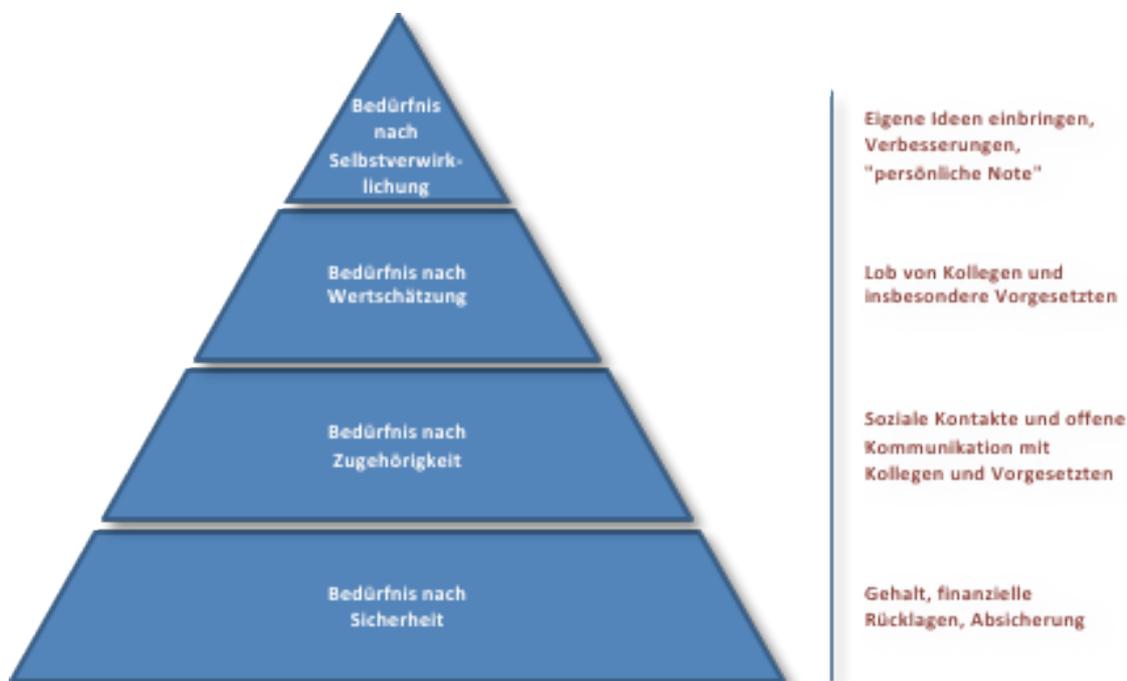


Abbildung 1 Bedürfnispyramide nach Maslow (In: Praschelik 2001, S. 791)

Praschelik erklärt, dass die Erfüllung des Bedürfnisses nach Selbstverwirklichung durch mehr Abwechslung und interessante Herausforderungen befriedigt wird, so wird das Interesse am Beruf neu geweckt. Die persönliche Note wird von ihr als ein wichtiger Bestandteil in der Motivation von Pflegenden hervorgehoben. Die Gründe dafür sind die Bestärkung des Mitarbeiters, eigenverantwortlich zu arbeiten und dem Pflegenden das Gefühl zu geben, erstgenommen zu werden, wenn seine Ideen angenommen und verwirklicht werden. (vgl. Praschelik 2001, S.790f)

„Motivation gehört zu einem grundsätzlichen Kulturwandel: Sechs Methoden wirken auf die Veränderung der sinnstiftenden Motivationskultur ein: Vorbild sein, Zeichen setzen, Rituale verändern, Strukturen und Führungsprozesse überprüfen, Entwicklungsprozesse aktiv gestalten und Mehrheiten schaffen.“ (Praschelik 2001, S.791) Praschelik sieht die entsprechende Motivation der

Mitarbeiter für ihre langzeitige Bindung als entscheidend: „Um qualifizierte Mitarbeiter auf Dauer zu gewinnen, müssen sie entsprechend motiviert werden.“ (Praschelik 2001, S.790)

Dieminger kommt in ihrer Arbeit zu dem Thema „Was wirkt motivierend auf Krankenpflegepersonen bei ihrer Tätigkeit in der Altenpflege?“ (1997) zu dem Ergebnis, dass gute Zusammenarbeit und Akzeptanz im Team von gesamten Pflegepersonal als motivierend bzw. teilweise motivierend eingestuft werden. Auch das Besprechen von Problemen innerhalb des Pflorgeteams wirkt motivierend. Dieminger stellt fest, dass es für die Befragten zwei beinahe gleichwertige Interessen gibt: einerseits der Wunsch im Rahmen der eigenen Qualifikation selbständig arbeiten zu können (30,8% der Befragten) und andererseits der Wunsch nach Gemeinschaft – Eingliederung und Akzeptanz im Team (34,6%).(vgl. Dieminger 1997, S. 3)

Durch eine optimierte Dienstübergabe wird die Patientensicherheit verbessert, die Zufriedenheit der Pflegenden in ihrem Arbeitsfeld und die Motivation gesteigert sowie die Teamarbeit gefördert. (vgl. Gratias 2005, S.206)

Die Motivation der Pflegekräfte wird maßgeblich von der Einschätzung der Pflegekräfte zu den ersten zwei Themenaspekten bestimmt sein. Um weitere Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientenbett auf die Motivation feststellen zu können, wurden für die Interviews im empirischen Teil der Arbeit folgende Detailfragen formuliert:

- Wie hat sich der Arbeitsstil nach der Umstellung der Übergabe verändert? (Umgang zu den Kollegen, Zusammenarbeit)
- Inwieweit hat sich das Betriebsklima geändert?
- Wie ist das Feedback von den Patienten? (positiv, Kritik, Anerkennung)

4 Evaluation

Um die Forschungsfragen zu beantworten, bedient sich diese Arbeit der Methoden der Evaluationsforschung. In „Lexikon zur Soziologie“ wird Evaluationsforschung als wissenschaftliche Begleitung und Bewertung von wissenschaftlich-praktischen Projekten definiert. (Wienhold 1978 S.213)

Diekmann (2001, S.33f) beschreibt das Ziel einer Evaluationsstudie als die Ermittlung der Wirksamkeit oder Unwirksamkeit praktisch-politischer oder sozialplanerischer Maßnahmen bezüglich eines oder mehrerer Erfolgskriterien. Darüber hinaus erwähnt er die Wichtigkeit der Abschätzung der unbeabsichtigten positiven oder negativen Nebenwirkungen einer Maßnahme. Untersucht wird also eine Hypothese darüber, ob und inwieweit eine Maßnahme X (bzw. ein Maßnahmebündel, ein Projekt) die sozialen Merkmale U, V, W ... beeinflusst (Diekmann 2001, S.34). Es können die formative, eine programmbegleitende, und die summative Evaluation unterschieden werden. Bei der formativen Evaluation werden in regelmäßigen Abständen Zwischenergebnisse erstellt, die dazu dienen, Abläufe abzuändern und zu verbessern, während die summative Evaluation die Wirksamkeit am Ende einer vorgegebenen Intervention beurteilt. (Vgl. Bortz, Döring. S.110)

Scholz beschreibt die summative Evaluation in ihrem Buch „Qualität für Bildungsdienstleistungen“ (2008) wie folgt: „Die summative Evaluation beginnt erst nach Abschluss der Maßnahme. Das Ziel einer derart betriebenen Evaluation ist, eine abschließende Bewertung durchzuführen. Die daraus resultierenden Antworten/Ergebnisse können dazu dienen, den Einsatz eines bestimmten Programms zu begründen oder beantworten die Frage, ob ein Programm im größeren Rahmen eingeführt werden soll. Da diese Evaluationen erst nach Abschluss des Projektes durchgeführt werden, können ihre Ergebnisse anders als bei der formativen Evaluation nicht mehr für das zu evaluierende Projekt wirksam werden, sondern nur für zukünftige Maßnahmen.“ (Scholz 2008, S.62)

Darum kann die summative Evaluation auch der Qualitätskontrolle dienen. Die Ergebnisse können für die weitere Entwicklung von dem betrachteten Programm benützt werden.

4.1 Evaluation der Dienstübergabe am Patientinnenbett

Ziel der Arbeit ist eine Evaluation der Auswirkungen der pflegerischen Dienstübergabe am Patientinnenbett auf das Pfl egeteam der gynäkologischen Station des Landeskrinikum Thermenregion Mödling. Es ist im Interesse der Pflegeleitung und des Pflegepersonals, das neueingeführte Modell der Dienstübergabe auf die Erfüllung des definierten Zieles Steigerung der Qualität der Pflegearbeit auf der untersuchten Station zu überprüfen.

Der Nutzen dieser Untersuchung liegt darin, eine zusammenfassende Beurteilung der direkten und indirekten Effekte und Vorteile des Programms zu erhalten. Die Pflegedirektion im Landeskrinikum Thermenregion Mödling ist daran interessiert zu wissen, ob die Maßnahme wirklich so erfolgreich ist wie erwartet bzw. ob die angestrebten Ziele erreicht wurden. Die durchgeführte Studie soll mögliche ergänzende Maßnahmen bzw. Veränderungen oder Verbesserungen, welche diese Form der Dienstübergabe unterstützen würden, aufzeigen.

Die Evaluation umfasst insbesondere die Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Pflegekräfte, denn nur ein gut organisiertes und motiviertes Pfl egeteam, welches in einem guten Arbeitsklima tätig ist, kann seinen Anforderungen gerecht werden.

Es handelt sich bei dieser Arbeit um eine summative Evaluation, das bedeutet eine abschließende Bewertung beziehungsweise eine Überprüfung des Erfüllungsgrades eines vollständig entwickelten Programms nach seiner Durchführung (vgl. Stockmann 2004, S.16).

Hier wird die Dienstübergabe am Patientinnenbett evaluiert und die Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf das Pfl egeteam. Die Literaturrecherche zeigt, dass die Dienstübergabe am Patientinnenbett vor

allein die Organisation der Arbeit, die Kommunikation innerhalb des Teams und mit der Patientin und in weiterer Folge die Motivation der Pflegekräfte beeinflusst. Daraus ergeben sich drei Forschungsfragen dieser Arbeit:

- Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Organisation im Pflorgeteam?
- Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Kommunikation der Pflegekräfte untereinander und mit den Patientinnen?
- Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Motivation der Pflegekräfte?

Für die Evaluation wurde die gynäkologische Station des Landesklinikum Thermenregion Baden – Mödling gewählt. Diese Station bietet sich für die geplante Evaluation gut an, die Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett wurde im Frühjahr 2009 durchgeführt und die Pflegekräfte konnten seitdem Erfahrungen mit der Dienstübergabe am Patientinnenbett sammeln. Gleichzeitig waren alle befragten Personen auf der Station bereits vor der Umstellung tätig und haben die Veränderungen gegenüber der klientenfernen Form der Dienstübergabe persönlich erlebt.

4.2 Begründung der Methodenwahl

Auf Grund der kleinen Anzahl an Teilnehmerinnen und auf Grund der Art der Fragestellung wurden leitfadenorientierte Interviews als Methode gewählt. Diese Form der Datenerhebung wurde gewählt, da sie einige Vorteile gegenüber einem schriftlichen Fragebogen bietet. Ein persönliches Interview ermöglicht Verständnisfragen, Spontaneität bei der Beantwortung der Fragen, Interviewsituation und Zielperson sind direkt erfassbar. Das Interview bietet außerdem Möglichkeiten bei unklaren Antworten nachzufragen und die emotionalen Reaktionen der Befragten wahrzunehmen. Die Auswahl der Interviewpartner/innen hängt von deren freiwilliger Beteiligung ab.

4.3 Methodik der Datenerhebung und -erfassung

Für die Datenerhebung wurde die mündliche Befragung, das Interview gewählt. Bei den Einzelinterviews handelt es sich um eine offene, teilstandardisierte Befragung. Ziel dabei ist es, die Sicht der involvierten Pflegekräfte zu ermitteln und aus ihrer Perspektive ein möglichst weitgefächertes und differenziertes Bild der aktuellen Situation der Dienstübergabe am Patientinnenbett zu erhalten. Mit den Interviews sollen dabei Themen aus dem Erfahrungsbereich der Pflegekräfte generiert werden.

Es wurden halbstrukturierte Interviews geführt, das bedeutet, es wurde mit der Erstellung eines Leitfadens, welcher eine unterstützende Rolle bei den Gesprächen innehatte, begonnen (Mayring 2002, S.67). Damit das Interview gut verläuft und um ein Steckenbleiben der Unterhaltung zu verhindern, wurden im Vorfeld Anmerkungen zum Gesprächseinstieg und Phrasen notiert. Es wurde darauf geachtet, dass nur offene Fragen verwendet werden. So können allgemeine Informationen gewonnen, die Thematik vertieft und Aspekte herausgearbeitet werden, die vorher eventuell nicht bedacht wurden.

5 Durchführung der empirischen Erhebung: Interviews

Um eine möglichst hohe Objektivität der Interviews zu gewährleisten, wurde darauf geachtet, dass mögliche Verfälschungen durch den Interviewer minimalisiert werden. Mögliche Fehlerquellen wie die Anwesenheit Dritter, unpassendes Umfeld des Interviews, Kommentierung der Antworten etc. wurden vermieden. Als Unterstützung für die Interviews wurde ein Leitfaden erstellt, dadurch wurde auch die Struktur des Interviews vorgegeben.

5.1 Erstellung des Leitfadens

Die Struktur des Leitfadens (siehe Anhang) hat sich aus den drei Forschungsfragen ergeben, der den Leitfaden und in weiterer Folge dann auch die Interviews klar gliedert:

- Einstiegsfrage
- Themenbereich Organisation
- Themenbereich Kommunikation
- Themenbereich Motivation
- Allgemeine Fragen
- Gesprächabschluss

Die drei Themenbereiche waren in einzelne Fragen aufgeteilt, für weitere Klärung wurden detailliertere Fragen gestellt.

Im Gesprächabschluss erhielten die befragten Personen noch einmal die Möglichkeit, ergänzende bzw. spontane Informationen zum Thema mitzuteilen.

5.2 Auswahl der Interviewpartnerinnen und Ablauf

Nach einem ausführlichen Gespräch mit der Stationsleitung habe ich alle Pflegekräfte der Station persönlich angeschrieben, mit einer kurzen Beschreibung meiner Studie und Bitte um Unterstützung. Die konkreten

Termine der Befragung wurden mit Hilfe der Stationsleitung organisiert. Von den insgesamt zehn Pflegepersonen der untersuchten Station waren fünf bereit, an der Befragung teilzunehmen.

Der Zeitpunkt der Interviews wurde mit der Stationsleitung festgelegt, diese hat an das Pflegepersonal eine Kurzinformation über den Zweck und die Durchführung der Interviews weitergegeben. Auf der Station wurde ein Raum für die ungestörte Durchführung der Interviews zur Verfügung gestellt.

Um eine möglichst entspannte Atmosphäre zu schaffen, wurden Kaffee und Wasser angeboten und der Zweck der Interviews kurz erläutert. Als Gesprächseinleitung gibt es den „informed consent“. Das bedeutet, dass die Interviewpartnerinnen zu Beginn Informationen bekommen, zu welchem Zweck das Interview dient, dass alle Daten streng vertraulich behandelt werden sowie ein Hinweis auf die Tonaufnahme während des Interviews.

Für die Qualität der erhobenen Daten war es wichtig, dass die befragten Personen freiwillig beim Interview mitmachen. Auf der untersuchten Station hat sich die Hälfte der Belegschaft freiwillig zu den Interviews bereit erklärt. Die Interviews wurden im Dienstzimmer der gynäkologischen Bettenstation abgehalten. Die interviewten Pflegepersonen waren zwischen 30 und 55 Jahre alt und lebten alle in einer Partnerschaft. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 25 und 40 Minuten. Damit während dem Interview keine Störungen auftreten konnten, wurde zum einen das Telefon des Dienstzimmers umgeleitet und ein „Bitte nicht stören“ Schild an die Tür gehängt. Das restliche Pflegeteam wurde informiert und konnte in der Abwesenheit der Kollegin diese vertreten.

Für die Beurteilung der Aussagen der Befragten Personen ist notwendig, eine Tatsache zu erwähnen: Leider hat sich während der Untersuchung ergeben, dass die untersuchte Station bereits 14 Tage nach den Interviews aufgelassen werden soll. Nach der Auflösung der Station wurde auch das Pflegeteam auf verschiedene Stationen verteilt. Diese Tatsache muss bei der Auswertung der erhobenen Daten als eine mögliche Quelle für leichte Antwortverzerrungen in Betracht gezogen werden.

6 Datenauswertung

Bei der Datenanalyse der geführten Interviews wurden die Forschungsfragen als Basis für die Auswertung verwendet. Als erster Schritt für die Auswertung der Interviews ist es notwendig, alle vorhandenen Daten entsprechend aufzubereiten.

6.1 Aufbereitung des Materials

Die bestehenden Audio-Dateien der Interviews wurden im ersten Schritt der Auswertung transkribiert. Unter Transkription wird die Übertragung von gesprochener Sprache in eine schriftliche Fassung verstanden (vgl. Mayring 2002, S.89).

Als Protokollierungstechnik wurde eine vereinfachte Form der kommentierten Transkription gewählt. Dies bedeutet, dass zusätzliche Informationen mit Hilfe von Sonderzeichen über das Wortprotokoll hinaus festgehalten werden. Es werden folgende Vermerke nach Kallmayer und Schütze benutzt:

.. kurze Pause

... längere Pause

(Lachen) Charakterisierung von nichtsprachlichen Vorgängen

(Kallmayer, Schütze 1976, S.6f)

Ein Beispiel:

I: Welche Empfehlungen würden Sie anderen Pflegeeinrichtungen für die Umstellung auf die pflegerische Dienstübergabe am Patientinnenbett geben?

P: Klaren Richtlinien folgen, zumindest am Anfang bis man weiß, wie es für die Station am Besten ist. ... Natürlich müssten solche Richtlinien auch vorhanden sein (Lachen).

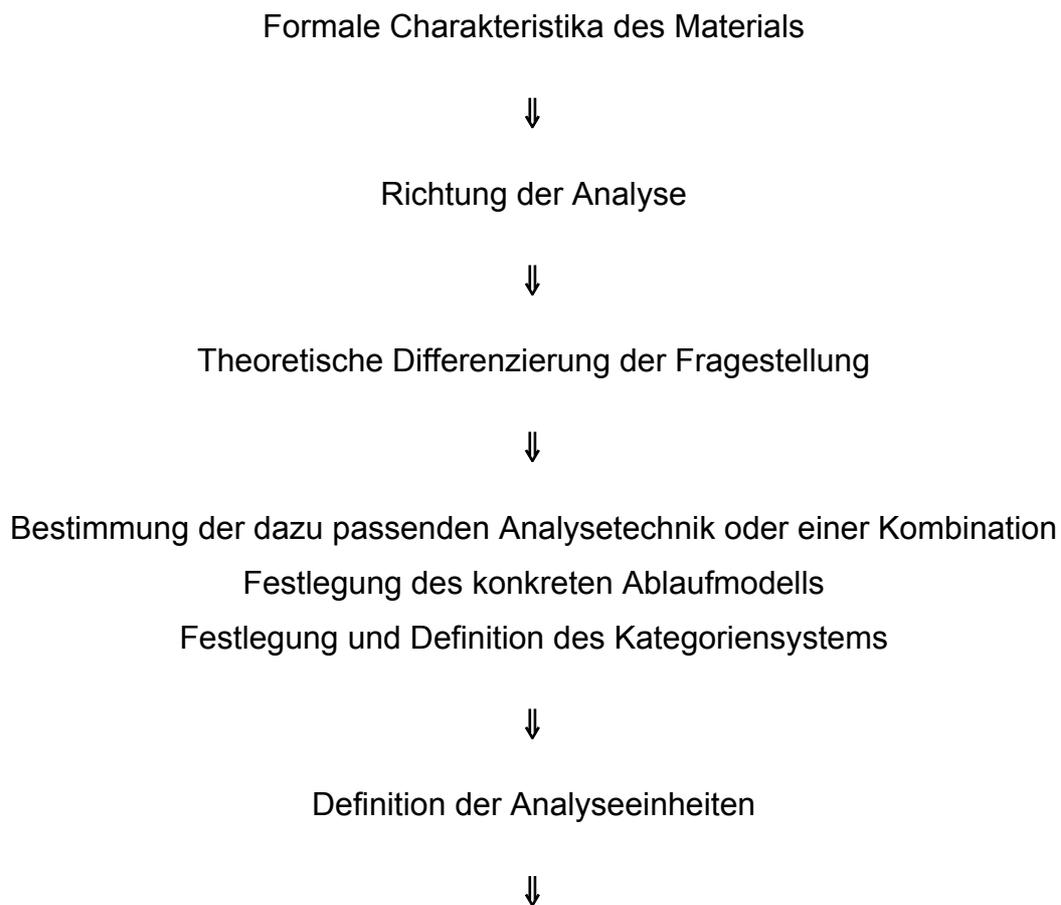
(Int. I, 133-137)

Die Abschrift erfolgte pro Interview in einem Word-Dokument mit Zeilennummerierung, um bei der Ergebnisdarstellung genaue Quellenangaben machen zu können. Das Interview wurde wortgetreu übertragen. Da die inhaltliche-thematische Ebene im Vordergrund steht, wurde der Dialekt bereinigt, Satzbaufehler wurden behoben und der Stil geglättet (vgl. Mayring 2002, S.91).

Die Transkripte wurden so für das Auswertungsverfahren vorbereitet. Als Auswertungsmethode wurde in diesem Fall das Verfahren nach Mayring gewählt.

6.2 Auswertungsmethode

Die Auswertung der Interviews orientiert sich an dem allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodell nach Philipp Mayring:



Analyseschritte gemäß Ablaufmodell mittels Kategoriensystem
Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material
bei Veränderungen erneuter Materialdurchlauf



Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der
Fragestellung

(vgl Mayring 2010, S.60)

Nach der Transkription wird die Frage „was man eigentlich daraus herausinterpretieren möchte?“ mit einer klaren Bestimmung der Richtung der Analyse beantwortet.

Mayring erklärt die theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung folgendermaßen: „Die Fragestellung der Analyse muss vorab genau geklärt sein, theoretisch an die bisherige Forschung über den Gegenstand angebunden und in aller Regel in Unterfragestellungen differenziert werden.“ (Mayring 2010, S.58)

Während der Analyse wurden als Basis die drei zentralen Forschungsfragen verwendet:

- „Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe bei den Patientinnen auf die Organisation im Pflorgeteam?“
- „Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe bei den Patientinnen auf die Kommunikation der Pflegekräfte untereinander und mit den Patientinnen?“
- „Welche Auswirkungen hat die Dienstübergabe bei den Patientinnen auf die Motivation der Pflegekräfte?“

In einem nächsten Schritt wurden die Transkripte zusammengefasst, um das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Das Ziel ist, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer

noch Abbild des Grundmaterials ist (vgl. Mayring 2010, S.65). Es werden die im Leitfaden festgelegten Themenkomplexe herausgefiltert und als Kategorien betrachtet.

Um das Material zu reduzieren, gibt Mayring in seinem Buch „Qualitative Inhaltsanalyse“ (2010 S.70) vier Regeln an:

- Paraphrasierung
- Generalisierung
- Erste Reduktion
- Zweite Reduktion

(Mayring 2010 S.70)

Alle Auswertungsschritte werden in einer Tabelle niedergeschrieben. Auf diese Weise ist der Ablauf gut nachvollziehbar.

6.2.1 Paraphrasierung

Die Transkripte werden nach Kodiereinheiten überprüft und in knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben. Dabei werden die nicht inhaltstragenden Textbestandteile fallen gelassen (vgl. Mayring 2010, S.69). Mayring empfiehlt folgende Vorgangsweise:

- Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
- Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
- Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

(Mayring 2010, S.70)

Folgende Beispiele zeigen die Paraphrasierung von den Originalaussagen der Interviews.

„Es hat zwar eine Zeitlang gedauert. . . Die Anlaufzeit war hart und steinig, wie alles Neue. Aber nun läuft es tadellos. Es ist einfach in Routine übergegangen.“ (Int. II, 84-86)

„Ich glaube, . . das ist mit dem Verlauf bzw. je länger das wir das jetzt schon so durchführen, wir schon diese Gefühl haben. Das gehört wirklich zum Patienten und alles andere gehört nicht daher.“ (Int. III, 27-29)

„Man muss abschätzen, was darf der Patient hören und was nicht. Das haben wir erst mit der Zeit herausgefunden.“ (Int. III, 67-68)

„Wir haben uns die Feinheiten mit der Zeit selbst ausgemacht. Also was nun wo gesagt wird und wie es genau abläuft, haben wir erst mit der Zeit und nach jeder Übergabe verändert bis wir irgendwann die Routine gehabt haben und es als selbstverständlich angesehen haben.“ (Int. IV, 66-69)

Tabelle 1: Beispiel für die Paraphrasierung

Interv iew	Zeilenu mmer	Paraphrase
II	84	Anfangsphase war hart, wie alles Neue, aber nun in den routinierten Ablauf übergegangen
III	27	Durch die Praxis mehr Erfahrung, welche Informationen beim Patienten ausgetauscht werden können
III	67	Der Umgang mit sensiblen Informationen wurde erst mit der Zeit klarer
IV	66	Ablauf der Übergabe mit der Zeit erarbeitet

6.2.2 Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

In diesem Schritt werden die Paraphrasen auf ein Abstraktionsniveau verallgemeinert. Mayring empfiehlt folgende Vorgangsweise:

- Generalisierung der Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Belasse die Paraphrasen, die über dem Abstraktionsniveau liegen!
- Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

(Mayring 2010, S.70)

Das folgende Beispiel zeigt den Schritt von der Paraphrasierung zur Generalisierung basierend auf den durchgeführten Interviews.

Tabelle 2: Beispiel für Generalisierung

Interview	Zeilennummer	Paraphrase	Generalisierung
II	84	Anfangsphase war hart, wie alles Neue, aber nun in den routinierten Ablauf übergegangen	Nach schwerer Anfangsphase , routinierter Prozessablauf
III	27	Durch die Praxis mehr Erfahrung, welche Informationen beim Patienten ausgetauscht werden können	Zusätzliche Erkenntnisse durch Praxis
III	67	Der Umgang mit sensiblen Informationen wurde erst mit der Zeit klarer	Der Umgang mit sensiblen Informationen wurde erst mit der Zeit klarer
IV	66	Ablauf der Übergabe mit der Zeit erarbeitet	Erfahrung durch Praxis

6.2.3 Erste Reduktion

Da teilweise inhaltsgleiche Paraphrasen entstehen, folgt eine Selektion bzw. eine Streichung dieser und eine Integration im Kategoriensystem (vgl. Mayring 2010, S.69).

- Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
- Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtete werden (Selektion)!
- Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe

(Mayring 2010, S.70)

Das folgende Beispiel zeigt die Reduktion anhand der Paraphrasen und deren Generalisierung.

Tabelle 3: Beispiel für Reduktion

Interview	Zeilennummer	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
II	84	Anfangsphase war hart, wie alles Neue, aber nun in den routinierten Ablauf übergegangen	Nach schwerer Anfangsphase , routinierter Prozessablauf	Erkenntnisse durch Praxis
III	27	Durch die Praxis mehr Erfahrung, welche Informationen beim Patienten ausgetauscht werden können	Zusätzliche Erkenntnisse durch Praxis	

III	67	Der Umgang mit sensiblen Informationen wurde erst mit der Zeit klarer	Der Umgang mit sensiblen Informationen wurde erst mit der Zeit klarer	
IV	66	Ablauf der Übergabe mit der Zeit erarbeitet	Erfahrung durch Praxis	

6.2.4 Zweite Reduktion

Für die qualitative Inhaltsanalyse ist eine zweite Vorgehensweise der Reduktion sehr fruchtbar. Hier werden sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben. (vgl. Mayring 2010, S.69)

- Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
- Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!
- Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!
- Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

(Mayring 2010, S. 70)

Im nächsten Schritt werden die Ergebnisse zusammengestellt, aufbereitet und anschaulich gemacht und vor dem Hintergrund bestehender Ergebnisse diskutiert.

7 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse der Untersuchung dargestellt. Es werden zunächst die Kategorien der zweiten Reduktion tabellarisch dargestellt. Anhand von konkreten Beispielen und Zitaten aus den Interviews werden die Erfahrungen der Befragten erläutert.

Es konnten insgesamt 13 Kategorien gebildet werden. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die gewonnenen Kategorien.

Tabelle 4: Kategoriensystem

1	Diensteinteilung und Zuständigkeiten
2	Zeitliche Einteilung und Dauer der Dienstübergabe
3	Qualität der Informationen
4	Veränderung der Dokumentation
5	Erkenntnisse durch Praxis
6	Veränderung der Kommunikation im Team
7	Einfluss der Anwesenheit der Patientin
8	Umgang mit sensiblen Informationen
9	Betriebsklima des Pflegeteams
10	Feedback der Patientin
11	Image der Profession Pflege
12	Arbeitsstil des Pflegeteams
13	Durchführung der Umstellung

7.1 Kategorie 1: Diensterteilung und Zuständigkeiten

Die Interviews zeigen, dass es auf der Station eine klare Regelung für die Zuständigkeit bei Störungen gibt, jedoch kann diese in der Praxis nicht immer genau eingehalten werden.

„Wir sind zwar in Haupt- und Beidienst eingeteilt, aber im Endeffekt macht es eigentlich irgendwer.“ (Int. IV, 11-12).

„Einmal läuft der, einmal der. Und der gibt dann die ganzen Informationen zum Hauptdienst weiter.“ (Int. V, 19-20)

Die Nachtschicht ist die einzige Pflegeperson, die sich während der Dienstübergabe nicht um Störungen kümmert, da sie den Schichtwechsel leitet und das Übergabegespräch führt.

„Die Nachtschwester übergibt dem Hauptdienst die Station und die machen sich dann Notizen.“ (Int. II, 15-16).

7.2 Kategorie 2: Zeitliche Einteilung und Dauer der Dienstübergabe

Auf die Frage nach dem Einfluss der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Zeiteinteilung zeigten sich die Pflegepersonen unterschiedlicher Meinung. Einige empfinden die Dienstübergabe am Patientinnenbett als zeitlich aufwendiger als die Dienstübergabe im Schwesternzimmer, einige empfinden genau das Gegenteil. Der Vergleich der Dauer der beiden Formen der Dienstübergabe ist nicht einfach, da sich beide Formen unter anderem qualitativ unterscheiden.

„Die Dauer ist teilweise sogar kürzer. Wir haben zwar gerechnet, dass es länger dauert, aber dadurch dass wir nun nur das Wichtige von dem Patienten sagen und viel schon sehen, ist es kürzer.“ (Int. I, 29-31)

„Also wenn die Station komplett ist und viele Neue da sind, dann ist das schon sehr aufwendig, auch bei frisch Operierten muss man schon genauer ins Detail gehen.“ (Int. II, 26-28)

„ ... da hat sich nichts verändert ... ich würde sagen, dass dies gleichgeblieben ist. Es war einfach nur eine Arbeitsumstellung, sonst nichts.“ (Int. III, 24-25)

Ein weiteres Thema ist der Einfluss der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf den Zeitpunkt der Dienstübergabe. Es hat sich herausgestellt, dass diese Form der Dienstübergabe nur in der Früh empfehlenswert ist. Das hat vor allem organisatorische Gründe, abends sind viele Besucher/innen auf der Station und unter anderem sind dadurch auch viele Patientinnen nicht in ihren Zimmern anwesend. Aufgrund dieser Tatsache wurde dann die Dienstübergabe am Bett nur in der Früh durchgeführt.

„Wir haben es dann ein Monat lang probiert, dass wir es in der Früh und am Abend gemacht haben, und sind draufgekommen, dass es am Abend bei uns nicht funktioniert. Zum einem sind zu viele Besucher da und zum anderen sind die Patienten sowieso nicht im Zimmer anwesend.“ (Int. I, 48-50)

„Am Abend haben wir es auch probiert. Nur am Abend haben wir immer so viele Besucher auf der Station und da haben die Patienten wieder geglaubt, dass wir die Visite sind. (...) Das haben wir dann eingestellt.“ (Int. V, 36-40)

7.3 Kategorie 3: Qualität der Informationen

Da die Pflegepersonen betreffend der zu übergebenden Informationen unterschiedliche Auffassungen haben, beziehungsweise diese immer wieder variiert, ist es nicht einfach, zur Qualität der Informationen eine eindeutige Aussage zu erhalten. Die diensthabende Pflegeperson der Nachtschicht ist für den Inhalt und der Qualität der weitergegebenen Informationen verantwortlich.

„Es kommt immer auf die Kollegin drauf an. ... Manche sagen nur die Operation und welcher Tag und manche erzählen fast alles, da muss man dann das Wesentliche rausfiltern. Oder halt nachlesen, wenn es für einen zu wenig Informationen sind.“ (Int. V, 60-63)

„Naja, man bekommt die Informationen, die der Nachtdienst für relevant betrachtet. Bei manchen ist das dann genauer und manche übergeben nur kurz.“ (Int. III, 63-65)

Weiters hat sich mit der Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett auch die verwendete Dokumentation verändert. Einige Unterlagen wurden nach der Umstellung nicht mehr verwendet.

„Man muss schon auf die Genauigkeit, Details achten und sagen. Der Nachtdienst muss sich alles auf einem Zettel vorbereiten und auch so, dass die Kollegin dann mitschreibt. So im Dienstzimmer hab ich die Mappe aufgemacht und habe einen Überblick gesehen so-so-so-so. Der Patient konnte aber da halt nicht mitreden – und da war es nur die Sicht von mir.“ (Int. II, 68-72)

Der Informationsaustausch hat sich mit der Dienstübergabe am Patientinnenbett zwar verändert, aber die Qualität der Informationen ist nach wie vor sehr vom Pflorgeteam abhängig. Eine wichtige Rolle dafür spielt auch die räumliche Situation auf der Station während der Dienstübergabe.

„Der hat sich schon ein bisschen zum Positiven verändert. Man sagt die Informationen einfach genauer, man muss sich kurz halten. Das wird allerdings genauer übergeben.“ (Int. I, 67-69)

„Er ist schon sehr vom Pflorgeteam abhängig, aber es ist halt einfach schwer zu reden bzw. Informationen auszutauschen, da ja gleich wieder ein Patient wo zuhört, jeder lauscht wo, alle praktisch hören mit.“ (Int. II, 50-52)

7.4 Kategorie 4: Veränderung der Dokumentation

Die Dokumentation hat sich mit der Umstellung der Dienstübergabe auch verändert. Die Pflegenden verwendeten während der klassischen Dienstübergabe die Informationen aus den Kurven. Während der Dienstübergabe am Patientinnenbett wird als Hauptdokumentation der Bettenspiegel verwendet, die Kurven sind während der Dienstübergabe nicht

mehr vorhanden. Das Pflegeteam benötigt so noch zusätzliche Informationen und Daten über die Patientinnen, diese werden nach der Beendigung der Dienstübergabe aus der Patientendokumentation im Dienstzimmer eingeholt. Dies war zu Beginn der Umstellung ein hinderlicher Faktor.

„Wir hatten früher Kurven, also im Dienstzimmer und dabei haben wir alles auf einen Blick gesehen. Nun hat der Nachtdienst die Informationen, die er weitergibt bei sich und wir machen für uns einfach Notizen. Wenn man was braucht, muss man halt nach der Übergabe in den Kurven nachschauen.“ (Int. III, 19-22)

„Ich muss nun halt für mich relevante Notizen machen oder nachher im Dienstzimmer in die Kurven schauen.“ (Int. IV, 23-24)

„Da haben sich viele Kolleginnen mit der Umstellung sehr schwer getan, weil ihnen diese Optik gefehlt hat.“ (...) „Da haben sie im Nachhinein auch oft noch nachgelesen.“ (Int. V, 27-31)

7.5 Kategorie 5: Erkenntnisse durch Praxis

Der Ablauf und die Handhabung der Dienstübergabe am Patientinnenbett wurde erst mit der Praxis routinierter. Durch die Praxis konnten anfängliche Unklarheiten und Probleme beseitigt werden.

„Es hat zwar eine zeitlang gedauert... Die Anlaufzeit war relativ hart und steinig, wie alles Neue. Aber nun läuft es tadellos. Es ist einfach in Routine übergegangen.“ (Int. II, 84-86)

„Also was nun wo gesagt wird und wie es genau abläuft haben wir erst mit der Zeit und nach jeder Dienstübergabe verändert. Bis wir irgendwann die Routine gehabt haben und es als selbstverständlich angesehen haben.“ (Int. IV, 66-69)

7.6 Kategorie 6: Veränderungen der Kommunikation im Team

Die Interviews zeigen, dass sich der Umgangston innerhalb des Pflorgeteams durch die Dienstübergabe am Patientinnenbett verbessert hat, wobei dieser gleichzeitig stark vom Team abhängig ist. Die Dienstübergabe verläuft durch die Anwesenheit dritter professioneller und sachlicher.

„Am Patientenbett muss man sich korrekt verhalten. Im Dienstzimmer würde man dann eher ausschweifend und auch persönlicher reden.“ (Int. II, 60-62)

„Dadurch, dass man außerhalb des Dienstzimmer ist, hmm, könnte man schon sagen, dass es .. fachlicher ist, oder auch faktenbezogener ist.“ (Int. III, 58-60)

„Dadurch, dass diese persönlich Meinung wegfällt, ja. Es ist nun einfach sachlicher.“ (Int. IV, 89-90)

Durch die Kommunikation des Pflorgeteams in der Öffentlichkeit können allerdings keine persönlichen Meinungen zu einzelnen Patientinnen und ihren Problemen und Bedürfnissen weitergegeben werden. Es geht aus den Interviews hervor, dass dies ein Nachteil für die Pflegepersonen ist.

„Das persönliche Gespräch fehlt ein bisschen. Als Nachtdienst kann man nun natürlich nicht sagen, dass dieser Patient anstrengend ist, oder einfach ungut aufgefallen ist.“ (Int. V, 78-80)

„Mir persönlich fehlt einfach auch das persönliche Feedback von den anderen Schwestern.“ (Int. IV, 90-91)

7.7 Kategorie 7: Einfluss der Anwesenheit der Patientin

Als eines der wesentlichen Vorteile der Dienstübergabe am Patientinnenbett zeigt sich die Anwesenheit der Patientin bei der Dienstübergabe. Das Pflorgeteam kennt die Patientin persönlich, durch visuellen Kontakt kann es auch zusätzliche Informationen gewinnen.

„...Ich sehe den Patienten. Ich sehe jetzt, der hat einen Drain, der hat einen Katheter, der Harn ist klar oder nicht klar. Ich sehe die Verfassung des Patienten.“ (Int. I, 11-13)

„Ich finde es doch recht angenehm beim Patientenbett, weil man das Gesicht auch gleich beim Patienten dazu hat. Es ist oft so, wenn man im Hauptdienst ist, ist man ja oft nur draußen, also nur bei den Kurven und dann weiß man manchmal gar nicht wie ein Patient aussieht und so durch die Dienstübergabe weiß man dann wenigstens, wen man dann vor sich hat.“ (Int. IV, 31-35)

Die Pflegepersonen geben an, dass während der Dienstübergabe am Patientinnenbett die Patientinnen aktiv am Gespräch teilnehmen können. Das gibt ihnen die Möglichkeit, persönliche Empfindungen und Probleme mit dem Pflorgeteam zu besprechen.

„Also, dass der Patient auch mitreden kann, find ich toll“ (Int. II, 64)

„...der Patient hat auch schon mitgesprochen. Und wenn irgendetwas noch vergessen worden wäre, dann hat er uns unterstützt.“ (Int. V, 10-11)

Gleichzeitig erfahren so die Patientinnen gleich mehr über den Tagesablauf bzw. Therapien, die sie zu erwarten haben. Wenn notwendig, können Patientinnen gleich während der Dienstübergabe ergänzende Fragen stellen. Die Patientinnen fühlen sich dadurch informierter und machen einen zufriedeneren Eindruck. Durch die persönliche Anwesenheit des Pflorgeteams während der Dienstübergabe bei der Patientin kennen die Patientinnen ihre Ansprechpartner persönlich und fühlen sich besser.

„Teilweise warten die Patienten auf die Übergabe, um zu hören, was die Schwester zu sagen hat. Sie erfahren einfach auch, was an dem Tag passiert und welche Untersuchungen anstehen.“ (Int. I, 103-105)

„Sie fühlen sich informierter und einfach beteiligt. Es kommt irgendwie, wie soll ich sagen, ... es macht den Eindruck, als ob sie zufriedener sind, wenn sie das Pflorgeteam kennen.“ (Int. II, 55-57)

„Also eigentlich kann man sagen von null auf mehr. Vorher haben sie davon nichts mitbekommen, außer, dass sie während der Dienstübergabe im Zimmer keine Schwester zu Gesicht bekommen haben, und nun sehen sie uns und merken, dass wir da sind.“ (Int. IV, 83-86)

7.8 Kategorie 8: Umgang mit sensiblen Informationen

Ein wichtiger Punkt bei der Dienstübergabe am Patientinnenbett ist das Thema des Umgangs mit sensiblen Informationen und damit zusammenhängend auch die räumliche Aufteilung. Sensible Daten sind Informationen zu Krankheiten und Symptomen, welche die Patientinnen nicht in Anwesenheit Dritter besprechen möchten, Informationen, die Angst und problematische Reaktionen bei anderen Patientinnen im Zimmer hervorrufen könnten. Es wird anhand der zu besprechenden Daten entschieden, welche im Zimmer bei der Patientin und welche außerhalb des Zimmers übergeben werden.

„Ich kann ja nicht die heiklen Themen vor dem Patienten und dann auch noch in einem Mehrbettzimmer sagen. ... Es wird daher immer schon vor dem Patientenzimmer einiges erwähnt, einfach auch die Informationen, die zum Teil der Patient selber noch nicht weiß, wie zum Beispiel Diagnosen. Da muss man dann halt genau aufpassen, ob eh das Aufklärungsgespräch mit dem zuständigen Arzt stattgefunden hat.“ (Int. I, 34-40)

„Also .. Sachen wie Hepatitiserkrankungen, also irgendwelche spezielle Infektionskrankheiten sagen wir draußen, damit das nicht die anderen Leute beunruhigt.“ (Int. IV, 37-39)

Während der Dienstübergabe am Patientinnenbett wird nach Möglichkeit berücksichtigt, dass in einem Mehrbettzimmer die Patientinnen durch Weitergabe von sensiblen Informationen nicht psychisch unnötig belastet werden bzw. nicht aufgewühlt werden. Allerdings kann während der Dienstübergabe am Patientinnenbett nicht immer auf die Privatsphäre der Patientin geachtet werden kann.

„Keiner hat es gerne, wenn man im Sechs-Bettzimmer über die blutige Vorlage oder Inkontinenz redet. Sowas wird aber trotzdem im Zimmer besprochen.“ (Int. IV, 99-101)

7.9 Kategorie 9: Betriebsklima des Pflegeteams

Die Pflegepersonen der Station haben einheitlich ausgesagt, dass das Betriebsklima sowie die Zusammenarbeit im Team von der Form der Dienstübergabe unabhängig ist. Für das Arbeits- und Betriebsklima ist das Team selbst entscheidend.

„Wir waren immer ein gutes und ausgeglichenes Team. In letzter Zeit ist das halt, auf Grund der Schließung der Station nicht mehr so harmonisch.“ (Int. IV, 124-126)

„Das hat sich gar nicht verändert, zumindest nicht mit der Übergabe.“ (Int. IV, 124)

„... wir waren immer ein gutes Team, da hat es keine Unterschiede gegeben.“ (Int. V, 100-101)

Bei der Frage nach dem Einfluss der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Motivation haben die Befragten einheitlich angegeben, keine Veränderung wahrzunehmen. Die Motivation der Pflegepersonen war vom Team abhängig.

„...glaub ich nicht, dass die Übergabe einen Unterschied gemacht hat.“ (Int. II, 111-112)

„Bei uns glaube ich keine, oder zumindest für mich persönlich keine. Ich bin gerne in den Dienst gegangen, ...zumindest meistens, da unser Team einfach gut ist und die Freude an der Arbeit auch da war.“ (Int. I, 114-116)

7.10 Kategorie 10: Feedback der Patientin

In der vorliegenden Arbeit wurden die Patientinnen nicht interviewt, das Feedback von Patientinnen wurde aus den Eindrücken des Pflegepersonals gewonnen. Generell wurde ausgesagt, dass das Feedback der Patientinnen

meistens positiv war, es ist jedoch stark vom Alter und den Interessen der einzelnen Patientinnen abhängig.

„Gut, erstaunlich gut.“ (Int. I, 100)

„Es kommt ganz drauf an, also auf die Patienten. Manches Zimmer schläft, ignoriert dich, manche sind munter und es passen alle auf. Es kommt ganz auf die Patienten an. Die jungen Patienten sitzen mit dem Laptop drinnen und ignorieren dich oder mit dem Handy. Die sagen dann mit arg und weh „guten Morgen“. (Lachen) Die älteren Herrschaften nehmen dich schon wahr und reden auch mit, aber es kommt ganz auf die Patienten drauf an.“ (Int. II, 94-99)

„Ich bekomme kaum eines. Nix positives, nix negatives.“ (Int. IV, 132)

7.11 Kategorie 11: Image der Profession Pflege

Die Profession Pflege rückt durch die Dienstübergabe am Patientinnenbett mehr in den Vordergrund. Dadurch verläuft die Dienstübergabe einerseits professioneller, andererseits wird das ganze Pflorgeteam als Team wahrgenommen. Die Patientinnen erkennen den Aufgaben- und Handlungsbereich des Pflorgeteams. Die Dienstübergabe am Patientinnenbett trägt zum besseren Image des Pflegepersonals bei.

„Sie merken nun, was unser Aufgabenbereich ist und dass wir ein Team sind.“ (Int. I, 109)

„Es macht schon einen besseren Eindruck, wenn man weiß, welche Schwestern heute da sind und auch die Namen dazu kennt. Sie sehen gleich, dass man als Team auftritt und auch, dass professionell gesprochen wird und auch gezielte Arbeitsanweisungen gegeben werden.“ (Int. V, 111-114)

7.12 Kategorie 12: Arbeitsstil des Pflorgeteams

Es zeigte sich, dass die Pflegepersonen nach der Einführung der Dienstübergabe am Patientinnenbett eine leichte Veränderung im Arbeitsstil

feststellten. Als wesentliche Faktoren der Veränderung gaben die Befragten an, dass der Ablauf durch die Dienstübergabe am Patientinnenbett strukturierter geworden ist. Die Arbeitsdisziplin während der Dienstübergabe erhöht sich durch die Anwesenheit der Patientin und dritter Personen. Auch die Kommunikation verläuft sachlicher und persönliche Themen werden nicht während der Dienstübergabe besprochen.

„Er ist wohl ein bisschen strukturierter geworden. Aber ansonsten ist er gleich gut geblieben.“ (Int. I, 91-92)

„Tja, . . . dadurch, dass es nun öffentlicher ist, würde ich schon sagen, dass er sich verändert hat.“ (Int. IV, 107-108)

„Es ist sachlicher geworden, oder zumindest außerhalb des Dienstzimmers. Das private Kommentar hebt man sich dann für die Pause auf.“ (Int V, 94-95)

7.13 Kategorie 13: Durchführung der Umstellung

Aus den Interviews geht ganz klar hervor, dass die Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett auf der untersuchten Station nicht optimal vorbereitet wurde. Alle befragten Personen hätten sich mehr Informationen vor der Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett gewünscht. Auf der untersuchten Station ist die Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett von der Stationsleitung ausgegangen. Das Pflegeteam wurde durch die Stationsleitung kurz darüber informiert, dass im benachbarten Krankenhaus diese Form der Dienstübergabe eingeführt worden ist. Daraufhin wurde von der Stationsleitung entschieden, die Dienstübergabe am Patientinnenbett auch auf der untersuchten Station einzuführen. Dem Pflegeteam fehlten vor allem Informationen zu problematischen Themen sowie Umgang mit sensiblen Themen, vieles lernte das Pflegeteam erst durch Praxis.

„Die Stationsleitung war mit Job-Rotation in Baden und hat das dort gesehen und hat das für gut empfunden und wollte das auch probieren.“ (Int. V, 47-49)

„... im Prinzip hat die Stationsleitung bei einer Job-Rotation in Baden beschlossen, dass wir das auch machen und das wars.“ (Int. IV, 62-63)

Als eines der größten Probleme der Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett stellt sich die mangelnde Vorbereitung auf die Umstellung heraus. Die meisten befragten Personen bemängeln die fehlende Anweisung bzw. ein Konzept der Dienstübergabe am Patientinnenbett. Generell sprechen sie sich für die Dienstübergabe am Patientinnenbett aus, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass diese bewusst vorbereitet wird.

„Ein Konzept übernehmen oder erarbeiten. Das würde es auf jeden Fall vereinfachen.“ (Int V, 137-138)

„Es sollte zumindest ein Konzept dahinter sein.“ (Int IV, 146)

Zusätzlich zu der Tatsache, dass die Einführung der Dienstübergabe am Patientinnenbett keinesfalls optimal abgelaufen ist, kommt hinzu, dass alle Änderungen im langjährigen Prozessablauf allgemein eher skeptisch gesehen werden. Auch das Pflegeteam der untersuchten Station war der Umstellung gegenüber eher negativ eingestellt. Im Laufe der Umstellung und der Implementierung der Dienstübergabe im Dienstalltag hat sich die Meinung der Pflegepersonen geändert. Sie würden die Dienstübergabe am Patientinnenbett weiterempfehlen.

„Ich war am Anfang doch negativ eingestellt, aber nun würde ich die Übergabe am Patientenbett weiterempfehlen.“ (Int. I, 119-120)

„Ich persönlich war am Anfang gegen diese Umstellung, aber nun bin ich doch davon überzeugt.“ (Int. II, 119-120)

Es zeigte sich, dass auch immer wieder eine Verwechslung mit der Ärztevisite entstand, die wahrscheinlich durch zu geringe Information für die Patientinnen über die Dienstübergabe hervorgerufen wurde.

„Die Patienten sind teilweise verwirrt, weil sie glauben, das ist die Visite. Da muss man gleich klarstellen, dass es sich um die Dienstübergabe des Pflegepersonals handelt.“ (Int. I, 72-74)

„Es gibt so eine Infomappe und da steht das dann drinnen, wann Dienstübergabe ist. Ob sich der Patient das anschaut, weiß ich nicht. Wir haben ein pflegerisches Aufnahmegespräch und da weist jede Schwester darauf hin, dass die Mappe im Zimmer aufliegt. Ob sich der Patient das dann anschaut oder nicht .. ich weiß es nicht, alle werden es sicher nicht durchlesen.“ (Int. V, 56-60)

Das Pflorgeteam hat vor der Umstellung nur eine einseitige Mitarbeiterinformation erhalten mit der Information darüber, dass die Dienstübergabe am Patientinnenbett als qualitätssichernde Maßnahme eingeführt wird. Dieses Dokument beinhaltete jedoch keine Prozessbeschreibung bzw. andere Hinweise, wie die Dienstübergabe am Patientinnenbett genau abzulaufen hat, wie das Team mit sensiblen Daten umgehen soll: „...die Struktur und Organisation der Dienstübergabe liegt stark im Ermessen der jeweiligen Stationsleitung, die inhaltliche Gestaltung sogar im Ermessen jeder einzelnen Pflegekraft. Es gibt keinerlei Standards oder Vorgaben.“ (vgl. Landeskrankenhaus Thermenregion Mödling 2006, o.S.) Auf die Frage ob es gezielte Schulungen bzw. Seminare gab, haben die befragten Personen einheitlich verneint.

„Nein, also eigentlich gar nicht. ... Die Stationsleitung hat eben nur gesagt, wie sie es gerne haben möchte, aber eine klare bzw. offizielle Arbeitsanweisung hat es nicht gegeben.“ (Int. I, 55-57)

„Nein, nein , gar nicht! Es hat geheißen, wir beginnen, wir machen einen Versuch und aus... (...) Eine Arbeitsanweisung oder Anleitung wäre sehr hilfreich gewesen.“ (Int. II, 39-43)

„Nein, (Lachen) das hat es nicht gegeben, uns wurde gesagt, dass es so abzulaufen hat.“ (Int. V, 52-53)

*„Es wäre schon sehr wichtig gewesen, dass man eine bessere
Einschulung gehabt hätte. Es gehören klare Anweisungen, was darf ich
vor dem Patienten sagen und was nicht.“ (Int. V, 132-134)*

*„Unter besseren Anfangsbedingungen, also mit Einschulung und
strukturiertem Vorgehen würde ich die Übergabe weiterempfehlen.“ (Int.
III, 113-114)*

Aus den Befragungen geht klar hervor, dass die Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett auf der untersuchten Station schlecht vorbereitet wurde. Es gab kein klares Konzept und vor allem keine ausreichende Information und keine Einschulung der Pflegekräfte.

8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

Dieses Kapitel beantwortet die drei zentralen Forschungsfragen und stellt die wichtigsten Ergebnisse vor dem Hintergrund der Literaturrecherche zusammenfassend dar.

8.1 Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Organisation im Pflorgeteam

Wie in der Kategorie 1 "Diensteinteilung und Zuständigkeiten" dargestellt, wurde kein direkter Einfluss durch die Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Organisation erkennbar. Im Team gibt es nach wie vor eine klare Aufteilung, anfallende Aufgaben werden jedoch von Teammitgliedern erledigt, die gerade verfügbar waren bzw. Zeit hatten. Während der Dienstübergabe ist bei beiden Formen der Dienstübergabe die übergebende Schicht nicht für die Behebung von Störungen zuständig. In den recherchierten Studien und Praxisberichten wird das Thema nicht behandelt.

Zur Kategorie 2 „Zeitliche Einteilung der Dienstübergabe“ ergab die Befragung folgendes: Der Einfluss der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Dauer der Dienstübergabe wurde von den befragten Personen unterschiedlich wahrgenommen. Die Dauer der Dienstübergabe wird offensichtlich von mehreren Faktoren beeinflusst. Webster (1999) stellt in seiner Studie fest, dass die Mehrheit der Befragten genügend Zeit hatte, um alle Informationen zu übergeben. Der Praxisbericht von Hoffmann, Gottschalk (1996) ergibt, dass die Dienstübergabe am Patientenbett kürzer abläuft als die klientenferne Dienstübergabe und die Zeit sinnvoller genutzt werden kann. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Dodenhoff, Halbauer, Nareike-Sossong, Pruß, Steinhauser-Kirsch (1997): im Vergleich zur klientenfernen Dienstübergabe ist der Zeitaufwand geringer. Die Konzentration aller Anwesenden wird deutlich gesteigert. Weiters ist der Prozess weniger störanfällig und somit weitaus effizienter. Andere in der Literatur beschriebenen Erfahrungen zeigten, dass die Dienstübergabe am Patientenbett die Dauer der Übergabe beeinflusst, die meisten berichten mehr Zeit für die Dienstübergabe benötigt zu haben. Ein

weiteres Ergebnis der Beobachtung war, dass die bereichsbezogenen Dienstübergaben am Patientenbett drei, fünf oder mehr Minuten länger dauern (Gratias 2005, S.204). Die befragten Personen waren sich einig, dass die Umstellung der Dienstübergabe die Dauer beeinflusst hat, die Meinungen waren jedoch unterschiedlich. Dies deckt sich mit der Literatur.

Ein weiterer Faktor der Kategorie 2 ist der Zeitpunkt der Dienstübergabe am Patientinnenbett. Die Befragung hat im Hinblick auf den Zeitpunkt der Dienstübergabe ergeben, dass die Dienstübergabe am Patientinnenbett nur in der Früh zu empfehlen ist. Auf der untersuchten Station wurde die Dienstübergabe am Patientinnenbett am Abend auch getestet, aus mehreren Gründen wurde dieser Versuch eingestellt. In den verfügbaren Forschungsberichten finden sich keine relevanten Aussagen zum Thema Zeitpunkt der Dienstübergabe. Mooshuber (1996) schreibt in ihrem Praxisbericht, dass die Dienstübergabe am sinnvollsten von Früh- auf Spätdienst praktiziert wird. Sie sollte regelmäßig jeden Tag zu einem festen Zeitpunkt stattfinden, wobei die Dauer nicht 30 bis 45 Minuten überschreiten sollte.

Die Kategorie 3 befasst sich mit der „Qualität der Informationen“. Die Evaluierung hat ergeben, dass die Qualität der übergebenden Informationen von der diensthabenden Pflegeperson während der Nacht abhängig ist. Diese ist für den Inhalt und die Auswahl der Informationen, welche übergeben werden, zuständig. Die Qualität der Information ist nach wie vor sehr vom Pflorgeteam abhängig. Dieses Ergebnis findet sich in der Literatur wieder. Nach dem Vorsatz: „Wichtiges wird zuerst, Unwichtiges wird überhaupt nicht berichtet!“ (Mooshuber, 1996, S.69), hängt dies allerdings immer von der Person selbst ab. McMurray, Chaboyer, Wallis, Fetherston (2010) stellen in ihrer Studie fest, dass die Dienstübergabe am Patientenbett aus der Sicht der Pflegenden die Genauigkeit der weitergegebenen Informationen verbessert. Webster (1999) beschreibt, dass für 12% der Befragten nicht alle relevanten Informationen weitergegeben wurden, wobei 67% mit der Kommunikation zufrieden waren.

In der Kategorie 4 „Veränderung der Dokumentation“ wird die Pflegedokumentation nach der Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett untersucht. Gemäß der Befragung hat die Dienstübergabe am Patientinnenbett auch Einfluss auf die Handhabung der Pflegedokumentation. Die Mehrheit der interviewten Pflegekräfte gab an, dass sie die Lücken bei der Informationsweitergabe dadurch füllen, indem sie nach Beendigung der Dienstübergabe die Mappen zur Hilfe nehmen. In der Literatur finden sich wenige Hinweise auf die verwendete Dokumentation, McMurray, Chaboyer, Wallis, Fetherston (2010) erwähnen die Verwendung von Übergabeprotokollen und Patientenmappen während der Dienstübergabe für den Austausch genauerer und gezielter Informationen.

Zur Kategorie 5 „Erkenntnisse durch Praxis“ wird angegeben, dass der Ablauf und die Handhabung der Dienstübergabe am Patientinnenbett erst mit der Praxis routinierter wurden. Diesen Eindruck bestätigt die Studie von Wong, Yee, Turner (2008) in der Feststellung der Risiken der Dienstübergabe, wie z.B. des Fehlen von Pflegestandards bzw. den Inhalt der ausgetauschten Informationen. Die Phase der Einführung wird von den recherchierten Studien generell nicht behandelt.

8.2 Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Kommunikation der Pflegekräfte

Die Dienstübergabe am Patientinnenbett hat einen starken Einfluss auf die Kommunikation, hier wird dieses Thema einerseits in der Kategorie 6 „Veränderungen der Kommunikation im Team“ und andererseits in der Kategorie 7 „Einfluss der Anwesenheit der Patientin“ deutlich. Die Befragung zeigt, dass durch die räumliche Veränderung der Dienstübergabe und die damit zusammenhängende Anwesenheit Dritter die Pflegepersonen keine Möglichkeit haben, während der Dienstübergabe persönliche Meinungen auszutauschen. Aus den Interviews geht hervor, dass durch die öffentliche Präsenz ein Nachteil entsteht: die Mitarbeiterinnen können sich nicht persönlich austauschen und müssen ihre persönliche Meinung für sich behalten. Auf der anderen Seite wird dadurch die Objektivität und Sachlichkeit der

Kommunikation während der Dienstübergabe gefördert. Mooshuber (1996) stellt in ihrem Praxisbericht fest, dass das Pflegepersonal aufgrund der Beteiligung der Patienten auf emotionale und unsachliche Äußerungen verzichten muss. Im Gegensatz zur nächsten Kategorie wird dieses Thema in den Forschungsstudien nicht gezielt behandelt.

Auch in der Kategorie 7 „Einfluss der Anwesenheit der Patientin“ steht die Kommunikation im Mittelpunkt. Die Interviewpartnerinnen gaben an, dass durch die Dienstübergabe am Patientinnenbett die Kommunikation mit den Patientinnen gefördert wird. Durch die Informationsweitergabe vor und an die Patientinnen, fühlen sich die Patientinnen informiert und beachtet. Die verbale Kommunikation wird bei der Dienstübergabe am Patientinnenbett durch den visuellen Kontakt mit den Patientinnen unterstützt, wodurch die Pflegepersonen zusätzliche Informationen gewinnen können. Patientinnen können aktiv am Gespräch teilnehmen und fühlen sich in den Pflegeprozess eingebunden. Die Patientinnen haben und nutzen die Möglichkeit, persönliche Empfindungen und Probleme mit dem Pflegeteam zu besprechen. Die Erkenntnisse der Evaluierung werden auch durch die verfügbaren Studien bestätigt. McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson, Gehrke (2012) kommen in ihrer Fallstudie zu gleichen Ergebnissen, die aktive Teilnahme des Patienten wird als positiv gewertet, die Patienten haben die Möglichkeit sich einzubringen und auf die ausgetauschten Informationen Einfluss zu nehmen. Koch, Sauer (2003) beschreiben den positiven Einfluss der Dienstübergabe am Patientenbett auf die Kommunikation während der Dienstübergabe. Der Patient kann sich aktiv an der Kommunikation beteiligen. Caruso (2007) stellt in ihrer Studie fest, dass sich durch die Anwesenheit des Patienten die Dienstübergabe teilweise kompliziert und unbequem gestaltet. Einige Situationen wurden genannt, z.B. die Notwendigkeit die Patienten während ihrer Ausführungen zu unterbrechen. Kelly (2005) stellt die Verbesserung des Verhältnisses zwischen Pflegepersonal und Patienten in Folge der Implementierung der Dienstübergabe am Patientenbett fest. Gemäß Bourne (2000) erkannten mehrere Patienten die Dienstübergabe am Patientenbett als eine Chance, mögliche Missverständnisse zu korrigieren. Weiters ergab die Befragung auf der

untersuchten Station, dass die persönliche Anwesenheit des Pflorgeteams während der Dienstübergabe von Vorteil ist, Patienten kennen ihre Ansprechpartner persönlich. Griffin (2010) beschreibt als einen der Vorteile der Dienstübergabe am Patientenbett die Tatsache, dass Patienten durch das Pflegepersonal früher gesehen werden.

Die Kategorie 8 "Umgang mit sensiblen Informationen" gehört zu einem der wesentlichen Themen in Zusammenhang mit der Dienstübergabe am Patientinnenbett. Der Umgang mit sensiblen Daten wird immer eine der größten Herausforderungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett sein. Die Interviews zeigen, dass es keine Richtlinien dafür gab. Erst nach der Umstellung konnten die Pflegepersonen abschätzen, welche Informationen vor den Patientinnen gesagt werden können und welche Themen auf dem Gang besprochen werden müssten. Auch in der Literatur findet diese Problematik große Aufmerksamkeit. Howell (1994) beschreibt die Sorge der Pflegenden betreffend der Übermittlung von sensiblen Informationen, 90% der befragten Patienten gaben jedoch an, dass sie keine Bedenken hätten, wenn die Pflegenden die Informationen am Bett übergeben. Im Praxisbericht von Rößmann (2006) wird der Umgang mit der Thematik beschrieben, hier wird auf diese Art der Dienstübergabe und die Problematik der Schweigepflicht im Aufnahmegespräch hingewiesen.

8.3 Auswirkungen der Dienstübergabe am Patientinnenbett auf die Motivation der Pflegekräfte

Aus der Literatur geht hervor, wie wichtig das Streben nach Lob und Anerkennung für die Motivation ist.

Das „Betriebsklima des Pflorgeteams (Kategorie 9)“ ist entscheidend für die Motivation der Pflegekräfte. Die funktionierenden sozialen Kontakte und eine offene Kommunikation mit Kolleginnen sind für die Motivation ausschlaggebend. Die Pflegepersonen gaben an, dass der Umgangston positiv von der Dienstübergabe am Patientinnenbett beeinflusst wird, aber das Betriebsklima vor allem von dem Pflorgeteam abhängig ist. Zur Kategorie 9 gibt

es keine Vergleichsergebnisse in den vorliegenden Studien und Praxisberichten.

Kategorie 10 „Feedback der Patientin“ ist ein weiterer förderlicher Faktor für die Motivation des Pflorgeteams. Die befragten Pflegepersonen berichteten über unterschiedliche Erlebnisse in Zusammenhang mit Feedback der Patientinnen, aber keine hatte negatives Feedback erhalten. In mehreren Studien werden die positiven Eindrücke der Patientinnen beschrieben. Cahill (1998) stellt fest, dass mehrere Patienten die Dienstübergabe am Bett als Chance sehen, mögliche Missverständnisse zu korrigieren. Koch, Sauer (2003) kamen zum Ergebnis, dass keiner der Patienten die Dienstübergabe am Bett abschaffen würde, die Patienten hatten genügend Gelegenheit ihre Wünsche oder Anregungen anzusprechen. In seiner Studie stellt Griffin (2010) fest, dass sich Patienten als aktiver Teil der Dienstübergabe gefühlt haben und schätzten es, informierter zu sein. Auch in der Studie von Wong, Yee, Turner (2008) wird festgestellt, dass die Dienstübergabe am Patientenbett zur besser informierten Pflegepersonen und zu positivem Feedback der Patienten führt.

Die Kategorie 11 „Image der Profession Pflege“ ist ein wichtiges Thema für die Pflorgeteams und ihre Motivation. Durch den Auftritt in der Öffentlichkeit wird die positive Wahrnehmung des Pflorgeteams und der Profession Pflege durch die Patientinnen gefördert, die Steigerung des Image des Pflegeberufes hat wiederum einen positiven Einfluss auf die Motivation der Pflegekräfte. Durch die Dienstübergabe am Patientinnenbett wird für die Patientinnen der Aufgaben- und Handlungsbereich des Pflorgeteams anschaulicher, das Pflorgeteam macht einen professionellen Eindruck. Caruso (2007) kommt in ihrer Studie zum gleichen Ergebnis, hier gaben die Befragten an, sich besser betreut und sehr sicher zu fühlen und die Arbeit des Pflorgeteams als sehr professionell wahrzunehmen. Auch Mooshuber (1996) beschreibt in ihrem Praxisbericht die Stärkung des Vertrauensverhältnisses zum Pflegepersonal durch die Miteinbeziehung des Patienten, die Fachkompetenz wird durch die Dienstübergabe am Patientenbett transparenter.

Der „Arbeitsstil des Pflorgeteams“ (Kategorie 12), wurde von den Befragten als verändert beschrieben. Er ist seit der Dienstübergabe am Patientinnenbett sachlicher und strukturierter. Auch hier ist deutlich geworden, dass der Arbeitsstil vom jeweiligen Pflorgeteam abhängig ist. Chaboeyer, McMurray, Johnson, Hardy, Wallis, Chu (2009) beschreiben die positive Auswirkung der Dienstübergabe am Patientenbett an das Pflorgeteam. Die Dienstübergabe am Bett steigert die Sicherheit, Effizienz und Teamwork Gefühl im Pflorgeteam, das Pflegepersonal fokussiert sich in Anwesenheit der Patienten mehr auf die relevanten Informationen.

Ein kritisches Thema hat sich ganz stark herauskristallisiert, die Durchführung der Umstellung von der alten auf die neue Form der Dienstübergabe (Kategorie 13). Auf der untersuchten Station war die Umstellung von der klientenfernen Dienstübergabe zu der Dienstübergabe am Patientinnenbett praktisch nicht vorbereitet, und die Mitarbeiterinnen waren nicht ausreichend informiert und geschult. Das führte dazu, dass das Pflorgeteam in der Anfangsphase stark mit neuen Fragen und Problemen konfrontiert war, die bereits im Vorfeld lösbar gewesen wären. Die befragten Personen haben einheitlich berichtet, dass die Umstellung durch die fehlende Vorbereitung besonders erschwert wurde. Die meisten Erfahrungen haben sie erst nach der Umstellung basierend auf den Erlebnissen während der Dienstübergabe bei den Patientinnen gemacht. Auch einige organisatorische Parameter wurden erst nach der Anfangsphase definiert und umgesetzt (z. B.: Zeitpunkt der Dienstübergabe, Umgang mit sensiblen Daten). Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett ist eine gute Vorbereitung. Dazu zählt die Erstellung eines Konzeptes und in weiterer Folge die entsprechende Einschulung des betroffenen Personals. Diese Schulungen sollten nicht nur die organisatorischen Fragen einer solchen Umstellung behandeln, das Personal ist auch in besonderen Fähigkeiten zu schulen, z.B.: in der Kommunikation vor und mit der Patientin oder der Handhabung von sensiblen Themen.

Für die Patientinnen ist es ohne ausreichende Information schwierig, die pflegerische Dienstübergabe von der Ärztevisite zu unterscheiden. Auf der

untersuchten Station wurde auf diese Art der Dienstübergabe am Bett nicht verbal hingewiesen, die Information über den Tagesablauf inkl. organisatorischer Hinweise zur Dienstübergabe wurde nur in der Allgemeinen Informationsmappe für Patientinnen erwähnt.

Die gute Vorbereitung und Organisation wird jedoch in der Literatur als grundlegend dargestellt. Auch in der Literaturstudie von Wong, Yee, Turner (2008) wird das Fehlen von Pflegestandards bemängelt. Als notwendige Verbesserungsmaßnahme werden unter anderem effektive Schulungen, Fortbildungen und standardisierte Abläufe empfohlen. Auch Praxisberichte beschreiben die Notwendigkeit einer entsprechenden Vorbereitung. Mooshuber (1996) schreibt in ihrem Artikel "Dienstübergabe am Patientenbett", dass auf optimale Voraussetzungen zu achten ist. Es ist wichtig, dass die Vorgehensweise konkret geplant wird. Eine innerbetriebliche Fortbildung steigert durch fundierte Information die Akzeptanz innerhalb des Personals und die Qualität der Durchführung. Eine Dienstübergabe in Anwesenheit der Patienten fordert mehr Wissen um Form und Inhalt. Smoliner und Zacherl (2006) erklären in ihrem Artikel, dass die Umstellung jahrelang praktizierte Abläufe und damit Gewohnheiten zu verlassen, Unsicherheit verursacht und Zeit erfordert. Daher sind laufende Unterstützung und wiederholte Informationen von Bedeutung.

Im Wesentlichen decken sich die Ergebnisse der Befragung im Landesklinikum-Thermenregion Mödling mit den Forschungs- und Praxisberichten in der Literatur.

9 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Befragung auf der untersuchten Pflegestation finden sich in der verfügbaren Literatur wieder. Obwohl die Umstellung von der klientenfernen Dienstübergabe auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett auf der Station praktisch nicht vorbereitet wurde, ist das Team basierend auf den Erfahrungen der täglichen Dienstübergabe in den meisten Fällen zu Ergebnissen gekommen, die auch die Literatur beschreibt.

Zwei wesentliche Punkte sind jedoch hervorzuheben:

Der Einfluss der Qualität des Pfl egeteams auf die pflegerische Dienstübergabe am Patientinnenbett und auch nicht zuletzt auf die klientenferne Dienstübergabe bleibt in der untersuchten Literatur praktisch unbehandelt. In der Untersuchung in Thermenklinikum wurde festgestellt, dass das Team selbst und die Zusammenarbeit innerhalb des Teams zu einem der entscheidenden Motivationsfaktoren der Pflegekräfte gehören. Sowohl das befragte Team selbst als auch die Zusammenarbeit im Team wurde als sehr gut beschrieben, diese Tatsache hat auch die Umstellung auf die Dienstübergabe am Patientinnenbett positiv beeinflusst.

Für die erfolgreiche Umstellung der Dienstübergabe wäre jedoch unterstützend gewesen, diese gut vorzubereiten. Eine solche Vorbereitung hat im Landesklinikum Thermenregion Mödling gefehlt. Das Team wurde nur in einer allgemeinen Mitarbeiterinformation aufgeklärt, die Mitarbeiterinnen wurden aber nicht über die Prozessabläufe, die Besonderheiten der Kommunikation sowie für den Umgang mit sensiblen Themen und schwierigen Situationen geschult.

Die Ergebnisse der durchgeführten Interviews des Pflegepersonals auf der untersuchten Station können für die Station geltend gemacht werden, für die Untersuchung hat sich die Hälfte der Pflegepersonen bereit erklärt. Bei der Station handelt es sich jedoch um eine relativ kleine Station mit zehn Pflegepersonen, daher können die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden. Die Untersuchung wurde auch durch die Tatsache beeinflusst, dass die Station einige Wochen nach der Untersuchung aufgelassen worden ist. Die befragten

Pflegepersonen sollten auf andere Stationen aufgeteilt werden, und das Projekt der Dienstübergabe am Patientinnenbett wurde somit plötzlich ohne Fortsetzung beendet. Diese Tatsache beeinflusste stark den Verlauf der Interviews und die Motivation der Mitarbeiterinnen, aussagekräftige Informationen weiterzugeben. Auf Grund dessen können die Ergebnisse nicht auf andere Bereiche übertragen werden.

Das Ziel dieser Forschung war es, die Auswirkungen der pflegerischen Dienstübergabe am Patientinnenbett zu ermitteln. Ergänzende Informationen zur Dienstübergabe am Patientinnenbett würde auch eine entsprechende Patientinnenbefragung liefern. Vor allem zum Thema Motivation und Kommunikation könnten die Patientinnen sehr viel beitragen. Dies zu erfassen, würde den Rahmen dieser Diplomarbeit jedoch überschreiten.

Zusammenfassend kann zum Ergebnis der Untersuchung festgestellt werden, dass die Vorteile einer Dienstübergabe am Patientinnenbett überwiegen und diese bei entsprechenden Rahmenbedingungen weiterempfohlen werden kann.

10 Literaturverzeichnis

- Altstetter, C. (2001): "Wir wollen uns übergeben" Zur Qualität der Dienstübergabe am Beispiel der pflegerischen Dienstübergabe, In: Pflege aktuell, 55 (2), S.93-95
- Bonkowski, T., Bachmaier, M. (1997): Humanität statt Anonymität, In: Die Schwester/Der Pfleger, (1), S. 76-77
- Bortz, J., Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler 4. Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Bourne, C. (2000): Intershift report: A standard for handovers. In: Journal of Research in Nursing , 5(6), S. 451-460.
- Bühlmann, R., Stauffer, Y. (2001): Bedeutung der Kommunikation in der Pflege. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern: Huber
- Buyer, O. (1990): Erwartungen an die Dienstübergabe. Versuch einer Analyse unter kommunikationspsychologischen Aspekten. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 43 (9), S. 674-677
- Cahill, J. (1998): Patient's perceptions of bedside handovers. In: Journal of clinical Nursing, 7 (4), S. 351-359.
- Caruso, E. M. (2007): The evolution of nurse-to-nurse bedside report on a medical-surgical cardiology unit. In: Medsurg Nursing, 16 (1), S. 17-22
- Chaboyer, W. McMurray, A., Wallis, M. (2010): Bedside nursing handover: A case study In: International Journal of Nursing Practice, 16 (1) S.27-34
- Chaboyer, W., McMurray, A., Johnson, J., Hardy, L., Wallis, M., Chu, S. (2009): Bedside Handover; One Quality Improvement Strategy to „Transform Care at the Bedside“ In: Journal of Nursing Care Quality, 24 (2), S. 136-42
[http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/29476/59352_1.pdf](http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/29476/59352_1.pdf?sequence=1)
(27.7.2012)

- Diekmann, A. (2001): Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 7. Auflage, Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt
- Dieminger, L. (1997): Was wirkt motivierend auf Krankenpflegepersonen bei ihrer Tätigkeit in der Altenpflege? In: Pflegeorientierung, 4 (2), S. 2-6
- Dodenhoff, E., Halbauer, C., Nareike-Sossong, G., Pruß, H., Steinhauser-Kirsch, S., (1997): Die pflegerische Übergabe In: Pflege aktuell, 51 (11), S. 670-673
- Duden (2012a): Kommunikation.
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Kommunikation> (19.6.2012)
- Duden (2012b): Motivation.
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Motivation#Bedeutung1> (19.6.2012)
- Duden (2012c): Organisation.
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Organisation> (19.6.2012)
- Eisermann, P. (2009): Personalführung – Instrument zur Steigerung der Motivation, München: Grin Verlag S. 2
- Fuhrmann, S., Trill, R., Witzemberger, M. (1987): Ein Element der Kommunikation im Pflegebereich: Die Dienstübergabe. In: Krankenpflege (9), S. 350-354
- Gratias, R. (2005): Die Pflegeübergabe – ein Auslaufmodell? In: Die Schwester/Der Pfleger, 44 (3), S. 202-206
- Griffin, T. (2010): Bringing Change-of-Shift Report to the Bedside, A Patient- and Family-Ventered Approach In: Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 24 (4), S. 348-355
- Gutenberg, E. (1972): Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, 1. Band „Die Produktion“ 19. Auflage, Berlin: Springer Verlag
- Gutsche, S. (2001): Übergabe am Patientenbett. In: Die Schwester/Der Pfleger, 40 (7), S. 578-581

- Hasselhorn, M. & Gold, A. (2009). Pädagogische Psychologie. Erfolgreiches Lernen und Lehren. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hausmann, C. (2009): Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Wien: Facultas
- Heering, C., Heering, K. (1994): Theorie und Praxis der Pflegevisite (1 Folge: Pflegeverständnis) In: Die Schwester/Der Pfleger, (5), S. 372/393
- Heering, C. (2004): Pflegevisite und das Gefühl von Kontrolle über die Situation In: Die Schwester/Der Pfleger, 43 (6), S. 448-453
- Hoffmann, P. Gottschalk, J. (1996): Übergaberapport direkt am Krankenbett, In: Krankenpflege/Soins infirmiers, (5), S.8-11
- Howell, M. (1994): Confidentiality during staff reports at the bedside In: Nursing Times, 90 (34), S. 44-45
- Kallmeyer, W.; Schütze, F. (1976): Konversationsanalyse. Studium Linguistik, 1, S.1-28
- Kasper H., Mayrhofer W. (2009): Personalmanagement Führung Organisation. 4. Auflage , Wien: Linde international
- Kellnhauser, E. (1995): Theorie und Praxis der Pflegevisite. 7. Folge: Patientenübergabe versus Pflegevisite. In: Die Schwester/Der Pfleger, (7), S. 590-591
- Kelly, M. (2005): Change from an office-based to a walk-around handover system. In. Nurse Times, 101 (10), S. 34-35.
- Kelm, R. (2008): Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege, Stuttgart: Kohlhammer,
- Koch, A., Sauer, A. (2003): Übergabe am Patientenbett - Die Zufriedenheit aller Beteiligten wird gesteigert, In: Pflegezeitschrift, 56 (2), S.117-118
- Koch, F. (2007): Regelmäßige Überprüfung, In: Altenpflege, 32 (12), S. 29-31

Küfner, S., Wilhelm, M. (2006): Hilfe bei der Arbeitslogistik, In: Pflegeaktuell, 60 (6), S. 328-331

Kühne-Ponesch, S. (2001): Qualitätsicherung in der Pflege In: Managemed, (2), S. 21-23

Kurs 3b 1997/2000 (2001): Qualitätssicherung – die Übergabe In: Die Schwester/Der Pfleger, 40 (1), S. 40-4

Landesklinikum Thermenregion Mödling (2006): Mitarbeiterinformation pflegerische Dienstübergabe am Patientenbett

Lauterbach, A. (2006): Organisation und Qualität von Dienstübergaben, In: PrInterNet, 8 (3), S.186-189

Lingenberg, E.; Reimann, R. (1991): Der Pflegedienst im Krankenhaus. Grundlagen zur Organisation einer Pflegeeinheit. 4. Auflage, Hannover: Schlütersche Verlag

Longerich, B. (2011): <<Aber bitte sagen Sie es niemandem!>> In: Krankenpflege, 104 (12), S. 10-13

Martin, J. (1999): Pflegestandards. Grundlagen und Beispiele. Stuttgart: Kohlhammer

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage, Weinheim: Betz

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage, Weinheim: Betz

McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Fetherston, C. (2010): Implementing bedside handover: strategies for change management In: Journal of Clinical Nursing, 2010 (19), S. 2580-2589

McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., Gehrke, T. (2011): Patients' Perspectives of Bedside Nursing Handover In: Collegian, 18 (1), S. 19-26

http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/40081/68872_1.pdf
(27.7.2012)

Meißner, A., Roser, J.-M., Hasselhorn, H.-M. (2004): Sind Pflegende mit der Übergabe zufrieden? In: PrInterNet, 6 (10), S. 564-568

Minick, P. (1995): The power of human caring: Early recognition of patient problems. In: Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 9 (4), S. 303-317.

Mooshuber, M. (1996): Dienstübergabe am Patientenbett. In: Die Schwester/Der Pfleger, 35 (1), S. 68-71

Müller-Jentsch, W. (2003): Organisationssoziologie eine Einführung: Frankfurt am Main, Campus Verlag

Praschelik, Y. (2001): Bloß nicht „Dienst nach Vorschrift“, In: Die Schwester/Der Pfleger, 40 (9), S. 790-791

Rößmann, E. (2006): Übergabe am Patientenbett. Ein Praxisprojekt zur Qualitätssicherung. In: Die Schwester/Der Pfleger, 45 (3), S. 108-111

Scheiner, R., Knipfer, E. (2006): Miteinander reden: Wege zu einer gelingenden Kommunikation in der Pflege In: Pflegezeitschrift, 59 (1), S. 2-8

Schlenker-Ferth, C. (1998): Pflegeethema: Übergabe mit den Patienten, Stuttgart: Thieme

Schmidbauer, P. (1996): Kritische Betrachtung der Übergabe am Bett In: Pflegezeitschrift, 49 (5), S.2-11

Scholz, H. (2008): Qualität für Bildungsdienstleistungen, DIN EN ISO 9001 für die allgemeine und berufliche Bildung, Berlin Wien Zürich: Beuth

Scott, P., Ross, P., Prytherch, D. (2011): Evidence-based inpatient handovers – A literature review and research agenda In: Clinical Governance: An International Journal, (16)

http://www.academia.edu/785570/Evidence-based_inpatient_handovers_-_A_literature_review_and_research_agenda (27.7.2012)

Smoliner, A., Zacherl, V. (2006): Dienstübergabe – Wichtiges Instrument der patientenorientierten Pflege, In: *Qualitas*, 2006 (16-17), S. 48-49

Stockmann, R. (2004): *Evaluationsforschung*, 2. Auflage, Opladen: Leske + Budrich

Stenzel C., Birke, M., Thätner, K., Wittrock, M. (2000): Patientenübergabe am Bett. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 39 (11), S. 940-944

Tannen, A. (2011): Informationssicherung bei der Patientenübergabe, In: *Pflegezeitschrift*, 64 (5), S. 291

Türk, C. (2000): Wie effizient sind Dienstübergaben? In: *Pflegeorientierung*, (2), S. 12-18

Webster, J. (1999): Practitioner-centred research: an evaluation of the implementation of the bedside hand-over. In: *Journal of Advanced Nursing*, 30(6) S.1375-1382

Wienhold, H. (1978): *Evaluationsforschung*. In: Fuchs, W; Klima, R.; Lautmann, R.; Wienhold, H. (1978): *Lexikon zur Soziologie*. 2. Auflage, Opladen: Westdeutscher Verlag

Wilken, E. (2002) *Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis*, Stuttgart/Berlin/Basel/Köln: Kohlhammer

Wong, C., Yee, K.C., Turner, P. (2008): A Structured Evidence-based Literature Review regarding the Effectiveness of Improvement Interventions in Clinical Handover

<http://www.thoracic.org.au/documents/papers/clinicalhandoverliteraturereview.pdf> (27.7.2012)

Zimbardo, O. (1995): *Psychologie*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiel für die Paraphrasierung	65
Tabelle 2: Beispiel für Generalisierung	66
Tabelle 3: Beispiel für Reduktion	67
Tabelle 4: Kategoriesystem	69

12 Anhang - Interviewleitfaden

Gesprächseinführung:

In meiner Untersuchung geht es darum, die Dienstübergabe am Patientinnenbett zu erfassen. Ich habe einige Fragen vorbereitet, möchte dieses Interview aber möglichst offen gestalten und Ihren Erzählungen folgen. D.h. ich werde Ihnen einige Erzählanstöße geben und nachfragen, wenn mich etwas näher interessiert.

Damit ich den Inhalt des Gesprächs festhalten und für anschließende Auswertungen verwenden kann, wird das Interview auf Tonband aufgenommen. Die persönlichen Daten werden selbstverständlich „vertraulich“ behandelt. Im Zuge meiner Auswertungen werde ich Ihre Angaben anonym verwenden, so dass die Ergebnisse keine Rückschlüsse auf Ihre Namen zulassen.

Einstiegsfrage:

Sie praktizieren seit einiger Zeit eine andere Form der Dienstübergabe. Können Sie mir schildern, wie diese abläuft und worin der Unterschied zur alten Form der Dienstübergabe besteht?

Detailfragen

Themenbereich Organisation:

Gibt es eine klare Aufteilung der Zuständigkeit?

Wie sind die Aufgaben verteilt?

Wie werden Störungen gehandhabt? (Telefon, Klingel)

Inwieweit hat sich die Dokumentation gegenüber der klassischen Dienstübergabe verändert?

Wie hat die Dienstübergabe am Patientinnenbett Einfluss auf die Zeiteinteilung?
(Dauer)

Wie wird die Dienstübergabe räumlich gehandhabt?

Wie wurden Sie auf diese Arbeitsumstellung vorbereitet?

Gab es gezielte Schulungen bzw. Seminare?

Welche Veränderungen stellt die Dienstübergabe am Patientinnenbett in Bezug auf die Organisation dar?

Verbesserungen?

Verschlechterungen?

Themenbereich Kommunikation:

Wie hat sich der Informationsaustausch innerhalb des Pflorgeteams mit der neuen Form der Dienstübergabe verändert?

Welche Veränderungen gab es bei der Informationsweitergabe an die Patientin?

Hat die neue Form der Dienstübergabe Einfluss auf den Umgangston innerhalb des Pflorgeteams bzw. zu den Patientinnen?

Wenn Ja, können Sie das beschreiben?

Inwieweit hat diese Form der Übergabe Einfluss auf die Vollständigkeit der Informationen?

Wie wird mit sensiblen Themen und Informationen umgegangen?

Welche Veränderungen stellt die Dienstübergabe am Patientinnenbett in Bezug auf der Kommunikation dar?

Verbesserungen?

Verschlechterungen?

Themenbereich Motivation:

Wie hat sich der Arbeitsstil nach der Umstellung der Übergabe verändert?

Inwieweit hat sich das Betriebsklima geändert?

Gibt es eine bessere Zusammenarbeit innerhalb des Teams?

Wie ist das Feedback von den Patientinnen?

Haben Sie das Gefühl, dass sich die Einstellung der Patientinnen zur Profession der Pflege verändert hat? – Wenn Ja, wie äußert sich das?

Welche Veränderungen stellt die Dienstübergabe am Patientinnenbett in Bezug auf die Motivation des Pflorgeteams dar?

Verbesserungen?

Verschlechterungen?

Allgemeine Fragen:

Wenn Sie jetzt so zurückblicken auf die Dienstübergabe im Dienstzimmer und die Zeit jetzt mit der Dienstübergabe am Patientinnenbett. Wie ist Ihre Bilanz?

Würden Sie die Dienstübergabe am Patientinnenbett weiterempfehlen?

Gibt es etwas, was Sie bei der Übergabe am Patientinnenbett verbessern würden? Welche Empfehlungen würden Sie anderen Pflegeeinrichtungen für die Umstellung auf die pflegerische Dienstübergabe am Patientinnenbett geben?

Gesprächsabschluss:

Ich danke Ihnen, dass Sie sich so viel Zeit für dieses Interview genommen haben und möchte Sie zum Abschluss noch fragen:

Habe ich wichtige Fragen zur neuen Dienstübergabe vergessen? Möchten Sie noch etwas ergänzen?

Nach dem Interview:

Ich versichere Ihnen, dass ich das Interview vertraulich behandle und nicht weitergebe. Im Zuge meiner Auswertungen werden ich Ihre Angaben anonym verwenden, sodass die Ergebnisse keine Rückschlüsse auf ihren Namen zulassen.

Bei Interesse an den Ergebnissen werde ich Ihnen meine vollständige Arbeit nach meinem Studienabschluss zur Verfügung stellen.

Lebenslauf

Name: Bernadette Schwent (geb. Riss)

Geburtsdatum: 10. März 1985 in Wien

Staatsangehörigkeit: Österreich

Adresse: Reisenbauerring 1/5/13, 2351 Wiener Neudorf

E-Mail: bernadette.schwent@gmail.com

Ausbildung:

1991-1995 Volksschule Mödling und Maria Enzersdorf

1995-1999 Kollegium Kalksburg und St. Ursula, Wien

1999-2004 HLW Biedermannsdorf Zweig Medieninformatik

2003 Diplomprüfung Koch- und Servierkunde

Mai 2004 Fachprüfung mit Schwerpunkt IT Support mit
ausgezeichnetem Erfolg

Oktober 2005 Erfolgreicher Abschluss der Berufsreifeprüfung

Seit Oktober 2005 Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Berufserfahrung:

August 2001 Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien
Stationsgehilfin

Juli-September 2002 Teacher Assistent; Sydney, AUS

2005-2012 Facility Managment der Katholische Jungschar Wien

Seit 2006-2011 Rezeption in Ordination für Augenheilkunde, Moedling

Seit August 2011 Medienanalyse bei MMO, Wien