

Dienstübergabe in der Langzeitpflege

Entwicklung einer Handlungsempfehlung

Handover in Long-Term Care

Development of recommendation for action

Masterarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (MSc)

der Fachhochschule FH Campus Wien

Masterlehrgang: Advanced Nursing Practice mit Schwerpunkt Pflegemanagement

Vorgelegt von:

Moravcevic Milan

Personenkennzeichen:

1830012009

Erstbetreuerin/Erstbegutachterin:

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Grandy Simone

Zweitbegutachter:

Mag. Helmut Beichler

Eingereicht am:

01.09.2020

Eigenständigkeitserklärung:

Ich erkläre, dass die vorliegende Masterarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich diese Masterarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum: 01.09.2020

Unterschrift:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'U. Karmann', is written over a light gray rectangular background.

Kurzfassung

Hintergrund: Die Dienstübergaben in der Pflege zählen zu den zeitintensivsten Routinetätigkeiten. Um die Kontinuität der Versorgung aufrechtzuerhalten und die Qualität der Versorgung zu verbessern ist eine effektive Kommunikation zwischen den Pflegepersonen während der Dienstübergabe erforderlich. Trotz der hohen Bedeutung der Dienstübergabe sind standardisierte Verfahren im Langzeitpflegebereich kaum verbreitet.

Ziel: In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, wie eine Dienstübergabe in den Einrichtungen der Langzeitpflege ablaufen soll und welche Informationen dafür essentiell sind, um die Qualität und Kontinuität der Pflegeversorgung garantieren zu können. Mit dem Ziel aus den Ergebnissen eine Handlungsempfehlung zu entwickeln.

Methodik: Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein quantitativer Forschungsansatz gewählt. An der Untersuchung nahmen im Mai 2020 95 Pflegepersonen aus vier Wiener Pflegeheimen teil. Diese wurden mittels durch den Autor entwickelten Fragebogen befragt.

Ergebnisse: Für eine Handlungsempfehlung konnten fünf Kategorien gebildet werden: Strukturelle Rahmenbedingungen der Dienstübergabe, Ablauf der Dienstübergabe, Störfaktoren bei der Dienstübergabe, Inhalt der Dienstübergabe und Maßnahmen zur Verbesserung der Dienstübergabe.

Schlussfolgerung: Diese Arbeit zeigt auf, dass eine Handlungsempfehlung für eine Dienstübergabe wichtig für die Mitarbeiter*innen und die Bewohner*innen ist, da dadurch die Pflegequalität und Pflegekontinuität erhalten und verbessert wird.

Schlüsselbegriffe: Dienstübergabe, Langzeitpflege, Pflegequalität, Pflegekontinuität.

Abstract

Background: Handover in nursing is one of the most time-consuming routine activities. In order to maintain continuity of care and improve the quality of care, effective information communication between nursing staff during the handover is required. Despite the importance of the handover, standardized procedures are rarely used in long-term care

Aim: This Master Thesis describes how handover in the long-term care facilities should take place and what information is essential to be able to guarantee the quality and continuity of care. The aim is to develop a recommendation for action based on the results.

Method: A quantitative research approach was chosen to answer the research questions. In May 2020, 95 caregivers from four Viennese nursing homes took part in the study. They were surveyed using a questionnaire developed by the author.

Results: Five categories can be formed for a recommendation for action: Structural framework conditions for the handover, handover process, disruptive factors during the handover, handover content and handover improvement measures.

Conclusions: This Master Thesis shows that a recommended course of action for a handover is important for the employees and the residents, as this maintains and improves the quality and continuity of care.

Keywords: handover, handoff, shift report, long term care, continuity of care, quality of care.

Schlüsselbegriffe

Dienstübergabe

Langzeitpflege

Pflegequalität

Pflegekontinuität

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Problemdarstellung.....	1
1.2 Zielsetzung	3
1.3 Fragestellung.....	3
1.4 Klärung zentraler Begrifflichkeiten	3
2. Theoretischer Teil.....	6
2.1 Literaturrecherche	6
2.2 Tabellarische Darstellung der Literaturrecherche	10
2.2 Zusammenfassung der eingeschlossenen Studien	23
3. Ergebnisse der Literaturrecherche	28
3.1 Dienstübergabe	28
3.2 Funktion der Dienstübergabe	29
3.3 Formen der Dienstübergabe.....	30
3.4 Inhalt der Dienstübergabe	33
3.5 Dauer der Dienstübergabe	36
3.6 Störfaktoren bei der Dienstübergabe.....	39
3.6.1 Struktur der Dienstübergabe.....	44
3.6.2 Ort der Dienstübergabe	49
3.6.3 Teilnehmer*innen bei einer Dienstübergabe.....	50
3.7 Kommunikation bei der Dienstübergabe.....	53
4. Empirischer Teil.....	59
4.1 Methodik.....	59
4.2 Stichprobenbeschreibung	60
4.2.1 Zielgruppengröße	61
4.3 Fragebogen	61

4.3.1 Fragebogenerstellung.....	63
4.3.2 Pretest	65
4.4 Datenerhebung.....	66
4.5 Auswertung der Daten.....	67
5. Ergebnisse.....	68
5.1 Soziodemografische Daten.....	69
5.2 Strukturelle Rahmenbedingungen einer Dienstübergabe	72
5.3 Ablauf einer Dienstübergabe	75
5.4 Störfaktoren bei eine Dienstübergabe	77
5.5 Inhalt der Dienstübergabe	79
5.6 Maßnahmen zur Verbesserung der Dienstübergabe	87
5.7 Zusammenfassung der Ergebnisse	88
6. Handlungsempfehlung.....	91
6.1 Funktion der Dienstübergabe	92
6.2 Strukturelle Rahmenbedingungen einer Dienstübergabe	92
6.2.1 Stationsgröße	92
6.2.2 Dauer der Dienstübergabe	92
6.2.3 Ort der Dienstübergabe	93
6.2.4 Störfaktoren bei der Dienstübergabe	94
6.3 Ablauf und Struktur einer Dienstübergabe.....	94
6.3.1 Phasen bei einer Dienstübergabe	95
6.3.2 Dienstübergabeform	96
6.3.3 Teilnehmer*innen bei einer Dienstübergabe.....	96
6.3.4 Kommunikation bei der Dienstübergabe.....	97
6.3.5 Rituale vor und nach einer Dienstübergabe.....	98
6.4 Inhalt der Dienstübergabe	99

7. Diskussion	102
7.1 Zielerreichung und Beantwortung der Forschungsfragen	102
7.2 Limitationen	108
8. Fazit und Ausblick	110
Literaturverzeichnis	112
Abbildungsverzeichnis	117
Tabellenverzeichnis	118
Anhang 1	119
Anhang 2	120
Anhang 3	131

1. Einleitung

Die Kommunikation ist einer der wichtigsten Aspekte in der Pflege besonders beim Transfer von Informationen. Auch die Dienstübergabe ist ein wichtiges Ereignis in der Pflege, da sie die Pflegekontinuität und Patient*innensicherheit gewährleistet (Lozano, Arroyo, & Ligia, 2015).

Die Dienstübergaben in der Pflege zählen zu den zeitintensivsten Routinetätigkeiten. Tatsache ist, dass dieses Thema weder in der Ausbildung noch in Fort- und Weiterbildung große Beachtung findet. Im deutschsprachigen Raum findet man zum Thema Dienstübergaben kaum aktuelle und generell wenig publizierte Literatur (Blank & Zittlau, 2017).

Die Dienstübergaben gehören zu den erkennbarsten Tätigkeiten der Pflege sind aber trotzdem bislang zu wenig untersucht worden (Lauterbach, 2013).

Bei einem Vergleich von deutschsprachigen und englischsprachigen (Schmidt, 2018) Publikationen fällt auf, dass der Verbreitungsgrad von standardisierten Verfahren in der Pflegeübergabe als gering einzuschätzen ist. Die Pflegepersonen müssen sich, um Missverständnisse bei der Dienstübergabe zu vermeiden, mit Hilfe von standardisierten Instrumenten für die Informationsübermittlung ausrüsten (Schmidt, 2018).

Eine Verbesserung der Dienstübergabenqualität benötigt eine Reihe von Maßnahmen, viele davon sind in anderen Berufen seit Jahren üblich. Für die Informations- und Versorgungsqualität hat Lauterbach (2013) neben mehreren anderen Aspekten die Erstellung von schriftlichen Leitlinien für die Art der Durchführung eine hohe Relevanz.

Nach Schmidt (2018) soll die Entwicklung und Implementierung einer standardisierten Dienstübergabe die Sicherheit der Patient*innen erhöhen und Missverständnisse innerhalb des Pflegeteams reduzieren.

1.1 Problemdarstellung

Aus der Literatur (Schmidt, 2018) lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die Dienstübergabe einen großen Einfluss auf die Qualität und Kontinuität der pflegerischen Versorgung hat.

Alle Formen der Dienstübergaben, mündliche, schriftliche als auch die Dienstübergabe am Bett hängen in der Pflegepraxis stark zusammen. Die Dienstübergabeformen leisten einen individuellen Beitrag für die Pflegepraxis. Daraus ist abzuleiten, dass bei allen Formen gleichermaßen das Risiko gesundheitsrelevanter Probleme für die Patient*innen erhöht oder vermindert werden kann. Welche Übergabeform angewendet werden soll ist nicht eine einfache Entscheidung und kann nicht pauschal erfolgen, dabei spielen die Besonderheiten der Patient*innen, der Fachrichtungen und Einrichtungsphilosophien eine wichtige Rolle (Schmidt, 2018).

Die Dienstübergaben sind in Krankenhäusern ein langjähriger, institutioneller Bestandteil der Pflegepraxis und Pflegeorganisation. Im Vergleich zu Krankenhäusern ist über die Dienstübergaben in stationären Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen sehr wenig bekannt (Moriarty, Lipman, Norrie, Elaswarapu, & Manthorpe, 2019).

Die Einrichtungen werden aufgefordert, die Richtlinien, standardisierte Prozesse und Verfahren für den Prozess der Dienstübergabe zu entwickeln. Durch die Standardisierung wird der Informationsgehalt der Übergabe in einem strukturierten Format vorliegen, damit wird die Patient*innensicherheit verbessert (Schmidt, 2018). Für das Pflegepersonal beginnt jeder Dienst mit einer Dienstübergabe. Es gibt aber keine Vorgaben wie diese aussehen soll (Hiber, 2018).

Lauterbach (2013) kam zur Conclusio, dass alle Übergaben in der Pflegepraxis im Allgemeinen immer gleich lang sind unabhängig von der Stationsgröße. Das Pflegepersonal beschäftigt sich während der Dienstübergaben mit problematischen Patient*innen übermäßig lang. Wo hingegen bei unauffälligeren Patient*innen weniger Zeit in Anspruch genommen wird.

Nach Blank and Zittlau (2017) gibt es fünf Aspekte die bei einer Dienstübergabe von Bedeutung sind: Ziele der Übergabe, Inhalt der Übergabe, Teilnehmer*innen der Übergabe, Dauer der Übergabe, Form und Ort der Übergabe.

1.2 Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es zu beschreiben wie eine Dienstübergabe in Einrichtungen der Langzeitpflege ablaufen soll und welche Informationen diese beinhalten sollen, um die Qualität und Kontinuität der Pflegeversorgung garantieren zu können. Weiters sollen durch Literaturrecherche und empirische Datenerhebung Informationen gewonnen werden, um daraus eine Handlungsempfehlung zu entwickeln.

1.3 Fragestellung

Ausgehend von der Problemdarstellung und Zielsetzung resultieren folgende Forschungsfragen:

Hauptforschungsfrage:

Welche Informationen sind für eine qualitätsvolle Dienstübergabe im Langzeitpflegebereich notwendig?

Unterforschungsfragen:

- a. Wie stellt sich die Dienstübergabe derzeit in Wien im Langzeitpflegebereich dar?

- b. Welche Handlungsempfehlungen können auf Basis der Literatur und der derzeitigen Situation in Wien formuliert werden, um die Qualität und Kontinuität der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten?

1.4 Klärung zentraler Begrifflichkeiten

Dienstübergabe:

In der aktuellen deutschsprachigen Literatur lässt sich derzeit keine exakte Definition von Dienstübergabe finden. Im deutschsprachigen Raum koexistieren mehrere Begriffe für Dienstübergabe wie „Pflegeübergabe“, „Schichtübergabe“, „Patientenübergabe“, „Übergabegespräch“ und diese werden auch als Synonyme verwendet (Schmidt, 2018).

Aus einer Studie von Schmidt (2018) lässt sich folgende Definition von Dienstübergabe ableiten:

Die Pflegeübergabe ist ein Arbeitsgespräch im Schichtwechsel von Pflegenden, in dem durch die dokumentationsgestützte strukturierte Weitergabe und den professionellen Austausch von relevanten Informationen und aktuellen Entwicklungen zum Pflege- und Behandlungsprozess die pflegerische Verantwortung für eine/n PatientIn oder eine Patientengruppe übertragen wird mit dem Ziel, damit einen wichtigen Beitrag zur Versorgungskontinuität und Sicherheit derselben im Krankenhaus zu leisten. Die Einbeziehung der PatientInnen in den Pflegeprozess bildet dafür eine elementare Voraussetzung. (Schmidt, 2018, p. 143)

Langzeitpflege:

Der Begriff Langzeitpflege wird in dem interdisziplinären Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“ als Pflege und Betreuung von Menschen unabhängig von einer spezifischen Erkrankung und auf unbegrenzte Zeit beschrieben. Zudem wird betont, dass sich dieser Ausdruck in der Regel auf stationäre Pflegeeinrichtungen wie Geriatric Zentren oder Pflegeheime bezieht (Pleschberger, Reitingner, Wegleitner, Hornek, & Heimerl, 2009).

Pflegequalität:

Das Ziel aller im Gesundheitswesen tätigen Personen ist eine qualitative Versorgung und Sicherheit von Patient*innen und Pflegeheimbewohner*innen zu gewährleisten (Bauer, Kapeller, Binder, & Lohrmann, 2015).

Der Begriff Qualität steht im fachlichen und wissenschaftlichen Kontext der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe als Symbol für ein professionelles Handeln und für eine gute Praxis. Die Qualität von gesundheitlichen Dienstleistungen, die sich auf Personen bezieht, wird als Behandlungs- oder Pflegequalität bezeichnet (Jacobs, Kuhlmeier, Greß, Klauber, & Schwinger, 2018). Gemäß dem Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (2020) §2, Absatz 2 wird Qualität als Erfüllungsgrad von transparenten, effektiven, effizienten und nach patient*innen orientierender Erbringung der Gesundheitsleistung definiert. Es sollen drei zentrale Anliegen, um die Pflegequalität zu erreichen, erfüllt und optimiert werden:

Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Strukturqualität wird im Gesundheitsqualitätsgesetz (2020), §2, Absatz 8 als quantitative und qualitative Summe personeller und sachlicher Ausstattung gekennzeichnet. Prozessqualität umfasst nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz (2020), §2, Absatz 9 alle auf dem aktuellen Wissensstand basierten Arbeitsabläufe die systematisiert erfolgen und regelmäßig und kontinuierlich verbessert und evaluiert werden. Alle messbaren Veränderungen der Patient*innen wie der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Zufriedenheit werden nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz (2020), §2, Absatz 10 als Ergebnisqualität verstanden.

Die Qualität in der Pflege wird nach Hasseler (2019) von diversen Faktoren beeinflusst. Diese Faktoren sind Bewohner*innen sowie Angehörigen Charakteristika, unterschiedliche Zusammensetzung von Pflegepersonal mit unterschiedlichen Qualifikationen und Skillmix, weiters sind auch die internen und externen Umweltfaktoren von Bedeutung auch der Führungsstil spielt eine signifikante Rolle. Anhand von der Literatur kann die Erkenntnis gezogen werden, dass sich finanzielle, umweltliche und strukturelle Faktoren auf die Qualität in der Pflege und auf die erbrachte Leistung in den Langzeitpflegeeinrichtungen auswirken. Weiters betont Hasseler (2019), dass das Verständnis von Qualität in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung nicht starr und linear sein kann, sondern die Qualität muss als ein dynamischer Prozess verstanden werden, welcher im Laufe der Zeit variiert.

Pflegekontinuität:

Eine der zentralen Herausforderungen der zukünftigen und heutigen Gesundheitsversorgung ist es die kontinuierliche Versorgung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen sicherzustellen. Um Versorgungskontinuität zu ermöglichen muss die Informationskontinuität gewährleistet werden (Sellemann, 2019). Dobrin Schippers (2006) definiert pflegerische Kontinuität im Rahmen eines Glossars für Primary Nursing als eine systematisch geplante, dauerhafte und zielgerichtete Pflege von Patient*innen, die bei der Aufnahme anfängt und mit der Beendigung der Pflegesituation abgeschlossen wird. Die Pflegekontinuität wird in der Beziehung auf vier Dimensionen betrachtet. Der Pflegeprozess, die

Beziehungsgestaltung, die Personaleinsatzplanung und die Organisation innerhalb einer Institution.

Pflegekontinuität wird nach Leichsenring, Schulmann, Gasior, and Fuchs (2015) als ein Schlüsselfaktor, mit zwei Aspekten, welcher für die Prozessqualität in der Langzeitpflege verantwortlich ist, betrachtet. Der erste Aspekt beinhaltet die Sicherstellung der kontinuierlichen Betreuung. Der zweite Aspekt beschreibt die personelle Kontinuität zwischen Pflegepersonal und Bewohner*innen, dies kann am besten durch die Implementierung der Bezugspflege gewährleistet werden.

2. Theoretischer Teil

Diese Masterarbeit wird in zwei Abschnitte unterteilt. Der erste Teil der Arbeit umfasst einen theoretischen Überblick zum Thema Dienstübergabe, um den aktuellen Forschungsstand darzustellen. Der zweite Teil ist der empirische Teil der Arbeit und befasst sich mit der Beantwortung der Forschungsfragen mithilfe einer quantitativen Erhebung.

2.1 Literaturrecherche

Um einen Überblick von aktuell vorhandenem Wissen in Bezug auf das Thema sowie zur Beantwortung der Forschungsfragen zu erhalten, wurde eine Literaturrecherche nach relevanten wissenschaftlichen Publikationen durchgeführt. Der Zeitraum der Literaturrecherche erstreckte sich von September 2019 bis Februar 2020. Über die Suchoberfläche EBSCO-Host werden die Datenbanken Academic Search Elite, CINAHL, Research Gate und PubMed als Suchhilfe verwendet. Weiters wird im Suchportal MEDPILOT, in den Datenbanken MEDLINE (via PubMed) und Wiley Online Library nach wissenschaftlicher Literatur recherchiert.

Frei verfügbare Volltexte werden aus den Datenbanken heruntergeladen. Falls dies nicht möglich ist, wird die Wissenschaftssuchmaschine Google Scholar eingesetzt, Kopien aus Fachzeitschriften der Medizinischen Universität Wien angelegt oder die Primärautor*innen kontaktiert. Auf diese Weise stehen alle relevanten Publikationen als Volltext zur Verfügung. Diese Quellen werden mit den Suchbegriffen: Dienstübergabe, Pflegeübergabe, Schichtübergabe,

Kommunikation in der Pflege, Altenpflege, Langzeitpflege, pflegerische Kontinuität, Pflegequalität und auch mit englischen Suchbegriffen: handover, handoff, shift report, communication in nursing, elderly care, long term care, continuity of care, quality of care durchgesucht. Die Begriffe wurden mit bool'schen Operatoren in Verbindung gesetzt, um die Ergebnisse einzugrenzen.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien bei der Literaturrecherche

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Inhaltliche Variablen und Phänomene	Dienstübergabe	-
Bevölkerungsgruppe	Pflegepersonal (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Pflegeassistent*innen, Pflegefachassistent*innen)	nicht Pflegepersonal;
Setting	Langzeitpflege, Krankenanstalten	Kinderkliniken, Mobile Dienste
Publikationsarten	qualitative und quantitative Forschungsstudien, Literaturarbeiten, Datenbanken, Wissenschaftliche Fachzeitschriften, Monografien, Beiträge aus Sammelbänden, E-Books, Fachbücher	Lehrbücher, Lexika, Pflegewiki, graue Literatur, nichtwissenschaftliche Literatur
Zeitraum	2012 – bis heute	publizierte Literatur bevor 2012
Sprache	Deutsch, Englisch	alle anderen Sprachen
Kulturraum	International	-

Note. eigene Darstellung, 2020

Für einige Definitionen wurden verschiedenen Glossare herangezogen, welche nicht den Zeitraum der Einschlusskriterien entsprechen. Die Gesetztestexte aus RIS (Rechtsinformationssystem) wurden zur Eingrenzung diverser Theoretischer Darstellungen verwendet. Zusätzlich wurde eine Studie außerhalb des angestrebten Zeitrahmens in den Literatur - Review aufgenommen, da es sich hierbei um die gesamte Inhaltsanalyse von Dienstübergaben zwischen 1950 bis 2005 im deutschen und englischen Raum handelt.

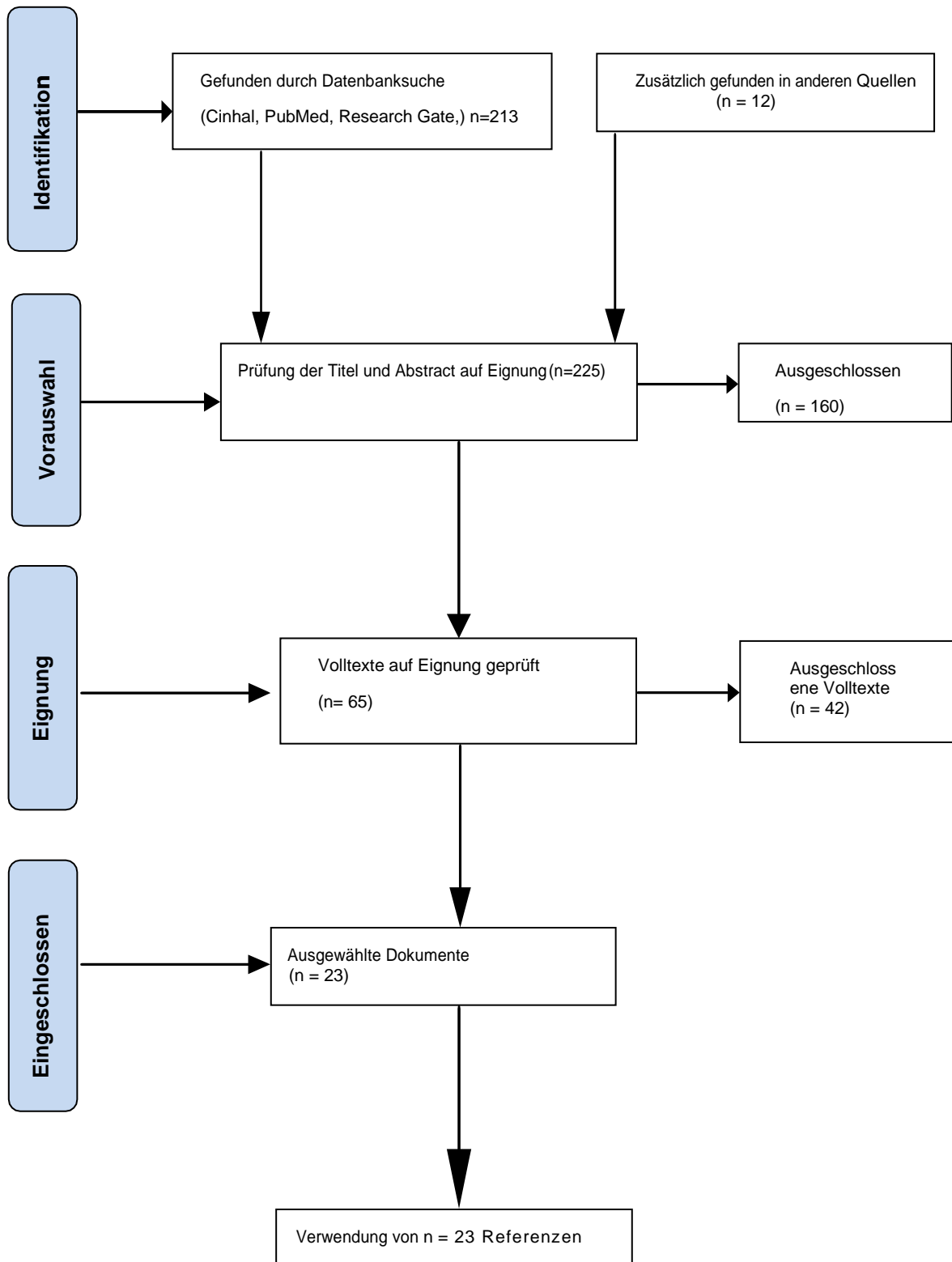
Die Dienstübergabe in der Langzeitpflege ist wissenschaftlich kaum untersucht. Deshalb werden auch wissenschaftliche Publikationen aus Krankenanstalten herangezogen, ausgeschlossen werden alle Publikationen aus dem extramuralen sowie auch aus dem pädiatrischen Bereich, da hier keine Verbindung zur Langzeitpflege hergestellt werden kann.

Nach der Datenbankrecherche sowie Handsuche wurden die jeweiligen Abstracts gesichtet und Doppeltreffer und irrelevante Artikel ausgeschlossen. Im Abschluss wurde die ausgewählten Studien mittels Bewertungshilfen des Universitätsklinikum

Halle (<https://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572&BF=0>) analysiert, ein Beispiel diese Analyseninstrumenten wurde im Anhang 1 dargestellt.

Die grafische Darstellung der identifizierten Literatur wurde im Suchprotokoll, wie in Abbildung 1 dargestellt, erfasst. Alle herangezogenen Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage werden im Unterkapitel Tabellarische Darstellung der Literaturrecherche in der Tabelle 2 dargestellt.

Abbildung 1: Suchprotokoll der Literaturrecherche



Note. eigene Darstellung, 2020

2.2 Tabellarische Darstellung der Literaturrecherche

In der folgenden Darstellung werden die eingeschlossenen Studien beschrieben.

Tabelle 2: Tabellarische Darstellung der Literaturrecherche

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
1	<p>Autor*innen: Abraham, Joanna, Kannampallil, T., Brenner, C., Lopez, Karen, D., Almoosa, Khalid, F., Patel, Bella & Patel, Vimla, L.</p> <p>Titel: Characterizing the structure and content of nurse handoffs: A Sequential Conversational Analysis approach</p> <p>Jahr: 2015</p> <p>Land: Vereinigten Staaten von Amerika</p>	<p>Ziel der Studie war die Beschreibung des SCA (Sequential Conversational Analysis) Ansatzes und die detaillierte Darstellung der Anwendung für die Analyse und Evaluation der Kommunikation während einer pflegerischen Dienstübergabe.</p>	<p>Studiendesign: Fallstudie</p> <p>Sample: n=16 - Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen auf eine MICU (Medizinischen Intensivstation) Station und n=7 Patient*innen</p> <p>Setting: MICU Station in einem Krankenhaus (Akademisches Medizinisches Zentrum) in Texas.</p>	<p>Datenerhebung: Zweimonatige Datenerhebung mittels:</p> <p>*) Audio Aufnahme während Dienstübergabe.</p> <p>*) Ethnographische Beobachtungen des Arbeitsablaufes bei Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen</p> <p>*) Semistrukturierte Interviews mit Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen</p> <p>Datenauswertung: Daten wurde in wöchentlichen Besprechungen analysiert und mittels Grounded Theory ausgewertet</p> <p>Audioaufnahmen wurden mittels SCA Ansatz analysiert</p>	<p>Die auf dem SCA Ansatz basierende Analyse zeigte Unterschiede zwischen den Gesprächsmustern, den Gesprächsstrategien und dem Inhalt der Übergaben ausgetauschten Informationen der ausgehenden und eingehenden Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen. Es sind zwei unterschiedliche Phasen im Gespräch, identifiziert. Die Vorbeugungsphase fasste die Präsentation und die Bestätigung von Informationen um. Die Nachbeugungsphase besteht aus einer interaktiven Überprüfung und Überarbeitung von Informationen.</p>
2	<p>Autor*innen: Baethge, A., & Rigotti, T.</p> <p>Titel: Auswirkung von Arbeitsunterbrechungen und Multitasking auf Leistungsfähigkeit und Gesundheit: Eine Tagebuchstudie bei Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ; Forschung Projekt F 2220.</p> <p>Jahr: 2013</p> <p>Land: Deutschland</p>	<p>Ziel der Studie war zu prüfen, welche Effekte Unterbrechungen und Multitasking auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter*innen haben.</p>	<p>Studiendesign: Mixed Methods (Experteninterviews und Tagebuchstudie mit randomisierter Ereignisstichprobe)</p> <p>Sample: Vorstudie: Interview: n=16 Pflegekräfte (14 Frauen und 2 Männer; Altersdurchschnitt 46,6 Jahre)</p> <p>Beobachtungen: n= 15 Pflegekräfte (14 Frauen und ein Mann; Altersdurchschnitt 46 Jahre)</p> <p>Hauptstudie: n= 145 Gesundheits- und</p>	<p>Datenerhebung: In der Vorstudie wurden Interviews und Schichtprobenbeobachtungen zwischen November 2009 und November 2010 durchgeführt, um einen Einblick in den Arbeitsalltag der Pflegekräfte zu bekommen. Die Interviews wurden als halbstrukturierte Interviews mit einem entsprechenden Interviewleitfaden geführt und dauerten jeweils circa eine Stunde. Das Vorgehen während der Beobachtung gestaltet sich folgendermaßen: Sämtliche Tätigkeiten und Unterbrechungen</p>	<p>Die Ergebnisse zeigen, dass Unterbrechungen und Multitasking unabhängig vom Alter der Person die Leistung verringern und auch das Beanspruchungserleben erhöhen. Folglich müssen Maßnahmen ergriffen werden, um entweder das Auftreten dieser Belastungsfaktoren zu verringern oder den Umgang mit diesen Anforderungen zu verbessern.</p>

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
			<p>Krankenpfleger/innen.</p> <p>Setting: Es nahmen zehn Krankenhäuser (Chirurgie, Neurologie, Innere Station, Transplantationsabteilung, Kardiologie, Hals-Nasen-Ohren-Geriatrie, Notaufnahme, Gynäkologie) mit je 6 bis 25 Pflegekräften teil.</p>	<p>werden in einem Protokollbogen aufgezeichnet, so dass ein detailliertes Profil des Arbeitsablaufs auf einer untersuchten Station abgebildet wird.</p> <p>Die Hauptstudie wurde als Tagebuchstudie mit randomisierter Ereignisstichprobe durchgeführt. An fünf aufeinanderfolgenden Tagen haben die Untersuchungsteilnehmer*innen fünfmal pro Tag einen standardisierten Fragebogen ausgefüllt.</p> <p>Datenauswertung: Aufgrund der Datenstruktur wurde die statistische Auswertungsmethode - Multilevelanalyse für die Datenauswertung angewendet.</p>	
3	<p>Autor*innen: David, A., Holroyd, E., Jackson, M., & Cleary, S</p> <p>Titel: 'being in the know': Nurses' perspectives on the role of 'end-of-shift' verbal handover.</p> <p>Jahr: 2017</p> <p>Land: Australien</p>	<p>Ziel der Studie war die verbalen Kommunikation spraktiken und -prozesse am Ende der Schicht zu untersuchen und qualitativ zu überprüfen und eine zentrale theoretische Konstruktion der Perspektiven von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen auf die Übergabe in zeitgenössischen australischen klinischen Umgebungen weiterzuentwickeln.</p>	<p>Studiendesign: Grounded Theory (qualitatives Studiendesign)</p> <p>Sample: n= 41 Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen</p> <p>Setting: städtisches Krankenhaus (Chirurgie, Akutversorgung) in Melbourne, Australia</p>	<p>Datenerhebung: Die Daten wurden 2013 über einen Zeitraum von zwei Monaten für die Phase 1 der Studie gesammelt. Phase 1 der Forschung wurde unter Verwendung der Grounded Theory-Methode von Strauss und Corbin durchgeführt, um die Wahrnehmung der verbalen Übergaben durch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen zu untersuchen. Die Daten wurden unter Verwendung intensiver Interviewtechniken in sechs Fokusgruppen mit durchschnittlich sieben Mitgliedern in jeder Gruppe gesammelt.</p> <p>Datenauswertung: Die Daten wurden dann gleichzeitig mittels Strauss and Corbin Grounded Theory codiert und analysiert, um die Kategorisierung der Kernkonzepte zu ermöglichen.</p>	<p>Kommunikation erwies sich als das zugrunde liegende Kernkonzept mit verknüpften Themen wie Übergabemodus, Informationsrelevanz, berufliche Rolle der Pflege, Sorgfaltspflicht, Aktualität und Umfang der Praxis.</p> <p>Die Kommunikation während der Übergabezeit muss so zugeschnitten sein, dass die entgegenkommende Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sich auf die bevorstehende Schicht vorbereiten kann. Um dies effektiv zu erreichen, müssen die ausgetauschten Informationen relevant und so gestaltet sein, dass die entgegenkommende Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen die Bedürfnisse der Patient*innenversorgung priorisieren und</p>

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
					gleichzeitig sicherstellen kann..
4	<p>Autor*innen: Drach-Zahavy, Anat, & Hadid, Nadim</p> <p>Titel: Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift</p> <p>Jahr: 2015 Land: Israel</p>	<p>Ziel der Studie war die Untersuchung der Beziehung zwischen den Strategien, die die Pflegekräfte während Dienstübergabe anwenden sowie Anzahl und Art der Behandlungsfehler in der Patienten*innen Versorgung in der folgenden Schicht</p>	<p>Studiendesign: Mixed Method prospektive Studie</p> <p>Sample: n=200 zufällig ausgewählt Dienstübergaben</p> <p>Setting: Die Studie wurde in fünf Pflegestationen durchgeführt. (interne Stationen)</p>	<p>Datenerhebung: Die Daten wurden von 2012 bis 2013 von 200 zufällig ausgewählten Dienstübergaben in fünf internen Stationen gesammelt. Die Daten beinhalteten die Kombination von Beobachtungen, Umfragen und Zusammenführungen von Daten aus Patient*innendokumentation!</p> <p>Datenauswertung: Deskriptive Statistik wurde zur Zusammenfassung der Daten verwendet.</p>	<p>Im Durchschnitt war in fast einem Fünftel der Patient*innenakten die gegebene Medikamentendosis ungenau, in fast einem Drittel wurde ein Pflegeauftrag verspätet erfüllt und in fast der Hälfte fehlte die Dokumentation teilweise. Die Nutzungsrate von Übergabestrategien, die zuvor von Organisationen mit hoher Zuverlässigkeit übernommen wurden, war sehr unterschiedlich.</p>
5	<p>Autor*innen: Frankel, Richard M.; Flanagan, Mindy; Ebright, Patricia; Bergman, Alicia; O'Brien, Colleen M.; Franks, Zama; Allen, Andrew; Harris, Angela; Saleem, Jason J.</p> <p>Titel: Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality</p> <p>Jahr: 2012 Land: Vereinigten Staaten von Amerika</p>	<p>Ziel der Studie war die Verwendung nonverbaler Verhaltensweisen, einschließlich Geste, Haltung, Körperorientierung, Gesichtsausdruck, Augenkontakt und körperlicher Distanz, bei der Bereitstellung von Informationen während der Dienstübergabe zu untersuchen.</p>	<p>Studiendesign: Experimental Studiendesign</p> <p>Sample: In diese Studie wurden 31 Dienstübergaben für 137 Patient*innen und 21 Übergaben für 101 Patient*innen einbezogen. Insgesamt n=52 Dienstübergaben wurden einbezogen.</p> <p>Setting: Veterans Administration Medical Centers</p>	<p>Datenerhebung: Ein wissenschaftlicher Mitarbeiter wandte sich an potenzielle Teilnehmer*innen um den freiwilligen Charakter der Studienverfahren zu erläutern und die Zustimmung einzuholen, um sie in die Studie einzuschreiben. Nach dem Videobänder erhalten worden waren, wurden sie sofort auf ein gesichertes Laufwerk heruntergeladen,</p> <p>Datenauswertung: Videobänder wurden unter Verwendung von Immersions- / Kristallisationsmethoden der qualitativen Datenanalyse analysiert. Ein Team von sechs Forscher*innen traf sich 18 Monate lang wöchentlich, um gemeinsam Videos mit einem konsensbildenden Ansatz anzusehen.</p>	<p>Es wurden vier Muster nonverbaler Verhaltens identifiziert, die sich auf die Übergabequalität beziehen: (1) gemeinsamer Fokus von Beachtung; (2) „die Pokerhand“; (3) Parallelspiel und (4) Beratung beim Tischrand. Jedes Muster stellt eine systematische Möglichkeit dar, nonverbal am Pflegeübertragungsprozess teilzunehmen. Und obwohl es in jedem Muster Unterschiede gibt, konnten die Forscher*innen praktisch jede Übergabe, die in der Krankenpflege, Medizin und Chirurgie beobachtet haben, in eine dieser vier Kategorien einteilen. Die Beachtung von nonverbalen Verhaltens - Mustern bei Übergaben in Verbindung mit Ausbildung und Praxis kann die Qualität und Zuverlässigkeit der Dienstübergabe verbessern</p>
6	<p>Autor*innen: Galatzan, B. J., & Carrington, J. M.</p>	<p>Ziel dieser Studie war eine umfassende Übersicht über</p>	<p>Studiendesign: Systematische Literaturrecherche</p>	<p>Datenerhebung: Eine umfassende Literaturrecherche wurde durchgeführt,</p>	<p>Die folgenden sechs Themen wurden in der Dienstübergaben zwischen</p>

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
	<p>Titel: Exploring the State of the Science of the Nursing Hand-off Communication.</p> <p>Jahr: 2018</p> <p>Land: Vereinigten Staaten von Amerika</p>	<p>die Übergabe und den Stand der Wissenschaft in Bezug auf die Kommunikation zwischen Pflegepersonen während der Übergaben anzuliefern.</p>		<p>um relevante Forschungsstudien zu identifizieren, die sich mit der Übergabekommunikation von Pflegeperson zu Pflegeperson befassen. Die Literaturrecherche wurde durchgeführt, um Studien zu identifizieren, die von 2007 bis 2017 auf englische Sprache durchgeführt wurden. Es wurden insgesamt 30 Artikel zur Auswertung ausgewählt</p> <p>Datenauswertung: Die Artikel wurden unter Verwendung einer thematischen Analyseverfahren analysiert, um Themen oder Kategorien in den Textdaten zu identifizieren.</p>	<p>Pflegepersonal identifiziert: 1) standardisierte Werkzeuge, 2) Wahrnehmung und Zufriedenheit des Pflegepersonals mit der Übergabe, 3) Kommunikation und Kommunikationsmuster, 4) Verwendung elektronischer Werkzeuge, 5) Dienstübergaben Inhalt 6) Erkenntnis / Gedächtnis. Ein Großteil der Artikel (21 von 30) befasste sich mit standardisierten Übergabewerkzeugen und der Wahrnehmung und Zufriedenheit der Pflegepersonen mit der Übergabe. Die Forschung zur Standardisierung der Übergabe konzentriert sich auf die Struktur und Konsistenz der Übergabe, nicht jedoch auf den Inhalt.</p>
7	<p>Autor*innen: Glaser, Jürgen, Seubert, Christian,</p> <p>Titel: Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung</p> <p>Jahr: 2018</p> <p>Land: Österreich</p>	<p>Die Studie gibt einen Überblick über die Vielfalt der täglich anfallenden Aufgaben und Herausforderungen in Alten- und Pflegeheimen geben.</p>	<p>Studiendesign: Mixed-Methods Design - Literaturanalyse und Expert*inneninterviews. (qualitativ und quantitativ)</p> <p>Sample: Die qualitativen Daten wurden mittels Führungskräfte- und Beobachtungsinterviews (N = 82) und quantitative Daten mittels Fragebogen (N = 18) und Teilschichtbeobachtungen (N = 81) erhoben. Insgesamt n=181</p> <p>Das Projekt lässt sich grob in drei Phasen gliedern: Projektplanung · Pilotstudie Hauptstudie</p> <p>Setting:</p>	<p>Datenerhebung: Die Datenerhebung erstreckte sich insgesamt über einen Zeitraum von vierzehn Monaten (Beginn Dezember 2016, Ende Februar 2018).</p> <p>Die Daten wurden mittels Literatur- und Dokumentenanalyse und Experten*inneninterviews erhoben.</p> <p>Es wurde telefonisch Kontakt mit den jeweiligen Heimleitungen aufgenommen Per Mail wurden dann die Fragebögen an die Heimleitungen übermittelt, mit der Bitte, die Fragebögen vor den vereinbarten Terminen für die Datenerhebung zurückzusenden.</p> <p>Datenauswertung: Die Daten wurden ausführlich in</p>	<p>Pflegepersonen in Langzeitpflege Einrichtungen zählen zu den gesundheitlich am stärksten belasteten Berufsgruppen in Österreich. Ein maßgebender Faktor für diese Belastungen ist die Differenz zwischen den im Wandel begriffenen Rahmenbedingungen der Tätigkeit, der Berufsbilder, Kompetenzbereiche und auch der Bedürfnisse von Bewohner*innen einerseits, und den finanziellen und personellen Möglichkeiten der Einrichtungen andererseits. In dieser Studie zeigten sich Risiken für Beeinträchtigungen der Gesundheit durch Zeit- und Personalmangel oder den betreuungsintensiven Umgang mit</p>

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
			18 Alten - und Pflegeheime.	Zwischenbericht und Endbericht beschrieben und grafisch dargestellt.	Bewohner*innen mit demenziellen Erkrankungen.
8	<p>Autor*innen: Kilic, S., Ovayolu, N., Ovayolu, O., & Ozturk, M.</p> <p>Titel: The Approaches and Attitudes of Nurses on Clinical Handover. International Journal of Caring</p> <p>Jahr: 2017</p> <p>Land: Turkei</p>	Der Zweck dieser Studie war es, die Ansätze und Einstellungen von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen in Bezug auf die klinische Übergabe zu bestimmen.	<p>Studiendesign: Beschreibende Querschnittsstudie</p> <p>Sample: n=480 Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen</p> <p>Setting: Universitätsklinik, drei öffentliche Krankenhäuser und drei private Krankenhäuser – insgesamt 7 Institutionen</p>	<p>Datenerhebung: Die Datenerhebung wurde zwischen April und Juli 2013 in sieben Institutionen in einer Stadt in der Türkei durchgeführt. Vor der Durchführung der Fragebogen wurde eine Pilotstudie mit 10 Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen die von der Studie ausgeschlossen wurden durchgeführt. Der Fragebogen wurde unter Verwendung persönliche Interviewmethode durchgeführt.</p> <p>Datenauswertung: Das Statistikpaket für die Sozialwissenschaften für Windows (SPSS) wurde verwendet, um statistische Analyse durchzuführen.</p>	<p>Die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen haben angegeben, dass die klinische Übergabe Vorteile und Nachteile hat.</p> <p>Vorteile: Der Erwerb von Informationen über die Patient*innen und die Krankheit, und das <i>Follow-up</i> von Patient*inneninformationen</p> <p>Nachteile: zu viel Zeit wird für die Dienstübergabe in Anspruch genommen, die Arbeitsbelastung wird dadurch erhöht.</p>
9	<p>Autor*innen: Lauterbach, Andreas</p> <p>Titel: Was wir bislang zu sagen hatten – Quantitative und Qualitative Inhaltsanalyse von Veröffentlichungen am Beispiel Dienstübergaben</p> <p>Jahr: 2008</p> <p>Land: Deutschland</p>	Ziel der Studie war die englisch- und deutschsprachige wissenschaftlich publizierte Literatur auf das Thema Dienstübergabe mit Anwendung von MAXqda Software inhaltlich zu analysieren und die Darstellung der Dienstübergabe Entwicklung in den letzten 56 Jahren.	Studiendesign: Quantitative und Qualitative Inhaltsanalyse	<p>Datenerhebung: Es wurde nach der englisch- und deutschsprachigen Literatur die zwischen 1950-2006 publiziert. recherchiert. Der Forschungsprozess erfolgte über einen MAXqda Programm zur qualitativen Datenanalyse.</p> <p>Datenauswertung: Die quantitativen Datenauswertungen erfolgte mit SPSS 11. Die Auswertungen beschränken auf einfache statistische Methoden.</p>	In den englischen Beiträgen stehen die Begriffe, die das Wesen der Übergabe ausmachen wie Pflegende, Patient, Übergabe, Pflegepraxis und Kommunikation im Vordergrund der Publikationen. Es ist zu Autor aufgefallen, dass es über die Form der Übergabe wenig Publikationen gibt. Andererseits fällt es sofort auf, dass es in den deutschen Beiträgen nicht Pflegende, Patient*innen, Praxis oder Kommunikation stehen, sondern eine besondere Übergabeform, die Pflegevisite im Zentrum der Diskussion ist. Das Thema Übergabe spielt in deutschsprachigen Publikationen vor 1948 keine relevante Rolle. Die ersten Beiträge im deutschen

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
					<p>Sprachraum zu dieser Thematik sind ab Jahr 1981 unter dem Begriff Schwesternvisite zu finden. Die Forschungen im englischsprachigen Raum fokussieren sich in den letzten 15 Jahren auf Übergabequalität. Die zentrale These in deutschen Publikationen lautet, dass die Kunst der Pflege Schweigen ist und nicht das Reden. Bezüglich der Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und PatientInnen wird in deutschsprachige Literatur empfohlen alle Fragen von Patient*innen immer an den Arzt zu verweisen.</p>
10	<p>Autor*innen: Leichsenring, Kai, Schulmann, Katharine, Gasior, Katrin und Fuchs, Michael</p> <p>Titel: Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege</p> <p>Jahr: 2015</p> <p>Land: Österreich</p>	<p>Ziel dieser Studie war es, erstmals in Österreich die Perspektiven zu „guter Pflege“ von allen Berufsgruppen in der Langzeitpflege und -betreuung zu erheben und kritisch zu beleuchten, um daraus mögliche Verbesserungsmaßnahmen zu entwickeln</p>	<p>Studiendesign: Literatur- und Dokumentenstudie</p> <p>Sample: Interviews: n= 12 Vertreter*innen der unterschiedlichen in der Langzeitpflege beschäftigten Berufsgruppen</p> <p>5 Workshops mit n= 6-10 Langzeitpflege</p> <p>Setting: Beschäftigte in der Langzeitpflege aus Wien, Steiermark, Salzburg und Oberösterreich.</p>	<p>Datenerhebung: Literaturanalyse zu Identifikation der relevanten Themen für Interviewbefragung</p> <p>explorative Interviews wurde auf Basis eines semi-strukturierten Interviewleitfadens telefonisch durchgeführt.</p> <p>Datenauswertung: Die Auswertung dieser Interviews in Kombination mit Inhalten aus der Literatur resultierte in einem Themenkatalog. Dieser Katalog diente als Arbeitsgrundlage und Ausgangspunkt für fünf Workshops im April und Mai 2015 mit jeweils sechs bis zehn Vertreter*innen der verschiedenen Berufsgruppen. Schließlich wurde dieser Katalog auch in einer Gruppendiskussion mit sechs pflegenden Angehörigen, kritisch diskutiert,</p>	<p>Diese Studie hat gezeigt, dass das Feld der Langzeitpflege nach wie vor durch abwechslungsreiche Widersprüchlichkeiten gekennzeichnet ist. Der Identitätsbildung ist geprägt von Widersprüchen zwischen Professionalität und Empathie, Privatheit und Öffentlichkeit, Marktorientierung und staatlicher Verantwortung, Effizienz und Beziehungsarbeit, Mindeststandards und Exzellenzmodellen, Standardisierung und Individualisierung sowie Ansprüchen auf Teamarbeit und individueller Verantwortung. Als greifbares Ergebnis der Studie entstand ein Katalog von 53 Themen und Schlüsselaspekten, die aus Sicht der Beschäftigten „gute Pflege“ ermöglichen. Die Themen reichen von „Alltagsgestaltung“ und „Autonomie“ über „Empathie“ und „gesetzliche</p>

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
					Rahmenbedingungen“ bis hin zu „Kooperation“, „Lebensqualität“, „Multidisziplinarität“, „Professionalität“, „Zeit“ und „Zugang“. Alle 53 Themen werden aus Sicht der implizierten Vertreter*innen der unterschiedlichen Berufsgruppen erläutert. Es wurden auch Hinweise zur Definition, Methodik und Zielorientierung für die kontinuierliche Verbesserung gegeben.
11	Autor*innen: Lozano, Maryori Arroyo Marles, Ligia Patricia, Titel: The Handover: A Central Concept in Nursing Care Jahr: 2015 Land: Kolumbien	Ziel dieser Untersuchung war über die Dienstübergabe und ihren Wert als zentraler Konzept in der Pflege zu reflektieren.	Studiendesign: Systematische Literaturrecherche	Datenerhebung: Es wurde eine Literaturrecherche in spanische, englische und portugiesische Sprache durchgeführt. Insgesamt wurden 80 Artikel gesammelt, von denen 50 entnommen wurden, die die Einschlusskriterien enthielten, veröffentlicht zwischen 1999 und 2013.	Es wurden Großteils Informationen gefunden, welche besagen, dass der Fokus während Dienstübergabe auf Disziplin sein soll. Literaturrecherche zeigte Tendenz zu Qualitativen und weniger zu Quantitativen Studien auf dieses Thema
12	Autor*innen: Maharani, R., & Thabrany, H. Titel: How to Improve Patient Handoff Quality for Ensuring Patient Safety: A Systematic Review. Jahr: 2018 Land: Indonesien	Ziel dieser systematischen Literaturrecherche ist es, Hindernisse im Übergabeprozess zu erkennen und Strategien zur Verbesserung der Übergabequalität von Patient*innen zu finden, um die Patient*innensicherheit zu gewährleisten.	Studiendesign: Systematische Literaturrecherche	Datenerhebung: Es wurde eine Literaturrecherche in englische und indonesische Sprache zwischen 2012 -2016 durchgeführt. Aufgrund der Einschlusskriterien wurden 14 Artikel aufgenommen.	Basierend auf der systematischen Literaturrecherche werden folgende Strategien zur Verbesserung der Qualität der Patientenübergabe vorgeschlagen: Implementierung standardisierter mündlicher und schriftlicher Übergabeprotokolle, Persönliche Interaktion mit aktiven Diskussionsmöglichkeiten, Minimale Unterbrechungen während der Patient*innenübergabe, genaue und aktuelle Informationen mit dem Fokus auf einigen wichtigen oder kritischen Themen, Schulung des Personals, Überwachung des Übergabeprozesses, Unterstützung durch Führungsebene.
13	Autor*innen:	Das Ziel dieser Studie war die	Studiendesign:	Datenerhebung:	Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
	<p>Malekzadeh, J., Mazluom, S. R., Etezadi, T., & Tasseri, A.</p> <p>Titel: A Standardized Shift Handover Protocol: Improving Nurses' Safe Practice in Intensive Care Units</p> <p>Jahr: 2013</p> <p>Land: Iran</p>	<p>Auswirkungen eines standardisierten Dienstübergabe protokolls: <i>A Standardized Shift Handover Protocol: Improving Nurses' Safe Practice in Intensive Care Units</i> auf der sicheren Praxis der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen auf Intensivstation zu untersuchen.</p>	<p>Quasi-experimental pretest-posttest Studie.</p> <p>Sample: n=56 Diplomierten Gesundheit – und Krankenpfleger*innen (Intensivstation).</p> <p>Setting: Intensivstation in einem großen Lehrkrankenhaus in Mashad, Iran.</p>	<p>Die Studie wurde im Frühjahr und Sommer 2011 durchgeführt. Für die Datenerhebung wurde ein demografische Fragebogen: <i>The Shift Handover Evaluation Checklist</i> verwendet.</p> <p>Datenauswertung: Für die Datenanalyse wurde die SPSS 11.5-Software und den Mc Nemar Test verwendet.</p>	<p>die Implementierung des entworfenen Dienstübergabeprotokolls die Leistung aller Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen in Bezug auf die Patient*innensicherheit verbesserte, indem sie ihr Pflegeprogramm aktualisierten, die Kontinuität der Versorgung aufrechterhielten und die Qualität der Informationskommunikation zwischen den Schichten verbesserten.</p>
14	<p>Autor*innen: Manias, Elizabeth, Geddes, Fiona, Watson, Bernadette, Jones, Dorothy and Della, Phillip</p> <p>Titel: Perspectives of clinical handover processes: a multi-site survey across different health professionals</p> <p>Jahr: 2016</p> <p>Land: Australien</p>	<p>Ziel dieser Studie war der Perspektiven von Angehörigen der Gesundheitsberufe verschiedener Disziplinen hinsichtlich der klinischen Übergabe zu untersuchen.</p>	<p>Studiendesign: prospektive Querschnittsstudie</p> <p>Sample: n=707 Angehörige der Gesundheitsberufe nahmen teil (Rücklaufquote = 14%). Vertretene Berufe waren Krankenpflege (60%), Medizin (22%) und verwandte Gesundheit (18%).</p> <p>Setting: städtische Krankenhäuser, öffentliche ländliche Krankenhäuser und gemeinde Gesundheitszentren</p>	<p>Datenerhebung: Ein prospektives Querschnittsdesign Studie wurde unter Verwendung einer Umfrage durchgeführt. Die endgültige Version der Umfrage umfasste acht Abschnitte: Die Verteilung der Umfrage erfolgte Standortbasis und umfasste in der Regel eine kurze Einführungs-E-Mail mit einem Link zur Online-Umfrage.</p> <p>Datenauswertung: Die erhobenen Daten wurden aus der Survey-Monkey-Datenbank in eine passwortgeschützte Excel-Datei konvertiert. Daten aus der Excel-Datei wurden zur statistischen Analyse in ein IBM SPSS Programm importiert.</p>	<p>Die Studie besagt dass, die Unterschiede zwischen Gesundheitsberufe in Bezug auf die Effektivität der Übergabe, die wahrgenommene Wirksamkeit der Übergabe am Krankenbett im Vergleich zur Übergabe die nicht am Krankenbett stattgefunden hat, die Beteiligung von Patient*innen und Familien an der Übergabe sowie die Bestätigung der Befragten, dass sie die Übergabe und ihre Perspektive verstanden haben bestehen. Komplexe Hindernisse behinderten die Durchführung effektiver Übergaben, einschließlich unzureichender Schulungsmöglichkeiten, mangelnder Rollenbild sowie mangelnde Vertrauen und Verständnis für das Übergabeprozesse.</p>
15	<p>Autor*innen: Moriarty, Jo, Lipman, Valerie, Norrie, Caroline, Elasarapu, Rekha, Manthorpe, Jill</p> <p>Titel:</p>	<p>Ziel dieser Studie war die Darstellung der bisher bekannten Informationen über die Dienstübergabe in Pflegeheimen</p>	<p>Studiendesign: Scoping review</p>	<p>Datenerhebung: Systematische Suche nach Studien und Wissenschaftlichen Artikeln sowie auch Guidelines für Dienstübergabe in Pflegeheimen die zwischen Jänner 2005</p>	<p>Es wurde wenig Publierte Literatur gefunden auf das Thema Dienstübergabe in Pflegeheimen. Konzeptionell schienen Dienstübergaben in</p>

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
	<p>Handovers in care homes for older people – their type, timing and Usefulness.</p> <p>Jahr: 2019</p> <p>Land: Vereinigte Königreich</p>	für ältere Menschen.		- Dezember 2016 publiziert sind.	<p>Pflegeheimen von Übergaben in Krankenhäuser beeinflusst zu werden. Es gab große Unterschiede bei der Dienstübergabe Teilnehmer*innen. Bei manchen waren Abteilungshelfer*innen inkludiert und andere Service Mitarbeiter*innen und bei anderen nur das Pflegepersonal! Es zeigte sich, dass der Zeitpunkt wann die Dienstübergabe stattfinden soll ist mehr auf die Mitarbeiter*innen als auf Bewohner*innen. Bedürfnisse orientiert.</p>
16	<p>Autor*innen: Moriarty, J., Norrie, C., Manthorpe, J., Lipman, V., & Elasarapu, R.</p> <p>Titel: What makes a good handover in a care home for older people?</p> <p>Jahr: 2019</p> <p>Land: Vereinigte Königreich</p>	Das Ziel der Studie war es, Inhalt, Zweck und Wirksamkeit der Übergabe von Informationen zwischen Pflegeheimpersonal, das eine Schicht beginnt und abschließt zu untersuchen.	<p>Studiendesign: Explorative Studie, die sich auf ethnografische Daten stützt.</p> <p>Sample: n=27 Personen - aus eine Reihe von Pflegeheimpersonal (acht Manager*innen, vier Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und neuen Pflegeassistent*innen und vier leitende Angestellte)</p> <p>Setting: Fünf Pflegeheime</p>	<p>Datenerhebung: Teilstrukturierte Audio-aufgezeichnete Interviews wurden mit 27 Mitarbeiter*innen in fünf Pflegeheimen durchgeführt und 17 Beobachtungen von Dienstübergaben haben stattgefunden.</p> <p>Datenauswertung: Die Interviewprotokolle und Beobachtungsnotizen wurden in die qualitative NVivo-Softwarepaket eingegeben. Die Daten wurden unter Verwendung eines Matrixansatzes nach Miles und Huberman analysiert.</p>	<p>Die meisten Dienstübergaben waren von kurzer Dauer - etwa 15 Minuten - und fanden im Büro oder in einem abgelegenen Bereich statt, in dem die Mitarbeiter*innen privat sprechen konnten. Die Mitarbeiter*innen waren der Ansicht, dass Übergaben wichtig für den effizienten Betrieb des Hauses sind und alle auf Veränderungen in dem Gesundheitszustand von Bewohner*innen aufmerksam zu machen. Die Übergabestandards in den Häusern waren sehr unterschiedlich. Die Manager*innen standen vor schwierigen Entscheidungen, um den Bedarf an Personal für ihre Schicht gegen die Kosten für Personalzeit und die Risiken für die Bewohner abzuwägen.</p>
17	<p>Autor*innen: Norrie, Caroline; Lipman, Valerie; Moriarty, Jo, Elasarapu Rekha, Manthorpe, Jill</p>	Der Zweck dieser Studie war es, den Inhalt, den Zweck und die Wirksamkeit der Übergabe von Informationen	<p>Studiendesign: Die Studie bestand aus einer Literaturrecherche und qualitativen Untersuchungen (Interviews) die in fünf Pflegeheimen</p>	<p>Datenerhebung: Literaturrecherche bestätigte, dass die Dienstübergaben Großteils in Krankenhäuser untersucht wurden.</p>	<p>Die Übergaben waren in den fünf Pflegeheimen in Bezug auf Häufigkeit, Dauer, Ort und Inhalt sehr unterschiedlich. Die Pflegeassistent*innen</p>

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
	<p>Titel: How do handovers happen? A study of handover-at-shift changeovers in care homes for older people</p> <p>Jahr: 2017</p> <p>Land: Vereinigtes Königreich</p>	<p>zwischen zwei verschiedenen Pflegeschichten -diejenigen, die eine Schicht verlassen und diejenigen die eine Schicht beginnen zu untersuchen.</p>	<p>durchgeführt wurden mit einem ethnografischen Ansatz.</p> <p>Sample: n=27 – es wurden Interviews in jedem Pflegeheim mit Eigentümer*innen, leitende Angestellten, Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und Mitarbeiter*innen, die Tag- und Nachtschichten arbeiten durchgeführt.</p> <p>Setting: Langzeitpflege – Pflegeheime</p>	<p>Die Übergaben wurden beobachtet und Interviews mit einer Reihe von Mitarbeiter*innen durchgeführt Die Interviews wurden aufgenommen, vollständig transkribiert und in das Softwarepaket für die qualitative Analyse von NVivo eingegeben. Notizen wurden so bald wie möglich nach dem Besuch verfasst, wobei direkte Beobachtungen von Interpretationen mit unterschieden wurden.</p> <p>Datenauswertung: Ein Ansatz, der auf Spradleys Arbeit basiert wurde, ist für Dateninterpretation benutzt. Matrixanalyse-Ansatz zum Vergleich bereits vorhandener Kategorien im Zusammenhang mit den Forschungsfragen und neuen Themen wurde benutzt.</p>	<p>sagten, dass die Übergaben ihnen geholfen hätten sich auf den Dienst vorzubereiten und die Verantwortung für die Sicherheit der Bewohner*innen zu übernehmen. Unabhängig vom gewählten Übergabemodell waren die Mitarbeiter*innen der Ansicht, dass Übergaben wirksam waren. Nicht alle an dieser Studie beteiligten Mitarbeiter*innen berichteten, dass sie für die Zeit bezahlt wurden, die sie für die Übergabe aufgewendet hatten. Sie betrachteten diese zusätzliche Zeit jedoch als integralen Bestandteil ihrer Verantwortung.</p>
18	<p>Autor*innen: O'Rourke, Jennifer, Abraham, Joanna, Riesenberg, Lee Ann, Matson, Jeff, Dunn Lopez, Karen,</p> <p>Titel: A Delphi Study to Identify the Core Components of Nurse to Nurse Handoff</p> <p>Jahr: 2018</p> <p>Land: Vereinigten Staaten von Amerika</p>	<p>Ziel dieser Studie war die Identifizierung der Kernkomponenten der Dienstübergaben zwischen Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen.</p>	<p>Studiendesign: Mixed Method Design mittels Delphi-Technik</p> <p>Sample: n= 17 Dienstübergabe Expert*innen.</p> <p>Setting: Die Befragung erfolgte über Google.</p>	<p>Datenerhebung: Die Dienstübergabe-Experten gaben zwischen Mai 2016 – Oktober 2016 Feedback mittels Google Forms zu den Kernkomponenten der pflegerische Dienstübergabe - und den Inhalten in jeder Komponente, die während einer typischen Stationsbaiserten Dienstübergabe von einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*in zur nächsten weitergegeben werden soll. Der Konsens wurde als 80% Zustimmung oder höher definiert.</p> <p>Datenauswertung: Alle quantitativen Bewertungen, die über und unter dem 80% -Schnittpunkt lagen, wurden untersucht und verglichen mit den</p>	<p>Nach drei Runden der Teilnehmerüberprüfung einigten sich 17 Übergabeexpert*innen mit Hintergrund in der klinischen Pflegepraxis, der Wissenschaft und der Übergabeforschung Es wurden folgende Kernkomponenten der Übergabe identifiziert: Patient*innenübersicht, Aktionsplan und die Synthese zwischen der Diplomierten Gesundheit und Krankenpfleger*innen.</p>

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
				qualitativen Daten, um die Antworten zu validieren und die Notwendigkeit von Änderungen in nachfolgenden Runden zu bestimmen.	
19	<p>Autor*innen: Pokojová, Radka, Bártlová, Sylva</p> <p>Titel: Effective Communication and Sharing Information at Clinical Handovers</p> <p>Jahr: 2018</p> <p>Land: Tschechien</p>	Ziel dieser Studie war es, einen Überblick in Bezug auf die Dienstübergabe über das aktuelle Wissen, über Ansätze zur Verbesserung der Patient*innensicherheit und Gewährleistung der Pflegekontinuität zu geben.	<p>Studiendesign: Beschreibende zusammenfassende Studie.</p>	<p>Datenerhebung: Die Datenbanken PubMed, Science Direct, Embase und Google Scholar wurden untersucht, wobei der Schwerpunkt auf Artikeln lag, die in den letzten fünf Jahren auf Englisch veröffentlicht wurden.</p> <p>Datenauswertung: 28 Artikel wurden analysiert. Die Bewertung umfasste Studien der Evidenzstufen zwei, drei und vier</p>	Die Bewertung der Wirksamkeit von Dienstübergaben konzentriert sich im Allgemeinen auf drei Bereiche: Struktur, klinischer Inhalt und Kommunikationsunterbrechungen. Die Implementierung strukturierter Ansätze für mündliche und schriftliche Informationen über Patient*innen sind problematisch, aber die Autor*innen sind sich einig, dass es notwendig ist, das Besondere zu berücksichtigen wie Bedingungen und Kontext der Kommunikation.
20	<p>Autor*innen: Rhudy, L., Johnson, M., Krecke, C., Keigley, D., Schnell, S., Maxson, P., Warfield, K.</p> <p>Titel: Change-of-Shift Nursing Handoff Interruptions: Implications for Evidence-Based Practice.</p> <p>Jahr: 2019</p> <p>Land: Vereinigten Staaten von Amerika</p>	Das Ziel der Studie war der Wahrnehmung von Unterbrechungen durch Diplomierte Gesundheits- und Pfleger*innen während der Dienstübergabe am Krankenbett auf Intensivstationen zu beschreiben und Analyse der Anzahl, Art und Ursache von Unterbrechungen während der Dienstübergabe des am Krankenbett.	<p>Studiendesign: Ein exploratives beschreibendes Design wurde verwendet.</p> <p>Sample: 100 Dienstübergaben von wurden beobachtet und vier Fokusgruppen wurden durchgeführt.</p> <p>Setting: Intensivstationen in einem großen medizinischen Zentrum in Rochester, Minnesota.</p>	<p>Datenerhebung: Die Daten wurden durch Beobachtung von Dienstübergaben und Fokusgruppen zwischen August und November 2017 gesammelt.</p> <p>Datenauswertung: Durch Beobachtungen erhaltene Daten wurden unter Verwendung deskriptiver Statistiken und quantitativer Inhaltsanalyse analysiert. Fokusgruppendaten wurden mit qualitativer Inhaltsanalyse analysiert.</p>	Von den 1.196 beobachteten Unterbrechungen traten 800 in der Kommunikation zwischen den beiden an der Übergabe beteiligten Pflegepersonen auf. Über 80% (645) dieser Unterbrechungen stammten von der Pflegeperson, die eine Übergabe erhielt, und umfassten Fragen oder Erläuterungen zu den erhaltenen Informationen. Die Ergebnisse der Fokusgruppe zeigten, dass die Frage, ob etwas eine Unterbrechung darstellt oder nicht, durch die Bewertung der einzelnen Pflegeperson bestimmt wird. Die Unterbrechungen während der Übergabe werden basierend auf dem Wert für die Pflegepersonen zu diesem Zeitpunkt als nützlich oder störend bewertet. Eine strikte Strukturierung oder

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
					Vorgabe von Übergabeelementen kann die Fähigkeit der Pflegekräfte einschränken, Informationen zu kommunizieren, die für die Versorgung eines bestimmten Patient am relevantesten sind.
21	<p>Autor*innen: Schmidt, Maria</p> <p>Titel: Anforderungen an die Pflegeübergabe im Krankenhaus</p> <p>Jahr: 2018</p> <p>Land: Deutschland</p>	Ziel dieser Studie war die Frage, welche Anforderungen die Pflegeübergabe im Krankenhaus erfüllen soll, welche Formen vorwiegend in der deutschsprachigen Pflegepraxis vorzufinden sind und welche Besonderheiten diesen immanent sind nachzugehen. und herauszufinden, inwieweit werden in die Literatur hemmende und fördernden Faktoren für effektive Dienstübergabe beschrieben.	<p>Studiendesign: Systematische Literaturrecherche</p>	<p>Datenerhebung: Die Literaturrecherche fasste deutsch- und englischsprachige Publikationen, die in den Zeitraum von 2006 bis 2017 veröffentlicht sind, um.</p>	<p>Es lässt sich derzeit in der aktuellen deutschsprachigen Literatur keine greifbare Definition von Pflegeübergabe finden. Einflussfaktoren der Pflegeübergabe sind mehrdimensional, die vier Dimensionen (Kommunikation, Standardisierung, Umgebungsfaktoren und Ausbildung) zeigen sich besonderes auf. Die Pflegepersonen müssen sich bezüglich Kommunikation nicht nur auf einen differenzierten Umgang mit Sprache aneignen, sondern sich mit Hilfe von evidenzbasierten standardisierten Instrumenten und Verfahren für die Informationsübermittlung anlegen. Die Umgebungsfaktoren betreffen neben die räumlich-organisatorische Situation auch zwischenmenschliche Aspekte. Die fehlende oder unzureichende Ausbildung wird als ein wesentlicher Grund identifiziert wieso ein effektiver Informationstransfer in Dienstübergaben misslingt Die Dienstübergabe Kompetenzen müssen in Rahmen von Fortbildungen verbessert und erweitert werden.</p>
22	<p>Autor*innen: Streeter, A. R., Harrington, N. G., & Lane, D. R.</p> <p>Titel: Behaviors Associated with</p>	Der Zweck dieser Studie war es, die Dienstübergabe zu untersuchen, um bestimmte Kommunikationsverhalten zu	<p>Studiendesign: Quantitative Studiendesign (Online Fragebogen)</p> <p>Sample:</p>	<p>Datenerhebung: Ein Online Einladung zur Teilnahme an der Forschung wurde von Mitte Februar bis Mitte Mai 2010 in zwei Bereichen der Website veröffentlicht:</p>	Die Ergebnisse zeigten, dass Übergaben von bester Qualität durch die beiden Dimensionen des Informationsaustauschs gekennzeichnet

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
	<p>the Competent Nursing Handoff.</p> <p>Jahr: 2015</p> <p>Land: Neuseeland</p>	<p>identifizieren, die aus der Sicht der Pflegepersonen eine kompetente oder qualitativ hochwertige Übergabe darstellen.</p>	<p>n=286 Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (rekrutiert von der Website „allnurses.com“)</p> <p>Setting: Online basierte Befragung</p>	<p>dem akademischen Forschungsforum und einem vom Erstautor initiierten Diskussionsthread über Patient*innenübergaben.</p> <p>Der Online-Fragebogen bestand aus einer offenen Frage zu einer Übergabeerfahrung, dem modifizierten MCCS mit 48 Elementen und demografischen Fragen.</p> <p>Datenauswertung: Die Daten wurden in zwei (beste Qualität, schlechteste Qualität) und zwei (eingehende Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*in, ausgehende Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*in) multivariate Varianzanalyse mit Informationsgabe, Informationssuche, Informationsüberprüfung und sozioemotionaler Kommunikation für sich selbst und andere analysiert.</p>	<p>sind. In Bezug auf die Anforderung standardisierter Übergaben wurden - eine Möglichkeit für Pflegekräfte, während einer Übergabe Fragen zu stellen (Informationen zu suchen) und zu beantworten (Informationen zu geben) als bedeutsam identifiziert.</p> <p>Weiters gab es auch starke Belege für die Verwendung von Verhaltensweisen zur Überprüfung von Informationen. Das Zurücklesen empfangener Informationen wurde als ein wichtiger Faktor für effektive Dienstübergabe erkannt.</p>
23	<p>Autor*innen: Tacchini-Jacquier, N., Waele, E. de, Urben, P., Turini, P., & Verloo, H.</p> <p>Titel: Developing an Evidence-Based Nursing Handover Standard for a Multi-Site Public Hospital in Switzerland: Protocol for a Web-Based, Modified Delphi Study</p> <p>Jahr: 2020</p> <p>Land: Schweiz</p>	<p>Ziel dieser Studie ist es, einen konsensbasierten, evidenzbasierten Übergabestandard für stationäre Patient*innen während Schichtwechseln oder internen Transfers zwischen Krankenstationen zu erstellen.</p>	<p>Studiendesign: Literaturrecherche und webbasierte, modifizierte Delphi-Studie.</p> <p>Sample: n=300 Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen Expert*innen.</p> <p>Setting: Öffentliches Krankenhaus in der Schweiz</p>	<p>Datenerhebung: Eine Literaturrecherche wurde durchgeführt, um die Komponenten abzubilden, die für einen evidenzbasierten klinischen Übergabestandard für die Krankenpflege erforderlich sind. Die vorgeschlagene Studie wird auf der Website des SurveyMonkey-Online-Fragebogens durchgeführt, und alle Elemente werden ins Französische und Deutsche übersetzt.</p> <p>Datenauswertung: Die Daten werden in eine Excel-Tabelle extrahiert und anschließend in die SPSS-Statistiksoftware Version 25 importiert und analysiert.</p>	<p>Diese Umfrage soll ermöglichen, einen evidenzbasierten Übergabestandard für die Pflege zu entwickeln, der bei Schichtwechseln und internen stationären Transfers in einem öffentlichen Krankenhaus mit mehreren Standorten in der Schweiz verwendet werden kann.</p> <p>Folgende Verhaltensweise und Elemente der Dienstübergabe wurden als relevant aus der Literaturrecherche identifiziert: Respektvolle und kollaborative Haltung, proaktives Zuhören, positive, sachliche Sprache, Vertraulichkeit, die Übergabeumgebung,</p>

Nr.	Autor*in, Titel, Jahr, Land	Ziel	Studiendesign, Sample, Setting	Datenerhebung, Datenauswertung	Ergebnisse
					Übergabevorbereitung ,persönliche Übergaben mit der Möglichkeit, Fragen zu stellen, Informationstechnologie zur Unterstützung von Datenaktualisierungen , Mnemonische Techniken, um die Kommunikation zu steuern und Inhalte chronologisch zu formatieren Informationstechnologie zur Unterstützung des Datenzugriffs auf die vollständige Anamnese und den Gesundheitszustand von Patient*innen.

Note. eigene Darstellung, 2020

2.2 Zusammenfassung der eingeschlossenen Studien

In diesem Kapitel werden die recherchierten und ausgewählten Studien zusammengefasst und deskriptiv dargestellt.

Lauterbach (2008) zeigte in seiner qualitativen und quantitativen systematischen Literaturüberprüfung, dass die „Schwesternvisite“ im Jahr 1981 entwickelt wurde. Bis dahin hatten die Ärzt*innen das „Informationsmonopol“. Erst im Jahr 1989 sind erste Beiträge zu finden, welche sich mit der Qualität der Dienstübergabe und Themen wie Inhalte der Übergabe, Störungen und Organisation der Übergabe befassten. Die Thematik der Dienstübergabe Qualität war im Zeitraum zwischen 1990 und 2000 im Fokus der Diskussion. Weiter betonte Lauterbach (2008) in seiner Arbeit wie wichtig es ist Guidelines zu entwickeln, um die Dienstübergabe auf eine qualitativ hochwertigen Übergabeform zu bringen. Ein reibungsloser Informationsfluss hat eine gute Pflegequalität zur Folge. Ebenso wird die Standardisierung der Dienstübergabe nach Schmidt (2018) als einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Effektivität der Übergabe dargelegt. Schmidt (2018) kommt zu dem Ergebnis, dass die Standardisierung des Übergabeprozesses nicht bedeutet, dass alle Übergaben in allen Settings gleich sein sollen, sondern dass sie so konzipiert werden sollen, dass sie zum klinischen Setting der Institution passen. Die Entwicklung von Leitlinien und Instrumenten (Formularen und Checklisten) wird nach Schmidt (2018) als einer der wichtigsten Faktoren bei einer standardisierten

Übergabe definiert, um sicher zu stellen, dass wesentliche Informationen weiter kommuniziert werden. Auch Lozano et al. (2015) bestätigt, dass die Standardisierung der Dienstübergabe einer der wichtigsten Strategien ist um die Dienstübergabe zu optimieren. Weiter ergibt sich aus der Literaturstudie (Lozano et al., 2015) die Wichtigkeit der Dienstübergabe für das Pflegepersonal, die Zusammenarbeit im Team sowie die Effektivität und Qualität der Pflege, welche Patient*innensicherheit als Folge hat.

Malekzadeh, Mazluom, Etezadi, and Tasseri (2013) betonten, dass die Implementierung des Dienstübergabeprotokolls die Leistung aller Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen in Bezug auf die Patient*innensicherheit verbesserte, indem sie ihr Pflegeprogramm aktualisierten, die Kontinuität der Versorgung aufrechterhielten und sich zudem die Qualität der Informationskommunikation zwischen den Schichten verbesserte. Auch Maharani and Thabrany (2018) besagten, dass durch die Implementierung standardisierter mündlicher und schriftlicher Übergabeprotokolle schwerwiegende Auswirkungen auf die Patient*innenversorgung, unangemessene Behandlung und potenzielle Schäden reduziert werden können. Drach-Zahavy and Hadid (2015) stellten fest, dass im Durchschnitt in fast einem Fünftel der Patient*innenakten die gegebene Medikamentendosis ungenau war, in fast einem Drittel wurde ein Pflegeauftrag verspätet erfüllt und in fast der Hälfte fehlte die Dokumentation teilweise. Weiters besagten Drach-Zahavy and Hadid (2015), dass die Dienstübergabe den Pflegepersonen die Möglichkeit bietet, Fehler und unsichere Praktiken durch die Implementierung risikobewussterer Übergabestrategien zu vermeiden. Streeter, Harrington, and Lane (2015) identifizierten eine kompetente Kommunikation zwischen Pflegekräften als Schlüsselfaktor für die Patientensicherheit, insbesondere während der Übergabe wenn die Verantwortung für die Patient*innen von einer Pflegekraft auf eine andere übertragen wird. Weiters Streeter et al. (2015), zeigten auf, dass die Übergaben von bester Qualität sind die die Kommunikationsverhalten nutzen, bei denen der Informationsaustausch und ein positives sozioemotionales Klima gefördert wird um letztendlich die Qualität und Sicherheit der Patient*innenversorgung zu verbessern. Ebenso betonen David, Holroyd, Jackson, and Cleary (2017), dass die Kommunikation während der

Übergabe so zugeschnitten sein muss, dass die entgegenkommende Pflegeperson sich auf die bevorstehende Schicht vorbereiten kann. Um dies effektiv zu erreichen, müssen nach David et al. (2017) die ausgetauschten Informationen relevant und so gestaltet sein, dass die entgegenkommende Pflegeperson die Bedürfnisse der Patient*innenversorgung priorisieren und gleichzeitig sicherstellen kann. Während einer Dienstübergabe sollen Pflegepersonen nach Tacchini-Jacquier, Waele, Urben, Turini, and Verloo (2020) proaktiv zuhören und eine positive sowie sachliche Sprache verwenden. Zudem soll genug Zeit für Übergabevorbereitung, gegeben werden, es muss auch die Möglichkeit gegeben sein während der Dienstübergabe Fragen zu stellen. Manias, Geddes, Watson, Jones, and Della (2016) haben unzureichende Schulungsmöglichkeiten, mangelnde Rollenbild sowie mangelndes Vertrauen und Verständnis für den Übergabeprozess als Hindernisse die die Durchführung einer effektive Dienstübergabe verhindern, identifiziert. Ebenso besagten Baethge and Rigotti (2013), dass auch die Unterbrechungen und Multitasking die Leistung verringern, weiters wird empfohlen Maßnahmen zu entwickeln, die das Auftreten dieser Belastungsfaktoren verringern.

Pokojová and Bártlová (2018) betonen, dass die Wirksamkeit von Dienstübergaben von Kommunikationsunterbrechungen abhängig ist. Die Implementierung einer Struktur für die mündliche und schriftliche Information über die Patient*innen ist problematisch, aber ist nach Pokojová and Bártlová (2018) notwendig. Rhudy et al. (2019) bestätigen, dass die Unterbrechungen während der Übergabe basierend auf dem Wert für die Pflegepersonen zu diesem Zeitpunkt als nützlich oder störend bewertet werden können. Weiters besagten Rhudy et al. (2019), dass eine strikte Strukturierung oder Vorgabe von Übergabeelementen die Fähigkeit der Pflegekräfte einschränken kann, Informationen zu kommunizieren, die für die Versorgung für einen bestimmten Patienten am relevantesten sind. Abraham et al. (2016) kamen zu Conclusio, dass es Unterschiede zwischen den Gesprächsmustern, den Gesprächsstrategien und dem Inhalt der während der Übergaben ausgetauschten Informationen der in den Dienst kommenden und aus dem Dienst gehenden Pflegepersonen gibt. Neben Unterbrechungen in der Kommunikation haben Moriarty, J., Norrie, C., Manthorpe, J., Lipman, V., & Elaswarapu, R. (2019) die Dauer und den Ort der Dienstübergabe als wichtige

Faktoren der Effektivität identifiziert. Die meisten Dienstübergaben sind von kurzer Dauer, etwa 15 Minuten und fanden im Büro oder in einem abgelegenen Bereich statt. Die Studienergebnisse von Moriarty, J., Norrie, C., Manthorpe, J., Lipman, V., & Elaswarapu, R. (2019) zeigten, wie wichtig es ist genug Zeit und einen ungestörten Raum während der Dienstübergabe zu haben, um auf alle Veränderungen des Gesundheitszustands von den Bewohner*innen aufmerksam machen zu können.

Die Manager*innen stehen nach Moriarty, J., Norrie, C., Manthorpe, J., Lipman, V., & Elaswarapu, R. (2019) vor schwierigen Entscheidungen, um den Bedarf an Personal für ihre Schicht gegen die Kosten für die Personalzeit und die Risiken für die Bewohner*innen abzuwägen. Auch Glaser and Seubert (2018) betonten, dass die durchschnittliche Dauer der Dienstübergabe von 15 Minuten in Langzeitpflegeeinrichtungen in Österreich aus der Sicht des Pflegepersonals als zu kurz definiert wird. Galatzan and Carrington (2018) identifizierten sechs Themen, standardisierte Werkzeuge, Wahrnehmung und Zufriedenheit des Pflegepersonals mit der Übergabe, Kommunikation und Kommunikationsmuster, Verwendung elektronischer Hilfsmittel, Inhalt der Dienstübergaben, Erkenntnis, die aus der Sicht des Pflegepersonals für eine Dienstübergabe wichtig sind. Weiters besagten Galatzan and Carrington (2018), dass sich die Forschung zur Standardisierung der Übergabe auf die Struktur und Konsistenz der Übergabe konzentriert und nicht auf den Inhalt. Hingegen haben O'Rourke, Abraham, Riesenberg, Matson, and Lopez (2018) drei Kernkomponenten bezüglich des Inhalt einer Dienstübergabe definiert. Diese drei Kernkomponenten sind in weiteren 20 Inhaltsbereiche unterteilt. Die Kernkomponenten sind: Patient*innenzusammenfassung, Maßnahmenplan und Pflegeperson zu Pflegeperson Synthese (O'Rourke et al., 2018). Die Kernkomponenten sind nach O'Rourke et al. (2018) aus folgenden Inhaltsbereichen zusammengestellt: Patient*innenzusammenfassung, diese beinhaltet 15 Inhaltsbereiche, der Maßnahmenplan wurde aus fünf Inhaltsbereichen zusammengestellt und Pflegeperson zu Pflegeperson Synthese hat keinen weiteren Inhaltsbereich. Diese Kernkomponenten werden in Kapitel 3.4 thematisiert. Neben dem verbalen Verhalten wurde auch das nonverbale Verhalten als ein Faktor, der die Dienstübergabequalität beeinflusst identifiziert. Frankel et al.

(2012) haben vier Muster des nonverbalen Verhaltens identifiziert, diese vier Mustern beziehen sich auf die Übergabequalität, den gemeinsamen Beobachtungsfokus, „die Pokerhand“; Parallelspiel und Beratung beim Tischrand. Jedes Muster stellt eine systematische Möglichkeit dar, nonverbal am Pflegeübertragungsprozess teilzunehmen. Obwohl jedes Muster unterschiedlich ist, konnten die Forscher*innen praktisch jede Übergabe, die in der Krankenpflege, Medizin und Chirurgie beobachtet werden kann, in eine von diesen vier Kategorien einteilen (Frankel et al., 2012). Durch die Beachtung des nonverbalen Verhaltens - Mustern bei Übergaben kann die Qualität und Zuverlässigkeit der Dienstübergabe nach Frankel et al. (2012) verbessert werden. Während der Dienstübergabe bietet sich nach Leichsenring et al. (2015) die Möglichkeit die Empathie, Teamarbeit und individuelle Verantwortung zu entwickeln und dadurch die Qualität der Pflege zu verbessern. Ebenso kann die Dienstübergabe nach Kilic, Ovayolu, Ovayolu, and Ozturk (2017) dafür genutzt werden, Nachwuchskräfte aufzuziehen, Neuankömmlinge in die Kultur der Krankenpflege einzubeziehen sowie diesen beiden Gruppe dabei zu helfen, ihre beruflichen Ziele und Werte zu erlernen. Moriarty et al. (2019) besagten, dass es bei einer Dienstübergabe Unterschiede bezüglich der Teilnehmenden gibt. Zudem ist es wichtig nicht nur Pflegepersonen bei der Dienstübergabe zu inkludieren, sondern auch Abteilungshelfer*innen und andere Mitarbeiter*innen die im Bewohner*innenalltag auch teilnehmen. Weiters betonten Moriarty et al. (2019), dass, es bei der Festsetzung des Dienstübergabezeitpunkt sehr bedeutsam ist, sich neben den Bedürfnissen der Mitarbeiter*innen auch an den Bedürfnisse der Bewohner*innen zu orientieren. Norrie, Lipman, Moriarty, Elaswarapu, and Manthorpe (2017) betonten, dass unabhängig vom gewählten Übergabemodell, die Mitarbeiter*innen der Ansicht waren, dass Dienstübergaben wirksam sind. Norrie et al. (2017) identifizierten Schlüsselemente einer erfolgreichen Übergabe, die es den Mitarbeiter*innen ermöglichen, ohne zu viele Ablenkungen teilzunehmen. Diese sind: verständlich und klar sein; Gelegenheit bieten, Fragen zu stellen; und die Vertraulichkeit und Würde der Bewohner*innen zu respektieren. Dienstübergaben werden nach Norrie et al. (2017) als wesentliches Instrument zur Gewährleistung einer sicheren, qualitativ hochwertigen und würdigen Versorgung der Bewohner*innen von

Pflegeheimen beschrieben. Ebenso wird nach Kilic et al. (2017) eine vollständige und effiziente Dienstübergabe als wichtig gesehen, um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten, die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen, die Bedürfnisse der Patient*innen rechtzeitig zu erfüllen und die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal, den Patient*innen und / oder den Angehörigen aufrechtzuerhalten, um so die negativen Ergebnisse und Unzufriedenheit die aufgrund der Behandlung auftreten können zu verhindern.

3. Ergebnisse der Literaturrecherche

In diesem Kapitel wird der aktuelle Wissensstand zum Thema Dienstübergabe dargestellt.

3.1 Dienstübergabe

Die Informationsweitergabe bezüglich Bewohner*innen, der Austausch zwischen dem Pflegepersonal in Bezug auf besondere Vorkommnisse und den Tagesabläufen werden durch die Dienstübergaben gewährleistet. Nach strukturellen und personellen Rahmenbedingungen in verschiedenen Einrichtungen erfolgen die Dienstübergaben unterschiedlich. Die meisten Einrichtungen haben einen fixen Tageszeitpunkt wann die Dienstübergabe stattfindet und in welcher Form, diese erfolgt (mündlich oder schriftlich). In manchen Einrichtungen findet die Dienstübergabe mehrmals täglich statt. Sehr häufig müssen Dienstübergaben aufgrund des Zeitdrucks, der Priorität anderer Aufgaben und in der letzten Zeit erhöhten Arbeitsmengen während Pausenzeiten, in der Freizeit oder nach Dienstschluss durchgeführt werden. Es soll auch besonderes bei der Personalplanung die Notwendigkeit für ausreichende Zeitressourcen für einen lückenlosen Informationsaustausch während der Dienstübergabe berücksichtigt werden. (Glaser & Seubert, 2018)

Schlecht durchgeführte Dienstübergaben sind nach Norrie et al. (2017) die Hauptfaktoren welche diverse Pflegefehler, die Bewohner*innenzufriedenheit und die Sicherheit negativ beeinflussen. In Rahmen eine Studie über die Effektivität der Dienstübergabe haben Pokojová and Bártlová (2018) den Fokus auf die Struktur, den Inhalt, die Umgebungsfaktoren und die Kommunikation gelegt. Es stellte sich

heraus, dass diese Rahmenbedingungen für die Effektivität einer Dienstübergabe essenziell sind. Neben diesen Faktoren werden noch die Pünktlichkeit des Personal, die Dienstübergabe als wichtiger Teil der Tagesabläufe und Kontinuität der Pflege aus der Sicht des Managementebene und Transparenz der Dokumentation als wichtig für eine qualitativ und effektiv gute Dienstübergabe identifiziert (Norrie et al., 2017). Die Dienstübergabe ist eine Möglichkeit für das Pflegepersonal präventiv auf mögliche Fehlerquellen zu wirken (Drach-Zahavy & Hadid, 2015). In weiteren Unterkapiteln werden alle Teile und Faktoren, die eine Dienstübergabe negativ und positiv beeinflussen, genauestens thematisiert.

3.2 Funktion der Dienstübergabe

Das Ziel einer Dienstübergabe ist es, neue, unbekante und relevante Informationen über einen Menschen weiterzugeben. Das Hauptcharakteristika einer Dienstübergabe ist, dass die Übergabe in ihrer Form umfassend und vollständig, aber auch gleichzeitig präzise und zeiteffizient ist. Die Dienstübergabe soll die pflegerische Versorgung kontinuierlich und lückenlos sicherstellen (Blank & Zittlau, 2017). Nach Drach-Zahavy and Hadid (2015) ist es essentiell, mehr als Fakten bei einer Dienstübergabe zur Verfügung zu stellen, um die Patient*innensicherheit und die Kontinuität der Pflege gewährleisten zu können. Es sollen nicht nur die objektiven Informationen über den Hintergrund der Patient*innen, der allgemeine physische Zustand und die bisher durchgeführten Interventionen, sondern auch weitere Versorgungsmöglichkeiten, Prognosen was schwierig werden könnte, besprochen wurden. Um mögliche Fehler zu minimieren, muss die Kommunikation lückenlos erfolgen. Laut Lozano et al. (2015) haben Dienstübergaben neben ihrer informativen und edukativen Funktion auch eine Planungsfunktion, bei der nicht nur die Informationen über den aktuellen Patient*innenzustand, sondern auch Informationen für die weiteren Pläne der Versorgung weitergegeben und besprochen werden. Lauterbach (2013) kam zur Schlussfolgerung, dass das Dienstübergabeziel neben der Sicherstellung der Pflegekontinuität auch die Planung individueller Pflege ist. Weiters betonte Lauterbach (2013), dass dieses Ziel häufig nicht erreicht wird. Die Kontinuität des Informationsflusses ist oft nicht erkennbar, da deutliche Brüche bei der Kontinuität

vorhanden sind. Es ist in der Literatur nachweisbar (Rhudy et al., 2019) dass die Dienstübergabe nicht nur für Patient*innen sondern auch für Pflegepersonal einer signifikante Relevanz hat. Um ein besseres Verständnis zwischen Pflegepersonen herzustellen, ist es von großer Bedeutung die Dienstübergabe als kognitive Aufgabe der Personal zu betrachten, welche zu besseren Prozessierung den Informationen dient und damit Sicherheit der Patient*innen verbessert. (Rhudy et al., 2019). Das Pflegepersonal sieht die Dienstübergabe als ein wichtiger Teil der täglichen Routine und ist bereit nach dem Dienstschluss zu bleiben, um die Dienstübergabe durchzuführen. Manche Pflegemanager*innen betrachten Dienstübergaben als eine gute Möglichkeit für Teambuilding und Mitarbeiter*innen Entwicklung (Norrie et al., 2017). Während einer Dienstübergabe werden neben patient*innenbezogenen Informationen, meistens zum Schluss auch dienstbezogene Informationen ausgetauscht wie Dienstplangestaltung (Blank & Zittlau, 2017). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Dienstübergabe als Funktion eines Informationsaustausches über die Patient*innen, über die organisatorischen Aufgaben und über die Planung der weiteren Versorgung der Patient*innen, hat mit der Betrachtung auf mögliche Teambuilding Chancen und dies alles soll zeiteffizient und lückenlos erfolgen um die Patient*innensicherheit und Kontinuität der Pflege sicherzustellen.

3.3 Formen der Dienstübergabe

Dienstübergaben können in verschiedenen Formen erfolgen. In mündlicher Form, in schriftliche Form und die patient*innennahe Form am Bett. Unabhängig von der Dienstübergabeform kann davon ausgegangen werden, dass in der Pflegepraxis wesentlich mehr durchgeführt, als anschließend weitergegeben wird. Die Definition der Dienstübergabe am Bett in englischen und deutschsprachigen Raum zeigt einen relevanten Unterschied auf. In der deutschsprachigen Literatur (Schmidt, 2018) wird die Dienstübergabe am Bett als eine Form der Pflegevisite betrachtet und im englischsprachigen Raum als eine Form der Dienstübergabe die patient*innenzentriert ist (Schmidt, 2018). In dieser Form der Dienstübergabe sind patient*innen in der Übergabe eingeladen und inkludiert, anhand von Literatur wird Dienstübergabe am Bett in englischen Raum als die beste Form der

Dienstübergabe für den nachtdiensthabenden Personal betrachtet (Lozano et al., 2015). Bei der Dienstübergabeform Auswahl soll sich nach Schmidt (2018) das Pflegepersonal nach den Patient*innen und ihren situationsbezogenen Bedürfnissen richten. Wann über die Dienstübergabeform gesprochen wird, dann ist grundsätzlich zwischen „patient*innennah“ und „patient*innenfern“ zu unterscheiden. Die patient*innennahe Dienstübergabe findet am Patient*innenbett statt. Diese Form der Übergabe weist verschiedenen Vorteile auf wie Steigerungen der Patient*innenmotivation um Mitarbeit. Hierbei wird eine Möglichkeit gegeben, wo sich Patient*innen direkt über den Sinn und den Zweck von Pflegemaßnahmen informieren. Die Angehörigen und Patient*innen wissen wer ab jetzt die pflegerische Ansprechperson ist und die anwesenden Angehörigen werden in die Pflege miteinbezogen. Es bestehen aber auch Nachteile, dass andere Patient*innen, wenn es sich um ein Mehrbettzimmer handelt, vertrauliche Inhalte mitbekommen, manche Patient*innen werden möglicherweise Dinge erfahren, welche sie beunruhigen könnte, es kann auch dazu kommen, dass sich die Dienstübergabe verlängert. Bei einer patient*innenfernen Dienstübergabe wird über und nicht mit den Patient*innen gesprochen, es ist aus dem zu schließen, dass es um eine subjektive Einschätzung den Patient*innen aus der Sicht der Pflegepersonal geht. Dieser Form der Dienstübergabe findet meistens in einem „Dienstzimmer“ statt. Der wesentliche Vorteil einer patient*innenferne Dienstübergabe liegt darin, dass die diversen problematischen Dinge zu die Patient*innen und Angehörigen erst in im Rahmen des Pflegeteams besprochen werden können. Weiter besteht die Möglichkeit vergessene Informationen der übergebenden Pflegepersonen von anderen zu ergänzen, dieser Punkt soll auch kritisch betrachtet werden da es durch verschiedenen Wahrnehmungen, Aussagen und Anekdoten Erzählungen zu zeitliche Verlängerung der Dienstübergabe kommen kann (Blank & Zittlau, 2017). Andererseits betrachtete Lauterbach (2013) diese Unterteilung in Bezug auf den Inhalt der Dienstübergabe und nicht auf die physische Patient*innen Entfernung. Er kam zur Conclusio, dass eine patient*innennahe Dienstübergabe immer nur auf die Patient*innen Themen fokussiert sind und eine patient*innenferne Dienstübergabe sich mit organisatorischen Dingen und Themen beschäftigt die die Institution betreffen. Zu diesen Themen kommen auch allgemeinen Gespräche über

Arbeitsbelastung auf der Station sowie über strukturellen Defiziten und Schwierigkeiten in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Nach Maharani and Thabrany (2018) ist die beste Form der Kommunikation bei einer Dienstübergabe eine persönliche Kommunikation auf Englisch eine sogenannte „face to face“ Dienstübergabe. Hier handelt es sich um eine verbale Dienstübergabe. Die Vorteile liegen darin, dass es eine Möglichkeit einer vollen Interaktion, inklusive Interaktionen mittels Körpersprache, gegeben ist. Weiters wird betont, je direkter Dienstübergabe ist, desto besser ist es. Die verbale Dienstübergabe findet in einem Büro oder Dienstzimmer statt, wo die Pflegepersonen die patient*innenrelevanten Informationen mündlich austauschen. Andererseits nonverbale Dienstübergabe findet in gleichem Setting statt mit wesentlichem Unterschied, dass die Pflegepersonen die patient*innenrelevante Informationen nur durch das Lesen von der Pflegeplanung, den Patient*innenbriefen, den Medikationslisten und der Patient*innenrelevanten Dokumentation einholen (Tacchini-Jacquier et al., 2020). Aus der Sicht der Gesundheitsexperten, in eine Studie durchgeführt, um Perspektive der Dienstübergabe Prozessen zu erheben, stellt sich die signifikante Wichtigkeit des schriftlichen Vermerkens heraus, um die verbale Dienstübergabe zu unterstützen (Manias et al., 2016).

Aus der Literaturrecherche kann ein Schluss gezogen werden, dass es drei Formen der Dienstübergabe gibt die verbale, nonverbale und die Dienstübergabe bei den Patient*innen beim Bett. Diese Formen unterscheiden sich in der Art wie die Dienstübergabe erfolgt, den anwesenden Personen und dem Setting. Dazu ist auch bemerkbar, dass es Unterschiede im Inhalt gibt, wenn eine Dienstübergabe im Dienstzimmer und im Patient*innenzimmer stattfindet. Oft wird eine verbale Dienstübergabe durch schriftliche Notizen aus der Patienten*innendokumentation unterstützt.

Unabhängig von der Dienstübergabeform, ist das Ziel identisch, akkurate und aktuelle Patient*inneninformationen inklusive Behandlungsmaßnahmen sowie der aktuelle Allgemeinzustand und mögliche erwartende Änderungen des allgemeinen Zustand zu liefern. (Streeter et al., 2015).

3.4 Inhalt der Dienstübergabe

Es scheint anhand von wissenschaftlicher Literatur wenig bekannt zu sein betreffend des Inhalts von Dienstübergaben in Langzeitpflegeeinrichtungen. Der Gesundheitszustand von älteren Menschen, die in Langzeitpflegeeinrichtungen leben, ist in der heutigen Zeit sehr ähnlich zu den Menschen, die früher in der Akutpflege in Krankenanstalten aufgenommen worden waren. Ältere Menschen ziehen jetzt viel mehr erst in der letzten Lebensphase, wo sie nur noch paar Monate zu leben haben, in die Pflegeheime ein (Moriarty et al., 2019). Es kann mit starker Sicherheit behauptet werden, dass, die Dienstübergabe in der Langzeitpflege in der heutigen Zeit inhaltlich fast gleichartig ist, wie die Dienstübergabe in Krankenanstalten (Moriarty et al., 2019). Aufgrund von nicht ausreichender Literatur in Bezug auf den Inhalt von Dienstübergaben in der Langzeitpflege wird dieses Unterkapitel mehr an die gefundene Literatur aus den Krankenhäusern angelehnt. Nach Galatzan and Carrington (2018) ist der aktuelle Fokus der Pflegewissenschaften in Bezug auf die Dienstübergabe viel mehr auf die Übergabestruktur als auf den Übergabeinhalt. Weiters besagten Galatzan and Carrington (2018), dass die detaillierten wissenschaftlichen Untersuchungen des Übergabeinhalts und der Kommunikation dazu führen können, die Fehler zu minimieren. Die Dienstübergabe besteht aus mehreren verschiedenen Informationen, die sehr oft unstrukturiert und ohne Priorisierung weitergegeben werden (Blank & Zittlau, 2017).

Was eine Dienstübergabe beinhalten soll, ist Teilnehmer*innen eine Studie in Pflegeheimen nicht bekannt. Norrie et al. (2017) stellten in ihre Studie in Pflegeheimen fest, dass es eine gewisse Unsicherheit bei den übergebenden Pflegepersonen über den Inhalt der Dienstübergabe gibt. Die schriftliche Empfehlung gibt es nicht oder ist manchen Teilnehmer*innen der Studie nicht bekannt. Weiters besagen die Teilnehmer*innen der Studie, dass manche Inhalte der Dienstübergabe einfach ohne eine Struktur oder Regeln übergeben werden (Norrie et al., 2017). Sehr oft werden die mündlich weitergegebenen Informationen von der gehenden Schicht nicht in den Akten erfasst. Die pflegerischen Informationen sind meistens auf irgendwelchen Notizzetteln, die sehr oft nach dem die Schicht beendet ist, weggeworfen werden, ohne die Informationen zu

dokumentieren (Lauterbach, 2008). Nach Hecht (2016) sind solche schriftlichen Notizen hilfreich, um sich die wichtigsten Fakten zu merken. Viele weitergebende Informationen sind in der Qualität mangelhaft, dieser Aspekt soll konstant hinterfragt werden (Lauterbach, 2008). In einer Studie in Schweizer Krankenhäuser äußerten die Teilnehmer*innen (Pflegerkräfte, Mediziner*innen und Gesundheitsexpert*innen), dass zwei Drittel der Informationen welche übergeben wurden qualitativ sehr schlecht waren und damit die Patient*innensicherheit vermindert wurde (Tacchini-Jacquier et al., 2020). Neben der Qualität der Informationen bei einer Dienstübergabe, ist nach Maharani and Thabrany (2018) auch die Aktualität der Informationen ein relevanter Faktor, welche Patient*innen in Gefahr bringen kann. Bei der Dienstübergabe soll es sich nicht nur um Fakten handeln sondern auch um Informationen über den Patient*innenhintergrund, den physischen Zustand, schon durchgeführte medizinische und pflegerische Maßnahmen und mögliche Erwartungen wie sich der allgemeine Gesundheitszustand verändern könnte um Patient*innensicherheit und Kontinuität der Versorgung gewährleisten zu können. (Drach-Zahavy & Hadid, 2015). Die Informationen, die während einer Dienstübergabe weitergegeben werden, sollen auch die Priorisierung von Bewohner*innenbedürfnissen erleichtern (David et al., 2017).

Um festzustellen, welche Kategorien in Bezug auf den Inhalt bei einer pflegerischen Dienstübergabe die Wichtigsten sind, führten O'Rourke et al. (2018) eine Delphi Studie durch und kamen zu folgenden Ergebnissen. Nach dem Vergleich von mehreren standardisierten Instrumenten wie (SBAR, I-PASS, ISBAR, PACE) stellten O'Rourke et al. (2018) fest, dass alle angeführten Instrumenten nicht für die Dienstübergabe in der Pflege zwischen zwei Pflegepersonen lückenlos adaptiert und geeignet sind. In Anlehnung auf I-PASS erstellten O'Rourke et al. (2018) ein neues Dienstübergabeinstrument, das N-PAS. In N-PAS wurden drei inhaltrelevant Kategorien für eine effektive Dienstübergabe identifiziert und durch den Konsens von den teilnehmenden Expert*innen adaptiert und bestätigt. In Tabelle 3 werden diese Kategorien tabellarisch dargestellt.

Tabelle 3: *Tabellarische Darstellung der N-PAS Kategorien*

Kategorie	Inhalt
Patient*innenzusammenfassung	15 Inhaltsbereiche: <ol style="list-style-type: none"> 1. Demografie 2. Diagnose bei der Aufnahme 3. Mentaler Status 4. Patientenverfügung 5. Allergien 6. Relevante Medizinische Krankengeschichte 7. Aktuelle Vitalwerte 8. Aktuelle Laborbefunde 9. Relevante physische Bewertung 10. Relevante Medikamente 11. Relevante Informationen von und über Angehörigen 12. Vorsorgemaßnahmen 13. Drainagen und Kathetern 14. ATL´s Status (Aktivitäten des Täglichen Lebens) 15. Status der Mobilität
Maßnahmenplan	5 Inhaltsbereiche <ol style="list-style-type: none"> 1. Berücksichtigung der pflegerischen Interventionen 2. Prozeduren/Test zu erledigen 3. Entlassungsplanung 4. Überwachung der pflegerischen Interventionen 5. Patient*innen/Angehörigenschulungen
Pflegeperson zu Pflegeperson Synthese	Entspricht dem Übergabericht, wie er von der ankommenden Pflegeperson zusammengestellt wurde.

Note. eigene Darstellung, 2020

Es muss auch drauf hingewiesen werden, dass O'Rourke et al. (2018) die Patient*innenzusammenfassung kritisch betrachten, indem sie besagen, dass die 15 Inhaltsbereiche die Speicherfunktionen des Gehirnes wahrscheinlich überschreiten werden. Die Anwendbarkeit weltweit kann auch nicht gewährleistet werden, da bei der Studie nur ein Teilnehmer*innen als internationale Expert*innen klassifiziert werden und dies zu wenig ist, um die Diversität der Dienstübergabe weltweit darzustellen.

Beim Maßnahmenplan ist nach O'Rourke et al. (2018) zu bemerken, dass es in dem Inhalt sehr ähnlich als die Pflegeplanung ist aber in Maßnahmenplan gibt es Inhalte, die nicht unbedingt in der Pflegeplanung sein sollen, müssen aber zwischen die Pflegepersonen weiterkommuniziert. Weiters erwähnen O'Rourke et al. (2018), dass die Pflegeperson zu Pflegeperson Synthese als Kernkomponente einer Dienstübergabe gesehen wird, weil es dem Sender (übergabende Pflegeperson) und dem Empfänger (ankommende Pflegeperson) ermöglicht, Fragen zu stellen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass N-PAS mit den angeführten Inhaltsbereichen in der Praxis in der Langzeitpflege zu Anwendung kommen kann, es muss aber auch stark adaptiert werden besonderes in seiner Aufwendigkeit da die durchschnittliche Dauer der Dienstübergabe im Langzeitpflegebereich in

Österreich elf Minuten beträgt (Glaser & Seubert, 2018) unabhängig von der Stationsgröße, mehr über die Dauer der Dienstübergabe wird nächsten Unterkapitel thematisiert.

Neben allen in N-PAS identifizierten Inhaltsbereichen einer Dienstübergabe soll auch erwähnt werden, dass nach Kilic et al. (2017) die Dienstübergabe genutzt werden soll als eine Möglichkeit für die Mentoring der Nachwuchskräfte um Professionalität und wichtige Werte zu übermitteln. Lauterbach (2008) betonte, dass während der Dienstübergabe nicht nur über Patient*innen gesprochen wird, sondern sehr oft wird die Dienstübergabe abgeschlossen mit den Informationen über die Arbeitsbelastung auf der Station, den Schwierigkeiten in der Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Somit lässt sich festhalten, dass die Dienstübergabe neben der informativen auch eine wichtige Rolle, als ein Instrument der Sozialisierung und des Teambuildings hat. Es kann auch der Schluss gezogen werden, dass der Inhalt und die Funktion der Dienstübergabe sehr eng mit einander zusammenstehen und einander beeinflussen.

3.5 Dauer der Dienstübergabe

Im Fokus dieses Unterkapitels steht die Dauer der Dienstübergabe inklusiv allen Faktoren, die die Dienstübergabe in der Verbindung mit der Dauer beeinflussen.

In der Praxis ist es nachgewiesen (Lauterbach, 2008), dass die Dauer der Dienstübergabe unabhängig von patient*innenbezogenen und institutionellen Konstellationen immer gleich lang ist: zwischen Nacht- und Frühdienst dauern die Übergaben im Durchschnitt 26 Minuten und bei der Übergabe am Abend ist mit 25 Minuten zu rechnen (Lauterbach, 2008). Es stellt sich die Frage welcher ist der entscheidende Faktor, der die Dauer der Übergabe beeinflusst, wenn es anhand von Literatur keine Verbindung zwischen Stationsgröße, institutionellen Rahmenbedingungen und der Zeit, welche zur Verfügung für Dienstübergaben gestellt wird gibt (Lauterbach, 2008).

Im Allgemeinen dauern die Dienstübergaben immer gleich lang, unabhängig ob es sich um kleine oder große Station handelt. Komplizierte Patient*innen nehmen viel zu viel Raum ein, während Routinefälle nach kürzester Zeit abgeschlossen werden.

Die restliche Zeit, nachdem die Bewohner*innen betreffenden Informationen besprochen worden sind, wird möglicherweise mit Problemen aufgefüllt, die nicht für die Patient*innen, sondern nur für die Pflegepersonen relevant sind. Die Dienstübergabe vom Nachtdienst an Frühdienst wird als die wichtigste betrachtet, während Übergabe vom Frühdienst an den Nachtdienst als weniger wichtig dargestellt wird (Lauterbach, 2013). Moriarty et al. (2019) begründen die gleiche Dauer der Dienstübergaben und Häufigkeit (im meisten Pflegeheimen nur zweimal am Tag) unabhängig von der Stationsgröße und Bewohner*innen Anzahl mit zwölfstündigen Schichten und dem Tendenz die Personal welche bei der Dienstübergabe teilnimmt zu reduzieren damit sich die gesamten Personalkosten auch verringern. Diese Aussage wird durch Schmidt (2018) bestätigt wo die Autorin eine Vermutung äußert, dass die Dauer der Pflegeübergabe der tarifvertraglichen geregelten gezeitigten Anwesenheit beider Arbeitsschichten entspricht. In dieser Studie, welche Moriarty et al. (2019) durchgeführt haben war die durchschnittliche Dauer der Dienstübergaben 15 Minuten, die Sichtweisen von Bewohner*innen sind, dass die Schichten und Dienstübergabe Zeiten eher an Personal Bedürfnisse und nicht Bewohner*innen Bedürfnisse angepasst sind. Pokojová and Bártlová (2018) identifizieren neben schlechten Personalplanung, Unterbrechungen in Arbeitsprozessen auch Zeitmangel als eine der Hindernisse um eine gute Dienstübergabe durchführen zu können. Hier ist es noch anzumerken, dass der Zeitmangel auch als eine Störung bei der Informationssicherung gesehen wird, die Pflegekräfte haben zu wenig zeitliche Ressourcen, um eine lückenlose Informationssicherung vorzunehmen (Blank & Zittlau, 2017).

Es ist wichtig einen guten Ausgleich zu finden, um Dienstübergaben nicht viel zu lang zu halten, weil so könnte das Personal verhindert werden manche Aufgaben rechtzeitig zu erledigen, andererseits sollen die Dienstübergaben ausreichend gründlich sein um Patient*innensicherheit gewährleisten zu können. Es soll auch erwähnt werden, dass die Dienstübergaben als wichtiger Teil der Arbeitsroutine seitens des Pflegepersonals gesehen werden, weiters zeigten sich Pflegepersonen auch bereit länger zu bleiben, um eine Dienstübergabe durchzuführen, ohne mehr bezahlt zu sein. (Norrie et al., 2017). Die Situation in Österreich schaut auch ähnlich, wenn nicht schlechter aus. Glaser and Seubert (2018) zeigten in ihrer

arbeitswissenschaftlichen Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege, dass die Bewohner*innenbezogenen Dienstübergaben in Durchschnitt elf Minuten dauern. Weiters wird betont, dass die Dienstübergaben häufig aufgrund aufsteigender Arbeitsmengen, Zeitdruck und den Vorrang anderer Aufgaben wie Grundpflege von Bewohner*innen zu Ende zu bringen in der Freizeit, nach Dienstschluss oder in den Pausenzeiten durchgeführt werden müssen. Der Pflegebereich soll bei der Mindestpflegepersonalschlüsselberechnung viel mehr die Zeit für die Dienstübergabe berücksichtigen um ausreichend Zeitressourcen für eine Vollständige, gründliche, ausreichende und während der Arbeitszeit stattfindenden Informationsaustausch im Rahmen der Dienstübergaben gewährleisten zu können (Glaser & Seubert, 2018). Hieraus ergibt sich, dass die durchschnittliche Zeit für Dienstübergaben bei 15 Minuten liegt. Es muss aber betont werden, dass 15 Minuten nicht immer ausreichen. Blank and Zittlau (2017) stellten fest, dass der durchschnittliche Informationsdurchlauf pro Bewohner*in zwischen 50 und 90 Sekunden liegt. Hier ist auch anzumerken, dass in Wien laut dem Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz, §10, Absatz 2 (2020) die Einheit in einem Pflegeheim nicht mehr als 28 Heimplätze überschreiten soll. Unter besonderen Voraussetzungen gemäß § 10, Absatz 3 (2020) des WWPG können aufgrund des pflegerischen Konzepts die Heimplätze pro Einheit auf 36 Plätze erhöht werden. Daraus ist abzuleiten, dass für eine Dienstübergabe von 28 Bewohner*innen zwischen 1400 und 2520 Sekunden zu rechnen ist, umgewandelt in Minuten ergibt sich ein Wert zwischen 23 und 42 Minuten. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass die durchschnittliche Dienstübergabedauer für eine vollbelegte Station, die nicht mehr als 28 Plätze hat aufgrund dieser Rechnung bei 30 Minuten liegt.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen, dass die Dienstübergabedauer auch sehr oft stark von dem subjektiven Zielbewusstsein des Pflegepersonals abhängig ist (David et al., 2017).

Die Dienstübergaben sollen in Rahmen der Arbeitszeit stattfinden und nicht in Pausen oder in der Freizeit. Die Dauer der Dienstübergabe soll nicht pauschal geplant sein, sondern muss sich auf die Stationsgröße und an den Bedürfnisse der

Bewohner*innen orientieren. Das Pflegepersonal muss sich selbst auch als einen beeinflussenden Faktor für die Dauer der Dienstübergabedauer betrachten.

3.6 Störfaktoren bei der Dienstübergabe

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit Störfaktoren bei einer Dienstübergabe. Die Hauptstörfaktoren werden anhand der Literaturrecherche identifiziert und beschrieben. Zudem wurden alle möglichen Maßnahmen, die dazu beitragen können, die Störungen während der Dienstübergabe zu reduzieren, erhoben.

Vorab ist es bedeutsam eine Störung zu definieren. Nach Blank and Zittlau (2017) wird eine Störung als ein spontanes Ereignis, welches bestehende Aufgaben und Prozesse unterbricht, definiert. Weiters beschrieben Blank and Zittlau (2017) eine Unterbrechung im Unterschied zur Störung, als eine geplante Pause während einer Dienstübergabe welche die Übergabe nahtlos fortsetzt, dies ist nicht der Fall wenn es um eine Störung handelt.

Baethge and Rigotti (2013) besagen aber in Ihrer Studie, dass es Auswirkungen durch Arbeitsunterbrechung auf die Leistungsfähigkeit hat, diese Unterbrechungen können zu einer Aufmerksamkeitsverschiebung führen. Es hängt von den unterbrochenen Personen ab wie auf eine Unterbrechung reagiert wird. Daraus kann es dazu kommen, dass die Unterbrechungsaufgabe sofort beginnt, verzögert bearbeitet, ignoriert oder delegiert wird. (Baethge & Rigotti, 2013).

In der vorliegenden Arbeit werden Störungen und Unterbrechungen gleichgestellt. Beide Begriffe werden als Störfaktoren bei einer Dienstübergabe betrachtet.

Eine Unterbrechung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal während des Schichtwechsels kann zu einer unvollständigen oder ineffektiven Dienstübergabe führen, in Folge einer ineffektiven Übergabe wird das Fehlerrisiko erhöht. Wenn die Übergabe unterbrochen wird, wirkt sich die Unterbrechung der Kommunikation auf die Patient*innensicherheit und auf die Qualität der Patient*innenversorgung aus (Rhudy et al., 2019).

Die Arbeitsunterbrechungen gehören im Bereich der Krankenpflege zum Arbeitsalltag. Baethge and Rigotti (2013) stellten fest, dass die Pflegekräfte an einem Tag im Schnitt 62,80 Mal unterbrochen wurden. Es gab starke Abweichungen in der Anzahl der Unterbrechungen zwischen den Stationen sowie auch von der Position der Pflegekräfte, die Stationsleitungen wurden häufiger

unterbrochen, als das restliche Pflegepersonal (Baethge & Rigotti, 2013). Die Pflegekräfte reagieren auf Unterbrechungen verärgert, weil sie Angst haben etwas zu vergessen, weiters zeigte sich, dass die Pflegekräfte an unterbrechungsreichen Tagen erschöpfter und irritierter waren. (Baethge & Rigotti, 2013). In der Beobachtungsstudie von Baethge and Rigotti (2013) hat sich gezeigt, dass die Unterbrechungen durch den Vorgesetzten die anspruchsvollsten Unterbrechungstätigkeiten brachten und zu den längsten Unterbrechungen führten. Weiters besagten Baethge and Rigotti (2013), dass die Unterbrechungen zur Bewältigung zusätzlicher Aufgaben führen und damit zu mehr Fehler sowie auch zu längeren Bearbeitungszeiten einer Aufgabe.

Nach Abraham et al. (2016) sind die meisten Unterbrechungen während der Kommunikation zwischen die Pflegepersonen bei der Dienstübergabe wegen fehlenden Informationen, gefolgt von repetitiven Informationen. Über 80% stammten die Unterbrechungen von der Pflegeperson, die eine Übergabe erhielt, und umfassten Fragen oder Erläuterungen zu den erhaltenen Informationen. (Rhudy et al., 2019). Eine zusätzliche Störung aus dem Übergabeteam heraus ist das Abschweifen von den eigentlichen Informationen, es wird kein Regelwerk genutzt, um ein subjektives Abschweifen von den eigentlichen Informationen zu unterbinden. Daraus resultiert nach Blank and Zittlau (2017) eine hohe Unkonzentriertheit bei dem übernehmenden Pflegepersonal (Blank & Zittlau, 2017). Schmidt (2018) betonte, um die Konzentration bei den Pflegeübergaben zu erhöhen, dass es sehr bedeutsam ist, die Störquellen in der Umgebung zu reduzieren, aber auch solche Störungen sollen reduziert werden die als fehlende kollegiale Wertschätzung zu interpretieren sind. Sehr häufig haben die Pflegepersonen ein mangelndes Selbstverständnis für Pünktlichkeit und somit für den genauen Beginn der Übergabe. Kommt eine Pflegeperson zur Übergabe zu spät, wird meist auf sie gewartet, damit Informationen nicht doppelt weitergegeben werden müssen. Das verstärkt eine negative Einstellung des kompletten Teams, da dadurch die Dienstübergabe zeitlich verlängert wird und als Folge Stress entsteht (Blank & Zittlau, 2017). Die Pflegepersonen sind aus diesem Grund aufgefordert, sich ihren bestimmten Einflussmöglichkeiten wie Pünktlichkeit, private Nebengespräche und Störungen wachzurufen und für die Aufmerksamkeit der

erforderlichen Rahmenbedingungen gegenüber sonstigen Berufsgruppen oder der Führungsebene des Pflegemanagements zu sorgen (Schmidt, 2018). Die Unterbrechungen kommen selten von Schüler*innen und unerfahrenen Kolleg*innen, weil sie sich nicht trauen korrigierend in die Kommunikation einzugreifen, die meisten Unterbrechungen kommen von erfahrenen oder älteren Kolleg*innen. (Lauterbach, 2013). Einerseits wirken sich die Unterbrechungen durch die Pflegepersonen die Dienstübergabe erhielten negativ auf den ganzen Prozess der Dienstübergabe aus, andererseits sind solche Unterbrechungen ein wichtiger Faktor welcher dazu beibringen kann die Synthese zwischen den Pflegepersonen bei der Dienstübergabe zu ermöglichen, aber nur dann wenn aufgrund gestellten Fragen die wichtige Patient*innen Informationen akvisiert werden können. (Rhudy et al., 2019). Nach Baethge and Rigotti (2013) wird der größter Teil der Unterbrechungen durch andere Pflegepersonen verursacht, darauf folgen Unterbrechungen durch Patient*innen und das Telefon.

Blank and Zittlau (2017) stellten fest, dass die häufigste Störquelle während der Dienstübergabe die Patient*innenklingel ist. Wenn die Patient*innen Hilfe benötigen, dann nutzen sie die Patientenlingel um sich bemerkbar zu machen. Diese gibt einen klaren „störenden“ Warnton an die Pflegepersonen mittels Ton- und Lichtsignal weiter. Ein direkter verbaler Austausch mit den Patient*innen ist durch die Klingeln meistens ausgeschlossen. Die Tonstörung ist damit gekoppelt, dass die Pflegepersonen ihren derzeitigen Arbeitsfluss unterbricht und umgehend die Patient*innen aufsuchen muss (Blank & Zittlau, 2017).

Insbesondere faszinierend wird wie die Pflegepersonen auf jene Unterbrechungen reagieren. Der geringe Prozentsatz an sofortiger Reaktion von Patient*innenklingeln liegt daran, dass sich die Patient*innenklingel an das gesamte Pflegepersonal gerichtet und kann somit gleichzeitig von allen Pflegepersonen bearbeitet werden. So werden exemplarisch Handlungen am Patient*innen nicht durch die Patient*innenklingel unterbrochen, wenn sich gerade Pflegepersonen am Gang befinden. Das Telefon führt zu einem ähnlichen Bearbeitungsmuster. Dieses liegt des Öfteren im Dienstzimmer, in dem sich genauso zusätzliche Pflegekräfte aufhalten. Die Ähnlichkeit zu den Reaktionen den Patient*innen gegenüber kann ebenso hiermit erklärt werden, dass es bequemer ist, Unterbrechungen

aufzuschieben oder zu ignorieren, wenn die Person, die ebendiese Unterbrechung verursacht hat, sich nicht in unmittelbarer Nähe oder Sichtfeld befindet (Baethge & Rigotti, 2013).

Neben Patient*innenklingel, Unterbrechungen durch Kolleg*innen während Dienstübergaben und durch das Telefon haben Huth and Ward (2018) andere Ablenkungen wie laute Geräusche (Gespräche in der Nähe und piepsende Monitore) oder visuelle Ablenkungen (Personen, die sich an den Schreibtischen oder am Gang bewegen) als störend identifiziert. Dadurch kann die Übergabekommunikation beeinträchtigt werden und dazu führen, dass der Geber und der Empfänger ihren Gedankengang verlieren oder kritische Informationen übersehen (Huth & Ward, 2018). Weitere Faktoren, die bei einer Dienstübergabe störend sind, sind nach Lozano et al. (2015) die Bewegung des Pflegewagens, von Reinigungsmaschinen, der Lärm von Radios und Fernsehern und Unterbrechungen durch das Hilfspersonal. Hier soll auch angemerkt werden, dass Glaser and Seubert (2018) zur Arbeitsumgebung noch die schlechten Lichtverhältnissen dazu zählt als einer störender Faktor.

Nach Schmidt (2018) können die Ursachen von Störungen auf externe und interne Ursachen unterteilt werden. Als externe Ursachen gelten die Räumlichkeiten, das Telefon, die Patient*innen, die Angehörigen, der Transportdienste und die Ärzt*innen. Zu den internen Ursachen zählen die Unpünktlichkeit der Mitarbeiter*innen, die Unkonzentriertheit, schlechte Arbeitsteilung und Privatgespräche. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass die Pflegekräfte beim Beginn der Dienstübergabe oft das Bedürfnis nach einem Getränk haben, in meisten Fällen sind dies ein frischer Kaffee oder Tee (Blank & Zittlau, 2017). Der Verzehr von Speisen und Getränken während der Dienstübergabe soll nach Blank and Zittlau (2017) kritisch betrachtet werden, da dadurch Störungen entstehen können (störende Geräusche durch Tassen, Teller, Umrühren der Getränke) welche sich negativ auf die Mitarbeiter*innenkonzentration auswirkt. In diesem Zusammenhang soll erwähnt werden, dass die Kommunikation während einer Dienstübergabe ein hohes Maß an kognitivem Bewusstsein erfordert, da die Pflegepersonen die Informationen analysieren und synthetisieren (Galatzan & Carrington, 2018). Häufig kommt es aber auch zu einer Störung

aufgrund des Verzehr von Getränken nicht nur während einer Dienstübergabe, sondern bevor die Dienstübergabe begonnen hat, indem sich auch die Anfangszeit der Dienstübergabe durch Warten auf Kaffee oder Tee verzögert. (Blank & Zittlau, 2017). Die Tatsache, dass die Patient*innen und Angehörigen als „Störfaktor“ während der Dienstübergabe erlebt werden soll nicht unterschätzt werden (Blank & Zittlau, 2017). Weiters betonen Blank and Zittlau (2017) wie fundamental wichtig es ist die Reaktion auf ein Klingelruf nicht zu verzögern, weil hinter einem Klingelruf sich eine Banalität, allerdings gleichfalls ein lebensbedrohlicher Zustand verbergen könnte.

Erwartungsgemäß sind mehr Arbeitsunterbrechungen zu erwarten, wenn der Betreuungsschlüssel (Anzahl der Pflegepersonen pro Patient*in) geringer ist. Es wird aber in der Beobachtungsstudie von Baethge and Rigotti (2013) konkludiert, dass die Anzahl der Pflegepersonen auf einer Station keine Auswirkungen auf die Unterbrechungen hat.

Die in diesem Kapitel aufgeführten Störungen können vermieden oder zumindest reduziert werden, um dadurch den Erfolg der Dienstübergabe sicherzustellen. Es soll nach Blank and Zittlau (2017) folgendes beachtet werden: der Dienstübergabebeginn muss an alle klar kommuniziert werden, eine Pflegeperson kann als Organisation der Dienstübergabe wöchentlich bestimmt werden um das Einhalten der Zeit und den organisatorischen Rahmen zu regulieren, die Dienstübergabezeit soll dem gesamten Hilfspersonal und dem therapeutischen Team transparent dargestellt werden, eine Pflegeperson soll während der Dienstübergabe für eingehende Telefongespräche und die Versorgung der Patientenklingsel bestimmt werden, eine einladende Atmosphäre während der Dienstübergabe soll geschaffen werden sodass die Pflegepersonen im beruflichen Alltag gut ankommen und sich mit einem Getränk auf den Informationsaustausch einlassen können, am Ende der Dienstübergabe sollen alle ungeklärten organisatorischen Fragen sowie auch alle aktuellen Änderungen im Dienstplan durch eine Pflegeperson (am besten durch den Organisator) an das gesamtes Team klar kommuniziert werden. Wie alle diese Maßnahmen implementiert werden können, um eine Dienstübergabe erfolgreich zu gestalten wird im nächsten Kapitel welches sich mit der Struktur der Dienstübergabe beschäftigt, erläutert.

3.6.1 Struktur der Dienstübergabe

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Strukturierung einer Dienstübergabe. Alle aus der Literaturrecherche gewonnenen Erkenntnisse werden thematisiert, um die Struktur einer erfolgreicher Dienstübergabe zu erhalten.

Wann die Effektivität einer Dienstübergabe evaluiert werden muss ist ein von drei wichtigsten Punkten neben den Inhalt und Unterbrechungen die Struktur anhand von welche eine Dienstübergabe abläuft (Pokořová & Bártlová, 2018). Nach Schmidt (2018) reicht es nicht aus zu wissen, was in Pflegeübergaben übermittelt werden soll sondern es muss auch bekannt sein durch welche Strukturen dies sicherzustellen ist und wie dies geschehen soll. Es ist leider in der Pflege sehr häufig so, dass die Dienstübergaben aus unterschiedlichen Informationen bestehen, die sehr oft ohne Priorisierung und Struktur weitergegeben werden (Blank & Zittlau, 2017). Galatzan and Carrington (2018) konkludieren in ihrer Untersuchung dass, die Struktur und Konsistenz die wichtigsten Faktoren, aus der Sicht der Pflegepersonen sind, die sich wenn abwesend auf die Kommunikation und den Ablauf der Dienstübergabe negativ auswirken. Wenn die Dienstübergaben unstrukturiert ablaufen wirkt sich dies nicht nur auf die fehlenden Informationen, sondern auch auf die Dauer der Dienstübergabe, je unstrukturierter die Dienstübergabe ist, desto länger dauert diese (David et al., 2017).

Für eine effektive Dienstübergabe müssen die Pflegemanager*innen die wichtigsten Kontextfaktoren der Teilnehmer*innen (die anwesend sein sollen), wie die Planung (wie viel Zeit erlaubt ist), die Ressourcen (Verfügbarkeit von elektronischer oder aufgedruckter Patienten*innendokumentation) und die Umgebung (Lärm, Unterbrechungen und Platz) im Fokus haben. Die Nichtverwaltung dieser Dimensionen führt zu einer stillschweigenden Intoleranz (Eggins & Slade, 2015).

Die Dienstübergabe kann nach Abraham et al. (2016) auf drei Phasen unterteilt werden: eine Pre-Dienstübergabephase , folgt mit eine Dienstübergabephase und am Schluss eine Post- Dienstübergabephase. Während der Pre-Dienstübergabephase konzentrierten sich die Pflegepersonen auf die Erledigung der Aufgaben und Aktivitäten der Patient*innenversorgung und auf die Aktualisierung der Dokumentation, die Dienstübergabenphase konzentrierte sich

hauptsächlich auf den Austausch Patienten*innenbezogener Informationen. Neben der strukturierten Präsentation gab es auch einen informellen Informationsaustausch, der Kontextinformationen für die reibungslosen Pflegeübergänge lieferte. Beispielsweise bat eine ausgehende Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in die ankommende Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in, auf einen „nicht abgestempelten“ Arztauftrag zu achten, der an die Apotheke gesendet wurde. Ein solcher Austausch unterstreicht die Rolle von kontextbezogenen und lokalisierten Informationen für die ankommende Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in, um ihre Aufgaben nach der Dienstübergabe effektiver ausführen zu können. Die Phase nach der Übergabe konzentrierte sich in erster Linie auf die Aufgaben der ankommenden Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in, wie zum Beispiel die Überprüfung der Patient*innendokumentation (Abraham et al., 2016). Auf eine sehr ähnliche Unterteilung der Dienstübergabe sind auch Blank and Zittlau (2017) gekommen, sie unterteilen die Dienstübergabe in drei Phasen um eine bessere Orientierung und Struktur zu schaffen.

Die Eröffnungsphase wird als Einleitung der Dienstübergabe definiert und dient als Einstimmung für die nachkommende Weitergabe von Patient*inneninformationen, dies passiert üblicherweise in den ersten Minuten der Dienstübergabe (Blank & Zittlau, 2017). Für die Einleitung der Dienstübergabe wird traditionell eine Pflegeperson definiert, die eine korrekte und nützliche Weitergabe der Informationen an die übrigen Pflegepersonen gewährleistet. Sie beginnt, wenn alle Personen präsent sind, für die die passenden Informationen des Patienten*innen wertvoll sind (Blank & Zittlau, 2017). Hier ist es wichtig zu erwähnen, dass zu Beginn der Dienstübergabe oft signalisiert wird wie wichtig die Faktenorientierung ist. (Lauterbach, 2008). Weiters betont Lauterbach (2008), dass die Dienstübergabe üblicherweise von einer Pflegeperson geleitet wird und aber auch sehr oft von die Person die nicht direkt in der Pflege tätig ist (sehr häufig wird diese Rolle von der Stationsleitung übernommen). Zu Beginn des Informationsaustauschs, sind die Teilnehmer*innen in einer entspannten Situation, können sich auf die kommenden Aspekte einlassen und sind mit den gebrauchten Notizzetteln, Belegungsplänen, Bewohner*innenlisten und allen anderen Informationssicherungshilfen ausgestattet

(Blank & Zittlau, 2017). An dieser Stelle ist anzumerken, dass es sinnvoll ist, um die Dienstübergabe erfolgreich zu gestalten eine Bewohner*innenliste zu erstellen (Blank & Zittlau, 2017). Pflegepersonen haben sehr häufig eigene Übergabezettel, hier soll aber kritisch angemerkt werden, dass solche Übergabezettel viele zeitlichen Ressourcen des Fachpersonals täglich verbrauchen, um diese aktuell zu halten da alle wichtige Informationen täglich neue notiert werden müssen (Blank & Zittlau, 2017). Sehr oft kommt es vor, dass Pflegepersonen die erstellten Übergabezettel mehrmals verwenden, dies erhöht nach Blank and Zittlau (2017) das Risiko Informationen zu verlieren.

Als Lösung für diese Problematik bezüglich der Bewohner*innenlisten und Übergabezettel bieten Blank and Zittlau (2017) die Erstellung eines grafischen Ausdruck mit Bewohner*innendaten an. Dies soll die Daten wie Zimmernummer, Name, Diagnose und bedeutende Pflegemaßnahmen beinhalten, es ist auch anzumerken wie wichtig es wäre eine Spalte zu haben wo die Pflegepersonen ihre eigenen Notizen eintragen können.

Die Erstellung eines solchen Übergabeinstruments soll allen Pflegepersonen einen sofortigen Überblick über alle Bewohner*innen ermöglichen (Blank & Zittlau, 2017). Zum Thema der Bewohner*innenlisten ist es sehr wichtig, im Team zu besprechen wer für die Listenaktualisierung zuständig ist. Dieses Instrument soll Zeit sparen und die tägliche Arbeit und die Dienstübergabe erleichtern sowie auch zur Qualitätssicherung beitragen, dies ist nur dann möglich, wenn die Liste täglich aktualisiert wird (Blank & Zittlau, 2017). An dieser Stelle soll nach Blank and Zittlau (2017) auch erwähnt werden, dass die Bewohner*innenliste gemeinsam mit dem ganzen Team erarbeitet und erstellt werden soll.

Wie so einer Bewohner*innenliste ausschauen kann, ist an einem Beispiel in der Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: *Beispiel einer Bewohner*innenliste*

Zimmer Nummer	Bewohner*innen Name	Diagnosen	relevante Pflegemaßnahmen	Anmerkungen/Notizen
				Aktualisiert am:

Note. eigene Darstellung, 2020

In der Kernphase, erfolgt der eigentliche patient*innenrelevante Informationsaustausch (Blank & Zittlau, 2017). Mehr dazu ist in der vorliegenden Arbeit in Kapitel 3.4, welche sich mit dem Inhalt der Dienstübergabe beschäftigt beschrieben. Hier ist es noch wichtig zu erwähnen, dass eine nahtlose Weitergabe der Informationen von einer/m Patient*in zum anderen, ohne unnötigen Kommentare seitens des Pflegepersonals, gewährleistet werden sollte (Blank & Zittlau, 2017).

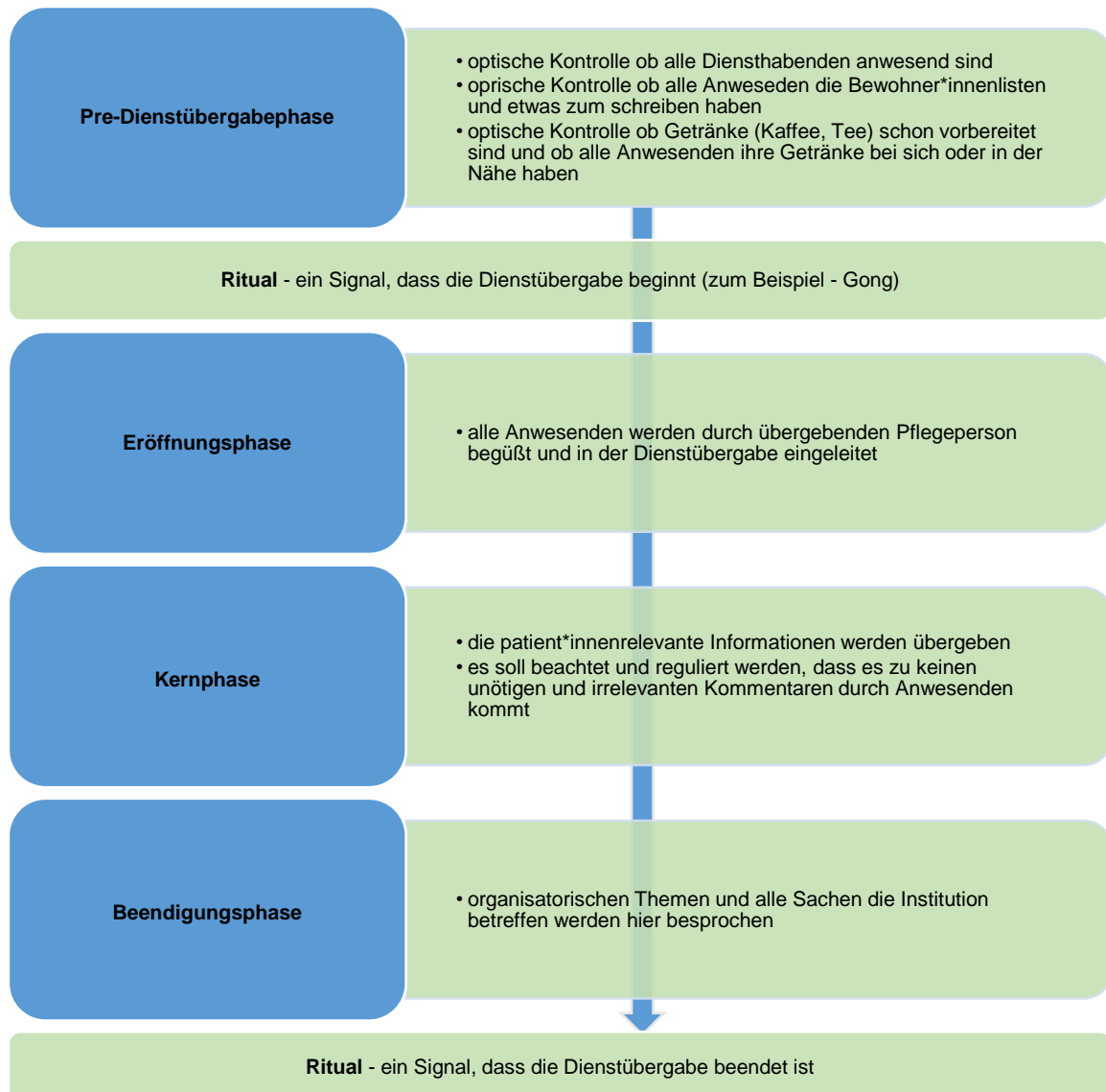
Nachdem alle pflegerelevanten Informationen dargestellt sind wird die Dienstübergabe nach Blank and Zittlau (2017) in die Beendigungsphase übergeleitet. Die gesprächsführende Pflegeperson zeigt das Ende der Dienstübergabe auf, hier wird üblicherweise mit Privatgesprächen begonnen, die Räumlichkeiten werden verlassen und es wird mit anderen Aufgaben begonnen (Blank & Zittlau, 2017). Hier bietet sich nach Lauterbach (2008) Raum organisatorische Themen zu besprechen, vor allem die Sachen die Institution betreffen oder mögliche Schwierigkeiten bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Es ist sehr hilfreich bei einer Dienstübergabe ein Übergaberitual zu entwickeln welches zu einem gezielten Dienstübergabebeginn und ende führen soll (Blank & Zittlau, 2017). Als Übergaberitual können nach Blank and Zittlau (2017) verschiedenen Dinge genutzt werden, wie das Herrichten des Tisches (frischer Kaffee, oder Bewohner*innenliste auf die Mitte des Tisches legen), es kann ein Medium genutzt werden um zu signalisieren, dass jetzt die Dienstübergabe beginnt oder endet, dabei ist es wichtig ein neues Medium zu finden und nicht eines zu benutzen welches schon im Stationsalltag existiert (dies kann irreführend sein). Die Rituale geben Sicherheit und reduzieren Stress es ist aber wichtig, dass jedes Team selbst ein kleines Ritual entwickelt dadurch wird sich die Bereitschaft zur Anwendung deutlich erhöht (Blank & Zittlau, 2017). Eine strukturierte Form der Übergabe bietet der zu übergebenden Pflegeperson einen roten Faden für die Weitergabe der Informationen und soll als Basis und Orientierung unbedingt umgesetzt werden, weiters bietet die strukturierte Dienstübergabe für jungen und neuen Kolleg*innen einen klaren Ablauf (Blank & Zittlau, 2017). Nach Eggins and Slade (2015) wird durch die Schaffung eines aktiven, partizipativen

Übergabeteams, das gemeinsame Verständnis und die gemeinsame Problemlösung gefördert.

In der Abbildung 2 werden die Erkenntnisse aus der Literatur in Bezug auf die Struktur der Dienstübergabe grafisch dargestellt.

Abbildung 2: mögliche Dienstübergabestruktur



Note. eigene Darstellung, 2020

3.6.2 Ort der Dienstübergabe

In diesem Kapitel wird der Ort der Dienstübergabe thematisiert, die Räumlichkeiten, die sich am besten für eine Dienstübergabe eignen und alle positiven und negativen Aspekte, die durch die Auswahl des Ortes, die Dienstübergabe beeinflussen.

Die Dienstübergaben finden, je nach Institution und deren personellen und strukturellen Rahmenbedingungen auf unterschiedlichen Weisen und in unterschiedlichen Räumen statt (Glaser & Seubert, 2018). Für die Dienstübergabe ist es essenziell einen ruhigen ungestörten Ort für den Informationsaustausch zu ermöglichen, leider finden in der Pflege die Übergaben Großteils im Stationszimmer oder im Personalaufenthaltsraum und manchmal sogar in der Stationsküche statt (Blank & Zittlau, 2017). Huth and Ward (2018) konkludieren, dass die Dienstübergaben häufig in herausfordernden Umgebungen erfolgen, in denen es sehr oft zu Unterbrechungen und Ablenkungen kommt. Nach Schmidt (2018) werden die Ablenkungen und die Unterbrechungen, solange die wichtige Besprechungen wie die Dienstübergabe in mehrfach genutzten Räumen stattfinden, eine große Herausforderung darstellen. Nach Blank and Zittlau (2017) ist der Raum selbst die bedeutendste Störung für die Dienstübergabe, sehr selten gibt es einen isolierten Raum, der für die Informationsweitergabe genutzt werden kann. In den meisten Fällen findet die Dienstübergabe im Aufenthaltsraum oder im Dienstzimmer statt, diese Räumlichkeiten dienen aber primär als Arbeitsraum für Pflegekräfte dies bedeutet, dass nur durch die Anwendung der Räumlichkeit eine Menge von Störquellen vorhanden ist (Blank & Zittlau, 2017).

Schmidt (2018) betonte auch, dass die Dienstübergabe an Effektivität verlieren und Limitationen unterliegen, wenn sie unter solcher Rahmenbedingungen stattfindet. Es zeigte sich in der Praxis, dass die Arbeitseinstellung, die Bemühung des Pflegepersonals, Dienstübergaben effektiv durchzuführen, nicht vorhanden ist (Pokořová & Bártlová, 2018).

Die Übergabe erfolgt an verschiedenen Orten innerhalb einer Institution, wo die Dienstübergabe stattfindet ist von diversen Faktoren wie ob es sich um eine frühe oder eine späte Übergabe handelte weiters die Behinderungen oder Gesundheitszustände der Bewohner*innen den Grad der Vertraulichkeit oder Privatsphäre, die für den Informationsaustausch erforderlich ist oder die

Anwesenheit von Verwandten oder anderen Besuchern. (Norrie et al., 2017). Nach Moriarty, J., Norrie, C., Manthorpe, J., Lipman, V., & Elasarapu, R. (2019) finden die Dienstübergaben normalerweise im Büro oder in einem zurückgezogenen Bereich wie zum Beispiel dem Dienstzimmer statt, in dem die Mitarbeiter*innen privat sind und vertraulich sprechen können. Nach Blank and Zittlau (2017) ist das Dienstzimmer ein zentraler Sammelpunkt wo sich alle Berufsgruppen und Informationen sammeln, das Dienstzimmer wird als das „Herz“ jeder Station gesehen. Aus der Literatur lässt sich feststellen, dass die Dienstübergabe ein ruhiges Umfeld bedarf. Dies ist nur dann möglich, wenn ein ungestörter Raum vorhanden ist. Um die Übergabedauer zu reduzieren und die Qualität zu erhöhen wird von Blank and Zittlau (2017) empfohlen gemeinsam mit dem Team zu überlegen welcher Raum für die Dienstübergabe genutzt werden kann sodass sich die Pflegepersonen völlig auf die Dienstübergabe konzentrieren können.

3.6.3 Teilnehmer*innen bei einer Dienstübergabe

Im folgenden Kapitel werden die Rollen und Aufgaben der teilnehmenden Pflegepersonen bei einer Dienstübergabe sowie deren Einfluss auf die Dienstübergabe thematisiert.

Eine Übergabe kann zwischen zwei oder mehreren Personen stattfinden, in der Pflege nehmen aber in der letzten Zeit die Großgruppenübergaben, aufgrund des Personalmangels in der Pflege, zu (Blank & Zittlau, 2017). Es wird aber häufig darüber diskutiert, für welche Personen in der Großgruppenübergaben die neuen Informationen der Patient*innen wertvoll sind.

Moriarty et al. (2019) stellten in ihre Studie die fünf Pflegeheime umfasste fest, dass es erhebliche Unterschiede in die Pflegeheimen gab ob bei der Dienstübergabe alle Mitarbeiter*innen inklusive den Servicekräften (Mitarbeiter*innen die an häuslichen Dienstleistungen wie Wäsche oder Kochen tätig sind) teilnehmen oder ebenfalls nur die Pflegekräfte. Wenn alle Mitarbeiter*innen an der Übergabesitzung teilnahmen, bestand die Möglichkeit, dass die Bewohner*innen allein gelassen wurden, die Manager*innen versuchten dieses Dilemma auf verschiedene Weise zu lösen, indem sie beispielsweise einen „schwimmenden“ Mitarbeiter*in im Dienst ließen, die/der später die Übergabe erhielt, die Übergangszeit für die Übergaben plante

und sich um Besuche oder Unterhaltung während des Übergabezeitraums kümmern (Moriarty, J., Norrie, C., Manthorpe, J., Lipman, V., & Elasarapu, R., 2019).

Bei der Großgruppenübergabe sind alle Pflegepersonen des Früh- und Spätdienstes und auch sehr oft die Stationsleitung und der Stationsarzt anwesend (Blank & Zittlau, 2017). Eine Gruppe die oft nicht erwähnt wird sind nach Blank and Zittlau (2017) die Auszubildenden. Sie spielen aber eine relevante Rolle weil, sie häufig die ersten sind die zu den Glocken gehen und sehr oft mit der Grundpflege und Hilfe bei der Essenseingabe beauftragt werden, während dieser Aufgaben sind sie viel im direkten Kontakt mit den Patient*innen und erfahren dadurch sehr oft die Dinge die sonst niemand weiß und deswegen sollen Auszubildenden bei der Dienstübergabe unbedingt anwesend sein (Blank & Zittlau, 2017). Andererseits sind die Auszubildenden und Schüler*innen nach Lauterbach (2013) überfordert wenn sie bei der Dienstübergabe teilnehmen und besonderes wenn sie die Dienstübergabe durchführen müssen.

Während der Dienstübergabe werden verschiedenen Fragen, nach individuellem Pflegeverständnis und dem Bekanntheitsgrad des Patient*in im Team um mögliche Missverständnisse abzuklären, gestellt (Blank & Zittlau, 2017). Weiters ist es hier wichtig die Teilzeitbeschäftigten zu erwähnen. Es kommt häufig vor, dass sich aufgrund längerer Abwesenheit der teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter*innen die Dienstübergaben verlängern, weil sie bestimmte Informationen aufgrund ihrer langen Abwesenheit wünschen die die übergebende Person als irrelevant einstuft (Blank & Zittlau, 2017). Von der übergebenden Pflegeperson wird häufig erwartet, dass sie alle Informationen ergänzt und von der kommenden Pflegeperson wird aktives Zuhören erwartet (Lauterbach, 2008). Hier betont Lauterbach (2008), dass sich alle anwesenden Personen an der Dienstübergabe aktiv beteiligen sollen, weil sie im Gegenteil zu allgemeinem Einverständnis schon zur Thematik beitragen können. Es ist ausgeschlossen und ebenfalls nicht notwendig, dass alle Personen, die an der Behandlung eines Menschen beteiligt sind, der gleichen Meinung sind, verschiedene Ansichten und Vorgehensweisen sollten respektvoll thematisiert werden (Blank & Zittlau, 2017). Galatzan and Carrington (2018) berichteten, dass die Pflegepersonen als einer der wichtigsten Indikatoren der

Dienstübergabequalität das Erlebnis der Übergabe von übergebenden Personen und Personen die die Dienstübergabe erhielten identifiziert haben.

Während der Großgruppenübergabe besteht nach Blank and Zittlau (2017) die Gefahr, dass die Konzentration bei bestimmten Pflegepersonen sehr schnell sinkt, sobald die Patient*innen für die diese Pflegepersonen im Rahmen der Bereichspflege zuständig sind vorgestellt wurden. Daraus folgt, dass sich die Pflegepersonen, die gerade nicht aktiv an ein/er/m Patient*in/m interessiert sind, mit anderen Dingen beschäftigen wie private Nebengespräche oder Dokumentation (Blank & Zittlau, 2017). Bei der Großgruppenübergabe befinden sich alle diensthabenden Pflegepersonen in einem Raum. Dies kann nach Blank and Zittlau (2017) zu weiteren Störungen und Unterbrechungen führen, weil für Angehörige, Patient*innen und andere Berufsgruppen keiner Ansprechpartner zur Verfügung steht. Nach Huth and Ward (2018) sollen die Manager*innen dafür sorgen, dass alle Mitarbeiter*innen eine engagierte Orientierung für das Team erhalten, die eine explizite Diskussion der Rollen, Verantwortlichkeiten und der Erwartungen an die Kommunikation umfasst. Weiters betonen Huth and Ward (2018), dass sich die Effektivität eines Teams verbessern wird, wenn alle Mitglieder ein gemeinsames Verständnis der Situation haben. Wenn alle Teammitglieder des Teams ein gemeinsames Verständnis der Situation haben kann die geteilte Aufmerksamkeit (Frankel et al., 2012), wo sich alle in einem Raum befinden aber nicht auf den Dienstübergabe Inhalt gleich Aufmerksam sind, vermieden werden. Weiters sollen alle Dienstübergabeteilnehmer*innen um die Informationenweitergabe und Kommunikation zu verbessern einen sogenannten Joint Focus of Attention, auf Deutsch übersetzt als gemeinsame Aufmerksamkeit, haben (Frankel et al., 2012). Während eine Dienstübergabe ist es sehr bedeutsam die Rollen und Aufgaben an die Teilnehmer*innen zu verteilen um die Missverständnisse, Unterbrechungen und Störungen zu reduzieren. Huth and Ward (2018) besagten, dass in einem Team sehr häufig nicht bekannt ist welche Rollen und Verantwortlichkeiten jeder Person bei der Dienstübergabe hat. Es ist deswegen wichtig die Rollen und Aufgaben an Dienstübergabeteilnehmer*innen vorab zu verteilen, weil mangelnde Orientierung des Teams zu einer schlechten Vorbereitung auf die Übergabe oder zu unklaren Erwartungen darüber führen kann, wie Informationen an das Team weitergegeben

werden sollen (Huth & Ward, 2018). Noch ein wichtiger Punkt für eine kontinuierlicher Qualität der Dienstübergabe und die adäquate Einschulung von neuen Mitarbeiter*innen ist die Bereitschaft von erfahrenen Mitarbeiter*innen ihre Rolle als Vorbild zu erleben und Feedback betreffend der Dienstübergabe an junge und unerfahrene Kolleg*innen zu geben (Manias et al., 2016).

Aus der Literatur lässt sich ableiten, dass bei einer Dienstübergabe alle Teilnehmer*innen inklusive Auszubildende eine wichtige Rolle in der Informationenweitergabe spielen, die Verantwortlichkeiten und Rollen der einzelnen Mitarbeiter*innen müssen allen bekannt gegeben und klar kommuniziert werden. Weiters ist es wichtig zu bestimmen welche Pflegeperson als ein Ansprechpartner für die Bewohner*innen, Angehörigen und andere Berufsgruppen während der Dienstübergabe agieren soll und welche Pflegeperson für die Bewohner*innenglocken zuständig ist. Während der Dienstübergabe soll immer eine Möglichkeit bestehen, Fragen zu stellen, alle Teilnehmer*innen sollen sich bei der Dienstübergabe aktiv beteiligen, Feedback geben und die Mitarbeiter*innen sollen während der Dauer der Dienstübergabe volle Konzentration bewahren.

3.7 Kommunikation bei der Dienstübergabe

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Thematik der verbalen und non-verbalen Kommunikation während einer Dienstübergabe anhand der Erkenntnisse aus der recherchierten Literatur.

Eine effektive Kommunikation während der Dienstübergabe trägt entscheidend zur Gewährleistung der sicheren und qualitativ hochwertigen Patient*innenversorgung bei (Abraham et al., 2016). Weiters betonen Abraham et al. (2016), dass ein gründliches Verständnis der Struktur und des Inhalts von Gesprächen sowie der inhärenten Beziehungen innerhalb des Inhalts von größter Bedeutung für die Gestaltung einer effektiver Dienstübergabe ist.

Kommunikation wird als Austausch oder Übergabe von Nachrichten zwischen zwei oder mehrere Kommunikationspartner definiert (Rupprecht, 2014). Die Übergabe von Nachrichten erfolgt über Signale die auch als Träger von Nachrichten dargelegt werden können (Rupprecht, 2014). Weiters erklärt Rupprecht (2014) wie diese Übergabe genau passiert, nämlich ein Kommunikationspartner artikuliert (sendet)

eine Nachricht mittels eines Signals und ein anderer Kommunikationspartner empfängt dieses Signal. Wenn beide Kommunikationspartner mittels Signale die Nachrichten senden und empfangen kommt zu einer wechselseitigen Übergabe oder zu einem Austausch von Nachrichten, dies ist auch als Dialog bekannt. (Rupprecht, 2014).

Es lassen sich mehrere Arten von Signalen unterscheiden, akustische Signale, wie zum Beispiel Sprache, Musik, Klingeltöne, optische Signale wie Licht, Gestikulation, Mimik und Körpersprache (nonverbaler Artikulation), weiters gibt es auch chemische Signale wie Gerüche, mechanische Signale wie streicheln, Umarmung, Handdruck und elektrische Signale die bei der Technik eine zentrale Rolle spielen, das sind Signale wie Funk, Telefonie und Datenübertragung (Rupprecht, 2014). Bei Menschen werden die Signale bei der Kommunikation mittels Sinnesorgane aufgenommen und bestimmt, hier werden Medien wie Sprache (Audio), Bild (Video) und Text (Daten) dafür genutzt (Rupprecht, 2014). Wenn mehreren Medien (Sprache, Bild und Text) bei demselben Kommunikationsprozess verwendet werden dann ist die Kommunikation nach Rupprecht (2014) als multimedial zu bezeichnen. Der Empfang eines Signals soll dem empfangenden Kommunikationspartner eine Information liefern dabei muss aber beachtet werden, dass es nicht zu einer Fehlinterpretation des Signals kommt (Rupprecht, 2014). Einer Fehlinterpretation entsteht nach Rupprecht (2014) dann, wenn der Empfänger einem Signal eine Bedeutung gibt, die komplett unterschiedlich ist von dem was der Sender meinte. Es gibt mehreren Ursachen, die zu eine Fehlinterpretation führen können. Rupprecht (2014) identifizierte drei Ursachen, die zu einer Fehlinterpretation führen können, die Signalverfälschung durch Störung (Lärm oder Geräusche), die unglückliche Signalzuordnung (Wortwahl) oder die unglückliche Konstruktion der Mitteilung bei dem Sender und falsche Bedeutungszuordnung beim Empfänger.

Die Dienstübergabe ist aber nicht nur ein einfacher Kommunikationsakt, es ist ein komplexer Austausch von Patient*inneninformationen, der die Wahrscheinlichkeit einer sicheren und effektiven Versorgung erhöht (Johnson & Arora, 2016). Die Kontinuität einer sicheren und patient*innenzentrierten Versorgung hängt auch von einer effizienten Kommunikation ab, um diese Kontinuität zu gewährleisten,

umfassten historische Dienstübergaben in der Vergangenheit die Übermittlung genauer und aktueller Informationen in Bezug auf den Zustand, die Behandlung und die erwarteten Bedürfnisse der Patient*innen (David et al., 2017). Nach Streeter et al. (2015) wurde eine kompetente Kommunikation zwischen Pflegekräften als Schlüsselfaktor für die Patienten*innensicherheit identifiziert, insbesondere während einer Interaktion, die als Dienstübergabe bezeichnet wird, wenn die Verantwortung für Patient*innen von einer Pflegekraft auf eine andere übertragen wird. Hier ist zu betonen, dass es nach Hecht (2016) bei einer Dienstübergabe nicht darum geht einen einzelnen festgelegten Satz an die Kolleg*innen weiterzugeben sondern man muss aus eine Menge an Informationen eine Auswahl treffen, die sich innerhalb weniger Minuten wiedergeben lässt.

Nach Malekzadeh et al. (2013) werden die Kommunikationsfähigkeiten während einer Dienstübergabe, obwohl diese zu einer häufigen Tradition in der Pflege gehören, in der akademischen Ausbildung nicht vermittelt. Diese Aussage wird auch von Blank and Zittlau (2017) bestätigt wo sie besagen, dass das Führen eine Dienstübergabe in den meisten Curricula der Ausbildung und in Fortbildungen nicht berücksichtigt wird. Obwohl die entscheidende Bedeutung der Kommunikation für die Minimierung von Fehlern in der Patient*innenversorgung anerkannt wird, bleibt die Frage offen, welches spezifische Kommunikationsverhalten mit kompetenten oder qualitativ hochwertigen Übergaben verbunden ist (Streeter et al., 2015). Nach Galatzan and Carrington (2018) machen die Missverständnisse, die während des Informationsaustauschs zwischen Pflegepersonen auftreten, etwa 80% der unerwünschten Ereignisse im Gesundheitswesen aus. Die Untersuchungen die Johnson and Arora (2016) durchgeführt haben zeigten, dass selbst unter idealen Bedingungen (begrenzte Unterbrechungen, Überwachung und Aufklärung) die wichtigsten Informationen in 60% der Fälle nicht an den Empfänger weitergeleitet wurden, obwohl die Absender glaubten, diese Informationen übermittelt zu haben. Die Missverständnisse während einer Dienstübergabe können aufgrund nicht unterstützende Organisationskultur (mangelnde Teamarbeit, Respekt usw.), unterschiedliche Erwartungen, ineffektive Kommunikationsmethoden, nicht synchronisierte zeitliche Koordination, unzureichende Zeit, Unterbrechungen und fehlende standardisierte Verfahren entstehen (Streeter et al., 2015).

Nach Schmidt (2018) tragen folgenden Faktoren zu Kommunikationsproblemen bei:

- (1) Auslassungen (fehlende oder lückenhafte Informationen),
- (2) diversen Fehler (falsche, doppelte oder irrelevante Informationen),
- (3) missverständliche Informationen, ungenaue Erinnerung der Informationen,
- (4) mangelndes Verständnis welche Informationen wesentlich sind,
- (5) die Pflegepersonen sind bei der Dienstübergabe zu routiniert (die Aufmerksamkeit sinkt),
- (6) Dienstübergabe basiert ausschließlich auf der Dokumentation, der aktueller Patient*innenzustand wird nicht erwähnt,
- (7) die Mitarbeiter*innen unterbrechen sich gegenseitig,
- (8) Nebengespräche während der Dienstübergabe,
- (9) Beziehungsprobleme (solche, die durch einen Mangel an Peer-Unterstützung und gegenseitigem Respekt entstehen),
- (10) „Kultur der Schuldzuweisungen“, die die Befragung hemmt,
- (11) Unklarheit über Rollen und Verantwortlichkeiten der Teammitglieder*innen und
- (12) kulturelle Aspekte wie Sprachbarrieren (kulturell bedingter unterschiedlicher Gebrauch von Wörtern oder Formulierungen) und Ethnische Hindernisse (ethnische Unterschiede in Kommunikationsmustern).

Schmidt (2018) fokussierte sich auf Faktoren, die die verbale Kommunikation beeinflussen.

Nach Galatza and Carrington (2018) gibt zusätzliche nonverbale Faktoren, wie Tonfall und Körpersprache, die die Kommunikation und das Kommunikationsmuster beeinflussen. Die nonverbale Artikulation wird als Ergänzung zur verbalen Kommunikation definiert wobei es nach Rupprecht (2014) zwischen drei Arten zu unterscheiden ist, Mimik, Gestik und Körpersprache oder Körperhaltung. Durch die Körperhaltung können Pflegepersonen die Dienstübergabe positiv und auch negativ beeinflussen. Wenn ein Pflegeperson den Oberkörper weit nach hinten zurücklehnt und kein Blickkontakt haltet während der Dienstübergabe wird diese nonverbale Artikulation als Desinteresse und Distanzierung empfunden (Blank & Zittlau, 2017). Wenn aber eine Pflegeperson den Oberkörper nach vorne beugt und direkten Blickkontakt zu den übergebenden Pflegeperson aufnimmt signalisiert

dies Interesse und Aufmerksamkeit, dies beeinflusst die Dienstübergabe nach Blank and Zittlau (2017) positiv.

Ein weiterer Faktor, der die Kommunikation von Informationen während der mündlichen Dienstübergabe beeinflusste, war nach David et al. (2017) das Zeitbewusstsein der Pflegepersonen, die Pflegepersonen hatten anerkannt, dass ihre Unzufriedenheit mit der Übergabe sekundär zu „Zeitmangel“ war, was später zu unzureichender Informationsübertragung führte.

Nach Eggins and Slade (2015) fassen die effektive Dienstübergaben zwei gleichzeitige Kommunikationsdimensionen um, die interaktive und die informative. Die interaktive Kommunikationsdimension kann nach Maharani and Thabrany (2018) am besten erreicht werden indem die Dienstübergabe als *“face to face”* Kommunikation stattfindet, dadurch bieten sich mehrere Möglichkeiten für ein vollständige Interaktionen, einschließlich unbewusster verbaler Hinweise und Körpersprache sowie interaktiver Diskussionen. In Rahmen der interaktiven Kommunikation besteht die Möglichkeit Fragen zu stellen während der Dienstübergabe von großer Wichtigkeit. Als einer der Voraussetzungen für eine effektive Kommunikation während der Dienstübergabe ist nach Streeter et al. (2015) die Möglichkeit für alle an einer Dienstübergabe beteiligten Personen Fragen zu stellen und zu beantworten. Diese Voraussetzung unterstreicht die Bedeutung des interaktiven Kommunikationsverhaltens im Zusammenhang mit dem Informationsaustausch und nicht mit der einseitigen Übertragung von Informationen an diesem wichtigen Schnittpunkt der Patienten*innenversorgung (Streeter et al., 2015). In ihrer Studie stellten Abraham et al. (2016) fest, dass die Dienstübergabe in der Pflege relativ interaktiv ist, relativ weil die Interaktionen der ankommenden Pflegepersonen während des Gesprächs in Form von Bestätigungen (der Empfang von Informationen wird zum Beispiel nur mit Okay bestätigt) und nicht in Form von Bestätigungsprozessen (wie zum Beispiel Zurücklesen von empfangenen Informationen) erfolgen. Nach Huth and Ward (2018) soll der Dienstübergabeempfänger im Rahmen von Bestätigungsprozessen die empfangene Informationen zusammenfassen, um das Verständnis zu gewährleisten.

Nach Streeter et al. (2015) soll bei der Dienstübergabe auch die Dimension der sozioemotionale Kommunikation beachtet werden. Als Sozioemotionale Kommunikation wird das Verhalten, das das Vertrauen, Wärme und Besorgnis fördert und die Möglichkeit bietet die Gefühle und Bedenken zu diskutieren, definiert (Streeter et al., 2015). Die kompetente sozioemotionale Kommunikation bei der Dienstübergabe kann dazu beitragen, eine Sicherheitskultur zu fördern, in der die Pflegepersonen zusammenarbeiten, um eine qualitativ hochwertigen Patient*innenversorgung zu fördern und die Lebensqualität vom Pflegepersonal während der Arbeit zu verbessern (Streeter et al., 2015). Um ein Gespräch wie eine Dienstübergabe effektiv und respektvoll durchführen zu können, sollen sich Pflegepersonen nach Blank and Zittlau (2017) auf folgenden Grundsätze orientieren:

- (1) **Jeder Person soll ohne Unterbrechungen kommunizieren** – jeder Person soll die Möglichkeit haben auszusprechen, ohne durch Anekdoten oder durch sofortige Fragen unterbrochen zu werden,
- (2) **Die Fragen sollten nicht motivationslos gestellt werden** – wenn es klar ist weshalb jemand etwas fragt oder was die Person braucht, um etwas zu verstehen, dann kann die Frage gezielter beantwortet werden,
- (3) **Die Personen sollen sich mit Interpretationen möglichst lange zurückhalten** - hier geht es darum, dass jeder Person eigene persönlichen Reaktionen äußern kann, aber sich nicht immer wieder in Darstellungen anderer verliert oder sich denen anschließt,
- (4) **Eigene und die Körpersignale der anderen sollen beachtet werden** - durch die Körperhaltung können Pflegepersonen die Dienstübergabe positiv und auch negativ beeinflussen, durch das Signalisieren von Interesse oder Desinteresse,
- (5) **Es soll auf Kürze und Prägnanz geachtet werden** – Pflegepersonen sollen während der Dienstübergabe überflüssige Erklärungen und Wiederholungen vermeiden und
- (6) **Es soll auf Gliederung und Ordnung geachtet werden** - die übergebenden Pflegepersonen sollen bei der Dienstübergabe einen „roten Faden“ verfolgen und zwischendurch wichtige Aspekte für den nächsten Dienst oder für die/den Patient*in/en betonen.

Die Kernkompetenzen der Kommunikation, Geben, Suchen und Überprüfen von Informationen sowie die sozioemotionale Kommunikation, die Vertrauen, Wärme und Besorgnis vermittelt, sind mit qualitativ hochwertigen Übergaben der Pflege beim Schichtwechsel verbunden (Streeter et al., 2015). Die Bevorzugung eines Übergabemodells, das den Informationsaustausch und die sozioemotionale Kommunikation unterstützt und fördert, bietet Pflegepersonen die Möglichkeit, zusammenzuarbeiten, unterschiedliche Perspektiven auszutauschen, Problembereiche zu identifizieren und möglicherweise Fehler aufgrund ungenauer oder ausgelassener Informationen zu vermeiden (Streeter et al., 2015).

4. Empirischer Teil

Der empirische Teil der Arbeit, befasst mit der Beantwortung der Forschungsfragen mittels quantitativen Forschungsansatz. Dazu wird anfangs auf das methodische Vorgehen mit all seinen Facetten eingegangen und dann werden die Daten ausführlich beschrieben.

4.1 Methodik

Der empirische Teil der Masterarbeit ist eine Befragung zur Sammlung von quantitativen Daten.

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie ist die genaue Definition der Grundgesamtheit ein wesentlicher Schritt (Koller, 2018). Alle Personen, für die die Forschungsfrage beantwortet werden soll, versteht man als Grundgesamtheit, da die Größe der Grundgesamtheit stark variieren kann, ist hierbei eine exakte Definition sehr wichtig (Koller, 2018). Weiters soll eine Teilmenge der Grundgesamtheit ausgewählt werden anhand dessen die Grundgesamtheit gut bewertet werden kann, dieses Vorgehen wird als Stichprobenziehung benannt (Koller, 2018).

Die Datenerhebung der vorliegenden Masterarbeit wird mithilfe einer Gelegenheitsstichprobe durchgeführt. Hier werden diejenigen Personen, die für die Datenerhebung am einfachsten zugänglich sind, gewählt (Mayer, 2015). Die Gelegenheitsstichprobe ist eine sehr gebräuchliche Art und in der Pflegeforschung sehr beliebt, um Stichproben zu gewinnen (Mayer, 2015).

4.2 Stichprobenbeschreibung

Die Grundgesamtheit, also die Zielgruppe für die schriftliche Befragung sind Personen, die in Wien in Langzeitpflegeeinrichtungen auf Pflegestationen tätig sind und folgende Berufsqualifikationen besitzen: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Pflegeassistent*innen und Pflegefachassistent*innen.

Zuerst wurde der Kontakt mit den Pflegedienstleitungen von mehreren Pflegeheimen in Wien via E-Mail aufgenommen, um ein Einverständnis für die schriftliche Befragung einzuholen. Insgesamt wurden sieben Pflegeheime in Wien via E-Mail kontaktiert, zwei Pflegeheime haben die Teilnahme abgelehnt und ein Pflegeheim zog zu Beginn der Datenerhebung die Zustimmung zurück.

Es konnten vier Pflegeheime für die Teilnahme gewonnen werden. Im weiteren Text werden diese vier Pflegeheime mit ihren Betreuungsangeboten und der Mitarbeiter*innenanzahl beschrieben.

Pflegeheim A - bietet in sechs Wohnbereichen eine 24-stündige Betreuung für 192 pflegebedürftige Personen. Neben stationärer Langzeitpflege ist in den Wohnbereichen auch Kurzzeitpflege möglich. In Pflegeheim A sind 31 Mitarbeiter*innen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege sowie 71 Mitarbeiter*innen mit abgeschlossener Ausbildung zur Pflegeassistentin in der Krankenpflege tätig. Zusätzlich unterstützt wird das Team durch Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen, Ergotherapeut*innen., Logopäd*innen und eine Diätologin. Die ärztliche Betreuung ist von Montag bis Freitag gewährleistet, Visiten werden bedarfsorientiert durchgeführt.

Pflegeheim B – bietet eine 24- stündige Betreuung für 197 pflegebedürftige Personen in sechs Stationen. Es werden die Leistungen die medizinische Versorgung und Pflege gewährleistet sowie auch diverse Freizeitgestaltungsmöglichkeiten und Veranstaltungen angeboten. Insgesamt sind in Pflegeheim B 121 Mitarbeiter*innen in der Pflege tätig, 40 davon sind Mitarbeiter*innen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege und 80 Mitarbeiter*innen mit abgeschlossener Ausbildung zur Pflegeassistentin. In Pflegeheim B steht für Bewohner*innen stationäre Langzeitpflege und auch Kurzzeitpflege im Angebot. Eine Stationsärztin ist immer vormittags von Montag bis

Freitag im Haus anwesend. Weiters können alle Bewohner*innen die physiotherapeutische, psychologische und diätologische Betreuung in Anspruch nehmen.

Pflegeheim C – betreut insgesamt 136 pflegebedürftigen Personen in 124 Einzel- und sechs Doppelzimmer. Die pflegerische und medizinische Betreuung ist durch 29 Mitarbeiter*innen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege und 62 Mitarbeiter*innen mit abgeschlossener Ausbildung zur Pflegeassistenz gewährleistet. Die ärztliche Betreuung findet dreimal in der Woche statt, im Bedarfsfall werden auch Fachärzt*innen der Augenheilkunde, Dermatologie, Orthopädie und Palliativmedizin konsultiert.

Pflegeheim D – verfügt derzeit über 74 Pflegeplätze, die sich mehrheitlich in Zwei-, Drei-, und Vierbettzimmern aufteilen. Insgesamt sorgen 48 Mitarbeiter*innen, 18 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und 30 Pflegeassistent*innen, für eine aktivierende und ganzheitliche Pflege und schaffen Lebensqualität im hohen Alter. Das Pflege- und Betreuungsteam wird durch Sozialbegleiter*innen, einer Psychologin und einem Palliativteam unterstützt. Ärztliche Betreuung steht fünfmal pro Woche zur Verfügung. Es gibt auch die Möglichkeit, sich vom eigenen Hausarzt weiter betreuen zu lassen.

4.2.1 Zielgruppengröße

Aus dem Personalstand dieser vier Pflegeheimen ergibt sich eine Zielgruppengröße von 362 Pflegepersonen (n=362) welche die für die Befragung relevante Berufsqualifikation besitzen.

An der Befragung nahmen 95 Pflegepersonen teil (n=362), dies ergibt eine Rücklaufquote von 26,24 Prozent. Da es große Schwankungsbreiten gibt ist schwer abzuschätzen wie hoch eine „normale“ Rücklaufquote sein soll (Mayer, 2015).

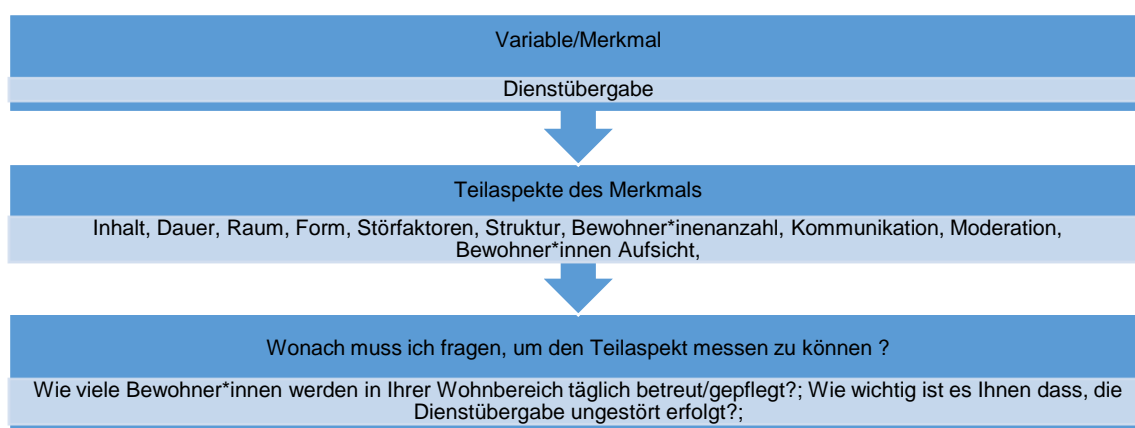
4.3 Fragebogen

Eine der häufigsten angewendeten Methode zur Datenerhebung in der quantitativen Forschung ist der Fragebogen, dabei handelt sich um ein strukturiertes Messinstrument, welches auf die verschiedensten Arten in Einsatz kommen kann (Koller, 2018). In Vorbereitung auf die Fragebogenerstellung fand

eine Literaturrecherche zur Identifizierung eines standardisierten Fragebogens statt. Im Rahmen der Literaturrecherche zeigte sich kein standardisierter Fragebogen für die Datenerhebung in Bezug auf die Dienstübergabe in der Langzeitpflege als adäquat. Als weiterer Schritt wurde die Erstellung eines Fragebogens vorgenommen.

Die Begriffe aus den Forschungsfragen werden definiert und dann operationalisiert, um die Daten messbar zu machen (Mayer, 2015). Bei der Operationalisierung stellt sich man die Frage: Welche Fragen muss ich stellen, um dadurch meine Begriffe messbar zu machen (Koller, 2018). In der Abbildung 3 wird die Operationalisierung des Begriffs Dienstübergabe als ein Beispiel dargestellt. Es sind nur zwei Fragen beispielhaft angeführt, weitere Fragen befinden sich im ausgefertigten Fragebogen im Anhang 2.

Abbildung 3: Operationalisierung des Begriffs Dienstübergabe



Note. eigene Darstellung, 2020

Wenn die Operationalisierung abgeschlossen ist geht es darum, die Fragen konkret zu formulieren, gut formulierte Fragen ermöglichen die bestmögliche Interpretation der Ergebnisse. (Koller, 2018).

Die Antwortmöglichkeiten von Fragen entscheiden darüber, welchem Messniveau (Datenniveau, Skalenniveau) eine Frage zugeordnet wird. Vom Messniveau ist wiederum abhängig welches statistische Verfahren mit einem Item gerechnet werden kann und welches nicht. (Koller,2018).

Wie sollen die Fragen formuliert werden?

Es gibt kein Patentrezept für Fragenformulierungen. Einige Regeln sollte man dennoch unbedingt beachten. Die Fragen sollen klar und verständlich formuliert und

möglichst konkret sein. Sie sollen die Befragten nicht überfordern, müssen eindimensional sein, immer einen zeitlichen Bezug haben und nicht suggestiv sein. (Mayer, 2015).

Bei der Fragebogengenerstellung müssen neben strukturellen und inhaltlichen Gesichtspunkten auch die Anordnung der Fragen (sogenannte „Fragen-Dramaturgie“) und die optische Gestaltung (Design, Layout) beachtet werden. (Mayer, 2015).

4.3.1 Fragebogengenerstellung

Die Fragebogengenerstellung erfolgte unter Einhaltung des theoretischen Bezugsrahmens nach Mayer (2015) und Koller (2018).

Der Fragebogen beinhaltet 27 Fragen. Zu Beginn werden personenbezogenen Daten wie Geschlecht, Alter, Qualifikation, Beschäftigungsausmaß und Verweildauer im Beruf erhoben. Weiters wird nach der Wichtigkeit von bestimmten Merkmalen für eine Dienstübergabe, wie Pflegequalität und Pflegekontinuität, welche durch die Literaturrecherche und die Operationalisierung identifiziert sind und sich für die Beantwortung der Forschungsfrage als relevant gezeigt haben befragt. In Tabelle 5 sind die Kriterien für den Fragenauswahl tabellarisch dargestellt.

Tabelle 5: *Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Fragenauswahl*

Frage­nummer	Kriterien
1 – (Geschlecht)	Geschlecht;
2 – (Alter)	Alter;
3 – (Berufsgruppe)	Berufsgruppe; für den Inhalt der Dienstübergabe relevant (andere Prioritäten in Verbindung mit der Qualifikation)
4 – (Ausmaß der Beschäftigung)	für Erfahrung mit Dienstübergaben relevant (je mehr Stunden desto öfters übergeben diese Personen)
5 - (Berufserfahrung)	für die Priorisierung der Informationen während der Dienstübergabe relevant (je mehr Berufserfahrung, desto bessere Priorisierung)
6 – (Stationsgröße/Bewohner*innenanzahl)	für die Dienstübergabedauer relevant (je mehr Bewohner*innen, desto länger dauert die Dienstübergabe)
7 – (Vorhandensein einer Richtlinie/Leitlinie)	für die Beantwortung der Forschungsfragen und die ganze Masterarbeit relevant (zeigt auf, ob es einer Handlungsempfehlung oder Leitlinien in Wiener Pflegeheimen gibt)
8 – (die Wichtigkeit der Informationen für die tägliche Arbeit)	zeigt wie wichtig die Dienstübergabe für die tägliche Arbeit ist (je aktueller die Informationen, desto reibungsloser ist die tägliche Arbeit)
9 – (die Wichtigkeit der Vorbereitungszeit einer Dienstübergabe)	zeigt ob, die Vorbereitungszeit mit der Qualität der Dienstübergabe zusammenhängt

10 – (die Wichtigkeit eines ungestörten Dienstübergabeablaufes)	relevant für die Kommunikation während der Dienstübergabe, der Informationsweitergabe, der Konzentration und des Wissenstransfers (je mehr Störfaktoren, desto weniger relevante Informationen werden übergeben)
11 – (der größte Störfaktor während der Dienstübergabe)	zeigt auf, was die Mitarbeiter*innen als den größten Störfaktor während der Dienstübergabe empfinden (relevant für die Erhebung des größten Störfaktors)
12 – (die Wichtigkeit während der Dienstübergabe Fragen stellen zu können)	relevant für die Kommunikation, den Inhalt, die Informationsweitergabe, und die Richtigkeit der weitergegebenen Informationen (durch Hinterfragen von weitergegebenen Informationen erhöht sich die Richtigkeit der Informationen)
13 – (die Wichtigkeit einer klaren Struktur während der Dienstübergabe)	relevant für die Fähigkeit Informationen aufzunehmen (je klarer die Struktur während der Dienstübergabe ist, desto besser ist die Kommunikation und Informationsweitergabe)
14 – (die Wichtigkeit eines Moderator*in während der Dienstübergabe)	relevant für die Struktur und Priorisierung von Informationen (je besser die Moderation, desto besser wird der Kommunikationsprozess)
15 – (die Wichtigkeit der Aufsicht und die Zuteilung für die Glocken während der Dienstübergabe)	relevant für die Bewohner*innensicherheit und Konzentration der Mitarbeiter*innen (zeigt auf, wie wichtig es ist eine klare Struktur und Aufteilung während der Dienstübergabe zu haben ist)
16 – (die Wichtigkeit einen bestimmten Raum für eine Dienstübergabe zu haben)	relevant für die Konzentration und für die Atmosphäre (wenn der Raum für die Dienstübergabe gut ausgesucht ist, dann verbessert dies die Konzentration der Mitarbeiter*innen und ermöglicht eine produktive Atmosphäre)
17 - (die Wichtigkeit von ausreichenden Sitz/Stehmöglichkeiten während einer Dienstübergabe)	relevant für die Konzentration, Atmosphäre und Struktur (zeigt auf ob ausreichende Sitz/Stehplatzmöglichkeiten die Struktur, Atmosphäre und die Konzentration während der Dienstübergabe beeinflussen)
18 – (sind 15 Minuten für eine Dienstübergabe ausreichend)	relevant für die Dauer (zeigt auf ob die Dauer der Dienstübergabe aus der Mitarbeiter*innensicht ausreichend ist)
19 – (Form einer Dienstübergabe- schriftlich, mündlich, Mischform)	relevant für die Qualität der Dienstübergabe (zeigt auf, welche Art der Dienstübergabe aus der Sicht den Mitarbeiter*innen die Optimalste ist)
20 – (die Häufigkeit der Dienstübergabe während des Tages)	relevant für die Informationsaufnahme (je häufiger die Dienstübergabe während des Tages stattfindet, desto weniger gehen Informationen verloren)
21 – (die relevantesten Informationen für die Dienstübergabe in der Früh)	relevant für den Inhalt (zeigt auf welche Informationen für die Mitarbeiter*innen bei der Dienstübergabe in der Früh wichtig sind)
22 – (die relevantesten Informationen für die Dienstübergabe am Abend)	relevant für den Inhalt (zeigt auf welche Informationen für die Mitarbeiter*innen bei der Dienstübergabe am Abend wichtig sind)
23 – (Einfluss einer Handlungsempfehlung auf der Dienstübergabequalität)	Relevanz: Ist es möglich die Qualität der Dienstübergabe durch eine Handlungsempfehlung zu verbessern?
24 – (Zusammenhang der Dienstübergabe nach einer Handlungsempfehlung und die Erleichterung in der täglichen Arbeit)	Relevanz: Wird die Arbeit aus der Sicht den Mitarbeiter*inne durch eine Handlungsempfehlung erleichtert?
25 – (Zusammenhang der Pflegequalität und der Dienstübergabe nach einer Handlungsempfehlung)	gibt direkte Antwort auf die Forschungsfrage (zeigt auf, ob aus Mitarbeiter*innensicht die Dienstübergabe nach einer Handlungsempfehlung die Qualität der Pflege verbessert)
26 – (Zusammenhang der Pflegekontinuität und der Dienstübergabe nach einer Handlungsempfehlung)	gibt direkte Antwort auf die Forschungsfrage (zeigt auf ob, aus Mitarbeiter*innensicht die Dienstübergabe nach einer Handlungsempfehlung die Kontinuität der Pflege verbessert)

27 – (die Anmerkung des Befragten)	Möglichkeit Anmerkungen in Bezug auf den Fragebogen oder die Befragung zu geben
------------------------------------	---

Note. eigene Darstellung, 2020

Der Fragebogen besteht aus 26 geschlossenen Fragen und einer offene Frage, sieben Fragen haben ein dichotomes Antwortformat – man muss sich nach Mayer (2015) zwischen zwei Alternativen entschieden, neun Fragen haben das mehrkategoriale Antwortformat (Ratingskala) – dieses Antwortformat bietet den befragten Personen mehr als zweistufige Antwortkategorien an (Mayer, 2015). Folgende Antwortkategorien werden angeboten: „sehr wichtig“, „wichtig“, „weniger wichtig“ und „unwichtig“. Eine Frage hat als Antwortmöglichkeit ungeordnete Mehrfachvorgaben – hier handelt es sich um Antworten, welche keine bestimmte Reihenfolge haben und keine ausschließenden Alternativen (Mayer, 2015). Vier Fragen haben als Antwortmöglichkeit ein hybrides Format – eine Kombination von verschiedene Antwortformate (Mayer, 2015). Die letzte Frage ist eine offene Frage, wo für die Teilnehmer*innen die Möglichkeit besteht, Anmerkungen zum Fragebogen oder zur Befragung anzugeben. Um für die Teilnehmenden das Gefühl der Anonymität zu wahren, wurde im Fragebogen auf die genaue Angabe des Dienstortes und Dienstgebers verzichtet.

4.3.2 Pretest

Bevor ein Fragebogen zum Einsatz kommt soll ein Pretest durchgeführt werden, dieser dient dazu die Verständlichkeit und Handhabbarkeit des Fragenbogens zu testen, um herauszufinden, ob und wo es Schwierigkeiten, beim Ausfüllen gibt (Mayer, 2015).

Um ein Pretest durchführen zu können wird eine kleine Anzahl von Testproband*innen gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Hierfür werden gezielt spezielle Personengruppe ausgesucht, die mögliche Unklarheiten im Fragebogen aufdecken können (Koller,2018).

Für die Pretest der vorliegender Masterarbeit wurden zehn Personen ausgesucht, fünf Personen die als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und fünf Personen die als Pflegeassistent*innen tätig waren. Die Pflegefachassistent*innen könnten für den Pretest nicht gewonnen werden. Der Pretest wurde nach einer Methode des „Laut Denken“, wo die Befragten während des Ausfüllens der

Fragebogen kommunizieren was sie gerade denken durchgeführt (Koller, 2018). Alle Äußerungen der Befragten wurden protokolliert und analysiert, um den Fragebogen anpassen zu können, bevor dieser an die Zielgruppe gesendet wurde (Koller, 2018).

Nach dem Pretest wurde der Fragebogen korrigiert. In der Einleitung wurde die geschätzte Zeit für das Ausfüllen des Fragebogens angeführt, die Frage Nummer 27 wurde um eine Option erweitert und die Antwortmöglichkeiten bei Fragen 21 und 22 wurden angepasst, um eine bessere Übersicht zu ermöglichen.

Im Anschluss wurde ein Informationsschreiben verfasst, um den Teilnehmer*innen das Thema, das Ziel und den Ablauf der Studie zu erklären. Das Informationsschreiben ist im Anhang 3 einzusehen. Es wurde auf Gewährleistung der Anonymität, das Recht die Teilnahme zu verweigern, und den Umgang mit dem Informationsmaterial, hingewiesen.

Die korrigierte Fragebogenversion wurde mit einem Informationsschreiben, das einen Link und QR (Quick Response) Code beinhaltet, welcher zum Online Fragebogen führen, per E-Mail an die Pflegedienstleistungen der vier Pflegeheime gesandt.

Die Pflegedienstleitungen wurden in der E-Mail ersucht das Informationsschreiben an die Mitarbeiter*innen weiterzuleiten.

Im Anhang 2 befindet sich der Fragebogen, wie er zum Einsatz kam. Im nächsten Abschnitt wird die Erhebung der Daten genau beschrieben.

4.4 Datenerhebung

Die Befragung fand über ein Onlineportal statt. Für die Online-Befragung wurde SoSci Survey gewählt, da dieses Portal die Datenschutzbestimmungen wahrt und einen Transfer der Daten ins Programm Statistical Package for Social Scientists (SPSS) zur Auswertung ermöglicht (Leiner, 2020). Unabhängig davon, was für ein Programm für die statistische Datenanalyse angewendet wird, ist die Codierung der Fragen beziehungsweise Antworten sehr wichtig. Die Fragen werden im Rahmen der statistischen Auswertungsarbeit als „Variablen“ bezeichnet (Koller, 2018). Die Variablen des Fragebogens wurden in das Onlineportal eingetragen und automatisch mittels dem online Programm SoSci Survey codiert wie dies im

Fragebogen im Anhang 2 zu sehen ist. Alle dazu notwendigen Antwortmöglichkeiten sind erstellt. Die Codierung der Variablen erfolgt, indem man für jeden Ausprägung eine Zahl als Code zuweist (Koller, 2018). Wenn die Frage nicht beantwortet wurde ist „-9“ als Code zugeteilt. Die erhobenen Daten werden durch den SoSci Survey als Datensatz gespeichert, dies ermöglicht einen direkten Import ins SPSS (Leiner, 2020). Abschließend wurde der Fragebogen mit einem Passwort geschützt, damit kein unbefugter Zugriff auf den Fragebogen bekommt. Weiters wurde der Link des Fragebogens ins Quick-Response-Code (QR-Code) über die Website <http://goqr.me/de/> umgewandelt, sodass eine rascher Zugang zum Fragebogen über das Smartphone ermöglicht wird, damit eine höhere Rücklaufquote erreicht werden kann.

Die Pflegedienstleitungen der Einrichtungen erhielten via E-Mail das Informationsschreiben mit dem Link zur Umfrage und dem QR-Code inklusive Passwort und waren ersucht dies an die Mitarbeiter*innen weiterzuleiten.

Zu Beginn der Befragung mussten die Teilnehmenden noch zum zusätzlichen Datenschutz das Passwort eingeben. Der Befragung hat im Zeitraum vom 06.05.2020 bis zum 20.05.2020 stattgefunden. Wenn die Rücklaufquote zu gering ist, ist nach Mayer (2015) hilfreich nach ungefähr zwei Wochen ein Erinnerungsschreiben zu senden.

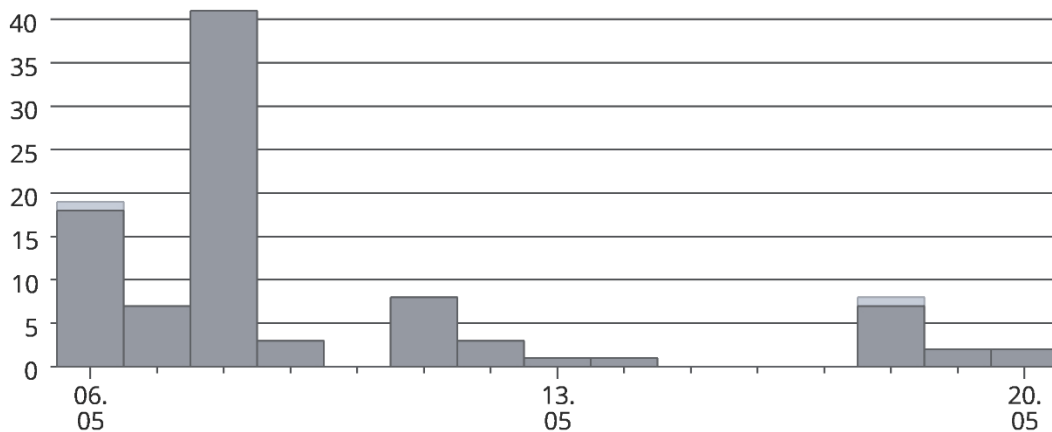
Nach zehn Tagen wurde eine Erinnerungsmail an die Pflegedienstleitungen geschickt und die Pflegedienstleitungen als auch die Wohnbereichsleitungen wurden persönlich via Telefon kontaktiert.

Im nächsten Abschnitt wird die Auswertung der Daten detailliert beschrieben.

4.5 Auswertung der Daten

Nach Beendigung des Befragungszeitraums wurden die erhobenen Daten ins IBM SPSS Statistics 26 importiert. Es wurden alle Befragungen in die Datenauswertung aufgenommen. 95 Pflegepersonen (n=362) nahmen an der Befragung teil, dies ergibt eine Rücklaufquote von 26,24 Prozent. Der Rücklauf im Zeitverlauf wird in der Abbildung 4 dargestellt.

Abbildung 4: Darstellung des Rücklaufs im Zeitverlauf (die Anzahl der Befragten)



Note. SoSci Survey, 2020

Die erhobenen Daten wurden mit Hilfe der deskriptiven Statistik ausgewertet. Darunter wird nach Koller (2018) die Beschreibung der Stichprobe verstanden. Deskriptive Analysen von Daten können mittels statistischer Kennzahlen, Häufigkeitsverteilungen oder in grafischer Form erfolgen (Koller, 2018). Zunächst wurden Häufigkeitstabellen erstellt. Sie haben als Ziel herauszufinden, wie viele Personen welchen Antworten gaben (Koller, 2018). Weiters wurden verschiedenen Variablen kombiniert und mittels Kreuztabellen dargestellt. Vor der Erstellung der Tabelle, soll man sich immer wieder mit der Frage beschäftigen, welche Variable als abhängige und welche als unabhängige betrachtet werden müssen (Koller, 2018).

Im folgenden Kapitel werden die interpretierten Daten zusammengefasst, daraus sollen Beschlüsse für ein Handlungsempfehlung gezogen werden.

5. Ergebnisse

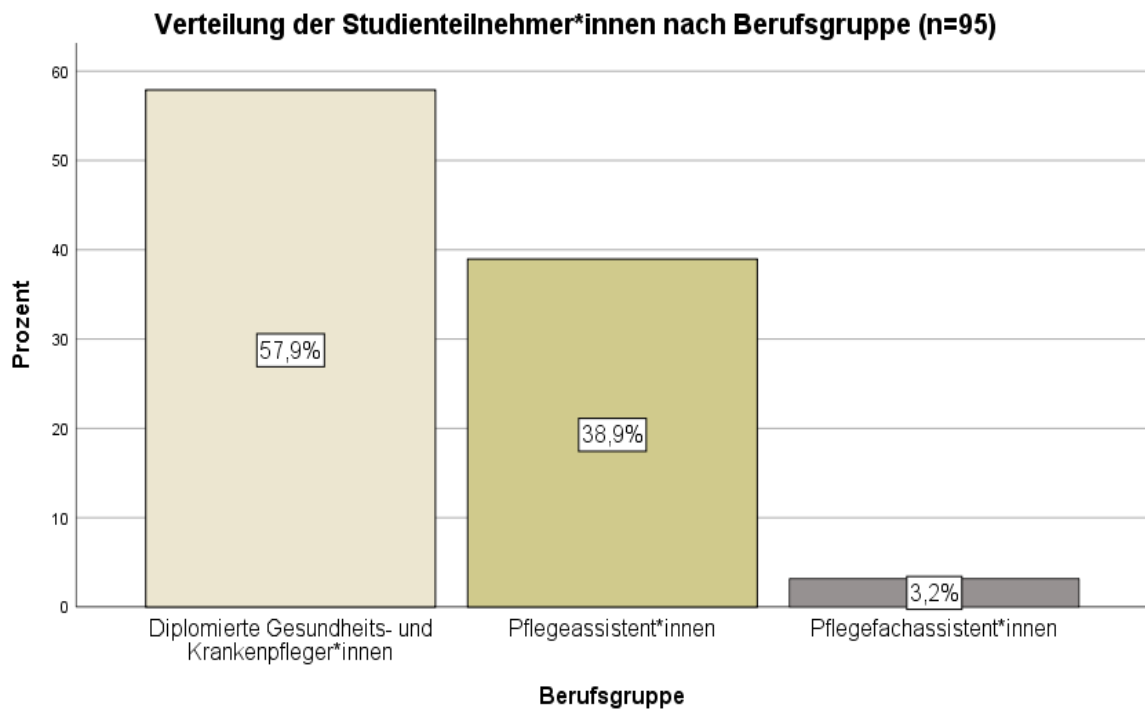
In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung dargestellt. Sie bilden den zweiten Teil dieser empirischen Arbeit.

Zunächst werden personenbezogene Daten beschrieben. Danach werden die übergeordneten Skalen des Fragebogens dargestellt.

5.1 Soziodemografische Daten

Vier Langzeitpflegeeinrichtungen in Wien (n=95) nahmen an der Studie teil, davon 57,9 % Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und 38,9 % Pflegeassistent*innen und 3,2% Pflegefachassistent*innen. Alle Studienteilnehmer*innen sind mit der Pflege und Betreuung betraut.

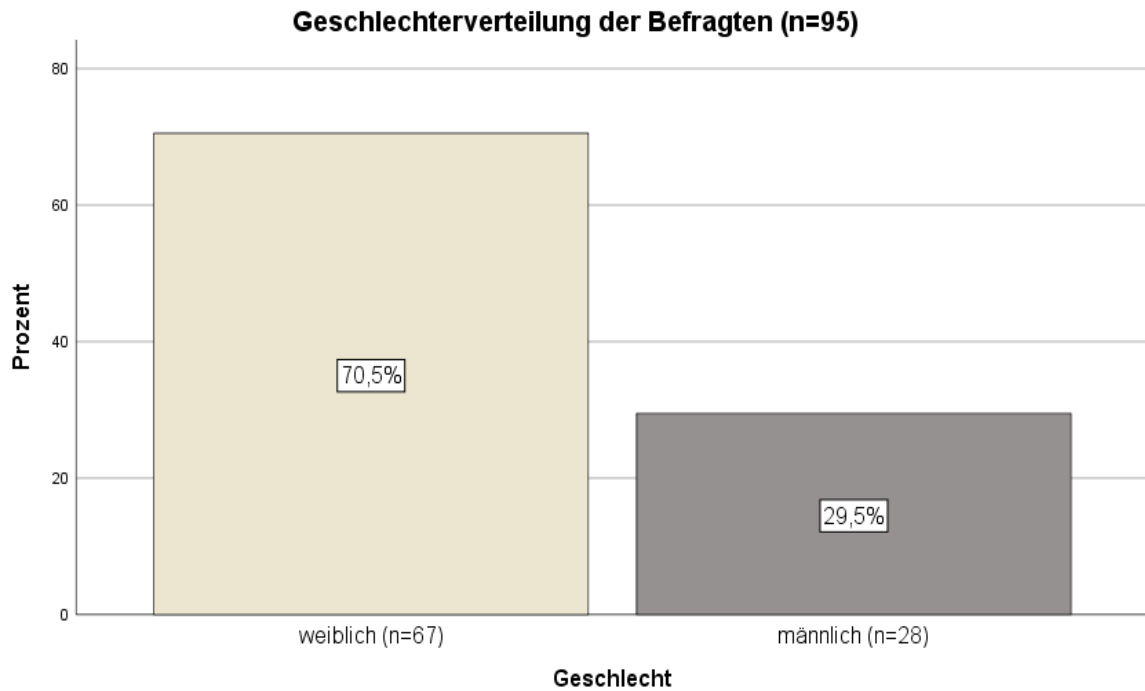
Abbildung 5: Darstellung der Stichprobenverteilung nach Berufsgruppen



Note. eigene Darstellung, 2020

Es zeigte sich auf der Befragung, dass in den Pflegeheimen mehr als zweidrittel der Befragten Frauen sind (70,5 %), der Anteil der männlichen Studienteilnehmer macht 29,5 % aus.

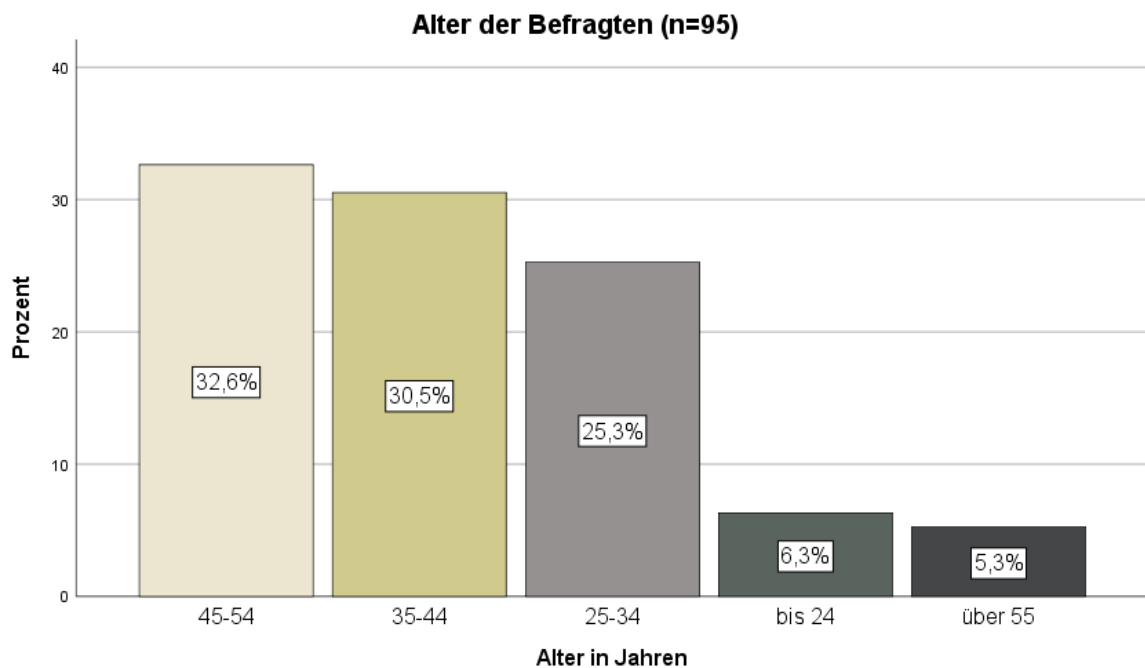
Abbildung 6: Darstellung der Geschlechterverteilung



Note. eigene Darstellung, 2020

Die Frage nach dem Alter beantworteten 6,3 % mit bis 24 Jahre, 25,3 % mit zwischen 25 und 34 Jahre, 30,5 % mit zwischen 35 und 44 Jahre, 32,6 % mit zwischen 45 und 54 Jahre und 5,3 % sind 55 Jahre und älter.

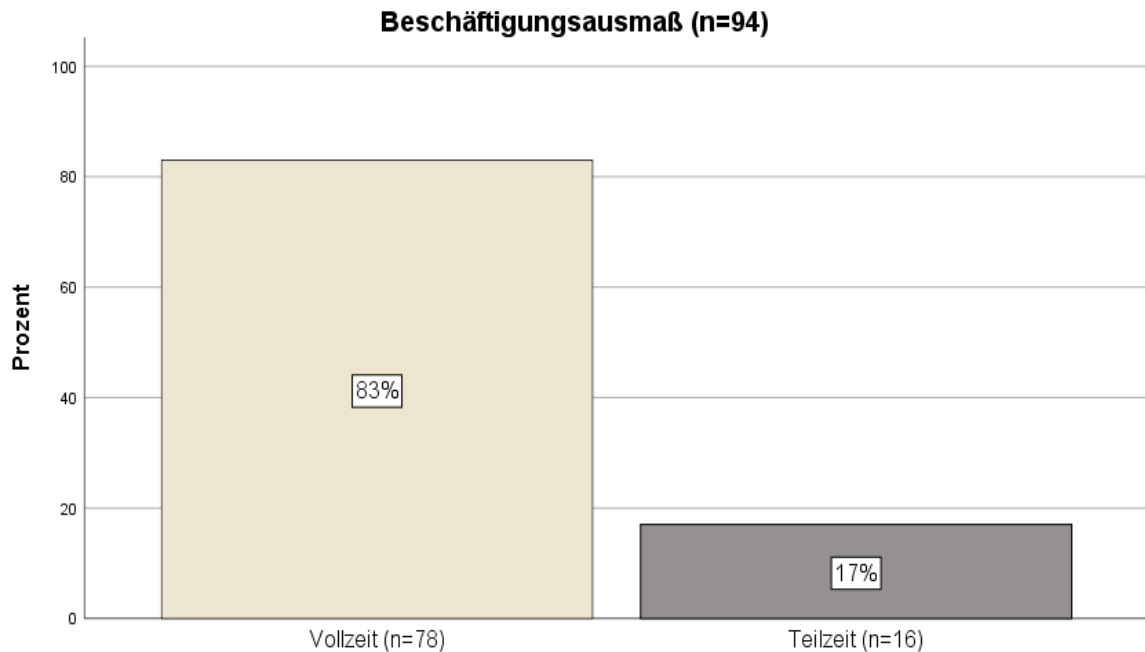
Abbildung 7: Darstellung des Alters der Befragten



Note. eigene Darstellung, 2020

Von 94 Studienteilnehmer*innen arbeiten 83 % Vollzeit und 17 % Teilzeit. Eine Person gab keine Antwort auf diese Frage.

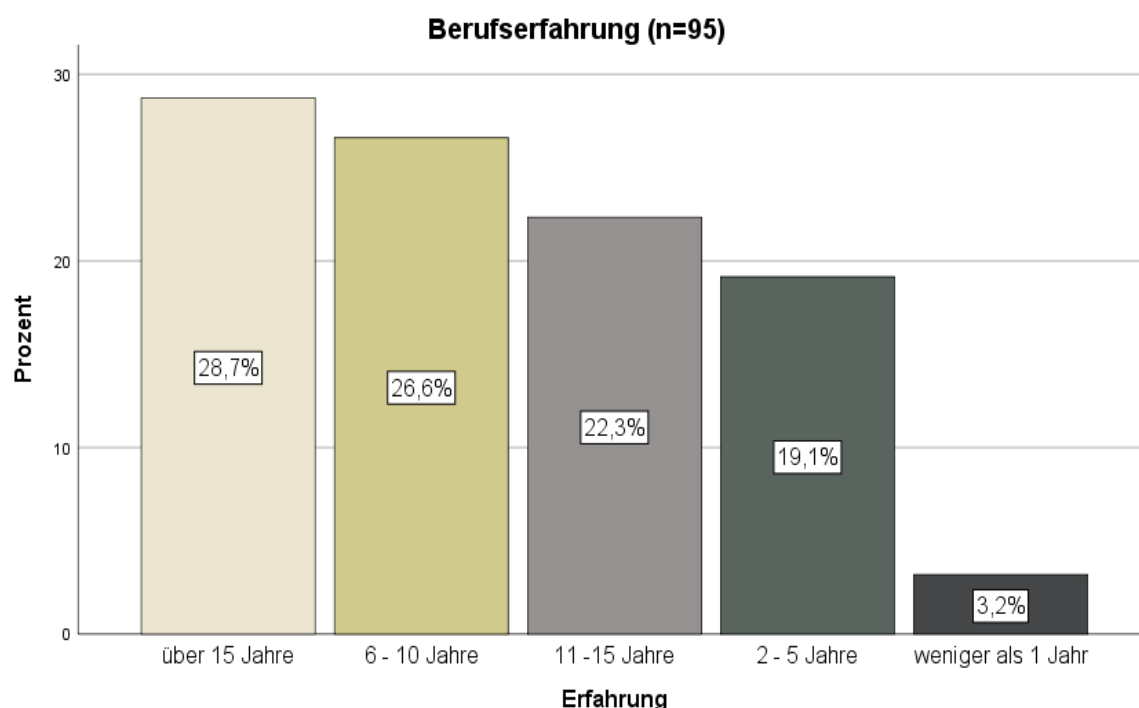
Abbildung 8: Darstellung des Verhältnisses zwischen Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten



Note. eigene Darstellung, 2020

Weiters zeigte sich, dass von allen Studienteilnehmer*innen (n=94) 3,2 % weniger als ein Jahr in Pflegeberuf tätig sind, 19,1 % zwischen 2 und 5 Jahren, 26,6 % zwischen 6 und 10 Jahren, 22,3 % zwischen 11 und 15 Jahren und die über 15 Jahre und länger tätigen stellen den größten Anteil mit 28,7 % dar. Eine Person hat auf diese Fragen keine Antwort gegeben.

Abbildung 9: Darstellung der Berufserfahrung als Pflegekraft



Note. eigene Darstellung, 2020

5.2 Strukturelle Rahmenbedingungen einer Dienstübergabe

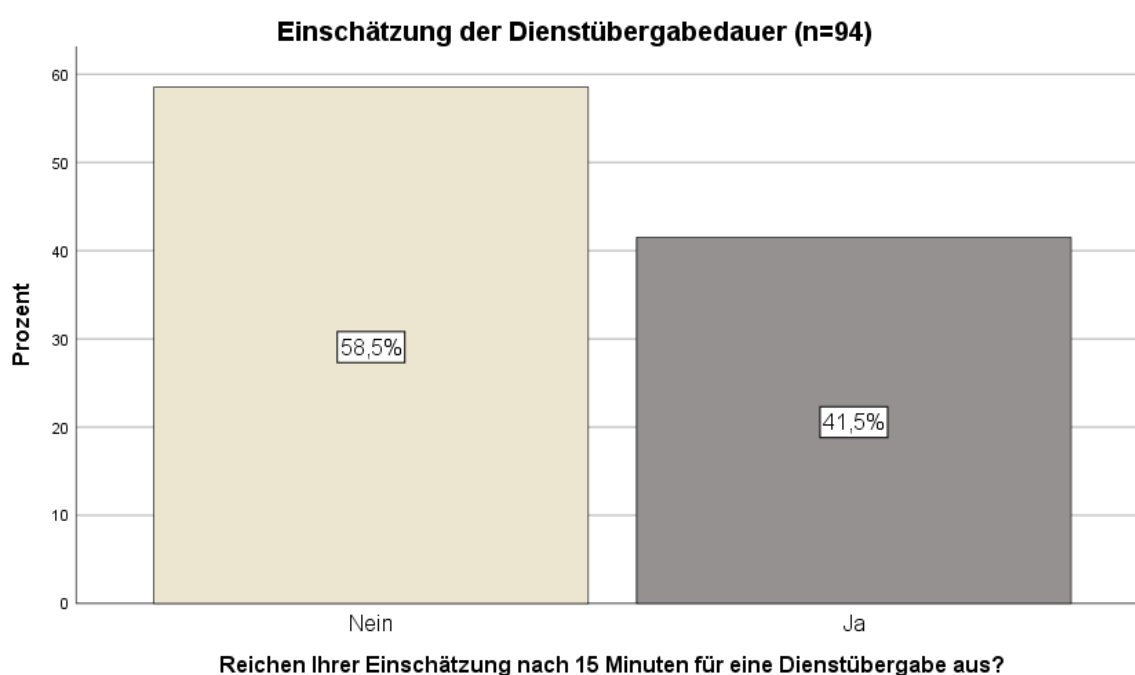
Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den strukturellen Rahmenbedingungen einer Dienstübergabe. Es werden die Ergebnisse dargestellt, die zeigen wie wichtig die Dauer, die Räumlichkeiten, die Form, die Häufigkeit sowie die Vorbereitungszeit einer Dienstübergabe für alle befragten Personen sind. Weiters wird auch auf die aktuelle Situation in dem eigenem Unternehmen betreffend Bewohner*innenanzahl und Existenz einer Richtlinie, Leitlinie, Standard oder Handlungsempfehlung, die eine Dienstübergabe regeln dargestellt.

Aus den Ergebnissen der Befragung (n=94) wird deutlich, dass 53,7 % der Wohneinheiten in den vier Langzeitpflegeeinrichtungen die Kapazität zwischen 31 und 40 Bewohner*innen haben. 29,5 % der Wohneinheiten sind mit 21 bis 30 Bewohner*innen belegt, 11,6 % der Wohneinheiten haben eine Kapazität bis zu 20 Bewohner*innen und 4,2 % der Wohneinheiten pflegen und betreuen über 41 Bewohner*innen.

Auf die Frage: Gibt es in Ihrem Unternehmen in schriftlicher Form eine Richtlinie/Leitlinie/Standard/Handlungsempfehlung, wie eine Dienstübergabe erfolgen soll (n=93), haben 51,6 % Befragten mit „ja“ und 48,3 % mit „nein“ geantwortet, zwei Personen haben auf diese Frage keine Antwort gegeben.

Auf die Frage, wie wichtig ist es genügend Zeit während ihres Dienstes für die Dienstübergabevorbereitung zu haben (n=94), meinen 60,6 % der Befragten dies sei „sehr wichtig“, 26,6 % finden es „wichtig“, 8,5% „weniger wichtig“ und 4,2% „unwichtig“. Eine Person hat auf diese Frage keine Antwort gegeben.

Abbildung 10: Darstellung der Einschätzung der Dienstübergabedauer

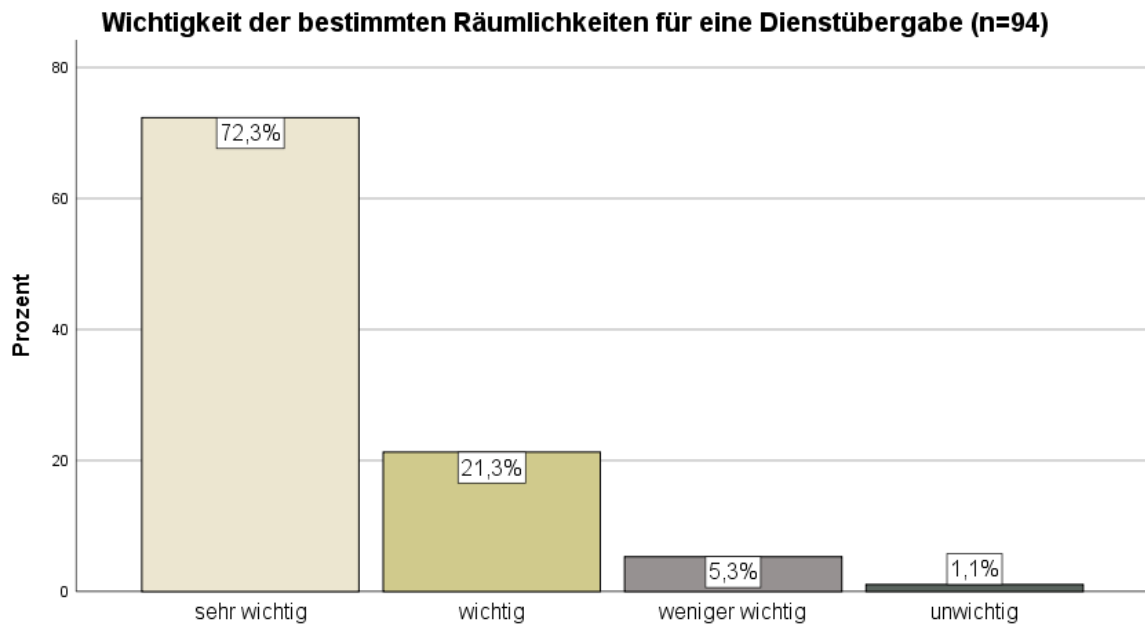


Note. eigene Darstellung, 2020

Wie im Abbildung 10 sichtbar ist, schätzen mehr als die Hälfte 58,5 % (n=55) der Befragten 15 Minuten für einer Dienstübergabe als nicht genügend ein. Eine Person gab keine Antwort auf diese Frage.

Die Fragebogen ergibt (n=94), das es für 71,6 % der Befragten sehr wichtig ist einen bestimmten Raum für die Dienstübergabe zu haben, 21,1 % haben auf diese Frage mit „wichtig“ geantwortet, für 5,3 % der Befragten ist der Raum weniger wichtig und für 1,1 % unwichtig. Es kann ein Schluss gezogen werden, dass es für 92,7 % („sehr wichtig“ 71,6 % und „wichtig“ 21,1 %) der Befragten wichtig ist einen Raum zu haben wo die Dienstübergabe stattfindet.

Abbildung 11: Darstellung der Wichtigkeit einer bestimmten Räumlichkeit für die Dienstübergabe

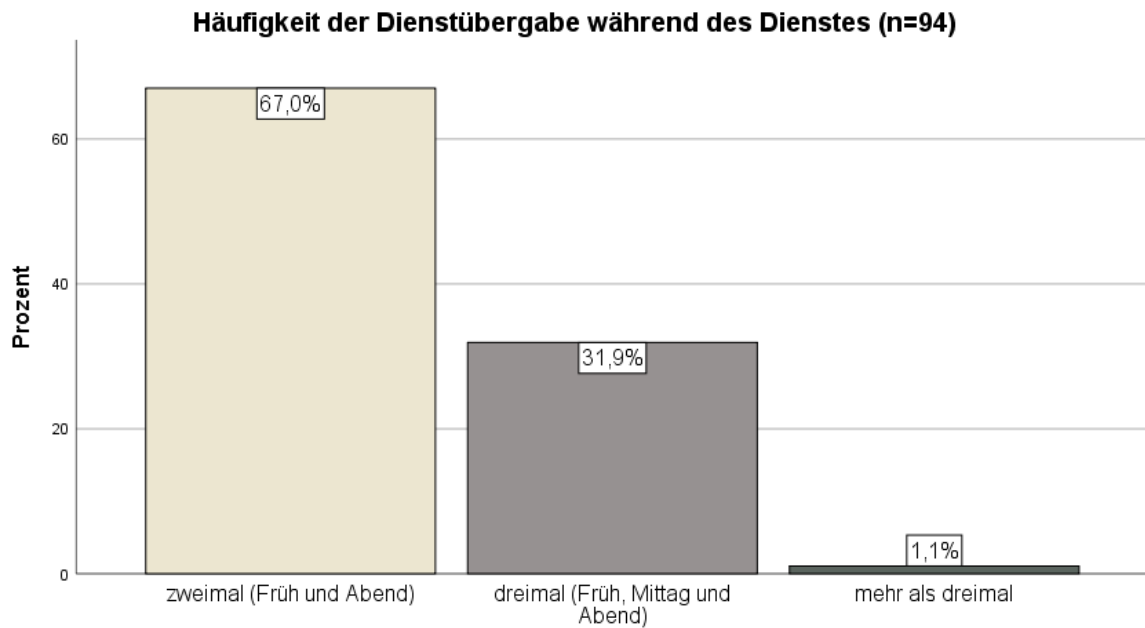


Note. eigene Darstellung, 2020

Die Teilnehmer*innen wurden befragt (n=94), wie wichtig ist es ausreichende Sitz- und/oder Stehmöglichkeiten während der Dienstübergabe zu haben. 66,3 % der Befragten antworteten „sehr wichtig“, 25,3 % „wichtig“, für 7,4 % der Befragten ist es nicht wichtig ob es ausreichend Platz fürs Sitzen und/oder Stehen gibt. Eine Person hat auf diese Frage keine Antwort gegeben.

Es wurde auch nach der Häufigkeit der Dienstübergabe während des Dienstes gefragt (n=94), die 66,3 % der Befragten wurden zweimal täglich (in der Früh und am Abend) eine Dienstübergabe bevorzugen, 31,9 % sehen es als notwendig die Dienstübergabe dreimal am Tag (in der Früh, zu Mittag und am Abend) durchzuführen und 1,1 % sind der Meinung, dass die Dienstübergabe mehr als dreimal am Tag stattfinden soll. Eine Person hat auf diese Frage keine Antwort gegeben.

Abbildung 12. Darstellung der Dienstübergabehäufigkeit aus Sicht der Befragten



Note. eigene Darstellung, 2020

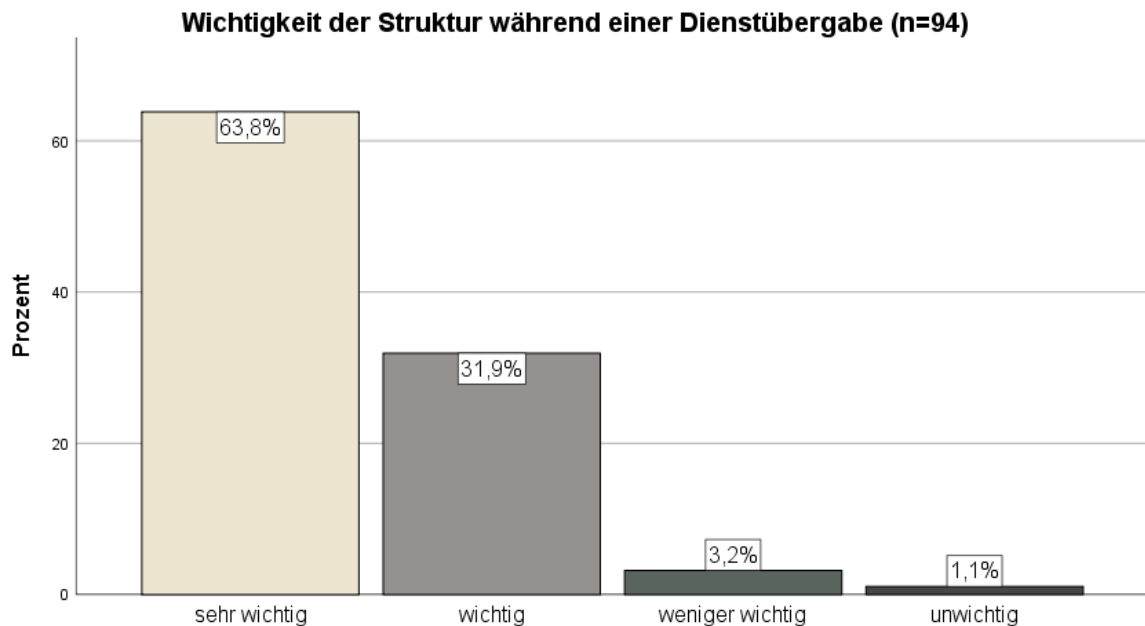
5.3 Ablauf einer Dienstübergabe

In diesem Kapitel wird der Ablauf einer Dienstübergabe thematisiert. Es werden die Ergebnisse aus der Befragung bezüglich Kommunikation, Struktur Zuständigkeiten, Form und Moderation dargestellt.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen (n=94), dass es 63,8 % der Befragten sehr wichtig ist eine klare Ablaufstruktur während einer Dienstübergabe zu haben, 31,9 % antworten auf diese Frage mit „wichtig“, 3,2 % sehen Struktur als weniger wichtig und 1,1 % als „unwichtig“. Eine Person hat auf diese Frage keine Antwort gegeben. Wie im Abbildung 13 ersichtlich, finden es 95,7 % der Befragten („sehr wichtig“ 63,8 % und „wichtig“ 31,9 %) während einer Dienstübergabe eine klare Struktur zu haben.

In Bezug auf eine Moderation während eine Dienstübergabe (n=94) haben 30,5 % der Befragten mit „wichtig“ geantwortet, 29,5 % „sehr wichtig“, 24,2 % der Befragten sind der Meinung, dass die Moderation weniger wichtig ist und 14,7 % finden es unwichtig während der Dienstübergabe jemanden zu haben wer für die Moderation zuständig ist. Eine Person gab keine Antwort auf diese Frage.

Abbildung 13: Darstellung der Wichtigkeit der Struktur während der Dienstübergabe



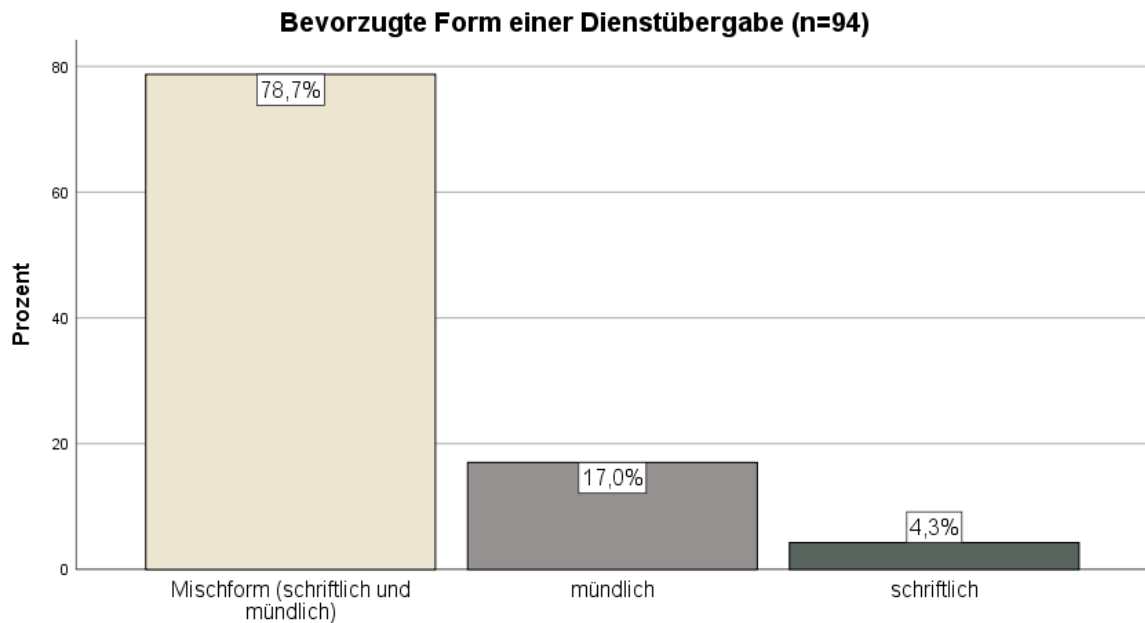
Note. eigene Darstellung, 2020

Die Möglichkeit zu haben während eine Dienstübergabe Fragen zu stellen (n=94) ist für 58,9 % der Befragten sehr wichtig, 27,4 % antworteten mit „wichtig“, 10,4 % finden es „weniger wichtig“ und 2,1 % der Befragten ist es „unwichtig“. Eine Person gab keine Antwort auf diese Frage. Insgesamt lässt sich sagen, dass es für 86,3 % (58,9 % „sehr wichtig“ und 27,4 % „wichtig“) der Befragten wichtig ist, die Möglichkeit zu haben während der Dienstübergabe Fragen zu stellen.

Für 51,6 % der Befragten (n=94) ist es „sehr wichtig“ während der Dienstübergabe zu wissen wer für die Aufsicht (Glocken) der Bewohner*innen zuständig ist, 31,6 % finden es „wichtig“, 9,5 % „weniger wichtig“ und 6,3 % „unwichtig“. Es kann Schluss gezogen werden, dass es für 83,2 % (51,6 % „sehr wichtig“, 31,6 % „wichtig“) der Befragten wichtig ist zu wissen wer für Bewohner*innenaufsicht während der Dienstübergabe zuständig ist. Eine Person hat auf diese Fragen keine Antwort gegeben.

Es zeigte sich, dass 77,9 % der Befragten eine Mischform (schriftlich und mündlich) der Dienstübergabe bevorzugen, für 16,8 % ist es ausreichend wenn die Dienstübergabe nur mündlich erfolgt und 4,2 % der Befragten favorisieren nur die schriftliche Form der Dienstübergabe. Eine Person hat auf diese Fragen keine Antwort gegeben.

Abbildung 14: Darstellung der bevorzugten Form einer Dienstübergabe



Note. eigene Darstellung, 2020

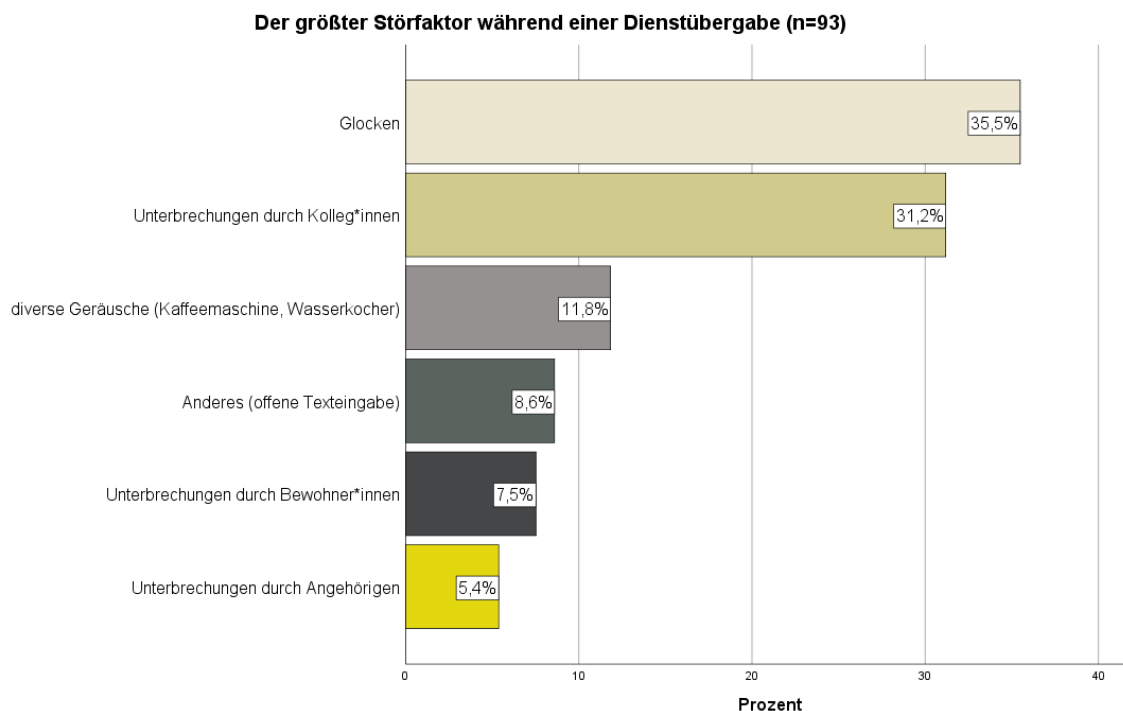
5.4 Störfaktoren bei eine Dienstübergabe

In folgendem Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung bezüglich der Störfaktoren während einer Dienstübergabe dargestellt.

Auf die Frage wie wichtig es ist, dass eine Dienstübergabe ungestört erfolgt (n=94) haben 80% der Befragten mit „sehr wichtig“ geantwortet, für 16,8 % ist es wichtig und für 2,1 % ist es unwichtig ob eine Dienstübergabe ungestört erfolgt. Eine Person hat die Frage nicht beantwortet.

Die Untersuchung ergab (n=93), dass 35,5 % der Befragten die Glocken als den größten Störfaktor empfinden, weiters sind die Unterbrechungen durch Kolleg*innen mit 31,2 % der zweit größte Störfaktor, gefolgt von diversen Geräuschen mit einem Prozentanteil von 11,8 %. Die Unterbrechungen durch Bewohner*innen empfinden 7,5 % der Befragten als den größten Störfaktor und am letzten Platz mit 5,4 % sind die Unterbrechungen durch Angehörigen. Bei dieser Frage war nur eine Antwort möglich, um den größten Störfaktor während der Dienstübergabe identifizieren zu können.

Abbildung 15: Darstellung des größten Störfaktors während der Dienstübergabe



Note. eigene Darstellung, 2020

Es bestand auch für die Befragten die Möglichkeit, andere Störfaktoren, die nicht angeführt sind unter Anderes anzuführen. Diese werden in der Tabelle 6 dargestellt. Zwei Personen haben auf diese Frage keine Antwort gegeben.

Tabelle 6: Darstellung der offenen Texteingabe bei der Frage: Was empfinden Sie als den größten Störfaktor bei einer Dienstübergabe?

Der größte Störfaktor während einer Dienstübergabe: offene Texteingabe
alle 5 Antworten sind störend
Anrufe durch diverse Firmen, Angehörigen, etc.
Essen, Kaugummi kauen
fühle mich durch nichts unnötig unterbrochen, keine der oben genannten Punkte trifft zu
mehrere Varianten treffen zu: Kolleg*innen die zu ausführlich erklären und dadurch aufmerksam schwindet und auch Kaffeemaschine und Bewohner*innen die zum Stützpunkt kommen
Und Nebengeräusche
Unnötige Tratschereien, abweichende Themen
Wenn am Diensthandy von Wohnberichtsleitung angerufen wird. Ausnahme akute Situationen

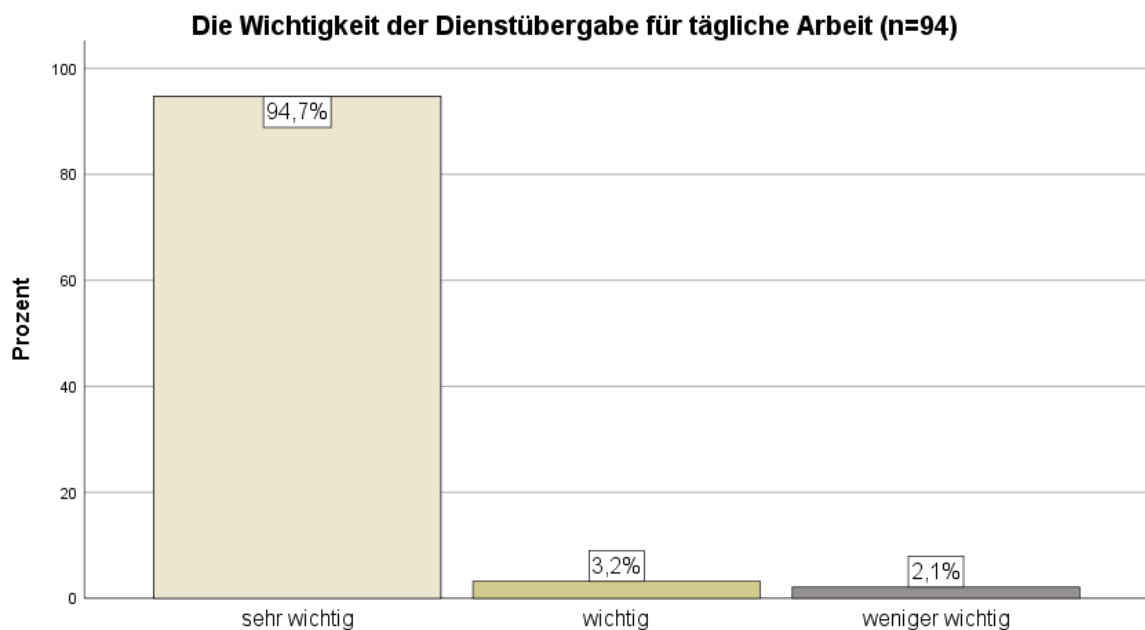
Note. eigene Darstellung, 2020

5.5 Inhalt der Dienstübergabe

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit dem Inhalt einer Dienstübergabe. Es stellt die Ergebnisse der Befragung in Bezug auf die Wichtigkeit der Dienstübergabe für die tägliche Arbeit und bezüglich der relevanten inhaltlichen Punkten der Dienstübergabe aus der Sicht der Befragten dar.

Auf die Frage „Wie wichtig sind Ihnen die Informationen der Dienstübergabe für Ihre tägliche Arbeit?“ (n=94) antworteten 93,7 % der Befragten mit „sehr wichtig“, für 3,2 % sind die Informationen „wichtig“ und 2,1 % finden die Informationen der Dienstübergabe als „unwichtig“ für die tägliche Arbeit. Aufgrund von Antworten der Befragten kann der Schluss gezogen werden, dass die Informationen der Dienstübergabe für fast alle Befragten in der täglichen Arbeit sehr wichtig sind. Eine Person hat auf diese Frage keine Antwort gegeben.

Abbildung 16: Darstellung der Wichtigkeit der Dienstübergabe für die tägliche Arbeit



Note. eigene Darstellung, 2020

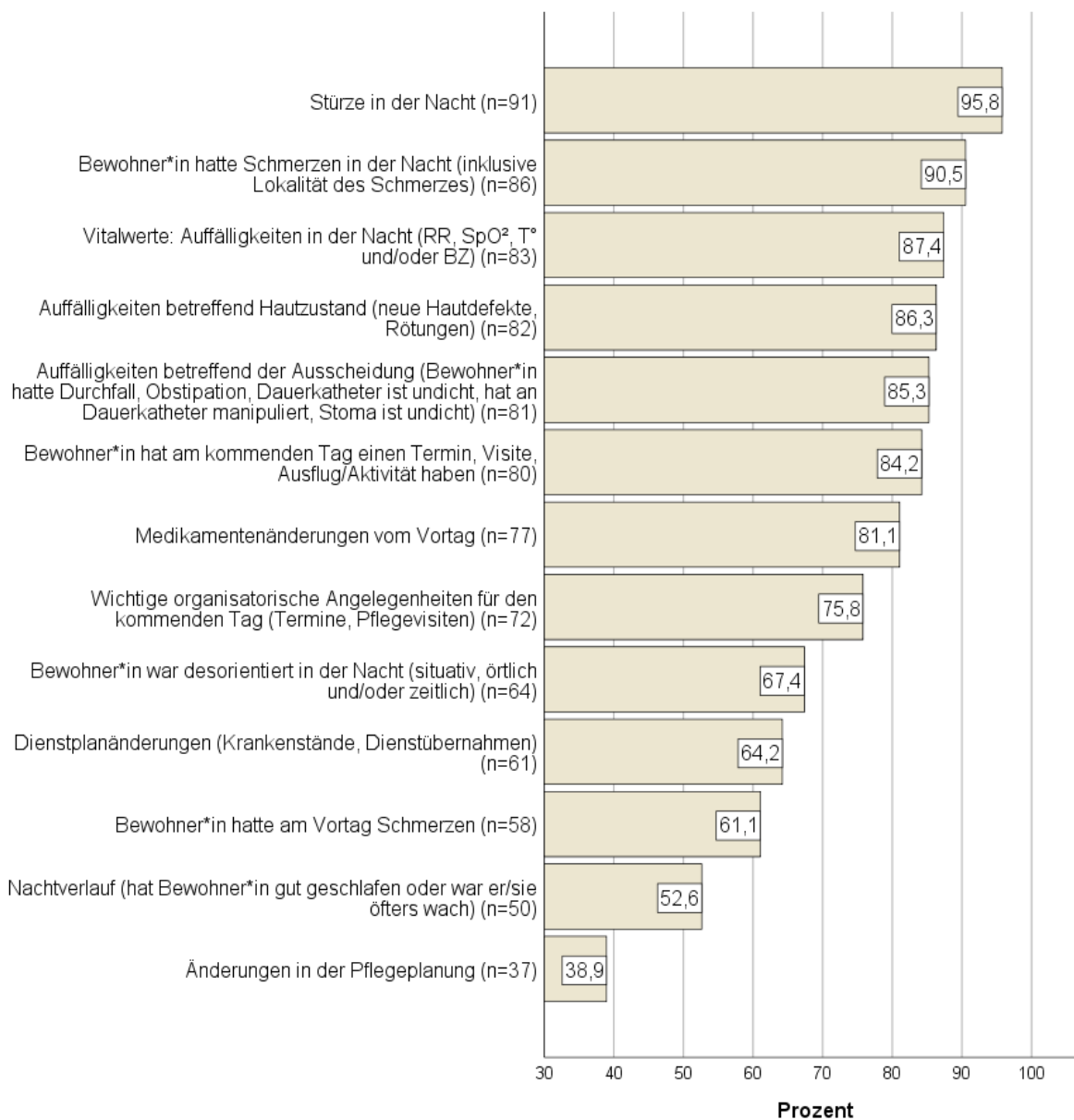
Die Inhalte einer Dienstübergabe sind aufgrund des Zeitpunktes (Dienstübergabe am Abend und Dienstübergabe am Morgen) zu unterscheiden. Bei beiden Fragen hatten die Befragten die Möglichkeit all jene Antworten auszuwählen, die sie als relevant erachteten.

Bei der Dienstübergabe in der Früh (n=95) sind nach Ergebnissen der Befragung folgende Informationen relevant:

Die Informationen bezüglich Stürze in der Nacht haben die höchste Relevanz für die Dienstübergabe da 95,8 % der Befragten diesen Punkt als relevant gewählt haben, danach folgen mit 90,5 % die Informationen, die besagen, dass Bewohner*innen Schmerzen in der Nacht hatten, weiters ist es für 87,4 % der Befragten relevant, ob es in der Nacht irgendwelche Auffälligkeiten bezüglich der Vitalwerten gab (Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Körpertemperatur und Blutzuckerwert). Auffälligkeiten bezüglich des Hautzustands haben 86,3 % der Befragten ausgewählt, auf dem nächsten Platz nach der Relevanz sind mit 85,3 % die Informationen betreffend der Ausscheidung in der Nacht, 84,2 % wählten die Informationen betreffend geplanten Terminen für Bewohner*innen als relevant aus, 81,1 % der Befragten sind der Meinung, dass die Informationen betreffend Medikamentenänderungen relevant sind, für 75,8 % der Befragten sind die Informationen über wichtige organisatorische Angelegenheiten für den kommenden Tag (Termine, Pflegevisiten) relevant, die Bewohner*innenorientierung in der Nacht (örtlich, zeitlich und situativ) ist aus der Sicht von 67,4 % Befragten relevant, für 64,2 % Befragten haben Informationen über Dienstplanänderungen eine Relevanz, ob die Bewohner*innen Schmerzen am Vortag hatten ist es für 61,1 % der Befragten relevant, 52,6 % der Befragten wählten den Punkt „Nachtverlauf (hat Bewohner*in gut geschlafen oder war er/sie öfters wach)“ aus und für 38,9 % der Befragten ist es relevant zu wissen, ob es Änderungen in der Pflegeplanung gibt. Aus den Ergebnissen der Befragung lassen sich folgenden Punkte in absteigender Reihenfolge in der Abbildung 17 als die relevantesten für eine Dienstübergabe in der Früh hervorheben.

Abbildung 17: Darstellung der relevantesten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe in der Früh in absteigender Reihenfolge

Die relevantesten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe in der Früh in eine absteigende Reihenfolge (n=95)



Note. eigene Darstellung, 2020

Weiters bestand auch für die Befragten die Möglichkeit, in Form eines freien Textfeldes die Informationen, die aus deren Sicht relevant sind, aber sich nicht im Fragebogen als Auswahl befinden, anzuführen. Diese werden in der Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Darstellung der offenen Texteingabe bei Frage 21: Die relevantesten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe in der Früh

Die relevantesten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe in der Früh: offene Texteingabe
Alle neu Informationen, die bis dato nicht bekannt waren
BewohnerIn hat heute Geburtstag
Für den Tag geplante Untersuchungen sind relevant, oder spezielle Untersuchungen die Medikamente oder spezielle Verordnungen erfordern
Wenn jemand im KH in der Nacht oder am Vortag geschickt worden ist

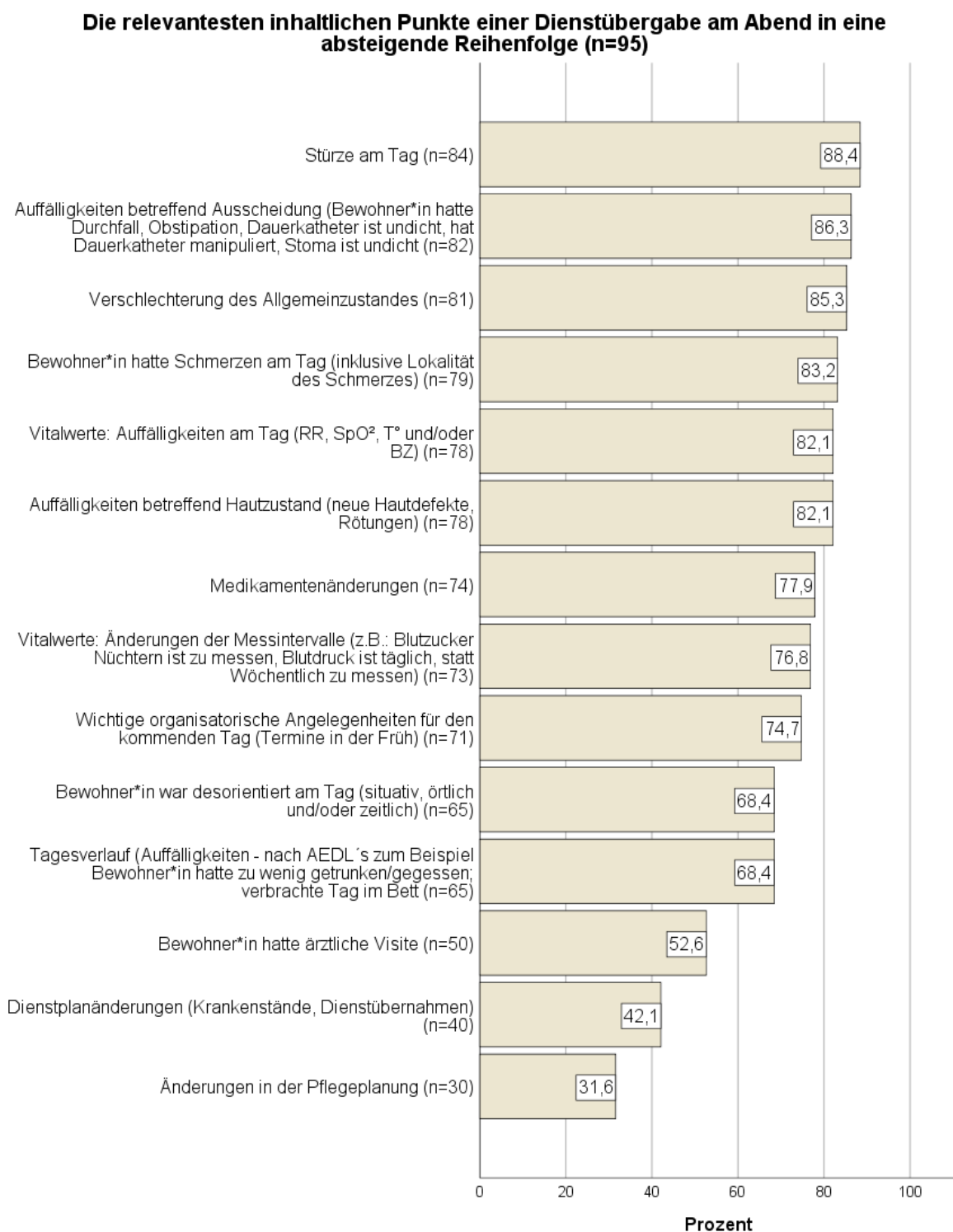
Note. eigene Darstellung, 2020

Bei der Dienstübergabe am Abend (n=95) sind nach Ergebnissen der Befragung folgende Informationen relevant:

Die Stürze am Tag zeigten sich am relevantesten für die Dienstübergabe am Abend, da 88,4 % der Befragten diesen Punkt als relevant gewählt haben. Auffälligkeiten betreffend Ausscheidung sind der zweit relevanteste inhaltliche Punkt, den 86,3 % der Befragten ausgewählt haben. Weiters haben 85,3 % der Befragten die Informationen über die Verschlechterung des Allgemeinzustandes als relevant gewählt. Zudem sind die Informationen, ob die Bewohner*innen während des Tages Schmerzen hatten relevant, da 83,2 % der Befragten diese Option gewählt haben, 82,1 % der Befragten wählten auch Auffälligkeiten betreffend des Hautzustand und Auffälligkeiten betreffend Vitalwerten als gleich relevant aus. Für 77,9 % der Befragten sind Medikamentenänderungen relevant, 76,8 % der Befragten sind der Meinung, dass die Informationen betreffend Änderungen der Messintervalle von den Vitalwerten relevant sind, 74,7 % der Befragten finden die Informationen über wichtige organisatorische Angelegenheiten für den kommenden Tag als relevant. Für 73,7 % der Befragten ist es relevant, ob Bewohner*innen Schmerzen am Tag hatten. 68,4 % der Befragten finden es relevant, ob die Bewohner*innen desorientiert während des Tag waren und ob es Auffälligkeiten betreffend des Tagesverlaufs gegeben hat (zum Beispiel Bewohner*in hatte zu wenig getrunken/gegessen oder sie/er verbrachte den Tag im Bett), die Information ob die Bewohner*innen eine ärztliche Visite hatten, ist für 52,6 % der Befragten relevant, die Informationen über Änderungen im Dienstplan sind für 42,1 % der Befragten

relevant und die Informationen über Änderungen in der Pflegeplanung haben für 31,6 % der Befragten eine Relevanz. Es lassen sich folgenden Punkte in der absteigenden Reihenfolge in der Abbildung 18 als die relevantesten, aus der Befragungsergebnissen, für eine Dienstübergabe am Abend identifizieren.

Abbildung 18: Darstellung der relevantesten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe am Abend in absteigender Reihenfolge



Note. eigene Darstellung, 2020

Bei diesen Fragen bestand auch für die Befragten die Möglichkeit, in einem freien Textfeld die Informationen, die aus deren Sicht relevant sind, aber nicht im Fragebogen ausgewählt werden konnten. Die Darstellung dieser Informationen erfolgt in Tabelle 8.

Tabelle 8: Darstellung der offenen Texteingabe bei Frage 22: Die relevantesten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe am Abend

Die relevantesten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe am Abend: offene Texteingabe
Aber nur Auffälligkeiten
Alle neu Informationen, die bis dato nicht bekannt waren

Note. eigene Darstellung, 2020

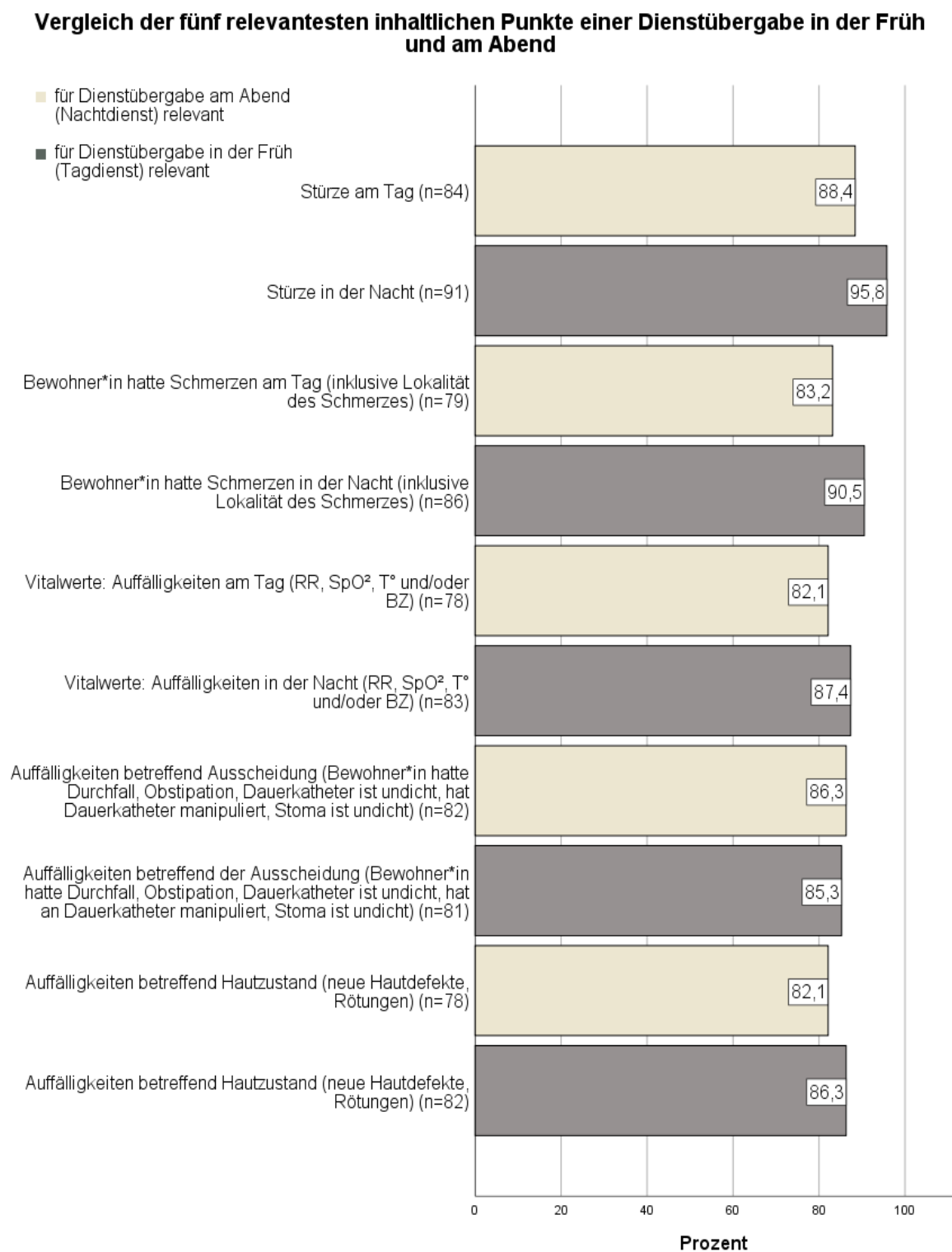
Aus den Ergebnissen der Befragung lassen sich mehrere inhaltliche Punkte identifizieren die für einer Dienstübergabe unabhängig vom Zeitpunkt wann sie erfolgt (in der Früh oder am Abend), für den größten Teil der Befragten relevant sind. Zu diesen Punkten werden alle Antworten die mehr als 80 % der Befragten (relevant am Abend) und mehr als 85 % der Befragten (relevant in der Früh) ausgewählt wurden, gezählt.

Es lassen sich folgende Punkte identifizieren:

- (1) **Stürze** – sind mit 88,4 % (n=84) für nachtdiensthabende und mit 95,8 % (n=91) für tagdiensthabende Pflegepersonen relevant,
- (2) **Schmerzen** – sind mit 83,2 % (n=79) für nachtdiensthabende und mit 90,5 % (n=86) für tagdiensthabende Pflegepersonen relevant,
- (3) **Vitalwerte – Auffälligkeiten** - sind mit 82,1 % (n=78) für nachtdiensthabende und mit 87,4 % (n=83) für tagdiensthabende Pflegepersonen relevant,
- (4) **Auffälligkeiten betreffend der Ausscheidung** - sind mit 86,3 % (n=82) für Nachtdiensthabenden und mit 85,3 % (n=81) für Tagdiensthabenden Pflegepersonen relevant und
- (5) **Auffälligkeiten betreffend des Hautzustands** - sind mit 82,1 % (78) für nachtdiensthabende und mit 86,3 % (n=82) für tagdiensthabende Pflegepersonen relevant.

Im Abbildung 19 ist ein Vergleich zwischen den fünf inhaltlich relevantesten Punkten einer Dienstübergabe in der Früh und am Abend dargestellt. Diese Grafik lässt die Interpretation zu, dass die Dienstübergabe in der Früh für die Befragten relevanter schein.

Abbildung 19: Darstellung des Vergleiches zwischen den fünf relevantesten inhaltlichen Punkten einer Dienstübergabe in der Früh und am Abend



Note. eigene Darstellung, 2020

5.6 Maßnahmen zur Verbesserung der Dienstübergabe

In diesem Kapitel werden die Sichtweisen der Befragungsteilnehmer*innen bezüglich der Rolle einer Handlungsempfehlung für eine Dienstübergabe sowie auch für die tägliche Arbeit und für einen möglichen positiven Einfluss auf die Pflegequalität dargestellt, die dem Autor dieser Arbeit die direkten Antworten auf die Forschungsfragen geben.

Mit 78,9 % stimmen die Befragten der Aussage zu, dass eine schriftliche Handlungsempfehlung helfen kann die Qualität der Dienstübergabe zu verbessern, 20% stimmen dieser Aussage nicht zu. Insgesamt haben sich n=94 Personen zu dieser Aussage geäußert, eine Person gab Antwort. Es kann ein Schluss gezogen werden, dass mehr als dreiviertel der Befragten die Sinnhaftigkeit einer Handlungsempfehlung sehen.

Zu dieser Aussage, dass eine schriftliche Handlungsempfehlung für eine Dienstübergabe die tägliche Arbeit erleichtern kann, haben 73,7 % der Befragten zugestimmt und 24,2 % nicht zugestimmt, 2,1 % äußerten sich zu dieser Aussage nicht. 93 Personen beantworteten diese Frage. Hier kann auch gesagt werden, dass zirka dreiviertel der Befragten die Handlungsempfehlung für eine Dienstübergabe als arbeitserleichternd sehen.

In Bezug auf die Verbesserung der Pflegequalität durch strukturierte Dienstübergabe mithilfe einer Handlungsempfehlung sind 88,4 % der Befragten der Meinung, dass dadurch die Pflegequalität verbessert werden kann, 10,5 % sind der gegenteiligen Meinung und 1,1 % äußerten sich zu diesem Thema nicht. An dieser Stelle kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Mehrheit der Befragten (n=84) die Sinnhaftigkeit einer Handlungsempfehlung für eine Dienstübergabe in Bezug auf die Verbesserung der Pflegequalität sehen. Es kann aufgrund die Befragten Äußerungen auch konkludiert, dass, die Dienstübergabe Qualität und die Dienstübergabe Struktur proportional zu Pflegequalität stehen.

Eine ähnliche Verteilung der Meinungen gab es auch bei der Aussage, dass eine strukturierte Dienstübergabe nach einer Handlungsempfehlung dazu beitragen kann, die Kontinuität der Pflege zu verbessern. Nämlich 86,3 % der Befragten stimmt dieser Aussage zu, 12,6 % stimmt nicht zu und 1,1 % der Befragten äußerten sich zu dieser Aussage nicht. Insgesamt äußerten sich zu diese Aussage n=94

Personen. Es kann anhand von den Antworten der Befragten (n=82) die Conclusio gezogen werden, dass die strukturierte Dienstübergabe nach einer Handlungsempfehlung dazu beitragen kann die Pflegekontinuität zu verbessern.

Am Ende des Fragebogens bestand für die Befragten die Möglichkeit, in Form eines freien Textfeldes ihre Anmerkungen zu dem Fragebogen anzugeben. Die Darstellung dieser Anmerkungen erfolgt in der Tabelle 9.

Tabelle 9: Darstellung der Anmerkungen der Befragten zu dem Fragebogen in Form einer offenen Frage

Anmerkungen der Befragten zu dem Fragebogen in Form einer offenen Frage
Aus meiner Sicht, es besteht kein Bedarf an einer Handlungsempfehlung, da wir, als qualifizierte Pflegepersonen können die Relevanz der Informationen, die zu einer Dienstübergabe kommen sollen erkennen und diese weitergeben
Die mündliche Dienstübergabe sollte die wichtigsten Informationen enthalten. Anderes kann man nachlesen, wichtige Dinge auch optisch markieren in den schriftlichen Aufzeichnungen
eine Dienstübergabe findet immer mindestens 2 Mal täglich statt, dabei werden wichtige Informationen betreffend Tagesverlauf, oder Nachtverlauf, Neuerungen, Med.änderungen, was bei Visite besprochen wurde,... meiner Meinung nach keine Handlungsempfehlung für eine Dienstübergabe erforderlich
Es soll nur das wichtigste Beinhalten nur Auffälligkeiten und nicht das übliche wie hat gut geschlafen oder hat Stuhl gehabt..., ist gestürzt, Med.Änderung bitte Bericht schreiben, Übelkeit gestern, Druckstelle..."
Es sollten nur Dinge besprochen werden die relevant sind und nicht hat geschlafen ! Auch sollte man hier durch keine nicht dringlichen Anrufe gestört werden, alle im Betrieb Angestellten sollten hier informiert sein das erst nach der Zeit angerufen werden solle, wenn es hier keine Notwendigkeit ergibt (Krankenstand, ...)"
Kombination aus schriftl. und mündlicher Dienstübergabe wäre ideal. Meiner Meinung nach sollte der größte Teil schriftlich in der Doku festgehalten werden um Lücken vorzubeugen."
Kommt darauf an, wie lang die Handlungsempfehlung ist. Kurz und bündig? Leicht zu lesen?
Kommunikation ist überhaupt sehr wichtig! Schon 26 Jahren komme ich öfter eine Stunde früher nur bei der Dienstübergabe in der Früh dabei zu sein
Mehr Ernsthaftigkeit bei Übergabe
Persönlich denke ich, eine allgemeine Empfehlung ist schwierig, vielleicht eher eine Anlehnung und jedes Team erarbeitet sich anhand dessen, eine individuelle Vorgehensweise
Zeit für Suchtgiftübergabe wird meist nicht berücksichtigt. Entweder eine Person kommt früher in den Dienst oder eine andere geht später aus dem Dienst, jeweils wegen der Suchtgiftübergabe, um die Zeit für die Dienstübergabe voll auszunutzen. Oder die Dienstübergabe wird schnell abgehandelt, um die Suchtgiftübergabe noch schnell unterzubringen, damit es nicht zu einer Dienstzeitverlängerung kommt.

Note. eigene Darstellung, 2020

5.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Fragebogen wurde an 362 Teilnehmer*innen ausgeschickt, 95 Fragebögen kamen beantwortet zurück. Die größte Berufsgruppe innerhalb der Pflegenden in der Befragung ist der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, gefolgt von Pflegeassistent*innen und Pflegefachassistent*innen. Mehr als die Hälfte der Befragten 63,1% (n=60) sind zwischen 35 und 54 Jahre alt. Bei der Befragten ist eine deutlich höhere Anzahl (71,2%) der weiblichen Teilnehmer*innen (n=67) als männlichen Teilnehmer*innen.

In Bezug auf strukturellen Rahmenbedingungen einer Dienstübergabe ist aus der Befragung sichtbar, dass die Dauer der Dienstübergabe seitens der Arbeitgeber unterschätzt wird. 58,5 % (n=55) der Befragten schätzen die Dienstübergabedauer

mit 15 Minuten als ungenügend ein. Weiters ist aus der Befragung erkennbar, wie wichtig es ist, einen bestimmten und ungestörten Raum für die Dienstübergabe zu haben. 92,7 % (n=98) der Befragten sind der Meinung, dass ein bestimmter Raum für eine Dienstübergabe wichtig ist. Die Äußerungen der Befragten betreffend genügend Sitz- und Stehmöglichkeiten während einer Dienstübergabe besagt mit einem hohen Prozentsatz von 91,6 % (n=87), dass dies auch ein wichtiger Teil der strukturellen Rahmenbedingungen ist. Zudem ist es aus der Befragung ersichtlich, dass die bevorzugte Häufigkeit der Dienstübergabe zweimal täglich (in der Früh und am Abend) ist.

Bezüglich des Ablaufs einer Dienstübergabe zeigte sich aus der Befragung, dass für mehr als die Hälfte 63,2% (n=60) der Befragten es sehr wichtig ist, eine klare Ablaufstruktur während der Dienstübergabe zu haben. Die Moderation während der Dienstübergabe ist für 60% (n=57) der Befragten wichtig. Mit einem hohen Prozentwert von 95,7 % (n=90) ist aus der Befragung ersichtlich, dass eine klare Struktur während der Dienstübergabe für fast alle Befragten wichtig ist. Die 77,9% (n=74) der Befragten bevorzugen eine Mischform der Dienstübergabe (schriftlich und mündlich). Eine Möglichkeit zu haben während der Dienstübergabe Fragen zu stellen ergab auch einen hohen Prozentsatz von 87,3 % (n=82). Daraus ergibt sich, dass es wichtig ist dies während der Dienstübergabe zu ermöglichen. Außerdem kann aus der Befragung Schluss gezogen werden, dass es für 83,2 % (n=79) der Befragten wichtig ist, zu wissen wer für die Bewohner*innenaufsicht (Glocken) während der Dienstübergabe zuständig ist.

In Bezug auf die Störfaktoren während einer Dienstübergabe ergibt sich aus der Befragung, dass es für fast alle Befragten 96,8% (n=92) wichtig ist, dass die Dienstübergabe ungestört erfolgt. Die Befragten 35,5 % (n=33) haben die Glocken als den größten Störfaktor identifiziert, gefolgt von Unterbrechungen durch Kolleg*innen 31,2% (n=29). Es lässt sich ein Beschluss ziehen, dass die größten Faktoren während der Dienstübergabe die Glocken und die Unterbrechungen durch Kolleg*innen sind. Die Befragten haben auch die Möglichkeit der freien Texteingabe genutzt, und hier Anrufe, das Essen während der Dienstübergabe und zu ausführliches Erklären durch Kolleg*innen als störend angeführt.

Hinsichtlich des Inhaltes einer Dienstübergabe finden 96,9 % (n=92) der Befragten die Informationen, die während der Dienstübergabe weitergegeben werden als wichtig. Betreffend der Inhalte der Dienstübergabe lassen sich aus der Befragung fünf wichtige Punkte für eine Dienstübergabe unabhängig vom Zeitpunkt (in der Früh und am Abend) identifizieren. Zu diesen Punkten werden alle Antworten, die mehr als 80 % (mehr als n=76) der Befragten (relevant am Abend und in der Früh) ausgewählt haben gezählt. Die wichtigsten fünf inhaltlichen Punkte für eine Dienstübergabe werden in der Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Darstellung der fünf wichtigsten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe in der Früh und am Abend

Inhaltspunkt	Relevanz für den Nachtdienst	Relevanz für den Tagdienst
Stürze	88,4 % (n=84)	95,8 % (n=91)
Schmerzen	83,2 % (n=79)	90,5 % (n=86)
Vitalwerte Auffälligkeiten	82,1 % (n=78)	87,4 % (n=83)
Auffälligkeiten betreffend der Ausscheidung	86,3 % (n=82)	85,3 % (n=81)
Auffälligkeiten betreffend des Hautzustandes	82,1 % (n=78)	86,3 % (n=82)

Note. eigene Darstellung, 2020

Weiters zeigten sich aus der Befragung folgende Inhaltspunkte als relevant (mehr als 80% (n=76) Auswahl durch Befragten) für die Dienstübergabe in der Früh. Die Bewohner*innen haben Termine am kommenden Tag, Medikamentenänderungen vom Vortag.

Für die Dienstübergabe am Abend lassen sich zusätzlich folgende Inhaltspunkte (mehr als 70% (n=66) Auswahl durch Befragten) als relevant identifizieren. Die Medikamentenänderungen, Vitalwerte – Änderungen der Messintervalle, wichtige organisatorische Angelegenheiten für den kommenden Tag (Termine in der Früh). Die Informationen betreffend Dienstplanänderungen sind für die tagdiensthabenden (in der Früh) mit 64,2 % (n=61) relevant und für die nachtdiensthabenden (am Abend) Pflegepersonen weniger relevant 42,1% (n=40).

Aus den Ergebnissen kann schlussfolgert werden, dass die Dienstübergabe in der Früh relevanter ist, da diese von den Befragten umfassender wahrgenommen wurde.

Es lassen sich aus den Anmerkungen der Befragten keine weiteren Informationen als relevant identifizieren.

Durch den Einsatz einer schriftlichen Handlungsempfehlung kann aus der Sicht der 78,9% (n=75) der Befragten die Dienstübergabequalität erhöht und dadurch auch die tägliche Arbeit erleichtert werden. 88,4 % (n=84) der Befragten sind auch einig, dass die Pflegequalität durch einer Dienstübergabe durch eine Handlungsempfehlung verbessert werden kann. Weiters sind 86,3 % (n=82) der Befragten der Meinung, dass durch eine strukturierte Dienstübergabe durch eine Handlungsempfehlung Pflegekontinuität verbessert werden kann.

Aus den Anmerkungen von den Befragten ist es ersichtlich, dass zwei Personen keinen Bedarf nach einem Handlungsempfehlung sehen. Eine Person ist der Meinung, dass es schwierig ist eine allgemeine Handlungsempfehlung in der Praxis einzusetzen, eine Person sieht schon die Sinnhaftigkeit einer Handlungsempfehlung und eine Person hat angemerkt, dass die Handlungsempfehlung kurz und übersichtlich sein soll.

6. Handlungsempfehlung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung und die Ergebnisse aus der Literaturrecherche nach relevanten Kategorien unterteilt. Daraus wird eine strukturierte Handlungsempfehlung entwickelt.

In der Literatur (Schmidt, 2018) ist ersichtlich, dass durch die Standardisierung der Dienstübergabe die Patientensicherheit verbessert werden kann. Es gibt jedoch keine einfache und auch robuste Möglichkeit, die Kernkomponenten zu identifizieren und zu entwickeln, um Dienstübergaben zu standardisieren. (O'Rourke et al., 2018). Mit diesem Aspekt hat sich der Autor auch auseinandergesetzt, da es von großer Bedeutung ist die Handlungsempfehlung als Orientierung zu nutzen. Im Rahmen einer Teambesprechung müssen alle, im weiteren Text angeführten Punkte, mit dem eigenem Team abgestimmt werden, da es viele Abläufe gibt, die nicht standardisiert und geändert werden können. Viele Teams und Teamleitungen haben keinen Einfluss auf die Räumlichkeiten, die Dauer der Dienstübergabe, die Stationsgröße und auf anderen strukturellen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen.

Es lassen sich aus der Literatur und aus der Befragung folgende Punkte (siehe folgende Kapitel) als relevant für die Organisation und Gestaltung einer qualitativ guten Dienstübergabe hervorheben.

6.1 Funktion der Dienstübergabe

Vorab muss definiert werden, welche Funktion die Dienstübergabe erfüllen soll. In der Literatur (Blank & Zittlau, 2017; Drach-Zahavy & Hadid, 2015; Lozano et al., 2015; Norrie et al., 2017; Rhudy et al., 2019) lässt sich zusammenfassen, dass die Funktion einer Dienstübergabe den **Informationsaustausch** über die Patient*innen, über die organisatorischen Aufgaben und über die Planung der weiteren Versorgung von Patient*innen ist, mit der Betrachtung auf mögliche Teambuilding Chancen. Diese Definition soll an alle Teammitglieder*innen im Rahmen einer Besprechung, als auch in einzelnen Gesprächen kommuniziert werden.

6.2 Strukturelle Rahmenbedingungen einer Dienstübergabe

Zu den strukturellen Rahmenbedingungen einer Dienstübergabe gehören die Räumlichkeiten, die Stationsgröße, die vorgegebene Dauer der Dienstübergabe und die möglichen Störfaktoren während einer Dienstübergabe. Alle Rahmenbedingungen sollen so angepasst werden, dass die höchst mögliche Effektivität und Qualität der Dienstübergabe erreicht werden kann.

6.2.1 Stationsgröße

Auf die Stationsgröße (Bewohner*innenanzahl) haben das Team und Teamleitung selten einen Einfluss. Die Stationsgröße in den Langzeitpflegeeinrichtungen in Wien ist durch das WWPG (siehe [Kapitel 3.5](#)) geregelt und kann zwischen 28 und 36 Bewohner*innen beinhalten. Die Stationsgröße ist für die Dauer der Dienstübergabe relevant da die Dauer der Dienstübergabe von der Bewohner*innenanzahl abhängig ist. Die Stationsgröße kann auch als Argumentation für die Teamleitung und für die Teams nützlich sein, um mehr Zeitressourcen für die Dienstübergabe zu erhalten.

6.2.2 Dauer der Dienstübergabe

Die Dienstübergaben sollen nicht zu lang aber andererseits auch nicht zu kurz dauern. Es ist wichtig einen guten Ausgleich zu finden. Wenn die Dienstübergabe zu lang

dauert, können manche Aufgaben nicht rechtzeitig erledigt werden. Andererseits wenn die die Dienstübergabe zu kurz ist, dann besteht die Gefahr, dass die Zeit nicht ausreichend ist um Patient*innensicherheit gewährleisten zu können. Die Dauer der Dienstübergabe kann nicht pauschal geplant werden, sondern muss sich auf die Stationsgröße und an den Bedürfnisse der Bewohner*innen orientieren. Nach Blank and Zittlau (2017) sollen für eine Dienstübergabe, für eine vollbelegte Station die nicht mehr als 28 Plätze hat, 23 bis 42 Minuten gerechnet werden. Daraus folgt, dass eine Dienstübergabe im Durchschnitt nicht kürzer als 23 Minuten dauern soll. Optimale Dauer kann, aufgrund der empirischen Ergebnisse (mehr als die Hälfte der Befragten finden 15 Minuten zu kurz), bei 30 Minuten festgelegt werden. Nach Glaser and Seubert (2018) ist es bedeutsam, dass bei der Mindestpflegepersonalschlüsselberechnung viel mehr die Zeit für die Dienstübergabe berücksichtigt wird. Dadurch sollen ausreichende Zeitressourcen für eine vollständige, ausreichende und während der Arbeitszeit stattfindenden Dienstübergabe gewährleistet werden. Hier soll auch erwähnt werden, dass das Pflegepersonal ein Faktor ist, der die Dienstübergabedauer beeinflusst. In den Kapiteln 7.2.4, 7.3.1 sowie 7.4 wird der Personaleinfluss auf die Dauer der Dienstübergabe thematisiert.

6.2.3 Ort der Dienstübergabe

In der Literatur (Schmidt, 2018) und Befragungsergebnissen lässt sich feststellen, dass die Dienstübergabe ein ruhiges Umfeld bedarf. Dies ist nur dann möglich, wenn ein ungestörter Raum vorhanden ist. Die richtige Auswahl des Raumes kann dazu beitragen, dass die Übergabedauer reduziert und die Qualität der Dienstübergabe erhöht wird. Blank and Zittlau (2017) empfehlen gemeinsam mit dem Team zu überlegen welcher Raum für die Dienstübergabe genutzt werden kann sodass die Konzentration des Pflegepersonals während der Dienstübergabe auf einem hohen Niveau erbracht und erhalten werden kann. Weiters ist es wichtig während der Dienstübergabe genügend Sitz- und Stehmöglichkeiten zu gewährleisten.

6.2.4 Störfaktoren bei der Dienstübergabe

Als den zwei größten Störfaktoren bei einer Dienstübergabe lassen sich aus der Literatur (Baethge & Rigotti, 2013; Blank & Zittlau, 2017) und aus den Befragungsergebnissen die Unterbrechungen durch Kolleg*innen und die Bewohner*innenglocken identifizieren. Weiters sollen auch die Unterbrechungen durch diverse telefonische Anrufe und Umgebungsgeräusche nicht unterschätzt werden. Die Dienstübergabeteilnehmer*innen empfinden auch Essen und Kaugummi kauen während der Dienstübergabe als störend.

Es ist immer von den unterbrochenen Personen abhängig, wie auf eine Unterbrechung reagiert wird. Sehr oft kann es dazu kommen, dass bei manchen Unterbrechungen sofortiger Handlungsbedarf entsteht (Glocken). Manche Unterbrechungen haben einen verzögerten Handlungsbedarf und andere wiederum können ignoriert oder delegiert werden (Baethge & Rigotti, 2013). Ein Team kann davon profitieren und die Dienstübergabe Effektivität und Dauer verbessern indem sich der Teamleitung zusammen mit allen Teammitglieder*innen in Rahmen einer Besprechung über alle mögliche Unterbrechungen auseinandersetzt sodass gemeinsam definiert werden kann wann und bei welchen Unterbrechungen sofortige Handlungsbedarf notwendig ist und welche Unterbrechungen verzögert oder weiterdelegiert werden können. Nach Blank and Zittlau (2017) sollen die Dienstübergabezeiten für das gesamte Team in der Einrichtung sowie auch für die Bewohner*innen und Angehörige transparent dargestellt werden. Wenn die Dienstübergabezeiten allen bekannt sind, ist die Möglichkeit während die Dienstübergabe unterbrochen zu werden durch diverse telefonische Anrufe und Anfragen seitens Angehörigen, Bewohner*innen und anderen Berufsgruppen, deutlich geringer.

6.3 Ablauf und Struktur einer Dienstübergabe

Der Planung des Ablaufs und der Struktur einer Dienstübergabe soll die Punkte einer Dienstübergabe, Dienstübergabeform, Glockenzuständigkeiten während der Dienstübergabe, Reaktion auf die Unterbrechungen und Störfaktoren (ergibt sich aus der gemeinsamen Besprechung mit dem gesamten Team wie im Kapitel 7.2.4 thematisiert wurde), Teilnehmer*innen bei einer Dienstübergabe, Kommunikation

bei der Dienstübergabe und die Dienstübergaberituale umfassen. Bei der Erstellung des Ablaufs und der Struktur einer Dienstübergabe sollen die Manager*innen auch den Dienstplan berücksichtigen. Die Dienstformen sollen so geplant werden, dass es nicht zu Situationen kommt wo es manchen Mitarbeiter*innen aufgrund der Dienstform (Dienstanfang nach der Dienstübergabe) nicht möglich ist an der Dienstübergabe teilnehmen zu können. (Moriarty, J., Norrie, C., Manthorpe, J., Lipman, V., & Elaswarapu, R., 2019).

In den weiteren Unterkapiteln werden die oben angeführten Punkten erläutert.

6.3.1 Phasen bei einer Dienstübergabe

Um eine bessere Orientierung und Struktur während der Dienstübergabe zu gewährleisten ist es von Vorteil die Dienstübergabe in Phasen zu unterteilen. Der Autor dieser Arbeit lehnt sich an die Erkenntnisse von Blank and Zittlau (2017) und Abraham et al. (2016). Es kann zusammengefasst gesagt werden, dass die Dienstübergabe in vier Phasen unterteilt werden kann.

Die Pre-Dienstübergabephase – in dieser Phase wird optisch kontrolliert, ob alle diensthabende Personen da sind, weiters ob alle Anwesenden vorbereitet sind (ob alle eine Bewohner*innenliste und etwas zum schreiben haben) und die Kontrolle ob alle ihre Getränke haben. (Abraham et al., 2016).

Danach erfolgt die Eröffnungsphase wo alle Anwesenden durch die übergebende Pflegeperson begrüßt und die Dienstübergabe eingeleitet wird. (Blank & Zittlau, 2017). Die nächste Phase ist nach Blank and Zittlau (2017) die sogenannte Kernphase und umfasst die Übergabe von patient*innenrelevanten Informationen (siehe Kapitel 7.4). Die letzte Phase ist nach Blank and Zittlau (2017) die Beendigungsphase wo alle organisatorischen Themen bezüglich der Institution besprochen werden. Bevor der Eröffnungsphase und nach der Beendigungsphase soll durch ein Signal der Beginn und das Ende der Dienstübergabe signalisiert werden (siehe Kapitel 7.3.6). Alle vier Phasen der Dienstübergabe sind auch in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** grafisch dargestellt.

6.3.2 Dienstübergabeform

Dienstübergaben können mündlich, schriftlich und in einer Mischform erfolgen, weiter ist es auch zwischen einer patient*innennahe und Patient*innenferne Übergabe zu unterscheiden (Blank & Zittlau, 2017; Schmidt, 2018). Es lässt sich die Schlussfolgerung aus der Literatur (Manias et al., 2016; Tacchini-Jacquier et al., 2020) und aus der empirischen Teil der Arbeit ziehen, dass die optimalste Form einer Dienstübergabe eine Mischform, ist die in patient*innenferner Umgebung (Dienstübergabe Zimmer) stattfindet. In einer Mischform der Dienstübergabe soll die mündliche Dienstübergabe durch schriftliche Vermerke unterstützt werden. An dieser Stelle ist es hilfreich eine Bewohner*innenliste zu haben wie im Tabelle 4 dargestellt. Es soll darauf geachtet werden, dass die Bewohner*innenliste täglich aktualisiert wird. Um die Übersichtlichkeit in diesem Kapitel zu erleichtern wird die Tabelle 4 in verkürzter Form als Tabelle 11 auf dieser Stelle erneuert eingefügt.

Tabelle 11: verkürzter Form der Tabelle 4: Beispiel einer Bewohner*innenliste

Zimmer Nummer	Bewohner*innen Name	Diagnosen	relevante Pflegemaßnahmen	Anmerkungen/Notizen
				Aktualisiert am:

Note. eigene Darstellung, 2020

6.3.3 Teilnehmer*innen bei einer Dienstübergabe

Aus der Literatur lässt sich ableiten, dass bei einer Dienstübergabe alle Berufsgruppen die im direkten Kontakt mit den Bewohner*innen und Angehörigen im Rahmen ihre Stellenbeschreibung sind, teilnehmen sollen(Blank & Zittlau, 2017; Lauterbach, 2008, 2013; Manias et al., 2016; Moriarty et al., 2019). Bei der Dienstübergabe sollen nicht nur Pflegepersonen beteiligt sein, sondern es sollen auch die Abteilungshelfer*innen, Praktikant*innen, Schüler*innen und Servicekräfte teilnehmen da diese Berufsgruppen sehr oft wichtige Informationen über die EBewohner*innen und Angehörigen haben (Blank & Zittlau, 2017; Lauterbach, 2008). Um Missverständnisse, Unterbrechungen und Störungen während der Dienstübergabe zu reduzieren sollen die Manager*innen nach Huth and Ward (2018) die Rollen und Aufgaben an alle Dienstübergabeteilnehmer*innen in vorab definieren. Beim Definieren von Rollen und Aufgaben ist es wichtig zu bestimmen, welche Personen während der Dienstübergabe als Ansprechpartner für die

Angehörigen, Telefonate annehmen, für andere Berufsgruppen zuständig sind und welche auf die Glocken gehen sollen. (Blank & Zittlau, 2017). Aus den Ergebnissen der Befragung ist deutlich, dass die Information über Glockenzuständigkeit während der Dienstübergabe für mehr als die Hälfte der Befragten wichtig ist.

6.3.4 Kommunikation bei der Dienstübergabe

Die Kommunikation während der Dienstübergabe wurde nach Streeter et al. (2015) als Schlüsselfaktor für die Patient*innensicherheit und für die Kontinuität der Pflegeversorgung identifiziert. Die Kommunikation während der Dienstübergabe soll nicht nur als ein einfacher Kommunikationsakt betrachtet werden, sondern als ein komplexer Austausch von Patient*inneninformationen der die Wahrscheinlichkeit einer effektiven Versorgung erhöht (Johnson & Arora, 2016).

Es wird zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation (Körperhaltung, Mimik und Gestik) unterschieden (Rupprecht, 2014; Schmidt, 2018). Wichtig ist, dass bei einer Dienstübergabe die Kommunikation interaktiv ist. Es muss die Möglichkeit geben die Fragen während der Dienstübergabe zu stellen und zu beantworten. Dadurch bekommt die Dienstübergabe neben der informativen auch die interaktive Kommunikationsdimension. (Maharani & Thabrany, 2018). Neben diesen zwei Dimensionen ist es wichtig nach Streeter et al. (2015) die sozioemotionale Kommunikation während der Dienstübergabe zu ermöglichen, da dies die Sicherheitskultur und die Zusammenarbeit fördert. Jedes Verhalten, die das Vertrauen fördert und die Möglichkeit bietet Gefühle zu diskutieren wird als sozioemotionale Kommunikation definiert (Streeter et al., 2015).

Um eine effektive Kommunikation während der Dienstübergabe zu ermöglichen ist es hilfreich nach Blank and Zittlau (2017) sich auf die Grundsätze die in der Tabelle 12 dargestellt sind zu orientieren.

Tabelle 12: Grundsätze der Kommunikation während einer Dienstübergabe nach Blank und Zittlau (2017)

Nummer	Grundsatz	Anmerkung
1	Jeder Person soll ohne Unterbrechungen kommunizieren	Jeder Person soll die Möglichkeit haben auszusprechen ohne durch Anekdoten erzählen oder durch sofortige Fragen unterbrochen zu werden.
2	Die Fragen sollten nicht ohne Zufügung der Motivation gestellt werden	Wenn es klar ist weshalb jemand etwas fragt oder was der Person braucht, um etwas zu verstehen, kann die Frage gezielter beantwortet werden.
3	Die Personen sollen sich mit Interpretationen anderer möglichst lange zurückhalten	Hier geht es darum, dass jede Person eigene persönliche Reaktionen äußern kann, aber sich nicht immer wieder in den Äußerungen anderer verliert oder sich denen anschließt.
4	Eigene und die Körpersignale der anderen sollen beachtet werden	Durch die Körperhaltung können Pflegepersonen die Dienstübergabe positiv und auch negativ beeinflussen durch das Signalisieren von Interesse oder Desinteresse.
5	Es soll auf Kürze und Prägnanz geachtet werden	Pflegepersonen sollen während der Dienstübergabe überflüssige Erklärungen und Wiederholungen vermeiden.
6	Es soll auf Gliederung und Ordnung geachtet werden	Die übergebenden Pflegepersonen sollen bei der Dienstübergabe einen „roten Faden“ verfolgen und zwischendurch wichtige Aspekte für den nächsten Dienst oder für den Patient*in selbst betonen.

Note. eigene Darstellung, 2020

Die qualitativ hochwertige Dienstübergabe haben nach Streeter et al. (2015) neben den Kernkompetenzen der Kommunikation - Geben, Suchen und Überprüfen von Informationen auch die sozioemotionale Kommunikation, die Vertrauen, Wärme und Besorgnis vermittelt. Ein Übergabemodell, das den Informationsaustausch und die sozioemotionale Interaktion fördert, offeriert Pflegepersonen die Option, zusammenzuarbeiten, verschiedene Möglichkeiten auszutauschen, Problembereiche zu erkennen und potenzielle Fehler auf Grund ungenauer oder ausgelassener Daten zu verhindern (Streeter et al., 2015).

6.3.5 Rituale vor und nach einer Dienstübergabe

Um unnötige Nebengespräche zu vermeiden und Orientierung und Struktur während der Dienstübergabe zu erreichen ist es hilfreich ein Übergaberitual, welches den Beginn und das Ende der Dienstübergabe klar darstellt, zu implementieren. Nach Blank and Zittlau (2017) können als Übergaberitual verschiedenen Dinge genutzt werden, wie das Herrichten des Tisches (frischer Kaffee, Bewohner*innenliste auf die Mitte des Tisches legen). Es kann auch ein Medium genutzt werden, um zu signalisieren, dass jetzt die Dienstübergabe beginnt oder endet. Dabei ist es wichtig ein neues Medium zu finden und nicht eines zu benutzen welches schon im Stationsalltag existiert (kann irreführend sein) (Blank & Zittlau, 2017). Die Rituale geben nach Blank and Zittlau (2017) Sicherheit und

reduzieren Stress. Es ist wichtig, dass jedes Team selbst ein Ritual entwickelt dadurch erhöht sich die Anwendungsbereitschaft.

6.4 Inhalt der Dienstübergabe

Die Dienstübergabe in der Langzeitpflege lehnt sich bezüglich des Inhaltes auf die Dienstübergaben in Krankenanstalten an. (Moriarty et al., 2019). Aus der Literatur lässt sich der Schluss ziehen, dass zu dem Pflegepersonal oft nicht bekannt ist welche Informationen eine Dienstübergabe beinhalten soll. (Norrie et al., 2017). Sehr häufig werden nach Norrie et al. (2017) diverse Inhalte in der Dienstübergabe ohne Struktur, Regeln oder Priorisierung übergeben.

Bei einer Dienstübergabe ist es besonders wichtig, dass die Informationen, die übergeben werden, qualitativ gut und aktuell sind. (Maharani & Thabrany, 2018). Bei der Dienstübergabe ist es von großer Bedeutung nicht nur die Fakten zu übergeben, sondern auch die Informationen über Patient*innenhintergrund, den physischen Zustand, schon durchgeführten medizinischen und pflegerischen Maßnahmen und möglichen Erwartungen wie sich der allgemeine Gesundheitszustand verändern könnte um Patient*innensicherheit und die Kontinuität der Versorgung gewährleisten zu können (Drach-Zahavy & Hadid, 2015).

Aus dem empirischen Teil der Arbeit lassen sich fünf inhaltsrelevanteste Punkte identifizieren: **Stürze, Schmerzen, Vitalwerte – Auffälligkeiten, Auffälligkeiten betreffend die Ausscheidung, Auffälligkeiten betreffend des Hautzustandes.** Diese Punkte sind seitens der Befragten inhaltlich relevant, unabhängig ob die Dienstübergabe in der Früh oder am Abend stattfindet. Weiters zeigen sich aus der Befragung folgenden Inhaltspunkte als wichtig für die Dienstübergabe in der Früh: Die für die Bewohner*innen relevante Termine am kommenden Tag und die Medikamentenänderungen vom Vortag.

Für die Dienstübergabe am Abend lassen sich zusätzlich folgende Inhaltspunkte als relevant identifizieren: Die Medikamentenänderungen, Änderungen der Vitalwerte, Änderungen der Messintervalle, wichtige organisatorische Angelegenheiten für den kommenden Tag (Termine in der Früh).

Die für eine Dienstübergabe relevanten Inhaltspunkte, basierend auf den Erkenntnissen aus der Literatur (O'Rourke et al., 2018) und der Befragung, werden in Form einer Checkliste in der Tabelle 13 dargestellt. Aus der Sicht des Autors unterscheiden sich die inhaltsrelevanten Punkte einer Dienstübergabe in Langzeitpflegeeinrichtungen von der Dauer der geplanten Pflegebeziehung. Es gilt zu unterscheiden, ob Bewohner*innen Neuaufnahmen sind (wohnhaft nicht länger als zwei Tage in der Langzeitpflegeeinrichtung) oder ob die Bewohner*innen länger als 14 Tage in der Langzeitpflegeeinrichtung wohnen. Diese Unterteilung basiert auf den Vorgaben aus der Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2017. Diese besagt, dass alle pflegeplanungsrelevanten Informationen in der Langzeitpflege innerhalb der ersten 14 Tagen zu erheben sind. Die wesentlichsten Informationen, die unmittelbar relevant sind sollen innerhalb von 24 bis maximal 48 Stunden erhoben werden (Rappold, 2017). Weiters ist wichtig, dass die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wie im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), §14, Absatz 1 (2020) angeführt die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfes sowie die Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) erfassen. Zudem sind alle Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe verpflichtet, gemäß GuKG, §5, Absatz 1 und Absatz 2 (2020) eine Pflegedokumentation (die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose und die Pflegeplanung) zu führen.

Tabelle 13: *Inhaltsrelevante Punkte einer Dienstübergabe*

Inhaltspunkt	Für den Tag- und Nachtdiensthabenden relevant (Aufenthaltsdauer der Bewohner*innen – 14 Tage und mehr)	Besonders wichtige Informationen, innerhalb ersten 48 Stunden bei einer Neuaufnahme, für den Tag- und Nachtdiensthabenden
Stürze	X	X
Schmerzen	X	X
Vitalwerte Auffälligkeiten	X	X
Auffälligkeiten betreffend die Ausscheidung	X	X
Auffälligkeiten betreffend des Hautzustandes	X	X
für die Bewohner*innen relevante Termine am kommenden Tag	X	X
Patientenverfügung		X
Allergien		X
Relevante Informationen von und über Angehörigen		X
ATL´s Status (Aktivitäten des Täglichen Lebens)		X
Relevante Medikamente		X
Mentaler Status	X	X
Diagnose bei der Aufnahme		X
Prozeduren/Tests zu erledigen	X	X
Die Medikamentenänderungen vom Vortag	X	
Wichtige organisatorische Angelegenheiten für den kommenden Tag (Termine in der Früh).	X	

Note. eigene Darstellung, 2020

Es muss an diese Stelle betont werden, dass es betreffend des Inhalts einer Dienstübergabe keine Standardisierung geben kann. Aus der Sicht des Autors kann die oben dargestellte (Tabelle 13) Checkliste noch mit den Krankheitsbildern und Bedürfnissen der Bewohner*innen sowie auch mit den Rahmenbedingungen der Einrichtungen erweitert werden. Schmidt (2018) zeigte auf, dass nicht alle Übergaben in allen Settings gleich sein können, sondern so konzipiert werden müssen, dass sie zum klinischen Setting der Institution passen.

7. Diskussion

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse unter Einbezug des aktuellen Forschungsstandes. Des weiteren wird ein Blick auf die Forschungsfragen und deren Beantwortung geworfen. Zusätzlich werden die vorhandenen Limitationen für die Pflegeforschung erläutert.

7.1 Zielerreichung und Beantwortung der Forschungsfragen

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war es zu beschreiben wie eine Dienstübergabe in den Einrichtungen der Langzeitpflege ablaufen soll und welche Informationen diese beinhalten sollen, um die Qualität und Kontinuität der Pflegeversorgung garantieren zu können.

Weiters wurde basierend, aus den Erkenntnissen der Literaturrecherche und der empirische Datenerhebung eine Handlungsempfehlung entwickelt.

Der Autor dieser Arbeit konkludiert, dass bei der Durchführung einer Dienstübergabe unterstützt durch eine Handlungsempfehlung eine Verbesserung der Pflegequalität und Pflegekontinuität erreicht werden kann.

Aus dem theoretischen und empirischen Teil dieser Arbeit lassen sich alle drei Forschungsfragen beantworten und auch die wichtigsten inhaltlichen Informationen einer Dienstübergabe identifizieren. Die Forschungsfragen werden im weiteren Text noch einmal aufgeführt und zusammengefasst beantwortet.

Welche Informationen sind für eine qualitätsvolle Dienstübergabe im Langzeitpflegebereich notwendig?

Basierend auf den Ergebnissen aus der Befragung können folgenden Informationen als relevant für eine Dienstübergabe definiert werden: **Sturz, Schmerzen, Auffälligkeiten der Vitalwerte, Auffälligkeiten betreffend des Hautzustandes und der Ausscheidung**. Die Ergebnisse sind für beide Dienstübergabe (in der Früh und am Abend) als relevant zu betrachten. Die Darstellung des Vergleiches zwischen den fünf relevantesten inhaltlichen Punkten einer Dienstübergabe in der Früh und am Abend ist auch in Abbildung 16 ersichtlich.

Wie stellt sich die Dienstübergabe derzeit in Wien im Langzeitpflegebereich dar?

In Bezug auf strukturellen Rahmenbedingungen einer Dienstübergabe ist aus der Befragung sichtbar, dass die Dauer der Dienstübergabe seitens der Arbeitgeber

unterschätzt wird. 58,5 % (n=55) der Befragten schätzen die Dienstübergabedauer mit 15 Minuten als ungenügend ein. Weiters sind 92,7 % (n=98) der Befragten der Meinung, dass ein bestimmter Raum für eine Dienstübergabe wichtig ist. Die Äußerungen der Befragten betreffend genügend Sitz- und Stehmöglichkeiten während einer Dienstübergabe besagen mit einem hohen Prozentsatz von 91,6 % (n=87), dass dies auch ein wichtiger Teil der strukturellen Rahmenbedingungen ist. Zudem ist es aus der Befragung ersichtlich, dass die bevorzugte Häufigkeit der Dienstübergabe zweimal täglich (in der Früh und am Abend) ist.

Es zeigte sich aus der Befragung, dass für mehr als die Hälfte 63,2% (n=60) der Befragten es sehr wichtig ist, eine klare Ablaufstruktur während der Dienstübergabe zu haben. Die Moderation während der Dienstübergabe ist für 60% (n=57) der Befragten wichtig. Für fast alle Befragten 95,7 % (n=90) ist es wichtig eine klare Struktur während der Dienstübergabe zu haben. 77,9% (n=74) der Befragten bevorzugen eine Mischform der Dienstübergabe (schriftlich und mündlich). Eine Möglichkeit zu haben während der Dienstübergabe Fragen zu stellen ergab einen hohen Prozentsatz von 87,3 % (n=82). Aus der Befragung kann Schluss gezogen werden, dass es für 83,2 % (n=79) der Befragten wichtig ist, zu wissen wer für die Bewohner*innenaufsicht (Glocken) während der Dienstübergabe zuständig ist.

Aus der Befragung ergibt sich, dass es für fast alle Befragten 96,8% (n=92) wichtig ist, dass die Dienstübergabe ungestört erfolgt. 35,5% (n=33) der Befragten haben die Glocken als den größten Störfaktor identifiziert, gefolgt von Unterbrechungen durch Kolleg*innen 31,2% (n=29).

Hinsichtlich des Inhaltes einer Dienstübergabe finden 96,9 % (n=92) der Befragten die Informationen, die während der Dienstübergabe weitergegeben werden als wichtig. Betreffend der Inhalte der Dienstübergabe lassen sich aus der Befragung fünf wichtigste Punkte für eine Dienstübergabe unabhängig vom Zeitpunkt (in der Früh und am Abend) identifizieren: Sturz, Schmerzen, Auffälligkeiten der Vitalwerte, Auffälligkeiten betreffend des Hautzustandes und der Ausscheidung.

Durch den Einsatz einer schriftlichen Handlungsempfehlung kann aus der Sicht der 78,9% (n=75) der Befragten die Dienstübergabequalität erhöht und dadurch auch die tägliche Arbeit erleichtert werden. 88,4 % (n=84) der Befragten sind auch einig,

dass die Pflegequalität durch einer Dienstübergabe durch eine Handlungsempfehlung

verbessert werden kann. Weiters sind 86,3 % (n=82) der Befragten der Meinung, dass durch eine strukturierte Dienstübergabe durch eine Handlungsempfehlung Pflegekontinuität verbessert werden kann.

Welche Handlungsempfehlungen können auf Basis der Literatur und der derzeitigen Situation in Wien formuliert werden, um die Qualität und Kontinuität der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten?

Diese Forschungsfrage wird in Kapitel 6 thematisiert und beantwortet. Die Ergebnisse der Befragung und die Ergebnisse aus der Literaturrecherche sind nach den relevanten Kategorien unterteilt. Daraus wurde eine strukturierte Handlungsempfehlung entwickelt.

Der empirische Teil bestätigte in allen Hinsichten die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche.

Nach Streeter et al. (2015) ergibt sich die Möglichkeit während des Informationsaustausches bei der Dienstübergabe die Qualität und Sicherheit der Patient*innenversorgung zu verbessern. Kilic et al. (2017) heben die Wichtigkeit einer vollständigen und effizienten Dienstübergabe hervor, um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten und die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen, die Bedürfnisse der Patient*innen rechtzeitig zu erfüllen, die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und den Patient*innen und / oder Angehörigen aufrechtzuerhalten, um so die negativen Ergebnisse zu verhindern die aufgrund der Behandlung auftreten können. Es wird auch von Schmidt (2018) betont, dass die Pflegeübergaben einen erheblichen Einfluss auf die Kontinuität und Qualität der pflegerischen Versorgung haben. Diese Aussagen wurden durch die Befragungsergebnisse auch bestätigt da mehr als 88 % der Befragten der Meinung sind, dass die Pflegequalität durch eine Dienstübergabe durch eine Handlungsempfehlung verbessert werden kann. Weiters kann aus der Sicht von 86 % der Befragten die Durchführung einer strukturierten Dienstübergabe mithilfe einer Handlungsempfehlung zur Verbesserung der Pflegekontinuität beitragen. Hier kann ein Schluss gezogen werden, dass die Optimierung, Strukturierung und

Standardisierung einer Dienstübergabe dazu führen kann, dass die Pflegequalität und Pflegekontinuität erhalten und verbessert wird.

Bevor über die Inhaltspunkte einer Dienstübergabe gesprochen werden kann, muss die Stationsgröße bekannt sein, da die Größe und Anzahl der Bewohner*innen die Dauer der Dienstübergabe beeinflusst. Der Pflegebereich soll mehr die Dauer für die Dienstübergabe berücksichtigen, um ausreichend Ressourcen für einen vollständigen, gründlichen und ausreichenden Informationsaustausch, der während der Arbeitszeit stattfindet, gewährleisten zu können. (Glaser & Seubert, 2018). Nach den Ergebnissen der Befragung in Wien sind die Befragten mit der vorgegebenen Dauer von 15 Minuten unzufrieden, mehr als die Hälfte der 94 Personen hat die Dauer als ungenügend eingeschätzt. Besonders stark sind hier die Stationen, die zwischen 31 und 40 Bewohner*innen betreuen und pflegen, betroffen. Es scheint sehr unrealistisch zu sein, dass eine qualitativ und informativ gute Dienstübergabe innerhalb von 15 Minuten geführt werden kann. Wie es in dieser Arbeit schon angeführt wurde (siehe Kapitel 3.5) liegt die optimale Dauer einer Dienstübergabe für eine vollbelegte Station, die nicht mehr als 28 Plätze hat, bei 30 Minuten.

Zudem muss ein bestimmter Raum für einer Dienstübergabe vereinbart werden, da die Räumlichkeiten auch in Verbindung mit Störfaktoren stehen. Die Störfaktoren stehen mit den Räumlichkeiten in Verbindung da sehr oft die Störungen aufgrund der Lage den Raum entstehen. Nach Schmidt (2018) stellen die Ablenkungen und die Unterbrechungen, wenn die solange die Besprechungen wie die Dienstübergabe in mehrfach genutzten Räumen stattfinden, eine große Herausforderung dar. Weiters betont Schmidt (2018), dass die Dienstübergabe an Effektivität verliert wenn sie unter solchen Rahmenbedingungen stattfindet. Ein bestimmter Ort für eine Dienstübergabe zu haben, ist für die Befragten in Wien von großer Wichtigkeit da hier 92,7 % der Befragten der Meinung sind, dass es wichtig ist einen bestimmten Raum zu haben. Mehr als 71% der Befragten finden sogar den Ort wo einer Dienstübergabe stattfindet sehr wichtig. Aus der Literatur (Baethge & Rigotti, 2013) lassen sich die Unterbrechungen in Kommunikation während der Dienstübergabe als die größten Störfaktoren identifizieren. Nach Rhudy et al. (2019) können die Unterbrechungen in Kommunikation während der Dienstübergabe zu einer unvollständigen Dienstübergabe führen, dies hat als Folge

das Erhöhung des Fehlerrisikos. Weiters wirkt sich die Unterbrechung der Kommunikation nach Rhudy et al. (2019) auf die Patient*innensicherheit und die Qualität der Patient*innenversorgung aus. Am häufigsten sind die Unterbrechungen nach Baethge and Rigotti (2013) durch andere Pflegepersonen verursacht, darauf folgen Unterbrechungen durch Patient*innen. Andererseits haben Blank and Zittlau (2017) die Patient*innenklingel als die häufigste Störquelle während die Dienstübergabe identifiziert. Nach den Ergebnissen aus der Befragung können die aktuellen Erkenntnisse aus der Literatur bestätigt werden. Mehr als 30% der Befragten in Wiener Langzeitpflegeeinrichtungen haben an erster Stelle die Unterbrechungen durch Bewohner*innen (Glocken) identifiziert und an zweiter Stelle die Unterbrechungen durch Kolleg*innen.

Es muss vorab geklärt werden in welcher Form die Dienstübergabe stattfinden soll (mündlich, schriftlich oder eine Mischform). Aus der Literaturrecherche (Manias et al., 2016) kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass eine Mischform der Dienstübergabe die meisten Vorteilen mit sich bringt weil die verbale Dienstübergabe durch schriftlichen Vermerken signifikant unterstützt werden kann. Aus der Befragungsergebnissen kann auch so wie bei der Literatur eine Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Pflegenden in Wien eine Mischform der Dienstübergabe bevorzugen da mehr als ein Drittel (78,7%) der Befragten die Mischform im Vergleich zu mündliche und schriftliche Dienstübergabeform favorisieren. Weiters ist es für mehr als 60 % der Befragten in Wien optimal, wenn die Dienstübergabe zweimal am Tag stattfindet, einmal in der Früh und einmal am Abend.

Erst wenn die angeführten Punkte geklärt sind, können die Struktur für den Informationsaustausch und den Kontext während eine Dienstübergabe erstellt werden. Nach Huth and Ward (2018) bringt die Struktur der mündlichen und schriftlichen Übergabe bei die Kommunikation zu verbessern, weiters muss der Kontext der Übergabe berücksichtigt werden muss um eine qualitativ hochwertige Übergabe (in Bezug auf den Prozess, das Format und den Inhalt) vorzunehmen. Die Abwesenheit der Struktur und Konsistenz während eine Dienstübergabe wirken sich nach Galatzan and Carrington (2018) negativ auf die Kommunikation und den Ablauf der Dienstübergabe aus. Aus der Befragung ist ersichtlich, dass es für mehr

als 65 % der Befragten in Wien sehr wichtig ist, eine klare Ablaufstruktur während der Dienstübergabe zu haben. Die Moderation während einer Dienstübergabe ist für 60 % der Befragten wichtig. Für mehr als 83% ist es wichtig wer während der Dienstübergabe für die Aufsicht der Bewohner*innen (Glocken) zuständig ist.

Was genau während eine Dienstübergabe besprochen wird und welche Informationen relevant sind, ist in der Pflege sehr oft unklar. Aus der Literatur (Galatzan & Carrington, 2018) ist es ersichtlich, dass die Pflegewissenschaft in Bezug auf die Dienstübergabe viel mehr auf die Übergabestruktur als auf den Übergabeinhalt fokussiert ist. Galatzan and Carrington (2018) betonen auch, dass durch die detaillierten wissenschaftlichen Untersuchungen der Übergabeinhalt und die Kommunikation die Fehler minimiert werden können. Nach O'Rourke et al. (2018) lassen sich drei inhaltrelevanten Kategorien für eine effektive Dienstübergabe identifizieren. Diese Kategorien sind in Kapitel 3.4 in Tabelle 3 dargestellt. Der Autor dieser Arbeit orientierte sich bei der Fragenbogenerstellung an diese drei Kategorien und auf eigene Erfahrungen aus der Praxis. Es wurde aber bei der Befragung zudem ein Unterschied in Bezug auf den Inhalt zwischen der Dienstübergabe in der Früh und die Dienstübergabe am Abend gemacht. Aus der Befragung lässt sich herausfinden, dass sich die drei Kategorien mit den Ergebnissen aus der Befragung häufig überlappen.

Basierend auf den Ergebnissen aus der Befragung können folgenden Informationen als relevant für eine Dienstübergabe, unabhängig vom Zeitpunkt der Dienstübergabe definiert werden: **Sturz, Schmerzen, Auffälligkeiten der Vitalwerte, Auffälligkeiten betreffend des Hautzustandes und der Ausscheidung** (siehe Abbildung 19) erreicht und sind damit für beide Dienstübergabe (in der Früh und am Abend) als relevant zu betrachten.

Weiters sind für die Dienstübergabe in der Früh nach absteigender Reihenfolge die folgenden Punkten relevant: Bewohner*in hat am kommenden Tagen einen Termin, Medikamentenänderungen vom Vortag, Bewohner*inorientierung in der Nacht (situativ, örtlich und zeitlich), Dienstplanänderungen, Schmerzäußerungen von Bewohner*innen vom Vortag, Nachtverlauf und Änderungen in der Pflegeplanung. Alle diese Punkte sind auch in Abbildung 17 ersichtlich. Für die Dienstübergabe am Abend sind neben den fünf relevantesten inhaltlichen Punkten auch folgende

Punkte in eine absteigender Reihenfolge wichtig: Medikamentenänderungen, Änderungen der Messintervalle der Vitalwerte, organisatorische Angelegenheiten für den kommenden Tag, Bewohner*in Orientierung am Tag (situativ, örtlich und zeitlich), Auffälligkeiten im Tagesverlauf nach AEDL´s (Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens), ob Bewohner*innen ärztliche Visite hatten, Dienstplanänderungen und Änderungen in der Pflegeplanung. Diese Inhaltspunkte sind auch in Abbildung 18 dargestellt.

Im Vergleich zu den Ergebnissen aus der Literatur soll hier betont werden, dass in der Literatur (O'Rourke et al., 2018) ein hoher Stellenwert auf den Maßnahmenplan und die Pflegeplanungen gegeben wird.

An diese Stelle ist es zu betonen, dass nach Rhudy et al. (2019) die Dienstübergabe nicht nur für Bewohner*innen sondern auch für das Pflegepersonal eine signifikante Relevanz hat. Die Dienstübergabe hilft ein besseres Verständnis zwischen Pflegepersonen herzustellen, die Dienstübergabe soll als kognitive Aufgabe des Personals betrachtet werden, welche zur besseren Analysierung den Informationen dient und damit die Sicherheit der Patient*innen verbessert (Rhudy et al., 2019). Aus den Anmerkungen der Befragten ist es ersichtlich, dass es einen Bedarf nach einer Handlungsempfehlung gibt, solange dies präzise, stringent und übersichtlich erstellt ist. Im Kapitel 7 wird eine Handlungsempfehlung dargestellt und dadurch die dritte Forschungsfrage beantwortet.

7.2 Limitationen

Aufgrund der zu Beginn gestellten Forschungsfragen wurde vom Forscher der quantitative Forschungsansatz gewählt. Die Erhebung erfolgte mittels Online Fragebogen. Der für die Datengewinnung eingesetzte Fragebogen wurde von dem Autor selbst erstellt. Aus Sicht des Autors soll künftig bei der Fragenbogen Erstellung eine weitere Frage, die sich mit der sozialen Interaktion zwischen Pflegepersonen während der Dienstübergabe beschäftigt, angeführt werden. Mit dieser Frage wäre es möglich die Wichtigkeit der Dienstübergabe für die Sozialisierung und das Teambuilding zu erheben. Die Datenerhebung der vorliegenden Masterarbeit wurde mit einer Gelegenheitsstichprobe durchgeführt. Die verwendete Literatur, die als Bezugsrahmen für die vorliegende Masterarbeit

verwendet wurde, wurde vom Forscher anhand der beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien recherchiert und bewertet. Es stellte sich heraus, dass es nicht ausreichend aktuelle deutschsprachige Literatur gibt, deshalb müsste auch eine Studie, die älter als elf Jahre ist, einbezogen werden. Aufgrund von fehlender deutschsprachiger Literatur sind die meisten Studien in englischer Sprache, deswegen können die möglichen Übersetzungsfehler der eingeschlossenen und verwendeten englischsprachigen Forschungsliteratur nicht zur Gänze ausgeschlossen werden.

Eine weitere Limitation stellt die Tatsache dar, dass die Datenerhebung während der SARS CoV – 2 Pandemie stattgefunden hat. Aufgrund der Herausforderungen in der Pflege in Bezug auf die Pandemie, könnten mehrere Einrichtungen der Langzeitpflege nicht an der Befragung teilnehmen.

8. Fazit und Ausblick

Es lässt sich feststellen, dass einer Handlungsempfehlung dazu beitragen kann, die Pflegequalität und Kontinuität zu erhalten und zu verbessern. Lauterbach (2008) betonte in seiner Arbeit die Wichtigkeit die Dienstübergaben durch Leitfäden auf eine qualitativ hochwertige Übergabeform zu bringen, weil nur dann kann ein reibungsloser Informationsfluss erreicht werden, welcher als Folge eine gute Pflegequalität hat. Nicht nur Pflegequalität, sondern auch die Pflegekontinuität kann durch eine vollständige und effiziente Dienstübergabe sichergestellt werden. (Kilic et al., 2017).

Durch die Implementierung einer Handlungsempfehlung wird sich nach Galatzan and Carrington (2018) die Zufriedenheit des Pflegepersonals erhöhen und somit auch die allgemeine Arbeitszufriedenheit. Ein qualitativ gute und strukturierte Dienstübergabe basierend auf einer Handlungsempfehlung kann auch dazu führen, dass die Kommunikation und die Zusammenarbeit innerhalb eines Teams verbessert wird, weil die Dienstübergabe mit ihrer sozioemotionalen Dimension das Vertrauen und die Sicherheitskultur fördert (Streeter et al., 2015). Die Dienstübergabe basierend auf einer Handlungsempfehlung hilft nicht nur die Kommunikation zwischen die Pflegepersonen zu verbessern, sondern reduziert auch die Dienstübergabedauer ohne Verlust den Informationen, was wiederum für eine gute Pflegeversorgung und Kontinuität der Pflege relevant ist (David et al., 2017).

Bei der Planung und Organisation einer Dienstübergabe sollen viele Aspekte berücksichtigt werden, manche wie Räumlichkeiten und Stationsgröße, können sehr selten durch die Teamleitungen beeinflusst oder geändert werden. Daraus folgt, dass sich die Handlungsempfehlung in manchen Bereichen kaum umzusetzen lässt. Dennoch bleibt es in der Verantwortung von den Pflegedienstleitungen und Manager*innen, den Rahmenbedingungen für eine qualitativ gute und effektive Dienstübergabe zu ermöglichen. Wie Schmidt (2018) in ihrer Studie festhält, müssen die Strategien zur Verbesserung der Dienstübergabe, inklusive der Bereitstellung von finanziellen Mittel in der Führungsebene angesiedelt sein. Die Verbesserung und Standardisierung der Dienstübergabe können nur dann erfolgen, wenn sich die Führungskräfte aktiv involvieren. Die Führungsebene ist das

grundlegende Element, das wirksame Systeme zur Bereitstellung hochwertiger Pflege, Behandlung und Dienstleistungen unterstützt (Maharani & Thabrany, 2018). Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurde es dem Autor klar, dass allein durch Einhaltung an der Handlungsempfehlung das Potential der Dienstübergabe nicht komplett ausgenutzt wird. Eine wichtige Rolle bei der Informationsweitergabe während der Dienstübergabe spielen auch die kommunikativen Kompetenzen des Pflegepersonals sowie auch das Wissen über alle nutzbaren Funktionen einer Dienstübergabe. Es wäre sinnvoll Fortbildungen und Seminare seitens des Arbeitgebers mit dem Fokus auf die Dienstübergabe zu organisieren, dadurch kann auch das Leitbild des Unternehmens und das Pflegeverständnis an die Mitarbeiter*innen kommuniziert und der Wissenstransfer kann gesichert werden. Nicht nur im deutschsprachigen Raum, sondern auch in anderen Ländern wird im Rahmen der Ausbildung zu wenig Acht auf die Dienstübergabe gelegt (Blank & Zittlau, 2017; Eggins & Slade, 2015; Huth & Ward, 2018; Schmidt, 2018). Eine kontinuierliche Forschung zum Kommunikationsprozess zwischen Pflegepersonen ist auch ein wichtiger Faktor, um Fehler und Missverständnisse zu verringern. Wie schon von Manias et al. (2016) betont wurde gibt es komplexe Hindernisse, die die Durchführung effektiver Übergaben behindern, einschließlich unzureichender Schulungsmöglichkeiten, mangelnder Rollenmodellierung sowie mangelndem Vertrauen und Verständnis für die Übergabeprozesse. Ein großer Teil von den Hindernissen kann durch innovatives und professionelles Verhalten der Pflegedienstleitungen beseitigt werden. Die Führungsebene muss sich dafür verantwortlich fühlen da die Verantwortung für die Qualität der Pflege und für die Organisation der pflegerischen Maßnahmen in der gesamten Einrichtung, die Überwachung, Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität und der Pflegeorganisation, Führung und Einsatz des Personals im Pflegebereich in dem Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (2020) im 2. Abschnitt unter §26 klar und transparent geregelt ist.

Literaturverzeichnis

- Abraham, J., Kannampallil, T., Brenner, C., Lopez, K. D. [Karen D.],
Almoosa, K. F., Patel, B., & Patel, V. L. (2016). Characterizing the structure and content of nurse handoffs: A Sequential Conversational Analysis approach. *Journal of Biomedical Informatics*, 59, 76–88.
<https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.11.009>
- Baethge, A., & Rigotti, T. (2013). Auswirkung von Arbeitsunterbrechungen und Multitasking auf Leistungsfähigkeit und Gesundheit: Eine Tagebuchstudie bei Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ; Forschung Projekt F 2220. *Arbeitsunterbrechungen und Multitasking*.
- Bauer, Kapeller, Binder, & Lohrmann (2015). Pflegequalität in der Praxis: Erfahrungen teilnehmender Einrichtungen bei der österreichischen Pflegequalitätserhebung. *Pro Care*. (01-02), 16–18.
- Blank, A., & Zittlau, N. (2017). *Dienstübergabe in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54622-2>
- Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (2020). Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – (GuKG). (Fassung vom 29.08.2020). Retrieved from
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>
- Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (2020). Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG). (Fassung vom 29.08.2020). Retrieved from
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883>
- David, A., Holroyd, E., Jackson, M., & Cleary, S. (2017). 'being in the know': Nurses' perspectives on the role of 'end-of-shift' verbal handover. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 15(2), 69–78.
<https://doi.org/10.1097/XEB.000000000000102>
- Dobrin Schippers, A. (2006). Primary Nursing: Glossar wichtiger Begriffe. *Pflegewissenschaft*. (7), 441–442. Retrieved from <https://pflege-wissenschaft.info/online-ausgabe/2006/juli-august/755-PFHUNGMEYTRCKDLBJSXWVZ>

- Drach-Zahavy, A., & Hadid, N. (2015). Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. *Journal of Advanced Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jan.12615>
- Eggin, S., & Slade, D. (2015). Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience. *Journal of Public Health Research, 4*(3). <https://doi.org/10.4081/jphr.2015.666>
- Frankel, R. M., Flanagan, M., Ebricht, P., Bergman, A., O'Brien, C. M., Franks, Z., . . . Saleem, J. J. (2012). Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality. *BMJ Quality & Safety, 21 Suppl 1*, i121-8. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001482>
- Galatzan, B. J., & Carrington, J. M. (2018). Exploring the State of the Science of the Nursing Hand-off Communication. *Computers, Informatics, Nursing : CIN, 36*(10), 484–493. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000461>
- Glaser, J., & Seubert, C. (2018). Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung.
- Hasseler, M. (2019). Kritische Diskussion zur bisherigen Qualitätsdebatte in der Langzeitpflege – ein Plädoyer für eine systemische und auf empirischen Erkenntnissen beruhende Betrachtung der Entwicklung und Messung von Qualität in der Langzeitpflege [Critical discussion on the current quality debate on long-term care-a plea for a systemic and empirical insight into the development and measurement of quality in long-term care]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 52*(5), 468–476. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-1420-x>
- Hecht, J. (2016). Patientenübergabe – Den Staffelstab sicher weiterreichen. *Aktuel Urol. (47)*, 456–459. <https://doi.org/10.1055/s-0042-109886>
- Hiber, M. (2018). Pflegeübergabe: Die Informationsweitergabe muss geübt werden. *Heilbeurfe. (70)*, 22.
- Huth, K., & Ward, H. (2018). Section 2 – Communication and Teamwork: The Foundations of Effective Handover. In: Handover Toolkit: A resource to help

- teach, assess and implement a handover improvement program. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 10–16.
- Jacobs, K., Kuhlmeiy, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2018). *Pflege-Report 2018*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4>
- Johnson, J., & Arora, V. (2016). Can we talk? The art (and science) of handoff conversation. *BMJ Qual Saf.* (25), 63-35. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004666>
- Kilic, S., Ovayolu, N., Ovayolu, O., & Ozturk, M. (2017). The Approaches and Attitudes of Nurses on Clinical Handover. *International Journal of Caring Sciences.* (10), 136–145. Retrieved from www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Koller, M. M. (2018). *Statistik für Pflege- und andere Gesundheitsberufe (2., überarbeitete Auflage)*. Wien: Facultas.
- Lauterbach, A. (2008). Was wir bislang zu sagen hatten – Quantitative und Qualitative Inhaltsanalyse von Veröffentlichungen am Beispiel Dienstübergaben: Qualitative Untersuchung serieller Reproduktionen. *Pflegewissenschaft.* (06), 337–349.
- Lauterbach, A. (2013). Jetzt hört mal zu! — Worüber reden Pflegende? *Heilberufe,* 65(9), 24–26. <https://doi.org/10.1007/s00058-013-0965-8>
- Leichsenring, Schulmann, Gasiör, & Fuchs (2015). Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten: Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege.
- Leiner, D. (2020). SoSci Survey Anleitung. Retrieved from <https://www.soscisurvey.de/help/doku.php/de:results:start>
- Lozano, M., Arroyo, M., & Ligia, P. (2015). The Handover: A Central Concept in Nursing Care. *Enfermeria Global.* (37), 419–434. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/282685935_The_Handover_a_Central_Concept_in_Nursing_Care
- Maharani, R., & Thabrany, H. (2018). How to Improve Patient Handoff Quality for Ensuring Patient Safety: A Systematic Review. *KnE Life Sciences,* 4(9), 292. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i9.3580>

- Malekzadeh, J., Mazluom, S. R., Etezadi, T., & Tasserri, A. (2013). A standardized shift handover protocol: Improving nurses' safe practice in intensive care units. *Journal of Caring Sciences*, 2(3), 177–185. <https://doi.org/10.5681/jcs.2013.022>
- Manias, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D., & Della, P. (2016). Perspectives of clinical handover processes: A multi-site survey across different health professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1-2), 80–91. <https://doi.org/10.1111/jocn.12986>
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Wien: Facultas.
- Moriarty, J. O., Lipman, V., Norrie, C., Elaswarapu, R., & Manthorpe, J. (2019). Handovers in care homes for older people – their type, timing and usefulness. Findings from a scoping review. *Ageing and Society*, 39(4), 851–871. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17001301>
- Moriarty, J., Norrie, C., Manthorpe, J., Lipman, V., & Elaswarapu, R. (2019). What makes a good handover in a care home for older people? *Working with Older People*, 23(3), 167–176. <https://doi.org/10.1108/WWOP-05-2019-0010>
- Norrie, C., Lipman, V., Moriarty, J. [Jo], Elaswarapu, R., & Manthorpe, J. (2017). How do handovers happen?: A study of handover-at-shift changeovers in care homes for older people.
- O'Rourke, J., Abraham, J., Riesenber, L. A., Matson, J., & Lopez, K. D. [Karen Dunn] (2018). A Delphi study to identify the core components of nurse to nurse handoff. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1659–1671. <https://doi.org/10.1111/jan.13565>
- Pleschberger, S., Reitingner, E., Wegleitner, K., Hornek, A., & Heimerl, K. (2009). Interdisziplinäres Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“.
- Pokojová, R., & Bártlová, S. (2018). Effective communication and sharing information at clinical handovers. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 9(4), 947–955. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0028>
- Rappold, E. (2017). Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017: Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Retrieved from <https://jasmin.goeg.at/47/1/Arbeitshilfe%20Pflegedokumentation%202017.pdf>

- Rhudy, L., Johnson, M., Krecke, C., Keigley, D., Schnell, S., Maxson, P., . . .
Warfield, K. (2019). Change-of-Shift Nursing Handoff Interruptions: Implications
for Evidence-Based Practice.
- Rupprecht, W. (2014). *Einführung in die Theorie der kognitiven Kommunikation*.
Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-05498-4>
- Schmidt, M. (2018). Anforderungen an die Pflegeübergabe im Krankenhaus.
Pflegewissenschaft, 20(3/4), 133–145. <https://doi.org/10.3936/1549>
- Sellemann, B. (2019). Versorgungskontinuität mithilfe digitaler, intelligenter
Therapieunterstützung. In A. Elmer & D. Matusiewicz (Eds.), *Die Digitale
Transformation der Pflege* (pp. 77–80). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft. Retrieved from [https://www.hb.fh-
muenster.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/10028](https://www.hb.fh-muenster.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/10028)
- Streeter, A. R., Harrington, N. G., & Lane, D. R. (2015). Communication Behaviors
Associated with the Competent Nursing Handoff. *Journal of Applied
Communication Research*, 43(3), 294–314.
<https://doi.org/10.1080/00909882.2015.1052828>
- Tacchini-Jacquier, N., Waele, E. de, Urben, P., Turini, P., & Verloo, H. (2020).
Developing an Evidence-Based Nursing Handover Standard for a Multi-Site
Public Hospital in Switzerland: Protocol for a Web-Based, Modified Delphi
Study. *JMIR Research Protocols*, 9(1), e15910. <https://doi.org/10.2196/15910>
- Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz, (2020).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Suchprotokoll der Literaturrecherche</i>	9
Abbildung 2: <i>mögliche Dienstübergabestruktur</i>	48
Abbildung 3: <i>Operationalisierung des Begriffs Dienstübergabe</i>	62
Abbildung 4: <i>Darstellung des Rücklaufs im Zeitverlauf (die Anzahl der Befragten)</i>	68
Abbildung 5: <i>Darstellung der Stichprobenverteilung nach Berufsgruppen</i>	69
Abbildung 6: <i>Darstellung der Geschlechterverteilung</i>	70
Abbildung 7: <i>Darstellung des Alters der Befragten</i>	70
Abbildung 8: <i>Darstellung des Verhältnisses zwischen Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten</i>	71
Abbildung 9: <i>Darstellung der Berufserfahrung als Pflegekraft</i>	72
Abbildung 10: <i>Darstellung der Einschätzung der Dienstübergabedauer</i>	73
Abbildung 11: <i>Darstellung der Wichtigkeit einer bestimmten Räumlichkeit für die Dienstübergabe</i>	74
Abbildung 12: <i>Darstellung der Dienstübergabehäufigkeit aus Sicht der Befragten</i>	75
Abbildung 13: <i>Darstellung der Wichtigkeit der Struktur während der Dienstübergabe</i>	76
Abbildung 14: <i>Darstellung der bevorzugten Form einer Dienstübergabe</i>	77
Abbildung 15: <i>Darstellung des größten Störfaktors während der Dienstübergabe</i>	78
Abbildung 16: <i>Darstellung der Wichtigkeit der Dienstübergabe für die tägliche Arbeit</i>	79
Abbildung 17: <i>Darstellung der relevantesten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe in der Früh in absteigender Reihenfolge</i>	81
Abbildung 18: <i>Darstellung der relevantesten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe am Abend in absteigender Reihenfolge</i>	84
Abbildung 19: <i>Darstellung des Vergleiches zwischen den fünf relevantesten inhaltlichen Punkten einer Dienstübergabe in der Früh und am Abend</i>	86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Ein- und Ausschlusskriterien bei der Literaturrecherche</i>	7
Tabelle 2: <i>Tabellarische Darstellung der Literaturrecherche</i>	10
Tabelle 3: <i>Tabellarische Darstellung der N-PAS Kategorien</i>	35
Tabelle 4: <i>Beispiel einer Bewohner*innenliste</i>	46
Tabelle 5: <i>Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Fragensauswahl</i>	63
Tabelle 6: <i>Darstellung der offenen Texteingabe bei der Frage: Was empfinden Sie als den größten Störfaktor bei einer Dienstübergabe?</i>	78
Tabelle 7: <i>Darstellung der offenen Texteingabe bei Frage 21: Die relevantesten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe in der Früh</i>	82
Tabelle 8: <i>Darstellung der offenen Texteingabe bei Frage 22: Die relevantesten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe am Abend</i>	85
Tabelle 9: <i>Darstellung der Anmerkungen der Befragten zu dem Fragebogen in Form einer offenen Frage</i>	88
Tabelle 10: <i>Darstellung der fünf wichtigsten inhaltlichen Punkte einer Dienstübergabe in der Früh und am Abend</i>	90
Tabelle 11: <i>verkürzter Form der Tabelle 4: Beispiel einer Bewohner*innenliste</i> ...	96
Tabelle 12: <i>Grundsätze der Kommunikation während einer Dienstübergabe nach Blank und Zittlau (2017)</i>	98
Tabelle 13: <i>Inhaltsrelevante Punkte einer Dienstübergabe</i>	101

Anhang 1

Kritische Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? Klar formuliert? Genau abgegrenzt? Bezieht sich auf ein Thema?
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? Welche Kriterien? Welche Studientypen?
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? Welche Datenbank wurde genutzt? Handliches Refugium von Experten? Welcher Zeitraum?
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? Welche Kriterien? Kundenberatung, Verbindungs, Polio-epi?
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? Quellen angegeben?
6. Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?
7. Waren die Studien ähnlich? Population, Intervention, Ergebnis, Studiendesign? Heterogenität?

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse? Obstivität? Relativer Risiko? Absoluter Differenz?
9. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle? Studien geschichtet?

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?
12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? Kostennutzen? Number-Needed-To-Treat?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC15577>

V 1.3

van Belbin, J., & Longo, C. (2010). Evidence-based Nursing and Caregiving. 11th Edition. Elsevier.

Dienstübergabe in der Langzeitpflege

Erhebung der Sichtweisen und Erfahrungen von Pflegepersonen

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen,

Im Rahmen meiner Masterthesis erhebe ich die Sichtweisen und Erfahrungen von Pflegepersonen im Langzeitpflegebereich, in Hinblick auf die Dienstübergabe, durch. Am Ende der Arbeit soll eine Handlungsempfehlung für die Dienstübergabe in der Langzeitpflege entstehen. Teilnahme wird etwa 5-10 Minuten in Anspruch nehmen.

Vielen Dank, dass Sie mich unterstützen! Gemeinsam wird es uns gelingen, die Dienstübergaben effizienter zu gestalten.

1. Welches Geschlecht haben Sie?

- männlich
- weiblich

V001 Geschlecht
1 = männlich
2 = weiblich
-9 = nicht beantwortet

2. Wie alt sind Sie?

- bis 24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- über 55

V002 Alter
1 = bis 24
2 = 25-34
3 = 35-44
4 = 45-54
5 = über 55
-9 = nicht beantwortet

3. Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?

- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in
- Pflegeassistent*in
- Pflegefachassistent*in

V003 Berufsgruppe
1 = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in
2 = Pflegeassistent*in
3 = Pflegefachassistent*in
-9 = nicht beantwortet

4. Ausmaß der Beschäftigung ?

- Vollzeit
 Teilzeit

V004 Beschäftigung Std.

- 1 = Vollzeit
2 = Teilzeit
-9 = nicht beantwortet

5. Wie lange sind Sie schon in der Pflege tätig ?

- < 1 Jahr
 2 – 5 Jahre
 6 – 10 Jahre
 11 -15 Jahre
 > 15 Jahre

V005 Erfahrung

- 1 = < 1 Jahr
2 = 2 - 5 Jahre
3 = 6 - 10 Jahre
4 = 11 -15 Jahre
5 = > 15 Jahre
-9 = nicht beantwortet

6. Wie viele Bewohner*innen werden auf Ihrer Station/Wohnbereich täglich betreut/gepflegt?

- bis 20
 21 – 30
 31 – 40
 über 41

V006 Bew. Anzahl

- 1 = bis 20
2 = 21 - 30
3 = 31 - 40
4 = über 41
-9 = nicht beantwortet

7. Gibt es in Ihrem Unternehmen in schriftlicher Form eine Richtlinie/Leitlinie/Standard/Handlungsempfehlung, wie eine Dienstübergabe erfolgen soll?

- Ja
 Nein

V007 RL/ST

- 1 = Ja
2 = Nein
-9 = nicht beantwortet

8. Wie wichtig sind Ihnen die Informationen der Dienstübergabe für Ihre tägliche Arbeit?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

V008 DÜ_Tgl_Arbeit

- 1 = sehr wichtig
- 2 = wichtig
- 3 = weniger wichtig
- 4 = unwichtig
- 9 = nicht beantwortet

9. Wie wichtig ist es Ihnen während Ihres Dienstes genügend Zeit zu haben, um sich auf die Dienstübergabe vorbereiten zu können?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

V009 Vorbereitungszeit

- 1 = sehr wichtig
- 2 = wichtig
- 3 = weniger wichtig
- 4 = unwichtig
- 9 = nicht beantwortet

10. Wie wichtig ist es Ihnen, dass die Dienstübergabe ungestört erfolgt?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

V010 DÜ_Ungestört

- 1 = sehr wichtig
- 2 = wichtig
- 3 = weniger wichtig
- 4 = unwichtig
- 9 = nicht beantwortet

11. Was empfinden Sie als den größten Störfaktor bei einer Dienstübergabe?

- Glocken
- Unterbrechungen durch Bewohner*innen
- Unterbrechungen durch Angehörigen
- Unterbrechungen durch Kolleg*innen
- diverse Geräusche (Kaffeemaschine, Wasserkocher etc.)

Anderes

-

V011 größter Störfaktor

- 1 = Glocken [1]
- 2 = Unterbrechungen durch Bewohner*innen [2]
- 3 = Unterbrechungen durch Angehörigen [3]
- 4 = Unterbrechungen durch Kolleg*innen [4]
- 5 = diverse Geräusche (Kaffeemaschine, Wasserkocher etc.) [5]
- 6 = [6]
- 9 = nicht beantwortet

V011_06 [Keine Beschreibung] 06

Offene Texteingabe

12. Wie wichtig ist es Ihnen die Möglichkeit zu haben während der Dienstübergabe Fragen zu stellen?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

V012 DÜ_Fragen stellen

- 1 = sehr wichtig
- 2 = wichtig
- 3 = weniger wichtig
- 4 = unwichtig
- 9 = nicht beantwortet

13. Wie wichtig ist es Ihnen, dass die Dienstübergabe unter einer klaren Struktur erfolgt?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

V013 DÜ_klare Struktur

- 1 = sehr wichtig
- 2 = wichtig
- 3 = weniger wichtig
- 4 = unwichtig
- 9 = nicht beantwortet

14. Wie wichtig ist es Ihnen während der Dienstübergabe eine Moderator*in (wenn eine Person ein Gespräch lenkt oder lenkend in eine Kommunikation eingreift) zu haben ?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

V014 DÜ_Moderation

1 = sehr wichtig
2 = wichtig
3 = weniger wichtig
4 = unwichtig
-9 = nicht beantwortet

15. Wie wichtig ist es Ihnen zu wissen, wer während der Dienstübergabe für die Aufsicht (Glocken) der Bewohner*innen zuständig ist?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

V015 DÜ_Aufsicht

1 = sehr wichtig
2 = wichtig
3 = weniger wichtig
4 = unwichtig
-9 = nicht beantwortet

16. Wie wichtig ist es Ihnen im Wohnbereich einen bestimmten Raum für die Dienstübergabe zu haben?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

V016 DÜ_Raum

1 = sehr wichtig
2 = wichtig
3 = weniger wichtig
4 = unwichtig
-9 = nicht beantwortet

17. Wie wichtig ist es Ihnen während der Dienstübergabe ausreichende Sitz/Stehmöglichkeiten zu haben?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

V017 DÜ_Sitz/Stehe Mögl.

- 1 = sehr wichtig
- 2 = wichtig
- 3 = weniger wichtig
- 4 = unwichtig
- 9 = nicht beantwortet

18. Reichen Ihrer Einschätzung nach 15 Minuten für eine Dienstübergabe aus?

- Ja
- Nein

V018 DÜ_Vorbereitungszeit

- 1 = Ja
- 2 = Nein
- 9 = nicht beantwortet

19. Welche Form der Dienstübergabe finden Sie optimal, um die Dienstübergabe lückenlos durchführen zu können ?

- schriftlich
- mündlich
- Mischform (schriftlich und mündlich)

V019 DÜ_Form

- 1 = schriftlich
- 2 = mündlich
- 3 = Mischform (schriftlich und mündlich)
- 9 = nicht beantwortet

20. Wie oft soll die Dienstübergabe pro Tag stattfinden ?

- zweimal (Früh und Abend)
- dreimal (Früh, Mittag und Abend)
- mehr als dreimal

V020 DÜ_Häufigkeit

- 1 = zweimal (Früh und Abend)
- 2 = dreimal (Früh, Mittag und Abend)
- 3 = mehr als dreimal
- 9 = nicht beantwortet

21. Bitte suchen Sie sich die Informationen aus, die für eine Dienstübegabe (von Nachtdienst an den Tagdienst) relevant sind.

(mehrere Optionen können angekreuzt werden)

- Nachtverlauf (hat Bewohner*in gut geschlafen oder war er/sie öfters wach)
- Bewohner*in hatte Schmerzen in der Nacht (inklusive Lokalität des Schmerzes)
- Auffälligkeiten betreffend der Ausscheidung (Bewohner*in hatte Durchfall, Obstipation, Dauerkatheter ist undicht, hat an Dauerkatheter manipuliert, Stoma ist undicht)
- Auffälligkeiten betreffend Hautzustand (neue Hautdefekte, Rötungen)
- Stürze in der Nacht
- Bewohner*in war desorientiert in der Nacht (situativ, örtlich und/oder zeitlich)
- Bewohner*in hatte am Vortag Schmerzen
- Bewohner*in hat am kommenden Tag einen Termin, Visite, Ausflug/Aktivität haben
- Vitalwerte: Auffälligkeiten in der Nacht (RR, SpO², T° und/oder BZ)
- Medikamentenänderungen vom Vortag
- Änderungen in der Pflegeplanung
- Wichtige organisatorische Angelegenheiten für den kommenden Tag (Termine, Pflegevisiten, etc.)
- Dienstplanänderungen (Krankenstände, Dienstübernahmen etc.)

Anderes

-

V021 DÜ_Inhalt_Früh: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen Ganze Zahl
V021_01 Nachtverlauf (hat Bewohner*in gut geschlafen oder war er/sie öfters wach)
V021_02 Bewohner*in hatte Schmerzen in der Nacht (inklusive Lokalität des Schmerzes)
V021_03 Auffälligkeiten betreffend der Ausscheidung (Bewohner*in hatte Durchfall, Obstipation, Dauerkatheter ist undicht, hat an Dauerkatheter manipuliert, Stoma ist undicht)
V021_04 Auffälligkeiten betreffend Hautzustand (neue Hautdefekte, Rötungen)
V021_05 Stürze in der Nacht
V021_06 Bewohner*in war desorientiert in der Nacht (situativ, örtlich und/oder zeitlich)
V021_07 Bewohner*in hatte am Vortag Schmerzen
V021_08 Bewohner*in hat am kommenden Tag einen Termin, Visite, Ausflug/Aktivität haben
V021_09 Vitalwerte: Auffälligkeiten in der Nacht (RR, SpO ² , T° und/oder BZ)
V021_10 Medikamentenänderungen vom Vortag
V021_11 Änderungen in der Pflegeplanung
V021_12 Wichtige organisatorische Angelegenheiten für den kommenden Tag (Termine, Pflegevisiten, etc.)
V021_13 Dienstplanänderungen (Krankenstände, Dienstübernahmen etc.)
V021_14 [Keine Beschreibung] 14 1 = nicht gewählt 2 = ausgewählt
V021_14a [Keine Beschreibung] 14 (offene Eingabe) Offene Texteingabe

22. Bitte suchen Sie sich die Informationen aus, die für eine Dienstübergabe (von Tagdienst an den Nachtdienst) für Sie relevant sind.

(mehrere Optionen können angekreuzt werden)

- Tagesverlauf (Auffälligkeiten –nach AEDL´s zum Beispiel – Bewohner*in hatte zu wenig getrunken/gegessen; verbrachte Tag im Bett)
- Bewohner*in hatte Schmerzen am Tag (inklusive Lokalität des Schmerzes)
- Auffälligkeiten betreffend Ausscheidung (Bewohner*in hatte Durchfall, Obstipation, Dauerkatheter ist undicht, hat Dauerkatheter manipuliert, Stoma ist undicht)
- Auffälligkeiten betreffend Hautzustand (neue Hautdefekte, Rötungen)
- Stürze am Tag
- Bewohner*in war desorientiert am Tag (situativ, örtlich und/oder zeitlich)
- Bewohner*in hatte Schmerzen am Tag
- Verschlechterung des Allgemeinzustandes
- Bewohner*in hatte ärztliche Visite
- Vitalwerte: Auffälligkeiten am Tag (RR, SpO₂, T° und/oder BZ)
- Medikamentenänderungen
- Änderungen in der Pflegeplanung
- Vitalwerte: Änderungen der Messintervalle (z.B.: Blutzucker Nüchtern ist zu messen, Blutdruck ist täglich, statt Wöchentlich zu messen)
- Wichtige organisatorische Angelegenheiten für den kommenden Tag (Termine in der Früh)
- Dienstplanänderungen (Krankenstände, Dienstübernahmen etc.)

Anderes

-

V022 DÜ_Inhalt_A: Ausweichoption (negativ) oder Anzahl ausgewählter Optionen Ganze Zahl
V022_01 Tagesverlauf (Auffälligkeiten –nach AEDL´s zum Beispiel - Bewohner*in hatte zu wenig getrunken/gegessen; verbrachte Tag im Bett)
V022_02 Bewohner*in hatte Schmerzen am Tag (inklusive Lokalität des Schmerzes)
V022_03 Auffälligkeiten betreffend Ausscheidung (Bewohner*in hatte Durchfall, Obstipation, Dauerkatheter ist undicht, hat Dauerkatheter manipuliert, Stoma ist undicht)
V022_04 Auffälligkeiten betreffend Hautzustand (neue Hautdefekte, Rötungen)
V022_05 Stürze am Tag
V022_06 Bewohner*in war desorientiert am Tag (situativ, örtlich und/oder zeitlich)
V022_07 Bewohner*in hatte Schmerzen am Tag
V022_08 Verschlechterung des Allgemeinzustandes
V022_09 Bewohner*in hatte ärztliche Visite
V022_10 Vitalwerte: Auffälligkeiten am Tag (RR, SpO ₂ , T ^o und/oder BZ)
V022_11 Medikamentenänderungen
V022_12 Änderungen in der Pflegeplanung
V022_13 Vitalwerte: Änderungen der Messintervalle (z.B.: Blutzucker Nüchtern ist zu messen, Blutdruck ist täglich, statt Wöchentlich zu messen)
V022_14 Wichtige organisatorische Angelegenheiten für den kommenden Tag (Termine in der Früh)
V022_15 Dienstplanänderungen (Krankenstände, Dienstübernahmen etc.)
V022_16 [Keine Beschreibung] 16 1 = nicht gewählt 2 = ausgewählt
V022_16a [Keine Beschreibung] 16 (offene Eingabe) Offene Texteingabe

23. Eine schriftliche Handlungsempfehlung kann helfen die Qualität der Dienstübergabe zu verbessern.

- stimme zu
 stimme nicht zu

V023 DÜ_Qualität_Handlungse 1 = stimme zu 2 = stimme nicht zu -9 = nicht beantwortet
--

24. Eine schriftliche Handlungsempfehlung für eine Dienstübergabe kann Ihnen Ihre Arbeit erleichtern.

- stimme zu
 stimme nicht zu

V024 DÜ_arbeitserleichterung 1 = stimme zu 2 = stimme nicht zu -9 = nicht beantwortet

25. Eine strukturierte Dienstübergabe nach einer Handlungsempfehlung kann dazu beitragen, die Qualität der Pflege zu verbessern.

- stimme zu
- stimme nicht zu

V025 Pflegequalität

1 = stimme zu
2 = stimme nicht zu
-9 = nicht beantwortet

26. Eine strukturierte Dienstübergabe nach einer Handlungsempfehlung kann dazu beitragen, die Kontinuität der Pflege zu verbessern.

- stimme zu
- stimme nicht zu

V026 Pflegekontinuität

1 = stimme zu
2 = stimme nicht zu
-9 = nicht beantwortet

27. Gibt es etwas, dass Sie mir noch mitteilen möchten?

- ich habe keine Anmerkungen

meine Anmerkungen
bitte eintragen

-

V027 Anmerkungen

1 = ich habe keine Anmerkungen
2 = meine Anmerkungen
-9 = nicht beantwortet

V027_02 meine Anmerkungen

Offene Texteingabe

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Möchten Sie in Zukunft an interessanten und spannenden Online-Befragungen teilnehmen?

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse für das SoSci Panel anmelden und damit wissenschaftliche Forschungsprojekte unterstützen.

E-Mail: [Am Panel teilnehmen](#)

Die Teilnahme am SoSci Panel ist freiwillig, unverbindlich und kann jederzeit widerrufen werden.

Das SoSci Panel speichert Ihre E-Mail-Adresse nicht ohne Ihr Einverständnis, sendet Ihnen keine Werbung und gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter.

Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.

Anhang 3

Informationsschreiben zur Studie

Die folgende Information dient den Mitwirkenden an der Studie „Dienstübergabe in der Langzeitpflege“ und ist eine quantitative Erhebung der Sichtweisen und Erfahrungen von Pflegepersonen.

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen, herzlichen Dank für Ihr Interesse an diesem Forschungsvorhaben!

Was ist das Ziel der Forschung?

Im Rahmen meiner Masterthesis führe ich eine Studie zur Erhebung der Sichtweisen und Erfahrungen von Pflegepersonen im Langzeitpflegebereich, in Hinblick auf die Dienstübergabe, durch. Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die Erfahrungen und Sichtweisen von Pflegepersonen darzustellen, um daraus mögliche Verbesserungen und Empfehlungen für die Zukunft und zukünftige Dienstübergabeverläufe abgeben zu können. Am Ende der Arbeit soll eine Handlungsempfehlung für die Dienstübergabe in der Langzeitpflege entstehen. Die Datenerhebungen finden in Langzeitpflegeeinrichtungen in Wien **von 06. Mai 2020 bis 20. Mai 2020** statt.

Warum werden Sie um eine Teilnahme an dieser Forschung gebeten?

Sie sind als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Pflegeassistent*in oder Pflegefachassistent*in in einer Langzeitpflegeeinrichtung tätig. Deswegen können Sie im Rahmen einer **Online** Fragebogenerhebung darüber Auskunft geben, wie die Dienstübergabe ablaufen soll, wo es Verbesserungsbedarf gibt, welche Hindernisse stehen Ihnen in dem Weg, um eine qualitativ gute Dienstübergabe durchzuführen.

Wie sieht die Teilnahme an dieser Studie aus?

Um Mitmachen zu können, scannen Sie bitte untenstehenden **QR Code** oder geben Sie direkt den **Link** in Ihren Internetbrowser ein. So kommen Sie direkt zum

Fragebogen.

Dauer: Ihre Teilnahme wird etwa 5-10 Minuten in Anspruch nehmen.

Welche Rechte haben Sie?

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und die Befragung abbrechen. Auch nach Abschluss der Untersuchung haben Sie das Recht, Ihre Daten (Kontaktdaten siehe Ende Informationsblatt) in mündlicher oder schriftlicher Form zurückzuziehen, sodass diese gelöscht werden. Dies ist jedoch nicht mehr möglich, sobald Ihre Daten ausgewertet wurden.

Was geschieht mit Ihren Informationen?

Es handelt sich hierbei um eine schriftliche Befragung. Die erhobenen Daten lassen keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person zu. Die gesammelten Daten werden im Rahmen der Masterthesis wissenschaftlich ausgewertet.

Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten und Ergebnissen dieser Studie werden Sie nicht namentlich genannt. Die Daten sind anonym.

Für Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie können Sie mich unter folgender Emailadresse erreichen:

Moravcevic Milan

milan.moravcevic@stud.fh-campuswien.ac.at

Der Link für den Fragebogen:

<https://www.soscisurvey.de/Dienstuebergabe/>

Passwort: 0000

QR Code:



Passwort: 0000