

Schichtwechselrapport – ein Kinderspiel?

Prägnanter und strukturierter Schichtwechselrapport auf der Notfallstation

Mary Oberholzer

NDS HF Notfallpflege

Kurs W18

Spital Uster, Notfallstation

Datum: 29.06.2019

Zusammenfassung

Anhand der Fachliteratur setzte ich mich die letzten Wochen sehr intensiv mit dem Thema des Schichtwechselrapportes und im Speziellen mit dem Schichtwechselrapport auf der Notfallstation des Spitals Uster auseinander.

Bereits vorweggenommen, ich habe keine evidenzbasierte deutschsprachige Literatur zum Thema Schichtwechselrapport der Notfallpflege gefunden. Somit habe ich mich anhand der Literatur zum allgemeinen Schichtwechselrapport der Pflege und den Rapportstrukturen der Anästhesie, Intensivpflege und des Rettungsdienstes mit dem Thema auseinandergesetzt. Die Informationen werden im Praxisteil in den Notfallkontext gestellt.

Aufgrund der Konzepte SBAR, iSOBAR und der Pflegevisite werden die Vor- und Nachteile dieser drei Konzepte als Hilfsmittel für einen prägnanten und strukturierten Schichtwechselrapport der Notfallpflege beleuchtet. Durch kleine Veränderungen könnten diese drei Konzepte theoretisch in das Notfallsetting transferiert werden. Im Praxisteil habe ich aus den Erkenntnissen ein Hilfsmittel für meine Notfallstation erarbeitet. Dieses habe ich den Bedürfnissen meiner Notfallstation angepasst.

Um ein Hilfsmittel in die Praxis zu implementieren, bin ich sowohl aufgrund der Literatur wie auch im Praxisteil kurz auf das Thema der Implementierung eingegangen.

In meiner Diplomarbeit beleuchte ich die kommunikative Kompetenz genauer. Die Fähigkeit bewusst und professionell zu kommunizieren ist ein entscheidender Faktor in der Rapportsituation. Anhand der vier Basiskompetenzen und der kommunikativen Kompetenz zeigt diese Arbeit den Weg zur professionellen Handlungskompetenz auf, um einen prägnanten und strukturierten Schichtwechselrapport zu gestalten.

Anschliessend wird auf die verschiedenen Störfaktoren im Rapportsetting eingegangen. Ohne dass es den Pflegenden bewusst ist, wird ein Schichtwechselrapport fünf bis neun Mal gestört (Blank & Zittlau, 2017). Diese den Schichtwechselrapport beeinflussenden Faktoren erläutere ich genauer und zeige verschiedene Lösungsansätze für die Notfallstation des Spitals Uster auf.

Mit einem strukturierten und prägnanten Schichtwechselrapport wird die Grundlage für die Patientensicherheit und nicht zuletzt für die Mitarbeiterzufriedenheit gelegt.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

1.1 Ausgangslage 1

1.2 Fragestellung..... 2

1.3 Abgrenzung..... 2

2 Bearbeitung der Fragestellung 3

2.1 Definition Rapport 3

2.1.1 Definition des Schichtwechselrapportes..... 3

2.1.2 Entwicklungshintergrund und Ziel des Schichtwechselrapportes 3

2.2 Pflegerapport in der Ausbildung..... 4

2.3 Was ist eine Kompetenz? 4

2.3.1 Basiskompetenzen für eine professionelle Handlungskompetenz..... 4

2.3.2 Fachkompetenz 4

2.3.3 Methodenkompetenz 5

2.3.4 Sozialkompetenz 5

2.3.5 Persönliche Kompetenz..... 5

2.3.6 Kommunikative Kompetenz..... 5

2.4 Definition der Kommunikation 5

2.4.1 Bewusste Kommunikation 5

2.5 Störfaktoren im Rapportsetting 5

2.5.1 Allgemeine externe Störfaktoren im Rapportsetting 6

2.5.2 Allgemeine interne Störfaktoren im Rapportsetting..... 6

2.5.3 Notfallspezifische Störfaktoren im Rapportsetting 6

2.6 Standardisiertes Übergabekonzept..... 6

2.6.1 Konzept der Pflegevisite 7

2.6.2 iSOBAR-Konzept..... 7

2.6.3 Das SBAR-Konzept..... 8

2.6.4 Implementierung von neuen Konzepten 9

3 Von der Theorie zur Praxis 9

3.1 Umgang mit beeinflussenden Faktoren 9

3.2 Bestehende Hilfsmittel im Kontext zu meinem Notfall..... 10

3.2.1 Die Pflegevisite in der Notfallstation des Spitals Uster 10

3.2.2 Das iSOBAR-Konzept in der Notfallstation des Spitals Uster 11

3.2.3 Das SBAR-Konzept in der Notfallstation des Spitals Uster 11

3.2.4 Vergleich der Konzepte anhand von Kriterien..... 12

3.3 Wie wird ein Konzept eingeführt..... 12

3.4 Schlussfolgerung..... 13

3.4.1 Wie begegne ich Störfaktoren..... 13

3.4.2 Das erweiterte SBAR-Konzept auf der Notfallstation des Spitals Uster 13

3.4.3 Persönliche Gedanken zu Kommunikation und Schichtwechselrapport 14

3.5 Ausblick..... 15

4 Anhang.....	16
4.1 <i>Literaturverzeichnis</i>	16
4.2 <i>Bücher.....</i>	16
4.3 <i>Abbildungsverzeichnis.....</i>	17
4.4 <i>Tabellenverzeichnis</i>	17

Selbständigkeitserklärung

Veröffentlichung und Verfügungsrecht

Pflegedokumentation, Notfallstation Spital Uster

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Zu Beginn meiner Tätigkeit auf der Notfallstation im Spital Uster als Pflegefachfrau HF stellte der Schichtwechselrapport für mich eine Herausforderung dar. Ich fand für mich keine Gliederung im Rapportablauf und konnte mich nicht anhand einer Struktur orientieren. Zum einen erging es mir so beim Zuhören. Es bedingte eine hohe Konzentration meinerseits, um mich auf die individuellen Rapportabläufe meiner Kolleginnen einzulassen. Zum anderen sah ich mich in Bezug auf meinen eigenen Rapport immer wieder mit der Frage konfrontiert, wie ich den Rapport sinnvoll gestalte. Welche Informationen für den nachfolgenden Dienst sind relevant und gebe ich entsprechend weiter, ohne zu sehr auszuschweifen? In welcher Reihenfolge erfolgen meine Erläuterungen, um den Rapport nachvollziehbar zu gliedern?

Mittlerweile habe ich meinen Ablauf gefunden. Ich rapportiere anhand unserer Patientendokumentation, welche in Papierform vorliegt, von oben nach unten. Erst erwähne ich die Nummer der Koje, in der sich die Patientin befindet. Dabei geht es mir um eine erste Orientierungshilfe für mein Gegenüber. Aufgrund der Koje kann meine Kollegin eine subjektive Einschätzung vornehmen, um welche Überwachungsintensität es sich handeln könnte. Wir haben Plätze mit Monitoring, Plätze ohne Monitoring und solche, bei denen wir die Patientin nicht direkt sehen und hören. Instabile Patientinnen werden nicht in die Kojen ohne Monitoring platziert.

Anschliessend nenne ich:

- den Namen der Patientin
- das Geburtsdatum
- die Eintrittszeit
- das Leitsymptom
- relevante Nebendiagnosen
- fixe Medikamente
- Allergien
- Vitalwerte der Eintrittsüberwachung
- durchgeführte Pflegemassnahmen
- verabreichte Medikamente
- stattgefundenene Untersuchungen
- Veränderungen der Vitalwerte
- bei Bedarf soziale Aspekte oder weitere wichtige Informationen zur Patientin

Für mich hat sich dieser Ablauf gut bewährt. So kann ich alle relevanten Informationen strukturiert und prägnant den Arbeitskolleginnen weitergeben. Mit der beschriebenen Struktur kann ich mich ganz auf den Inhalt meines Rapportes konzentrieren.

Jede Arbeitskollegin hat ihre individuelle Struktur des Schichtwechselrapportes. Aufgrund dieser Individualität muss ich mich auf zwei Aspekte beim Zuhören konzentrieren. Neben den für mich fachlich relevanten Informationen muss ich mich auch auf die Gedankengänge meines Gegenübers einlassen können. Dabei evaluiere ich fortlaufend, welche für mich wichtigen Informationen ich bereits bekommen habe und welche ich noch benötige, um die Patientin sicher und kompetent weiter betreuen zu können.

Aktuell erlebe ich den Übergang von relevanten Informationen bezüglich der Patientin und den subjektiven, nicht relevanten Äusserungen der Pflegefachperson fließend. Es benötigt grosse Aufmerksamkeit der Zuhölerin, um die relevanten Informationen nicht zu verpassen. Der Schichtwechselrapport zieht sich aufgrund ausschweifender Rapporte teilweise in die Länge. Dies bedeutet, dass es über eine längere Zeit die beschriebene intensive Aufmerksamkeit erfordert.

Bei uns auf der Notfallstation im Spital Uster sind die Überschneidungszeiten der einzelnen Dienste kurz. So kann es vorkommen, dass ich bei hoher Arbeitsbelastung nach dem teilweise ausgedehnten Schichtwechselrapport gleich neue Patientinnen übernehmen muss, welche sofortige Behandlung benötigen. In diesen Situationen ist es mir nicht immer möglich, mich zeitnah bei den mir zugeteilten Patientinnen vorzustellen. Ich kann somit die Patientinnen nicht unmittelbar nach Übergabe selbst mittels dem Primary Survey einschätzen und das Monitoring sowie die laufenden Medikamente überprüfen. Diese Kontrolle erfolgt folglich verzögert nach der Erstversorgung der neuen Patientin. Solche Situationen lösen in mir immer wieder ein unbefriedigendes Gefühl aus. Durch einen kurzen, prägnanten Rapport hätte ich in den meisten Fällen genügend Zeit, die Patientinnen selbst kurz zu sehen, bevor ich neue Patientinnen übernehme.

Beim Austausch mit meinen Arbeitskolleginnen stelle ich wiederholt fest, dass der Schichtwechselrapport für alle eine Herausforderung darstellt. Meine Arbeitskolleginnen und ich fanden mit der Zeit unsere persönlichen Abläufe wie wir unseren Rapport gestalten. Die Herausforderung bleibt, da der Rapport nicht einheitlich ist. Die Struktur und die Gewichtung der verschiedenen Informationen bleiben individuell und somit auch die Qualität der einzelnen Schichtwechselrapporte.

Daher habe ich mich entschlossen, meine Diplomarbeit zu nutzen, um Möglichkeiten zur Optimierung des Schichtwechselrapportes auf der Notfallstation des Spitals Uster zu untersuchen. Die folgenden Fragestellungen stehen für mich im Zentrum.

1.2 Fragestellung

Welche Faktoren beeinflussen den Schichtwechselrapport in der Notfallstation und welches Hilfsmittel ist geeignet, um diesen optimal zu gliedern?

Wie gestalte ich einen prägnanten und strukturierten Schichtwechselrapport auf der Notfallstation des Spitals Uster?

1.3 Abgrenzung

- In meiner Arbeit befasse ich mich ausschliesslich mit dem Schichtwechselrapport im Kontext der Notfallpflege.
- Ich gehe nicht auf Kurzrapporte, Rapporte zwischen Notfallpflege und Ärztinnen oder Rapporte von der Notfallpflege an die Pflegefachpersonen der Abteilungen ein.
- Den Rapport zwischen dem Notfallpflegefachpersonal und dem Rettungsdienst, dem Team der Intensivstation oder dem Operations- und Anästhesiepersonal werde ich in meiner Arbeit nicht untersuchen.
- Den Pflegeprozess werde ich in meiner Arbeit nicht genauer erläutern.
- In meiner Diplomarbeit vertiefe ich keine psychologische oder soziologische Kommunikationsmodelle sowie Beziehungsmodelle.
- Die Herausforderung der Fremdsprachigkeit wird nicht Teil dieser Arbeit sein.
- Um den Textfluss zu unterstützen, habe ich mich für die weibliche Personalform entschieden. Diese beinhaltet jeweils immer auch die männliche nicht erwähnte Personalform.
- Rechtliche Aspekte beleuchte ich nicht.
- Auf die Pflegedokumentation nehme ich keinen Bezug.
- Die Vor- und Nachbereitung des Schichtwechselrapportes vertiefe ich an dieser Stelle nicht.
- Persönliche, soziologische oder wirtschaftliche Faktoren werden nicht weiterbearbeitet.
- Die Fachsprache respektive Fachtermini vertiefe ich nicht an dieser Stelle nicht weiter.

2 Bearbeitung der Fragestellung

2.1 Definition Rapport

Rapport im Kontext zum beruflichen Umfeld stellt eine dienstliche Meldung ins Zentrum. Bezüglich Psychologie wird mit dem Rapport ein intensiver psychischer Kontakt zwischen zwei Personen beschrieben (Duden, 2019).

2.1.1 Definition des Schichtwechselrapportes

Als Schicht im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit wird ein Abschnitt im Arbeitsalltag in durchgehend arbeitenden Betrieben beschrieben. Die Arbeitsplätze werden mehrmals am Tag in einem definierten zeitlichen Turnus neu besetzt (Duden, 2019).

Aktuell werden in der Pflege laut Blank und Zittlau (2017) drei verschiedene Formen des Schichtwechselrapportes am häufigsten durchgeführt.

Die patientennahe Übergabe findet am Patientenbett statt. Dieser Rapport findet unter Einbezug der Patientin statt und wird auch als Pflegevisite bezeichnet. Ergänzt wird diese Form des Schichtwechselrapportes durch gezielte mündliche und schriftliche Informationen zwischen den Schichten ohne Beisein der Patientin (Blank & Zittlau, 2017).

Der patientenferne Rapport wird in zwei Formen durchgeführt. Zum einen in schriftlicher Form, indem die nachfolgende Schicht die Informationen primär aus der Patientendokumentation entnimmt. Diese Form wird durch aktives Nachfragen der nachfolgenden Schicht mündlich vervollständigt (Blank & Zittlau, 2017). Zum anderen findet noch immer der klassische mündliche Schichtwechselrapport im Plenum statt. Alle Pflegenden der aktuellen und der nachfolgenden Schicht setzen sich zur Informationsweitergabe und zum Informationsempfang zusammen. Die zuständige Pflegenden übergibt die Informationen und noch auszuführenden Massnahmen einer der nachfolgenden Pflegefachperson, nichtbeteiligte Anwesende hören zu (Blank & Zittlau, 2017).

2.1.2 Entwicklungshintergrund und Ziel des Schichtwechselrapportes

Der Übergabeprozess hat einen prominenten Stellenwert in Bezug zur Patientensicherheit. Dennoch wurde von akademischer Seite in den letzten Jahrzehnten kaum eine Entwicklung angestrebt (Höchter & von Dossow, 2018). Im Jahr 2006 wurde schliesslich gehandelt, nachdem eine Studie aus den USA gezeigt hatte, dass 60% der unerwünschten Ereignisse in Spitälern auf Kommunikationsfehler zurückzuführen waren. Aufgrund dieser Erkenntnisse wurde als Ziel die Einführung von standardisierten Patientenübergaben formuliert. Die World Health Organisation (WHO) entschloss sich im Jahr 2008 für die Entwicklung von «standard operating procedures» (SOP) in der Kommunikation für das Gesundheitswesen. Es ist eine von fünf Prioritäten rund um die Patientensicherheit in der Ersten Welt (Schacher, Glien, Kogej & Gräff, 2019).

Bei den traditionellen Schichtwechselrapporten tauschen sich die Pflegenden über die aktuelle Situation der Patientin aus. Es werden Informationen zu dem Gesundheitszustand, den aktuellen Therapien, Diagnostik und sozialen Aspekten der Patientin weitergegeben. Auch organisatorische und administrative Informationen wie Personalsituation, Belegungspläne, mögliche defekte Geräte, Bestellungen etc. werden dem nachfolgenden Dienst übermittelt (Blank & Zittlau, 2017).

Es geht somit nicht ausschliesslich um Informationen, welche weitergegeben werden, sondern um Verantwortung (Blank & Zittlau, 2017). Der Schichtwechselrapport hat das Ziel, die Übertragung von Verantwortlichkeit und Zuständigkeit der pflegerischen Aspekte rund um die Patientenversorgung und den betrieblichen Ablauf zu gewährleisten (Schacher et al. 2019).

2.2 Pflegerapport in der Ausbildung

Wie sich in verschiedenen Studien zeigt, ist das theoretische Fachwissen bezüglich Schichtwechselrapport in der Ausbildung der Pflege kein fester Bestandteil im Curriculum. Es wird in der Praxis in jedem Haus respektive Klinik anders gehandhabt und gelebt. Somit lernen die Studierenden in Aus- und Weiterbildung keine strukturellen oder kommunikativen Grundlagen in Bezug zur Rapportkompetenz. Da zwischen dem mündlichen Rapport und der schriftlichen Pflegedokumentation grosse Diskrepanzen bestehen, kann die Qualität des Schichtwechselrapportes kaum objektiv, insbesondere von Studierenden, überprüft werden.

Der Gesetzesgeber gibt zumindest in Deutschland keine Leitplanken zu diesem für die Patientensicherheit essentiellen Fachgesprächen vor (Hieber, 2018).

2.3 Was ist eine Kompetenz?

«Kompetenz (lateinisch: Eignung, Fähigkeit) bedeutet das Zusammenwirken von verschiedenen Fähigkeiten zu einer Handlungskompetenz. Sie besteht darin, Fachqualifikationen mit geeigneten Methoden im sozialen Kontext persönlich angemessen anzuwenden. Die vier Kompetenzen (Fach-, Methoden-, Sozial- und persönliche Kompetenzen) werden teils durch die psychosoziale Entwicklung, teils durch spezielle Aus- und Weiterbildung erworben» (Elzer & Sciborski, 2007, S. 42).

2.3.1 Basiskompetenzen für eine professionelle Handlungskompetenz

Die professionelle Handlungskompetenz setzt sich aus den vier Basiskompetenzen zusammen. Dies sind die Fachkompetenz, die Methodenkompetenz, die Sozialkompetenz sowie die persönliche Kompetenz (Elzer & Sciborski, 2007).

Diese vier Basiskompetenzen werden durch die kommunikative Kompetenz verknüpft und wirksam. Das zeigt sich anhand unserer professionellen Handlungskompetenz (Elzer & Sciborski, 2007).

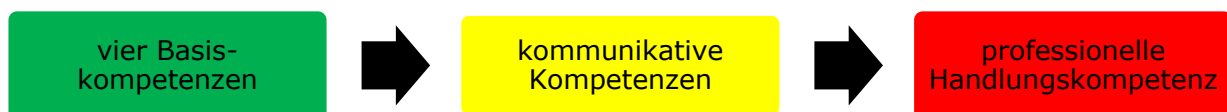


Abb. 1, Elzer, M. & Sciborski, C. (2007)

2.3.2 Fachkompetenz

Die Fachkompetenz wird in schulisch-akademischen und beruflichen Ausbildungen erworben. Dieses angeeignete Fachwissen wird mit Eintritt in das Berufsleben dynamisch umgesetzt. Mit dem Transfer von der Theorie in die Praxis und umgekehrt wird das Fachwissen überprüft und weiterentwickelt. Lange Zeit ging man davon aus, dass die Fachkompetenz alleine ausreicht, um professionell Handeln zu können. Jedoch trifft diese Annahme nicht zu. Um eine professionelle Handlungskompetenz zu erreichen, werden alle vier Basiskompetenzen benötigt (Elzer & Sciborski, 2007).

2.3.3 Methodenkompetenz

Bei der Methodenkompetenz wird das erworbene Fachwissen anhand von differenzierten Methoden in der Praxis umgesetzt. Diese Kompetenz beinhaltet zudem den Prozess des lebenslangen sich weiterentwickeln (Elzer & Sciborski, 2007).

2.3.4 Sozialkompetenz

Immer wenn unser Gegenüber eine Person oder eine Gruppe ist, benötigen wir die Sozialkompetenz, um unser Fachwissen einzubringen und weiter zu geben. Es ist die Fähigkeit, die Hintergründe (kulturell, sozial, gesellschaftlich, psychologisch und emotional) des Individuums oder der Gruppe zu erkennen und darauf adäquat reagieren zu können (Elzer & Sciborski, 2007).

2.3.5 Persönliche Kompetenz

Persönliche Kompetenz beinhaltet die Eigenschaften, welche wir biographisch in unserem Leben entwickeln. Es sind Eigenschaften wie Interesse, Frustrationstoleranz, Selbstwirksamkeit und Reflexionsfähigkeit (Elzer & Sciborski, 2007).

2.3.6 Kommunikative Kompetenz

Die kommunikative Kompetenz wird im Laufe der psychosozialen Entwicklung (Beziehungsaufnahme und Gestaltung, verbale und nonverbale Äusserungen, adäquates Sozialverhalten) erworben und weiterentwickelt. In beruflichen Aus- und Weiterbildungen werden die berufsbezogenen kommunikativen Techniken gelernt und vertieft (Elzer & Sciborski, 2007).

2.4 Definition der Kommunikation

«Kommunikation (lateinisch: communicatio = «Mitteilung», «Unterredung»; unter dem Einfluss des Englischen auch «Verständigung», «Informationsaustausch») ist ein sozialer Prozess der Verständigung zwischen Menschen, die in einer räumlich-zeitlichen Beziehung zueinander stehen» (Elzer & Sciborski, 2007, S. 37).

2.4.1 Bewusste Kommunikation

«Ein bewusstes Kommunikationsverhalten kann Störungen in der Kommunikation entgegenwirken. Dazu ist es wichtig, dass alle Teammitglieder sich dessen bewusst sind und die Grundlagen der Kommunikation kennen. Als Beispiel möchte ich das Interaktionsmodell Sender–Empfänger und Übertragungsweg nennen. Es zeigen sich drei potentiell stör anfällige Punkte» (von Dossow & Zwissler, 2016, S. 136):

▶ «Probleme des Senders: Sagt der Sender das, was er denkt, und entspricht das auch wirklich dem, was gemeint ist? Benutzt der Sender eine Sprache, die der Empfänger versteht» (von Dossow & Zwissler, 2016, S. 136).

▶ «Probleme des Empfängers: Was wurde gesagt, was hat der Empfänger verstanden? Die Gefahr von Fehlinterpretationen ist um so höher, je weniger konkret die vorliegenden Informationen sind» (von Dossow & Zwissler, 2016, S. 136).

▶ «Probleme des Übertragungsweges: Jeder, der an der Kommunikation beteiligt ist, sollte sich fragen, ob für die jeweilige Information das richtige Übertragungsmedium und der richtige Gesprächspartner gewählt wurde» (von Dossow & Zwissler, 2016, S. 136).

2.5 Störfaktoren im Rapportsetting

Eine Störung ist ein Ereignis, welche im Prozess von der Norm abweicht. Auf eine Störung muss eine spontane ungeplante Handlung erfolgen. Wenn die Störung bei der

wiederaufgenommenen Handlung zu einer Schwerpunktverschiebung führt, kann es zu negativen Auswirkungen kommen (Blank & Zittlau, 2017).

Im Gegensatz dazu ist eine Unterbrechung ein geplantes Ereignis, wobei anschliessend nahtlos weitergearbeitet werden kann (Blank & Zittlau, 2017).

2.5.1 Allgemeine externe Störfaktoren im Rapportsetting

Meist findet der Rapport im Dienstraum der Pflege statt. Grundsätzlich ist dieser Raum nicht für die alleinige Nutzung dienstlicher Gespräche konzipiert. Der Dienstraum wird interdisziplinär genutzt, ist Lagerraum, Küche, Pausenraum und vieles mehr. Zusätzlich laufen im Dienstraum oft verschiedene Kommunikationsmittel wie Rufanlage, Computer, Rohrpost oder Telefone zusammen. Der Patientenruf trägt ebenfalls zu störenden Situationen bei. Nicht zuletzt gehört das ewig klingelnde Telefon zu den externen Störquellen. Nach einer Untersuchung wird im Durchschnitt ein Schichtübergaberapport fünf bis neun Mal von aussen gestört (Blank & Zittlau, 2017).

2.5.2 Allgemeine interne Störfaktoren im Rapportsetting

Störend wirkt sich der verspätete Beginn des Rapportes durch die Unpünktlichkeit der Mitarbeiterinnen oder Konzentrationsmangel der beteiligten Personen aus. Thematische Abschweifungen fachlicher oder privater Art gelten zudem als Störung. Zwischenmenschliche Konflikte der Teammitglieder, im Speziellen die Diskrepanz von Machtgefällen, haben ebenso einen störenden Einfluss auf den Schichtwechselrapport. Konflikte kommen oft im Setting des Schichtwechselrapportes zum Tragen. Es können zum Beispiel, Aussagen von Pflegenden negativ bewertet werden. Aufgrund unstrukturierter, überkritischer Nachfragen kann eine Pflegende auch vorgeführt werden (Blank & Zittlau, 2017).

2.5.3 Notfallspezifische Störfaktoren im Rapportsetting

Übergaben in der Notfallaufnahme werden aus der Sicht des Rettungsdienstes als speziell komplex und fehleranfällig beschrieben (Schacher et al., 2019)

Zu den Faktoren zählen:

- Der Zeitdruck gerade bei hohem Patientenaufkommen
- Häufige Arbeitsunterbrechungen, besonders bei hohem Arbeitsanfall
- Hohe Geräuschpegel
- Unklarheiten bei der gemeinsamen Fachsprache
- Fehlende Standardisierung der Schichtübergabe

Um nur einige zu nennen (Hecht, 2016).

2.6 Standardisiertes Übergabekonzept

Mit dem Ziel, Risiken zu minimieren und ein hohes Niveau der Patientensicherheit zu gewährleisten, ist ein standardisiertes Übergabekonzept unabdingbar (Hilbig, Gries, Hartwig, & Bernhard, 2015).

Die Luft- und Raumfahrtindustrie arbeitet bereits seit Jahrzehnten mit klar definierten Übergabekonzepten. Diese geben ein strukturiertes Raster bezüglich Inhalt und Gliederung der Informationen vor. Nun bedienen sich aufgrund der Forderung der WHO auch die Hochrisikobereiche im Gesundheitssystem solcher standardisierten Übergabekonzepten. Es konnte in Studien nachgewiesen werden, dass sich damit sowohl die Patientensicherheit wie auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Teammitgliedern deutlich erhöht (Merkel, von Dossow, & Zwissler, 2017).

In Zahlen ausgedrückt, wurde in einer Studie nach der Einführung eines standardisierten Übergabekonzeptes in einer Intensivstation folgende Daten erhoben: die medizinische Behandlungsfehler konnten um 23% (von 24,5% auf 18,8%) vermindert werden. Die vermeidbaren Zwischenfälle wurden um 30% (von 4,7% auf 3,3%) gesenkt. Die Dauer der Patientenübergaben oder der Arbeitsabläufe wurde durch die Intervention nicht verlängert oder behindert (Höchter & von Dossow, 2018).

2.6.1 Konzept der Pflegevisite

Der Schichtwechselrapport in Form der Pflegevisite findet mit beiden Pflegenden der zuständigen Schichten bei der Patientin statt. Die Patientin kann so aktiv Informationen von ihrer Seite beisteuern und ergänzen. Die Informationen, welche an den nachfolgenden Dienst weitergegeben werden, sind so für alle beteiligten Personen transparent. Durch den persönlichen Kontakt zur übernehmenden Pflegefachperson fühlt sich die Patientin deutlich sicherer und informierter (Blank & Zittlau, 2017).

Die Pflegevisite zeichnet sich besonders durch ihre Patientenzentriertheit aus. Das führt zu einer partnerschaftlichen Pflegebeziehung, bei der die Patientin die Eigenverantwortung übernehmen kann und soll. Um diese Form des Schichtwechselrapportes zu leben, ist eine sehr genaue und aktuelle Pflegedokumentation eine Grundvoraussetzung. Die Pflegenden liest alle Informationen zur Patientin in der Patientendokumentation nach und stellt so ihren Aufgabenkatalog für die kommende Schicht zusammen (Diez & Firat, 2016).

2.6.2 iSOBAR-Konzept

Das iSOBAR-Konzept wurde in Australien für die telefonische Informationsweitergabe im Gesundheitswesen entwickelt. Danach etablierte es sich als Übergabeschema bei Sekundärtransporten. Mittlerweile ist das iSOBAR-Konzept Standard im gesamten westaustralischen Gesundheitswesen. Das Konzept lässt sich ausgezeichnet mit dem Rapportsystem nach ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), aus dem Rettungsdienst ergänzen. Es deckt nahezu alle wichtigen Kriterien eines universalen Übergabeinstrumentes ab und ist so von verschiedenen Fachgruppen und in verschiedenen Fachgebieten ohne Modifikation einsetzbar (Rossi, 2019).

iSOBAR – Übergabewerkzeug

i	Identifizierung	Patient: Alter, Geschlecht	Patient: Alter, Geschlecht
S	Situation	Notfallereignis Notfalldiagnose	Situation vor Ort, Zeitpunkt, Erstbefund <i>ggf. Abbruch für unmittelbar erforderliche Interventionen, z.B. CPR (cardio-pulmonale Reanimation), Intubation, etc.</i>
O	Observationen	Vitalfunktionen: stabil/instabil	Vitalfunktionen z.B. ABCDE, AVPU (Bewusstseinslage: alert, verbal response, response to pain, unresponsive), FAST (Neurologie: face, arms, speech, time), NRS (Numeric Rating Scale Pain: 1–10), OPQRST (onset, provocation, quality, radiation, severity, time), Hauptdiagnosen, ggf. Nebendiagnosen, durchgeführte Massnahmen, Verlauf

B	Background	Wichtige Zusatzinformationen, ggf. zusätzlich erforderliche Fachkompetenzen	Vorerkrankungen, z.B. SAMPLERS (Anamnese: Symptome, Allergien, Medikation, Patientengeschichte, letzte Mahlzeit, Ereignisse, Risiken, Sozialanamnese), Infektionsstatus, Pflegesituation/Patientenverfügung, Angehörige, Hausarzt
A	Aufgaben	Zeitpunkt: Klinikankunft	Aktionen (z.B. ABCDE), anstehende diagnostische bzw. therapeutische Massnahmen, Risiken
R	Rückfragen	Rückfragen	Read back durch Leader/Klinikaufnahme-Team, Informationslücken?

Tab. 1, Rossi, R. (2019)

2.6.3 Das SBAR-Konzept

Das SBAR-Konzept wurde ursprünglich von der US-Navy für die strukturierte Teamkommunikation entwickelt. Später wurde das SBAR-Konzept oder Kommunikationsmodell auch in anderen Hochrisikobereichen angewandt (Schacher et al., 2019).

Seit ungefähr 2005 wird es von der WHO für medizinische Bereiche empfohlen. Das Konzept wird in vielen Ländern (USA, Kanada, Australien, England, Belgien, Niederlande und Deutschland) bereits angewandt. Im Jahr 2016 entschloss sich die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin das SBAR-Konzept zur strukturierten Übergabe offiziell zu empfehlen (Höchter & von Dossow, 2018).

Ziel des Konzeptes ist, Informationen kurz, effektiv und konsistent weiterzugeben (von Dossow & Zwissler, 2016).

Es zeigte sich aufgrund mehrerer Studien, dass sich durch die Anwendung des SBAR-Konzeptes im klinischen Alltag die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Kommunikation deutlich verbessert hat. Es kam zu weniger Fehlern im Bereich der Kommunikation und somit auch zu weniger unerwünschten Zwischenfällen (Höchter & von Dossow, 2018).

SBAR-Konzept

S = Situation	Name, Alter, Art der Präsentation auf der Notfallstation (Walk-in, Rettungsdienst), Leitsymptom, Verdachtsdiagnose
B = Background Hintergrund	Anamnese (Unfallhergang), Befund der körperlichen Untersuchung, Medikamente, Vorerkrankungen
A = Assessment Analyse und Behandlung	ABCDE-Schema, Vitalparameter, technische Untersuchungen (Labor, Röntgen, Sonographie etc.), erfolgte Therapie, Eingriffe oder Massnahmen (Gips, Medikation, Konsilien etc.)
R = Recommendations Empfehlung/Plan	Plan zur Aufnahme/Entlassung (Weiterverlegung), weitere Untersuchungen oder Konsile, therapeutischer Plan (medizinische Therapien etc.)

Tab. 2, Unger, J. (2018)

Das SBAR-Konzept kann flexibel den Bedürfnissen der betreffenden Berufsgruppen innerhalb der vier Säulen angepasst werden. Nachdem die Inhalte der vier Säulen festgelegt sind, ist das Konzept für die entsprechende Einheit oder Institution verbindlich (von Dossow & Zwissler, 2016).

2.6.4 Implementierung von neuen Konzepten

Definition der Implementierung: Einbau, Einarbeitung, Einarbeitung, Einfügung, Einsetzung, Installation, Installierung, Integration, Integrierung (Duden.de, 2019).

Damit ein geeignetes Hilfsmittel für den Schichtwechselrapport in der Praxis wirksam umgesetzt werden kann, benötigt es folgende Grundvoraussetzungen:

Die Teammitglieder müssen als aller höchste Priorität für die Notwendigkeit eines strukturierten Übergabekonzeptes sensibilisiert werden. Nach einer Schulung über Inhalt und Umgang mit dem ausgewählten Konzept ist im Alltag ein hohes Mass an Selbstdisziplin gefragt. Die Bereitschaft der Teammitglieder einander anzuhalten sich an dem Konzept zu orientieren ist eine Herausforderung, aber eine Notwendigkeit. Regelmässige Refresher-Kurse und Supervisionen bezüglich standardisiertem Übergabekonzept schaffen eine Ausgangslage für einen längerfristigen positiveren Verlauf der Implementierung. Als visuelle Hilfsmittel können Kitteltaschenkarten mit dem Konzeptleitfaden abgegeben oder Merkhilfen in den Räumlichkeiten angebracht werden (Höchter & von Dossow, 2018).

3 Von der Theorie zur Praxis

3.1 Umgang mit beeinflussenden Faktoren

Äussere Rahmenbedingungen für einen strukturierten und sicheren Schichtwechselrapport können grob in zwei Komponenten unterteilt werden.

Die **sichere Kommunikation**, diese beinhaltet die kommunikative Kompetenz aller Beteiligten und eine verbindliche klare Struktur. Die Struktur wird mit einem einheitlichen Übergabekonzept implementiert.

Die kommunikativen Kompetenzen werden gestärkt durch:

- ✓ Vorbildfunktion der berufserfahrenen Teammitglieder
- ✓ Konkrete Rückmeldung der Teammitglieder
- ✓ Selbstreflexion der eigenen Kommunikation
- ✓ Weiterbildungen zum Thema Kommunikation

Die kommunikative Kompetenz ist keiner Statik unterworfen, sondern ist ein lebenslanger Prozess und muss fortlaufend optimiert werden.

Nebengespräche beruflicher oder persönlicher Art werden unterlassen. Die Verantwortung dafür liegt bei jeder Einzelnen.

Die **Umgebungsfaktoren** haben einen grossen Einfluss darauf, wie die Vermittlung der Informationen qualitativ erfolgen und aufgenommen werden. Grundsätzlich ist das anzustrebende Ziel, alle Störquellen auszuschalten.

Gerade wenn der Rapport in einem Raum mit mehreren Türen stattfindet, ist es wichtig, Massnahmen für einen störungsfreien Rapport zu ergreifen:

- ✓ An allen Türen ein prominentes Informationsschild mit den Rapportzeiten anbringen
- ✓ Aufforderung, Rapportzeiten nicht zu stören
- ✓ Bei Störungen, professionell, zeitnahe und klar reagieren

Vom Raum unabhängige Faktoren, welche ausgeschaltet werden müssen:

- ✓ Telefon für den Zeitraum des Rapportes einer Teamkollegin abgeben
- ✓ Abmachung, wer für den Patientenruf zuständig ist
- ✓ Bei hohem Zeitdruck, sich rechtzeitig für den Rapport abmelden
- ✓ Wartezeiten des gesamten rapportempfangenden Teams verhindern
- ✓ Die Rapportzeiten sind verbindlich

Da viele Störfaktoren nicht vorhersehbar sind, ansonsten wären es Unterbrechungen, muss das Team eine Haltung zum Schichtwechselrapport definieren:

- Wie kann und will sich das Team in solchen Momenten positionieren?
- Welche Priorität setzt das Team in Bezug auf den Schichtwechselrapport gegen aussen?
- Wie definiert das Team ihre Professionalität im Schichtwechselsetting?

Solche Fragen müssen im Zusammenhang mit dem Schichtwechselrapport teamintern geklärt werden. Die Abmachungen müssen anschliessend vom Team konsequent gelebt werden.

3.2 Bestehende Hilfsmittel im Kontext zu meinem Notfall

Aus den verschiedenen Konzepten, welche ich im Literaturstudium untersucht habe, entschied ich mich für: das Konzept der Pflegevisite, das ISOBAR-Konzept und das SBAR-Konzept.

Im Folgenden werde ich die Vor- und Nachteile dieser drei Konzepte bezüglich Anwendung in der Notfallstation des Spitals Uster aufzeigen. Meiner Meinung nach sind diese Konzepte mit kleinen Modifikationen als Hilfsmittel für den Schichtwechselrapport in meiner Notfallstation geeignet.

3.2.1 Die Pflegevisite in der Notfallstation des Spitals Uster

Der patientennahe Rapport lässt sehr viel Spielraum für Gestaltung. Ich bin der Meinung, dass im Notfallsetting der persönliche Kontakt zwischen der nachfolgenden Pflege und der Patientin zentral ist und ein grosser Gewinn darstellt. So kann verhindert werden, dass nach dem Rapport längere Zeit kein Kontakt mit der zugewiesenen Patientin stattfindet. Durch die bewusste Übergabe am Bett und die Verabschiedung der Pflegenden, welche zuvor zuständig war, wird die Verantwortung klar weitergegeben. Die Pflegenden können Monitoreinstellungen, laufende Medikamente, Drainagen etc. nach dem Vier-Augen-Prinzip gemeinsam überprüfen. Die Informationsweitergabe in rein schriftlicher Form ist auf der Notfallstation im Spital Uster nicht möglich. Unsere Dokumentationsinstrumente sind aktuell zu knapp gehalten. Somit muss ein zusätzlicher mündlicher Rapport die Informationen vermitteln.

In der Notfallstation ist die medizinische Diagnose meist noch unklar. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die bestimmten Informationen und Verdachtsdiagnosen, ohne das Beisein der Patientin der nächsten Schicht weiter zu geben. Es fehlt im Rapportsetting der Notfallpflege oft die Zeit und die Auskunftskompetenz, die Fragen und Verunsicherungen der Patientinnen diesbezüglich aufzunehmen und zu klären.

Mein Fazit: Die Pflegevisite zum persönlichen Erstkontakt und Antrittskontrolle kann gut als Ergänzung zum mündlichen patientenfernen Rapport in der Notfallstation des Spitals Uster umgesetzt werden. Wichtig erscheint mir eine klare Gesprächsführung und Gestaltung bei der Patientin. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Pflegevisite zu zeitintensiv wird.

3.2.2 Das iSOBAR-Konzept in der Notfallstation des Spitals Uster

Das iSOBAR-Konzept ist ein sehr ausführliches Konzept, welches die Situation der Patientin sehr detailliert erfasst. Von den Kriterien **I**dentifizierung, **S**ituation, **O**bservation bis **B**ackground finde ich alle relevanten und meist gebräuchlichen Aspekte eines Rapportes. Diese Punkte zusammen genommen geben die Informationen des Primary und Secondary Surveys wieder.

Das Konzept legt sein Augenmerk im **B**ackground zusätzlich explizit auf die Pflegesituation und die Patientenverfügung. Diese zwei Punkte kommen beim Schichtwechselrapport oft nicht zur Sprache. Beide Punkte sind für die individuelle Situation der Patientin sehr wichtig. Die Pflegesituation, welche im Vorfeld bestanden hat, ist für die optimale Betreuung im nachfolgenden Bereich höchst relevant. Die Patientenverfügung ist von grosser Wichtigkeit, um im Sinne der Patientin die medizinischen Rahmenbedingungen festzulegen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der letzte im iSOBAR-Konzept, die **R**ückfragen. Die Rückfragen werden in einem separaten Kriterium aufgeführt. Das Konzept fordert somit konkret Rückfragen ein. Dieser Punkt sehe ich als eine aktive Aufforderung, Fragen und Unklarheiten von Seiten des Zuhörers zu klären. Beim Schichtwechselrapport in der Notfallstation des Spitals Uster erlebe ich nur teilweise, dass von diesem Kriterium Gebrauch gemacht wird. Ich empfinde es jedoch als essentiell, alle Unklarheiten am Rapport zu klären. Unklarheiten führen zu Fehlannahmen und schlussendlich zu Fehlhandlungen.

Gerade durch die ursprüngliche Konzeption zur telefonischen Informationssammlung und Weitergabe haben organisatorische Daten (Versicherungsausweis, Hausarzt, Daten von Angehörigen) ihren Platz im iSOBAR. Diese Daten spielen beim Rapport zum Schichtwechsel nur eine untergeordnete Rolle und müssen nicht erwähnt werden. Aufgrund der Aufteilung in sechs Punkte scheint mir das iSOBAR-Konzept sehr ausführlich und anspruchsvoll. Es besteht die Gefahr, dass zu ausführlich rapportiert wird.

Mein Fazit: Das iSOBAR-Konzept ist sehr ausführlich und beinhaltet viele gute Ansätze für einen strukturierten Rapport in der Notfallstation des Spitals Uster. Ich würde die sechs Punkte jedoch klar auf drei oder vier Punkte kürzen und die administrativen Punkte weglassen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Rapport nicht mehr prägnant ausfällt.

3.2.3 Das SBAR-Konzept in der Notfallstation des Spitals Uster

Das SBAR-Konzept zeichnet sich durch seine sehr kurzgehaltene und dennoch präzise Struktur aus. Es wird seinen Wurzeln, welche es nicht im medizinischen, sondern im militärischen Bereich hat, gerecht. Im militärischen Bereich spielen ausschliesslich die wichtigen Fakten eine Rolle. Persönliche Meinungen oder Wertungen finden somit kein Platz im SBAR-Konzept. Der Inhalt, gegliedert in vier Säulen, kann nach den individuellen Bedürfnissen der Notfallstation des Spitals Uster angepasst werden. Beim SBAR-Konzept fehlt mir der Punkt, welcher Rückfragen verlangt. Im iSOBAR-Konzept ist dieser Punkt enthalten. Das SBAR-Konzept zeigt dadurch keinen Lösungsansatz, um Störungen in der Kommunikation zu erkennen oder zu beheben. Des Weiteren schliesst das Konzept individuelle Bedürfnisse oder Voraussetzungen im sozialen Kontext der Patientin nicht mit ein. Je nach Krankheitsbild sind die sozialen Gegebenheiten für die Diagnose, Behandlung und weiteren Betreuung ausschlaggebend und somit auch beim Schichtwechselrapport von Bedeutung.

Mein Fazit: Angesichts meiner detaillierteren Reflexion der einzelnen Konzepte, sehe ich für den Schichtwechselrapport in der Notfallstation des Spitals Uster das SBAR-Konzept mit Anpassungen bezüglich Sozialstatus, Patientenverfügung und Klärung der offenen Fragen als das geeignetste Konzept für den patientenfernen Teil des Schichtwechselrapportes der Notfallpflege.

3.2.4 Vergleich der Konzepte anhand von Kriterien

Um mein Fazit der verschiedenen Konzepte zu überprüfen, habe ich mich für die Kriterien des Artikels «Konzepte für eine strukturierte Patientenübergabe» von R. Rossi (2019) entschieden. Mit Hilfe der Tabelle vergleiche ich die Übergabekonzepte miteinander. Dabei leitet mich die Fragestellung des geeignetsten Hilfsmittels für einen prägnanten und strukturierten Schichtwechselrapport in der Notfallstation des Spitals Uster.

Kriterien der Beurteilung

Einsetzbar für:	SBAR	ISOBAR	Pflegevisite
Notfallpatienten aller Schweregrade	X	X	X
Verletzte und erkrankte Patienten aller Fachgebiete	X	X	X
Patienten aller Altersgruppen	X	X	X
Situativ anpassbar an alle Schnittstellen	X	X	X

Kompatibel – Komplementär zu eingeführten Notfallmedizin-Tools, z.B.:

ABCDE	X	X	X
AVPU	X	X	X
NRS	X	X	X
OPQRST	X	X	X
SAMPLERS	X	X	(X)*
Unabhängig von Ausbildung und Berufserfahrung	X		X
Erfasst eindeutig alle relevanten Befunde		X	
Gliederung der Information chronologisch	X	X	
Nachvollziehbar, leicht zu merken	X		X
Kompakt, ballastfrei, zeitsparend	X		
Unempfindlich gegenüber Störeinflüsse	X	X	

* cave; Zeitfaktor und Intimsphäre

Tab. 3, Oberholzer, M. (2019) mit überarbeiteten Kriterien angelehnt an Rossi, R. (2019)

Die Tabelle stützt nochmals mein Fazit, dass ich mich für das angepasste SBAR-Konzept entscheide. Gerade meine positive Bilanz in Bezug auf die zwei Kriterien: kompakt, ballastfrei, zeitsparend und unempfindlich gegenüber Störeinflüsse (Rossi, 2019, S. 2) überzeugen mich erneut.

3.3 Wie wird ein Konzept eingeführt

Um ein Konzept in der Notfallstation des Spitals Uster einzuführen, braucht es die Einsicht der Teammitglieder zur Notwendigkeit dessen. Diese Einsicht kann durch die Präsentation von klaren Fakten und Zahlen zur Patientensicherheit ohne und mit Übergabekonzept

aufgezeigt werden. Der Gewinn in Bezug auf die professionelle Handlungskompetenz und den sich im Verlauf einstellenden Zeitgewinn sind weitere Argumente für eine strukturierte Übergabe. In einer fundierten Schulung soll das Wissen vermittelt werden und Raum für persönliche Gedanken zum Thema zur Verfügung gestellt werden. Das Übergabekonzept soll von den Teammitgliedern der Notfallstation des Spitals Uster mitgestaltet werden. So werden die Bedürfnisse des Teams in das Konzept miteinbezogen. Das führt zu einer höheren Akzeptanz der Neuerung. Durch längerfristiges Begleiten des Prozesses durch verantwortliche Personen festigt sich das Konzept im Alltag. Die Implementierung ist ein dynamischer Ablauf und kann nicht mit einer einmaligen Schulung erreicht werden (Merkel et al. (2017).

3.4 Schlussfolgerung

3.4.1 Wie begegne ich Störfaktoren

Wichtig ist die konsequente Haltung in Bezug zur Struktur beim Schichtwechselrapport in der Notfallstation des Spitals Uster. Diese beinhaltet:

- ✓ Alle Kolleginnen halten sich an die verbindlichen Rapportzeiten
- ✓ Die Verwendung der Fachsprache wird entsprechend des Ausbildungsstandes beim Rapport angewandt
- ✓ Nebengespräche beruflicher und private Art gehört nicht in das Rapportsetting und werden vermieden
- ✓ Die nicht patientenbezogenen Themen werden zu Beginn oder am Ende des Rapportes thematisiert
- ✓ Zwischenmenschliche Konflikte haben keinen Platz in einem professionellen Fachgespräch
- ✓ Konflikte müssen in einem separaten Gespräch zwischen den betreffenden Personen angesprochen und geklärt werden
- ✓ Die Pflegefachperson welche rapportiert gibt in dieser Zeit das Telefon einer Kollegin ab
- ✓ Es werden an allen Türen zum Rapportraum prominente Informationsschilder bezüglich Rapportzeiten angebracht
- ✓ Bei Störungen durch eine aussenstehende Person, wird diese auf den laufenden Rapport aufmerksam gemacht
- ✓ Bei sehr hohem Arbeitsanfall meldet sich die Kollegin frühzeitig für den Rapport ab und plant den Zeitpunkt der Patientenübergabe nach ihrer individuellen Situation

Die Verantwortung für den Schichtwechselrapport ist aktuell in meiner Notfallstation nicht definiert. Die Schichtleitung der vorangegangenen Schicht koordiniert die Reihenfolge der Rapportierenden. Die Schichtleitung der informationsempfangenden Schicht erscheint mir als die geeignetste Person für die Leitung des Rapportes. Sie ist während des ganzen Rapportes im Dienstraum anwesend.

Wie schon beschrieben steht und fällt der Umgang mit den Störfaktoren mit unserem professionellen Selbstbild. Nur wenn wir unser Rapport selbst als ein wichtiges Instrument zur Informations- und Verantwortungsübergabe sehen, wird auch unser Umfeld das so sehen und respektieren.

3.4.2 Das erweiterte SBAR-Konzept auf der Notfallstation des Spitals Uster

Nach der Analyse der verschiedenen Modelle sehe ich das SBAR-Konzept wie beschrieben, als das geeignetste Konzept für die Notfallstation des Spitals Uster. Es ist in vier Säulen unterteilt und kann so sehr schnell und einfach verinnerlicht werden. Ich kann es unseren individuellen Bedürfnissen anpassen und die gewonnen Erkenntnisse von den beiden anderen Konzepten einfließen lassen. Durch die einfache Gliederung können Pflegende in verschiedenen Erfahrungsstufen damit sehr schnell, sicher und strukturiert arbeiten.

Folgende Frage habe ich mir gestellt: Wie würde ich das SBAR-Konzept aufgrund meiner Erkenntnisse ergänzen?

Standardisiertes Übergabekonzept der Notfallstation, Spital Uster

S = Situation	Name, Alter, Koje, Art der Präsentation auf der Notfallstation (Walk-in, Rettungsdienst) Leitsymptom, Verdachtsdiagnose
B = Background Hintergrund	Anamnese (Unfallhergang, vom Rettungsdienst angetroffene Situation) Befund der körperlichen Untersuchung, Medikamente, Erkrankungen, Allergien
A = Assessment Analyse und Behandlung	ABCDE-Schema, Vitalparameter, technische Untersuchungen (Labor-, Röntgen-, Sonographieergebnisse etc.), erfolgte Therapie, Eingriffe oder Massnahmen (Gips, Medikation, Konsilien etc.)
R = Recommendations Empfehlung/Plan	Plan zur Aufnahme/Entlassung (Weiterverlegung), weitere Untersuchungen oder Konsilien, therapeutischer Plan (medizinische Therapien, CPAP, Reposition etc.)

Ergänzende Informationen

Soziale Einflussfaktoren, weitere Informationen	Angehörige, aktuelle Besucher, Sprache, Haustiere, Wohnsituation, Pflegebedarf, Wertsachen, Patientenverfügung (<i>an Patientinnensituation angepasst zu erwähnen</i>)
Fragen	Unklarheiten/Rückfragen bezüglich Patientensituation

Rapportabschluss

Pflegevisite	<ul style="list-style-type: none"> • Die Pflege der nächsten Schicht stellt sich vor • Erfragen nach Befinden (Schmerzen) • Offene Fragen von Seite der Patientin • Antrittskontrolle (Monitoreinstellungen und angeschlossene Überwachungen, Medikamente, Patientenglocke bei Patientin etc.) • Die bis anhin zuständige Pflegeperson verabschiedet sich
--------------	--

Tab. 4, Oberholzer, M. (2019), angelehnt an Unger, J. (2018)

3.4.3 Persönliche Gedanken zu Kommunikation und Schichtwechselrapport

Nach dem Literaturstudium war ich überrascht, wie hoch die Fehlerquelle in der Medizin aufgrund mangelhafter Kommunikation ist. 60% der unerwünschten Vorkommnisse werden durch ein oder mehrere Kommunikationsfehler beeinflusst oder ausgelöst (Schacher et al., 2019). Da stellt sich für mich sehr schnell die Frage, weshalb gerade in unserem Land das Problem nicht aktiver angegangen wird. Jedes Spital und jede medizinische Disziplin strukturiert ihre Kommunikation und benutzt die evidenzbasierten Hilfsmittel individuell. Aus meiner Sicht hat dies in Bezug zur Notfallpflege zwei Gründe:

Die Akademisierung des Pflegeberufes im deutschsprachigen Raum hat vor nicht allzu langer Zeit erst begonnen und muss noch einiges an Wegstrecke gehen. Viele Kompetenzen der

Pflege wurden vor der Einleitung dieses Prozesses unterschätzt. Die Pflege war etwas überspitzt ausgedrückt, lieb, nett und gab ihr Bestes. In früheren Zeiten reichte das aus, von einem Assistenzberuf wurde nicht mehr erwartet. Viele Pflegende brachten im zwischenmenschlichen Bereich eine hohe Sozialkompetenz mit, so gelang die Kommunikation oftmals gut. Somit wurde die Notwendigkeit zur professionellen Schulung der Kommunikation für Beratungsgespräche, interdisziplinäre Gespräche oder Übergabegespräche etc. lange Zeit nicht erkannt. Mit der Professionalisierung des Pflegeberufes und dem Bedürfnis, die Tätigkeiten, Ziele und Motivationen der täglichen Arbeit professionell zu benennen, rückte die Kommunikation vermehrt ins Zentrum.

Ein weiterer Aspekt im Bezug zur Notfallpflege ist, dass die Notfallmedizin ein Spezialgebiet mit einem hohen ärztlichen Anteil darstellt. Viele unserer Tätigkeiten gründen auf ärztlichen Entscheidungen und Verordnungen. Die Notfallpflege ist ein junges pflegerisches Spezialgebiet, worin man eine spezifische und anerkannte Ausbildung erwerben kann. Im ganzen deutschsprachigen Raum besteht noch grosser Handlungsbedarf bezüglich der Entwicklung und Forschung in der Notfallpflege. Es sind kaum evidenzbasierte, schweizweit gültige Standards vorhanden. Somit sind wir Notfallpflegende auf die Eigeninitiative «unserer» eigenen Notfallstation angewiesen, um eine qualitativ hochstehende Berufsgruppe innerhalb der verschiedenen Disziplinen zu repräsentieren.

Wenn wir als Notfallpflegefachpersonen eigenständig und vollwertig in der Gesellschaft wahrgenommen werden wollen, ist unsere kommunikative Kompetenz ein immenser Faktor. Die professionelle Kommunikation ist unsere Visitenkarte. Sie entscheidet, wie die Patientin uns wahrnimmt, mit welcher Haltung uns der ärztliche Dienst begegnet und nicht zuletzt wie unser Beruf von der Gesellschaft verstanden wird. Aus diesen Gründen ist das Erarbeiten eines standardisierten Hilfsmittel für den Schichtwechselrapport der Notfallpflege kein Luxus, sondern eine Notwendigkeit.

3.5 Ausblick

Ich werde mit der Pflegefachverantwortlichen und der Pflegemanagerin der Notfallstation des Spitals Uster ein Treffen vereinbaren und ihr Interesse an einem standardisierten Konzept für den Schichtwechselrapport klären. Durch mein erarbeitetes Wissen kann ich meinen Teil zu diesem Prozess beitragen. Das würde mir grosse Freude bereiten!

In einer Teamsitzung werde ich meine Diplomarbeit zum Thema Schichtwechselrapport auf der Notfallstation gekürzt vorstellen. In diesem Zusammenhang stelle ich meine konkreten Erkenntnisse vor. Anhand meines erweiterten SBAR-Konzeptes zeige ich eine Form der Umsetzung des standardisierten Schichtwechselrapportes auf. Dabei erläutere ich meine Erkenntnisse aus dem Literaturstudium und begründe die einzelnen Punkte des Konzeptes. Ebenso wichtig ist es für mich, auf die kommunikative Kompetenz und die verschiedenen Störfaktoren zu verweisen. Mit einem Konzept alleine ist noch kein prägnanter und strukturierter Schichtwechselrapport garantiert. Wir als Team müssen uns den nötigen Kompetenzen und Störfaktoren bewusst sein um diesen aktiv zu begegnen.

Mit den Veränderungen der äusseren Strukturen und einem standardisierten Schichtwechselrapport werden wir eine zunehmende Qualität in diesem Setting erreichen und die Patientensicherheit und Zufriedenheit deutlich steigern können.

4 Anhang

4.1 Literaturverzeichnis

4.2 Bücher

Blank, A., & Zittlau, N. (2017). *Dienstübergabe in der Pflege*. Berlin: Springer-Verlag GmbH.

Elzer, M., & Sciborski, C. (2007). *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber.

Zeitschriften

Diez, A. C. & Firat, C. (2016). Die Pflegevisite am Patientenbett (Electronic version). *Krankenpflege*, 3, 8-11.

Höchter, D. & von Dossow, V. (2018). Strukturierte Patientenübergabe (Electronic version). *Intensivmedizin up 2 date*, 14, 75-84.

Hecht, J. (2016). Patientenübergabe – Den Staffelstab sicher weiterreichen. (Electronic version) *Aktuell Urologie*, 47, 456-459.

Hieber, M. (2018). Pflegeübergabe: Die Informationsübergabe muss geübt werden. (Electronic version) *Heilberufe/Das Pflegemagazin*, 70 (7-8), 22.

Hilbig, F., Gries, A., Hartwig, T. & Bernhard, M. (2015). Schnittstelle Notfallaufnahme: Optimierung an der Nahtstelle Präklinik/Klinik (Electronic version). *Notfallmedizin up 2 date*, 10, 225-234.

Merkel, M., von Dossow, V. & Zwissler, B. (2017). Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Medizin (Electronic version). *Der Anästhesist*, 6, 396-403.

Schacher, S., Glien, P., Kogej, M. & Gräff, I. (2019). Strukturierte Übergabeprozesse in der Notaufnahme. (Electronic version) *Notfall+Rechtungsmedizin*, 22, 3-8.

von Dossow, V. & Zwissler, B. (2016). Empfehlung der DGAI zur strukturierten Patientenübergabe in der perioperativen Phase (Electronic Version). *AINS*, 51, 136-137.

Online Angaben

Duden (2019). Verfügbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung> (Abgerufen am 02.06.2019).

Rossi, R. (2019). *Konzept für eine strukturierte Patientenübergabe*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0599-8> (Abgerufen am 09.05.2019)

Unger, J. (2018). *Wie schmeckt ein SBAR*. Verfügbar unter: <https://dasfoam.org/2018/01/23/wie-schmeck-ein-sbar> (Abgerufen am 29.05.2019)

4.3 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1, Elzer, M. & Sciborski,C. (2007).....4

4.4 Tabellenverzeichnis

Tab. 1, Rossi, R. (2019).....8
 Tab. 2, Unger, J. (2018).....8
 Tab. 3, Oberholzer, M. (2019) angelehnt an Rossi, R. (20019)14
 Tab. 4, Oberholzer, M. (2019), angelehnt an (Unger, 2018).....14

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbständig erstellt wurde. Das bedeutet, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel beigezogen und keine fremden Texte als eigene ausgegeben habe. Alle Textpassagen in der Diplom-/ Projektarbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Datum:

Unterschrift:

Veröffentlichung und Verfügungsrecht

Die Z-INA verpflichtet sich, die Diplom-/ Projektarbeit gemäss den untenstehenden Verfügungen jederzeit vertraulich zu behandeln.

Bitte wählen Sie die Art der vertraulichen Behandlung:

<input type="checkbox"/>	Veröffentlichung ohne Vorbehalte
<input type="checkbox"/>	Keine Veröffentlichung

Datum:

Unterschrift:

Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors:

Von der Z-INA auszufüllen:

Die Z-INA behält sich vor, eine Diplom-/ Projektarbeit nicht zur Veröffentlichung frei zu geben.

<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA veröffentlicht werden
<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA nicht veröffentlicht werden

Datum:

Unterschrift der Studiengangsleitung:

Patientendokumentation, Notfallstation Spital Uster

Name
Vorname
Geburtsdatum



Notfallstation

Datum:

1. Triage:	Leitsymptom:	Indikator:	Stufe:	Zeit / Visum:
2. Triage:	Leitsymptom:	Indikator:	Stufe:	Zeit / Visum:
<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Notfallstation	<input type="checkbox"/> medizinische Notfallpraxis
<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> Medizin			<input type="checkbox"/> Notfallpraxis

Zeichen und Symptome:						
<p>O) Beginn P) Linderung / Verstärkung Q) Qualität R) Ausstrahlung S) Schmerz Skala T) Veränderung im Verlauf K) Kinematik des Unfalls</p>						
Wegen diesen Beschwerden beim HA: <input type="checkbox"/> ja, am:	Tetanusimpfung aktuell: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Im Spital Uster in Behandlung <input type="checkbox"/> ja: Arzt:	Grund: letzte Mahlzeit:					
Relevante Vorgeschichte:						
Diabetes bekannt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> keine Med. <input type="checkbox"/> OAD: <input type="checkbox"/> Insulin:						
Medikamente:	heute zusätzlich eingenommen:					
Blutverdünnung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Allergien:					
BD li	BD re	P	BZ RD	GCS	Pupillenkontrolle	keine
O2 Sätt	AF	T	BZ NF	Gr / Gew	Li	prompt
					Re	träge
						Reaktion
						Grösse

Verdachtsdiagnose:	
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> dabei <input type="checkbox"/> zu Hause	Rea Status <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Visum:
Überwachung: <input type="checkbox"/> BD/P stdl. <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Rhythmus Überw. <input type="checkbox"/> GCS nach Schema <input type="checkbox"/> BZ Std	
Labor: <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> ABGA <input type="checkbox"/> VBGA BK: <input type="checkbox"/> 1x4 <input type="checkbox"/> 2x2 <input type="checkbox"/> 3x2 <input type="checkbox"/> Testblut <input type="checkbox"/> Urinstatus <input type="checkbox"/> Uricult	
Infusionen / EC-Gabe : <input type="checkbox"/> Infusion: ml/.....h <input type="checkbox"/> EC- Konz. Stk. 1. EC über: Std	
O2 Therapie: <input type="checkbox"/> O2..... l/min Inhalation: Katheter / Sonden: <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Einmalkath. <input type="checkbox"/> MS	
Lagerung: <input type="checkbox"/> Bettruhe <input type="checkbox"/> 30° OK erhöht <input type="checkbox"/> Flachlagerung <input type="checkbox"/> drehen / mob en Bloc Kost: <input type="checkbox"/> Trinken <input type="checkbox"/> Essen	
weitere Verordnungen:	Reserve Medikation:
.....	<input type="checkbox"/> Schmerzalgorithmus bei chir. Patienten
.....	1. Sz-Reserve: max alle ... Std
.....	2. Sz-Reserve: max alle ... Std
.....	Übelkeit: max alle ... Std