

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

09.03.2009 bis 12.03.2010

ABSCHLUSSARBEIT
zum Thema

NAHTSTELLENMANAGEMENT
Focus: intradisziplinäre Kommunikation

vorgelegt von: Alexandra Petschacher-Fritz

LKH Villach

Medizinische Abteilung

begutachtet von: Pflegedirektorin Kornelia Fiausch, MAS

LKH Villach

Pflegedirektion

Jänner 2010

KURZZUSAMMENFASSUNG

Der Schwerpunkt der vorliegenden Abschlussarbeit nimmt sich der Thematik der intradisziplinären Kommunikation, mit dem Focus auf die entstehenden Nahtstellen innerhalb einer Einrichtung, an. Die Grundlage der effektiven Kommunikation liegt in der Erreichbarkeit der verschiedenen Professionen ebenso wie im Verständnis der Leistungserbringer in ihren unterschiedlichen Arbeitsabläufen. Die Kooperation und die Koordination zwischen den Leistungserbringern sichert die Qualität der pflegerischen Versorgung unter dem Aspekt der Kontinuität und daraus resultierenden Wirtschaftlichkeit.

Qualitätsbezogene Aktivitäten verfolgen das Ziel, einzelne Prozesse zu evaluieren und zu optimieren. Neue Erkenntnisse werden in den Leitlinien formuliert und definieren die zukünftigen, erreichbaren Zielvorgaben.

Das Zusammenwirken der Nahtstellen, Prozesse und Projekte ermöglichen, das Ergebnis im Qualitätsmanagement für das Unternehmen zu verbessern.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ACC	Access to Care and Continuity of care
Abs.	Absatz
Anm. d. Verf.	Anmerkung des Verfassers
Art.	Artikel
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EPD	Elektronische Pflegedokumentation
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
JCI	Joint Commission International
LKH	Landeskrankenhaus
MCI	Management of Communication and Information
ME	messbare Element
QM	Qualitätsmanagement
u. a.	unter anderem
USA	United States of America
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: Kontinuierlicher Anstieg der Dialyseleistungen (Statistik der Dialysestation LKH Villach).....	12
ABBILDUNG 2: Stationäre Leistungen vom 01.01.2009- 30.06.2009 (Statistik der Dialysestation LKH Villach)	13
ABBILDUNG 3: Nahtstellen Bereich der Dialyse (Anm. d. Verf.).....	16
ABBILDUNG 4: Allgemeine Informationen.....	28
ABBILDUNG 5: Intradisziplinäre Kommunikation	29
ABBILDUNG 6: Nachvollziehbarkeit elektronischen Dokumentation.....	30
ABBILDUNG 7: Verbesserung der Kommunikation	31
ABBILDUNG 8: Aktionsplan zur Einführung des Verlegungsberichtes und Informationsfolders	35

INHALTSVERZEICHNIS

0	VORWORT	8
1	EINLEITUNG	9
2	Überblick LKH Villach	11
2.1	Überblick Bereich der Dialyse	11
2.2	Zusammenfassung	13
3	NAHTSTELLENMANAGEMENT	14
3.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	14
3.2	Grundlagen der Nahtstellen.....	15
3.3	Nahtstellen innerhalb und außerhalb zu Einrichtungen.....	15
3.4	Zusammenfassung	16
4	KOMMUNIKATION	17
4.1	Kommunikation innerhalb der Einrichtung	17
4.2	Informationsfluss innerhalb der Einrichtung	18
4.3	Informationssysteme und Kommunikationstechnologien.....	19
4.4	Zusammenfassung	19
5	QUALITÄTSMANAGEMENT NACH JCI	20
5.1	Kommunikations- und Informationsmanagement (MCI).....	21
5.2	Kommunikation zwischen Anbietern innerhalb und außerhalb der Einrichtung sowie Führungsaspekte.....	22
5.3	Zusammenfassung	23
6	RECHTLICHE ASPEKTE	24
6.1	Andere relevante Gesetze	25
6.2	Zusammenfassung	25
7	BESCHREIBUNG UND ERHEBUNG DES IST-ZUSTANDES	26
7.1	Datenerhebung	27
7.2	Ergebnisse der Befragung	28

7.3	Zusammenfassung	31
8	<i>PROZESSOPTIMIERUNG</i>	32
8.1	Prozessmanagement.....	32
8.2	Projektarbeit	33
8.3	Implementierung.....	34
8.4	Zusammenfassung	35
9	<i>SCHLUSSFOLGERUNG</i>	36
10	<i>LITERATURVERZEICHNIS</i>	37
11	<i>ANHANG</i>	39

0 VORWORT

Der Amerikaner, W. Edwards Deming, galt als Wirtschaftspionier, der durch sein Wirken das Qualitätsmanagement beeinflusst hat.

Wagner zitiert Deming: *„85 % der Gründe für das Versagen, Kundenerwartungen gerecht zu werden, sind auf Mängel in Systemen und Prozessen zurückzuführen, weniger auf die Mitarbeiter. Die Rolle des Managements ist es, den Prozess zu verändern, nicht die Mitarbeiter“* (WAGNER, 2008: 66). Dieses Zitat bewegte mich, mit der Thematik des Nahtstellenmanagements in der intradisziplinären Kommunikation auseinanderzusetzen. Meine persönlichen Erfahrungen als Stationsleitung weisen auf Schwachstellen in der Kommunikationsstruktur zwischen den Abteilungen hin. Die Grundsatzfrage lautet, welche Prozesse sollen verändert werden und welche Informationen benötigen die Mitarbeiter, um Verbesserungen in der kommunikativen Zusammenarbeit zu erreichen und Brücken zu den beziehungsweise über die Nahtstellen zu bauen.

Meine berufliche Laufbahn begann in der Pflege für Nierenersatztherapie im Jahr 1991 in einem privatgeführten Dialyseinstitut. Seit dem Jahr 2004 bin ich am Landeskrankenhaus (LKH) Villach an der medizinischen Abteilung - Dialysestation - tätig. Die Position der Führungskraft wurde mir als Karenzvertretung im Jänner 2007 übertragen.

An dieser Stelle bedanke ich mich bei meiner Betreuerin, Frau Pflegedirektorin Kornelia Fiausch, MAS, die mir wertvolle Hinweise vermittelte und bei der Erstellung der Abschlussarbeit unterstützte sowie mir wertvolle Literatur zur Verfügung stellte. Frau Christine Schaller-Maitz möchte ich meinen Dank für ihre Informationen zur Literaturrecherche aussprechen. Ebenfalls möchte ich mich für das Korrekturlesen bei Frau Sylvia Adamitsch bedanken.

Meiner Familie und meinen Eltern möchte ich mich für ihre aufgebrachte Geduld in meiner Ausbildungszeit bedanken.

1 EINLEITUNG

Die Abschlussarbeit betrachtet die verschiedenen Facetten der entstehenden Nahtstellen und nimmt Bezug auf die Kommunikation innerhalb der Einrichtung, in der die Behandlungskontinuität gewährleistet werden soll. Das Gesundheitswesen regelt die Behandlungskontinuität sowohl in der Patientencharta als auch im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) und das Bundesverfassungsgesetz (B-VG) gemäß Artikel (Art.) 15a definiert das Nahtstellenmanagement. In dem B-VG gemäß Art. 15a wird der Begriff „Schnittstelle“ und „Schnittstellenmanagement“ im Jahr 2007 zur Nahtstelle und Nahtstellenmanagement umgewandelt und der Terminus wird in der Abschlussarbeit- außer bei Zitaten- verwendet. Ein weiterer Aspekt verfolgt die Sicherstellung des Informationstransfers zwischen den Leistungserbringern. Die entstehenden Arbeitsabläufe können zu Schwachstellen zwischen den Nahtstellen führen. Jeder einzelne Prozess setzt auf die Kenntnisse und Erfahrungen der Mitarbeiter und dies stärkt die Teamarbeit durch Kommunikation und Kooperation. Die Zusammenarbeit entsteht auf der Basis des Vertrauens, der gegenseitigen Akzeptanz, gleichberechtigten Partner, der Offenheit und Verhaltensregeln. Die offene Kommunikation ermöglicht die gegenseitige Erreichbarkeit, die für die Patientenbetreuung von Nutzen ist.

Die patienten- und organisationsbezogenen Standards der Joint Commission International (JCI) beziehen sich auf die Patientenbehandlung und auf das Organisationsumfeld der Gesundheitseinrichtung. Gesetzliche Verbindlichkeiten der Patientenrechte und der Berufsgesetze spiegeln sich in den Grundsätzen der JCI wider. Die Forderung der JCI besteht in der Umsetzung der effektiven Kommunikation, deren Sicherstellung unter anderem (u.a.) den Führungskräften zugeordnet wird. Die Wertigkeit liegt in der Förderung der Kooperation und Kommunikation zwischen den Bereichen und Mitarbeitern. Daraus können Informationsbedürfnisse ermittelt werden und die gesammelten Informationen können effektiv in die Patientenbehandlung einfließen.

Das Qualitätsmanagement (QM) orientiert sich an den Patienten und Mitarbeiter, um die Gesundheitsversorgung effizient und effektiv zu gestalten.

Für die Planung und Organisation der Patientenversorgung ist überwiegend die Stationsleitung verantwortlich, welche die Aufgabe hat, mit den Bereichen innerhalb und außerhalb der Einrichtung zu kommunizieren. Die Führungskraft ist verpflichtet, die Daten und Informationen des Klienten unter Einhaltung der gesetzlichen Rahmen zu wahren.

Es stellt sich die Frage, wie Prozesse zwischen den Nahtstellen und die intradisziplinäre Kommunikation optimiert werden können. Diese Ansätze ermöglichen, die Perspektiven in der Organisation und deren Auswirkungen zu analysieren.

Die Abschlussarbeit beschränkt sich auf die Kommunikation im intramuralen Bereich und die Beantwortung folgender Fragen soll Erkenntnisse bringen:

- 1.) Wie soll der Bereich der Dialyse mit Bereichen an den Abteilungen kommunizieren, um die Behandlungskontinuität der Klienten ohne Informationsverlust zu sichern?
- 2.) Welche Ergebnisse können in der Kommunikation für die Zukunft erzielt werden?

Daraus lässt sich ableiten: welche Maßnahmen müssen künftig erbracht werden und welche messbaren Elemente (ME) sollen als Indikatoren für die Qualitätssicherung vereinbart werden. In dieser Abschlussarbeit wird auf geschlechtsspezifische Bezeichnungen verzichtet, die Bezeichnung Patient, Leistungserbringer und Betreuer gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich beider Geschlechter außer bei wörtlichen Zitaten.

2 ÜBERBLICK LKH VILLACH

Das LKH Villach ist ein allgemein-öffentliches Krankenhaus des Landes Kärnten, welches aus zehn Abteilungen und vier Instituten besteht. Der Bettenstand beträgt 734 Akutbetten und 49 Betten, für chronisch Kranke. „Im Jahr 2008 wurden 129.127 Patienten behandelt, davon entfallen 36.325 auf den stationären Bereich und 98.802 auf den ambulanten Bereich“ (www.lkh-vil.or.at). Die medizinische Abteilung ist mit 166 Betten in sechs Stationen unterteilt. Die Intensivstation verfügt sechs Intensivbetten und vier Betten zur Überwachung. Folgende Ambulanzen gehören der medizinischen Abteilung an: die medizinische Diagnostik, die Diabetesambulanz, die Nierenambulanz und die Dialysestation (Anmerkung des Verfassers [Anm. d. Verf.]).

Das Leitbild des LKH Villach ist „Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen“ und wird durch die Worte, Kompetenz, Qualitätsstandard, Sicherheit und Geborgenheit die Patientenorientierung verstärkt zum Ausdruck gebracht. Im Jahr 2001 entschied sich das Direktorium für das System der Qualitätssicherung, dem der JCI, welche als Schwerpunkte die internationalen Patientensicherheitsziele, die patientenorientierten Standards sowie organisationsorientierten und Managementstandards der Gesundheitseinrichtung verfolgt. Die erste Akkreditierung wurde mit der Urkunde im Dezember 2003 bestätigt. Im Jänner 2007 fand zum zweiten Mal die Überprüfung der JCI mit der Tracermethode statt, in welchem die Surveyor den gesamten Behandlungsverlauf von ausgewählten Patienten nachvollzogen.

Nach erfolgreicher Überprüfung wurde die Akkreditierungsurkunde gültig bis 2010 überreicht. Das Arbeiten nach den Standards der JCI steigert die Qualität im Handeln aller Mitarbeiter sowie die Wahrnehmung der Patientenbedürfnisse, die Berücksichtigung der Patientensicherheit und der Patientenrechte (vgl. www.lkh-vil.or.at).

2.1 Überblick Bereich der Dialyse

An der Dialysestation sind 23 Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/Pfleger tätig. Der Aufgabenbereich liegt in der Versorgung für stationäre und ambulante Patienten der

- Akutdialyse
- Chronische Hämodialyse
- Plasmapherese

- Peritonealdialyse (ambulant und stationär)
- Betreuung von prädialytischen Patienten und
- Betreuung nach Transplantation.

Im Jahr 2008 wurden 418 Patienten in der Nierenambulanz betreut, in der Peritonealdialyse waren es zehn Patienten und im Bereich der Dialyse zwischen 80- 90 Patienten.

Die Abbildung 1 zeigt den kontinuierlichen Anstieg der Dialyseleistungen von 2002 bis 2008. Im Jahr 2008 wurden im Bereich der Dialyse insgesamt 12.549 Leistungen erbracht, welche im ambulanten Bereich bei 11.216 und im stationären Bereich bei 1.333 Leistungen lagen. Die Dialysestation leistete im Jahr 2002 9.576 Behandlungen davon 8.197 ambulant und 1.379 stationär. Ausgehend von 9.576 Leistungen im Jahr 2002 ergab eine Steigerung um 29,7% bis zum Jahr 2008. Diese Datenerhebung, welche am Ende jedes Kalenderjahres von der Dialysestation erhoben wurde, ermöglichte die Statistik der Leistungen zu erstellen (Anm. d. Verf.).

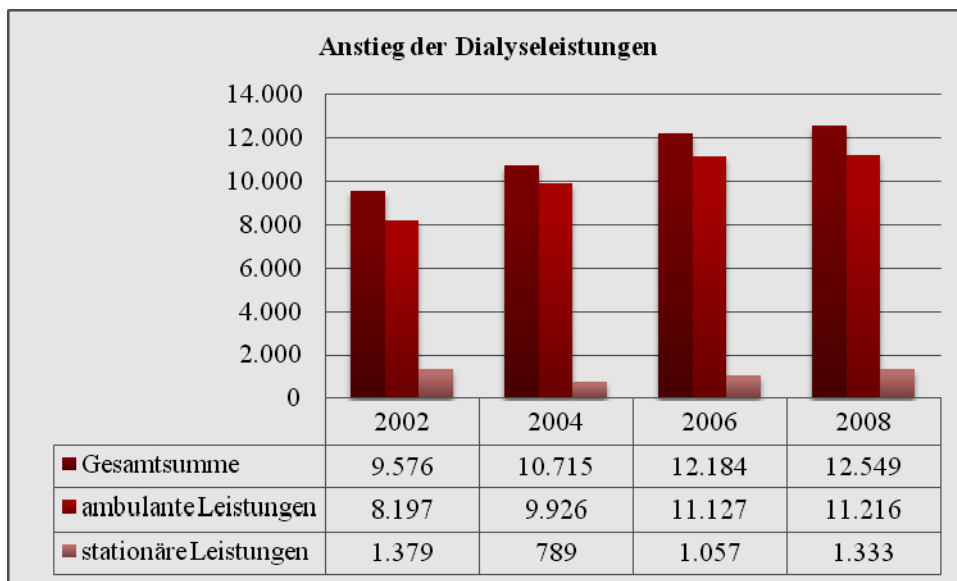


Abbildung 1: Kontinuierlicher Anstieg der Dialyseleistungen (Statistik der Dialysestation LKH Villach)

Die Darstellung der Dialyseleistungen können anhand der Statistik erstellt werden, die in der elektronischen Pflegedokumentation (EPD) integriert ist. Diese Sammlung der Daten ermöglichte eine genaue Erstellung der stationären Leistungen im Halbjahr 2009. In der Abbildung 2 sind die Leistungen der Stationen abteilungsspezifisch zusammengefasst. Die Gesamtsumme der stationär betreuten Patienten lag bei 672 Dialysen. Von diesen 672 Leistungen wurden an der internen Abteilung 287 und an der chirurgischen Abteilung 211

dialysepflichtige Patienten versorgt. Für Patienten der Geriatrie, Neurologie und Gynäkologie wurden 168 Leistungen erbracht.

Der Bereich der Dialysestation konnte durch die Aufgliederung der Abteilungen und deren zugehörigen Stationen feststellen, dass die intradisziplinäre Kommunikation mit 21 bettenführenden Stationen in diesem Zeitraum stattgefunden hat.

Dies gibt Aufschluss über die Zunahme der intradisziplinären Patientenversorgung, welche gezielte Kommunikation, Kooperation und Koordination nach sich zieht, um die Behandlungskontinuität des Patienten zu planen und zu sichern (Anm. d. Verf.).

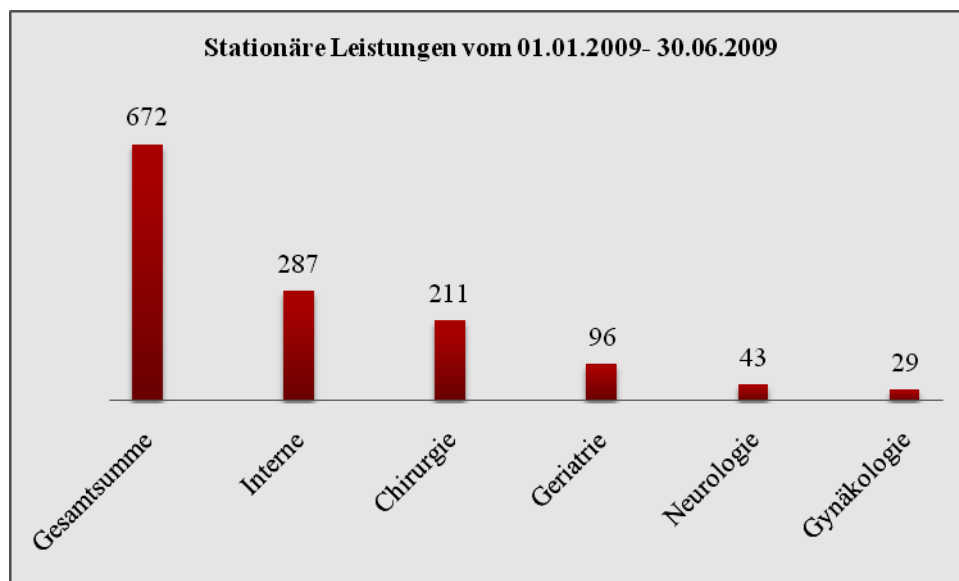


Abbildung 2: Stationäre Leistungen vom 01.01.2009- 30.06.2009 (Statistik der Dialysestation LKH Villach)

2.2 Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden das LKH Villach und die Dialysestation vorgestellt. Das Leitbild und die Qualitätssicherung der JCI zeigen die Strategien der kollegialen Führung. Des Weiteren wird die Zunahme der Dialyseleistungen und die stationären Leistungen des ersten Halbjahres 2009 dargestellt. Daraus lässt sich folgender Ansatz ableiten, dass die Führungskraft in ihrer Position die Aufgabe hat, mit den Bereichen an den Abteilungen zu kommunizieren, um einen reibungslosen Übergang in der Patientenbetreuung zu gewährleisten.

3 NAHTSTELLENMANAGEMENT

Das Nahtstellenmanagement definiert die Sicherstellung der Qualität der pflegerischen Versorgung unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit, in dem ein reibungsloser Übergang zwischen den verschiedenen Leistungserbringern erfolgt. Die Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung gewährleistet eine qualitätsvolle und kontinuierliche Betreuung, die durch interne Kooperation geregelt und optimiert werden kann. Die Aufgabe des Qualitätsmanagements liegt beim Nahtstellenmanagement in der Erstellung und Implementierung tragfähiger Leitlinien für die Kooperation und Kommunikation (vgl. CONZENZ et. al., 2009: 264).

3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Mit der gegenständlichen Vereinbarung zwischen der Bundesregierung und den Bundesländern gemäß Artikel 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde im 2. Abschnitt Art. 5 Nahtstellenmanagement im Interesse der Patientinnen und Patienten für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 definiert. Dieser ist in sechs Absätzen zum Nahtstellenmanagement gegliedert (vgl. www.parlament.gv.at).

Für diese Arbeit relevant sind die Absätze 1 und 3:

Absatz (Abs.) (1) *„Zur Gewährleistung eines patientinnen- und patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufes ist das Management an den Nahtstellen im Gesundheitswesen zu verbessern“* sowie im

Abs. (3) *„...Der funktionierende Informationstransfer zur organisatorischen Sicherstellung eines nahtlosen Überganges der Patientinnen- und Patientenversorgung zwischen leistungserbringenden Einrichtungen ist zu gewährleisten“* (www.parlament.gv.at).

Die Gesetzestexte sind in den Erläuterungen zu Art. 5 wie folgt erklärt. *„Unter Nahtstellenmanagement wird die reibungslose Organisation jener Versorgungsübergänge im Gesundheitswesen angesehen, die im Zuge des Behandlungsverlaufes von Patientinnen und Patienten passiert werden“* (www.parlament.gv.at).

Ein funktionierendes Informationsmanagement kann durch eine einheitliche Dokumentation in allen Bereichen und Einrichtungen verbessert bis sichergestellt werden (vgl. www.parlament.gv.at).

Folgende Versorgungsübergänge werden als Nahtstellen im Interesse der Patienten verstanden:

- *„zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern des extramuralen Bereiches,*
- *zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des extramuralen und des intramuralen Bereiches,*
- *innerhalb der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des intramuralen Bereiches“* (www.parlament.gv.at).

3.2 Grundlagen der Nahtstellen

Im Behandlungsprozess treten zahlreiche Übergänge auf, die meist als „Schnittstellen“ des Gesundheitssystems genannt werden. Die Bezeichnung „Schnitt“ deutet in gewisser Weise auf ein Problem hin. Übergänge lassen sich in Gesundheitssystemen nie vermeiden. Jedoch bedarf es der Klärung, wo überall derartige „Schnittstellen“ auftreten. Der Terminus „Nahtstelle“ bringt die Zusammengehörigkeit innerhalb eines Gesamtprozesses zum Ausdruck. Nahtstellen bedeuten Herausforderungen für alle Leistungserbringer und ihre Kooperationspartner in der Gesundheitsversorgung (vgl. WALLNER, 2004: 227f).

Die Nahtstellen im Gesundheitswesen sind eine Herausforderung für alle Gesundheitsberufe, die Daten, Informationen und Wissen des Klienten zeitgerecht koordinieren sollen, um Betreuungslücken zu minimieren. Diese sollen in einem Prozess dargestellt werden, damit die Nutzung der Informationen zwischen den Nahtstellen gleichzeitig mit den Patienten transferiert wird. Ein wichtiger Faktor neben den Behandlungs- und Betreuungsprozessen spielt der Kommunikations- und Kooperationsprozess, der das professionelle Handeln aller Personen darstellt (vgl. MEGGENEDDER, 2003: 177ff).

3.3 Nahtstellen innerhalb und außerhalb zu Einrichtungen

In der Dialyse entstehen Nahtstellen mit Bereichen innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung. Die internen Nahtstellen umfassen die Betreuung der Patienten an den verschiedenen Abteilungen und die Externen beinhalten die Betreuung von Patienten in den Pflegeheimen sowie in den sozialen Gesundheitsdiensten. Eine weitere Nahtstelle entsteht im Rahmen der internen Versorgung, zu welcher die diagnostischen Leistungen wie Labor, bildgebende Verfahren und die versorgenden beziehungsweise entsorgenden

Leistungen wie die Speiseversorgung, Wäscheversorgung, Reinigung und Transportleistungen zählen.

Folgende Abbildung zeigt die Nahtstellen der Patientenbetreuung zwischen den Bereichen Dialyse, externen Einrichtungen, internen Einrichtungen und der internen Versorgung.

Die Abbildung 3 beschreibt den Verlauf zwischen den Nahtstellen, in dem eine Vielzahl von Abläufen zusammenfließt. Aus diesem Grund sollen einzelne Prozesse betrachtet werden (Anm. d. Verf.).

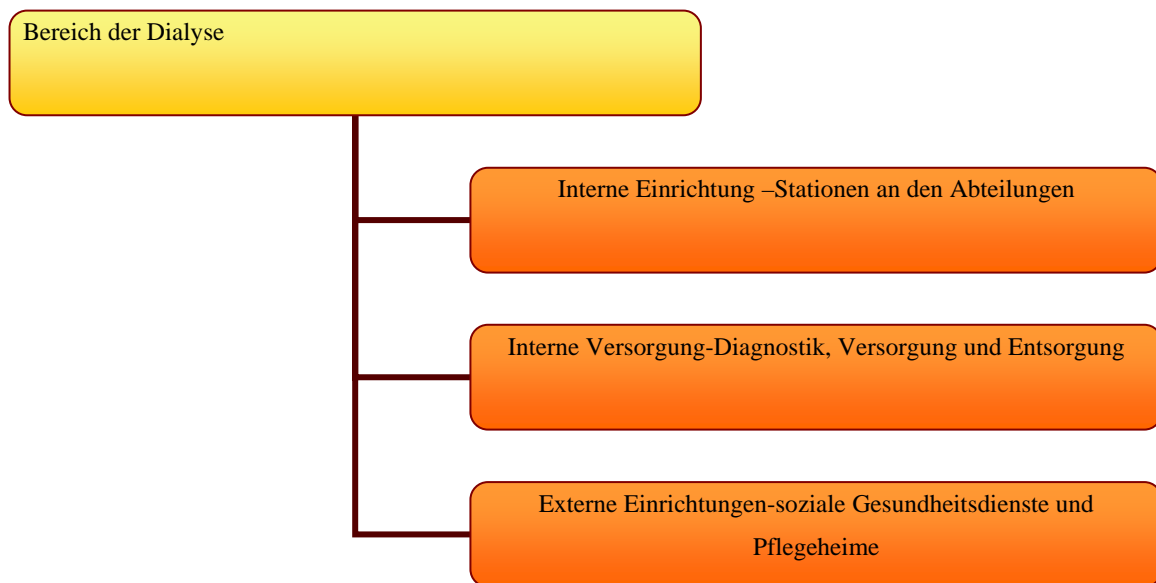


Abbildung 3: Nahtstellen Bereich der Dialyse (Anm. d. Verf.)

3.4 Zusammenfassung

Nahtstellenmanagement ist in der Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen gemäß Art. 15a der B-VG definiert. Die Beschreibung der auftretenden Nahtstellen innerhalb und außerhalb der Einrichtung soll in den einzelnen Prozessen näher betrachtet werden, um Schwachstellen zu ermitteln und verbessern zu können.

4 KOMMUNIKATION

Der Begriff Kommunikation stammt aus dem Lateinischen *communicare* und bedeutet “teilen, mitteilen, teilnehmen lassen, gemeinsam machen, vereinigen“ (www.wikipedia.org). Kommunikation wird des Weiteren häufig als “Austausch von Informationen“ beschrieben. Zumeist ist damit die gegenseitige Mitteilung von Wissen und Erkenntnissen gemeint, ohne dass dabei auf weitere Erklärungen oder auf soziale Aspekte eingegangen wird, die mit Kommunikation zusammenhängen (vgl. www.wikipedia.org).

Kommunikation ist eine elementare Grundlage der menschlichen Existenz, in der ein Signalgeber (Sender) und Signalempfänger (Adressat) im Prozess beteiligt ist. In der zwischenmenschlichen Gesprächsführung entsteht die Wahrnehmung für die Mitteilung, ob diese Botschaft des Senders beim Empfänger angekommen, aufgenommen und verstanden wird. Der Sender einer Information vermag nicht immer alles konkret auszudrücken, was er vermitteln will. Dies bedeutet, dass an dieser Stelle die erste Verzerrung der übermittelten Inhalte möglich ist. Die nächste Verzerrung entsteht im Empfangen der Information, in der die gerichtete Wahrnehmung über das Verstehen und die Bewertung der Botschaft entscheidet. Die Wahrnehmung wird durch die Persönlichkeit sowie durch persönliche Erfahrungen beeinflusst und geprägt (vgl. CONZEN et al., 2009: 372f).

4.1 Kommunikation innerhalb der Einrichtung

In einem Unternehmen steht die Kommunikation im Zentrum aller Aktivitäten und die Kommunikation ist eine Form der Beziehung, in der sich Mitteilung und Austausch ereignen (vgl. ZWIERLEIN, 1997: 587). Es stellt sich die Frage, welche Rolle übernimmt die Kommunikation zwischen der Dialyse und den anderen Bereichen. „Die Kommunikation und die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus kommt bei der Ausgestaltung des Verhältnisses zum Patienten somit eine wesentliche Rolle zu“ (ZWIERLEIN, 1997: 319). Die Qualität berufsübergreifender Zusammenarbeit kann auf der Basis offener Kommunikation und gemeinsamer Zielvereinbarung erreicht werden. Die Wichtigkeit liegt in der Qualität der Kommunikation, in der sich Wissen und Kompetenz, Verständnis für den anderen, Transparenz und Motivation in der Zusammenarbeit widerspiegelt (ZWIERLEIN, 1997: 320).

Verschiedene Faktoren beeinflussen die Kommunikation, z.B. Zweck des Gesprächs, den äußeren Rahmenbedingungen, sozialen Normen und Ritualen, der gegenwärtigen Verfassung der Kommunikationspartner. Um eine gute Kommunikation zu erzielen, sollen u.a. folgende Faktoren zusammenwirken:

- Günstige Rahmenbedingungen (Zeit, Ruhe und Ungestörtheit)
- Offenheit und Bereitschaft
- Unvoreingenommenheit und Vorurteilsfreiheit
- Gleiche Sprache
- Gegenseitige Akzeptanz
- Gleichberechtigung der Partner
- Einhalten von sozialen Normen und Verhaltensregeln

(vgl. ZWIERLEIN, 1997: 320f).

4.2 Informationsfluss innerhalb der Einrichtung

„Die Informationsflüsse innerhalb eines Pflgeteams einer Einheit sowie mit den Ärzten und Ärztinnen, den Verwaltungspersonen und anderem Gesundheitspersonal müssen gut durchdacht werden, damit an den Schnittstellen keine Lücken entstehen“

(LEONI-SCHEIBER, 2004: 161).

Ebenso beschreibt der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich im GuKG das Zusammenwirken zwischen Angehörigen aller Gesundheitsberufe, welches zu den Grundsäulen eines funktionierenden Gesundheitssystems zählt. Die Wichtigkeit liegt in der Zusammenarbeit eines Teams sowie im Vertrauen eines jeden Mitgliedes in der Sorgfalt gegenüber den anderen. Diese gemeinsame Grundlage ermöglicht die Koordination und Beratung in der Pflege, die zu einer Verbesserung in der Qualität und Kontinuität an den „Schnittstellen“ in der gesundheitlichen Betreuung führen soll (vgl. WEISS- FASSBINDER, 2006: 81f).

Ebenfalls weist die Pflegedokumentation im ambulanten und stationären Bereich auf Unterschiede in der Erhebung und Dokumentation der Daten hin. Somit entsteht ein Mehraufwand durch paralleles, nicht vergleichbares Dokumentieren. Dies bedeutet Ineffizienz im organisatorischen Ablauf der Pflege und für die Patienten eine hohe Belastung. Die Unterschiede der organisatorischen Kontexte führen zu gegenseitiger Unerreichbarkeit, um einen persönlichen Kontakt herzustellen

(vgl. MEGGENEDDER, 2003: 182f).

Novak und Peinhaupt beschreiben: „Bezüglich der Informationen über Existenz, Angebote und Erreichbarkeit der Partner hinaus konnten wir immer wieder beobachten, wie fremde den Professionellen im Gesundheitswesen die „Welt“, also die Arbeitsbedingungen, Arbeitsabläufe etc. des jeweils anderen sind“ (MEGGENEDDER, 2003: 182).

4.3 Informationssysteme und Kommunikationstechnologien

Informationssysteme werden als Systeme bezeichnet, welche die rechnergestützte Erfassung, Speicherung und Übertragung von Informationen sammeln. „Kommunikationstechnologien sind Technologien für die technisch gestützte Kommunikation“ (CONZENZ et al., 2009: 403). Diese Systeme ermöglichen Informationen an der richtigen Stelle zugänglich zu machen, Wissen als Unternehmensressource zu teilen, zu fördern und zu managen.

Welche Ziele verfolgt der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik?

Ein Ziel ist es, die Prozesse in der Verwaltung zu unterstützen und die Marketing- und Vertriebsaktivitäten zu koordinieren. Ein weiteres Ziel liegt in der elektronischen Datenverarbeitung (EDV)-gestützten Pflegedokumentation. Der Schwerpunkt liegt in einer effizienten Dokumentation, um Zeit für die Zuwendung und Pflege der Patienten einsetzen zu können. Ein weiterer Aspekt besteht wohl in der Verbesserung der Qualität als auch eine bessere Pflege gewährleisten zu können. Der Einsatz EDV-gestützter Pflegedokumentation ermöglicht darüber hinaus die Datenauswertung im Pflegeprozess. Software- Systeme unterstützen eine bessere Personalplanung, Benchmarking und ein effizienteres Qualitätscontrolling (vgl. CONZENZ et al., 2009: 403f).

4.4 Zusammenfassung

Dieser Abschnitt beschreibt die beeinflussenden Faktoren der Kommunikation unter den Gesichtspunkten der zwischenmenschlichen Gesprächsführung und der berufsübergreifenden Zusammenarbeit. Die technisch gestützten Kommunikationstechnologien und Informationssysteme unterstützen den Informationsfluss durch das Erfassen und Weiterleiten von Daten, um die Beständigkeit in der Patientenbetreuung zu erreichen. Im nächsten Kapitel wird das Qualitätsmanagement der JCI vorgestellt, welche sich mit den Standards der Kommunikation befasst.

5 QUALITÄTSMANAGEMENT NACH JCI

Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) wurde 1951 in den United States of America (USA) gegründet und zählt zu den ältesten Körperschaften zur Akkreditierung bzw. Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen. Die JCI wurde als Teil der JCAHO gegründet, um die Zertifizierungsverfahren außerhalb der USA anzubieten und die angewandten Standards sind seit dem Jahr 2000 verfügbar. Insgesamt gibt es 368 Standards mit 1.032 messbaren Kriterien (vgl. HOEFERT, 2007: 234).

„Die Grundphilosophie der Standards basiert auf den Prinzipien von Qualitätsmanagement und kontinuierliche Qualitätsverbesserung“ (JCI, 2008: 2). Das Ziel besteht in der Durchführung kontinuierlicher nachhaltiger Verbesserungsmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen. Eine internationale Arbeitsgruppe ist für die Entwicklung und Überarbeitung der internationalen JCI-Akkreditierungsstandards zuständig. Ärzte, Pflegekräfte, Administratoren und Experten aus der Gesundheitspolitik gehören der Arbeitsgruppe an und kommen aus sechs Regionen der Welt. Die Funktionen der Standards beziehen sich auf die Patientenbehandlung sowie auf die Bereitstellung eines sicheren, effizienten und gut geführten Organisationsumfeldes. Diese sind auf die gesamte Einrichtung anwendbar, wie auf einzelne Abteilungen, Einheiten und Dienstleistungen innerhalb der Einrichtung (vgl. JCI, 2008: 2f).

Die Unterteilung der Standards erfolgt in patientenbezogene und organisationsbezogene Standards, welche in Kapitel und Unterkapitel eingeteilt sind.

Die patientenbezogene Standards sind den folgenden Kapiteln zugeordnet:

- Zugang zur Kontinuität der Behandlung
- Patienten- und Familienrechte
- Assessment von Patienten
- Behandlung von Patienten
- Anästhesie und chirurgische Behandlung
- Management und Gebrauch von Medikamenten
- Schulung von Patienten und deren Angehörigen

Die Kapiteln der organisationsbezogenen Standards beziehen sich auf:

- Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit
- Präventions- und Infektionskontrolle
- Steuerung, Führung und Leitung
- Anlagenmanagement und Sicherheit
- Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung
- Kommunikations- und Informationsmanagement und
- die Internationalen Patientensicherheitsziele.

Wie sind Akkreditierungsstandards aufgebaut?

Der Aufbau wird in den Überblick und in das Kapitel „Standards, Absichten und messbare Elemente“ gegliedert. Die ME eines Standards sind jene Anforderungen des Standards und der dazugehörigen Absicht. Die Erfüllung der Maßnahmen spiegelt sich in der vollständigen Einhaltung der Standards. Die separate Auflistung der Elemente definiert die Anforderungen der Standards, weist Querverbindungen zu anderen Elementen der Standards auf und unterstützt die Mitarbeiter, sich auf die Akkreditierung vorzubereiten (vgl. JCI, 2008: 3).

5.1 Kommunikations- und Informationsmanagement (MCI)

Informationsmanagement bedeutet Schaffung, Einsatz, Weitergabe und Vernichtung von Daten oder Informationen sowie die effektive und effiziente Koordination der Aktivitäten innerhalb der Einrichtung (vgl. JCI, 2008: 240). Die Übersicht der MCI, wobei diese verwendete Abkürzung aus dem Englischen übernommen ist, nimmt Bezug auf die Kommunikation und der Weitergabe von Informationen. Die MCI beschreibt, dass die Patientenbehandlung und dessen Erfolg sehr stark von der Kommunikation und Weitergabe der Informationen im unmittelbaren Zusammenhang stehen. Eine fehlerhafte Kommunikation ist einer der Hauptgründe für Vorfälle in der Patientenbehandlung, welche die Patientensicherheit beeinträchtigt. Deshalb liegt das Hauptaugenmerk im Erhalten, Nutzen und Mangel der Informationen, um das Behandlungsergebnis für die Patienten in der gesamten Einrichtung zu verbessern. Daraus folgt, dass Information eine Ressource ist, die durch die Führungskräfte effektiv gemanagt werden muss.

Die Standards, Absichten und ME, die sich mit der Kommunikation befassen, sind in mehreren Unterkapiteln beschrieben:

- Kommunikation mit dem Gemeinwesen
- Kommunikation mit Patienten und Angehörigen
- Kommunikation zwischen Anbietern innerhalb und außerhalb der Einrichtung
- Führung und Planung
- Patientenakte
- Aggregation von Daten und Informationen (vgl. JCI, 2008: 219).

5.2 Kommunikation zwischen Anbietern innerhalb und außerhalb der Einrichtung sowie Führungsaspekte

Kommunikation zwischen Anbietern innerhalb und außerhalb der Einrichtung wird im Rahmen der Umsetzung der JCI-Standards mehrfach gefordert. Beispielhaft dafür sind die Unterkapitel, die fünf Standards beinhalten und auszugsweise werden zwei Standards vorgestellt.

MCI 4: „Die Kommunikation ist überall innerhalb der Einrichtung effektiv“

(JCI, 2008: 223). Die Absicht beschreibt, dass die Sicherstellung von effektiver Kommunikation eine Führungsaufgabe ist. Die Führungskräfte kommunizieren innerhalb und zwischen den Berufsgruppen, strukturellen Einheiten wie Abteilungen, zwischen Fachkräften und sonstigem Personal, zwischen Berufsgruppen und Angehörigen und achten auf eine genaue und zeitgerechte Informationsweitergabe.

Fünf ME definieren die Absicht, wie z.B. „Es existiert eine effektive Kommunikation zwischen den Bereichen der Einrichtung (siehe auch Zugang zur Kontinuität der Behandlung 2 [ACC]; ME 1).“

MCI 5: „Die Führungskräfte stellen sicher, dass effektive Kommunikation und Koordination zwischen den Personen und Abteilungen, die für klinische Leistungen verantwortlich sind, erfolgen“ (JCI, 2008: 224).

Die Absicht beinhaltet: Die Koordination und Integration der Patientenbehandlung liegt in der Wertigkeit der Führungskraft, welche die Kooperation und Kommunikation stärkt und die Kommunikation zwischen den Bereichen und Mitarbeitern fördert.

Zwei ME definieren die Absicht, wie z.B. „die Führungskräfte stellen die effektive und effiziente Kommunikation zwischen klinischen und nicht klinischen Abteilungen, Bereichen und Mitarbeiter sicher (siehe auch ACC 2.1; ME 1)“ (vgl. JCI, 2008: 223f).

Wie aus MCI 4 und 5 hervorgeht, laufen parallel Querverweisungen zu dem Standard der ACC und ME, die das Zusammenwirken der Standards wiedergeben.

Das Unterkapitel, Führung und Planung, umfasst zehn Standards mit den entsprechenden Absichten und den ME. Exemplarisch werden zwei Standards, MCI 9 und 10, dargestellt:

MCI 9: „Die Einrichtung plant und erstellt Informationsmanagementprozesse, um interne und externe Informationsbedürfnisse zu erfüllen“ (JCI, 2008: 226). Die Absicht beschreibt die Fähigkeit effektiver Planung der gesammelten Informationen und deren Verfügung, um die Nutzung der Informationen effektiv in der Patientenbehandlung einzusetzen. Daraus resultiert eine geplante Vorgehensweise, welche die Informationsbedürfnisse der Einrichtung und die Fähigkeit ermittelt, um Strategien des Informationsmanagements an allen Abteilungen zu implementieren (vgl. JCI, 2008: 226).

MCI 9 beschreibt vier ME wie z.B. „Die Informationsbedürfnisse aller an der Behandlung Beteiligten werden im Planungsprozess berücksichtigt“ (JCI, 2008: 226).

MCI 10: „Datenschutz und Vertraulichkeit von Informationen werden gewährleistet“ (JCI, 2008:226). Die Absicht besagt, dass die Einrichtung die Einhaltung des Datenschutzes und der Vertraulichkeit von Daten berücksichtigt (vgl. JCI, 2008: 226).

MCI 10 definiert vier ME wie z.B. „Es existiert eine Leit/Richtlinie für Datenschutz und Vertraulichkeit von Daten und Informationen, die auf geltenden Gesetzen und Regelungen aufbaut und mit ihnen im Einklang ist“ (JCI, 2008: 226).

5.3 Zusammenfassung

Die Gründung der JCI, die ein Teil der JCAHO ist, ermöglicht erst die Anwendung der Qualitätssicherung außerhalb der USA. Deren Grundsätze liegen in den Internationalen Patientensicherheitszielen, patientenbezogenen, organisationsbezogenen Standards und deren kontinuierlichen Verbesserung. Die Standards des Informations- und Kommunikationsmanagements nehmen Bezug auf die intradisziplinäre Kommunikation, Informations- und Datenweitergabe, um die Patientensicherheit in der Behandlung zu gewährleisten.

6 RECHTLICHE ASPEKTE

Folgende Rechtsquellen sollen einen Überblick über die Behandlungskontinuität und Informationsweitergabe der Patienten darlegen, welche in einer Vielzahl von Gesetzen sowohl in den Patientenrechten als auch in den Berufsgesetzen verankert ist.

Patientenrechte

Ein Auszug einzelner Gesetzestexte, die in der Patientencharta geregelt sind, bezieht sich u.a. auf das Recht auf Behandlung und Pflege und auf das Recht der Dokumentation, die in folgenden Artikeln enthalten sind.

- Art. 5 definiert die Kontinuität der Behandlung und Pflege, die durch organisatorische Maßnahmen zu wahren ist.
- Art. 13 regelt die gesundheitsbezogene Daten, die dem Datenschutz unterliegen und den beschäftigten Personen im Sanitätsbereich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Die Weitergabe von Informationen bedarf der Zustimmung des Patienten.
- Art. 21 erläutert die notwendige Dokumentation, um die diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen sicherzustellen (vgl. LANDESGESETZBLATT, 1999: Z1.-2V-VE-10/5-1999).

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

Im GuKG sind die Dokumentationspflicht § 5, die Verschwiegenheitspflicht § 6 und die Auskunftspflicht § 9 enthalten, die unmittelbar mit der Patientenbetreuung im Zusammenhang stehen.

§ 5 Pflegedokumentation besagt, dass Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bei Ausübung ihres Berufes von ihnen gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren sind. Die Dokumentationspflicht, die ebenfalls im § 10 KAKuG verankert ist, trägt zur Verbesserung der Pflegequalität bei (vgl. WEISS-FASSBINDER, 2006: 39).

§ 6 Verschwiegenheitspflicht: Zwischen pflegender Person und Patienten entsteht das Vertrauensverhältnis, welches die Basis für die Ausübung des Berufes bildet. Diese Bestimmung entspricht dem Recht auf Datenschutz. Die Verschwiegenheitspflicht trifft nicht jene Informationen, die für die Behandlungs- und Betreuungsprozesse der Patienten erforderlich sind (vgl. WEISS-FASSBINDER, 2006: 42f).

§ 9 Auskunftspflicht gemäß Abs. (2) besagt, dass die Auskunftspflicht gegenüber anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen zur funktionierenden interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen beiträgt. Die Auskunft ist auf das Ausmaß für die Behandlung und Pflege des betroffenen Menschen zu beschränken. Diese letztgenannte Auskunftspflicht soll sowohl der interdisziplinären Zusammenarbeit dienen als auch der gewissenhaften Betreuung der in Behandlung übernommenen Personen sicherstellen. In diesem Zusammenhang soll eine aus nicht ausreichender Information resultierende mangelhafte Behandlung bzw. kostenintensive und belastende Doppeluntersuchungen vermieden werden (vgl. WEISS- FASSBINDER, 2006: 49f).

6.1 Andere relevante Gesetze

Weitere Passagen aus Gesetzen nehmen Einfluss auf die Beständigkeit der Patientenbetreuung, wie z.B. Berufsgesetze im Gesundheitswesen, das KAKuG, Datenschutzgesetz, Strafgesetzbuch und Landesgesetze. Alle diese Gesetze beziehen sich auf die effiziente, lückenlose Versorgung unter Einhaltung der korrekten Informationsweitergabe zwischen den einzelnen Berufsgruppen.

6.2 Zusammenfassung

Die rechtlichen Aspekte umfassen insbesondere die Patientenrechte sowie GuKG, welches die Beständigkeit in der Patientenbehandlung und dessen Informationsfluss unter Beachtung der Verschwiegenheit beschreibt. Die Auskunftspflicht gegenüber den anderen Berufsgruppen dient der interdisziplinären Zusammenarbeit und der gewissenhaften Betreuung.

7 BESCHREIBUNG UND ERHEBUNG DES IST-ZUSTANDES

Der Ist-Zustand beschreibt die Organisation der Arbeitsabläufe an der Dialysestation. In der Erhebung des Ist-Zustandes werden die Instrumente der Befragung und deren Auswertung eingesetzt.

Die Verantwortlichkeiten und Aufgaben der Stationsleitung sind in der Arbeitsplatzbeschreibung festgehalten. Diese gliedert sich u.a. in das Organisationsmanagement, welches die patientenorientierte Strukturierung von Arbeitsabläufen, die EDV-gestützte Dokumentation und das Schnittstellenmanagement beinhaltet (Anhang 1: Intranet LKH Villach Arbeitsplatzbeschreibung Bereichsleitung/Stationsleitung). Das Einhalten der Richtlinie zur Verwendung der Patientendokumentation regelt die Zugriffsberechtigungen auf Patientendaten, die für einzelne Berufsgruppen klar vorgegeben sind. Der Zugriff der Patientendaten ist ausschließlich für Pflegepersonen der eigenen Abteilung genehmigt (Anhang 2: Intranet LKH Villach, Datenschutz-Richtlinie: 2).

Die folgende Beschreibung soll die organisatorischen Arbeitsabläufe der Dialysestation näherbringen. Die Einteilung der Patienten erfolgt in sogenannten Dialyseschichten, die in Wochentagen und im zeitlichen Beginn klar geregelt sind. Die Versorgung erfolgt in der Erhebung des Patientenstandes pro Dialyseschicht, welche ambulant oder stationär betreut werden. Im ambulanten Ablauf gibt es kaum Reibungsverluste, da die Kommunikation innerhalb der Einheit funktioniert. Die Informationen werden mündlich oder schriftlich weitergegeben. Erfolgt eine stationäre Aufnahme des Patienten an einem dialysefreien Tag, können die ersten Defizite auftreten. Dies verursacht, dass personelle, materielle und zeitliche Ressourcen nicht effizient genutzt werden können. Trotz EDV-gestützter Dokumentation können die stationären Aufnahmen eines dialysepflichtigen Patienten nicht immer nachvollzogen werden. Dieser verzögerte Informationsfluss erfordert den Prozess zu überdenken. Mit der Unterstützung der IT-Abteilung konnte die Einführung der Schaltfläche (Button) „Patienten im Patientendokumentation (Patidok) zur Dialyse weiterleiten“ die Planung erleichtern, da stationäre Patienten im Workflowmonitor farblich hinterlegt sind. Dieses Vorgehen erfolgt durch die aufnehmende Station. Erst diese Maßnahme ermöglicht eine lückenlose Dokumentation zwischen einem stationären und ambulanten Aufenthalt. Dieses Rundschreiben wurde an alle Stationen per E-Mail im Juli 2008 versandt (Anm. d. Verf.).

7.1 Datenerhebung

Die Ermittlung der Daten dient zur Erkennung von Schwachstellen, um Prozesse neu zu gestalten und damit die Qualität zu verbessern (Anm. d. Verf.).

Die häufigste eingesetzte Methode der Datenerhebung ist die schriftliche Befragung. Der Fragebogen wird als Forschungsinstrument angewandt, um Meinungen, Einstellungen, Positionen zu Themen zu erfassen. Quantitative Methoden dienen zur numerischen Darstellung empirischer Sachverhalte (vgl. RAAB-STEINER, 2008: 43f). Die Konstruktion eines Fragebogens erfordert im Vorfeld klare Entscheidungen über die Auswahl der Fragen und deren Gestaltung, sowie welche Art von Fragen gestellt werden soll. Prinzipiell kann zwischen geschlossenen und offenen Antwortformaten unterschieden werden, wobei es dazwischenliegende Mischformen gibt (vgl. RAAB-STEINER, 2008: 47f).

Der Fragebogen wurde deskriptiv quantitativ, standardisiert (geschlossene Fragen) und qualitativ (offene Fragen) erstellt. Die ersten acht Fragen sind als geschlossene formuliert, wodurch die Beantwortung mit „ja“ oder „nein“ vorgegeben ist. Die neunte Frage ist als Mischform verfasst, wobei die vorgegebene Antwortkategorie mit „ja“ oder „nein“ und zusätzlich eine offene Kategorie: „wenn ja“,...enthält. Die Antworten auf die offenen Fragen können mit eigenen Worten formuliert werden, wodurch das Ergebnis nicht beeinflussbar ist. Der Inhalt der Fragen bezieht sich auf Öffnungszeiten, Rufbereitschaft, Kommunikation, Nachvollziehbarkeit der elektronischen Pflegedokumentation und Verbesserungsvorschläge (Anhang 3: Begleitschreiben und Fragebogen).

Zuerst sind die Abteilungsleitungen der Pflege und der Betriebsrat über den Grund der Befragung informiert worden, die im Vorfeld das Begleitschreiben zum Fragebogen und den Fragebogen erhalten haben. Die Durchführung der Befragung fand von August bis Oktober 2009 statt. Die Zielgruppe waren die dienstführenden Leitungen der bettenführenden Stationen, welche freiwillig und anonym an der Befragung teilnehmen konnten. Der Rücklauf war 25 von insgesamt 30 ausgeteilten Fragebogen. Von diesen 30 Fragebogen wurden zwei nicht in der Auswertung berücksichtigt, da diese beiden nicht der definierten Zielgruppen zugeordnet werden konnten. Die Auswertung bezog sich auf 23 Fragebogen, die durch das Auszählen der Antworten ermittelt wurde (Anm. d. Verf.).

7.2 Ergebnisse der Befragung

In der Abbildung 4 sind die ersten drei Fragen zusammengefasst, welche die Thematik über „Allgemeine Informationen“ behandeln.

Die Frage 1, welche sich auf die Öffnungszeiten bezieht, wurde von 23 Teilnehmern zwölfmal positiv bewertet, das entspricht knapp die Hälfte der Befragten. Das Ergebnis der zweiten Frage über die Information der Rufbereitschaft wies durch vier bejahte Antworten auf einen bestehenden Informationsmangel hin, wobei dieser durch einen Hinweis auf unzureichende Weitergabe bei Einführung der Rufbereitschaft entstanden ist. Die Frage 3 wurde von den Befragten positiv beantwortet, jedoch wurden zwei Ergänzungen hinzugefügt. Die erste Anmerkung bezog sich auf die Erhebung der Pflegeanamnese und die zweite wies auf die Information des Patienten oder seiner Angehörigen hin oder die aufnehmende Station informierte die Dialysestation über den stationären Aufenthalt.

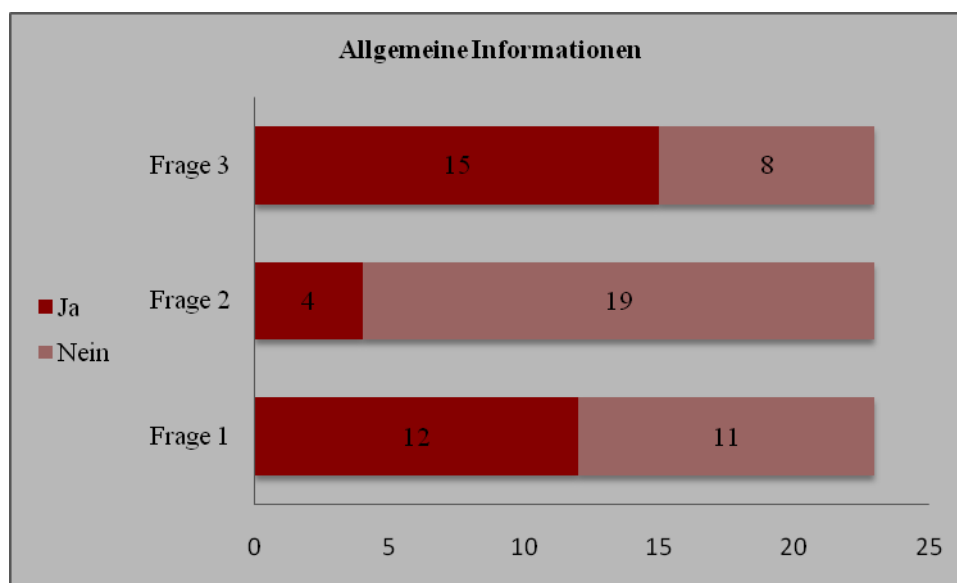


Abbildung 4: Allgemeine Informationen

Das Balkendiagramm der Abbildung 5 zeigt die Beantwortung der Fragen 4 und 6, die sich auf die „intradisziplinären Kommunikation“ beziehen. Die Frage 4 beinhaltet die organisatorische Planung. Folgende Anmerkungen wurden hinzugefügt, wie „erfolgt telefonisch“ oder „bei Bedarf“. Eine Antwort, die mit Nein bewertet wurde, wurde nicht näher erläutert. Zwei Teilnehmer konnten keine Angaben machen, da die Befragten, „noch nie einen dialysepflichtigen Patienten betreut haben.“ Die Frage 6 bezieht sich auf die

intradisziplinäre Kommunikation zwischen Pflegepersonen, welche von den Teilnehmern sehr positiv beurteilt wurde.

Unter anderem wurden folgende Antworten ergänzt, wie „wenn Auskunft gebraucht wird“ oder „kann nicht beantwortet werden.“

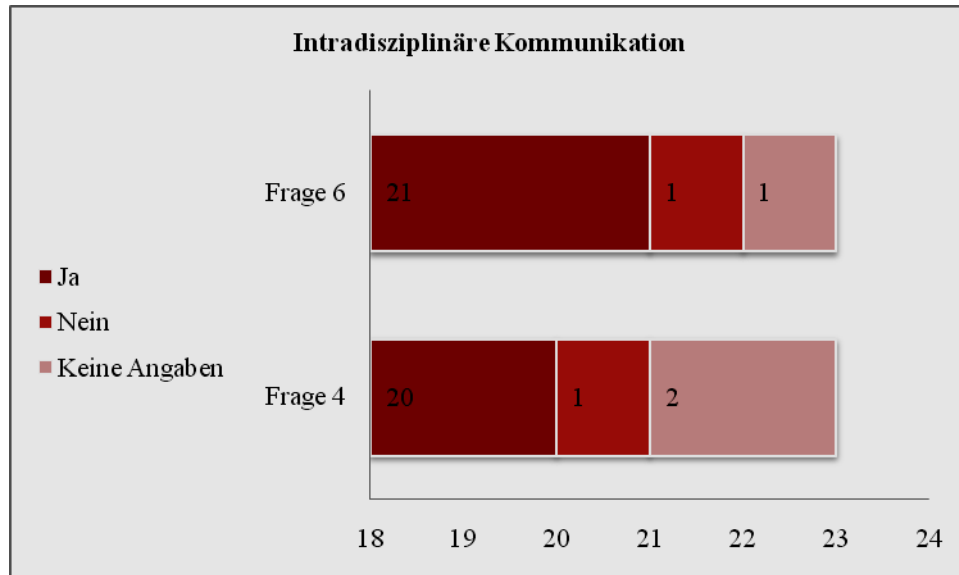


Abbildung 5: Intradisziplinäre Kommunikation

Die Fragen 5, 7 und 8, die sich mit der Thematik der „Nachvollziehbarkeit der elektronischen Dokumentation“ befassen, stellt die Abbildung 6 dar. Die Frage 5, die bereichsübergreifende Dokumentation beinhaltet, war für die Mehrheit der befragten Teilnehmer nicht nachvollziehbar. Daraus ergaben sich folgende zusätzliche Antworten, wie „manchmal nicht“, „nicht relevant“ und „keinen dialysepflichtigen Patienten betreut“. Der Inhalt der Frage 7 bezieht sich auf die Einführung „Weiterleiten eines stationären, dialysepflichtigen Patienten“, wobei mehr als die Hälfte der Befragten mit Nein antwortete. Die Frage 8 nimmt Bezug auf die „Verbesserungswürdigkeit in der Vorgehensweise des Weiterleitens“, wobei 52% der Befragten sich für Verbesserungen in der Vorgehensweise aussprachen.

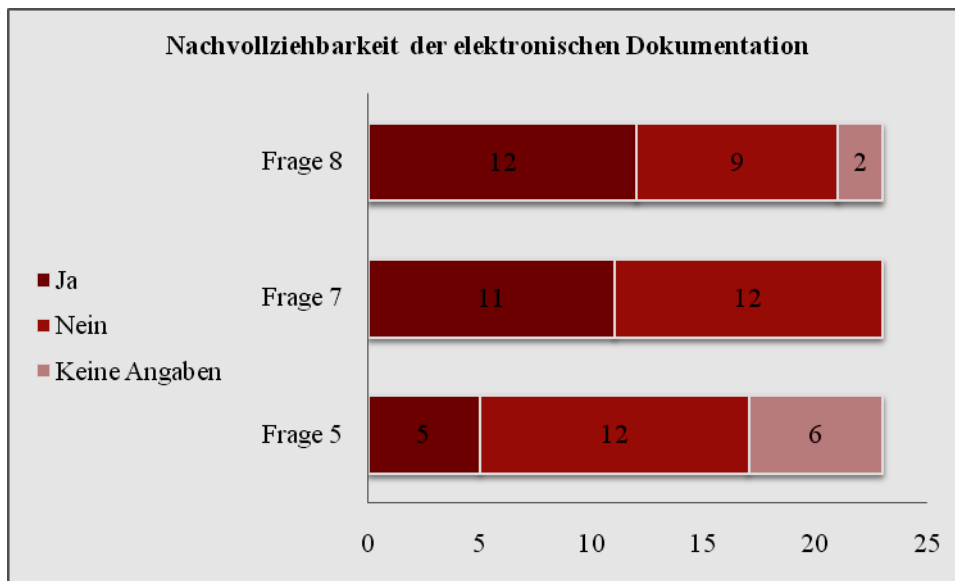


Abbildung 6: Nachvollziehbarkeit elektronischen der Dokumentation

Die Frage 9 bezieht sich auf die „Verbesserung der Kommunikation“, welche mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden kann und beinhaltet die Möglichkeit ergänzende Antworten zu geben. Die vier Antwortkategorien der offenen Fragen beziehen sich auf fixe Ansprechperson, regelmäßige Teambesprechung, Informationsabende und Informationsmaterial.

Fixe Ansprechperson wurde von der Mehrheit positiv bewertet. Folgende Aspekte für eine fixe Ansprechperson wurden von den Befragten festgehalten, die nach gereihter Häufigkeit aufgezählt werden:

- Stationsleitung
- diensthabender Oberarzt
- zuständige Pflegefachkraft.

Das Interesse zu „regelmäßigen Teambesprechung“ wurde durch diese Antworten eindeutig geklärt, dass eine Minderheit der Befragten sich eine Besprechung vorstellen könnte. Die offenen Fragen wurden mit folgenden Vorstellungen wie „einmal im Monat“, „jedes 2.Monat“, „wäre interessant“ und „bei Pflegeprobleme, die gemeinsam zu lösen sind“ beantwortet.

Die Informationsabende wurden zehnmal mit Ja, elfmal mit Nein und zweimal unbeantwortet beantwortet. Folgende Themen wurden bei den offenen Fragen für einen Informationsabend vorgeschlagen:

- allgemeine Informationen

- Ablauforganisation
- Problemstellungen
- Notfalldialyse
- Rufbereitschaft, wann und wer informiert wen?
- Dialysearten
- für neue Mitarbeiter und
- Neuigkeiten.

14 von 23 empfanden, dass Informationen anhand der vorangegangenen Fragen in einem Folder oder einer Broschüre erarbeitet werden sollten. Folgende Schwerpunkte sollten nach Mitteilung der Teilnehmer beinhalten:

- Öffnungszeiten, Rufbereitschaft, allgemeine Informationen
- wichtige Telefonnummern
- Ablauforganisation und Behandlungsablauf sowie
- Kurzzusammenfassung über die Dialyse.

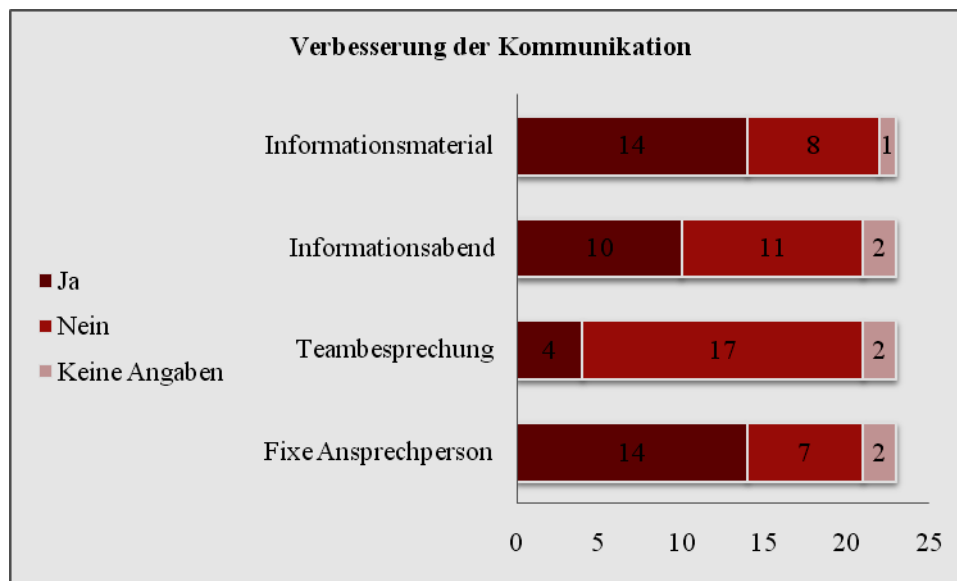


Abbildung 7: Verbesserung der Kommunikation

7.3 Zusammenfassung

Dieses Kapitel stellt die organisatorische Planung der Patientenversorgung dar und die Erhebung des Ist-Zustandes ist mit dem Instrument der schriftlichen Befragung ermittelt worden. Die Ergebnisse der Auswertung sollen die Prozesse in der Behandlungskontinuität und die kommunikative Zusammenarbeit verbessern.

8 PROZESSOPTIMIERUNG

Um die Ergebnisse des Fragebogens zu praxisrelevanten Veränderungen zu nutzen, sind folgende theoretische Ansätze hilfreich. „Unter dem Begriff Optimierung wird im Allgemeinen die Verbesserung eines bisherigen Zustands in Richtung des bestmöglichen Zustands, des Optimum, verstanden. Dieser Verbesserungsanspruch gilt in gleichem Maße auch für den Begriff der Prozessoptimierung“ (GREILING, 2007: 40).

Der Prozess orientiert sich an die Abfolgen und Wechselbeziehung von Tätigkeiten. Daraus resultiert folgende Grundsatzfrage, wie ist es zu tun und nicht was ist zu tun.

Das Fragewort Wie ist der Schlüssel zum Erfolg, welches ein Optimum an Qualität erzielen lässt. Prozesse orientieren sich an den Strategien des Unternehmens. Anhand von Kennzahlen und Zielen werden Arbeitsabläufe überwacht. Prozessziele, Festlegen von Verantwortlichkeiten, Zuordnung von Mitteln und Ressourcen sowie Kennzahlen sichern den Erfolg im QM (vgl. CONZENZ et al., 2009: 255f).

8.1 Prozessmanagement

Greiling definiert Prozessmanagement: „Prozessmanagement ist als Instrument der Unternehmensführung zu verstehen, das auf prozessorientierten Denken und Handeln basiert“ (GREILING, 2007: 46). Die Zielerreichung unterliegt der Identifikation der Bedürfnisse und Wünsche der Kunden, wobei alle Prozesse auf die Kundenzufriedenheit auszurichten sind. Zur Durchführung des Prozessmanagements gibt es verschiedene Vorgehensmodelle, wobei nicht auf alle im Einzelnen eingegangen werden kann (vgl. GREILING, 2007: 46).

Ein exemplarisch dargestelltes Modell zeigt die Vorgehensweise in fünf Prozessschritten in chronologischer Reihenfolge.

Der erste Schritt legt fest, dass für den Prozess nur eine Person verantwortlich sein kann. Die Aufgabe besteht darin, den Prozess zu definieren, zu messen, zu steuern und kontinuierlich zu verbessern.

Der zweite Schritt beschreibt den Prozess mit den Elementen des Prozessmanagement-Modells, der die Kunden und Zulieferer erkennt, Prozessgrenzen und Nahtstellen feststellt sowie die Prozessabläufe formuliert.

Im dritten Schritt findet der Vergleich zwischen Anforderung an einen Prozess und dem tatsächlichen Prozess statt, wobei die messbaren Merkmale und Methode aufgezeigt werden.

Der vierte Schritt beinhaltet die Prozessbeherrschung u.a:

- Erreichung der Kundenanforderung
- keine signifikanten Prozessabweichungen
- Durchführung notwendiger Korrekturmaßnahmen

Der fünfte Schritt umfasst den kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der erst durch die Beherrschung der Abläufe möglich ist und die Qualität steigt durch die Optimierung (vgl. GREILING, 2007: 46ff).

8.2 Projektarbeit

„Die Projektarbeit bzw. das Projektmanagement mit seinen vielfältigen Möglichkeiten schafft in allen Bereichen der Pflege und darüber hinaus langfristig die Basis für ein deutlich verbessertes Miteinander sowohl intra- als auch interdisziplinär“ (CONZENZ et al., 2009: 276). Dadurch kann sich ein neuer Teamgedanke über den eigenen Berufsstand entwickeln. Ein weiterer Aspekt ist, dass die sogenannten Insellösungen verhindert werden können, indem gemeinsame Ziele in der Projektarbeit im Interesse aller liegen (vgl. CONZENZ et al., 2009: 276).

Der Projektablauf gliedert sich in vier Hauptphasen, wobei diese in einzelne Entwicklungsphasen unterteilt werden. Die zusätzlich entstehenden Phasen werden als Meilensteine definiert und diese bilden den Abschluss der einzelnen Projektphasen.

- Die erste Phase ist die Festlegung eines Projektes, in der alle Tätigkeiten erfasst werden, um das Projekt starten zu können. Die Grobplanung entsteht durch die Auswertung der Ist-Analyse, die ihre Ziele auf das Gesamtprodukt der Wirtschaftlichkeit und Durchführbarkeit überprüft und definiert werden.
- Die zweite Phase ist die Planung, in der die einzelnen Tätigkeiten und der zeitliche Ablauf festgelegt werden. Die Detailplanung dient der organisatorischen und inhaltlichen Vorbereitung des Projektes. Die Analyse der vorhandenen Ressourcen, zu erwartenden Kosten und Risiken sind die Grundlagen für eine erfolgreiche Durchführung.
- Die dritte Phase ist die Durchführung, die als Aufgabe die Steuerung und Realisierung des Projekts besitzen. Die Projektleitung übernimmt das Controlling,

in dem die Ist-Daten mit den Planungsdaten verglichen werden und bei Abweichungen eine sofortige Planungsänderung neu entschieden werden kann.

- Die vierte Phase ist der Abschluss, welche die Qualitätsprüfung am Ende des Projektes beinhaltet. Das Projektergebnis wird mit den geplanten Zielen verglichen, dokumentiert, präsentiert und den Auftraggeber übergeben. Nach der Freigabe des Berichtes wird das Projektteam entlassen (vgl. CONZENZ et al., 2009: 274).

8.3 Implementierung

Im Rahmen der Abschlussarbeit wird die Auswertung der Befragung sowie der erarbeitete Verlegungsbericht (Anhang: 5) und der Informationsfolder, „das Dialyseteam LKH Villach“ (Anhang: 6), von der Stationsleitung der Dialysestation mit Absprache der Abteilungsleitung der Pflege in der Stationsleitungssitzung präsentiert. In diesem Zusammenhang werden die Stationsleitungen über die Planung des Projektes informiert, welches als Pilotprojekt an der medizinischen Abteilung implementiert werden soll. Das Projektziel soll anhand des Aktionsplanes erreicht werden, der den organisatorischen und zeitlichen Projektablauf festlegt. Die Implementierung übernimmt die Stationsleitung in der Funktion als Projektleitung, die für die Einhaltung des Zeitrahmens und der Planung die Verantwortung trägt. Das Projektteam setzt sich aus den dienstführenden Leitungen zusammen. Die Abteilungsleitung wird regelmäßig über die erreichten Zwischenziele informiert.

Der Ablauf des Aktionsplanes erfolgt in vier Phasen:

- 1. Festlegung: In der Stationsleitungssitzung werden die Ergebnisse der Befragung, Verlegungsbericht und Informationsfolder vorgestellt. Der nächste Schritt beinhaltet die Vorstellung und Grobplanung des Projektes und überprüft die Durchführbarkeit. Notwendige Veränderungen des Verlegungsberichtes und Informationsfolders werden in der nächsten Sitzung analysiert und korrigiert.
- 2. Planung: Die Projektleitung und das Projektteam erstellen den Strukturplan, der sich aus der Summe wie z.B. Terminpläne, Ressourcenpläne und Kostenpläne zusammensetzt.
- 3. Durchführung: Das Projektteam informiert die Mitarbeiter über den Beginn der Einführung des Verlegungsberichtes und Informationsfolders in einer Teamsitzung.

- 4. Abschluss: Das Projektteam überprüft die Zielerreichung des Ist-Zustandes, reflektiert die gesetzten Maßnahmen und legt fest, ob Änderungen notwendig sind oder nicht.

Nach Abschluss des Projektes verfasst die Projektleitung den Bericht und leitet diesen an die Abteilungsleitung und Pflegedirektion weiter. Nach Freigabe des Pilotprojektes soll der Einsatz des Verlegungsberichtes und Informationsfolder an den bettenführenden Stationen eingeführt werden.

1. Sitzung: Abteilungsleitung und Stationsleitung stellen in der Stationsleitungsbesprechung das Projekt vor	Vorbereitung: Präsentation der Ergebnisse der Befragung, des Verlegungsberichtes und des Informationsfolders, Analyse von notwendigen Veränderungen	Dezember 2009
2. Sitzung: Projektleitung und Projektteam	Planung: Erstellen des Strukturplanes	Jänner 2010
3. Sitzung: Projektleitung und Projektteam	Durchführung: Information der Mitarbeiter über die Einführung des Verlegungsberichtes und Informationsfolders an den Stationen der medizinischen Abteilung	März 2010
4. Sitzung: Projektleitung und Projektteam	Abschluss: Überprüfung der Zielerreichung Reflexion der gesetzten Maßnahmen, Festlegung von Veränderungen	Juni 2010

Abbildung 8: Aktionsplan zur Einführung des Verlegungsberichtes und Informationsfolders

8.4 Zusammenfassung

Theoretische Grundlagen der Prozessoptimierung und des Prozessmanagements beschreiben die Grundsätze der Optimierung, um die bisherigen Abläufe verbessern zu können. Die Ergebnisse der Datenerhebung ermöglichen die Schwachstellen durch gezielte Projektarbeit zu ändern, die in den einzelnen Projektphasen des Aktionsplanes organisiert sind.

9 SCHLUSSFOLGERUNG

Ausgehend von der Motivation sich mit der Thematik des Nahtstellenmanagements zu beschäftigen, ist die Komplexität des Themas erkennbar, die eine Einschränkung auf den Focus intradisziplinären Kommunikation erfordert. Die Antwort auf die Frage, wie soll der Bereich der Dialyse mit Bereichen an den Abteilungen kommunizieren, führt mit der Erhebung der Daten zu folgenden Ergebnissen.

Die Leistung zwischen ambulanter und stationärer Betreuung des Patienten muss auf der Ebene der Führungskräfte gemanagt werden. Es setzt Kommunikation und Kooperation der Leistungserbringer voraus. Die Schwachstellen, welche durch unterschiedliche Organisationsstrukturen entstehen, kann durch zeitgerechte Weitergabe von wichtigen Informationen und Patientendaten beeinflusst werden. Ein Versuch der Prozessoptimierung wurde mit der Entwicklung des pflegerischen Verlegungsberichtes für Dialysepatienten meinerseits unternommen. Weiters habe ich einen Folder, bezogen auf allgemeine Informationen betreffend der Dialyse, für Mitarbeiter des gehobenen Dienstes aller Stationen entwickelt. Mit Hilfe des Aktionsplanes soll die Implementierung verwirklicht und vollzogen werden.

Die Beantwortung der Frage, welche Ergebnisse in der Kommunikation erzielt werden, besteht in der ständigen Durchführung kontinuierlicher Verbesserungsmaßnahmen. Diese liegen in der Dokumentation, der Patientenzufriedenheit, sowie im gezielten Einsatz von Zeitressourcen und Personalressourcen. Meine Abschlussarbeit weist darauf hin, dass die Verbesserung und Weiterentwicklung der intradisziplinären Kommunikation und Kooperation zwischen den Nahtstellen von grosser Bedeutung für die Zukunft ist.

Folgendes Sprichwort beendet meine Abschlussarbeit und bezieht sich auf die Zusammenarbeit.

Zusammenkommen ist ein Beginn,

Zusammenbleiben ist ein Fortschritt,

Zusammenarbeit ist ein Erfolg.

(Henry Ford -amerikanischer Industrieller 1863-1947)

10 LITERATURVERZEICHNIS

- CONZEN, C.; FREUND, G.; OVERLANDER, G.** (2009): Pflegemanagement heute; Ökonomie, Personal, Qualität: verantworten und organisieren.- In: CONZEN (Hrsg.): Kommunikation im Führungsalltag, 1.Aufl., München, Jena; Urban & Fischer Verlag S. 255- 256, 264, 274, 276, 372- 373, 403- 404.
- HOEFERT, H. W.** (2007): Führung und Management im Krankenhaus. 2., vollständig überarbeitete Aufl. Göttingen, Bern, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, Amsterdam, Kopenhagen, Hogrefe Verlag.
- GREILING, M.** (2007): Patientenbehandlungspfade optimieren- Prozessmanagement im Krankenhaus. 2. überarbeitet und erweiterte Aufl. Kulmbach, Baumann Fachverlage.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL.** (2008): Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser. 3.Aufl..
- MEGGENER, O.** (2003): Unter-, Über-, und Fehlversorgung. Vermeidung und Management von Fehlern im Gesundheitswesen. – In: MEGGENER (Hrsg.) (2003): Schnitt, Naht oder Brücke – Daten, Informations- und Wissensprozesse an Systemgrenzen in der Krankenbetreuung. Frankfurt am Main, Mabuse- Verlag S.177- 179, 182- 183.
- LEONI-SCHEIBER, C.** (2004): Der angewandte Pflegeprozess. Wien, Facultas Universitätsverlag.
- KLAMING, M.,** Schulungsunterlagen (2009): Landesgesetzblatt für Kärnten, Sicherstellung der Patientenrechte, Basales und mittleres Management Klagenfurt.
- RAAB-STEINER, E.; BENESCH, M.** (2008): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung, 1.Aufl. Wien, facultas.wuv Universitätsverlag.
- WAGNER, K. W.; KÄFER, R.** (2008): PQM Prozessorientiertes Qualitätsmanagement. Leitfaden zur Umsetzung der neuen ISO 9001. 4., komplett überarbeitete und erweiterte Aufl. München, Carl Hanser Verlag.
- WALLNER, J.** (2004): Ethik im Gesundheitssystem. 1.Aufl. Wien, Facultas Universitätsverlag.
- WEISS-FASSBINDER, S.; LUST; A.** (2006): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG. samt ausführlichen Erläuterungen. 5. überarbeitete und aktualisierte Aufl. Wien; Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.
- ZWIERLEIN, E.** (1997): Klinikmanagement. Erfolgsstrategien für die Zukunft. 1.Aufl. München, Wien, Baltimore, Urban & Schwarzenberg Verlag.

Internetquellen:

REGIERUNGSVORLAGE: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/I/I_00308/fname_090352.pdf (30.07.2009 17:40)

http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXXIII/I/I_00808/fname_090354.pdf
(30.07.2009 17:50)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Kommunikation> (09.09.2009 12:15)

LKH VILLACH AKKREDITIERUNG <http://www.lkh.vil.or.at/954.html> (06.07.2009 19:15)

LKH VILLACH ORGANISATION <http://www.lkh.vil.or.at/119.html> (06.07.2009 19:20)

ANHANG

Anhang 1: LKH Villach, Arbeitsplatzbeschreibung Bereichsleitung/ Stationsleitung

Anhang 2: LKH Villach, Datenschutz-Richtlinie

Anhang 3: Begleitschreiben und Fragebogen

Anhang 4: Auswertung

Anhang 5: Verlegungsbericht

Anhang 6: Das Dialyseteam LKH Villach



Arbeitsplatzbeschreibung Stationsleitung/Bereichsleitung

Pflegedirektion
Kornelia Fiausch, MAS

A-9500 Villach
Nikolaigasse 43
T: +43/(0)4242/208-2219
F: +43/(0)4242/208-2103
E: fiausch@lkh-vil.or.at

Dienstnehmer:	
Bezeichnung des Arbeitsplatzes:	Arbeitsbereich:
Qualifikation: Erfolgreicher Abschluss in der Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege Erfolgreicher Abschluss in der Ausbildung zur Hebamme Angemessene fachliche Qualifikation/Berufspraxis laut Stellenausschreibung Führungsqualifikation, Verantwortungsbereitschaft, Organisationstalent, Kooperationsbereitschaft Erfolgreicher Abschluss bzw. die Absolvierung der Sonderausbildung für basales und mittleres Management oder des Hochschullehrganges für leitende Fachkräfte im Gesundheitswesen zum nächstmöglichen Termin	
Zielsetzung: Sicherstellung einer umfassenden individuellen Pflege in entsprechender Qualität unter Wahrung der Patientenrechte; Optimierung der Organisationsabläufe, sowie wirtschaftlicher Einsatz der zu Verfügung stehenden Ressourcen; Förderung der Mitarbeiterentwicklung. Die Tätigkeit hat im Sinne des Villacher Modells [®] des patientenorientierten Qualitätsmanagements und der Gesamtzielsetzung des Hauses und der Abteilung/ Station/Bereich zu erfolgen. Dies wird unter anderem durch Besprechungen, Reflexion im Rahmen von Informationsveranstaltungen für neue Mitarbeiter, neuer Weg, Stationsleitungskonferenzen, Abteilungskonferenzen und Teambesprechungen gewährleistet.	



Aufgaben und Verantwortung:

In Abstimmung mit der Abteilungsleitung Pflege zuständig für

- die Sicherung einer zeitgemäßen Pflegequalität, unter besonderer Berücksichtigung des eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereiches des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege
- die Einhaltung aller arbeitsrechtlich/berufsrechtlich geltenden Gesetze und der geltenden Betriebsvereinbarungen

Pflegemanagement (unter Berücksichtigung des K-LVBG § 13):

- Mitwirkung zur Optimierung des Patientenmanagements, interne Patientensteuerung
- Mitwirkung bei Visitenabläufen
- Umsetzung des Pflegeprozesses
- Sicherstellung der Effizienz der Pflegeleistungen
- Wahrung und Sicherstellung der Patientenrechte und Einhaltung ethischer Normen
- Setzen von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung
- Mitwirken an Pflegeforschung, Ermittlung statistischer Daten nach Vereinbarung mit der Abteilungsleitung/Pflege

Mitarbeitermanagement:

- Einsatz des Personals nach Qualifikation und Pflegebedarf, Dienstplangestaltung, Freizeitgestaltung nach gesetzlichen Vorgaben und internem Dienstplansystemhandbuch (z.B. MSG, AZG, ...)
- Mitarbeitereinführung
- Informationswesen
- Mitarbeiterentwicklung durch zielorientierte Mitarbeitergespräche nach geltenden Regeln des Hauses
- Mitarbeiterbeurteilungen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten und Pflichten und in Abstimmung mit der Abteilungsleitung
- Planung von Fort- und Weiterbildungen im Bereich zur Mitarbeiterförderung
- Organisation und Anleitung der Auszubildenden

Organisationsmanagement:

- Patientenorientierte Strukturierung von Arbeitsabläufen
- EDV gestützte Dokumentation (patienten-/mitarbeiter-/und organisationsorientiert)
- Regelmäßiges Berichtswesen an die Abteilungsleitung Pflege
- Schnittstellenmanagement

Wirtschafts- und Kostenmanagement:

- Effizienter Einsatz personaler, materieller und zeitlicher Ressourcen
- Überwachung und/oder Unterweisung der geltenden Hygienerichtlinien, Unfallverhütungsmaßnahmen, Brandschutzmaßnahmen, Krisen- und Notfallmaßnahmen
- Anforderung, Verwaltung und Lagerhaltung von pflegerischen, medizinischen Materialien und medizinischen Geräten nach ökonomischen Gesichtspunkten
- Riskmanagement und Schadensbegrenzung

<p>Qualitätsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung, Unterstützung, Umsetzung und Überwachung des Pflegeprozesses unter Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen • Erstellung von pflegerischen/prozessorientierten Richt-/Leitlinien und Standards, deren Anwendung und deren fortlaufende Modifizierung • Evaluierung von Qualitätsmaßnahmen zur Qualitätssicherung • Organisation, Teilnahme und konstruktive Mitarbeit in Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln • Verantwortungsvolle Umsetzung von Gesetzen, Verordnungen und Unternehmensgrundsätzen
<p>Fort- und Weiterbildung:</p> <p>Lt. GUKG §63 im Ausmaß von 40 Stunden in 5 Jahren zur Vertiefung der erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten und zur Einholung von Informationen über neueste Entwicklungen und Erkenntnisse der pflege- und medizinischen Wissenschaft. Die spezielle Schwerpunktsetzung erfolgt gemeinsam mit der Abteilungsleitung Pflege.</p>
<p>Vorgesetzte:</p> <p>PflegedirektorIn Abteilungsleitung Pflege</p>
<p>Gleichgestellte Mitarbeiter:</p> <p>Stationsleitungen/Bereichsleitungen</p>
<p>Nachgeordnete Mitarbeiter:</p> <p>Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und gehobener Dienst mit Sonderausbildung für die Ausübung von Spezialaufgaben Hebamme PflegehelferIn Sanitätshilfsdienste SchülerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege NostrifikantInnen PraktikantInnen der Sonderausbildungslehrgänge und Pflegehelferlehrgänge Zivildienstler Wirtschaftstransportdienste bezüglich der Sicherstellung des Transportes von Gütern (Speise- und Wäscheversorgung, Müllentsorgung,...) Reinigungsdienste bezüglich der Arbeitsabläufe und Wahrnehmung der Hygienemaßnahmen</p>

Die Arbeitsplatzbeschreibung dient der zusammenfassenden Darstellung der Anforderungen lt. GuKG und den Anforderungen des Hauses, welche Sie mit Ihrer Funktion verbinden.

Zur Kenntnis genommen

Ort, Datum:

PflegedirektorIn

Abteilungsleitung Pflege

Stationsleitung Pflege

Verfasser: Stabstelle Christa Braun, Abteilungsleitungen Pflege.

Direktorium

A-9500 Villach
Nikolaigasse 43
T: +43/(0)4242/208-2203
F: +43/(0)4242/208-2103
E: office@lkh-vil.or.at

Datenschutz-Richtlinie

a) Verschwiegenheitspflicht

Alle in einer Krankenanstalt Beschäftigten oder in Ausbildung stehenden Personen sind zur Verschwiegenheit über alle die Krankheit von Pflinglingen betreffenden Umstände und über ihre persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse, die ihnen in Ausübung ihres Berufes oder im Zusammenhang mit ihrer Ausbildung bekannt geworden sind, verpflichtet. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit besteht auch nach Auflösung des Dienstverhältnisses weiter.

Die Vorschriften zur Verschwiegenheitspflicht erhält jeder Mitarbeiter bei Dienstantritt mit der Mitarbeiterbroschüre (S. 14).

b) Datenschutzgesetz

Das Datenschutzgesetz (BG-Nr. 165/1999 / § 1, 9, 15) regelt:

- Geheimhaltung von Daten aufgrund der berufsmäßigen Beschäftigung;
- Fortdauer des Datengeheimnisses nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses;
- Vorgehensweise beim Verstoß gegen Bestimmungen.
- Übermittlung von Daten:
Wenn Mitarbeiter des LKH Villach vom Gericht aufgefordert werden, Daten weiterzuleiten, so sind sie verpflichtet, sich mit der jeweiligen Direktion in Verbindung zu setzen.

c) Handhabung von Daten

Detaillierte Regelungen bezüglich der Handhabung von Daten sind dem IT-Sicherheits-handbuch zu entnehmen, welches folgende Schwerpunkte enthält:

- IT-Handbuch für User,
- IT-Handbuch für Administratoren,
- IT-Handbuch Notfall,
- Richtlinien IT-Projektmanagement,
- Richtlinien IT-Beschaffung,
- Richtlinie Datensicherung,
- IT-Richtlinie Hotline,
- IT-Security-Räume.



Das IT-Handbuch für User erhält jeder neue Mitarbeiter bei Dienstantritt von der Personalabteilung und der Pflegedirektion.

d) Richtlinie zur Verwendung des PATIDOK

Zugriffsberechtigung:

Aufgrund des PATIDOK-Berechtigungskonzeptes ergeben sich unterschiedliche Zugriffsrechte auf Patientendaten für Ärzte, Pflegepersonal, Sekretärinnen und Abrechnungspersonal:

1. Ärzte haben abteilungsübergreifende Zugriffsrechte auf Patientendaten. Spezielle Dokumente können allerdings so gesperrt werden, dass der Zugriff ausschließlich vom im System abgespeicherten Arzt (oder einer Gruppe von Ärzten) möglich ist.
2. Das Pflegepersonal ist berechtigt, ausschließlich auf Patientendaten der eigenen Abteilung zuzugreifen.
3. Das Sekretariat hat abteilungsübergreifende Zugriffsrechte auf der Leistungsseite des Patienten, da Konsiliarbefunde ebenfalls verbucht und dokumentiert werden müssen.
4. Die Rechnungsabteilung hat nur Zugriff auf die Patientenstammdaten sowie auf die Versicherungsdaten.
5. Der Zugriff auf das Netzwerk des LKH Villach ist auf Firmen zu Wartungszwecken beschränkt. Nach dem grundsätzlichen Zugang zum Netzwerk sind alle anderen Pfade – ausgenommen die, welche für Wartungszwecke notwendig sind – gesperrt und mit Benutzeridentifikationen und Passwörtern abgesichert.

Weitere Erläuterungen zu Berechtigungen und Verwendung des PATIDOK sind im IT-Handbuch für User zusammengefasst.

e) Richtlinie zur Erteilung von patientenbezogenen Auskünften

Im Rahmen der Anamnese wird der Patient befragt, wer Auskunft medizinischer oder pflegerischer Art unter Berücksichtigung der Verschwiegenheits- und Datenschutzpflicht erhalten darf.

Im LKH Villach wurde ein Codesystem eingeführt:

- Der Patient legt mittels eines Codes fest, wer Auskunft erhalten darf. Der Code wird bei der Aufnahme des Patienten festgelegt und dokumentiert. Er selbst gibt den Code weiter.
- Der Patient bestimmt, dass niemand Auskunft erhält, auch nicht über den Aufenthalt im Krankenhaus. Diese Vorgehensweise wird anhand des Buttons VIP im Patientenstammblatt geregelt.
- Der Patient nimmt das Codesystem nicht in Anspruch. Hier gilt die allgemeine Verschwiegenheits- und Datenschutzpflicht.

Das IT-Handbuch für User erhält jeder neue Mitarbeiter bei Dienstantritt von der Personalabteilung und der Pflegedirektion.

d) Richtlinie zur Verwendung des PATIDOK

Zugriffsberechtigung:

Aufgrund des PATIDOK-Berechtigungskonzeptes ergeben sich unterschiedliche Zugriffsrechte auf Patientendaten für Ärzte, Pflegepersonal, Sekretärinnen und Abrechnungspersonal:

1. Ärzte haben abteilungsübergreifende Zugriffsrechte auf Patientendaten. Spezielle Dokumente können allerdings so gesperrt werden, dass der Zugriff ausschließlich vom im System abgespeicherten Arzt (oder einer Gruppe von Ärzten) möglich ist.
2. Das Pflegepersonal ist berechtigt, ausschließlich auf Patientendaten der eigenen Abteilung zuzugreifen.
3. Das Sekretariat hat abteilungsübergreifende Zugriffsrechte auf der Leistungsseite des Patienten, da Konsiliarbefunde ebenfalls verbucht und dokumentiert werden müssen.
4. Die Rechnungsabteilung hat nur Zugriff auf die Patientenstammdaten sowie auf die Versicherungsdaten.
5. Der Zugriff auf das Netzwerk des LKH Villach ist auf Firmen zu Wartungszwecken beschränkt. Nach dem grundsätzlichen Zugang zum Netzwerk sind alle anderen Pfade – ausgenommen die, welche für Wartungszwecke notwendig sind – gesperrt und mit Benutzeridentifikationen und Passwörtern abgesichert.

Weitere Erläuterungen zu Berechtigungen und Verwendung des PATIDOK sind im IT-Handbuch für User zusammengefasst.

e) Richtlinie zur Erteilung von patientenbezogenen Auskünften

Im Rahmen der Anamnese wird der Patient befragt, wer Auskunft medizinischer oder pflegerischer Art unter Berücksichtigung der Verschwiegenheits- und Datenschutzpflicht erhalten darf.

Im LKH Villach wurde ein Codesystem eingeführt:

- Der Patient legt mittels eines Codes fest, wer Auskunft erhalten darf. Der Code wird bei der Aufnahme des Patienten festgelegt und dokumentiert. Er selbst gibt den Code weiter.
- Der Patient bestimmt, dass niemand Auskunft erhält, auch nicht über den Aufenthalt im Krankenhaus. Diese Vorgehensweise wird anhand des Buttons VIP im Patientenstammblatt geregelt.
- Der Patient nimmt das Codesystem nicht in Anspruch. Hier gilt die allgemeine Verschwiegenheits- und Datenschutzpflicht.

Die Informationsweitergabe seitens des Krankenhauspersonals erfolgt bei telefonischen Auskünften ausschließlich nach der Mitteilung des Codes.

Die Einhaltung der Richtlinie zur Erteilung von patientenbezogenen Auskünften ist eine der Grundlagen für das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam.

Verfasser: Dr. Gerald Karnel, Abteilung für IT und Controlling.

Anhang 3: Begleitschreiben und Fragebogen zum Nahtstellenmanagement-Prozessoptimierung in der intradisziplinären Kommunikation

Sehr geehrte Stationsleitungen!

Im Rahmen meiner Abschlussarbeit (Weiterbildungslehrgang für Führungsaufgaben) bearbeite ich die Thematik der intradisziplinären Kommunikation zwischen den Bereichen der Dialyse und den Bereichen an den Abteilungen.

Dazu habe ich einen kurzen Fragebogen ausgearbeitet, der mir Erkenntnisse für meine Abschlussarbeit geben soll, um den Prozess in der Kommunikation zu verbessern.

Ich bitte Sie um vollständige Beantwortung der Fragen und Ausfüllen der Items.

Die Beantwortung wird vertraulich behandelt.

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit.

Petschacher- Fritz Alexandra

Fragebogen:

- 1) Sind Sie über die Öffnungszeiten der Dialysestation informiert?
 Ja Nein
- 2) Sind Sie über die Rufbereitschaft der Dialysestation informiert?
 Ja Nein
- 3) Sind Sie bei der stationären Aufnahme eines dialysepflichtigen Patienten über die Dialysetage und die Dialysezeit informiert?
 Ja Nein
- 4) Sind Sie mit der organisatorischen Planung zwischen der Dialysestation und Ihrem Bereich zufrieden?
 Ja Nein
- 5) Ist für Sie der Behandlungsverlauf eines dialysepflichtigen Patienten in der elektronische Pflegedokumentation aufgrund der Behandlungen an mehreren Stationen nachvollziehbar?
 Ja Nein
- 6) Sind Sie mit der Kommunikation zwischen den Pflegepersonen der Dialysestation und Ihrer Station zufrieden?
 Ja Nein
- 7) Wurden Sie über die Einführung – Patienten im Patidok zur Dialyse weiterleiten – informiert?
 Ja Nein
- 8) Finden Sie diese Vorgehensweise im Patidok verbesserungswürdig?
 Ja Nein

9) Was könnte Ihrer Meinung nach zu einer Verbesserung der Kommunikation beitragen?

Fixe Ansprechperson Ja Nein

Wenn ja, wer soll die Ansprechperson sein?

Regelmäßige Teambesprechung Ja Nein

Wenn ja, wie oft soll die Teambesprechung stattfinden?

Informationsabende Ja Nein

Wenn ja, zu welchem Thema soll informiert werden?

Informationsmaterial Ja Nein

Wenn ja, worüber soll informiert werden?

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Anhang 4: Auswertung der Befragung

	Ja	Nein	Keine Angaben	Antworten
Frage 1: Sind Sie über die Öffnungszeiten der Dialysestation informiert?	12	11	0	
Frage 2: Sind Sie über die Rufbereitschaft der Dialysestation informiert?	4	19	0	
Frage 3: Sind Sie bei der stationären Aufnahme eines dialysepflichtigen Patienten über die Dialysetage und die Dialysezeit informiert?	15	8	0	Patient oder Angehörige, Informieren uns auf der Station, durch die Anmneserhebung
Frage 4: Sind Sie mit der organisatorischen Planung zwischen der Dialysestation und Ihrem Bereich zufrieden?	20	1	2	Erfolgt telefonisch, hatte noch einen Dialysepatienten
Frage 5: Ist für Sie der Behandlungsverlauf eines dialysepflichtigen Patienten in der elektronischen Pflegedokumentation aufgrund der Behandlungen an mehreren Stationen nachvollziehbar?	5	12	6	3x unbeantwortet, 1x nicht relevant, 1x manchmal nicht, keinen dialysepflichtigen Patienten behandelt
Frage 6: Sind Sie mit der Kommunikation zwischen den Pflegepersonen der Dialysestation und Ihrer Station zufrieden?	21	1	1	Keinen dialysepflichtigen Patienten behandelt
Frage 7: Wurden Sie über die Einführung- Patienten im Patidok zur Dialyse weiterleiten- informiert?	11	12	0	
Frage 8: Finden Sie diese Vorgehensweise im Patidok verbesserungswürdig?	12	9	2	2x kann nicht beantwortet werden

Frage 9: Was könnte ihrer Meinung nach zu einer Verbesserung der Kommunikation beitragen?

	Ja	Nein	Keine Angaben	Antworten
Fixe Ansprechperson: wenn ja, wer soll die Ansprechperson sein?	14	7	2	14x Stationsleitung, 3x Oberarzt, 3x zuständige DGKS, keine besonderen Wünsche
Regelmäßige Teambesprechung: wenn ja, wie oft soll die Teambesprechung stattfinden?	4	17	2	Nur bei Pflegeproblemen, die gemeinsam zu lösen sind. 1x im Monat oder jedes 2.Monat
Informationsabende: wenn ja, zu welchem Thema soll informiert werden?	10	11	2	Allgemeine Informationen, Ablauforganisation, Fachinformation, Information über die Rufbereitschaft, Ablauforganisation, für neue Mitarbeiter, Notfalldialyse
Informationsmaterial: wenn ja, worüber soll informiert werden?	14	8	1	Öffnungszeiten, wichtige Telefonnummer, Peritonealdialyse und Material, Order, Ambulanz, allgemeine Informationen, Checkliste, Erstellung eines Folders, Intranet
Weitere Verbesserungsvorschläge:				Folder über Rufbereitschaft, Dialysezeiten in Farbe

Anhang 5:

Verlegungsbericht Pflege Dialysestation

Patientenname:

Station:

Kontaktadresse:

LKH Villach, Dialysestation, Tel.-Nr. 0 4242 / 208 – 23 85 (von 06.45 -24.00 Uhr)

LKH Villach, Medizinische Aufnahme 0 4242 / 208 – 33 77

Transport: Rotes Kreuz Samariter selbst

Dialyseturnus:

Mo Di Mi Do Fr Sa

Früh 7.15 Uhr Mittag 12.45 Uhr Abend 18.15 Uhr

Vitalzeichen:

Uhrzeit: RR _____ **Puls** _____ **Temperatur** _____

Ernährungseinschränkung:

kaliumreduzierte Kost: ja nein

phosphorreduzierte Kost: ja nein

Trinkmenge in 24-Stunden: _____ ml

Messen: 24-Stunden-Harn: _____ ml

Sammelgefäß mitgegeben: ja nein

Dialysezugang:

Shunt: _____ tägliche Funktionskontrolle

Nachblutung der Punktionsstellen: ja nein Minuten: _____

zentraler Venenkatheter: _____

Durchführung - Verbandswechsel: ja nein

Blocklösung: Actilyse pro Schenkel _____ ml

Heparin pro Schenkel _____ ml

Besonderheiten:

Allergien: : ja nein

Datum

Unterschrift/ HZ

Anhang 6:

DAS DIALYSETEAM LKH VILLACH

Allgemeine Informationen:

Hämodialyse ist ein effektives Nierensatztherapieverfahren, bei dem die Urämietoxine und die überschüssige Flüssigkeit aus dem Blut mittels Dialysegerät entfernt werden. Die Behandlungsdauer beträgt je nach ärztlicher Anordnung zwischen 4-5 Stunden.

Gefäßzugänge für die Hämodialyse:

- temporärer zentraler Venenkatheter
- permanenter zentraler Venenkatheter
- Shunt ist eine künstlich geschaffene Verbindung zwischen einer Arterie und einer Vene
- Merkblätter zur Shuntpflege und zentrale Venenkatheter liegen in der Dialysestation auf.

Peritonealdialyse ist die Bauchfelldialyse. Der Zugang ist ein implantierter Katheter in den Bauchraum.

Funktion: Der Einlauf der sterilen Dialyselösung (1,5-2,5 Liter) dauert zwischen 10-15 Minuten und wird durch die Schwerkraft in die Bauchhöhle eingebracht. Die Verweildauer beträgt zwischen 3-5 Stunden, anschließend findet der Auslauf (10-15 Minuten) statt. Der Beutelwechsel dauert circa 30 Minuten.

Informationen zur Dialysestation und Nierenambulanz:

Nierenambulanz:

- Betreuung von prädialytischen Patienten
- Betreuung von Bauchfelldialysepatienten
- Betreuung von Patienten zur Vorbereitung und Nachsorge bei Nierentransplantation
- Öffnungszeiten: Montag-Donnerstag von 07:00-12:00 Uhr,
- Terminvereinbarung erbeten.

Dialysestation:

- 16 Behandlungsplätze
- Betreuung von circa 80-85 dialysepflichtigen Patienten
- Durchführung folgender Behandlungsarten:
Hämodialyse, Hämodiafiltration, Plasmapherese

- Planung erfolgt in drei Schichten:
Frühturnus von 07:15-12:15 Uhr
Mittagturnus von 12:45-17:45 Uhr
Abendturnus von 18:15-23:15 Uhr

Öffnungszeiten: Montag-Samstag von 06:45-24:00 Uhr

Rufbereitschaft: von Samstag 24:00 - Montag 06.45 Uhr

Die diensthabende DGKS wird von der medizinische Intensivstation (Telefonnummer: 2213) verständigt.

Ansprechpersonen:

Stationsführender EOA Dr.Arneitz Klaus

OA. Dr. Theis Jean

AA. Dr. Fuchs Karin

Stationsleitung DGKS Petschacher-Fritz Alexandra

Wichtige Telefonnummern:

Dialysestation: 2385

Stationsleitung: 3385

Nierenambulanz: 2240

Informationen zur Dialysemiät

Dialysepflichtigen Patienten müssen sich vor allem bei Verzehr von kalium- und phosphathaltigen Nahrungsmitteln einschränken.

Kaliumhaltige Nahrungsmittel: Bananen, Steinobst, Trockenfrüchte, Fruchtsäfte

Phosphorhaltige Nahrungsmittel: Milch und Milchprodukte, Schmelzkäse,

Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte Trinkmenge: ausgeschiedene Harnmenge + 500 ml

Flüssigkeit in 24 Stunden

Bei Fragen wenden Sie sich an das Dialysepersonal.