



4

Wie im Krankenhaus ein »Kreuzweh- Präventions- Programm« durchgeführt werden kann

Dezember 1995

c/o
Krankenanstalt der
Stadt Wien -
Rudolfstiftung
Juchgasse 25
A-1030 Wien



c/o
Ludwig Boltzmann-Institut
für Medizin- und
Gesundheitssoziologie
WHO-Kooperationszentrum
für Gesundheitsförderung
in Krankenhaus und
Gesundheitswesen
Rooseveltplatz 2/4
A-1090 Wien
Tel. +1/4277-48208
Fax: +1/4277-48290
hm.soc.gruwi@univie.ac.at
www.univie.ac.at/lbimsg

Inhalt

1. Warum Programme zur Prävention von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates im Krankenhaus?
2. Lösungsstrategien
3. Das Modell »Kreuzweh muß nicht sein! - Prävention bei Bewegungs- und Stützapparaterkrankungen« an der Krankenanstalt Rudolfstiftung
4. Wie kann die Einführung eines Programms zur Prävention von Bewegungs- und Stützapparaterkrankungen an einem Krankenhaus verwirklicht werden?
5. Literatur
6. Das Wiener WHO-Modellprojekt »Gesundheit und Krankenhaus«
7. Glossar zum »gesundheitsfördernden Krankenhaus«



Einleitung

Das vorliegende Modelldokument basiert auf den Erfahrungen des Wiener WHO-Modellprojektes »Gesundheit und Krankenhaus«. In der Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien wurden im Rahmen von acht Subprojekten von 1989 bis 1994 verschiedenste Modellvorhaben geplant, implementiert und evaluiert. Mit der Veröffentlichung von »Modelldokumenten« sollen unsere gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen über die Umsetzbarkeit und die Ergebnisse der Projektarbeit nun auch anderen Spitälern und Interessierten zugänglich gemacht werden.

An der Entwicklung, Umsetzung und Auswertung des Projektes »Kreuzweh muß nicht sein!« in der KA Rudolfstiftung haben sehr viele Personen mitgewirkt. In erster Linie sind dies die Mitglieder der Projektgruppe »Gesundheit am Arbeitsplatz« und insbesondere die folgenden Mitglieder der Teilprojektgruppe »Kreuzweh muß nicht sein!«: Prim. Dr. Günter Gal (Koordinator), Dr. Helga Amann-Groiber, OA Dr. Hans-Peter Ammerer, Elisabeth Andraschko, Sr. Desirée Bodo, Sr. Christa Brandtner, Dipl. Ergoth. Eva Dugmanits, Elisabeth Gura, Stat.Sr. Margarethe (Jörg-)Krappel, Dagmar Klinser, Sr. Uschi Meissl, Sr. Conny Meyer.

Beraten und unterstützt wurde die Projektgruppe bei ihrer Arbeit durch Dr. Ralph Grossmann. Die Ergonomie-Fachberatung im Teilprojekt »Kreuzweh muß nicht sein!« erfolgte durch Dipl. Ergoth. Eva Dugmanits und DI Elisabeth Mandel.

Für Hinweise zur Verbesserung des Manuskriptes danken wir besonders Univ.Prof DI Dr. Peter Köck von der Wirtschaftskammer Österreich, Ergonomie und Frau DI Elisabeth Mandel.

Das vorliegende Modelldokument hätte seinen Zweck erfüllt, wenn es einen Beitrag zur Verbesserung der Kreuzweh-Prävention in anderen Spitälern leisten könnte. Als Autorenteam wären wir sehr dankbar, wenn die Erfahrungen bei der Umsetzung des vorgeschlagenen Modells in einer kommenden Auflage berücksichtigt werden könnten und bitten Sie um entsprechende Rückmeldungen.

Univ.Prof.Dr. Jürgen M. Pelikan
Mag. Hubert Lobnig
Mag. Peter Nowak

1. Warum Programme zur Prävention von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates im Krankenhaus?

*Kreuzweh ist Volkskrankheit
Nummer Eins*

4

Rückenprobleme sind die Volkskrankheit schlechthin: Unter keinen anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit: Kreislaufstörungen, Wetterempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen etc.) leiden so viele ÖsterreicherInnen wie unter Kreuz- und Rückenbeschwerden (Statistische Nachrichten, 1993). Da Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates - im Gegensatz zu den Herz- und Kreislauferkrankungen - nicht unmittelbar lebensbedrohlich sind, spielen sie in den öffentlichen Diskussionen um die Gesundheitsvorsorge eine nur sehr untergeordnete Rolle. Abgesehen vom subjektiven Leid der Betroffenen, deren Lebensqualität durch zumeist chronische Rückenschmerzen stark vermindert ist, verursacht das häufige Vorkommen der - wie man sagt - "rheumatischen" Beschwerden enorme volkswirtschaftliche Kosten. Allein im Jahr 1994 waren in Österreich nicht weniger als 9,0 Millionen Krankenstandstage aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats zu verzeichnen. Gegenüber den im Jahr 1987 registrierten 317.218 Fällen stieg die Zahl der Krankenstände im Jahr 1994 um mehr als 46 Prozent auf 463.483. Die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandes beträgt in etwa 18 Tage. 143.447 Personen gingen 1994 aufgrund von Rückenbeschwerden in Frühpension. Herz- bzw. Kreislauferkrankungen waren im selben Jahr in 40.658 Fällen der Grund für eine frühzeitige Pensionierung (Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherungen, 1995).

*Gesundheitsberufe sind
besonders anfällig für
Rückenbeschwerden*

Für Angehörige der Gesundheitsdienste sind Rückenbeschwerden eine typische Berufskrankheit (Elkeles, 1992; Estryn-Behar, Hagberg et al., 1993). Erkrankungen der Wirbelsäule, insbesondere der Lendenwirbelsäule, kommen in dieser Berufsgruppe - verglichen mit den Zahlen für die Gesamtbevölkerung - überdurchschnittlich häufig vor (Hofmann, 1994). Die jährliche Inzidenz liegt bei 53%. Am stärksten betroffen ist die Gruppe der 30- bis 50-Jährigen. Bei Untersuchungen in Belgien von 695 Pflegepersonen an öffentlichen Krankenhäusern gaben 74 % der Befragten an, wiederholt unter Rückenschmerzen zu leiden. Jede/r Fünfte bezifferte die durchschnittliche Dauer der Beschwerden mit länger als vier Wochen. 10 % klagten über anhaltende Rückenprobleme (Hagberg et al., 1993).

*Angehörige des Pflegeberufes
sind überdurchschnittlich
betroffen*

Vergleiche zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus zeigen, daß das Pflege- und das Küchenpersonal am stärksten mit Rückenproblemen belastet sind (Hagberg et al., 1993). In einer deutschen Studie (Stößel et al., 1994), in der Pflegekräfte und Büroangestellte einander gegenübergestellt wurden, zeigten sich in allen untersuchten Symptomgruppen und in allen Altersklassen bei den Pflegepersonen signifikant höhere Prävalenzraten. Der Umstand, daß Rückenschmerzen bei Pflegekräften schon in wesentlich jüngerem Lebensalter einsetzen als in der Vergleichsgruppe, ist ein Hinweis auf die überdurchschnittlichen Belastungen, denen der Bewegungs- und Stützapparat, vor allem die Lendenwirbelsäule, bei Angehörigen der Pflegeberufe ausgesetzt ist.

Mögliche Ursachen der Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates am Arbeitsplatz Krankenhaus

Erkrankungen der Wirbelsäule sind multifaktoriell bedingt:

Anatomische Ursachen

Hohe Belastungen der Lendenwirbelsäule sind oft nicht unmittelbar zu spüren. Da die Wirbelsäule über kein schnell ansprechendes Warnsystem verfügt, nimmt man beim Tragen und Heben von Lasten eine Haltung ein, die für die direkt spürbare Muskelbelastung günstig ist, für die Lendenwirbelsäule aber äußerst ungünstig sein kann. Die "richtige", d.h. den anatomischen Gegebenheiten gerecht werdende Technik des Tragens und Hebens von Gewichten, muß von uns erst erlernt werden (Hofmann et al., 1994).

Falsche Techniken bei Tragen und Heben

Physische Belastungen am Arbeitsplatz

Die Arbeitsvorgänge, die Pflegepersonen zu leisten haben, stellen für den Bewegungs- und Stützapparat eine hohe Belastung dar: Heben und Umlagern von PatientInnen, Bettenmachen etc. Nicht umsonst bringen zwischen 60 und 85 % der betroffenen Pflegepersonen ihre Rückenbeschwerden mit ihrer beruflichen Tätigkeit in Zusammenhang (Hagberg et al., 1993). Darüber hinaus wird in der einschlägigen Fachliteratur über die Arbeitssituation im Pflegebereich darauf hingewiesen, daß das Pflegepersonal - je nach Station verschieden - zwischen 60 und 80 % seiner Arbeitszeit stehend oder gehend verbringt. Immerhin 11 % der Arbeitszeit werden auf das Umlagern von PatientInnen und 10 % auf Tätigkeiten verwendet, die gebückt ausgeführt werden. Pro Arbeitstag legt eine Pflegeperson bis zu 7 Kilometer zu Fuß zurück (Estry-Behar, 1991 u. 1993).

Belastende Arbeitsaufgaben des Pflegepersonals

5

Hohe physische Belastungen am Arbeitsplatz können entweder durch ungeeignete bzw. fehlende Arbeitsmittel oder durch die Besonderheit der Arbeitsabläufe selbst bedingt sein. Zu den ungeeigneten Arbeitsmitteln im Pflegebereich zählen z. B. Holzpantoffeln, die mangels entsprechender Information immer noch häufig Verwendung finden. Im - buchstäblichen - Sinn "schwerer" wiegt der Umstand, daß dem Pflegepersonal im Umgang mit bettlägerigen PatientInnen keine oder nur ungenügende Hebehilfen zur Verfügung stehen. In einer deutschen Untersuchung über die manuelle Handhabung von Lasten im Pflegebereich an Krankenhäusern und Altenheimen geben 72 % der befragten Pflegepersonen an, daß sie keine entsprechenden Hebehilfen haben (Hofmann et al., 1994).

Ungeeignete oder fehlende entlastende Arbeitsmittel

Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz

Das Pflegepersonal ist ständig großem psychischen Streß ausgesetzt: Hohe Arbeitsansprüche, hohes Arbeitstempo sowie geringes Ausmaß an Selbstbestimmtheit in der eigenen Tätigkeit werden in der Literatur (z.B. Hagberg et al., 1993) als Stressoren genannt, ebenso Faktoren wie hohe Konzentration, lange Arbeitszeit und Überstunden (Elkeles, 1992).

Psychosoziale Belastungen und Stressoren

Der Grad der subjektiv erlebten Belastung korreliert positiv mit der Häufigkeit, mit der über Rückenschmerzen geklagt wird (Elkeles, 1992).

Kulturelle Faktoren

Mangelnde Information und Körperbewußtsein

Der Umgang mit dem eigenen Körper und der eigenen Gesundheit ist in unserer Kultur - trotz des Körperkults der neunziger Jahre - offenbar immer noch problematisch. Der Umstand, daß PhysiotherapeutInnen signifikant weniger häufig als vergleichbare Berufsgruppen im Gesundheitsdienst an Rückenschmerzen leiden (Hagberg et al., 1993), zeigt, wie sehr Information und Bewußtsein über die Funktionsweise des eigenen Körpers das Erkrankungsrisiko senken können.

2. Lösungsstrategien

Gesetzliche Initiativen

6

EG-Richtlinien

Die Europa-Richtlinie 90/269/EWG vom 29. Mai 1990 (Hofmann et al., 1994) verpflichtet die Arbeitgeber, geeignete organisatorische Maßnahmen zu treffen und geeignete Mittel einzusetzen, um das manuelle Handhaben von Lasten zu vermeiden oder, wenn es sich nicht vermeiden läßt, das Risiko einer gesundheitlichen Gefährdung der ArbeitnehmerInnen möglichst gering zu halten.

Die Einhaltung dieser Europa-Richtlinie ist an Krankenhäusern im Pflegebereich wohl nur über den Einsatz von (mechanischen) Hebehilfen bzw. über die Bereitstellung von zusätzlichem Personal zu gewährleisten (Hofmann et al., 1994).

Gegenmaßnahmen

Vorbild: Skandinavien

Auf dem Krankenhaussektor waren in den achtziger Jahren Schweden, Norwegen und Finnland beispielgebend für den Einsatz von mechanischen Hebehilfen und für ein breites Schulungsangebot zur Vorbeugung von Rückenschmerzen (Hofmann et al., 1994). Die äußerst positiven Erfahrungen aus diesen skandinavischen Ländern zeigen, daß Wirbelsäulenerkrankungen tatsächlich "kein unabwendbares, unweigerlich mit dem Beruf verknüpftes Schicksal sind, sondern mit Hilfe vielfältiger Maßnahmen verhütet oder doch zumindest in ihrem Verlauf günstig beeinflußt werden können" (ebenda, S. 9).

Die bisher international erprobten Lösungsansätze lassen sich in drei Gruppen untergliedern: in arbeitsplatzbezogene und in personenbezogene Maßnahmen sowie in Strategien, die beide Ansätze kombinieren.

Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen

Ergonomische Umgestaltung des Arbeitsplatzes

In zahlreichen Krankenhäusern ist - zum Teil unter hohem finanziellen Aufwand - die ergonomische Umgestaltung von Arbeitsplätzen in An-

griff genommen worden. Ziel dieser "ergonomischen Lösungen" ist es, durch die Ausnutzung von technischen Möglichkeiten zur Reduzierung von Überbeanspruchungen der Rückenpartien Arbeitsabläufe zu erleichtern bzw. so umzugestalten, daß Beeinträchtigungen der Wirbelsäule verhindert werden. Maßnahmen umfassen die Neuanschaffung bzw. die Verbesserung von diversen Hebehilfen, Umbettungshilfen usw., ebenso die körpergerechte Gestaltung von Tischen, Stühlen etc. Unter den ergonomischen Hilfsmitteln unterscheidet man "große" (z.B. fest installierte oder mobile Bodenlifter) und "kleine" Systeme (Drehscheibe, Gehgürtel, Gleitmatte, Hebekissen, Rutschbrett, Bettleiter, Anti-Rutsch-Matte etc.). "Große Systeme" kommen beispielsweise beim Transport von PatientInnen über weite Entfernungen (z. B. vom Bett zur Toilette oder zu einem Stuhl) zum Einsatz, kleine Hebehilfen bei der Umlagerung von PatientInnen. Untersuchungen (Estryng-Behar, 1993) konnten zeigen, daß sich infolge der Anschaffung neuer, ergonomisch gerechter Krankenhausbetten die Häufigkeit von rückenbelastenden Haltungen des Pflegepersonals beim Umgang mit bettlägerigen PatientInnen insgesamt um die Hälfte reduzierte. Zieht man nur die Arbeitsabläufe beim Bettenmachen in Betracht, so verringerte sich der relative Anteil von ungünstigen Körperpositionen sogar von 35% auf 7%.

7

Bei der Anschaffung mechanischer Hebehilfen ist darauf zu achten, daß das Personal mit der Handhabung des entsprechenden Geräts gründlich vertraut gemacht wird. Zudem muß man kontrollieren, ob die Instrumente im Arbeitsalltag auch tatsächlich zum Einsatz gebracht werden (Hofmann et al., 1994).

Personenbezogene Maßnahmen

Die am weitesten verbreitete personenbezogene Maßnahme zur Prävention von Rückenbeschwerden ist die sogenannte »Rückenschule«, in der das Personal über richtige Hebetechniken informiert und zu praktischen Körperübungen angehalten werden soll. Methodik und Inhalt von »Rückenschulen« unterscheiden sich je nach Zielgruppe, Gruppengröße, Beschwerdestatus der TeilnehmerInnen und Qualifikationshintergrund des/r Kursleiters/in (Stöbel, 1994). Im allgemeinen zielt eine »Rückenschule« ab auf die Vermittlung und die praktische Erprobung von:

*»Rückenschule« zur
persönlichen Vorbeugung*

- rüchenschonenden Verhaltensweisen im Arbeitsalltag und in der Freizeit
- korrekten Haltungs- und Bewegungsmustern
- Entlastungspositionen und Entspannungstechniken
- Gebrauchsmöglichkeiten ergonomisch gerechter Möbel und Hilfsmittel
- Verfahren zur Steigerung der Ausdauerleistung.

Zu den rein »kognitiven« Lernzielen zählt neben dem Erwerb von einschlägigen medizinischen Grundkenntnissen insbesondere auch die Aneignung von Wissen über die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittel, die bei Rückenproblemen angewendet werden (Stöbel, 1994).

Je früher präventive Trainingsprogramme in Form von "Rückenschulen" einsetzen, desto eher könnten Rückenbeschwerden vermindert bzw. überhaupt verhindert werden (Hofmann et. al., 1993). Positive Effekte sind übrigens in entsprechenden Evaluationsstudien noch fünf Jahre nach der Absolvierung solcher Übungskurse nachgewiesen worden (Siegel et al., 1993).

Coaching

Individuelle Beratung steht beim "Coaching" im Vordergrund: Ein/e PhysiotherapeutIn begleitet eine Krankenschwester über einen ganzen Arbeitstag, um ihr Arbeitsverhalten zu kontrollieren und gegebenenfalls zu verändern (Osterholz, 1993).

Kombination von arbeitsplatz- und personenbezogenen Maßnahmen

Gesundheitszirkel

8

Die Kombination von ergonomischen und pädagogischen Maßnahmen erweist sich - wie eine schwedische Fragebogenerhebung zeigt (vgl. Hofmann et al., 1991) - gerade im Krankenhaus als besonders günstig. Projekte, die sowohl eine nach ergonomischen Prinzipien umgestaltete Arbeitsumgebung als auch begleitende Schulungs- und Vorbeugungsstrategien umfassen, können am ehesten garantieren, daß die neuen Möglichkeiten auch adäquat von den Beschäftigten genutzt werden. Solche umfassenden Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung können etwa im Rahmen von »Gesundheitszirkeln« entwickelt, erprobt und umgesetzt werden. Ein »Gesundheitszirkel« stellt eine zeitlich befristete Projektgruppe dar, der etwa vier ArbeitnehmerInnen aus den verschiedenen Tätigkeitsgruppen, ein bis zwei Vorgesetzte, ein bis zwei ArbeitsschutzexpertInnen, ein/e PersonalvertreterIn und ein/e ModeratorIn angehören können (Badura u. Feuerstein, 1994). In einem Gesundheitszirkel werden Gesundheitsprobleme in einem Betrieb und Vorschläge zur Umsetzung von Gesundheitsförderungs-Programmen erarbeitet. Sie stellen eine Erweiterung zu den gesetzlich vorgeschriebenen betrieblichen Gesundheitsschutzmaßnahmen dar, indem sie die Beschäftigten in die innerbetriebliche Umsetzung von Gesundheitsförderung miteinbeziehen.

3. Das Modell »Kreuzweh muß nicht sein! - Prävention bei Bewegungs- und Stützapparaterkrankungen« an der Krankenanstalt Rudolfstiftung

Vordiagnose und Fragebogenauswertung

Bereits bei der Vordiagnose zum Subprojekt »Gesundheit am Arbeitsplatz« zeigte sich, daß Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates bei den MitarbeiterInnen eine wesentliche Problematik darstellen. Bei einer Fragebogenerhebung unter den MitarbeiterInnen des OP-Bereiches klagten 78% über Wirbelsäulenbeschwerden. Bei 38% von jenen, die sich von Rückenschmerzen beeinträchtigt fühlen, bestehen die Beschwerden schon länger als fünf Jahre, und 37% aller Befragten gaben an, aufgrund von Kreuzwehbeschwerden bereits im Krankenstand gewesen zu sein.

Als Gegenmaßnahme wurde 1990 das Teilprojekt »Kreuzweh muß nicht sein! - Prophylaxe bei Bewegungs- und Stützapparaterkrankungen« gestartet. Ziel des Modells ist es, durch die Kombination von vier verschiedenen Strategien der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz ein Präventionsprogramm für Rückenbeschwerden zu entwickeln und zu erproben. Gesundheitsfördernde Programme sollen:

- präventiv die Gestaltung der materiellen Arbeitsbedingungen beeinflussen (Prävention)
- Kenntnisse und Fertigkeiten in bezug auf einen schonenden Einsatz des Körpers bei allen Arbeitsvollzügen vermitteln und eine die praktische Umsetzung des Gelernten fördernde Arbeitskultur entwickeln (personenorientierte Gesundheitserziehung)
- über die Schaffung entsprechender Arbeitsbeziehungen psychosoziale Belastungssituationen reduzieren (Minimierung von Belastungsfaktoren)
- den Beschäftigten ein Angebot zu ausgleichender Bewegung, Entspannung, vorbeugender Gymnastik und Streßbewältigung gewährleisten
- in dieser Weise auf das Körperbewußtsein der Betroffenen einen förderlichen Einfluß ausüben (Integration in die Arbeitskultur).

Ziele des Modells

Strategien zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Woraus besteht das Präventionsprogramm für Rückenbeschwerden?

Das an der Krankenanstalt Rudolfstiftung realisierte Programm besteht aus drei Elementen:

- Ergonomieberatung
- Kreuzwehkurs
- Feldenkraisseminar.

Angebot	Ansatz	Zielgruppe
Ergonomieberatung	Veränderung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsmitteln	Arbeitseinheiten / Stationen
Kreuzwehkurse	Lern- u. Übungsprogramm zur Prävention und Beschwerdenreduktion	einzelne MitarbeiterInnen
Feldenkraisseminare	Fortbildung	MitarbeiterInnen in der PatientInnenbetreuung

Ansatz und Zielgruppen der 3 Elemente des Präventionsprogrammes

Während die Ergonomieberatung auf organisatorische und stark arbeitsplatzbezogene Veränderungen abzielt, wenden sich Kreuzwehkurse und Feldenkraisseminare an Einzelpersonen. Kreuzwehkurse sind im Rahmen des WHO-Modellprojektes an der KA Rudolfstiftung als offene Angebote an alle MitarbeiterInnen des Hauses konzipiert, während Feldenkraisseminare den Charakter von Fortbildungsveranstaltungen haben.

Im folgenden werden das Konzept, die Umsetzung und die Ergebnisse

dieser drei Ansätze nacheinander vorgestellt. Im Abschnitt 5 werden anschließend Vorschläge für die Umsetzung von Ergonomieberatung, Kreuzwehkursen und Feldenkraisseminaren unterbreitet.

Ergonomieberatung

Was ist eine Ergonomieberatung?

Ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen

Die Ergonomieberatung ist eine arbeitsplatzbezogene Maßnahme, die alle MitarbeiterInnen des Hauses und auch die Entscheidungsträger der Anstalt einbezieht. Sie zielt ab auf:

- die ergonomisch gerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen infolge einer Überprüfung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Einsatz technischer Hilfsmittel, Korrektur von Arbeitsabläufen bzw. Arbeitshaltungen)
- die Schulung des Personals in bezug auf eine optimale Anwendung von technischen Hilfsmitteln und auf die Automatisierung von wirbelsäulenschonenden Bewegungsabläufen innerhalb bestimmter Arbeitsvollzüge.

10

Vier Einzelschritte bei der Durchführung

Die Ergonomieberatung wird von einem ExpertInnen-Team (ErgonomIn und PhysiotherapeutIn) durchgeführt. Sie besteht aus vier Einzelschritten:

1. Diagnose des Ist-Zustands der Arbeitsplätze
2. Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs
3. Umsetzung der Maßnahmen
4. Erfolgskontrolle.

Arbeitsplatzbegehung durch ExpertInnen

1. Diagnose des Ist-Zustands der Arbeitsplätze

Die ergonomische Diagnose des Ist-Zustands auf einer Station erfolgt im Zuge einer Arbeitsplatzbegehung durch das ExpertInnen-Team möglichst in Begleitung einer Kontaktperson der betreffenden Abteilung. Unter ergonomischen Gesichtspunkten beurteilt werden die technische Ausstattung der Arbeitsplätze (technische Hilfsmittel, Beleuchtung, Platzbedarf etc.) und der gewohnheitsmäßige Vollzug der anfallenden Arbeitstätigkeiten. Ziel der Diagnose ist es, Belastungsschwerpunkte und Schwachstellen in den Arbeitsabläufen festzumachen. Die Beobachtungen des ExpertInnen-Teams werden mit den MitarbeiterInnen der Station diskutiert, sodaß deren Erfahrungen und Problemsicht einbezogen werden kann. Dadurch wird eine präzise Bestimmung von »Problemzonen« innerhalb der verschiedenen Arbeitsabläufe möglich.

Diskussion mit dem betroffenen Personal

2. Erarbeitung eines Maßnahmenkatalogs

ExpertInnen-Vorschläge

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Erstdiagnose erarbeiten die ExpertInnen einen Maßnahmenkatalog, der Vorschläge zur Verbesserung der technischen Ausstattung sowie zur Umstrukturierung von Arbeitsabläufen enthält und die Möglichkeiten zu deren Umsetzung im Routinebetrieb der Abteilung erörtert. Dieser Maßnahmenkatalog wird den MitarbeiterInnen und den Leitungen (Abteilungsvorstand, Ober-

schwester, eventuell auch ein/e Vertreter/in der Verwaltung) vorgestellt.

3. Durchführung der Maßnahmen

Die ExpertInnen beraten die zuständigen Entscheidungsträger im Falle von Neuanschaffungen bei der Auswahl und beim richtigen Einsatz technischer Hilfsgeräte. Darüber hinaus übernehmen sie die Einschulung des Personals in die Handhabung neuer Hilfsmittel. In bezug auf die Umstrukturierung routinierter Arbeitsabläufe helfen sie mit, gesundheitsgefährdende Körperhaltungen den betreffenden MitarbeiterInnen bewußt zu machen und neue, ergonomisch gerechtere Arbeitsweisen einzuüben. Die Bearbeitung der beiden letztgenannten Aufgabenstellungen kann auch - falls vorhanden - in einem Kreuzwehkurs erfolgen.

*Neuanschaffungen und
Einschulungen*

4. Erfolgskontrolle

Um die Umsetzung der Maßnahmen im Bereich der Arbeitsvollzüge und die fachgerechte Installation und Verwendung neuer technischer Hilfsmittel zu überprüfen, wird von den ExpertInnen noch einmal eine Arbeitsplatzbegehung durchgeführt.

*Arbeitsplatzbegehung zur
Erfolgskontrolle*

11

Wie gelang die Umsetzung der Ergonomieberatung an der Krankenanstalt Rudolfstiftung?

Im Rahmen des Subprojektes »Gesundheit am Arbeitsplatz« wurde ein Konzept für eine ergonomische Beratung in der KA Rudolfstiftung erarbeitet. Das von einer Ergotherapeutin des Hauses und einer externen Expertin erarbeitete Ergonomieberatungs-Konzept wurde im Frühjahr 1992 dem »Gemeinsamen Projektausschuß« präsentiert. In der Folge erging an alle Einheiten des Hauses die Ausschreibung, als »Modellstation« das Angebot in Anspruch zu nehmen. Im Oktober wurde im OP-Bereich, an einer Intensivstation und an einer Augenabteilung mit den Ergonomie-Beratungen begonnen.

*Umsetzung auf drei
Modellstationen*

Was hat die Ergonomieberatung gebracht?

Zur begleitenden Evaluierung des Modells wurde eine MitarbeiterInnen-Befragung über die Auswirkungen der Ergonomieberatung an den drei »Modellstationen« und eine abschließende Qualitätskontrolle durch das ExpertInnen-Team durchgeführt.

*Verbesserungen auf den
Modellstationen*

An den Modellstationen wurden folgende Verbesserungen erzielt:

OP-Bereich:

- Umstellung des Schuhwerks von Holz- auf Kunststoffpantoffeln
- die Neuanschaffung von Umbethilfen (Rollboards), höhenverstellbaren OP-Tischtransportern, aufklappbaren und höhenverstellbaren Instrumentenzureichtischen, höhenverstellbaren OP-Hockern mit Fußpedal, hydraulischen Zureichtischen und ergonomischen Bürosesseln für Computerarbeitsplätze
- Versetzung der Sterilgutkörbe im Gangbereich; Wandmontage von

OP-Bereich

Nirostastellagen für Sterilgut im sauberen Arbeitsbereich der Instrumentensterilisation

- Neustrukturierung von Arbeitsplätzen zur Instrumenten- bzw. Perltücheraufbereitung.

Intensivstation:

Intensivstation

Die Ergonomieberatung an der Intensivstation stellt insofern einen Sonderfall dar, als hier die vorgeschlagenen Maßnahmen unmittelbar in den Umbau und die Neugestaltung der Arbeitsräume eingehen konnten. Angeschafft wurden z.B.:

- deckenmontierte PatientInnenheber
- ausziehbare Medikamentenschränke
- Arbeitswagen für das Beschicken der Reinigungsmaschine
- multifunktionelle PatientInnenwagen
- nach ergonomischen Gesichtspunkten gestaltete Büroarbeitsplätze.

Augenabteilung (Ambulanz und Station):

Augenabteilung

12

Im Ambulanz-Bereich wurden die Ergebnisse der Ergonomieberatung in den 1995 durchgeführten Umbau aufgenommen. Berücksichtigt wurde:

- die Anschaffung höhenverstellbarer Hocker für alle Arbeitsplätze
- ein Umbau des Schwesternstützpunktes und des Untersuchungszimmers auf der Basis ergonomischer Gesichtspunkte und
- die Einführung neuer höhenverstellbarer Stationsbetten.

*Die Meinung der
MitarbeiterInnen*

In der MitarbeiterInnenbefragung gaben 41% der Befragten an den Modellstationen an, daß die infolge der Beratung eingeleiteten Maßnahmen dazu beitrugen, das eigene Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu steigern. 90% würden die Beziehung einer Ergonomieberatung bei der Umgestaltung von Stationen und/oder bei der Anschaffung neuer technischer Hilfsmittel auch für andere Stationen und ganze Krankenhäuser empfehlen.

Kreuzweh-Präventions-Kurse

Im Rahmen des Modellprojektes an der KA Rudolfstiftung wurden »Kreuzwehkurse« und »Feldenkraisseminare« angeboten, die im folgenden dargestellt werden.

Was ist ein Kreuzwehkurs?

Ziele

Kreuzwehkurse sind eine personenbezogene Maßnahme, die den MitarbeiterInnen des Hauses angeboten wird. Die Ziele eines Kreuzwehkurses sind

- Prophylaxe von Bewegungs- und Stützapparaterkrankungen
- Entwicklung von persönlichen Fähigkeiten im Umgang mit körperlichen Belastungen (Coping-Strategien)
- Bewegung, Entspannung und Kräftigung.

Wie "Rückenschulen" haben Kreuzwehkurse einen physiotherapeutischen Ansatz, zielen darüber hinaus aber auch auf eine Reflexion und Veränderung der mit den Beschwerden verknüpften psychosozialen Aspekte ab. Kreuzwehkurse werden deshalb von einem/r Physiotherapeuten/in und einem/r TrainerIn mit einer Ausbildung im psychosozialen/sozialpädagogischen Bereich geleitet. Ein Lehrgang umfaßt sechs Einheiten zu je zwei Wochenstunden. Er besteht aus drei Teilen:

- Körpertraining
- Information
- Kommunikation.

Körpertraining:

Der Trainingsteil umfaßt praktische Übungen, in denen die TeilnehmerInnen Techniken zur Entspannung der Rückenmuskulatur, zur Einnahme günstiger Körperhaltungen etc. lernen sollen. Die Auswahl geeigneter Übungen kann von dem/der Physiotherapeuten/in auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmt werden.

Information:

In diesem Teil des Kreuzwehkurses wird von dem/der Physiotherapeuten/in eine auf die spezifischen Tätigkeitsabläufe der betreffenden Zielgruppe abgestimmte ergonomische Beratung angeboten.

Kommunikation:

Der Kommunikationsteil wird von einer/m Sozialpädagogen/in (oder Psychologen/in, SozialarbeiterIn etc.) geleitet. Folgende Themen können darin behandelt werden: Visualisierung der Erwartungshaltungen gegenüber dem Kurs; Assoziationen zu Begriffen wie "Haltung", "Rückgrat", "Kreuz", "Bewegung", "Belastung", "Schmerz" etc. - z.B. in Form von Kurzgeschichten; Fragen über Kreuzschmerzen - z.B.: Wann hatten Sie zuletzt Rückenschmerzen? Zu welcher Tageszeit? In welcher Situation? Haben Sie Medikamente genommen? etc.; Zeitverwendung: Erstellung von »Zeitkuchen« - Arbeitszeit vs. Freizeit: Wieviel Zeit wird für welche Tätigkeiten aufgewendet?

Wie gelang die Umsetzung von Kreuzwehkursen an der Krankenanstalt Rudolfstiftung?

Von Mai bis Dezember 1990 wurde von der Projektgruppe »Gesundheit am Arbeitsplatz«, einem Team von PhysiotherapeutInnen und Angehörigen pädagogisch-psychologischer Berufsgruppen, ein inhaltliches und organisatorisches Konzept zur Einführung eines Kursangebots zur Vorbeugung gegen Rückenschmerzen erarbeitet. Die hausinterne Ausschreibung einer ersten Kursreihe erfolgte gegen Ende des Jahres 1990. Die Kurse begannen dann im Jänner 1991. Bis 1993 wurden 9 Lehrgänge durchgeführt. Seit 15. 12. 1993 gibt es an der Krankenanstalt Rudolfstiftung wöchentlich eine einstündige Wirbelsäulengymnastik für MitarbeiterInnen.

Organisation

Übungen

Beratung

psychosozialer Teil

9 Modellkurse

Was haben die Kreuzwehkurse gebracht?

Befragung und Interviews

Die Evaluation des Modellbetriebs erfolgte aufgrund von mehrfachen TeilnehmerInnen-Befragungen und ausführlicheren Interviews mit den TrainerInnen. Insgesamt nahmen 67 Personen regelmäßig teil. Das Gros der TeilnehmerInnen bildeten Frauen, die zwischen 30 und 50 Jahre alt waren.

Nutzung des Kursangebotes

Primär wurde das Kursangebot von Angehörigen des Pflegepersonals genutzt. Auch einige ÄrztInnen machten mit. Das Interesse seitens des technischen bzw. des Verwaltungspersonals war gering. Die Bewertung der Kurse durch diese KursteilnehmerInnen erbrachte folgende wichtige Ergebnisse:

Auswirkung auf die TeilnehmerInnen

- 72% der Befragten wünschten sich das erprobte Modell als Dauereinrichtung.
- 67% gaben an, daß die Teilnahme an einem Kreuzwehkurs für sie ein wichtiger Anstoß war, aktiv etwas für die eigene Gesundheit zu tun
- Immerhin 62% gestanden aber ein, daß sie trotz der Anregungen, die der Kurs bot, selbständig keine entsprechenden Körperübungen durchführen.
- Als psychologische Lerneffekte sprachen die TeilnehmerInnen vor allem die Bestärkungen an, die sie in bezug auf eine Verbesserung ihres "Zeitmanagements" erhalten haben.
- Die inhaltliche Gestaltung - insbesondere die Teilung in einen ergonomischen (Gymnastik und ergonomische Beratung) und in einen pädagogisch-psychologischen Teil - wurde sehr positiv bewertet.

14

Einschätzung der TrainerInnen

Die TrainerInnen halten vor allem den pädagogisch-psychologischen Teil des Kursangebots für weiter ausbaufähig. Eine psychologische Sensibilisierung für die eigenen (Körper)Probleme ist Voraussetzung dafür, daß die in den Kursen erreichte Motivierung der TeilnehmerInnen über das Ende der Kursreihen hinaus bestehen bleibt.

Was ist ein Feldenkraisseminar?

Zielsetzung:

Bewußte Erfahrung und

Gestaltung von Bewegungen

Das Feldenkraisseminar ist eine personenbezogene Maßnahme, die vor allem für MitarbeiterInnen gedacht ist, die von Berufs wegen mit den Rückenbeschwerden anderer zu tun haben. Das von Moshe Feldenkrais entwickelte Verfahren soll über das bewußte Erfahren der Vielfalt alternativer Bewegungselemente und -formen neue Bewegungspotentiale erschließen und damit das gesamte psychische Wohlbefinden steigern helfen. Zu den Zielen eines Feldenkraisseminars zählen die

- Sensibilisierung im Umgang mit dem eigenen Körper
- Minderung von Belastungssymptomen
- Einbindung von Übungserfahrungen in den Arbeitsalltag (d. h. in die Behandlung von PatientInnen).

Organisationsform

Die Feldenkraisseminare werden von einem/r entsprechend qualifizierten TrainerIn (Ausbildung in der Feldenkrais-Methode) für Angehörige jener Berufsgruppen angeboten, die mit der Behandlung von Rückenproblemen zu tun haben. Ein Kurs umfaßt zehn Einheiten zu je zwei Wochenstunden.

Jede Kurseinheit ist - unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der TeilnehmerInnen - der Arbeit mit einem bestimmten Körperteil bzw. einer bestimmten Körperregion gewidmet. Durch im Liegen, Sitzen oder Stehen durchgeführte Übungen soll die Sensibilität für Körperhaltungen und neuromuskuläre Spannungen in einer für den Organismus angenehmen Weise geweckt bzw. erhöht werden. Ziel ist es, das eigene kinestetische Empfinden zu schulen und dadurch neue Kompetenzen für die bewußte Gestaltung von Bewegungsabläufen zu entwickeln. Über die »kognitive« Aufarbeitung der Übungserfahrungen in Hinsicht auf den Zusammenhang zwischen körperlichem und emotionalem Wohlbefinden sollen Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit PatientInnen differenziert und mithin erweitert werden.

Bewegungsprogramme

Wie gelang die Umsetzung von Feldenkraisseminaren an der Krankenanstalt Rudolfstiftung?

Das inhaltliche Konzept eines beruflichen Fortbildungskurses über Körperbewußtsein nach der Feldenkrais-Methode wurde von der zur Anleitung des Seminars bestellten Expertin erarbeitet. Nach der Annahme des Konzepts durch den Gemeinsamen Projektausschuß konnte der Lehrgang zur Ausschreibung gelangen. Im November 1991 begann die erste Kursreihe. Bis zum Juni 1994 wurden drei Feldenkraisseminare durchgeführt.

Drei Modellseminare

15

Was haben die Feldenkraisseminare gebracht?

Die Evaluation des Modells erfolgte mittels TeilnehmerInnen-Befragungen, die am Ende jeder Kursreihe durchgeführt wurden, der Kursdokumentation und der Interviews mit der Trainerin.

Befragung und Interviews

An den drei Seminarreihen haben insgesamt 54 Personen, fast ausschließlich Frauen, hauptsächlich Physiotherapeutinnen und Ärztinnen, teilgenommen. Bemerkenswert ist die Kontinuität, mit der die Interessentinnen die Seminarabende besuchten.

TeilnehmerInnen

Die Kursbeurteilung durch die Teilnehmerinnen fiel durchwegs positiv aus. Man wünschte sich eine Verlängerung bzw. Fortsetzung des Lehrgangs und auch die Einrichtung von Spezialkursen über den Einsatz der Feldenkrais-Methode z.B. im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen oder der Geburtsvorbereitung. Die Trainerin lobte das Engagement der Teilnehmerinnen, die Übungseinheiten auch privat, zu Hause, fortgesetzt hatten.

Kursbeurteilung

Als persönliche Lernerfahrungen gaben die KursteilnehmerInnen an, daß sich im Zuge der Seminare ihre Sensibilität für eigene körperliche Beschwerden, vor allem aber für körperliche Belastungssituationen, erhöht habe. Drei Viertel der Befragten meinten, daß infolge der Körperarbeit eine deutlich spürbare Minderung von körperlichen Belastungssymptomen eingetreten sei. In Hinblick auf den Umgang mit

Persönliche Lernerfolge

den PatientInnen verbuchten die TeilnehmerInnen ein rascheres Erfassen von Körpersignalen sowie die Vermittlung von Anregungen für spezifische Körperübungen als Lernerfolg. Beides wurde als eine grundlegende Erweiterung der eigenen beruflichen Handlungskompetenz erlebt.

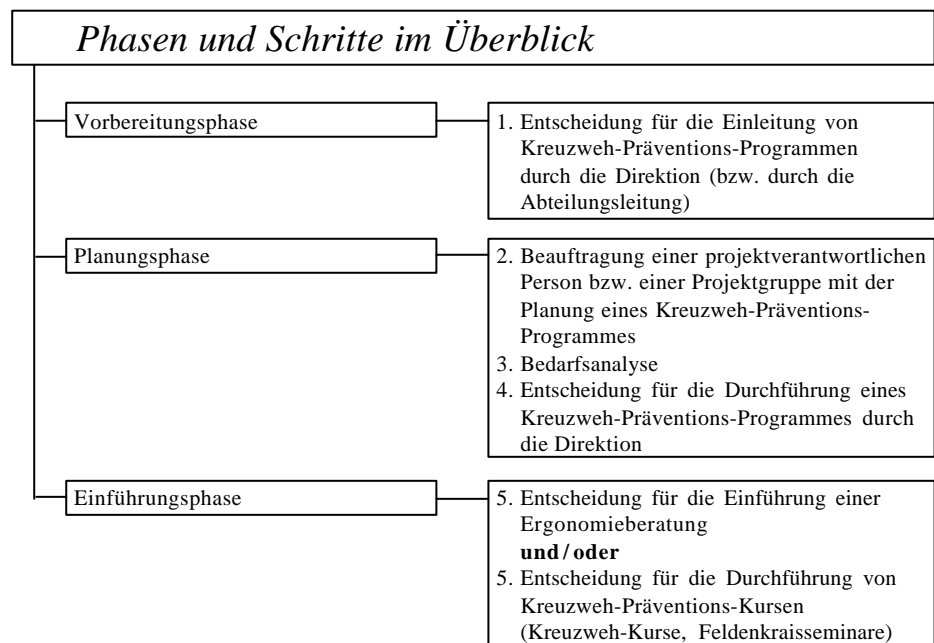
4. Wie kann die Einführung eines Programms zur Prävention von Bewegungs- und Stützapparaterkrankungen an einem Krankenhaus verwirklicht werden?

Das Modell »Kreuzweh muß nicht sein!« ist an einem öffentlichen Schwerpunktspital umgesetzt und erprobt worden. Die dabei gewonnenen Erfahrungen sind unseres Erachtens aufgrund der durchgängigen Belastungssituationen der Gesundheitsberufe auch auf andere Typen von Krankenanstalten - z.B. Spezialkliniken oder Krankenhäuser privater Träger - und auf Pflegeheime übertragbar.

Im folgenden wollen wir eine Übersicht über die Abfolge der Schritte bei der Einführung eines Kreuzweh-Präventions-Programmes geben. Nach einer gemeinsamen Vorbereitungs- und Planungsphase (Schritte 1-4) werden die unabhängig voneinander durchführbaren Teilprogramme »Ergonomieberatung für Krankenhaus-Untereinheiten« und Kreuzweh-Präventions-Kurse, bestehend aus »Kreuzweh-Kursen« und »Feldenkrais-Seminaren«, getrennt beschrieben (Schritt 5 und folgende).

16

Einführungsschritte



Vorbereitungsphase

1. Entscheidung für die Einleitung von Kreuzweh-Präventions-Programmen durch die Direktion (bzw. durch die Abteilungsleitung)

1

Entscheidung für die Einleitung von Kreuzweh-Präventions-Programmen durch die Direktion (bzw. durch die Abteilungsleitungen)

Voraussetzung für die Einleitung von Kreuzweh-Präventions-Programmen ist, daß EntscheidungsträgerInnen den Belastungen von Bewegungs- und Stützapparaterkrankungen von MitarbeiterInnen ihrer Einrichtung entgegenwirken wollen.

"Kreuzweh" wird als Belastung anerkannt

Die Entscheidung für eine entsprechende Initiative kann beispielsweise durch auffallend hohe Krankenstands- bzw. auch Fluktuationsraten im Haus motiviert sein. Klagen über belastende Arbeitsbedingungen können an die Direktion bzw. an die Abteilungsleitung beispielsweise vom betriebsärztlichen Dienst, engagierten MitarbeiterInnen bzw. von den Personalvertretungen herangetragen werden. Die Einführung der Kreuzweh-Präventions-Programme innerhalb des Hauses bedarf eines Konsenses zwischen der Personalvertretung, den betriebsärztlichen Einrichtungen, der Krankenhausleitung und dem Eigentümer.

17

Planungsphase

2. Beauftragung einer projektverantwortlichen Person bzw. einer Projektgruppe mit der Planung eines Kreuzweh-Präventions-Programmes

MitarbeiterInnen des Hauses und/oder externe ExpertInnen

3. Bedarfsanalyse

- Informationssammlung und Auswertung
- Rückmeldung an die Entscheidungsträger

4. Entscheidung für die Durchführung eines Kreuzweh-Präventions-Programms durch die Direktion

Mögliche Maßnahmen:
- Ergonomieberatung
- Kreuzweh-Präventions-Kurse

2

Beauftragung einer projektverantwortlichen Person bzw. einer Projektgruppe mit der Planung eines Kreuzweh-Präventions-Programmes

Entscheidungsträger sollten die Planung und Einführung eines Kreuzweh-Präventions-Programmes explizit beauftragen. Mit der Aufgabe

Vorhandenes Wissen der MitarbeiterInnen nutzen

können VertreterInnen des ärztlichen und/oder pflegerischen Personals, der/die Betriebsarzt/ärztin, eine Spezialabteilung des Hauses (z.B. das Physikalische Institut) oder externe ExpertInnen betraut werden. Aufgrund der aus der Umsetzung des Modells »Kreuzweh muß nicht sein!« gemachten Erfahrungen wird die Einrichtung einer interprofessionellen Projektgruppe - eventuell mit Beiziehung externer BeraterInnen - empfohlen. Dadurch wird ein den unterschiedlichen Kompetenzen der einzelnen MitarbeiterInnen entsprechendes, arbeitsteiliges Vorgehen möglich und darüber hinaus der Zugang zu den verschiedenen Berufsgruppen des Hauses erleichtert.

Der von MitarbeiterInnen des Hauses in die Projektarbeit investierte Arbeitsaufwand kann über Teilfreistellungen, bei einer die normalen Arbeitszeiten überschreitenden Inanspruchnahme auch über Zeitausgleich oder Überstundenregelungen, abgegolten werden.

3

Bedarfsanalyse

Welche Probleme sind vorhanden? Wo soll das Präventionsangebot ansetzen?

Zur Konkretisierung der inhaltlichen Gestaltung eines Kreuzweh-Präventions-Programms kann - z.B. von der Projektgruppe oder von externen BeraterInnen - eine »Bedarfsanalyse« durchgeführt werden. Folgende Fragestellungen können aufgegriffen werden:

- Gibt es im Krankenhaus einzelne Bereiche, in denen besondere Belastungen des Bewegungs- und Stützapparates vorkommen?
- Sind einzelne Berufsgruppen besonders davon betroffen?
- Welche Anliegen und Bedürfnisse werden von den verschiedenen Berufsgruppen vorgebracht?
- Wie groß ist die Akzeptanz bei den MitarbeiterInnen?
- Gibt es überhaupt ein Problembewußtsein, einen Veränderungswillen?
- Existieren innerhalb des Hauses Angebote (z.B. Wirbelsäulengymnastik-Kurse etc.), die in das zu entwickelnde Programm aufgenommen werden können?

Die Bedarfsanalyse kann im ganzen Haus oder in ausgewählten Einheiten bzw. Stationen durchgeführt werden. Ein abschließender Bericht, der neben einer Problembeschreibung bereits erste Vorstellungen für Programme beinhalten sollte, dient als Grundlage für die Entscheidungsfindung der Direktion.

4

Entscheidung für die Durchführung eines Kreuzweh-Präventions-Programms durch die Direktion

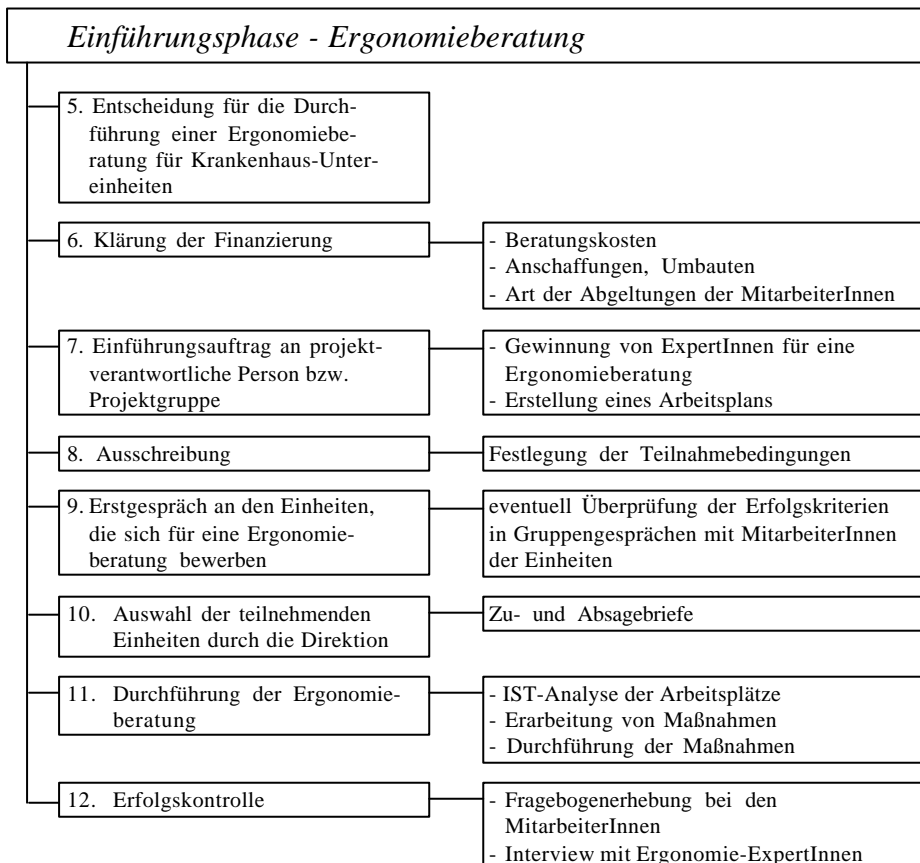
Welche Präventions-Maßnahmen sollen eingeleitet werden?

Auf der Basis der Bedarfsanalyse kann die Direktion sich für die Durchführung eines Kreuzweh-Präventions-Programmes entscheiden. Nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Ressourcen und in Abstimmung mit anderen geplanten Maßnahmen, wie etwa einem Umbau oder der Neuanschaffung von Möbeln oder Geräten, können - wie im Modell

»Kreuzweh muß nicht sein!« (vgl. Kapitel 4)

- ergonomische Beratung
- oder die Einführung von Kreuzweh-Präventions-Kursen, d.h. »Kreuzweh-Kurse und/oder Feldenkrais-Seminare, initiiert werden.

Ergonomieberatung für Krankenhaus-Untereinheiten



19

5

Entscheidung für die Durchführung einer Ergonomieberatung für Krankenhaus-Untereinheiten

Sollten sich in der Bedarfsanalyse Strukturprobleme in der ergonomischen Qualität der Arbeitsplätze oder der Arbeitsabläufe ergeben, so empfiehlt es sich, in den entsprechenden Einheiten Initiativen zur ergonomischen Gestaltung der Arbeitsplätze zu setzen.

Auftretende Mängel könnten zum Beispiel sein:

- fehlende Hilfen beim Umlagern und Umbetten
- keine höhenverstellbaren Betten, Arbeitssessel und Hocker
- mangelnde oder schlecht ausgestattete Arbeitsflächen
- schlecht ausgestattete Schreibtischarbeitsplätze

Kreuzweh-Belastungen bei den Arbeitsplätzen und Arbeitsabläufen

- disfunktionale Handhabung von Geräten und Instrumenten
- problematisches Schuhwerk
- Schlechte Nutzung von Lagerungsflächen und Stellmöglichkeiten
- falsche automatisierte Haltungen bei den MitarbeiterInnen
- Beleuchtung.

6

Klärung der Finanzierung

Welche Ressourcen können aufgebracht werden?

Bei der budgetären Planung sollte zwischen Beratungs- bzw. Einführungskosten und Kosten für notwendige Anschaffungen und Umbauten unterschieden werden. Die Möglichkeiten und Grenzen der Verwirklichung umfassender Ergonomiemaßnahmen richten sich wahrscheinlich nach den vorhandenen (bzw. benötigten) Ressourcen. Folgende Fragen bedürfen einer Klärung:

- Welche Mittel können für die Anschaffung neuer technischer Geräte und Ausrüstungsgegenstände bzw. für die Umgestaltung ganzer Abteilungsbereiche aufgebracht werden?
- Welche Kosten entstehen aus der Vorbereitung des Projekts? Können bestehende Einheiten wie der betriebsärztliche Dienst Aufgaben mit übernehmen? Jedenfalls ist auch die Abgeltung des von MitarbeiterInnen des Hauses geleisteten Tätigkeitsaufwands über Teilfreistellungen, Zeitausgleich oder Überstundenregelungen zu berücksichtigen.
- Welches Budget kann für Beratungsleistungen aufgebracht werden?
- Soll es eine Erfolgskontrolle geben? Wie ist die Evaluierung des Projektes zu organisieren? Entstehen daraus zusätzliche Kosten?

Folgende Übersichtsliste kann für die Ressourcenplanung verwendet werden:

Ressourcenübersicht

Personalkosten / Honorare:

- Dienstfreistellungen/Überstundenregelungen bei ProjektmitarbeiterInnen des Hauses
- eventuell: Honorar für externe Organisationsberatung
- Honorar für Ergonomieexperten/in
- Honorar für Ergotherapeuten/in (falls MitarbeiterIn des Hauses: Dienstfreistellung)
- administrative Unterstützung der Projektarbeit.

Sachkosten (je nach Ausrichtung der Veränderungsvorschläge):

- bauliche Veränderungen
- Anschaffung ergonomiegerechter Möbel, Geräte, Instrumente etc.

Administration und projektbezogene Sachkosten:

- Werbematerial
- Ausschreibungen
- Protokolle und Dokumentationen.

7

Einführungsauftrag an eine projektverantwortliche Person bzw. Projektgruppe

Wer kann die Koordination des Projektes übernehmen?

Parallel zur Klärung der Finanzierung (Schritt 6) muß innerhalb des Hauses eine Person bzw. eine Projektgruppe mit der Übernahme der

organisatorischen Vorbereitung, der Koordination und der Nachbereitung der Beratungen beauftragt werden. Aufgabe der projektverantwortlichen Person oder Gruppe ist es, im Rahmen der finanziellen Gegebenheiten ein erstes Konzept über Ziele, Ablauf und hausinterne Organisation der Ergonomieberatung zu erstellen. Aufgrund der Erfahrungen mit dem Modellprojekt an der Krankenanstalt Rudolfstiftung empfiehlt es sich, dazu externe Unterstützung in Form von Organisationsberatung beizuziehen, um die erforderlichen Planungs- und Abstimmungsprozesse sorgfältig einzuleiten.

Das Konzept wird schließlich den Entscheidungsträgern zur Überprüfung und Anpassung an die verfügbaren Möglichkeiten und Rahmenbedingungen des Hauses vorgelegt. Die Erwartungen an die Ergebnisse der Ergonomieberatungen und an die Arbeit der Projektgruppe sollten dabei formuliert werden, ebenso wie der Zeitrahmen und die für die Durchführung der Ergonomieberatungen bereitzustellende Infrastruktur.

In der Folge können die mit der Planung beauftragten Person(en) die Verhandlungen zur Gewinnung von ExpertInnen, die die Fachberatungen durchführen sollen, aufnehmen. An der Krankenanstalt Rudolfstiftung hat sich die Bildung eines Teams aus einer (falls vorhanden: hausinternen) Ergotherapeutin und einer Medizintechnikerin gut bewährt.

In bezug auf die Organisation der Ergonomieberatungen und der Schaffung einer geeigneten Infrastruktur sollten folgende Gesichtspunkte berücksichtigt werden:

- Wer übernimmt die Koordination an den betreffenden Stationen?
- Wie kommen Direktion, Abteilungsleitungen etc. zu den von den ExpertInnen erstellten Berichten und Diagnosen?
- Wie kann die Ergonomieberatung im Hause umgesetzt werden? Wer soll die eingehenden Anmeldungen von Abteilungen, Stationen und anderen Einheiten entgegennehmen?
- Falls eine Erfolgskontrolle der eingeleiteten Maßnahmen erwünscht wird, ist zu klären, wer die entsprechenden Daten erheben, auswerten und zusammenfassend interpretieren soll.

8

Ausschreibung

Eine hausinterne Ausschreibung empfiehlt sich, wenn die Ergonomieberatung zwar mehreren, aber - etwa aus finanziellen Erwägungen - nicht allen Einheiten der Krankenanstalt angeboten werden kann. Die Ausschreibung ergeht an die Leitungen aller bettenführenden und nicht-bettenführenden Einheiten des Hauses. Sie beinhaltet:

- Nennung jener Personen, Gruppen bzw. Stellen, von denen die Initiative zu diesem Beratungsangebot ausgeht
- Hinweis darauf, daß die Zustimmung einer breiten Mehrheit der Belegschaft Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung einer Ergonomieberatung ist
- Kurzdarstellung des Konzeptes
- Bedingungen, die seitens der sich bewerbenden Einheit erfüllt werden

*Prüfung durch
Entscheidungsträger;
Wer verfügt über
ergonomische
Fachkompetenzen?*

*Was soll bei der Koordination
der Beratung berücksichtigt
werden?*

*Ausschreibung zur Teilnahme
an einer Ergonomieberatung*

müssen (vgl. Schritt 10)

- Hinweis auf einen Informationstermin an der sich bewerbenden Station bzw. Einheit (vgl. Schritt 9)
- Angabe, an welche Stelle die Bewerbung zu richten ist, und einer Bewerbungsfrist
- Nennung der Instanz, die die Auswahl der teilnehmenden Einheiten durchführt, und der Auswahlkriterien.

9

Erstgespräche an den Einheiten, die sich für eine Ergonomieberatung bewerben

Information der MitarbeiterInnen

Dieser Schritt ist an eine hausinterne Ausschreibung gebunden. Wird keine Ausschreibung durchgeführt, so entfällt auch Schritt 9.

Zur Klärung offener Fragen über die Ziele und den Ablauf einer Ergonomieberatung empfiehlt es sich, den interessierten Einheiten Informationstermine anzubieten, an denen das Modell präsentiert und mit den versammelten MitarbeiterInnen diskutiert werden kann. Seitens der Anbieter sollen diese Informationstermine von den mit der Planung und Durchführung Beauftragten, nach Möglichkeit auch unter Einbeziehung der BeraterInnen, wahrgenommen werden.

22

10

Auswahl der teilnehmenden Einheiten durch die Direktion

Klare Auswahlkriterien festlegen

Um die Kooperation der Einheiten zu fördern und damit die Umsetzung des Programms zu unterstützen, sollen vorweg, d.h. bereits vor der Ausschreibung, klare Auswahlkriterien für die Teilnahme festgelegt werden.

Als Teilnahmevoraussetzungen haben sich bewährt:

- Einbringung eines formellen Antrags seitens der Abteilungsleitungen (Primararzt/ärztin und Oberschwester) bzw. der BereichsleiterInnen
- Beauftragung von zwei interessierten und berufserfahrenen MitarbeiterInnen, die innerhalb der Station/Einheit den Einsatz der Ergonomieberatung organisieren und als AnsprechpartnerInnen für das Beratungsteam fungieren. Eine Person aus diesen Teams sollte als interne Koordinationsperson bestimmt werden.
- Grundsätzliches Interesse der MitarbeiterInnen
- Einverständnis, daß alle MitarbeiterInnen sich zweimal ca. zwei Stunden lang an einer Gruppendiskussion über Belastungsprobleme und organisatorische bzw. technische Verbesserungen an ihren Arbeitsplätzen beteiligen können; Bereitschaft des Personals, an ergotherapeutischen Informations- bzw. Übungskursen und/oder an Kursen zur Einschulung in die Handhabung neuer technischer Geräte teilzunehmen.

Begründung der Teilnahme oder Absage

Die Entscheidung über die Teilnahme und Ablehnung sollte allen sich bewerbenden Einheiten schriftlich mitgeteilt und begründet werden.

Absagebriefe enthalten eine ausführliche Begründung, Zusagebriefe eine Einladung zu einem Vorbereitungsabend (vgl. Schritt 11).

11

Durchführung der Ergonomieberatung

Der Vorbereitungsabend (Kick-off-Meeting) ist eine etwa einstündige Veranstaltung, die dazu genutzt werden kann,

- Informationen über die Verbreitung von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats bei Angehörigen von Gesundheitsdiensten zu vermitteln
- den Ablauf des Modells nochmals darzustellen
- die Rahmenbedingungen abzuklären
- das Beratungsteam vorzustellen
- die Unterstützung durch die Leitenden zuzusichern.

Eine erste Arbeitsplatzbegehung dient der Erhebung von Belastungsschwerpunkten und Problemzonen innerhalb der Arbeitsabläufe. Sie wird von BeraterInnen und MitarbeiterInnen der Einheiten gemeinsam durchgeführt. In der Folge sollten die BeraterInnen einen Analyse-Bericht erstellen, der einen Katalog von Verbesserungsvorschlägen enthält und der Direktion bzw. den Abteilungsleitungen zur Beschlußfassung vorgelegt wird.

Nach Zustimmung der Entscheidungsträger kann die praktische Umsetzung der Maßnahmen (z.B.: Anschaffung technischer Hilfsmittel, organisatorische Umstrukturierung von Arbeitsplätzen, Verbesserung der Arbeitskleidung etc.) in die Wege geleitet werden. An dieser Stelle sind die Koordinationspersonen an der Station besonders eingebunden, da sie die Umsetzung vor Ort betreuen und sich regelmäßig mit den ExpertInnen beraten.

12

Erfolgskontrolle

Als Erfolgskontrolle schlagen wir eine neuerliche Arbeitsplatzbegehung durch die BeraterInnen, eine Befragung der Leitungen und der internen Koordinationspersonen und eine abschließende gemeinsame Arbeitssitzung unter Beteiligung aller MitarbeiterInnen der Stationen/Einheit vor, an der sich auch die projektbeauftragte(n) Person(en) beteiligen sollten.

Die Erfolgskontrolle kann folgende Fragestellungen beinhalten:

- Welche der vorgeschlagenen Maßnahmen konnten umgesetzt werden? Welche nicht und warum nicht?
- Ist die Verwirklichung solcher Maßnahmen nur aufgeschoben oder überhaupt gestrichen worden? Wer sorgt dafür, daß "aufgeschobene" Maßnahmen nicht in Vergessenheit geraten?
- Erfolgt die Anwendung von technischen Geräten, die neu angeschafft wurden, durch das Personal fachgerecht und somit nach ergonomischen Prinzipien?

Start der Ergonomieberatung

*Arbeitsplatzbegehung und
Maßnahmenkatalog*

23

Umsetzung von Maßnahmen

*Arbeitsplatzbegehung und
Gespräche*

- Konnte durch Umstrukturierungen an Arbeitsplätzen die Häufigkeit des Vorkommens ungünstiger Arbeitshaltungen reduziert werden?

Modifikationen und weitere
Ausschreibungen

Die Ergebnisse der Erfolgskontrolle werden von der/den projektbeauftragte(n) Person(en), den internen Koordinationspersonen der Stationen/Einheiten und eventuell den ErgonomieberaterInnen der Kollegialen Führung präsentiert. Auf der Basis der Erfolgskontrolle sollte die Kollegiale Führung über nötige Nachbesserungen, weitere Ausschreibungen oder eine Beendigung des Ergonomieberatungsprojektes im Haus entscheiden.

Kreuzweh-Präventions-Kurse

Wie bereits zu Beginn dieses Abschnittes erwähnt, kann nach der prinzipiellen Entscheidung für ein Kreuzweh-Präventions-Programm (Schritt 4) die Wahl auf die Durchführung eines Kreuzweh-Präventions-Kurses fallen. Kreuzweh-Präventions-Kurse stellen keine Alternative zur Ergonomieberatung in Krankenhausuntereinheiten dar; sie können als eigenes Programm angeboten werden, aber auch ergänzend und komplementäre zur Ergonomieberatung konzipiert sein, was sich unserer Erfahrung nach sehr empfiehlt.

Wie in Abschnitt 4 »Das Modell Kreuzweh muß nicht sein!« dargestellt, wurden im Modellversuch an der KA Rudolfstiftung zwei unterschiedliche Kursreihen durchgeführt: »Kreuzweh-Kurse« und »Feldenkrais-seminare«. Da die Umsetzung beider Angebote weitgehend dem selben Ablauf folgt, wird im folgenden eine für beide Kursreihen gültige Schrittliste für »Kreuzweh-Präventions-Kurse« vorgestellt.

24



5

Entscheidung für die Einführung von Kreuzweh-Präventions-Kursen

Nachdem eine Bedarfsanalyse ein hohes Maß an Kreuzweh-Beschwerden bei den MitarbeiterInnen ergeben hat, können sich Entscheidungsträger für die Durchführung von Kreuzweh-Präventions-Kursen entscheiden. Im Unterschied zu den Ergonomieberatungen sind diese in stärkerem Maße auf Einzelpersonen und die Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen ausgerichtet.

6

Klärung der Finanzierung

Bei der Ressourcenplanung müssen folgende Fragen Berücksichtigung finden:

- Welches Budget kann für die Kursreihe aufgewendet werden?
- Gibt es an der Anstalt geeignete Räume für die Durchführung von Kreuzweh-Kursen, oder müssen Räume adaptiert oder gar angemietet werden?
- Welche Kosten entstehen aus der Vorbereitung des Projekts? Kann die Vorbereitung von hausinternen Einheiten geleistet werden, in deren Aufgabengebiet Kreuzweh-Präventions-Kurse fallen können? Jedenfalls sollte die Abgeltung des von MitarbeiterInnen des Hauses geleisteten Tätigkeitsaufwands über Teilfreistellungen, Zeitausgleich oder Überstundenregelungen berücksichtigt werden.
- Soll es eine Erfolgskontrolle geben? Wie ist die Evaluierung des Modells zu organisieren? Entstehen daraus zusätzliche Kosten?
- Können Sponsoren gefunden werden?

Folgende Übersicht kann für die Ressourcenplanung verwendet werden:

Implementierungskosten:

- Dienstfreistellungen/Überstundenregelungen bei Angehörigen des Hauses, die sich an der Organisation beteiligen.

Personalkosten:

- Honorar für Physiotherapeuten/in (falls MitarbeiterIn des Hauses: Dienstfreistellung)
- Honorar für Trainer/in mit psychosozial-pädagogischen Qualifikationen (falls MitarbeiterIn des Hauses: Dienstfreistellung).

Leistungen der TrainerInnen:

- Konzepterstellung
- Leitung der Kurse
- Tätigkeitsberichte
- event. Honorar für externe Beratung oder Durchführung der Erfolgskontrolle.

Raum:

- Raummiete, falls Kurse nicht im Haus abgehalten werden können.

Sachkosten:

- Ausschreibung
- Werbung.

Unterstützungskosten:

- Kosten für Kursadministration und -begleitung (bei externen MitarbeiterInnen auf Werkvertragsbasis; hausinterne Lösung: z.B. Übernahme dieser Funktionen durch Sekretariat des betriebsärztlichen Dienstes).

Welche Ressourcen können aufgebracht werden?

7

Einführungsauftrag an eine projektverantwortliche Person bzw. Projektgruppe

Erarbeitung eines Konzeptes

Parallel zur Kostenklärung (Schritt 6) empfiehlt es sich, eine Person bzw. Projektgruppe aus dem Haus mit der Übernahme der Vorbereitung und der organisatorischen Leitung der Kreuzweh-Präventions-Kurse zu betrauen. In Frage kommen dafür VertreterInnen der Pflege, des ärztlichen Personals, MitarbeiterInnen des Betriebsärztlichen Dienstes, des Physikalischen Instituts etc. Aufgabe dieser Person bzw. Gruppe ist es, im Rahmen der finanziellen Gegebenheiten ein Konzept über die Ziele, den Ablauf und die hausinterne Koordination des Modells zu erstellen.

26

Aufgrund der Erfahrungen mit dem Modellprojekt an der Krankenanstalt Rudolfstiftung empfiehlt es sich, bereits zur Entwicklung des Konzeptes und des Kursdesigns mit den TrainerInnen zusammenzuarbeiten, die später die Kursleitung übernehmen sollten. Das Konzept sollte Vorschläge über die Anzahl der Kursreihen, die Anzahl der TeilnehmerInnen pro Kursreihe (ca 15-20), die Anzahl der einzelnen Kurse pro Reihe, den Ort, den Zeitrahmen, die für die Durchführung der Kursreihen benötigte Infrastruktur und eine Abschätzung der benötigten Ressourcen beinhalten. Dieses Konzept wird schließlich den Entscheidungsträgern zur Überprüfung und eventuellen Anpassung an die Rahmenbedingungen des Hauses vorgelegt.

Leitung der Kurse

In der Folge können von der/den mit der Planung beauftragten Person(en) die Verhandlungen zur Gewinnung von TrainerInnen, die die Kurse leiten sollen, aufgenommen werden. Als Kursleitung könnten geeignet sein:

- ein/e (hausinterne oder externe) PhysiotherapeutIn
- ein/e TrainerIn mit Kompetenzen im psychosozialen bzw. sozialpädagogischen Bereich. Er/sie soll Erfahrungen in Kommunikationstraining und im Umgang mit Gruppen haben.
- »Feldenkraisseminare« müssen von eigens ausgebildeten FeldenkraistherapeutInnen durchgeführt werden.

Mit den schließlich ausgewählten ExpertInnen ist ein Arbeitsvertrag zu vereinbaren, in dem das Konzept nochmals abgestimmt, Termine für die Kurse und zusätzliche Erwartungen wie die Zusammenstellung von Kursmaterialien und eine eventuelle Beteiligung an der Dokumentation und Erfolgskontrolle, festgelegt werden.

8

Organisation der Infrastruktur

*Koordinationsaufgaben,
Räumlichkeiten, Unterlagen*

In bezug auf die Schaffung einer geeigneten Infrastruktur ist folgendens zu berücksichtigen:

- Wer ist die interne Koordinierungsstelle? Sie sollte die Ausschreibung und das Marketing unterstützen (Schritt 9), die Anmeldung von InteressentInnen bearbeiten (Schritt 10) und die organisatorische Vorbereitung und Begleitung der Durchführung der Kurse übernehmen.

- Sind geeignete Räumlichkeiten im Haus vorhanden oder müssen sie extern angemietet werden? Wie und wo können die Kurse im Haus angeboten werden? Wer ist dafür zuständig? Bei der Anmietung eines Raumes müssen die Verhandlungen mit Leistungsanbietern zeitgerecht aufgenommen werden. Vereinbarungen sollten hier schriftlich bestätigt werden.
- Wer ist für die Vorbereitung von Seminarunterlagen (z.B. Vervielfältigung) verantwortlich? Wie wird die Übergabe der Materialien an die KursteilnehmerInnen organisiert?

9

Marketing der Kurse

Die Teilnahme an den Kreuzweh-Präventions-Kursen hängt zu einem guten Teil von der durchgeführten Werbung ab. Deshalb sollte von den projektverantwortlichen Personen bzw. der Projektgruppe ein detailliertes "Marketingkonzept" ausgearbeitet werden. Es empfiehlt sich, neben Ankündigungen in Mitarbeiterzeitungen und anderen bestehenden Medien Poster und Flugblätter anzufertigen und diese Werbematerialien in persönlichen Briefen an AbteilungsleiterInnen, OberärztInnen und Ober- und Stations-schwestern zu senden und diese zu bitten, Informationen über das Kursangebot an ihre MitarbeiterInnen weiterzuleiten.

Gezielte Öffentlichkeitsarbeit

27

Briefe und Werbematerialien sollen enthalten:

- Nennung der Personen bzw. Gruppen, von denen die Initiative zur Einführung der Kurse ausgeht
- Gründe für die Durchführung
- Kurzbeschreibung des Konzeptes
- Zielgruppe, Ort und Zeit der Kurse
- Vorstellung der TrainerInnen
- Anmeldeformalitäten und Anmeldefristen.

Information über Kurse

Die Werbematerialien können an zentralen Orten der Krankenanstalt (z.B. in der Eingangshalle, in den Liften, auf Anschlagbrettern, im Speisesaal, im Büffet, im Hörsaal etc.) und auf den Stationen (z.B. Garderoberraum, Aufenthaltsraum des Personals, Sekretariat, Besprechungszimmer, Anschlagbrett etc.) aufgehängt werden.

In Kombination mit einer Ergonomieberatung sollten den MitarbeiterInnen der betreffenden Einheiten maßgeschneiderte Konzepte angeboten werden. Hier empfiehlt es sich, das Angebot gemeinsam mit den stationsinternen Kontaktpersonen für die Ergonomieberatung und dem Beratungsteam abzustimmen und auf der Station eigens vorzustellen.

10

Auswahl der TeilnehmerInnen

Nachdem die Ausschreibung erfolgte, werden sich TeilnehmerInnen für die Kurse anmelden. Nachdem die Anmelde-liste voll ist, sollte jede/

Ausschreibung der Kursteilnahme

r TeilnehmerIn eine schriftliche Bestätigung der Aufnahme erhalten, in der der Kursort und die Kurszeiten nochmals festgehalten sind. Günstig wäre hier auch, vorbereitende Materialien (die die KursleiterInnen zusammenstellen sollten) mit zu übersenden.

Sollten sich zu wenige TeilnehmerInnen melden, so könnte nach einer gemeinsamen Problemanalyse eine nochmalige Werbekampagne durchgeführt werden. Sollten sich zu viele TeilnehmerInnen melden, so sollte erwogen werden, ob weitere Kurse angeboten werden können.

11

Kursdurchführung

Da bei der Durchführung der Kurse erfahrungsgemäß immer wieder Fragen auftauchen, sollte, um einen reibungslosen Ablauf der Kurse zu gewährleisten, innerhalb des Hauses die Koordinierungsstelle als Ansprechpartner für die TeilnehmerInnen und für die TrainerInnen fungieren.

Die Kursdokumentation sollte mit den TrainerInnen vereinbart werden. Sie sollte zumindest für jede Einheit die Anzahl der anwesenden TeilnehmerInnen, die bearbeiteten Inhalte und eine kurze Reflexion der TrainerInnen über den Kursverlauf beinhalten. Im Falle der Durchführung einer Erfolgskontrolle wird zudem nach der letzten Einheit einer Kursreihe von den TrainerInnen ein Fragebogen zur Kursbeurteilung an die TeilnehmerInnen ausgeteilt.

12

Erfolgskontrolle

Ziel der Evaluierung ist es, die Annahme des Angebots und die Wirksamkeit des Kursangebots zu überprüfen und durch kontinuierliche Weiterentwicklung das Kursdesign zu verbessern. Berücksichtigt werden muß jedoch, daß eine Evaluation auch Ressourcen benötigt. Folgende Materialien können für eine Evaluierung herangezogen werden:

- Kursdokumentationen
- Kursbeurteilungen durch die TeilnehmerInnen
- Interviews mit den TrainerInnen.

Eine Erfolgskontrolle sollte eine Kursdokumentation und eine TeilnehmerInnenbefragung umfassen. Die Frage wer die Daten erheben, auswerten und zusammenfassen wird, muß berücksichtigt werden. Eine Kursdokumentation umfaßt die Anzahl und Berufsgruppen der TeilnehmerInnen und wird regelmäßig geführt. Zudem sollte die Regelmäßigkeit der Teilnahme erfaßt werden. Fragebögen zur Kursbeurteilung können ebenso eingesetzt werden. Die Erstellung entsprechender Fragebögen kann in Zusammenarbeit mit den TrainerInnen erfolgen.

Die Durchführung einer TeilnehmerInnenbefragung (Erstellung eines

*Interne Koordinationsperson
und FachberaterIn sind die
Schlüsselpersonen für die
Umsetzung*

*Evaluation zur kontinuierlichen
Informationssammlung*

Fragebogens, Auswertung und Interpretation der Fragebogenerhebung) kann von der mit der Einführung des Modells beauftragten Person bzw. Projektgruppe oder von externen ExpertInnen übernommen werden. Die Ergebnisse der Evaluation sollen in einem Bericht an die Direktion bzw. Abteilungsleitungen und TrainerInnen zusammengefaßt werden.

Das Design der Maßnahmen zur Erfolgskontrolle muß genau geplant und bereits vor dem Beginn der ersten Kursreihe fertiggestellt sein.

5. Literatur

Allgemein

- Badura, B., Feuerstein, G. (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim: Juventa
Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (1995): Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherungen
Hofmann, F., Michaelis, M., Siegel, A., Stöbel, U. (Hg.) (1994): Wirbelsäulenerkrankungen im Pflegeberuf. Medizinische Grundlagen und Prävention. Landsberg: Ecomed
Hofmann, F., Reschauer, Stöbel, U. (1994): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Freiburg im Breisgau: Edition FFAS
Statistische Nachrichten (1993): Fragen zur Gesundheit: Befindlichkeit, Beschwerden und Erkrankungen. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1991
Stöbel, U. (1994): Der Beitrag der Rückenschule zur Vorbeugung von Wirbelsäulenerkrankungen - Konzepte und Ergebnisse. In: Hofmann, F., Michaelis, M., Siegel, A., Stöbel, U. (Hrsg.): Wirbelsäulenerkrankungen im Pflegeberuf. Medizinische Grundlagen und Prävention. Landsberg: Ecomed
Stöbel, U., Hofmann, F., Michaelis, M. et al. (1994): Die »Freiburger Wirbelsäulenstudie« - Arbeitsbedingte Erkrankungen der Wirbelsäule bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst in Deutschland. In: Hofmann, F., Reschauer, Stöbel, U. (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Freiburg im Breisgau: Edition FFAS

Pflegepersonal - subjektive Angaben von Beschwerden:

- Bartholomeyczik, S. (1989): Lebensqualität - Arbeitsqualität. In: Hauke, E. (Hrsg.) Qualität im Krankenhaus. Referate des 12. österr. Krankenhaustages 7.-10.11.1989. Wien: Fachverlag der WU-Wien
Heim, E. (1991): Job Stressors and Coping in Health Professions. Psychother Psychosom 1991; 55. S. 90-99
Herschbach, P. (1992): Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften. Weinheim: VCH
Hoffmann, P. (1994): Arbeitsbeanspruchung und -belastung von Frauen durch Nachtarbeit im Krankenhaus. Wien: Sozialwissenschaftliche Abteilung der Wiener Arbeiterkammer
Paseka, A. (1994): Krankenpflegeberufe. In: Froschauer, U., Krajic, K., Pelikan, J. (Hrsg.): Entwicklungen und Widersprüche im System der Krankenversorgung Österreichs. Psychosoziale Versorgung und Gesundheitsberufe. Wien: Wiener Universitätsverlag

Prävalenz:

- Elkeles, Th. (1992): Rückenschmerzen und berufliche Belastungen. Symposium "Arbeitsbedingte Erkrankungen - Prävention und Gesundheitsförderung", Linz 27-30.10. 92
Estryn-Behar, M., Kaminski, M., Peigne, E. et al. (1990): Strenuous working conditions and musculo-skeletal disorders among female hospital workers. Int Arch Occup Environ Health 62. S. 47-57
Hofmann, F., Stöbel, U., et al. (1991): Wirbelsäulenerkrankungen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst. Epidemiologie, Behandlung, Prävention. Sichere Arbeit 4. S. 10-17
Hagberg, M., Hofmann, F., Stöbel, U., Westlander, G. (Hrsg.) (1993) Occupational Health for Health care workers. International Congress on Occupational Health. Landsberg: Ecomed
Suckert, K. (1990): Gefahren, Mängel und Gesundheitsgefährdungen der Arbeitsumwelt im A. Ö. Landeskrankenhaus Innsbruck. Österr. KH-Zeitung 31. S. 723-728

Ursachen:

- Elkeles, Th. (1992): Rückenschmerzen und berufliche Belastungen. Symposium "Arbeitsbedingte Erkrankungen - Prävention und Gesundheitsförderung", Linz 27-30.10. 92
Estryn-Behar, M. (1990): Designing an architecture and organisation for health and safety in

hospital. Seminar "Building for people of hospitals: workers and consumers", Dublin. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of living and working conditions
Estryn-Behar, M. (1991): Hospital Ergonomics. 1. International Symposium on hospital ergonomics. Paris

Ansätze zur Verbesserung, Maßnahmen:

- Just, I. (1992): Rückenschule für Pflegepersonal und Patienten. Die Schwester/Der Pfleger 31. S. 564-567
- Osterholz, U. (1991): Gegenstand, Formen und Wirkungen arbeitsweltbezogener Interventionen zur Prävention muskulo-skelettaler Beschwerden und Erkrankungen. Berlin: Wissenschaftszentrum f. Sozialforschung
- Osterholz, U. (1993) Kritische Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Lösung des Problems "Rückenschmerz". Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Berlin
- Pelikan, J., Lobnig, H., Nowak, P. (1993): Das Wiener WHO-Modellprojekt "Gesundheit und Krankenhaus". Jahresbericht 1992. Beilagenteil, Modelldokument 1.3: Subprojekt 1 "Gesundheit am Arbeitsplatz", Teilprojekt 3 "Kreuzweh muß nicht sein!". Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie

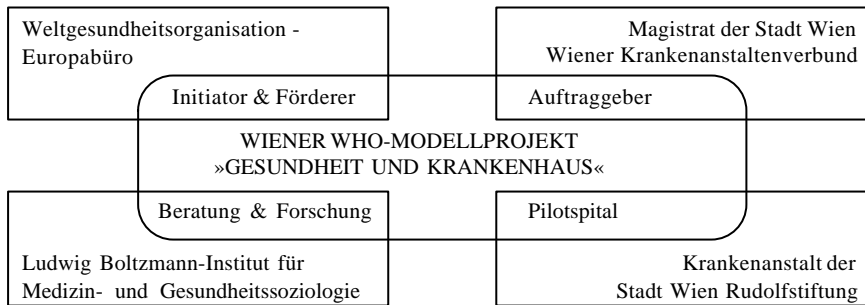
Ergonomische Maßnahmen:

- Estryn-Behar, M. (1993): Hospital ergonomics - an analytical survey of recent research. In: Hagberg, M; Hofmann, F., Stöbel, U., Westlander, G. (Hrsg.) Occupational Health for Health care workers. International Congress on Occupational Health. Ecomed: Landsberg
- Hagberg, M. (1993): Prevention of back pain among nursing personnel - interventive epidemiology. In: Hagberg, M., Hofmann, F., Stöbel, U., Westlander, G. (Hrsg.): Occupational Health for Health care workers. International Congress on Occupational Health. Ecomed: Landsberg
- Landewe, M., Schröer, H. (1993): Development of a new, integrated patient transfer training program - primary prevention of low back pain. In: Hagberg, M., Hofmann, F., Stöbel, U., Westlander, G. (Hrsg.): Occupational Health for Health care workers. International Congress on Occupational Health. Ecomed: Landsberg
- Siegel, A., Michaelis, M., Hofmann, F. et al. (1993): Use and acceptance of lifting aids in hospitals and geriatric homes. In: Hagberg, M., Hofmann, F., Stöbel, U., Westlander, G. (Hrsg.): Occupational Health for Health care workers. International Congress on Occupational Health. Ecomed: Landsberg
- Tolonen, M. (1986): Berufsbedingte Gefährdungen des Gesundheitspersonals. In: WHO-Regionalbüro für Europa: Berufsbedingte Gesundheitsgefahren im Krankenhaus. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro Europa

6. Das Wiener WHO-Modellprojekt »Gesundheit und Krankenhaus«

Das Modellprojekt »Gesundheit und Krankenhaus« wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa, initiiert und im Auftrag des Stadtrates für Gesundheits- und Spitalswesen der Stadt Wien bzw. der Generaldirektion des Wr. Krankenanstaltenverbundes von der Krankenanstalt Rudolfstiftung und dem Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS) gemeinsam durchgeführt.

Partner



31

- 1988 initiierte die WHO in Zusammenarbeit mit dem LBIMGS die Umsetzung des Konzepts der Gesundheitsförderung in einem Krankenhaus. Die Gemeinde Wien konnte als Partner für ein erstes Pilotprojekt gewonnen werden.
- 1989 wurde mit der KA Rudolfstiftung ein geeignetes Spital zur Durchführung des Pilotprojektes gefunden. Nach Erstgesprächen mit der Krankenhausleitung wurde in zwei außerordentlichen Betriebsversammlungen über die Beteiligung der KA Rudolfstiftung abgestimmt und das Projekt mit einer 1. Öffentlichen Projektpräsentation offiziell eröffnet.
- 1989-90 wurden in einer »Vorbereitungsphase« Diagnosen gestellt, Modelle geplant und Projektstrukturen aufgebaut.
- 1990-94 wurden in den »Modellerprobungsphasen« 8 Subprojekte implementiert, dokumentiert und weiterentwickelt.
- 1993 wurde die KA Rudolfstiftung zum »Pilotspital« eines - mittlerweile zwanzig verschiedene Krankenanstalten umfassenden - »Europäischen Projekts Gesundheitsfördernder Krankenhäuser« der WHO
- 1994 erfolgte in der »Abschlußphase« die Evaluation, wissenschaftliche Auswertung und die Institutionalisierung der erfolgreichen Modelle.
- Im Dezember 1994 fand die abschließende 6. Öffentliche Projektpräsentation statt.

Chronologie

	1990	1994
Offizielle Bettenzahl (»Systemisierte Betten«):	850	807
Bettenauslastung der »Systemisierten Betten« (%):	101,8	92,5
Anzahl der stationären Patienten im Jahr (Aufnahmen):	31.287	29.043
Durchschnittliche Aufenthaltstage im Spital (Verweildauer):	10,4	10,1
Anzahl der ambulanten Patienten im Jahr:	243.279	342.937
Systemisierter Personalstand:	1.517	1.693
Ärztliches Personal, Apotheker, Psychologe:	266	317
Pflegepersonal incl. Krankenpflegeschule, Sanitätshilfsdienste, Abteilungshelfer:	707	745
Medizinisch-technische Dienste und Hilfsdienste:	145	168
Verwaltungs-, Technik- und Betriebspersonal:	399	442

Eckdaten der Krankenanstalt
Rudolfstiftung

Ziele und Grundsätze

Orientiert an den Richtlinien der »Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung« und der »Budapest Declaration« der WHO sollten Modelle für eine Entwicklung des Krankenhauses zu einer gesundheitsfördernden Arbeits- und Lebenswelt für PatientInnen, Personal und BesucherInnen geplant, erprobt und evaluiert werden. Weiters soll die Integration des Krankenhauses in der Region gefördert werden.

Methoden der Umsetzung

Um die gesteckten Ziele zu erreichen, wurde ein Organisationsentwicklungs-Prozeß in Gang gebracht, in den Entscheidungsträger, betroffene MitarbeiterInnen des Hauses sowie externe ExpertInnen eingebunden waren. Das LBIMGS übernahm die Aufgabe der Organisationsberatung, wobei man sich bei der Umsetzung an den Prinzipien der »systemischen Organisationsentwicklung« und der Methodik des »Projektmanagements« orientierte.

Problemereiche wurden in verschiedenen Subprojekten bearbeitet, die sich wiederum in zahlreiche Teilprojekte und Arbeitsschwerpunkte unterteilten.

*Die Subprojekte des Wiener
WHO-Modellprojektes
»Gesundheit und
Krankenhaus« (1989-1994)*

Subprojekt 1 »Gesundheit am Arbeitsplatz«
Subprojekt 2 »Hygiene-Organisation«
Subprojekt 3 »Stationsorganisation«
Subprojekt 4 »Spitalsambulanz als Schaltstelle zwischen intra- und extramuraler Versorgung«
Subprojekt 5 »Gesunde Ernährung im Krankenhaus«
Subprojekt 6 »Diabetikerschulung«
Subprojekt 7 »Pflege«
7.1 »Kompetenzabgrenzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit«
7.2 »Praxis- und MitarbeiterInnenanleitung«
7.3 »Magnetspital Rudolfstiftung«
Subprojekt 8 »Patientenhilfsteam Rudolfstiftung«

Instrumente der Projektarbeit

Alle wichtigen Entscheidungen im Projekt wurden durch den »Gemeinsamen Projektausschuß« getroffen. Dafür benötigte Ressourcen wurden jährlich in Form von »Vorschlägen und Anträgen« beim Spitalserhalter eingereicht, der darüber entschied. Regelmäßige Projektberichte, ein vierteljährlich erscheinender Projektrundbrief sowie eine jährliche Öffentliche Projektpräsentation informierten kontinuierlich über Maßnahmen und Ergebnisse.

Abschluß des Modellprojektes

1994 wurde mit der systematischen Endauswertung der Projekterfahrungen begonnen. Jene Modelle, die sich bewährt hatten, sind in den Alltagsbetrieb des Hauses übernommen worden. Die Kollegiale Führung und die Personalvertretung der KA Rudolfstiftung haben sich aufgrund der durchwegs positiven Erfahrungen für eine Fortsetzung des WHO-Modellprojektes im Jahre 1995 entschieden. Dabei wurden folgende neue Initiativen gesetzt:

Fortsetzung des Projektes

Subprojekt 7.4 »Patientenorientierte Gruppenpflege«
Subprojekt 11 »Zusammenarbeit zwischen bettenführenden und nichtbettenführenden Abteilungen«
Subprojekt 12 »Leitbild Rudolfstiftung«

Ab 1996 sollen die Erfahrungen des Wiener WHO-Modellprojektes »Gesundheit und Krankenhaus« in ein »Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser« eingebracht werden.

7. Glossar zum »gesundheitsfördernden Krankenhaus«

Gemeinsamer Projektausschuß

ist das aus der Kollegialen Führung der Krankenanstalt Rudolfstiftung, VertreterInnen des Dienststellenausschusses sowie drei MitarbeiterInnen des Projektteams des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie zusammengesetzte, zentrale Entscheidungsgremium des WHO-Modellprojekts "Gesundheit und Krankenhaus". Es beschließt die Einleitung von Projekten, beauftragt Projektgruppen mit der Planung und Umsetzung, läßt sich regelmäßig über den Verlauf der Arbeit Bericht erstatten, entscheidet über Abschluß, dauerhafte Implementierung bzw. Transfer der erprobten Modelle. Der Gemeinsame Projektausschuß tagt in etwa alle drei Wochen in 1½ stündigen Sitzungen.

Subprojektgruppen

werden vom Gemeinsamen Projektausschuß beauftragt, Arbeitsvorhaben zu konzeptualisieren, umzusetzen und zu evaluieren. Sie bestehen aus MitarbeiterInnen der Krankenanstalt Rudolfstiftung, die unterschiedlichen Berufsgruppen und verschiedenen Ebenen der Hierarchie des Hauses angehören. In Ausnahmefällen können auch externe ExpertInnen ständige Mitglieder sein. Die Subprojektgruppen werden jeweils durch externe BeraterInnen in ihrer Arbeit unterstützt. Angehörigen des Hauses werden zwei Wochenstunden für die Projektarbeit im Rahmen der Dienstzeit angerechnet. Umfassende Aufgaben und Vorhaben können in Form von einzelnen Teilprojekten in mehreren Subgruppen ("Arbeitsgruppen") bearbeitet werden.

SubprojektkoordinatorIn

ist verantwortlich für die Sicherstellung der Kontinuität der Arbeit in den Subprojektgruppen. Er/sie vertritt auch die Gruppe nach außen.

Öffentliche Projektpräsentation

jährliche Großveranstaltung, an der von den Auftraggebern (VertreterInnen der WHO und der Stadt Wien), der Kollegialen Führung der Krankenanstalt Rudolfstiftung, der Projektleitung und schließlich auch von den einzelnen Subprojektgruppen einer breiteren Öffentlichkeit über (Zwischen-) Ergebnisse des in Gang gesetzten Reformprozesses Bericht erstattet wurde. TeilnehmerInnen der Projektpräsentationen - jedes Jahr in etwa 200 - waren MitarbeiterInnen der Krankenanstalt Rudolfstiftung und anderer Wiener Spitäler, ExpertInnen und EntscheidungsträgerInnen aus der österreichischen Gesundheitspolitik, BeobachterInnen aus dem internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser der WHO sowie Presse- und RundfunkjournalistInnen. Die Veranstaltungen sind in der Reihe "gesundes krankenhaus" dokumentiert.

Rundbrief

regelmäßig im Abstand von etwa zwei Monaten erscheinendes Informationsmedium, in dem aktuelle Entwicklungen aus den einzelnen Subprojekten mitgeteilt werden. Empfänger des Rundbriefes sind ProjektmitarbeiterInnen, Führungskräfte der Krankenanstalt Rudolfstiftung sowie an dem Modellprojekt interessierte Einzelpersonen innerhalb und außerhalb des Hauses.

Jahresbericht

gibt eine Übersicht über den Projektverlauf, und über die jeweils erzielten Ergebnisse der Subprojektgruppenarbeit. Die Jahresberichte wurden in der Schriftenreihe "gesundes krankenhaus" publiziert.

Vorschläge und Anträge

Aktionspläne der Subprojektgruppen, in denen den Auftraggebern der Jahresbedarf an personellen und materiellen Ressourcen begründet wird.

Ausschreibung

hausinterne schriftliche Einladung bzw. Aufforderung an Personen, Stationen oder Abteilungen zur Mitarbeit an einzelnen Projekten, mit der zugleich auch die genauen Teilnahmebedingungen bekannt gegeben werden. Unter den einlangenden Bewerbungen trifft der Gemeinsame Projektausschuß aufgrund vorher festgelegter Kriterien eine Auswahl.

Modellstation

Einheit der Krankenanstalt Rudolfstiftung, an der einzelne Projekte im Alltagsbetrieb erprobt und weiterentwickelt werden. Die Auswahl von Modellstationen erfolgt nach einer hausinternen Ausschreibung durch den Gemeinsamen Projektausschuß.

Modellerprobungsphase

Zeitraum, in dem ein Projekt im Alltagsbetrieb versuchsweise umgesetzt wird. Aufgrund der Ergebnisse der Evaluation der Modellerfahrungen kann über eine Fortführung, über die Notwendigkeit einer konzeptuellen Überarbeitung und/oder über den Transfer der Innovationen in andere Bereiche entschieden werden.

Evaluation

analysiert den Projektverlauf (Prozeßevaluation) und beantwortet die Frage, ob die angestrebten Ziele mit den eingeleiteten Maßnahmen auch tatsächlich erreicht wurden (Ergebnisevaluation). Die Methoden, die zur Evaluierung von Projekten eingesetzt werden, sind vielfältig. Sie reichen von der einfachen Befragung von beteiligten ProjektmitarbeiterInnen bis zu anspruchsvollen Untersuchungen mittels moderner sozialwissenschaftlicher Erhebungs- und Auswertungsverfahren.

Projektmanagement

wird die Gesamtorganisation einzelner Projektphasen und -schritte genannt. Das entsprechende know-how wird in Weiterbildungsseminaren vermittelt.

Organisationsentwicklung

ist die nach genauen Zielvorgaben eingeleitete und nach rationalen Gesichtspunkten durchgeführte Veränderung einer Organisation, die meist von einem/r externen BeraterIn angeleitet wird. Die Entwicklung einer Organisation braucht Zeit und verläuft nicht immer konfliktfrei. Mit dem Auftreten von Schwierigkeiten, die zeitliche Verzögerungen nach sich ziehen, muß in jedem Fall gerechnet werden.

Ottawa Charta für Gesundheitsförderung

Gesundheit wird nicht bloß als das Fehlen von Krankheit, sondern positiv als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert. Weiters definiert die Ottawa Charta fünf Prinzipien der Gesundheitsförderung:

- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

Internationales Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser der WHO

ist der Zusammenschluß von Krankenhäusern, an denen Ansätze des Gesundheitsförderungskonzepts der WHO verwirklicht werden. Es dient dem Erfahrungsaustausch, der gemeinsamen Auswertung von Ergebnissen und der Propagierung der Ideen einer umfassenden Krankenhausreform. Als Koordinationszentrum fungiert das Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.

Europäisches Pilotkrankenhausprojekt Gesundheitsfördernder Krankenhäuser

ein seit 1993 bestehendes, auf eine Laufzeit von vier Jahren befristetes WHO-Projekt, in dessen Rahmen an 20 europäischen Spitälern unterschiedlichen Typs und verschiedener Größe in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Italien, Österreich, Polen, Schweden, der Tschechischen Republik und Ungarn der Ansatz des Gesundheitsfördernden Krankenhauses modellhaft verwirklicht wird. Zweimal jährlich stattfindende "Business-Meetings" dienen dem Austausch der unter divergierenden Ausgangsbedingungen gesammelten Projekterfahrungen.

Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser

zielt darauf ab, den Gedanken des »Gesundheitsfördernden Krankenhauses« in Österreich durch die Anwerbung von neuen bzw. die Betreuung von bereits assoziierten Spitälern durch die Abhaltung von Tagungen und Seminaren etc. zu verbreiten. Als Medium der Kommunikation dient ein regelmäßig erscheinender "Rundbrief". Koordinationszentrum ist wie im Internationalen Netzwerk das Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.

*Stab des Teilprojektes »Kreuzweh muß nicht sein!«
(1989-1994)*

Projektgruppenmitglieder

Prim. Dr. Günter Gal	(Inst. f. Physikal. Med., Arbeitsgruppenkoord., seit 9.1.92)
Dr. Helga Amann-Groiber	(Inst. f. Physikal. Med., Kursreferentin, seit 9.1.92)
OA Dr. Hans-Peter Ammerer	(Neurochirurgie, 9.1.92-31.6.93)
Elisabeth Andraschko	(Kursreferentin, 9.1.92-31.6.93)
Sr. Desirée Bodo	(1. Med., 9.1.92-31.3.92)
Sr. Christa Brandtner	(2. Med., seit 1.4.93)
Dipl. Ergoth. Eva Dugmanits	(Inst. f. Physikal. Med., Kursreferentin, seit 9.1.92)
Elisabeth Gura	(Inst. f. Physikal. Med., Kursreferentin, 9.1.92-31.6.93)
Dagmar Klinser	(Inst. f. Physikal. Med., Kursreferentin, seit 9.1.92)
Stat.Sr. Margarethe	(Jörg-)Krappel, 2. Med., 9.1.92-31.6.93)
Sr. Uschi Meissl	(2. Med., 9.1.92-31.6.93)
Sr. Conny Meyer	(2. Med., seit 1.4.93)

Beratung

Dr. Ralph Grossmann

Fachberatung

Dipl. Ergoth. Eva Dugmanits
DI Elisabeth Mandl

Wissenschaftliche Mitarbeit

Mag. Alice Grundböck
Hermann Schmied

Impressum

Gemeinsamer Projektausschuß

KA Rudolfstiftung

HR Prim. Dr. Alfred Huber
(Ärztlicher Direktor)
Oberin Hilde Welzel
(Pflegedirektorin)
OAR Erich Freiberger
(Verwaltungsdirektor)
TOAR Ing. Günter Klug
(Technischer Direktor)
OSr. Vera Etmüller
(Pflegedirektion)
Stat.Sr. Christa Neubert-Plessl
(Dienststellenausschuß)
OA Dr. Robert März
(2. Chirurgische Abteilung)

LBIMGS

Univ.Prof.Dr. Jürgen M. Pelikan
(Projektleiter)
Mag. Peter Nowak
(Modellentwicklung und
Umsetzung)
Mag. Hubert Lobnig
(Modelldokumentation und
Evaluation)
Annemarie Hager
(Administrative Projekt-
koordination)

Wissenschaftliche Mitarbeit

Mag. Dr. Gerhard Benetka
Hermann Schmied

Graphik

Barbara Bendl
Alexander Popp
Hermann Schmied