

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 96 (1998)

Heft: 12

Artikel: Standards als Schlüsselement

Autor: Müller, Vera

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950230>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

► STANDARDS als Schlüssel- instrument

Gerade jetzt, wo der Hebammenverband daran ist, Qualitätsstandards auf der übergeordneten und mittleren Ebene auszuformulieren, ist ein Blick auf den Pflegebereich interessant, der diese Arbeiten abgeschlossen hat. Denn warum soll jede Berufsgruppe das Rad immer wieder neu erfinden?

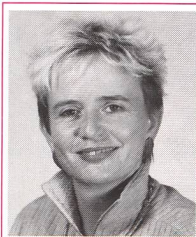
Vera Müller

SPÄTESTENS seit dem neuen KVG ist der Begriff «Qualität» zu einem Muss in allen Berufsbereichen des Gesundheitswesens geworden. Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung ist statuiert. Im Gesundheitswesen wird umgebaut. Neben infrastrukturellen sind auch immer mehr angebots- und managementmässige Veränderungen gefragt. Und hierzu ist es auch wertvoll und wichtig, wenn wir unsere beruflichen Tätigkeiten als Berufsangehörige selber formulieren, benennen, erfassen und auch überprüfen und verbessern können. Dies gilt für die Heb-

ammen wie für die Pflegepersonen, Physiotherapeutinnen und Ärzte. Es gilt für alle, die den Anspruch auf eine eigene, selbstverantwortliche Berufstätigkeit haben. Zu einer Profession gehört es, die eigene Arbeit selbst überprüfen zu können, darin autonom und verantwortungsvoll zu handeln. Dies bedingt, dass wir uns erst einmal mit dem beruflichen Tun auseinandersetzen und Qualitätsnormen ausformulieren.

Instrumente für eine Qualitätssicherung – Qualitätsstandards

In der Pflege befasst man sich heute stark mit der Benennung und Ausformulierung ihrer beruflichen Tätigkeiten, mit der Reflexion und Verbesserung der Berufsqualität im Sinne der Pflegefunktion 5 und der Leistungserfassung. Es geht hier nicht nur um den Nachweis der immer komplexer werdenden beruflichen Tätigkeiten. Es geht auch darum, die Verantwortung für das eigene berufliche Tun selbst zu übernehmen und diesbezüglich den selbstgeforderten Qualitätsanspruch zu benennen. Anhand von Qualitätsstandards, die von der jeweiligen Berufsgruppe selbst formuliert werden, kann die berufliche Tätigkeit gemessen und überprüft werden. Damit wird ein Beitrag zur überall geforderten Qualitätssicherung geleistet.



Vera Müller, IKP, Hebamme und Erwachsenenbildnerin, seit 1998 Leiterin der innerbetrieblichen Fortbildung am Spital Limmattal.

Was ist ein Standard?

Standards sind allgemein geltende Normen, Werte, Richtlinien, die den Aufgabenbereich und die Qualität der beruflichen Tätigkeit/der Pflege definieren. Sie legen themen- und tätigkeitsbezogen fest, was die Pflegepersonen in einer konkreten Situation generell leisten sollen und wie diese Leistung auszusehen hat (nach: Stösser, Pflegemanagement, 2/96).

Auf drei verschiedenen Ebenen werden Standards definiert:

1. Universalstandards (normative Ebene)

Hier betreffen die Standards die Berufsphilosophie und -ethik und sollen eine gute Berufspraxis sichern. Sie sind jedoch infolge ihres Abstraktionsgrades nicht messbar (s. auch die Qualitätsnormen des SBK).

2. Richtlinienstandards (strategische Ebene)

Auf dieser Ebene enthalten die Standards Aussagen über eine gute Pflegepraxis, die von einer Institution angestrebt wird. Es handelt sich um ausdrückliche Erwartungen, die alle Pflegenden einer Institution betreffen (z.B. das Leitbild eines Betriebes, die beschriebenen Leitgedanken zur Pflege, die Haltungs- und Handlungsaspekte in den fünf Pflegefunktionen, das ausformulierte Pflege-/Berufsverständnis).

3. Lokale handlungsspezifische Standards (operative Ebene)

Hier handelt es sich um spezifische Standards, welche die Aktivitäten innerhalb einer Klinik oder einer Abteilung betreffen und von Pflegenden eines Fachberei-



Anhand von Qualitätsstandards, die von der jeweiligen Berufsgruppe selbst formuliert werden, kann die berufliche Tätigkeit gemessen und überprüft werden.

ches entwickelt werden. Sie stellen das Erbringen einer Leistung dar, sind beobachtbar, überprüfbar und erreichbar.

Anforderungen an handlungsspezifische Standards [1]

1. Sie müssen *sinnvoll* sein:
Die Auswahl an beruflichen Tätigkeiten zur Standardisierung soll sich auf häufig wiederkehrende, für alle verbindliche Massnahmen beziehen.
2. Sie müssen *anwendbar* sein:
Grundsätzlich ist ein Standard ziel-

orientiert. Es soll überprüft werden, ob das Ziel realistisch ist.

3. Sie müssen *verständlich* sein:
Kurze, präzise Formulierung und auf das Wesentliche beschränkt.
4. Sie sollen *messbar* sein:
Die Vorgabe des Standards ist die Voraussetzung zur Analyse der Pflegequalität. Aus der Pflege, die den Patienten zuteil wird, lässt sich die Qualität der Betreuung als Grad der Standardeinteilung definieren. Die Qualität kann nach Entlassung der Patienten durch die Auswertung der Pflegedokumentation gemessen werden. Die erreichten Pflegeresul-

tate lassen sich mit den vorgegebenen Zielsetzungen vergleichen.

5. Sie müssen *praktikabel* sein:
Die Einflussfaktoren, die auf die pflegerischen Standards einwirken, sind entsprechend zu berücksichtigen (z.B. strukturelle Bedingungen der Zusammenarbeit mit den ärztlichen Fachpersonen, dem interdisziplinären Team usw.)

Im weiteren werden auf dieser Ebene, wo es darum geht, einen konkreten Standard auszuformulieren, drei verschiedene Komponenten des Standards beschrieben:

Strukturkriterien:

Diese Kriterien beschreiben Voraussetzungen, Rahmenbedingungen (Organisationsformen, Materialien, Personalbedarf, Kompetenzen, räumliche Erfordernisse usw.), die vorhanden sein müssen, damit der Standard erreicht werden kann.

Prozesskriterien:

Diese Kriterien beschreiben die Art und den Umfang des pflegerischen Handelns. Anhand der pflegerischen Zielsetzungen wird der Qualitätsanspruch festgelegt. Beispiele dafür sind Pflegetechniken, Informationen an Patienten, Dokumentation, Instruktion.

Ergebniskriterien:

Sie beschreiben die angestrebten Veränderungen im Verhalten und Gesundheitszustand der Patienten, die pflegerischen Ziele, die Wirkung der Pflege, und zwar das, was erwartet wird und wünschbar ist, in einer spezifischen und messbaren Form.

Beispiel eines Standards aus dem Kantonsspital St.Gallen

Thema:

Arbeitsatmosphäre im Operationstrakt (OP)

Pflegeaktivität:

Ruhe im OP anstreben – Lärm vermeiden

Zielbeschreibung:

Das Pflegepersonal schafft eine ruhige Arbeitsatmosphäre im OP.

Strukturkriterien:

- Neben jeder Gegensprechanlage liegt eine Bedienungsanleitung auf.
- Jede Mitarbeiterin* beherrscht die Gegensprechanlage.
- Hilfsmaterial für die Anästhesie befindet sich an jedem Arbeitsort.
- Anästhesieverfahren und erforderliches Monitoring sind dem Anästhesiepersonal klar. Entsprechendes Material und Geräte sind vor dem Eintreffen des Patienten vorbereitet.

Prozesskriterien:

- Wir suchen Mitarbeiterinnen nur dann über den Sammelruf, wenn sie nicht über den Sucher oder über Direktwahl der Gegensprechanlage erreichbar sind.
- Wir sprechen über die Gegensprechanlage mit ruhiger Stimme und einem Abstand von 30 cm vom Apparat, so dass beim Empfänger die Lautstärke angenehm ist.
- Wir geben weder Antworten noch stellen wir Fragen über den Sammelruf der Gegensprechanlage.
- Wir sprechen die Arbeitsaufteilung vor Anästhesieeinleitung ab.
- Wir bereiten sämtliches für die Narkose nötige Material vor, damit nach Eintreffen des Patienten kein Material mehr aus anderen Räumen geholt werden muss.
- Wir betreten nur diejenigen Einleitungsräume, in denen Patienten liegen, die wir betreuen.
- Wir unterdrücken Gerätealarme sofort, nachdem deren Ursache erkannt wurde.
- Wir vermeiden folgende Lärmquellen (exemplarisch aufgezählt):

- Wir schieben OP-Tritte nicht, wir heben sie.
- Wir rufen nicht durch den Korridor.
- Bei lärmigen Putzarbeiten weisen wir das Reinigungspersonal darauf hin, dass es diese ausserhalb der Hörweite des Patienten durchführen muss.
- Wir führen Privatgespräche mit Mitarbeiterinnen ausserhalb der Hörweite von wachen Patienten, oder wir beziehen diese mit ein.
- Wir bieten wachen Patienten Musikhören über Kopfhörer an.

Ergebniskriterien:

- Der Patient sagt aus, dass er das Umfeld während seines Aufenthalts im OP als ruhig empfand.
- Das Pflegepersonal sagt aus, dass es die Umgebung als geräuscharm empfand.

*Bezeichnung gilt in der Folge sinngemäss für beide Geschlechter.

(Aus: Pflege, Band 8, Heft 4, S. 329)