

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

09.03.2009 bis 12.03.2010

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Erstellung eines Standards für die
Gastroskopie**

Am Beispiel des Krankenhauses Waiern

vorgelegt von: Jürgen Ster
Öffentliches Krankenhaus Waiern
Ambulanz

begutachtet von: OSr. MMag Christine Leber-Anderwald
LKH Klagenfurt
Bildungszentrum

15. Januar/2010

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Jürgen Ster

Feldkirchen, Januar 2010

KURZZUSAMMENFASSUNG

Die Abschlussarbeit des Weiterbildungslehrganges für Führungsaufgaben (Basisausbildung) „Basales und mittleres Pflegemanagement“ beschäftigt sich mit der Erstellung eines Standards für die Gastroskopie am Beispiel des öffentlichen Krankenhauses Waiern. Dazu wurden Literaturrecherchen durchgeführt, die Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt und beschrieben. Im Detail bedeutet dies, dass die Aufgaben der Leitung, Standardformen, Hintergrundwissen zu Arbeitsgruppen und die Implementierung von Standards beleuchtet wurden. Für die Erstellung des Standards wurde im Krankenhaus Waiern eine Arbeitsgruppe gegründet, deren Zusammensetzung und Vorgehensweise genauer erläutert werden.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

DGKS	diplomierte Gesundheits-und Krankenschwester
DGKP	diplomierter Gesundheits-und Krankenpfleger
HFK	Hygienefachkraft
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Voraussetzung zur erfolgreichen Einführung von Standards

Abbildung 2: Das schrittweise Vorgehen bei der Einführung neuer Standards

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Teilnehmer Arbeitsgruppe Waiern mit ihrer Funktion

Tabelle 2: Checkliste zu Methoden der Standardeinführung

INHALTSVERZEICHNIS

0.	VORWORT	6
1.	PROBLEMDARSTELLUNG	7
2.	DER STANDARD - BEGRIFFSKLÄRUNG UND AUFBAU	8
2.1.	Leitlinien	9
2.2.	Normen und Richtlinien	11
2.3.	Qualitätsstandards	12
2.4.	Standardpflegepläne	13
2.5.	Handlungsanweisungen	14
2.6.	Expertenstandards	15
3.	ERSTELLEN EINES STANDARDS	16
3.1.	Die Arbeitsgruppe	19
3.1.1.	Rahmenbedingungen für Arbeitsgruppen	19
3.1.2.	Voraussetzungen der Arbeitsgruppenteilnehmer	20
3.1.3.	Vor – und Nachteile der Arbeitsgruppe	21
3.1.4.	Ablauf der Gruppenarbeit	21
3.2.	Theoretische Überprüfung des Standardentwurfes	23
3.3.	Formulierung des Standards	24
4.	IMPLEMENTIERUNG DES STANDARDS	28
5.	ZUSAMMENFASSUNG	32
6.	LITERATURVERZEICHNIS	34

0. VORWORT

Ich arbeite seit mehr als vier Jahren in der einzigen Ambulanz des öffentlichen Krankenhauses Waiern/Feldkirchen mit angeschlossener Endoskopie. In diesem Bereich arbeitet nur diplomiertes Personal. Seit Anfang des Jahres 2009 habe ich dort die Leitungsfunktion inne, arbeite aber weiterhin hauptsächlich in der Endoskopie mit. Für die Untersuchungen die durchgeführt werden (Gastroskopie, Koloskopie, Sigmoidoskopie und Proktoskopie), gibt es keinen Standard der den Ablauf vereinheitlichen würde. Seit einiger Zeit wird seitens des Teams der Wunsch nach einem Standard laut, da es im Ablauf von Pflegeperson zu Pflegeperson Unterschiede gibt. Diese werden von den untersuchenden Ärzten aufgezeigt indem sie anmerken, dass es die andere Schwester aber anders macht. Weiters halte ich einen Standard als Nachschlagewerk bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter, aber auch für Mitarbeiter mit langjähriger Erfahrung für wichtig.

Aufgrund der oben genannten Beweggründe und dem Auftrag durch die Pflegedienstleitung habe ich mich entschlossen, als Thema meiner Abschlussarbeit für den Weiterbildungslehrgang für Führungskräfte Basales – und mittleres Management die Erstellung eines Standards für die Endoskopie am Beispiel des Krankenhauses Waiern zu wählen. Nach Absprache mit dem Team wird in dieser Arbeit lediglich der Standard für die Gastroskopie erstellt, da diese im Hause am häufigsten durchgeführt wird. Für die weiteren Untersuchungen sollen ebenfalls Standards erstellt werden, welche aber nicht Inhalt dieser Abschlussarbeit sind.

Besonderer Dank gilt der Pflegedienstleitung des öffentlichen Krankenhauses Waiern/Feldkirchen, DGKP Marko Buttazoni, da er mich bei meinem Vorhaben sehr unterstützt hat. Im Weiteren danke ich meinem gesamten Team DGKS HFK Andrea Röttl, DGKS Barbara Kach, DGKS Karin Faleschini, DGKS Carmen Nagler, DGKS Michaela Seywald und DGKS Monika Pirker, DGKS Doris Kofler und PH Waltraud Hofmeister, da sie mir als Mitglieder der Arbeitsgruppe für die Erstellung des Standards sehr hilfreich waren (siehe Kapitel 3.1.). Nicht zu vergessen ist Frau Raphaela Morak. Aufgrund ihrer Ausbildung zur diplomierten Pädagogin und somit Laie der Gesundheits – und Krankenpflege hat sie diese Abschlussarbeit korrekturgelesen.

Feldkirchen, Januar 2010

Jürgen Ster

1. PROBLEMDARSTELLUNG

Wie im Vorwort ersichtlich besteht die Relevanz dieses Themas darin, die Abläufe in der Endoskopie zu vereinheitlichen und der Erfüllung des Wunsches des Teams nach einem Nachschlagewerk für die Routinearbeiten nach zu kommen. Um einen formal richtigen Standard erstellen zu können, muss vorab geklärt werden, nach welchem Verfahren dieser erstellt wird. Dafür ist es notwendig den Begriff Standard zu definieren. Ist Standard gleich Standard? Als nächster Schritt erscheint als unerlässlich, die Frage nach dem wie zu klären, also, wie wird ein Standard erstellt? Gibt es hierfür genaue Regeln oder bleibt es dem Verfasser überlassen wie das Schriftstück entsteht und wie es aussieht? Nachdem diese Fragen beantwortet sind, bleibt noch offen, wie der formal richtige Standard in den laufenden Betrieb implementiert wird. Als sehr wichtige Frage ergibt sich auch, welche Form des Standards in der Endoskopie als sinnvoll erscheint? Ebenfalls geklärt werden muss, welche Aufgaben auf die Leitung zukommen, wenn ein Standard erstellt werden soll. Nicht außer Acht gelassen werden darf dabei die Vision, dass das Krankenhaus Waiern in noch unbestimmter Zeit zertifiziert werden könnte, was nur durch messbare Qualität erfolgen kann. Um diese Qualität feststellen zu können, wäre dann eine Mitarbeiter- und Patientenbefragung erforderlich. Dies ist aber, wie bereits erwähnt, eine Vision und wird zu gegebener Zeit vom Verfasser durchgeführt.

Im Laufe der Abschlussarbeit wird der Versuch unternommen, die oben genannten Fragen mit Hilfe von Literaturrecherchen zu beantworten. Hierzu wurden Primärquellen, das Thema betreffend, gelesen und deren Inhalt im theoretischen Teil dieser Arbeit zusammengefasst. Im praktischen Teil wurde vom Verfasser ein Standard erstellt, welcher auf dem im theoretischen Teil erlangten Wissen basiert.

Der Verfasser hat sich nach vorangegangener Literaturrecherche und nach Absprache mit der Pflegedienstleitung zur Bildung einer Arbeitsgruppe entschlossen, welche in späteren Kapiteln genauer beschrieben wird. Die Arbeitsgruppe im öffentlichen Krankenhaus Waiern soll aus dem gesamten Team der Ambulanz bestehen. Die Gruppengröße ist in diesem Fall nicht bedenklich, da dieses Team aus nur neun Mitarbeitern besteht. Die einzige Pflegehelferin in der Ambulanz wird in diese Arbeitsgruppe mit einbezogen, da sie in der Vor- und Nachbereitung und in seltenen Ausnahmefällen auch bei der Durchführung der Untersuchung mitarbeitet.

2. DER STANDARD - BEGRIFFSKLÄRUNG UND AUFBAU

Dieses Kapitel erscheint, wie bereits erwähnt, als erforderlich, um einen Standard erstellen zu können. In den nachfolgenden sechs Unterkapiteln werden die einzelnen Formen des Standards hinsichtlich ihres Zieles, der Verbindlichkeit und des Aufbaues beschrieben.

Der Standard beabsichtigt die Pflegepraxis auf ein höheres und wissenschaftlich begründetes Niveau zu heben. Das bedeutet genauer betrachtet, Pflorgetechniken zu vereinheitlichen und das Theorie – Praxis – Gefälle zu verringern. Das wiederum hat zur Folge, dass der Standard in der Pflege zwei Aufgaben erfüllen soll: er soll als Nachschlagewerk in der Praxis dienen und gleichzeitig ein bestimmtes Leistungsniveau darstellen, welches zur Beschreibung und Kontrolle von Qualität herangezogen werden kann (vgl. Martin, 1999, S.5).

Unter dem Begriff des Pflegestandards versteht man also einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Pflege. In diesem Sinne dienen sie zur Beschreibung der Prozess- und Strukturqualität, welche die Voraussetzung einer guten Ergebnisqualität eines Krankenhauses darstellen. Standards basieren auf der langjährigen Erfahrung in der Praxis und auf evaluierten Methoden der Literatur (vgl.: Weitzl, 1997, S.7).

Möchte man eine Definition für den Begriff Standard niederschreiben so fällt dies schwer, weil es in der Literatur keine einheitliche Vorstellung gibt. Eine mögliche Definition wäre: *„Ein Standard ist ein Maßstab, der an eine Pflegehandlung angelegt wird. Er gibt ein vereinbartes Qualitätsniveau vor, das in der Praxis überprüfbar ist.“* (Martin, 1999, S.17). Vermutlich kann keine genaue Definition gegeben werden, da es je nach Aufbau verschiedene Formen des Standards gibt. Es kann grob eine Einteilung in Strukturstandard, Prozessesstandard und Ergebnisstandard erfolgen. So beschreibt ein Strukturstandard die technischen und baulichen Gegebenheiten, die personelle Ausstattung oder die organisatorische Struktur eines Betriebes. Als Beispiel kann eine Stellenbeschreibung genannt werden. Im Vergleich dazu legt ein Prozessesstandard Tätigkeitsschritte fest, um ein Ziel zu erreichen. Das Legen eines Blasenverweilkatheters kann hier als Beispiel angeführt werden. Ein Ergebnisstandard gibt vor, welche Wirkung mit einer bestimmten Maßnahme erreicht werden soll, beispielsweise welche Verhaltensänderung bei Mitarbeitern angestrebt wird. Ein klassischer Ergebnisstandard ist das Leitbild (vgl. Martin, 1999, S.17).

Geht man dennoch weiter auf die Suche nach einer eindeutigen Definition des Sammelbegriffes Standard, so wird eine noch genauere Aufgliederung in einzelne Instrumente erkennbar. Diese werden in den folgenden Unterkapiteln definiert und hinsichtlich ihres Aufbaus erklärt.

Bezüglich des Aufbaus ist anzumerken, dass es trotz aller unterschiedlichen Formen des Standards auch Gemeinsamkeiten gibt, die wie folgt zusammengefasst werden können.

- Standards müssen entsprechend der Zielgruppe verständlich formuliert sein und schriftlich aufliegen, um Missverständnissen vorzubeugen.
- Standards müssen in der Einrichtung aufliegen, damit sie für die Mitarbeiter zugänglich sind. Optimal ist, wenn es eine vereinfachte Version für Patienten gibt.
- Standards müssen beschreiben, was für die Pflege relevant ist, das heißt Themen der Arbeitsbedingungen, der Durchführung von Maßnahmen und welche Ergebnisse damit erzielt werden sollen.
- Standards müssen von einer befugten Autorität genehmigt werden. Diese können Pflegedienstleitung, Geschäftsführung oder Kostenträger sein (vgl. Bölicke, 2007, S13).

2.1. Leitlinien

Eine Leitlinie ist ein Instrument, dessen Entscheidungen auf einer rationalen Basis und in Übereinstimmung mit der klinischen Forschung getroffen werden. Sie werden von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Experten für ein bestimmtes Pflegeproblem oder eine Pflegediagnose erstellt. Ihre Gültigkeit erhalten sie durch die Anerkennung der fachlichen Kompetenz der erstellenden Institution. Die Leitlinie soll für den Mitarbeiter in der Praxis, aber auch für den Patienten selbst eine Entscheidungshilfe sein, welche Maßnahme bei einem speziellen Problem am wirkungsvollsten ist. Daher werden in dieser Form des Standards Maßnahmen basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen zusammengefasst. Leitlinien haben für die Angehörigen einer Berufsgruppe eine relativ hohe Verbindlichkeit, aber keine zwingende. Das heißt, die Pflegekraft entscheidet unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten, ob die Empfehlungen der Leitlinie angemessen sind oder nicht (vgl. Bölicke, 2007, S.10f.).

Aufbau:

Für den Aufbau von Leitlinien gibt es internationale, detaillierte Vorgaben.

- I. Einleitung: das Problem wird beschrieben und die Bedeutung für die Praxis wird erläutert.
- II. Leitlinie: hier wird die Maßnahme beschrieben, die das in der Einleitung beschriebene Problem lösen soll. Es wird auch dokumentiert warum ausgerechnet diese Intervention ausgewählt wurde, auf welcher wissenschaftlichen Erkenntnis sie beruht. In der weiteren Beschreibung wird festgehalten, welche Ergebnisse beim Patienten dadurch zu erwarten sind. Ferner erfolgt die Identifizierung von Ausnahmen, bei denen die Maßnahmen nicht anzuwenden sind und Alternativen werden aufgelistet.
- III. Dokumentation der Leitlinienentwicklung: unter diesem Punkt wird die Entwicklung der Leitlinie nachvollziehbar beschrieben, also der gesamte Prozess und ein Überblick über die verwendete Literatur.
- IV. Plan für die Verbreitung: Plan, wie die Leitlinie implementiert werden soll. Bewertung der Umsetzbarkeit und Diskussion der Auswirkungen auf Pflegekraft und Patient erfolgen unter diesem Punkt. Eine Empfehlung für die periodische Überprüfung des Inhaltes wird abgegeben.

Zum Schluss erfolgen Aussagen über Gültigkeit, ein Glossar verwendeter Begriffe und ein Literaturverzeichnis. Häufig wird ein Anhang hinzugefügt, in dem beispielsweise zu verwendende Formulare angeführt sind (vgl. Bölicke, 2007, S.28ff).

Aus der Sicht des Verfassers erscheint diese Form als nicht sinnvoll für einen Standard in der Endoskopie im Krankenhaus Waiern, da er von externen Fachgesellschaften oder Experten erstellt wird, welche aber keinen Einblick in die Struktur im öffentlichen Krankenhaus Waiern haben. Weiters zielt diese Form auf ein Pflegeproblem ab, wobei es sich bei der Endoskopie um kein Problem, sondern um einen Ablauf handelt (Anmerkung des Verfassers).

2.2. Normen und Richtlinien

Bei diesem Instrument handelt es sich um Handlungsregeln, die durch eine gesetzliche Legitimation ausgezeichnet sind. Sie werden vom Gesetzgeber oder entsprechenden Institutionen festgelegt und sind dadurch streng verbindlich für die Angehörigen der Berufsgruppe. Aus diesem Grund kann eine Nichtbeachtung mit Sanktionen bis zur Entziehung der Berufserlaubnis einhergehen. Normen und Richtlinien stellen die professionellen Wertvorstellungen dar und definieren die Verantwortungs- und Aufgabenbereiche von Pflegenden. Beispiele für diese Standardform sind die Umsetzung des Pflegeprozesses oder die Qualifikation von Pflegekräften für bestimmte Aufgabenbereiche. Sie bilden einen Rahmen für die Evaluation der Praxis, da in ihnen der Level festgehalten wird, an dem die Qualität der Pflege bezogen auf Struktur, Prozess und Ergebnis gemessen werden kann. Ziel einer Norm oder Richtlinie ist es, dass sie hundertprozentig eingehalten wird und dadurch die Qualität der Pflege als gut bewertet werden kann. Dadurch ergibt sich aus einem Abweichen von der definierten Norm eine schlechte Pflegequalität und Sanktionen können gesetzt werden (vgl. Bölicke, 2007, S.8).

Aufbau:

Normen und Richtlinien haben keinen einheitlichen Aufbau. Das heißt die erstellende Institution legt fest, wie der Inhalt am Besten formuliert und verfasst wird. Häufig folgen sie dem Aufbau von Qualitätsstandards mit den Punkten Standardaussage und Kriterien, welcher im Unterkapitel 2.3. genauer beschrieben wird (vgl. Bölicke, 2007, S.21).

Dieses Instrument hat eine hohe Verbindlichkeit für die Pflegepersonen. Die Individualität des Patienten und der Fachkraft wird nicht berücksichtigt. Aber gerade auf diese soll in der Endoskopie eingegangen werden, denn die Fachkraft kann zum Beispiel den Patienten nicht wie vorgeschrieben lagern, wenn dies von Seiten des Patienten nicht möglich ist (Anmerkung des Verfassers).

2.3. Qualitätsstandards

Qualitätsstandards sind in der Praxis recht weit verbreitet, weil das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung gewinnt. Dabei ist anzumerken, dass Qualitätsstandards im ursprünglichen Sinn nicht mit Pflegestandards in Verbindung stehen. Sie können als Normen und Richtlinien im Qualitätsmanagement verstanden werden. Vereinfacht ausgedrückt setzt ein Qualitätsstandard das Ziel einer Organisation fest. Ähnlich wie Normen und Richtlinien definieren sie einen bestimmten Level, an dem die Qualität gemessen und überprüft werden kann. Dies geschieht mit Hilfe von Kriterien, die das Ziel genau beschreiben. Im Gegensatz zu den Normen und Richtlinien wird eine Abweichung nicht mit Sanktionen bestraft, sondern diese wird genutzt, um andere Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und Erreichung des Zieles festzulegen. Typische Themen für Qualitätsstandards sind die Wartezeit auf eine Untersuchung, Anzahl der Mitarbeiter mit Fachausbildung an einer Abteilung, aber auch, dass eine bestimmte Zahl an nosokomialen Infektionen nicht überschritten werden darf. Die Verbindlichkeit dieser Standardform richtet sich nach der erstellenden Institution. So sind die in einer Organisation erstellten auch nur in dieser gültig, wogegen die auf einer fachlich übergreifenden Ebene entwickelten eine höhere Verbindlichkeit aufweisen (vgl. Bölicke, 2007, S.9).

Aufbau:

Um die Einhaltung des Standards und des darin festgelegten Qualitätsniveaus überprüfen zu können, ist es notwendig bei der Erstellung Kriterien anzuführen. Als Beispiel für ein Kriterium wird in der Literatur ein beobachtbares Verhalten genannt. Aufgrund dessen wird ein Qualitätsstandard in zwei Hauptpunkte unterteilt:

- I. Standardaussage: sie kann als Ziel verstanden werden und beschreibt das Qualitätsniveau, welches kurz gefasst ist. Häufig wird die Standardaussage in einem Unterpunkt noch näher ausgeführt.
- II. Kriterien: sie werden als Aufzählung dargestellt, beschreiben das Qualitätsniveau und sollen der RUMBA-Regel (relevant, unmissverständlich, messbar, beobachtbar, angemessen) entsprechen (vgl. Bölicke, 2007, S.22).

Der Qualitätsstandard wäre aus Sicht des Verfassers eine mögliche Form für einen Endoskopie - Standard, jedoch scheint es als schwierig das Ziel genau zu definieren und die Methode zur Überprüfung der Zielerreichung festzulegen (Anmerkung des Verfassers).

2.4. Standardpflegepläne

Sie werden oft auch als standardisierte Pflegepläne bezeichnet und dienen meist der Vereinheitlichung pflegerischer Tätigkeiten. Sehr häufig haben Standardpflegepläne zum Ziel die Dokumentation und ihre Auswertung zu vereinfachen. Daher stehen sie meist in Verbindung mit der Einführung einer EDV-gestützten Dokumentation. Standardisierte Pflegepläne werden von den Mitarbeitern einer Organisation erstellt und haben somit eine hohe Verbindlichkeit. Bei der Erarbeitung ist darauf zu achten, den aktuellen, fachlichen Wissensstand zur Basis zu haben. Ein Abweichen vom Standardpflegeplan in der Praxis ist in begründbaren Fällen durchaus sinnvoll und daher auch erlaubt (vgl. Bölicke, 2007, S.7).

Aufbau:

Da der Standardpflegeplan als Muster für die Erstellung von individuellen Pflegeplänen bei der Umsetzung des Pflegeprozesses fungiert, ist auch sein Aufbau an das Schema der Pflegeplanung angelehnt.

- I. Titel bzw. Überschrift: ist dem Pflegeproblem oder der Pflegediagnose gleichzusetzen.
- II. Probleme und Ressourcen: unter diesem Punkt werden die häufigsten Einzelprobleme und Ressourcen des Patienten genannt, die typisch für die im Titel genannte Pflegediagnose sind.
- III. Pflegeziel: hier sollen zum Titel passende Ziele aufgelistet werden, die der Patient mit Hilfe von Pflegeinterventionen erreichen kann. Dies setzt voraus, dass die Ziele realistisch und überprüfbar formuliert sind, wie es auch in der Pflegeplanung erwünscht ist.
- IV. Maßnahmen bzw. Durchführung: Pflegeinterventionen werden nach dem letzten Stand des Fachwissens niedergeschrieben, mit denen das Ziel erreicht und das Problem gelöst werden soll. Es können auch Angaben bezüglich der Qualifikation des durchführenden Mitarbeiters oder benötigter Materialien gemacht werden (vgl. Bölicke, 2007, S.20).

Diese Form des Standards erscheint aus der Sicht des Verfassers als wenig sinnvoll für den Bereich der Endoskopie, da sie eine Pflegediagnose als Grundlage benötigt. In dem Standard für die Endoskopie soll jedoch die Vorbereitung, Assistenz während und die Nachbereitung der Untersuchung beschrieben und vereinheitlicht werden (Anmerkung des Verfassers).

2.5. Handlungsanweisungen

Dieses Instrument wird auch als Standard der Mikroebene und in der Literatur als der klassische Standard betitelt, weil die Handlungsanweisung einzelne pflegerische Handlungen beschreibt wie zum Beispiel die Durchführung einer Ganzkörperwaschung. Zum Ziel hat sie die Anleitung von neuen oder nicht ausgebildeten Mitarbeitern, eine Vereinfachung der Dokumentation oder einheitliche Pflegehandlungen. Aufgrund der oben genannten Ziele gelten Handlungsanweisungen meist nur in der Organisation, in der sie auch von internen Experten erstellt wurden. Sie basieren meist auf Beobachtung von Arbeitsabläufen und werden dann in einer Arbeitsgruppe überarbeitet. Handlungsanweisungen werden selten veröffentlicht, da es schwer fällt, solche zu übernehmen ohne Überprüfung ihrer Qualität. In der Literatur sind Handlungsanweisungen umstritten, weil sie oftmals nur selbstverständliche Tätigkeiten der Praxis beschreiben oder weil sie kein Pflegenniveau definieren. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass sie auf Grund ihrer Entstehung aus Beobachtung fachlich fragwürdig und unreflektiert sein können. Das aktuelle Fachwissen wird meist nicht berücksichtigt. Wenn dieses Wissen jedoch in die Handlungsanweisung einfließt, kann sie als Instrument zur Überprüfung der praktizierten Pflegemethoden genutzt werden. Sollte diese Form des Standards zur Prozessbeschreibung herangezogen werden, kann sie einen Beitrag zum Qualitätsmanagement leisten, weil sich Sollvorgaben von Arbeitsabläufen sehr gut darstellen lassen (vgl. Bölicke, 2007, S.6ff).

Aufbau:

Der typische Aufbau beinhaltet die einzelnen Arbeitsschritte einer ganzen Handlung. Handlungsanweisungen sind nach bestimmten Punkten gegliedert, wobei aber Abweichungen erlaubt sind, wenn dies der Inhalt erfordert.

- I. Titel bzw. Überschrift: gibt an, welche Intervention in der Handlungsanweisung beschrieben wird.
- II. Definition des Inhalts und der Ziele: die Maßnahme wird unter diesem Punkt näher beschrieben und wenn notwendig begründet. Im Weiteren erfolgt die Zielformulierung der Anweisung.
- III. Benennung der Zielgruppe, die für die Durchführung verantwortlich ist: Definition, für welche Mitarbeiter die Handlungsanweisung relevant ist und wer für die Umsetzung verantwortlich ist. Dies ist auf Grund der unterschiedlichen Qualifikationen der Berufsgruppen erforderlich.

- IV. Durchführung der Handlung bzw. Maßnahme: Beschreibung der Tätigkeit, wobei bei komplexen Vorgängen noch eine Aufgliederung in Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung erfolgen kann. Das benötigte Material wird entweder den drei Gliederungspunkten zugeordnet oder in einem gesonderten Punkt angeführt. Der korrekte Ablauf wird in Form eines Fließtextes, als Flussdiagramm oder als Aufzählung beschrieben (vgl. Bölicke, 2007, S. 14f).

Die Handlungsanweisung stellt für den Verfasser eine sehr gute Standardform für die Endoskopie dar, aber nur, wenn das aktuelle Fachwissen mit einbezogen wird und der Standard nicht auf reiner Beobachtung basiert. Es können die strukturellen Gegebenheiten der Einrichtung berücksichtigt werden, da sie die bestehenden Abläufe beschreibt und diese mit Hilfe von aktueller Literatur belegt. Auch von Seiten des Aufbaus erscheint die Handlungsanweisung als geeignet, da meist eine Gliederung in Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung erfolgt (Anmerkung des Verfassers).

2.6. Expertenstandards

Expertenstandards werden von Institutionen erstellt. Die Entwicklung erfolgt nach einem internationalen, vereinheitlichten Vorgehen und basiert immer auf einer umfangreichen internationalen Fachliteraturanalyse. Dies geschieht in einer Expertenarbeitsgruppe, die je nach Thema neu zusammengestellt wird. Der fertige Standard wird in Konferenzen der Fachöffentlichkeit vorgestellt und der Inhalt abgestimmt. Die Verbindlichkeit besteht lediglich darin, dass aktuelles Fachwissen dargestellt wird. Jedoch kann ein Expertenstandard nicht als Richtlinie betrachtet werden, weil den erstellenden Institutionen die Autorität fehlt, dies anzuordnen.

Aufbau:

Die Form besteht aus einer eindeutigen Standardaussage, die gleichzeitig das Ziel des Standards ist, und einer Begründung der Aussage. Hinzu kommt eine Auflistung von messbaren Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien, die zur Überprüfung der Einhaltung des Standards dienen. Ergänzt wird der Expertenstandard durch die Darstellung der Entwicklung, den mitwirkenden Personen, einer Beschreibung der Literaturanalyse, extra entwickelten Messinstrumenten und Hinweisen zur Implementierung in die Praxis (vgl. Bölicke, 2007, S.23f).

Ein Expertenstandard scheint für den Bereich der Endoskopie wenig geeignet, da er von externen Experten erstellt wird, welche die Gegebenheiten im Krankenhaus Waiern nicht kennen. Aus diesem Grund könnte sich eine Implementierung als schwierig herausstellen, wenn die erforderlichen Strukturvoraussetzungen möglicherweise nicht gegeben sind.

Nach diesem Kapitel lässt sich die Frage, ob Standard gleich Standard ist, beantworten. Aufgrund der verschiedenen Formen, die sich in Erstellung, Verbindlichkeit und Aufbau unterscheiden, ist Standard nicht gleich Standard. Daher ist es Voraussetzung für die Erstellung eines Standards, dass die geeignete Form gewählt und erarbeitet wird (Anmerkung des Verfassers).

3. ERSTELLEN EINES STANDARDS

Auf Grund der vorangegangenen Kapitel hat sich der Verfasser für eine **Handlungsanweisung** als ideale Form für einen Standard in der Endoskopie entschieden. Daher definiert sich der Begriff Standard ab diesem Kapitel als Handlungsanweisung. In den folgenden Kapiteln wird die Erstellung eines Standards erläutert. Dafür werden Theorie und Praxisanwendung im öffentlichen Krankenhaus Waiern aufeinander folgend beschrieben.

Wie in Kapitel 1 erwähnt, wird im Krankenhaus Waiern eine Arbeitsgruppe gebildet. Um dies durchführen zu können, beschäftigen sich die folgenden Unterkapitel mit dieser Arbeitsgruppe, d.h. Definition einer Arbeitsgruppe, ihre Rahmenbedingungen, Voraussetzungen der Gruppenteilnehmer, Vor- und Nachteile einer Arbeitsgruppe und wie diese arbeiten soll. Allerdings muss zu diesem Zeitpunkt auch geklärt werden, welche Funktion die Leitung hier übernimmt und welche Voraussetzungen sie erfüllen soll, damit ein Standard erstellt werden kann und dieser dann auch von den Mitarbeitern angenommen bzw. umgesetzt wird. Dies wird anhand der folgenden Abbildung mit Erklärung der einzelnen Punkte dargestellt.

Voraussetzungen

Die in Abbildung 1 im Überblick gezeigten Voraussetzungen werden im Anschluss genauer erläutert.

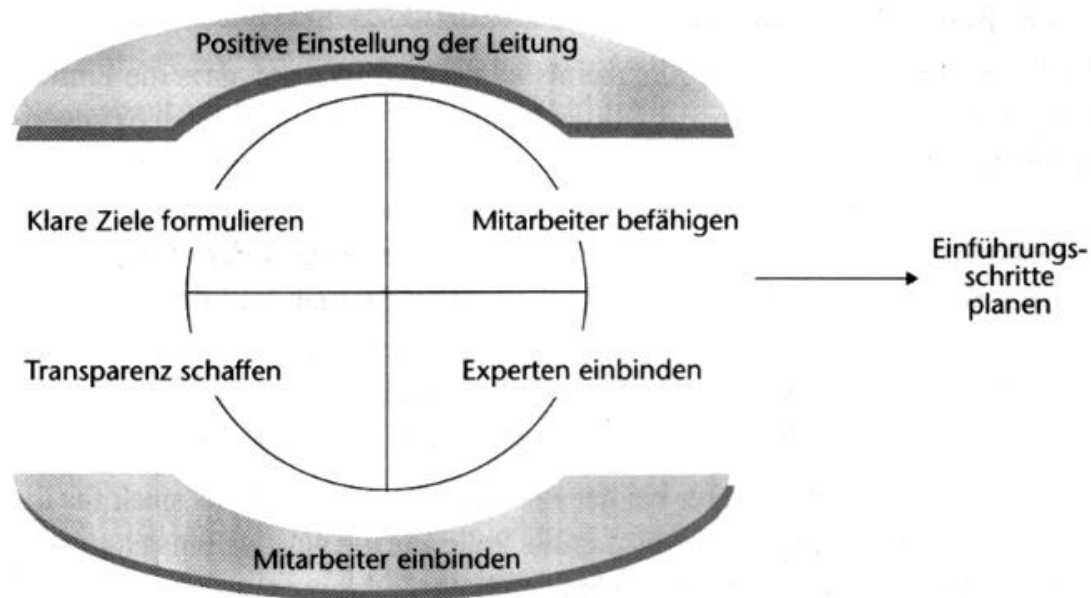


Abbildung 1: Voraussetzung zur erfolgreichen Einführung von Standards (entnommen aus Bölicke, 2007, S.79)

Positive Einstellung der Leitung: Meint eine positive Einstellung gegenüber Veränderungen. Die Leitung muss bereit sein, den Veränderungsprozess aktiv zu unterstützen. Erkennbar ist dies, indem personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Mitarbeiter einbinden: Nur Mitarbeiter, die von Anfang an in den Veränderungsprozess eingebunden werden, sind bereit, in Arbeitsgruppen mitzuarbeiten. Dies wiederum spielt eine große Rolle für die Umsetzung des Standards.

Klare Ziele formulieren: Es muss ein eindeutiges und klares Ziel formuliert werden, welches durch den Standard erreicht werden soll. Es kann in Form eines Soll-Ist-Vergleiches für alle nachvollziehbar dargestellt werden. Dabei wird der Ist-Wert erhoben, dem ein Soll-Wert gegenüber gestellt wird. Am Ende einer bestimmten Laufzeit wird überprüft, ob der Soll-Wert erreicht ist.

Mitarbeiter befähigen: Nur jene Mitarbeiter, die über erforderliche Kenntnisse verfügen, können den Sinn von Veränderungen verstehen und diese auch mittragen.

Transparenz schaffen: Damit ist ein ständiger Informationsaustausch bezüglich der Einführung gemeint. Dabei können Fragen geklärt und Unsicherheiten abgebaut werden.

Experten einbinden: Wenn Experten in den Einführungsprozess mit eingebunden sind, kann dies eine förderliche Wirkung haben, da sie eine hohe Akzeptanz von Seiten der Mitarbeiter haben (vgl. Bölicke, 2007, S.79ff).

Diese Punkte wurden im Krankenhaus Waiern umgesetzt, indem sowohl die Stationsleitung, als auch die Pflegedienstleitung von Anfang an eine positive Einstellung zu diesem Thema hatte. Die Mitarbeiter waren immer in den Prozess eingebunden und zwar durch Informationen seitens der Stationsleitung, betreffend die Entstehung dieser Abschlussarbeit und der Bildung einer Arbeitsgruppe. So konnte sich jeder Mitarbeiter Gedanken machen, ob er an dieser Arbeitsgruppe teilnehmen möchte. Die Befähigung der Mitarbeiter bestand darin, Fachbücher über einen längeren Zeitraum aufliegen zu lassen, damit jeder Einsicht nehmen konnte. Weiters war eine Befähigung bereits gegeben, da jeder Einzelne in der Endoskopie mitarbeitet und es sich dadurch nicht um ein neues Thema handelte. Auch war es der Wunsch der Mitarbeiter nach einem Standard, der der Leitung signalisierte, dass eine Veränderung erwünscht und angemessen ist. Als Expertin kann eine Mitarbeiterin angeführt werden, die derzeit die Weiterbildung im Bereich der Endoskopie absolviert. Von Seiten der Leitung wurden auch Vorurteile gegenüber Standards ausgeräumt. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass ein Standard nicht allein der Kontrollfunktion nachkommt, sondern auch als Leitfaden für alle Mitarbeiter dient, sowohl wenn sich Routinefehler eingeschlichen haben, als auch, wenn ein Mitarbeiter länger nicht in der Endoskopie Dienst hatte (Anmerkung des Verfassers).

3.1. Die Arbeitsgruppe

Unter dem Begriff Arbeitsgruppe wird eine kleine, überschaubare Gruppe von Personen verstanden, die sich zur Bearbeitung eines Themas zusammenschließt, die auch als Team bezeichnet werden kann.

Bei der Zusammensetzung der Arbeitsgruppe ist auf bestimmte Punkte zu achten. Die Gruppe soll mindestens drei, höchstens aber zwölf Teilnehmer haben. Jedes Mitglied muss freiwillig teilnehmen und bereit sein, die geforderten Aufgaben zu erfüllen. Im Idealfall gehören alle Teilnehmer der gleichen Hierarchiestufe mit ähnlicher Qualifikation an. Für die Arbeitsgruppe muss ein Leiter bestimmt werden, der die Organisation, Logistik (Materialien, Räume) und Moderation übernimmt, aber auch als Verbindung zum Auftraggeber fungiert. Er ist also Führungskraft, aber nicht Vorgesetzter im Sinne einer Hierarchie und hat somit auch keine Weisungsbefugnis gegenüber den anderen Mitgliedern. Die Einrichtung erteilt der Gruppe lediglich den genauen Auftrag, stellt Räumlichkeiten, Materialien und Hilfsmittel zur Verfügung. Die Arbeitsgruppe organisiert sich anschließend selbst in Absprache mit dem Leiter hinsichtlich Arbeitsmethoden, Kontrollen, Häufigkeit und Zeit der Treffen. Diese werden als Regeln für die Arbeitsgruppe niedergeschrieben und auch dem Auftraggeber zur Kenntnis gebracht (vgl. Bölicke, 2007, S.31ff).

3.1.1. Rahmenbedingungen für Arbeitsgruppen

Damit die Zusammenarbeit funktioniert, müssen Voraussetzungen bezüglich Leitung Kommunikation, Strukturierung, Autonomie, und Arbeitsklima erfüllt werden.

Leitung: Die Funktionen und Aufgaben des Leiters wurden bereits erwähnt. Die Leitung wird daher in diesem Unterkapitel nur aus Gründen der Vollständigkeit angeführt.

Kommunikation: Die Arbeitsgruppe hat dafür zu sorgen, jedem Mitglied Zugang zur benötigten Information zu ermöglichen. Dies wird meist in Form von Protokollen über die Treffen getan, in welchen Arbeitsschritte und deren Ergebnisse dokumentiert sind.

Strukturierung: Die Aufgabe und das Ziel müssen genau definiert sein, damit allen Teilnehmern der Zweck der Arbeitsgruppe klar ist. Wie bereits erwähnt, gibt es innerhalb des Teams keine Hierarchie und somit haben alle Mitglieder die gleichen

Verantwortungen, Pflichten und Befugnisse. Es ist von Vorteil die einzelnen Aufgaben in der Gruppe den einzelnen Personen zuzuteilen und dies auch schriftlich zu fixieren.

Autonomie: Die Eigenständigkeit jedes Mitglieds ist zu gewährleisten. Dies bedeutet nicht Einzelgänge von Einzelnen, sondern eigenverantwortliches Handeln im Sinne der gesamten Gruppe, um das Ziel zu erreichen.

Arbeitsklima: Damit ist das Arbeitsklima im gesamten Betrieb gemeint, welches jeden einzelnen Mitarbeiter zur Teilnahme an einer Arbeitsgruppe motiviert. Dafür sind Lob und Anerkennung für die erbrachten Ergebnisse wichtig (vgl. Bölicke, 2007, S.34f).

3.1.2. Voraussetzungen der Arbeitsgruppenteilnehmer

Um den Erfolg einer Arbeitsgruppe zu gewährleisten, müssen deren Teilnehmer gewisse Voraussetzungen mitbringen. Dazu zählen neben der Fachkompetenz auch noch folgende Fähigkeiten:

Bereitschaft zur Kommunikation und Interaktion: Dies bedeutet, dass der Teilnehmer bereit sein muss, sein Wissen und seine Erfahrungen uneingeschränkt und detailliert preiszugeben. Weiters sollte er in der Lage sein, eine reibungslose Zusammenarbeit zu fördern. Dazu muss er die, von der Gruppe festgelegten Regeln anerkennen.

Teamfähigkeit: Ist eine zentrale Eigenschaft, die der Mitarbeiter für die Teilnahme haben muss. In einzelne Punkte untergliedert bedeutet dies, die Fähigkeit sich verständlich für alle ausdrücken und gegebenenfalls erklären zu können, anderen das Gefühl vermitteln zu können, dass sie angenommen werden, indem ihnen zugehört wird und zu verstehen suchen, was der andere meint.

Teamwilligkeit: Bedeutet das sich Einbringen in die Gruppe und von der eigenen Teilnahme überzeugt zu sein. Damit verbunden ist die Bereitschaft, für sein Handeln bzw. das der Gruppe und dessen Folgen Verantwortung zu übernehmen. Dem Teilnehmer muss das Erreichen des gemeinsamen Zieles wichtiger sein, als seine persönlichen Ziele.

Ambiguitätstoleranz: beinhaltet das Engagement des Mitarbeiters in der Arbeitsgruppe, auch wenn das Ergebnis möglicherweise nicht dem Ziel entspricht (vgl. Bölicke, 2007, S.35ff).

3.1.3. Vor – und Nachteile der Arbeitsgruppe

Aus den oben genannten Anforderungen an die gesamte Gruppe, aber auch den einzelnen Teilnehmer, ergeben sich folgende Vor – und Nachteile einer Arbeitsgruppe.

Vorteile: Die Vorteile bestehen hauptsächlich darin, ein Mehr an Ideen zu erhalten, als dies bei Einzelpersonen der Fall ist. Die Gruppenarbeit fördert eine Kontaktaufnahme zu Kollegen und einen Gedankenaustausch untereinander. Die Gruppe sorgt für eine gegenseitige Motivation aller Teilnehmer. Das dadurch entstehende Umfeld kann die Fähigkeiten jedes Mitgliedes erweitern.

Nachteile: Diese resultieren aus Vernachlässigung der Rahmenbedingungen, und/oder dem Fehlen der Voraussetzungen bei den Mitarbeitern. Beispielsweise wäre anzuführen, dass Räumlichkeiten und Material nicht vorhanden sind, oder das Ziel für die Arbeitsgruppe von Seiten des Auftraggebers nicht klar definiert ist. Es kann dazu kommen, dass sich einzelne Mitarbeiter profilieren wollen und damit der gesamten Gruppe schaden, oder sich bei zu großen Gruppen kleine Untergruppen bilden, die nicht mehr das gemeinsame Ziel, sondern ihr, auf Grund von unterschiedlicher Meinungen, neues Ziel verfolgen (vgl. Bölicke, 2007, S.32ff).

3.1.4. Ablauf der Gruppenarbeit

Der Ablauf lässt sich in Vorbereitungsphase, Arbeitsphase und Rückkoppelungsphase gliedern.

Vorbereitungsphase: In dieser Phase legt die Einrichtungsleitung die maximale Anzahl der Treffen, welche Mitarbeiter an der Arbeitsgruppe teilnehmen könnten und, bis wann der Standard fertig sein soll fest. Bei dieser Organisation kann eine Checkliste hilfreich sein.

Arbeitsphase: Diese beginnt mit dem ersten Treffen der Gruppe. In der Arbeitsphase wird versucht, das vorgegebene Ziel zu erreichen. Der Gruppenleiter ist besonders gefordert, um eventuell auftretende Störfaktoren und Konflikte zu erkennen und gegenzusteuern. Die Arbeitsphase endet mit dem fertigen Standard.

Rückkoppelungsphase: Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe werden der Einrichtungsleitung ausgehändigt und es wird festgelegt, wie sie präsentiert und umgesetzt werden sollen. Ideal ist, wenn die Arbeitsgruppe dafür bereits Vorschläge erarbeitet hat (vgl. Bölicke, 2007, S.39f).

Im Krankenhaus Waiern wird in der Vorbereitungsphase lediglich die Anzahl der Treffen und das Datum für den fertigen Standard festgelegt. Die Gruppenteilnehmer müssen nicht mehr ausgewählt werden, da, wie bereits erwähnt, das gesamte Team der Ambulanz diese Gruppe bilden soll. Vorgesehen sind zwei Gruppentreffen, wobei sich die Arbeitsgruppe selbst die Termine wählt. Als Datum für den fertigen Standard wurde der 10. Dezember 2009 fixiert. Die Arbeitsgruppe wurde über das Vorhaben im Rahmen einer Teambesprechung informiert. Es erklärten sich alle bereit auch Arbeitsgruppenmitglieder zu sein, wobei der Verfasser die Schriftführung übernimmt.

Es erfolgte auch eine Aufklärung über den theoretischen Aufbau einer Arbeitsgruppe wie in Kapitel 3.1.1. beschrieben. Der Gruppe wurden Materialien wie Bücher, Papier und Stifte zur Verfügung gestellt. Die Treffen der Arbeitsgruppe wurden als Dienstzeit der Teilnehmer gerechnet. Bei dem ersten Treffen stellte sich heraus, dass der Standard bereits fertig gestellt werden konnte und kein weiteres Treffen notwendig war, weil alle Beteiligten mit großem Engagement bei dem Thema waren. Auch die theoretische Überprüfung, wie sie im nächsten Unterkapitel beschrieben wird, wurde zeitgleich durchgeführt. Diese Überprüfung beinhaltete auch die hygienischen Aspekte, die DGKS HFK Röttl Andrea übernahm. Aufgrund dessen teilte sich die Gruppe in Teilnehmer, die den bisherigen Ablauf einer Untersuchung beschrieben und in Teilnehmer, die diese Beschreibungen gleich anhand von Literatur überprüfte. In der folgenden Tabelle wird aufgezeigt, welcher Gruppenteilnehmer welche Funktion übernahm (Anmerkung des Verfassers).

Gruppenteilnehmer	Ausgeführte Funktion
DGKP Ster Jürgen	Gruppenleiter und Schriftführung
DGKS Faleschini Karin	Beschreibung der bisherigen Tätigkeiten
DGKS Kach Barbara	Beschreibung der bisherigen Tätigkeiten
DGKS Nagler Carmen	Beschreibung der bisherigen Tätigkeiten
DGKS Kofler Doris	Beschreibung der bisherigen Tätigkeiten
DGKS Seywald Michaela	Beschreibung der bisherigen Tätigkeiten
PH Hofmeister Waltraud	Beschreibung der bisherigen Tätigkeiten
DGKS HFK Röttl Andrea	Überprüfung der Aussagen der anderen Gruppenteilnehmer durch das neue Wissen aus der Endoskopieausbildung und das Wissen als HFK
DGKS Pirker Monika	Überprüfung der Aussagen anhand von Literatur

Tabelle 1: Teilnehmer Arbeitsgruppe Waiern und ihre Funktion

3.2. Theoretische Überprüfung des Standardentwurfes

Der Standardentwurf entsteht durch das Zusammenfassen der in der Einrichtung bestehenden Gepflogenheiten und Vorstellungen. Um zu verhindern, dass in diesem Entwurf lediglich Routinen und Meinungen der Gruppenmitglieder niedergeschrieben werden, erfolgt ein Abgleich des ersten Entwurfes mit aktuellem Fachwissen. Zu der Überprüfung können auch weitere Experten hinzugezogen werden. Das Fachwissen erhält die Arbeitsgruppe aus Fachliteratur. Diese kann aus einzelnen Artikeln in Fachzeitschriften, einzelnen Artikeln in Sammelwerken und aus Fachbüchern eines Autors zu diesem Thema bezogen werden. Der Zugang zu Literatur ist über Literaturdatenbanken und Bibliotheken gewährleistet (vgl. Bölicke, 2007, S.55f).

Es ist erforderlich nicht nur im eigenen Buchbestand nachzusehen, ob geeignete Literatur vorhanden ist, sondern es soll eine systematische Suche erfolgen, um das gesamte aktuelle Fachwissen nutzen zu können. Dafür legt die Arbeitsgruppe im Vorfeld eine Strategie fest und sollte sich dabei folgende Fragen stellen. Was soll gesucht werden? D.h. eine allgemeine Suche bringt sehr viel an Information, daher soll der Suchgegenstand so eng wie möglich definiert werden. Wie viel soll gesucht werden? Dies bedeutet wie viel Literatur kann verarbeitet werden, um den Überblick zu behalten. Dafür ist es sinnvoll die Literatursuche ab einem bestimmten Erscheinungsjahr zu beginnen.

Die Frage: „Wie lang soll gesucht werden?“ bestimmt einen Zeitrahmen für Suche und Auswertung von geeigneter Literatur und zwingt die Teilnehmer zu einer effizienten Recherche, um sich nicht in der Literaturrecherche zu verlieren (vgl. Bölicke, 2007, S.56f).

Der Standardentwurf im Krankenhaus Waiern erfolgte mit Hilfe von zwei Büchern, Assistenz und Pflege in der Endoskopie und Endoskopieassistenz (genauere Details zur Literatur im Literaturverzeichnis). Ebenfalls herangezogen wurde das neu erlernte Wissen einer Mitarbeiterin, die an der Sonderausbildung in der Endoskopie teilnimmt (Anmerkung des Verfassers).

3.3. Formulierung des Standards

Die Grundlage für die korrekte Formulierung bildet die Gliederung der einzelnen Standardformen. Daher wird der Standard von der Arbeitsgruppe nach der Literaturrecherche und deren Auswertung in die richtige Gliederung gebracht und niedergeschrieben (vgl. Bölicke, 2007, S.70).

Der fertige, richtig aufgebaute Standard kann auf Wunsch der Arbeitsgruppe von Kollegen oder Experten überprüft werden. Dadurch wird gesichert, dass der Standard nachvollziehbar und verständlich formuliert ist. Danach wird er dem Auftraggeber übergeben. Er genehmigt den Standard, um zu erreichen, dass er in der Einrichtung Gültigkeit und Verbindlichkeit hat. Dieser Vorgang wird als Freigabe bezeichnet (vgl. Bölicke, 2007, S.72).

Für die Handlungsanweisung, welche der Standard für die Endoskopie im Krankenhaus Waiern sein soll, bedeutet dies, dass sie nach dem vorgeschriebenen Aufbau, wie im Kapitel 2.5. erläutert, erstellt wird.

Auf den folgenden Seiten kann Einblick in den fertigen Standard für die Gastroskopie genommen werden, wie er von der Arbeitsgruppe im Krankenhaus Waiern erstellt und der Implementierung zugeführt wird (Anmerkung des Verfassers).

Standard Gastroskopie

Definition:

Spiegelung und Inspektion der Speiseröhre, des Magens und des Duodenums.

Ziel:

Frühzeitiges Erkennen von Veränderungen im oberen Gastrointestinaltrakt, reibungsloser Untersuchungsverlauf.

Zielgruppe:

Mitarbeiter der Ambulanz, DGKS/P und PH

Vorbereitung des Untersuchungsraumes:

- ✓ Videoturm mit Lichtquelle, Saugvorrichtung und Bilddokumentationssystem, auf Funktion überprüft, Spülflasche mit Aqua dest bis zur Markierung gefüllt, Pulsoxymeter bereitstellen
- ✓ Liege mit Leintuch abgedeckt, am Kopfende mit Krankenunterlage und Zellstoff versehen
- ✓ Kübel mit Reinigungslösung laut Desinfektionsplan neben den Videoturm platziert.
- ✓ Gastroskopie-Dokumentationsbuch ausgefüllt mit Station, Datum und Patienten-Klebeetikett, sowie Helicobacter-Befundzettel und mind. 8 Patienten-Klebeetiketten für die Beschriftung der Biopsien auf den Schreibtisch legen
- ✓ Medikation (Dormicum 5mg/5ml, Buscopan 20mg/1ml, Paspertin 10mg, Xylocain-Pumpspray) auf der Anrichte bereitlegen. 5ml bzw. 2ml Spritzen, Kanülen und Verschlusskappen zum Anrichten der Medikation, Holzmundspatel für Applikation von Xylocain-Pumpspray danebenlegen
- ✓ Aufbereitungsdokumentationsbuch herrichten
- ✓ 1l Flasche mit kaltem Leitungswasser gefüllt mit 2 50ml Spritzen und Spülschlauch für Spülungen während der Untersuchung auf der Anrichte

Instrumentiertisch:

- ✓ Zellstoff
- ✓ ES-Kompressen 10x10cm, unsteril
- ✓ Ständer mit verschließbaren Röhrchen, mit Formalin 10% gefüllt
- ✓ Einweg-Biopsiezange, steril
- ✓ Helicobacter pylori Schnelltest
- ✓ Schälchen mit Pinzette und 10ml NaCl 0,9% zum Spülen der Biopsiezange

Tisch:

- ✓ Gastroskop mit Ventilen versehen, am Videoturm angeschlossen
- ✓ 1 Glas mit 15 Tropfen Saab-Simplex-Tropfen und Wasser als Entschäumer
- ✓ Einweg-Mundstück mit Fixierband
- ✓ Gefäß mit Leitungswasser für den Funktionstest

Personalschutz:

- ✓ Flüssigkeitsdichte Einmalschürze
- ✓ Einmal Handschuhe unsteril

Patientenvorbereitung in der Endoskopie-Einheit:

- ✓ Patienten begrüßen
- ✓ Wünsche, Ängste und offene Fragen des Patienten thematisieren
- ✓ Patienten-Identifikation durchführen
- ✓ Kontrolle der Patientenakte auf unterschriebene Einwilligungserklärung, Quick-Wert, Blutbild (Thrombozyten), Antikoagulanzen-Therapie und Allergien, eventuell vorhandene Vorbefunde herausuchen
- ✓ Privatkleidung gegen offenes Patientenhemd tauschen lassen
- ✓ Entschäumer zum Trinken geben
- ✓ Entfernen und versorgen der Zahnprothese, Brille, Schmuck, Hörgeräte und Haarspangen
- ✓ Inspektion des Venenweges
- ✓ Hilfestellung bei der Lagerung in stabile Linksseitenlage
- ✓ Anbringen des Pulsoxymeters, Blutdruck messen, Sauerstoffgabe laut Anordnung

Untersuchungsablauf:

- ✓ Patientendaten in Videoturm und Bilddokumentationssystem eingeben
- ✓ Funktionskontrolle des Gastroskops – Licht, Luft, Wasser (Optikspülung), saugen, Räder, Bild, Weißabgleich
- ✓ Hilfestellung beim Applizieren der Prämedikation (Xylocain-Pumpspray, Dormicum)
- ✓ Patienten bitten den Mund weit zu öffnen um das Mundstück zwischen die Zähne zu nehmen und anschließend fixieren
- ✓ Hilfestellung beim Einführen des Gastroskops
- ✓ Patient auffordern zu schlucken, ruhig durchzuatmen und Sekret herauslaufen zu lassen
- ✓ Beobachtung hinsichtlich Bewusstseinslage, Puls und Sauerstoffsättigung

Assistenz bei der Entnahme von Biopsien:

- ✓ Biopsiezange in geschlossenem Zustand dem Arzt reichen
- ✓ Laut Kommando des Arztes die Zange öffnen bzw. schließen

- ✓ Zange in geschlossenem Zustand mittels Nachgreiftechnik und unterlegtem Gaze-Tupfer entfernen
- ✓ Biopsate in Formalin-Röhrchen bzw. Helicobacter-Schnelltest abschütteln, gegebenenfalls Pinzette verwenden
- ✓ Zange in NaCl gefülltem Schälchen gründlich abspülen

- ✓ Hilfestellung beim Entfernen des Gastroskops

Nachbereitung:

- ✓ Mundstück entfernen und den Patienten über das Ende der Untersuchung informieren
- ✓ Patienten hinweisen liegen zu bleiben
- ✓ Ständige Beobachtung des Patienten
- ✓ Durchspülen des Gastroskops mit Reinigungslösung laut Desinfektionsplan unter Verwendung des Reinigungsventiles und eines Spülschlauches
- ✓ Sicheres Entfernen des Gastroskops vom Videoturm
- ✓ Sofortiges Anbringen der Wasserschutzkappe am Gastroskop
- ✓ Gerät unmittelbar nach der Untersuchung der Aufbereitung zuführen laut Hygienerichtlinie
- ✓ Telefonische Verständigung der Station über Untersuchungsende und Rücktransport veranlassen
- ✓ Bei Abholung des Patienten Übergabe des Untersuchungsverlaufes an DGKS/P
- ✓ Nachbereitung der Biopsate (Patienten-Klebeetikett, Beschriftung, Kontrolle des Begleitscheines, sachgemäße Vorbereitung für den Versand und Eintrag in das Versandheft)
- ✓ Flächendesinfektion laut Hygienerichtlinie

Dokumentation:

- ✓ Dokumentation des Untersuchungsverlaufes bzw. verwendetes Steril-Gut im Patidok-System
- ✓ Leistung im Ordermonitor verbuchen
- ✓ Gegebenenfalls Übertragung der Bilddokumentation ins Patidok-System
- ✓ Aufbereitung des Gastroskops und verbrauchtes Steril-Gut mit Chargennummer im Aufbereitungsbuch patientenbezogen dokumentieren

4. IMPLEMENTIERUNG DES STANDARDS

In diesem Kapitel erfolgt die Beschreibung der Implementierung eines Standards in die Praxis.

Die Erstellung eines Standards ist nur der erste Schritt in Richtung definierter Kriterien für Qualitätsmaßstäbe in einer Einrichtung. Große Bedeutung hat dann die Art und Weise der Implementierung. Hier entscheidet sich, ob die Mitarbeiter motiviert sind, sich mit den Inhalten des Standards zu beschäftigen und diese in der Praxis durchzuführen. Wie der Standard eingeführt wird, überlegt sich die Einrichtungsleitung gemeinsam mit der Arbeitsgruppe. Eine einzige richtige Methode zur Einführung von neuen Standards gibt es nicht. Wichtig bei der Implementierung ist, dass die Mitarbeiter in den gesamten Prozess eingebunden sind und damit aktiv an der Umsetzung teilnehmen können. Damit wird klar, dass es nicht ausreicht, den Standard an die Mitarbeiter auszuhändigen und dies mit einer Unterschrift zu bestätigen. Zielführender ist die Implementierung mit Hilfe von Seminaren und Trainingseinheiten, welche direkt in die Praxis eingebunden werden können. Sinnvoll ist es, wenn die Einführung einen direkten Bezug zur Praxis aufweist.

Am effektivsten erweist sich eine Kombination von verschiedenen Methoden, um die Informationsverbreitung möglichst breit gestreut nutzen zu können. Beispielsweise könnte mit Fortbildungen, Sitzungen, Informationsmaterialien und Aushängen die Einführung eines Standards erleichtert werden(vgl. Bölicke, 2007, S.78ff).

Die Einführung von Standards folgt einem bestimmten Prozess, der in Folge beschrieben wird.

Der Einführungsprozess

Es ist sehr hilfreich bei der Einführung und Umsetzung von Standards, die nachfolgend erklärten Schritte durchzuführen. Einzelne Schritte können bereits im Vorhinein feststehen, je nachdem, wer den Standard erstellt (vgl. Bölicke, 2007, S.83).

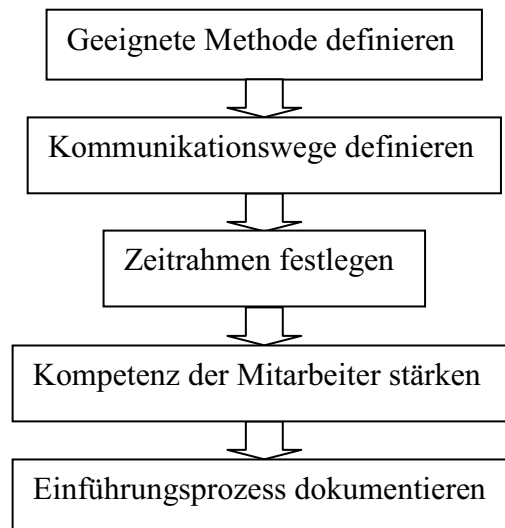


Abbildung 2: Das schrittweise Vorgehen bei der Einführung neuer Standards (entnommen aus Bölicke, 2007, S.83)

Geeignete Methode definieren: Hier wird definiert, ob der Standard zunächst als Pilotprojekt in einer Organisationseinheit oder in der gesamten Einrichtung eingeführt werden soll. Bei neuen Standardthemen, bei denen im Vorfeld bereits ersichtlich ist, dass es Probleme geben wird, empfiehlt es sich ein Pilotprojekt zu starten, damit sich die Probleme auf eine Organisationseinheit beschränken. Weiters sollte bei der Methodenwahl berücksichtigt werden, ob ein einzelner oder mehrere Standards für einen Themenkomplex eingeführt werden soll. Einzelne können in einem Schritt eingeführt werden, wobei mehrere besser nach und nach zur Umsetzung kommen. Um die geeignete Methode leichter zu finden, kann folgende Checkliste verwendet werden (vgl. Bölicke, 2007, S.84).

Pilotphase erforderlich?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Themenkomplex?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ein Thema?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Alle Standards gleichzeitig einführen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Standards schrittweise einführen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Einführung in der gesamten Einrichtung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Einführung in einer Organisationseinheit?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Tabelle 1: Checkliste zu Methoden der Standardeinführung (entnommen aus Bölicke, 2007, S.85)

Kommunikationswege definieren: Bedeutet die Festlegung der Kommunikationswege, über die die Mitarbeiter von der Einführung informiert werden sollen. Diese Wege werden von der Arbeitsgruppe und der Einrichtungsleitung gemeinsam definiert. Welche gewählt werden, hängt von den, in der Einrichtung üblichen Kommunikationswegen, den zeitlichen und personellen Ressourcen und der zuvor bestimmten Einführungsmethode ab. Sollen möglichst viele Mitarbeiter auf einmal erreicht werden, empfiehlt es sich, eine Informationsveranstaltung zu organisieren. Eine weitere Möglichkeit wäre, Multiplikatoren einzusetzen, welche die Information an ihr Team weitertransportieren. Diese Mitarbeiter sind idealerweise Mitglieder der Arbeitsgruppe und verfügen somit über sehr viel Wissen zu dem Thema des Standards (vgl. Bölicke, 2007, S.85ff).

Zeitraumen festlegen: Der zeitliche Rahmen leitet sich von der Einführungsmethode, den Kommunikationswegen und vom Standardthema ab. Nicht außer Acht gelassen werden darf hierbei die Größe der Einrichtung bzw. die Anzahl der Mitarbeiter, die mit dem Standard arbeiten sollen. Je leichter nachvollziehbar und umsetzbar der Inhalt des Standards ist, desto enger kann der Zeitrahmen gesteckt werden. Bei großen Einrichtungen, mehreren Standards aus Themenkomplexen, die schrittweise eingeführt werden sollen, ist der zeitliche Rahmen weiter zu setzen. Der Zeitrahmen muss allen Mitarbeitern bekannt gegeben werden, nachdem er von Arbeitsgruppe und Einrichtungsleitung festgelegt wurde (vgl. Bölicke, 2007, S.88ff).

Kompetenz der Mitarbeiter stärken: Die Qualifizierung der Mitarbeiter hat eine große Bedeutung bei der Einführung von Standards. Diese erfolgt meist über interne oder externe Schulungen, welche die Inhalte des Themas vermitteln. Bei den internen Schulungen haben sich praktische Übungen unter der Anleitung von Kollegen bewährt. In welchem Ausmaß die Mitarbeiterqualifizierung erfolgt, hängt von einigen Faktoren, wie die Einbindung in den bisherigen Prozess, die Relevanz des Standards für die Mitarbeiter, den zeitlichen Rahmen, die Methode der Einführung und den Umfang des einzuführenden Standards ab (vgl. Bölicke, 2007, S.90f).

Einführungsprozess dokumentieren: Der Nachweis über die Einführung des Standards in Form von Protokollen der Sitzungen und Teilnahmelisten bei Schulungen ist ein fixer Bestandteil des Einführungsprozesses. Jeder Nachweis schafft Sicherheit, aber auch Verbindlichkeit zu Vereinbarungen und den Verlauf der Implementierung.

Mit dieser Dokumentation kann die Stationsleitung belegen, dass sie die Verpflichtungen, sprich den Auftrag zur Einführung des Standards gegenüber der Pflegedienstleitung erfüllt hat. Die Nachweise werden von den für die Einführung verantwortlichen Personen fortlaufend kontrolliert, um auf eventuell auftretende Probleme sofort reagieren zu können (vgl. Bölicke, S.92f).

Diese Literaturrecherche bedeutet bezüglich der Einführung des Standards für die Gastroskopie im Krankenhaus Waiern folgendes. Da es sich um ein Thema handelt, das nur eine kleine Mitarbeitergruppe betrifft, erscheint es aus Sicht des Verfassers nicht notwendig, eine Pilotphase zu starten. Die Kommunikationswege können sehr einfach und kurz gehalten werden, weil alle zu informierenden Personen Mitglieder der Arbeitsgruppe sind. Somit ist auch die Qualifikation der Mitarbeiter bereits gegeben und es müssen keine Veranstaltungen wie Schulungen durchgeführt werden. Dies bedeutet, dass der Standard für die Gastroskopie nach der Genehmigung durch die Pflegedienstleitung gleich der Umsetzung zugeführt werden kann. Der zeitliche Rahmen kann auf Grund des leicht nachvollziehbaren Inhaltes des Standards, welchen die betroffenen Mitarbeiter selbst verfasst haben, und der bereits erfolgten Qualifikation sehr eng gesteckt werden. Für die Stationsleitung bedeutet dies, die Dokumentation des Einführungsprozesses betreffend, auf die Umsetzung zu achten, indem sie bei den Untersuchungen anwesend ist und kontrolliert, ob die Inhalte des Standards praktisch durchgeführt werden und ob es eventuell Probleme dabei gibt. Dadurch kann gegebenenfalls der Standard rasch angepasst und optimiert werden. Eine solche Veränderung soll in Form von Teambesprechungen erfolgen, damit alle Mitarbeiter davon Kenntnis erlangen und immer auf dem aktuellen Stand sind (Anmerkung des Verfassers).

5. ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Standard nicht gleich Standard ist, allein auf Grund der vielen verschiedenen Formen und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Verbindlichkeiten für die Mitarbeiter. Daher ist es sinnvoll eine geeignete Form für einen Standard zu wählen. Am Beispiel des Standards für die Gastroskopie war dies die Handlungsanweisung. Vor der Erstellung eines Standards hat die Leitung (hier der Verfasser) eine nicht unwesentliche Vielfalt an Aufgaben zu erfüllen, sei es die Motivation der Mitarbeiter, das Verhandeln von Rahmenbedingungen mit der Pflegedienstleitung, die Auswahl der Mitarbeiter für die Arbeitsgruppe, die Informationen rasch und vollständig an das Team weiterzugeben und die Mitarbeiter vorab auf die Erstellung des Standards vorzubereiten. Nicht außer Acht gelassen werden darf hier auch die Rolle der Leitung bei der Ausräumung von Vorurteilen gegenüber Standards. Erst dann kann nämlich die Entwicklung und Implementierung erfolgreich sein. Dies war im Krankenhaus Waiern gegeben.

Als sehr gutes Instrument für die Erstellung hat sich die Gründung einer Arbeitsgruppe erwiesen, da auf Grund der verschiedenen Teilnehmer eine Vielzahl an Sichtweisen zu einem Thema zum Vorschein kommt. Jedoch müssen vor der Bildung der Arbeitsgruppe bestimmte Voraussetzungen gegeben sein, damit die Arbeit aufgenommen werden kann. Hier wären die Anforderungen an die Gruppenteilnehmer hervorzuheben. Da diese Voraussetzungen bei den Mitarbeitern der Ambulanz im Krankenhaus Waiern gegeben waren, konnte ohne Probleme eine Arbeitsgruppe gegründet werden, bei der alle Mitarbeiter mit großem Engagement beteiligt waren.

Bei der Implementierung kann festgehalten werden, dass es hilfreich ist, einen genauen Plan anzufertigen mit Zeitgrenzen und Evaluationsmethoden. Dabei können bereits erstellte Checklisten sehr hilfreich sein, anhand dieser die bestmögliche Vorgehensweise identifiziert werden kann. Von großem Vorteil ist für eine erfolgreiche Umsetzung wenn alle betroffenen Mitarbeiter so früh wie möglich in das Geschehen eingebunden werden. Als sinnvoll zeigt sich, wenn die Arbeitsgruppenmitglieder als Kontaktpersonen für auftretende Fragen im Zuge der Umsetzung eingesetzt werden. Die Implementierung des Standards für die Gastroskopie im Krankenhaus Waiern verlief unproblematisch, da alle Mitarbeiter, die mit dem Standard arbeiten sollen, Arbeitsgruppenmitglieder waren.

Die Evaluation der Implementierung erfolgte bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Dies ist jedoch von Seiten des Verfassers für die Zukunft geplant. Im Zuge von Ausbildungen der Mitarbeiter der Ambulanz im Krankenhaus Waiern ist die Erstellung von einem Standard für die Koloskopie geplant.

Was von Seiten der Hausleitung hinsichtlich einer Zertifizierung vorgesehen ist, ist dem Verfasser noch nicht bekannt. Sollte eine solche durchgeführt werden, sind aber bereits Schritte diesbezüglich eingeleitet.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Hauptliteratur

BÖLICHE, C. (2007): Standards in der Pflege: entwickeln – einführen – überprüfen, 1.Auflage, München, Urban & Fischer Verlag.

MARTIN, J. (1999): Pflegestandards: Grundlagen und Beispiele, 1.Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.

WEITL, J. (1997): Pflegestandards im Krankenhaus: Organisationsstandards der Pflegestationen allgemeine und spezielle Pflege, 1.Auflage, Hannover, Schlütersche Verlagsanstalt.

Literaturquellen zur Standardüberprüfung

GOTTSCHALK, U.; **KERN-WAECHTER**, E.; **MAETING**, S. (2009): Endoskopieassistenz, 1.Auflage, Stuttgart, Georg Thieme Verlag.

SANDER, R.; **HOFMEIER**, C. (2005): Assistenz und Pflege in der Endoskopie, 1.Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.