

DEFINITION

Niveau Pflegequalität

16. März 2005

Inhaltsverzeichnis

1. Definition Pflegequalität	1
2. Einteilung nach den 5 Funktionen	3
2.1 Funktion 1	3
2.2 Funktion 2	9
2.3 Funktion 3	14
2.4 Funktion 4	17
2.5 Funktion 5	21
3. Arbeitsgruppe die diese Unterlagen erstellt haben	24
Literaturverzeichnis	25

1. Definition Pflege

Die Pflege als Beruf

Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.

Professionelle Pflege ...

- ✚ richtet sich an Menschen in allen Lebensphasen, an Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinden, an Kranke und deren Angehörige sowie an Behinderte und Gesunde.
- ✚ umfasst, auf einem Kontinuum, Aufgaben zur Gesundheitserhaltung und -förderung, zur Prävention, in der Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe, bei akuten Erkrankungen, während der Rekonvaleszenz und Rehabilitation in der Langzeitpflege sowie in der palliativen Betreuung.
- ✚ wird sowohl in Institutionen des Gesundheitswesens als auch ausserhalb, im privaten und im öffentlichen Raum sowie in Übergangssituationen ausgeübt.
- ✚ beruht auf einer Beziehung zwischen betreuten Menschen und Pflegenden, die von letzteren geprägt ist durch sorgende Zuwendung, Einfühlsamkeit und Anteilnahme. Die Beziehung ermöglicht die volle Entfaltung von Ressourcen der Beteiligten, das Zulassen der zur Pflege nötigen Nähe und das Festlegen gemeinsamer Ziele. Basiert auf Evidenz, reflektierter Erfahrung und Präferenzen, bezieht physische, psychische, soziale und spirituelle sowie kulturelle, alters- und geschlechtsbezogene Aspekte ein und berücksichtigt ethische Richtlinien.
- ✚ erfasst die Ressourcen und den Pflegebedarf der betreuten Menschen, setzt Ziele, plant Pflegeinterventionen, führt diese durch (unter Einsatz der nötigen zwischenmenschlichen und technischen Fähigkeiten) und evaluiert Ergebnisse.
- ✚ umfasst klinische-, pädagogische-, wissenschaftliche-, ökonomische- sowie Führungsaufgaben, die ergänzend von Pflegenden mit einer Grundausbildung und solchen mit unterschiedlichen Weiterbildungen, von Generalisten/Generalistinnen und Spezialisten/Spezialistinnen wahrgenommen werden.
- ✚ erfolgt in Zusammenarbeit mit den betreuten Menschen, pflegenden Angehörigen und Mitgliedern von Assistenzberufen im multi-professionellen Team mit Ärzten und Ärztinnen (verantwortlich für medizinische Diagnostik und Therapie) und Mitgliedern anderer Berufe im Gesundheitswesen. Dabei übernehmen Pflegenden Leitungsfunktionen oder arbeiten unter der Leitung anderer. Sie sind jedoch immer für ihre eigenen Entscheidungen, Handlungen und ihr Verhalten verantwortlich (Pflegetheoretisches Institut Universität Basel, 2000).
- ✚ schliesst ökonomische Faktoren im Bereitstellen von Pflegeleistungen unter Berücksichtigung der ethischen Richtlinien ein (Ergänzung Pflegekader¹ KSW, 2004)

¹ Pflegekader KSW: M.M. Fuhrer Leiter Pflegedienst, M. Schürch Leitung Pflege Medizin, S. Stierli Leitung Pflege Chirurgie, M. Meyer Leitung Pflege Frauenklinik, R. Ballarini Leitung Pflege INO, R. Portmann Leitung Pflege ZIM, D. Gugolz Leitung Pflege OPS, B. Kuster Leitung Pflegeentwicklung

Kantonsspital Winterthur, Pflegedienst

Igl, Schiemann, Gerste und Klose 2002 definieren die Qualitätssicherung in der Pflege wie folgt: "Die Qualitätssicherung ist der Vorgang des Beschreibens von Zielen in Form von Pflegestandards und Kriterien, das **Messen des tatsächlichen Pflegeniveaus** und falls erforderlich das Festlegen und Evaluieren von Massnahmen zur Modifizierung der Pflegepraxis".

Zur Förderung und Sicherung der Pflegequalität sind Standards (Struktur-, Prozeß-, Ergebnisstandards) erforderlich. Darin müssen sich u.a. sowohl die Bereitschaft, günstige Bedingungen für eine qualitätsorientierte Pflege zu schaffen, als auch der Wille und die Fähigkeit, qualitätsorientiert zu pflegen, wiederfinden.

Voraussetzungen für das Erreichen von Pflegequalität sind vor allem:

- institutionelle und organisatorische Bedingungen
- **Bestimmung des Pflegeniveaus** und des Pflegeleitbildes (z.B. Entscheidung für bestimmte Pflegekonzepte, aktivierende Pflege)
- Motivation zu qualitätsorientierter Pflege
- fundiertes Pflegefachwissen und Handlungskompetenz (qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung)
- Konsequentes Arbeiten mit dem Pflegeprozess
- Standards (Struktur-, Prozeß-, Ergebnisstandards)
- Überprüfung des Pflegeergebnisses anhand der pflegerischen Zielsetzung (Pflegeplanung, Standards und/oder in den Stufen der Pflegequalität festgelegter Ziele)
- Konsequentes Arbeiten als lernende Organisation (Ergänzung Pflegekader, KSW, 2004)

Stufen der Pflegequalität

Fiechter und Meier (1981) haben in der Bewertung der Pflegequalität im Bereich der Krankenpflege die vier Qualitätsstufen sowie entsprechende Merkmale entwickelt:

1. gefährliche Pflege
2. sichere Pflege (heute als "Routinepflege" bezeichnet)
3. angemessene Pflege
4. optimale Pflege

2. Einteilung nach den 5 Funktionen² (Zugunsten der besseren Lesbarkeit ist der Text in der weiblichen Sprachform geschrieben, selbstverständlich sind immer beide Geschlechter angesprochen).

2.1 Funktion 1 Unterstützung und stellvertretende Übernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens			
Optimale Pflege Stufe 3	Angepasste Pflege Stufe 2	Sichere Pflege (Routine Pflege) Stufe 1	Gefährliche Pflege Stufe 0
<p>1. Die persönlichen Gewohnheiten, Ressourcen und Defizite der Patientin sind erfasst und berücksichtigt.</p> <p>Die Pflegeanamnese (Aktuelles Befinden und Schwerpunkte des Anamneseleitfadens) werden innerhalb 24h durch Bezugspersonen erfasst und dokumentiert. Sie werden in der Pflegeplanung berücksichtigt. Diese Informationen werden an alle zuständigen Pflegefachpersonen weitergegeben (schriftlich und bei Bedarf mündlich). Die Evaluation über die Berücksichtigung der Gewohnheiten, Ressourcen, Defizite der Patientin wird von derselben Bezugsperson regelmässig vorgenommen die die Anamnese erhoben hat (oder es wird delegiert, schriftlicher Fixpunkt in der Pflegedokumentation). Die Evaluation findet alle 72h statt. Eine genaue Einschätzung der Abhängigkeit, Unabhängigkeit in den ATL's wird täglich überprüft.</p> <p>2. Unter Mitbestimmung und Mitverantwortung der Patientin und ihrem</p>	<p>6. Pflegefachpersonen erfassen und berücksichtigen persönliche Gewohnheiten, Ressourcen und Defizite der Patientin in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), soweit diese von der Patientin geäussert werden.</p> <p>Die Pflegeanamnese wird innerhalb 72h anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) erfasst und dokumentiert. Sie werden in der Pflegeplanung berücksichtigt. Diese Information wird an alle zuständigen Pflegefachpersonen weitergegeben (schriftlich und bei Bedarf mündlich), sie orientiert sich an den ATL. Die Evaluation wird geplant durchgeführt.</p> <p>7. Unter Mitbestimmung und Mitverantwortung der Patientin ist die Pflege</p>	<p>11. Pflegefachpersonen erfassen und berücksichtigen persönliche Gewohnheiten, Ressourcen und Defizite der Patientin in den ATL minimal. Die Patientin wird mit dem Nötigsten versorgt. Sie erleidet keinen Schaden.</p> <p>Die Pflegeanamnese wird beiläufig (während einer anderen Pflegehandlung wie z. B. Körperpflege, Blutentnahme usw.) erfasst. Diese Information wird zufällig in die Pflegeplanung einbezogen. Die Dokumentation ist auf das Nötigste reduziert (Punkte aus den ATL). Die Evaluation wird teilweise durchgeführt.</p> <p>12. Die Pflege der Patientin wird standardisiert geplant und durchgeführt. Die</p>	<p>16. Pflegefachpersonen erfassen und berücksichtigen persönliche Gewohnheiten, Ressourcen und Defizite der Patientin in den ATL ungenügend oder gar nicht. Sie kann Schaden erleiden.</p> <p>Es findet keine Pflegeanamnese statt. Wenn einzelne Pflegefachpersonen Informationen über die Gewohnheiten, Ressourcen und Defizite haben, werden diese nicht weitergegeben. Die Pflegeplanung berücksichtigt die Gewohnheiten, Ressourcen oder Defizite nicht. Es wird keine Evaluation durchgeführt.</p> <p>17. Die Pflege der Patientin wird mangelhaft und zufällig geplant und</p>

² In Anlehnung an: Inhalt Qualitätsdossier 1999, Kantonsspital Münsterlingen

<p>sozialen Umfeld ist die Pflege gezielt und individuell geplant und durchgeführt. Die Selbstbestimmung der Patientin wird wahrgenommen und berücksichtigt.</p> <p>Während des Anamnesegespräches (innerhalb 24h) wird die schriftliche Pflegeplanung (PPL) erstellt. Die Patientin wird in die PPL miteinbezogen. Sämtliche zur Verfügung stehenden Pflegeangebote/Hilfsmittel werden dabei der Patientin offen gelegt, Ressourcen der Patientin werden erfasst und dokumentiert. Die tägliche Pflege wird anhand der PPL ausgeführt. Die Pflegefachperson fragt bei der täglichen Pflege nach aktuellen Bedürfnissen und Befinden und bezieht diese in die Pflege ein. In einem täglichen Gespräch wird die Patientin gefragt, ob die Pflegegestaltung ihren Vorstellungen entspricht und ob sie die besprochene Unterstützung erhalten hat. Im Anschluss an dieses Gespräch wird die PPL bei Bedarf angepasst.</p> <p>3. Die Selbstständigkeit der Patientin wird erhalten und durch Aktivierung und Förderung wiedererlangt. Das individuelle Wohlbefinden der Patientin / des Patienten wird</p>	<p>gezielt geplant und durchgeführt. Die Selbstbestimmung der Patientin wird wahrgenommen.</p> <p>Anhand der Pflegeanamnese (innerhalb 72 h) wird eine schriftliche PPL (am selben Tag wie Anamnesegespräch) erstellt. Zur Verfügung stehende Pflegeangebote/Hilfsmittel im Zusammenhang mit Problemen/Ressourcen der Patientin werden aufgezeigt. Die erstellte PPL wird dem Pat. mündlich vorgestellt und allenfalls angepasst. Die tägliche Pflege wird anhand der PPL durchgeführt. Aktuelle Bedürfnisse der Patientin werden bei der Pflege aufgenommen und mit einbezogen. Die schriftliche PPL wird tgl. überarbeitet und aktuelle Bedürfnisse der Patientin werden integriert.</p> <p>8. Die Selbstständigkeit der Patientin wird erhalten und gefördert.</p> <p>Die Selbstständigkeit/Wohnsituation vor Eintritt der Patientin und ihr soziales Umfeld werden beim Anamnesegespräch (innerhalb 72 h)</p>	<p>Selbst- und Mitbestimmung der Patientin / des Patienten wird kaum gewahrt.</p> <p>Die PPL wird nach einer standardisierten PPL erstellt. Die Patientin wird nach hausinternen Richtlinien/Weisungen gepflegt. Zufällige Äusserungen/Informationen der Patientin fliessen bei der täglichen Pflege meist ein.</p> <p>13. Die Selbstständigkeit der Patientin wird erhalten.</p> <p>Die Selbstständigkeit/Wohnsituation vor Eintritt wird erfasst. Hoher Pflegebedarf bei den ATLS wird erfasst, Ressourcen der Patientin werden aufgenommen und in der PPL</p>	<p>durchgeführt. Die Selbst- und Mitbestimmung der Patientin wird nicht gewahrt.</p> <p>Eine schriftliche PPL wird nicht oder mangelhaft erstellt. Die Ausführung der Pflege ist mangelhaft, die Patientin kann Schaden erleiden. Bedürfnisse der Patientin fliessen bei der Pflege selten oder nicht ein.</p> <p>18. Die Selbstständigkeit der Patientin wird nicht erhalten.</p> <p>Die Selbstständigkeit der Patientin vor Eintritt wird nicht oder mangelhaft erfasst. Es werden keine Überlegungen</p>
--	---	--	---

<p>berücksichtigt. Die Selbstständigkeit/Wohnsituation vor Eintritt der Patientin und ihr soziales Umfeld werden beim Anamnesegespräch (innerhalb 24 h) erfasst und dokumentiert. Die aktuelle Pflegeunterstützung bei den ATLS und die Ressourcen der Patientin werden erfasst und dokumentiert. Anhand der Einschränkungen werden Ziele mit der Patientin zusammen erstellt und in der PPL schriftlich festgelegt. Dazugehörige Massnahmen werden mit der Patientin diskutiert, schriftlich festgehalten und ausgeführt. Hilfsmittel zur Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit werden der Patientin vorgestellt, angeboten, zur Verfügung gestellt und in der PPL festgehalten. Grenzen der Patientin werden respektiert. Andere Dienste zur Förderung der Selbstständigkeit der Patientin wie Ergo-/Physiotherapie/Sozialdienst werden hinzugezogen und unterstützt. Bei Eintritt werden der Patientin die ihr zur Verfügung stehenden Abteilungsräumlichkeiten gezeigt und erklärt. Dabei wird ihr die KSW-Patienteninformations-Broschüre abgegeben, falls sie sie noch nicht besitzt. Die Patientin wird anhand der PPL betreut und dabei gezielt gefördert und aktiviert. Der Tagesablauf wird mit der Patientin festgelegt. Nahziele/Fernziele werden alle 24 h</p>	<p>erfasst und dokumentiert. Die aktuelle Pflegeunterstützung bei den ATLS und die Ressourcen der Patientin werden erfasst und dokumentiert. In der PPL werden Ziele aufgestellt. Die zugehörigen Massnahmen werden schriftlich festgehalten. Hilfsmittel zur Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit werden angeboten und in der PPL festgehalten. Andere Dienste zur Förderung der Selbstständigkeit der Patientin werden hinzugezogen und unterstützt. Der Patientin zur Verfügung stehende Abteilungsräumlichkeiten werden gezeigt, die KSW-Patienteninformations-Broschüre und die Informationsbroschüre „Rechte und Pflichten des Patienten“ liegt am Patientenplatz. Die Patientin wird anhand der Pflegeplanung betreut und dabei gefördert und aktiviert. Ziele werden alle 3 bis 4 Tage überprüft und allenfalls angepasst. Externe Rehabilitationsmassnahmen werden je nach Patientinnensituation oder bei Bedarf 1 x wöchentlich diskutiert und allenfalls in die Wege geleitet (Sozialdienststrapport).</p>	<p>dokumentiert. Ziele und zugehörige Massnahmen bei grossem Pflegebedarf der ATLS werden in der PPL schriftlich formuliert. Hilfsmittel zur Erhaltung der Selbstständigkeit werden zur Verfügung gestellt. Dienste zur Förderung der Genesung der Patientin werden hinzugezogen. Die KSW-Patienteninformations-Broschüre liegt am Patientenplatz.</p>	<p>angestellt, wie die Patientin zu fördern wäre. Wenn die Patientin in einem ATL Unterstützung braucht, so wird diese meist gegeben, aber ohne Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen. Es ist keine Kontinuität in der Förderung der Selbstständigkeit vorhanden.</p>
--	--	--	--

<p>mit der Patientin zusammen überprüft und allenfalls neu formuliert. Weitere Rehabilitationsmassnahmen werden mit der Patientin und dem Behandlungsteam diskutiert und allenfalls in die Wege geleitet. Angehörige werden über die Pflege informiert und miteinbezogen.</p> <p>4. Die Patientin und ihr soziales Umfeld sind so informiert und unterstützt, dass sie ihre Entscheidungen selbst treffen können.</p> <p>Die Patientin wird täglich über Procedere, allfällige Abklärungen und neue Erkenntnisse informiert. Über Prognosen und Spitalaufenthaltsdauer wird sie wöchentlich und mindestens vor dem Austritt (Frage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer) aufgeklärt. Die Informationen erfolgen anhand der Kompetenzen (Pflegebereich, Ärztebereich). Angehörige/Bezugspersonen der Patientin werden je nach Wunsch der Patientin bei Gesprächen und Entscheidungsfindungen miteinbezogen. Die Pflegefachperson stellt klar, dass die Patientin und ihre Angehörigen/Bezugspersonen die Ausführungen verstanden haben. Beschlüsse und Entscheidungen aus diesen Gesprächen werden in der Pflegedokumentation festgehalten; Entscheidungen der Patientin werden akzeptiert und respektiert. Sie erhält genügend Zeit um sich zu</p>	<p>9. Die Patientin ist so informiert und unterstützt, dass sie die Entscheidungen selbst treffen kann.</p> <p>Die Patientin wird täglich über Procedere, allfällige Abklärungen und neue Erkenntnisse informiert. Über Prognosen und Spitalaufenthaltsdauer wird sie aufgeklärt. Die Informationen erfolgen anhand der pflegerischen Kompetenzen. Angehörige/Bezugspersonen der Patientin werden bei Gesprächen miteinbezogen. Beschlüsse und Entscheidungen aus diesen Gesprächen werden in der Pflegedokumentation festgehalten; Entscheidungen der Patientin werden akzeptiert. Die Patientin und ihre Angehörigen/Bezugspersonen können sich an eine Pflegefachperson wenden, wenn sie Hilfe in der Entscheidungsfindung benötigen.</p>	<p>14. Die Patientin wird nach Schema informiert. Sie kann die Entscheidungen im Rahmen dieser Möglichkeiten selbst treffen.</p> <p>Die Patientin wird im Verlauf des Spitalaufenthalts über Procedere, allfällige Abklärungen und neue Erkenntnisse informiert. Die Informationen erfolgen anhand der Kompetenzen. Angehörige/Bezugspersonen werden zufällig bei Gesprächen miteinbezogen. Wichtige Entscheidungen werden festgehalten. Die Patientin und ihre Angehörigen/Bezugspersonen können sich bei Unklarheiten an eine Pflegefachperson wenden.</p>	<p>19. Die Patientin wird ungenügend informiert. Sie ist in den Entscheidungen dementsprechend eingeschränkt.</p> <p>Die Patientin wird ungenügend über Procedere, allfällige Abklärungen und neue Erkenntnisse informiert. Es finden teilweise Kompetenzüberschreitungen bei Gesprächen statt. Patientin und Angehörige können sich teilweise bei Unklarheiten an eine Pflegefachperson wenden; sie erhalten ungenaue, wenig für die Entscheidungsfindung unterstützende Information.</p>
--	---	---	---

<p>entscheiden. Pflegefachpersonen erkennen frühzeitig Entscheidungskonflikte und bieten gezielt Unterstützung an.</p> <p>5. Pflegeinterventionen werden sicher und geschickt von den Pflegefachpersonen ausgeführt. Werden Pflegehandlungen von nicht diplomierten Pflegefachpersonen vorgenommen, so sind diese genau instruiert und werden überwacht.</p> <p>Pflegeinterventionen werden sicher und geschickt von den Pflegefachpersonen ausgeführt. Eine Pflegefachberaterin, eine Pflegeexpertin oder eine langjährig erfahrene, qualifizierte Pflegende kann zur Unterstützung beigezogen werden. Weisungen, Standards und Richtlinien sind auf der Abteilung einfach zugänglich vorhanden. Sie sind aktualisiert. Es findet jede Woche eine Fortbildung statt, um bestehendes Wissen zu vertiefen oder Neuerungen einzuführen. Reflexion, Feedbackrunden zur umgesetzten Pflege finden täglich statt. Nicht diplomierte Pflegefachpersonen haben ein oder zwei diplomierte Bezugspersonen. Bei Pflegehandlungen werden nicht diplomierte Pflegefachpersonen ihrem Wissensstand entsprechend</p>	<p>10. Pflegeinterventionen werden sicher von den Pflegefachpersonen ausgeführt. Werden Pflegehandlungen von nicht diplomierten Pflegefachpersonen vorgenommen, so sind diese instruiert und werden überwacht.</p> <p>Pflegeinterventionen werden sicher von den Pflegefachpersonen ausgeführt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, eine langjährig erfahrene, qualifizierte Pflegende zur Unterstützung hinzuzuziehen. Wochentags besteht die Möglichkeit, eine Höfa I, eine Pflegefachberaterin oder eine Pflegeexpertin hinzuzuziehen. Weisungen, Standards und Richtlinien sind auf der Abteilung einfach zugänglich vorhanden. Es finden regelmässig Fortbildungen statt. Nicht diplomierte Pflegefachpersonen haben eine diplomierte Bezugsperson. Bei Pflegehandlungen werden nicht diplomierte Pflegefachpersonen ihrem Wissensstand entsprechend eingesetzt. Die Abteilungsleitung oder kompetenzberechtigte Mitarbeiterinnen (MA) überwachen</p>	<p>15. Pflegeinterventionen werden von den Pflegefachpersonen ausgeführt. Werden Pflegehandlungen von nicht diplomierten Pflegefachpersonen vorgenommen, so sind diese instruiert.</p> <p>Pflegeinterventionen werden von den Pflegefachpersonen ausgeführt. Sie haben die Möglichkeit, eine langjährig erfahrene, qualifizierte Pflegende zur Unterstützung hinzuzuziehen. Weisungen, Standards und Richtlinien sind auf der Abteilung vorhanden. Es finden Instruktionen und Fortbildungen für häufig vorkommende Pflegesituationen statt. Nicht diplomierte Pflegefachpersonen werden bei Pflegehandlungen nach Möglichkeit instruiert. Die Mitarbeitenden werden von der Abteilungsleitung unregelmässig beurteilt und schriftlich qualifiziert. Qualifikationsgespräche finden statt. Einführung neuer MA findet statt.</p>	<p>20. Pflegeinterventionen werden nicht sicher und geschickt von den Pflegefachpersonen ausgeführt. Werden Pflegehandlungen von nicht diplomierten Pflegefachpersonen vorgenommen, so sind diese nicht instruiert und werden überwacht.</p> <p>Pflegeinterventionen werden fehlerhaft ausgeführt. Es bestehen keine Pflege-Stabstellen zur Unterstützung oder diese werden nicht genutzt. Nicht aktualisierte Richtlinien werden selten eingesehen. Qualifikationen werden unregelmässig oder vor Austritt der MA erstellt. Einführung neuer MA findet lückenhaft statt. Pflegehilfen und Lernende werden nicht begleitet und überwacht. Es gibt Kompetenzüberschreitungen.</p>
--	--	--	--

<p>eingesetzt. Die Abteilungsleitung oder kompetenzberechtigte Mitarbeiterinnen (MA) überwachen die Arbeitsausführung der MA konstant. Rückmeldungen werden entsprechend gegeben. Die Mitarbeitenden werden von der Abteilungsleitung jedes Jahr beurteilt und schriftlich qualifiziert. In einem Qualifikationsgespräch werden Ziele aufgestellt, die zu festgelegten Daten in Standortgesprächen evaluiert werden. Einzuführende MA werden nach einem Einführungshandbuch gezielt eingeführt, sie werden während zweier Wochen zusätzlich geplant und erhalten für die Einführung eine Bezugsperson.</p>	<p>die Arbeitsausführung der MA. Rückmeldungen werden gegeben. Die Mitarbeitenden werden von der Abteilungsleitung alle zwei Jahre beurteilt und schriftlich qualifiziert. In einem Qualifikationsgespräch werden Ziele aufgestellt. Einzuführende MA werden nach einem Einführungshandbuch eingeführt, sie werden während zweier Wochen (je nach Abteilung unterschiedlich) zusätzlich geplant.</p>		
--	---	--	--

2.2 Funktion 2 Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens			
Optimale Pflege Stufe 3	Angepasste Pflege Stufe 2	Sichere Pflege (Routine Pflege) Stufe 1	Gefährliche Pflege Stufe 0
<p>1. Die Krise einer Patientin wird frühzeitig erkannt und fachgerecht darauf reagiert.</p> <p>Das dipl. Pflegefachpersonal ist in der Lage, durch fundiertes Fachwissen eine Krise in ihren verschiedenen Phasen der Patientin frühzeitig zu erkennen. Das Ausmass der Krise kann differenziert eingeschätzt (Ursachen werden eruiert) und fachgerecht, richtig reagiert werden.</p> <p>Die Patientin fühlt sich unterstützt in der Situation. Die Pflegefachperson kennt die eigenen Grenzen ihrer Berufsgruppe und ist dadurch fähig, geeignete Kriseninterventionen zu suchen und zum richtigen Zeitpunkt sinnvoll und fachgerecht einzusetzen. Die institutionellen Möglichkeiten der verschiedenen Dienste, intern wie extern, werden voll ausgeschöpft und koordiniert. Alle Beobachtungen und Kriseninterventionen sind immer fortlaufend dokumentiert und in einer Pflegeplanung ersichtlich. Der Verlauf wird täglich angepasst und ist für alle Dienste sichtbar und zugänglich. Die Pflegefachperson übernimmt Führung in der Situation, ermutigt</p>	<p>7. Die Krise einer Patientin wird erkannt und darauf reagiert.</p> <p>Die Krise, die Ursache dafür und die Phasen werden erkannt. Das Pflegefachpersonal kann das Ausmass und die Gefahr der Krise frühzeitig einschätzen. Die Pflegefachperson reagiert fachgerecht. Sie kennt verschiedene Methoden der Krisenintervention und setzt dieses Wissen nach Möglichkeit ein. Sie kennt die Grenzen der eigenen Berufsgruppe und holt bei Bedarf Hilfe (Pflegeexpertin, Seelsorger, Psychologen...). Bei Problemen im Umgang mit der Patientin in einer akuten Krise holt sie sich direkt Gedankenanstösse bei einer Pflegeexpertin oder im Rahmen einer Fallbesprechung. Beobachtungen und Interventionen werden genau dokumentiert, so dass der Verlauf sichtbar ist. Patientin fühlt sich gestützt.</p>	<p>13. Auf die Krise einer Patientin wird minimal reagiert.</p> <p>Das Pflegefachpersonal erkennt eine Krise, die Krisenphasen und die Ursachen dafür. Sie kann die Gefahr einer Krise einschätzen und Unterstützung bieten. Bei Bedarf nimmt sie eine beratende Funktion ein. Sie kennt die Grenzen ihrer Berufsgruppe und zieht andere Dienste zur Krisenintervention bei. Beobachtungen und Verlauf werden teilweise dokumentiert und sind ersichtlich.</p>	<p>19. Auf die Krise einer Patientin wird nicht oder falsch reagiert.</p> <p>Die Krise der Patientin wird nicht oder zu wenig erkannt. Das Ausmass der Krise wird vom Pflegefachpersonal nicht wahrgenommen. Auf das Verhalten der Patientin wird falsch oder nicht reagiert.</p>

<p>die Patientin ihre Gefühle auszudrücken und zuzulassen. Patientinnen in Panik oder mit ausgeprägten Angstzuständen werden nicht allein gelassen.</p> <p>2. Die Pflegefachpersonen gehen auf die Patientin und die Angehörigen zu und beziehen sie in den Bewältigungsprozess einer Krise ein.</p> <p>Das Pflegefachpersonal baut eine pflegerische Beziehung zu der Patientin und ihren Angehörigen auf. Bezugspersonenpflege findet statt. Die Bezugsperson erstellt mit der Patientin und den Angehörigen eine umfassende Pflegeplanung, die täglich überprüft und angepasst wird. Gezielte Gespräche über Befinden und Empfinden werden geplant. Die Patientin und deren Angehörige werden aufgefordert, Fragen zu stellen. Raum für Wünsche und Bedürfnisse werden jederzeit geschaffen. Das Pflegefachpersonal kann aktiv zuhören. Die Begleitung findet sowohl verbal wie nonverbal statt. Das Pflegefachpersonal signalisiert aktive Präsenz und zeigt echte Anteilnahme. Hilfloses Verhalten, Wut und Hoffnungslosigkeit der Patientin und den Angehörigen werden akzeptiert und im Rahmen der Krise richtig eingeordnet.</p>	<p>8. Die Pflegefachpersonen beziehen die Patientin und nach Möglichkeit die Angehörigen in den Bewältigungsprozess einer Krise mit ein.</p> <p>Die Pflegende baut eine pflegerische Beziehung zur Patientin auf. Sie erkennt im sozialen Umfeld eine wichtige Stütze, die sie nach Möglichkeit in die Pflege mit einbezieht. Die Pflegefachperson erstellt eine Pflegeplanung, bespricht diese mit der Patientin. Die Pflegeplanung wird täglich evaluiert, ergänzt und verändert. Gespräche über die momentane Situation, Befinden und Empfinden finden alle zwei Tage statt. Die Patientin erhält die Möglichkeit Fragen zu stellen. Das Pflegefachpersonal hört aktiv zu. Die Begleitung findet sowohl verbal als auch nonverbal statt. Das Pflegefachpersonal signalisiert Präsenz, zeigt Anteilnahme. Hilfloses Verhalten, Wut und Hoffnungslosigkeit werden als Zeichen erkannt und respektiert.</p>	<p>14. Die Unterstützung der Patientin in der Krisenbewältigung findet minimal statt.</p> <p>Die Pflegefachperson dokumentiert ihre Beobachtungen und den Verlauf der Krise. In Akutsituationen führt sie ein beratendes Gespräch. Nach Möglichkeit erhält die Patientin die Gelegenheit, ihre Gefühle und Sorgen zu äussern. Die Pflegefachperson zeigt im Gespräch Anteilnahme.</p>	<p>20. Die Unterstützung der Patientin in der Krisenbewältigung findet ungenügend oder gar nicht statt.</p> <p>Die Patientin erhält in der Krise keine oder keine fachgerechte Intervention. Die Patientin und das Pflegefachpersonal arbeiten nicht gemeinsam am Bewältigen des Krisenprozesses. Gefühle und Verhalten im Rahmen der Krise werden nicht wahrgenommen, falsch verstanden, oder nicht akzeptiert.</p>
---	--	--	---

<p>3. Bewältigungsstrategien der Patientin und diejenigen der Angehörigen werden gesucht, erkannt und gefördert.</p> <p>Das Pflegefachpersonal bietet Unterstützung und Hilfe in der Anwendung von früher erfolgreichen Bewältigungsformen an. Es bietet Unterstützung an im Erkennen der eigenen Ressourcen, der Faktoren und der Situation, über die die Patientin Kontrolle hat; oder über die sie Kontrolle wünscht. Die Patientin behält die Mitbestimmung. Sie wird immer in Planung des Tagesablaufs miteinbezogen. Die Pflegefachperson unterstützt die Patientin im Setzen von realistischen Zielen und im Angehen dieser Schritte. Sie steigert das Selbstwertgefühl durch positive Bestätigung und durch Vertrauen an die Fähigkeiten der Patientin. Diese wird stets in die Entscheidung der nächsten Schritte miteinbezogen. Das Pflegefachpersonal unterstützt die Beziehung zu anderen Menschen, das heisst zu anderen Berufsgruppen, aber auch zu Angehörigen.</p> <p>4. Individuelle Wertvorstellungen der Patientin und der Angehörigen werden respektiert.</p> <p>Individuelle, existente</p>	<p>9. Vorhandene Bewältigungsstrategien der Patientin und der Angehörigen werden erkannt und gefördert.</p> <p>Die Pflegefachperson beobachtet bei der Patientin und deren Angehörigen Bewältigungsstrategien, fördert diese und integriert sie in die Pflege. Sie bietet Unterstützung im Erkennen eigener Ressourcen, der Faktoren und der Situationen, über die die Patientin Kontrolle hat; oder über die sie Kontrolle wünscht. Die Patientin behält das Mitbestimmungsrecht. Sie wird nach Möglichkeit in die Planung des Tagesablaufs miteinbezogen. Die Pflegefachperson hilft der Patientin, sich realistische Ziele zu setzen und geht diese mit ihr in kleinen Schritten an. Sie steigert das Selbstwertgefühl der Patientin durch positive Bestätigung und durch Vertrauen an ihre Fähigkeiten. Ziele, Schritte und Verlauf werden dokumentiert. Das Pflegefachpersonal unterstützt die Beziehung zu anderen Menschen, das heisst zu anderen Berufsgruppen, aber auch zu Angehörigen.</p> <p>10. Individuelle Wertvorstellungen der Patientin werden respektiert.</p> <p>Individuelle, existente Wertvorstellungen der Patientin und des</p>	<p>15. Bekannte Bewältigungsstrategien der Patientin werden genutzt.</p> <p>Patientinnen erhalten die Möglichkeit, eigene Bewältigungsstrategien auszuleben, sofern dies die Abteilungssituation zulässt. Die Pflegefachperson ermutigt die Patientin eigene Ressourcen zu nutzen. Sie motiviert sie, eigene Ziele zu setzen und ist bestrebt, ihr bei der Durchführung der Schritte dazu zu helfen. Sie sieht in den Angehörigen die Möglichkeit, die Patientin im Krisenprozess zu unterstützen. Dies verbalisiert sie offen und gibt bei Bedarf beratende Informationen.</p> <p>16. Individuelle Wertvorstellungen der Patientin werden punktuell respektiert.</p> <p>Eigene Wertvorstellungen werden</p>	<p>21. Bewältigungsstrategien der Patientin werden nicht genutzt.</p> <p>Die Bewältigungsstrategien der Patientin werden nicht erfasst und genutzt, sie werden nicht in die Pflege integriert. Das Pflegefachpersonal sucht nicht mit der Patientin nach geeigneten Strategien.</p> <p>22. Individuelle Wertvorstellungen der Patientin werden nicht respektiert.</p> <p>Die individuellen Wertvorstellungen der Patientin</p>
--	--	--	--

<p>Wertvorstellungen der Patientin und die des sozialen Umfeldes werden mit fundiertem Fachwissen erfasst. Die Individualität wird erkannt und respektiert. Werte, Normen, Religion, Kultur, Ethik, Moral fliessen unaufgefordert, im Rahmen der institutionellen Machbarkeit, in den Pflegealltag ein. Sie werden verbalisiert und dokumentiert. Spirituelle Bedürfnisse werden erfasst und in die Pflege integriert. Wünsche nach Ruhe und Privatsphäre werden respektiert und ermöglicht. Die Patientin und die Angehörigen werden ermutigt, eigene Gefühle auszudrücken und zuzulassen. Eine tägliche Auseinandersetzung mit jeweils ändernden Rollen und Wertvorstellungen findet statt. Die Überprüfung und Anpassung des Situationsmodus wird dadurch gewährleistet.</p> <p>5. Die Patientin wird im Sterbeprozess optimal begleitet, die Angehörigen werden miteinbezogen und während dieser Zeit betreut und begleitet.</p> <p>Die Wünsche der Patientin und der Angehörigen sind erfasst. Der Sterbeprozess wird individuell nach ihren eigenen Vorstellungen gestaltet. Spezielle Bedürfnisse werden nach Möglichkeit immer erfüllt. Sämtliche Hilfsangebote</p>	<p>sozialen Umfelds werden erfasst und respektiert. Werte, Normen, Religion, Kultur, Ethik und Moral fliessen in den Pflegealltag mit ein. Sie werden in die Pflege integriert, wenn dies die Abteilungssituation und die Institution zulassen. Sie werden verbalisiert und dokumentiert. Die Auseinandersetzung mit ändernden Rollen und Wertvorstellungen findet statt. Spirituelle Bedürfnisse werden erfasst und nach Möglichkeit in die Pflege integriert. Wünsche nach Ruhe und Privatsphäre werden respektiert und nach Möglichkeit umgesetzt. Die Patientin und die Angehörigen erhalten die Möglichkeit, eigene Gefühle auszudrücken und zuzulassen. Die Überprüfung und Anpassung des Situationsmodus wird gewährleistet.</p> <p>11. Die Patientin wird im Sterbeprozess angemessen begleitet, die Angehörigen werden miteinbezogen.</p> <p>Die Patientin und die Angehörigen können über eigene Vorstellungen und Wünsche bezüglich Sterben sprechen. Der Sterbeprozess wird verbalisiert. Die Pflegefachperson ist bemüht, das Abschiednehmen individuell zu unterstützen, solange dies die Institution zulässt.</p>	<p>respektiert. Die Patientin darf eigene Rituale durchführen, solange dies nicht ein Mehraufwand für die Pflege bedeutet. Sie wird motiviert, eigene Ressourcen, wie zum Beispiel Angehörige, zu nutzen. Das Pflegepersonal begegnet der Patientin und den Angehörigen mit Wertschätzung.</p> <p>17. Die Patientin wird im Sterbeprozess bedingt begleitet, die Angehörigen werden minimal miteinbezogen.</p> <p>Die Patientin und die Angehörigen werden über Pflegemassnahmen informiert. Die Angehörigen erhalten Anweisung, wie sie die Patientin/den Patienten unterstützen können. Sie werden ermutigt, den Abschiedsprozess</p>	<p>und den Angehörigen werden nicht erfragt, erfasst und respektiert. Eigene Bedürfnisse der Patientin werden nicht in der Pflege berücksichtigt.</p> <p>23. Die Patientin wird im Sterbeprozess ungenügend begleitet, die Angehörigen werden nicht miteinbezogen.</p> <p>Die Patientin erhält keine, oder zu wenig Betreuung im Sterbeprozess. Eigene Vorstellungen und Wünsche werden nicht wahrgenommen, oder nicht einbezogen. Der Sterbeprozess wird ungenügend verbalisiert. Die Angehörigen</p>
--	---	--	---

<p>werden in den Prozess miteinbezogen. Individuelles Abschiednehmen wird ermöglicht und unterstützt. Sterbende und Angehörige werden auf Wunsch nicht alleine gelassen.</p> <p>6. Bei Bedarf wird eine gezielte Palliativpflege angeboten, mit dem Ziel, die Lebensqualität der Patientin und deren soziales Umfeld so lange wie möglich zu optimieren.</p> <p>Palliativpflege wird von der Pflegefachperson verbalisiert. Das Pflegefachpersonal vertritt die Patientin bei anderen Berufsgruppen. Die Pflegefachperson ist stets im Gespräch mit der Patientin und den Angehörigen. Die Pflegefachperson plant täglich Gespräche, um Pflegestatus und individuelle Bedürfnisse zu erfassen. Das Pflegefachpersonal erkennt ändernde Einstellungen von Patientinnen und Angehörigen sofort, reagiert entsprechend und passt die Pflege umgehend an. Wünsche und Bedürfnisse der Patientin werden berücksichtigt. Alle Teile der Palliativpflege kommen zum Tragen (Schmerzmanagement, Fragen zu Ernährung, Flüssigkeit usw.)</p>	<p>Sterbende werden nicht alleine gelassen.</p> <p>12. Bei Bedarf wird Palliativpflege angeboten, mit dem Ziel, die Lebensqualität der Patientin und deren soziales Umfeld so lange wie möglich zu optimieren.</p> <p>Palliativpflege wird von der Pflegefachperson verbalisiert bei der Patientin und den Angehörigen. Individuelle Bedürfnisse und Wünsche werden aufgenommen und nach Möglichkeit erfüllt. Die Pflegefachperson zeigt Möglichkeiten und Grenzen auf. Die Pflegefachperson tritt für die Patientin ein.</p>	<p>individuell zu gestalten. In akuten Krisen wird ein Gespräch geführt. Sterbende sind nach Möglichkeit nicht allein.</p> <p>18. Eine standardisierte Palliativpflege wird angeboten, mit dem Ziel, die Lebensqualität der Patientin zu erhalten.</p> <p>Das Ziel ist es, das Leiden der Patientin zu lindern. Die Pflegefachperson dokumentiert ihre Beobachtungen und den Verlauf. Sie fordert die Patientin und die Angehörigen auf, sich bei Beschwerden zu melden.</p>	<p>werden zu wenig, bis gar nicht in den Prozess integriert. Das Sterben wird unmenschlich und ethisch nicht vertretbar.</p> <p>24. Die Patientin erhält keine Palliativpflege. Die Lebensqualität der Patientin und deren soziales Umfeld werden nicht berücksichtigt.</p> <p>Das Wohlbefinden der Patientin wird ungenügend beachtet. Durch mangelhafte Pflege wird die Lebensqualität der Patientin und deren soziales Umfeld deutlich eingeschränkt. Die Leiden der Patientin werden nicht erkannt.</p>
---	--	---	--

2.3 Funktion 3 Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen			
Optimale Pflege Stufe 3	Angepasste Pflege Stufe 2	Sichere Pflege (Routine Pflege) Stufe 1	Gefährliche Pflege Stufe 0
<p>1. Die Patientin und die Angehörigen sind individuell über den Sinn und Zweck der pflegerischen Massnahmen wie über Risiken und Chancen der Behandlung informiert.</p> <p>Die Patientin und ihre Angehörigen werden frühzeitig und individuell, in einem ausführlichen und persönlichen Gespräch, in ruhiger Atmosphäre, durch die zuständige Pflegefachperson aufgeklärt. Sie werden über Sinn und Zweck der pflegerischen Massnahmen, sowie über Risiken, Wirkungen und Nebenwirkungen der pflegerischen Behandlungen informiert. Fragen und Anliegen werden jederzeit angenommen, sofort geklärt und ausführlich dokumentiert.</p> <p>2. Die Bedingungen erlauben es der Patientin und den Angehörigen Entscheidungen selbst zu treffen.</p> <p>Die Patientin erhält ausführliche Informationen über die momentane Situation und die Möglichkeiten, und</p>	<p>6. Die Patientin und die Angehörigen sind über pflegerische Massnahmen und die Behandlung angepasst informiert.</p> <p>Die Patientin und ihre Angehörigen werden in einem Gespräch durch die zuständige Pflegefachperson, über Sinn und Zweck der pflegerischen Massnahmen, Risiken und Wirkungen der pflegerischen Behandlung, informiert. Fragen und Anliegen werden geklärt und dokumentiert.</p> <p>7. Die Patientin und die Angehörigen treffen im Rahmen der Möglichkeiten die Entscheidungen selbst.</p> <p>Die Patientin erhält genügend Informationen über die momentane Situation und die Möglichkeiten, um in einem festgelegten Zeitraum mit ihren</p>	<p>11. Die Patientin und die Angehörigen sind über pflegerische Massnahmen und die Behandlung minimal informiert.</p> <p>Die Patientin und ihre Angehörigen werden über pflegerische Massnahmen während der Behandlung kurz informiert, teilweise auch über Sinn und Zweck, Risiken und Wirkungen. Fragen werden während der Verrichtung geklärt. Die Dokumentation beschränkt sich auf das Wichtigste.</p> <p>12. Die Patientin und die Angehörigen treffen im Rahmen eingeschränkter Möglichkeiten Entscheidungen selber.</p> <p>Die Patientin erhält teilweise Informationen und wenig Zeit. Sie kann mit ihren Angehörigen</p>	<p>16. Die Patientin und die Angehörigen sind über pflegerische Massnahmen und die Behandlung mangelhaft informiert.</p> <p>Die Patientin und ihre Angehörigen werden vor und während der Behandlung nur auf Nachfrage informiert. Die Informationen sind ungenügend oder falsch. Fragen und Anliegen werden nicht berücksichtigt. Es findet eine rudimentäre Dokumentation statt. Auf Anliegen und Wünsche wird ungenügend oder nicht reagiert.</p> <p>17. Die Patientin und die Angehörigen haben keine Möglichkeiten Entscheidungen selbst zu treffen.</p> <p>Die Patientin erhält kaum Informationen noch Zeit, um mit ihren</p>

³ SKB – ASI 2003. Ethik in der Pflegepraxis. SBK Geschäftsstelle Bern
Autonomie, Beneficence (Gutes tun), Non maleficence (Nicht Schaden), Gerechtigkeit

<p>einen individuell angepassten Zeitraum, um gemeinsam mit seinen Angehörigen eine Entscheidung zu treffen. Abmachungen und Vereinbarungen werden genau dokumentiert und weitergeleitet. Bei Unsicherheiten meldet sich die Pflegefachfrau unverzüglich beim Ärzteteam.</p> <p>3. Die Patientin wird vor, während und nach einer pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Behandlung optimal unterstützt und überwacht.</p> <p>Die Patientin wird vor, während und nach einer pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Behandlung nach hausinternen Weisungen überwacht. Zwischen den regulären Kontrollen wird die Patientin zusätzlich genau beobachtet und nach ihrem Befinden befragt. Sie wird individuell nach ihrem Allgemeinzustand betreut und es wird auf ihre Wünsche eingegangen. Die Überwachungen werden genau dokumentiert.</p> <p>4. Der Zustand und das subjektive wie objektive Befinden der Patientin werden erfasst. Veränderungen werden frühzeitig erkannt, erfasst, beurteilt und es wird folgerichtig reagiert.</p> <p>Der Zustand der Patientin wird</p>	<p>Angehörigen eine Entscheidung zu treffen. Abmachungen und Vereinbarungen werden dokumentiert.</p> <p>8. Die Patientin wird vor, während und nach einer pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Behandlung angemessen unterstützt und überwacht.</p> <p>Die Patientin wird vor, während und nach einer pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Behandlung nach hausinternen Weisungen überwacht. Die Patientin wird beobachtet. Es wird auf ihr Befinden und ihren Allgemeinzustand situationsangepasst eingegangen und reagiert. Die Überwachungen werden genau dokumentiert.</p> <p>9. Der Zustand und das subjektive wie objektive Befinden der Patientin wird erkannt. Veränderungen werden erkannt, erfasst, beurteilt und es wird folgerichtig reagiert.</p> <p>Die Patientin wird beobachtet und überwacht. Ihr subjektives Befinden</p>	<p>eingeschränkt eine Entscheidung treffen. Abmachungen und Vereinbarungen werden kurz dokumentiert.</p> <p>13. Die Patientin wird vor, während und nach einer pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Behandlung nach Schema unterstützt und überwacht.</p> <p>Die Patientin wird vor, während und nach einer pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Behandlung nach hausinternen Weisungen überwacht. Die Patientin wird beobachtet. Bei einer Äusserung der Patientin, wird auf ihr Befinden eingegangen und angepasst reagiert. Die Überwachungen werden dokumentiert.</p> <p>14. Der Zustand der Patientin wird anhand objektiver (messbaren) Parametern erfasst, es wird dementsprechend reagiert.</p> <p>Die Patientin wird beobachtet und überwacht. Messbare Beobachtungen werden erfasst, Veränderungen werden erkannt, es wird reagiert. Die</p>	<p>Angehörigen eine Entscheidung zu treffen. Es findet, wenn möglich, eine punktuelle Dokumentation statt.</p> <p>18. Die Patientin wird vor, während und nach einer pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Behandlung mangelhaft unterstützt und überwacht.</p> <p>Die Patientin wird vor, während und nach einer pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Behandlung ungenügend oder gar nicht überwacht. Es wird nicht oder ungenügend auf ihr Befinden eingegangen und reagiert. Auf kritische Vitalwerte wird ungenügend oder gar nicht reagiert. Die Dokumentation ist lückenhaft.</p> <p>19. Der Zustand der Patientin wird nicht oder falsch erfasst.</p> <p>Messbare Beobachtungen werden nicht oder falsch erfasst. Es findet eine ungenügende Dokumentation statt.</p>
--	---	--	---

<p>kontinuierlich beobachtet und überwacht. Messbare Beobachtungen werden fortlaufend erfasst, dokumentiert und in die Entscheidung miteinbezogen. Die Patientin wird regelmässig nach ihrem subjektiven Befinden befragt und es wird auf ihre Äusserungen sofort eingegangen. Veränderungen werden frühzeitig erkannt, erfasst und beurteilt, und es wird folgerichtig reagiert.</p> <p>5. Die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen werden unter Berücksichtigung von ethischen Grundsätzen, (Autonomie, Beneficence, Non maleficence, Gerechtigkeit)³ durchgeführt.</p> <p>Die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen werden nach den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Patientin und der Angehörigen durchgeführt. Ihre Eigenständigkeit wird vollumfänglich berücksichtigt.</p>	<p>und die messbaren Beobachtungen werden erkannt. Veränderungen werden rechtzeitig erfasst, beurteilt und es wird folgerichtig reagiert. Die Beobachtungen werden detailliert dokumentiert.</p> <p>10. Die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen werden unter teilweiser Berücksichtigung von ethischen Grundsätzen, (Autonomie, Beneficence, Non maleficence, Gerechtigkeit) durchgeführt.</p> <p>Die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen werden nach den Wünschen und Bedürfnissen der Patientin durchgeführt. Ihre Eigenständigkeit wird berücksichtigt.</p>	<p>Beobachtungen werden dokumentiert.</p> <p>15. Die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen werden unter minimalster Berücksichtigung von ethischen Grundsätzen, (Autonomie, Beneficence, Non maleficence, Gerechtigkeit) durchgeführt.</p> <p>Die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen werden wenn möglich nach den Wünschen und Bedürfnissen der Patientin durchgeführt. Massnahmen werden nach hausinterner Weisung und Verordnungen durchgeführt.</p>	<p>20. Die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen werden nicht unter Berücksichtigung von ethischen Grundsätzen, (Autonomie, Beneficence, Non maleficence, Gerechtigkeit) durchgeführt.</p> <p>Die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen werden ohne Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Patientin durchgeführt.</p>
---	---	--	---

2.4 Funktion 4 Mitwirkung an Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen einerseits sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit andererseits; Beteiligung an Eingliederungs- und Wiedereingliederungsprogrammen			
Optimale Pflege Stufe 3	Angepasste Pflege Stufe 2	Sichere Pflege (Routine Pflege) Stufe 1	Gefährliche Pflege Stufe 0
<p>1. Aktivierende, präventive wie gesundheitsfördernde Massnahmen und Aktionen zur Wiedereingliederung werden unter Berücksichtigung der seelischen, geistigen, körperlichen und sozialen Aspekte der Patientin gestaltet und angewandt.</p> <p>Sobald es der Gesundheitszustand der Patientin erlaubt, beginnt die Schulung oder die Information (z.B. über den Diabetes) durch Pflegepersonal und Arzt. Je nach kognitiven Möglichkeiten wird die Unterstützung angepasst. Eine Pflegeplanung wird durch die Bezugsperson erstellt und die Ziele zusammen mit der Patientin festgelegt. Die Standortbestimmung findet alle 72h statt und wird schriftlich festgehalten, die Ziele werden neu formuliert. Alle Beteiligten haben denselben Wissensstand. Interdisziplinäre Gespräche finden statt. Das Lerntempo wird von den Ressourcen der Patientin, bestimmt. Die Standortbestimmung wird durch die Bezugsperson durchgeführt. Der Spitalaufenthalt wird den Fähigkeiten der Patientin angepasst. Die Beratungen sowie andere Rehabilitationsmassnahmen werden am ersten Tag des</p>	<p>6. Aktivierende, präventive wie gesundheitsfördernde Massnahmen und Aktionen zur Wiedereingliederung werden im Rahmen bestehender Ressourcen gestaltet und angewandt.</p> <p>Informationsmaterial wird der Patientin abgegeben und besprochen. Die Pflegeplanung erfolgt innerhalb 72h. Die Standortbestimmung wird geplant durchgeführt und dokumentiert durch die Tagesverantwortliche. Bei Pflege- Handlungs- und Wissensdefiziten wird eine Lösung gesucht. Beratungen werden am 2./3. (je nach Patientinnen Situationen) Tag angemeldet. Die Angehörigen werden im Verlauf des Spitalaufenthaltes einbezogen. Potentielle Risiken werden rechtzeitig erkannt und erfasst (z.B. Sturz, Dekubitus, Pneumonie usw.) Wirksame Massnahmen zur Risikoreduktion werden geplant, durchgeführt, dokumentiert und evaluiert.</p>	<p>11. Aktivierende, präventive wie gesundheitsfördernde Massnahmen und Aktionen zur Wiedereingliederung werden beschränkt gestaltet und angewandt.</p> <p>Informationsmaterial wird abgegeben. Die Pflegeplanung geschieht, sofern genügend Zeit vorhanden ist, ohne eine regelmässige Evaluation. Die Dokumentation ist auf das Nötigste reduziert. Die Anmeldung für die Beratungen (je nach Patientinnen Situation und Diagnose) erfolgt in der ersten Woche. Die Ressourcen der Patientin werden wenig beachtet. Die Angehörigen werden wenn möglich einbezogen. Evaluation findet statt, ist jedoch nicht genau geplant oder zeitlich fixiert. Risiken werden erkannt und erfasst (z.B. Sturz, Dekubitus, Pneumonie usw.) Standardisierte Massnahmen zur Risikoreduktion werden durchgeführt und dokumentiert.</p>	<p>16. Aktivierende, präventive wie gesundheitsfördernde Massnahmen und Aktionen zur Wiedereingliederung werden ungenügend gestaltet und angewandt.</p> <p>Informationsmaterial wird ohne Erklärungen abgegeben. Die Pflegeplanung wird lückenhaft gemacht. Evaluation findet ungenügend statt. Eine Anmeldung für Beratungen findet nur zum Teil oder gar nicht statt. Die Angehörigen werden nicht miteinbezogen. Risiken werden nicht oder mangelhaft erkannt (z.B. Sturz, Dekubitus, Pneumonie usw.) Massnahmen zur Risikoreduktion werden teilweise durchgeführt.</p>

<p>Spitalaufenthaltes angemeldet. Individuelle potentielle Risiken werden frühzeitig erkannt und erfasst (z.B. Sturz, Dekubitus, Pneumonie usw.) Wirksame Massnahmen zur Risikoreduktion werden geplant, durchgeführt, dokumentiert und evaluiert.</p> <p>2. Beratungen erfolgen gezielt und unter Einbezug des sozialen Umfeldes. Die Beratungen werden geplant in Absprache mit der Patientin und ihren Angehörigen. Die Ziele sind klar formuliert, die Patientin kann diese mitgestalten. Der Zeitpunkt der Beratungen wird mit allen Beteiligten abgesprochen. Die Beraterin stellt sich am ersten Tag der Anmeldung vor und macht eine Beratungsplanung. Die Angehörigen sind bei allen Schritten involviert, bestimmen den Pflegeprozess aktiv mit.</p> <p>3. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird gefördert und ist spitalintern wie spitalextern gewährleistet. Die Pflegefachpersonen haben Kenntnisse von den Spezialistinnen der Fachgebiete. Die Spezialistinnen werden zeitgerecht und frühzeitig beauftragt und koordiniert (z.B. Spitex, 2 bis 3 Tage vor Austritt). Der Übergaberapport an die Spitex ist lückenlos und vollständig. Die</p>	<p>7. Beratungen erfolgen nach Rücksprache mit der Patientin und nach ihrem geäusserten Bedürfnis. Die erste Beratung findet nach Sammlung aller Unterlagen am 2. bis 3. Tag statt. Die Bedürfnisse der Patientin werden respektiert und in die Beratungen einbezogen. Evaluation/Überprüfen was die Patientin verstanden hat, findet statt.</p> <p>8. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist spitalintern wie spitalextern gewährleistet. Die spezialisierten Fachpersonen sind bekannt und werden einbezogen. Die Koordination und Information aller Beteiligten findet zeitgerecht statt. Die Übergaberapporte an die Spitex sind lückenlos und vollständig. Die Spitex wird nach Möglichkeit fünf Tage vor Austritt informiert. Der Einbezug der Sozialarbeiterin findet statt.</p>	<p>12. Beratungen erfolgen nach Schema. Die Patientin bekommt alle Informationen, von denen Pflegefachpersonen denken, dass die Patientin sie braucht. Die Evaluation findet teilweise statt. Fachpersonen werden bei Bedarf involviert.</p> <p>13. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist spitalintern gewährleistet. Die Kommunikation findet minimal statt. Die Übergaberapporte für die Spitex, sind ausgefüllt und werden der Patientin bei Austritt mitgegeben. Die Sozialarbeiterin wird einbezogen.</p>	<p>17. Die Patientin erhält minimalste oder keine Beratung. Die Beratungen finden ungeplant statt, falls die Beraterin Zeit findet.</p> <p>18. Es wird nicht interdisziplinär zusammengearbeitet. Interdisziplinär findet keine oder zu wenig Kommunikation statt. Alle Fachpersonen führen ihr Programm nach Schema jedoch unkoordiniert durch.</p>
--	---	---	--

<p>Kommunikation zwischen Pflegepersonal /Arzt und Beraterin erfolgt kontinuierlich. Alle Beteiligten haben denselben Wissensstand. Interdisziplinäre, round table Gespräche finden statt.</p> <p>4. Die Pflegefachperson setzen sich mit dem eigenen Gesundheitsverständnis auseinander. Die Umsetzung ihrer Erkenntnisse in die Praxis erfolgt kompetent. Interkulturelle Unterschiede werden wahrgenommen und integriert.</p> <p>Alle Pflegefachpersonen kennen die gesundheitsfördernden Faktoren. Sie setzen sich auseinander mit neuen Erkenntnissen, beispielsweise Ernährung, Bewegung und bringen die Ergebnisse in ihre Arbeit und das Arbeitsteam ein. Interkulturelle Bedürfnisse der Patientin werden nachgefragt, einbezogen und dokumentiert. Bei Verständigungsschwierigkeiten wird ein Dolmetscher zur Visite und zur Beratung beigezogen,</p> <p>5. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten schaffen die Pflegefachpersonen Bedingungen, die ein gesundes Verhalten am Arbeitsplatz ermöglichen.</p>	<p>Interdisziplinäre Gespräche finden wöchentlich oder bei Bedarf statt. Die Kommunikation ist somit gewährleistet.</p> <p>9. Die Pflegefachperson setzen sich mit dem eigenen Gesundheitsverständnis auseinander. Die Umsetzung ihrer Erkenntnisse erfolgt angepasst. Interkulturelle Unterschiede werden teilweise wahrgenommen und integriert.</p> <p>Die Pflegefachpersonen setzen sich mit dem eigenen Gesundheitsverständnis auseinander. Es fließen neue Erkenntnisse in den Arbeitsalltag ein. Kulturelle Gewohnheiten werden erfragt und in den Alltag nach Möglichkeit integriert. Bei Verständigungsschwierigkeiten übernehmen Angehörige die Übersetzung, dies geschieht geplant. Wenn möglich übernimmt die Übersetzung immer dieselbe Person.</p> <p>10. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten nutzen die Pflegefachpersonen die Mittel, die ein gesundes Verhalten am Arbeitsplatz ermöglichen.</p>	<p>14. Die Pflegefachperson setzen sich bedingt mit dem eigenen Gesundheitsverständnis auseinander. Die Umsetzung ihrer Erkenntnisse erfolgt nach Möglichkeit. Interkulturelle Unterschiede werden begrenzt wahrgenommen und integriert.</p> <p>Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsverständnis passiert nur noch zufällig. Am Altbewährten wird festgehalten. Interkulturelle Gewohnheiten haben Einfluss auf den Alltag. Übersetzung geschieht mit Angehörigen, die zufällig anwesend sind.</p> <p>15. Gesundes Verhalten am Arbeitsplatz ist nicht immer gewährleistet.</p> <p>Pausen können zeitweise nicht eingehalten werden. Das Arbeitspensum ist mit den</p>	<p>19. Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsverständnis findet ungenügend statt. Interkulturelle Unterschiede werden nicht beachtet.</p> <p>Für die Klärung des Gesundheitsverständnisses wird keine Zeit eingesetzt. Kulturelle Bedürfnisse werden nicht beachtet. Pflege geschieht nach unseren Gewohnheiten und Vorstellungen. Übersetzungen geschehen teilweise.</p> <p>20. Gesundes Verhalten am Arbeitsplatz erfolgt nicht.</p> <p>Die geplanten Freitage und Pausen können nicht eingehalten werden. Das Arbeitspensum ist mit den vorhandenen Ressourcen teilweise</p>
--	--	---	---

<p>Die Pflegefachfrau kann ihre Arbeit so planen, dass ihre Pausen gewährleistet sind. Das Arbeitspensum ist mit durchschnittlichem Arbeitstempo zu bewältigen. Die Pflegefachperson hat genügend Zeitreserven um die Pflege individuell zu gestalten.</p> <p>Sie arbeitet rückschonend, geeignete Hilfsmittel sind am Arbeitsplatz vorhanden. Sie hilft mit für ein konstruktives, offenes Teamverhalten. Sie sorgt für eine ruhige Atmosphäre. Probleme werden angesprochen und konstruktive Lösungen angestrebt.</p>	<p>Die Pflegefachfrau kann ihre Arbeit so planen, dass die vorgegebenen Pausen gewährleistet sind. Das Arbeitspensum ist mit durchschnittlichem Arbeitstempo zu bewältigen. Die Hilfsmittel stehen zur Verfügung und werden verwendet. Eine rückschonende Arbeitsweise wird angewandt. Probleme werden bei Bedarf angesprochen. Die Zusammenarbeit ist gewährleistet.</p>	<p>vorhandenen Ressourcen zu bewältigen. Hilfsmittel für rückschonendes Arbeiten, fehlen zum Teil. Das tägliche Arbeitspensum ist teilweise zu hoch.</p>	<p>zu bewältigen. Teamarbeit existiert nicht. Personelle Ausfälle werden nicht ersetzt oder andere Lösungen gesucht.</p>
---	---	--	--

2.5 Funktion 5 Mitwirkung bei der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege und bei der Entwicklung des Berufes; Mitarbeit an Forschungsprojekten im Gesundheitswesen			
Optimale Pflege Stufe 3	Angepasste Pflege Stufe 2	Sichere Pflege (Routine Pflege) Stufe 1	Gefährliche Pflege Stufe 0
<p>1. Professionelles pflegerisches Handeln basiert auf den Erkenntnissen der Natur-, Geistes-, Sozial-, und Pflegewissenschaft. Die Überprüfung und Verbesserung der Wirksamkeit der Pflege wird laufend vorgenommen.</p> <p>Jede Pflegefachperson überprüft ihr gesamtes pflegerisches Handeln laufend auf die Wirksamkeit und passt ihre Pflege jeweils der aktuellen und individuellen Situation des Patienten an. Sie begründet ihr pflegerisches Handeln mit fundiertem und aktuellem Wissen der Natur-, Geistes-, Sozial- und Pflegewissenschaft. Jede Pflegefachperson dokumentiert dies für alle Pflegefachpersonen verständlich und nachvollziehbar. Reflexion findet im Team statt. Der Pflegeprozess wird thematisiert. Feedbacks werden erteilt und eingeholt.</p> <p>2. Der Pflegeprozess (PP) erfolgt gezielt und laufend unter Einbezug der Patientin und des sozialen Umfeldes. Der Pflegeprozess wird ausführlich (alle Schritte des PP) dokumentiert.</p>	<p>8. Professionelles pflegerisches Handeln basiert auf den Erkenntnissen der Natur-, Geistes-, Sozial-, und Pflegewissenschaft. Die Überprüfung und Verbesserung der Wirksamkeit der Pflege wird punktuell vorgenommen.</p> <p>Jede Pflegefachperson überprüft ihr pflegerisches Handeln, vor allem bei der Evaluation der Pflegeplanung. Sie passt ihr Handeln der aktuellen und individuellen Situation der Patientin an. Sie begründet ihr pflegerisches Handeln mit fundiertem und aktuellem Wissen der Natur-, Geistes-, Sozial-, und Pflegewissenschaft. Jede Pflegende dokumentiert die evaluierte Pflege. Dies ist für alle Pflegefachpersonen verständlich und nachvollziehbar.</p> <p>9. Der Pflegeprozess erfolgt gezielt und unter Einbezug der Patientin und des sozialen Umfeldes. Der Pflegeprozess wird dokumentiert.</p>	<p>15. Pflegerisches Handeln basiert auf den Erkenntnissen der Natur-, Geistes-, Sozial-, und Pflegewissenschaft. Die Überprüfung und Verbesserung der Wirksamkeit der Pflege wird beschränkt vorgenommen.</p> <p>Jede Pflegefachperson überprüft ihre Pflegeinterventionen punktuell. Sie passt ihr Handeln nach Möglichkeit an. Sie begründet ihr pflegerisches Handeln mit Wissen der Natur-, Geistes-, Sozial- und Pflegewissenschaft.</p> <p>16. Der Pflegeprozess erfolgt nach Schema. Die Dokumentation des Pflegeprozesses erfolgt nach Schema.</p> <p>Die Pflegefachperson arbeitet mit dem standardisierten Pflegeprozess. (Standardisiertes</p>	<p>22. Pflegerisches Handeln basiert auf den Erkenntnissen der Natur-, Geistes-, Sozial-, und Pflegewissenschaft. Die Überprüfung und Verbesserung der Wirksamkeit der Pflege wird nicht vorgenommen.</p> <p>Das pflegerische Handeln basiert auf den Erkenntnissen der Natur-, Geistes-, Sozial- und Pflegewissenschaft, die sich die Pflegefachperson in der Grundausbildung zur Pflegefachfrau angeeignet hat. Die Pflegende reflektiert und evaluiert die Wirksamkeit ihrer Pflege nicht, sondern führt ihre Pflegehandlungen aus ohne zu überprüfen, ob diese nützen oder dem Patienten Schaden zufügen.</p> <p>23. Der Pflegeprozess wird mangelhaft durchgeführt und dokumentiert.</p> <p>Die Pflegefachperson arbeitet nur teilweise mit dem Pflegeprozess, berücksichtigt davon nur einzelne Schritte oder arbeitet gänzlich</p>

<p>Die Pflegefachperson arbeitet mit dem Pflegeprozess. Das Anamnesegespräch, die Pflegeplanung, die Durchführung und die Evaluation finden zusammen mit dem Patienten und unter Einbezug der Angehörigen statt. Die Pflegefachperson erstellt gemeinsam mit der Patientin eine standardisierte und individuelle Pflegeplanung. Die Probleme, die Ressourcen und die Bedürfnisse der Patientin werden laufend erfasst und in der Planung der Pflege berücksichtigt. Das soziale Umfeld wird im Anamnesegespräch erfasst und im weiteren Pflegeprozess berücksichtigt sowie miteinbezogen. Alle Schritte des Pflegeprozesses werden lückenlos und ausführlich dokumentiert.</p> <p>3. Die Pflegefachperson setzt sich mit dem eigenen Qualitätsverständnis laufend auseinander. Die Umsetzung ihrer Erkenntnisse in die Praxis erfolgt kompetent.</p> <p>Die Pflegefachperson weiss, welches Qualitätsniveau sie persönlich anstrebt. Sie kennt die verschiedenen Stufen der Pflegequalität und kann die Pflege anhand dieser beurteilen. Die Pflegefachperson kennt die Pflegestandards und Weisungen der Institution. Dieses Wissen lässt die</p>	<p>Die Pflegefachperson arbeitet mit dem Pflegeprozess. Das Anamnesegespräch findet zusammen mit der Patientin und wenn nötig unter Einbezug der Angehörigen statt. Die Probleme, Ressourcen und Bedürfnisse der Patientin werden laufend erfasst und in der Planung der Pflege berücksichtigt. Die Pflegefachperson erstellt eine standardisierte und individuelle Pflegeplanung. Die Pflegeplanung und die Evaluation werden mit der Patientin besprochen. Das soziale Umfeld wird im Anamnesegespräch erfasst, berücksichtigt und wenn immer möglich in die Pflege miteinbezogen.</p> <p>Der Pflegeprozess wird nachvollziehbar dokumentiert.</p> <p>10. Die Pflegefachperson setzt sich mit dem eigenen Qualitätsverständnis punktuell auseinander. Die Umsetzung dieser Erkenntnisse erfolgt in die Praxis.</p> <p>Die Pflegefachperson kennt die Pflegequalitätsstufen. Sie setzt sich punktuell mit den verschiedenen Stufen der Pflegequalität auseinander. Daraus gewonnene Erkenntnisse lässt die Pflegefachperson in die berufliche Praxis einfliessen. Die Pflegefachperson kennt die</p>	<p>Anamnesegespräch, standardisierte Pflegeplanung, standardisierte Evaluation, standardisierte Dokumentation).</p> <p>17. Die Pflegefachperson setzt sich mangelhaft mit dem eigenen Qualitätsverständnis auseinander. Die Umsetzung ihrer Erkenntnisse in die Praxis erfolgt schemaorientiert.</p> <p>Die Pflegefachperson kennt die Pflegequalitätsstufen und das Pflegeleitbild des KSW ansatzweise. Die Pflegefachperson kennt die Pflegestandards und Weisungen der Institution und hält sich daran. Eine eigene Überprüfung findet wenig statt.</p>	<p>unstrukturiert und planlos. Die Bedürfnisse der Patientin werden ungenügend berücksichtigt. Die Dokumentation ist lückenhaft und unvollständig.</p> <p>24. Die Pflegefachperson setzt sich nicht mit dem eigenen Qualitätsverständnis auseinander. Es findet keine Umsetzung in die Praxis statt.</p> <p>Pflegequalitätsstufen, Pflegeleitbild, Standards und Weisungen sind der Pflegefachperson gar nicht oder nur ansatzweise bekannt und werden in der Praxis nicht berücksichtigt.</p>
---	--	---	---

<p>Pflegefachperson in die Praxis einfließen und verbessert ihre Pflegequalität laufend. Pflegequalität wird im Team regelmässig thematisiert und ist definiert.</p> <p>4. Die Pflegefachpersonen initiieren Qualitätsprojekte und arbeiten mit. Die Pflegefachperson hat Ideen zur Steigerung und Sicherung der Pflegequalität und meldet diese Ideen der Abteilungsleitung an. Sie engagiert sich für die Mitarbeit in Qualitätsprojekten, zum Beispiel beim Erstellen neuer Pflegestandards.</p> <p>5. Die Pflegefachpersonen liefern Ideen für Forschungsprojekte und arbeiten mit. Die Pflegefachperson hat Ideen zu Forschungsprojekten, melden diese der vorgesetzten Stelle weiter und arbeitet aktiv an Forschungsprojekten mit.</p> <p>6. Die Pflegefachpersonen gestalten ihre eigene Fort- und Weiterbildung aktiv mit. Die Pflegefachperson macht für sich jährlich einen beruflichen Standort. Sie weiss, in welchem Bereich sie sich weiterbilden möchte, kommuniziert dies gegenüber ihrem Vorgesetzten und sie planen weitere Schritte gemeinsam. Die</p>	<p>Pflegestandards und die Weisungen der Institution. Dieses Wissen lässt die Pflegefachperson in die Praxis einfließen. Sie verbessert die Qualität punktuell.</p> <p>11. Die Pflegefachpersonen arbeiten an Qualitätsprojekten mit. Die Pflegefachperson arbeitet bei Pflegequalitätsprojekten auf Anfrage aktiv mit, zum Beispiel beim Erstellen neuer Pflegestandards.</p> <p>12. Die Pflegefachpersonen arbeiten an Forschungsprojekten mit. Die Pflegefachperson arbeitet auf Anfrage, an Forschungsprojekten aktiv mit.</p> <p>13. Die Pflegefachpersonen sind in die Planung der eigenen Fort – und Weiterbildung miteinbezogen. Die Pflegefachperson beteiligt sich an der Planung ihrer Fort- und Weiterbildungen. Die Pflegefachperson besucht mindestens drei Weiterbildungen pro Jahr. Im Pflege team werden die wichtigsten Erkenntnisse</p>	<p>18. Die Pflegefachpersonen arbeiten punktuelle an Qualitätsprojekten mit. Die Pflegefachperson arbeitet auf Anweisung der Abteilungsleitung an Pflegequalitätsprojekten mit, zum Beispiel beteiligen sie sich bei der Erhebung von Daten oder bearbeiten in Arbeitsgruppen delegierte Themen.</p> <p>19. Die Pflegefachpersonen arbeiten punktuell an Forschungsprojekten mit. Die Pflegefachperson arbeitet auf Anweisung der Abteilungsleitung an Forschungsprojekten mit. Der Zeitrahmen ist begrenzt.</p> <p>20. Die Pflegefachpersonen absolvieren vorgegebene Fort – und Weiterbildungen. Die Pflegefachperson besucht vorgegebene, obligatorische und intern organisierte Fort- und Weiterbildungen, mindestens zwei pro Jahr. Erkenntnisse fliessen in den Arbeitsalltag der Pflegefachpersonen mit ein.</p>	<p>25. Die Pflegefachpersonen arbeiten nicht an Qualitätsprojekten mit. Die Pflegefachperson beteiligt sich nicht an Projekten zur Verbesserung der Pflegequalität aus Mangel an Zeit, Angebot oder Interesse.</p> <p>26. Die Pflegefachpersonen arbeiten nicht an Forschungsprojekten mit. Die Pflegefachperson arbeitet nicht an Forschungsprojekten mit.</p> <p>27. Die Pflegefachpersonen absolvieren keine Fort – und Weiterbildungen. Die Pflegefachperson besucht keine oder zu wenig Fort- und Weiterbildungen.</p>
---	---	--	--

<p>Pflegefachperson besucht mindestens drei Weiterbildungen pro Jahr. Im Pflege team werden neue Erkenntnisse, in Form von abteilungsinternen Weiterbildungen und Fallbesprechungen, mindestens vier Mal pro Monat weitergegeben.</p> <p>7. Eine Auseinandersetzung mit der Berufsrolle und der Gesundheitspolitik findet statt, Erkenntnisse fliessen in die Arbeit ein.</p> <p>Die Pflegefachperson ist über aktuelle gesundheitspolitische Fragen informiert (in einem Berufsverband integriert) und trägt ihr Wissen und Erkenntnisse ins Team weiter und arbeitet dadurch an der Entwicklung des Berufes mit.</p>	<p>zusammengefasst und an alle Pflegefachpersonen weitergegeben. (Infoordner)</p> <p>14. Eine Auseinandersetzung mit der Berufsrolle und der Gesundheitspolitik findet statt. Erkenntnisse fliessen angemessen in die Arbeit ein.</p> <p>Die Pflegefachperson setzt sich mit aktuellen gesundheitspolitischen Fragen und dem Berufsbild auseinander. Sie vertritt und äussert ihre Meinung.</p>	<p>21. Eine Auseinandersetzung mit der Berufsrolle und der Gesundheitspolitik findet wenig statt. Erkenntnisse fliessen selten in die Arbeit ein.</p> <p>Die Pflegefachperson setzt sich bei gesundheitspolitischen Fragen, die sie selber betreffen und Konsequenzen auf ihren beruflichen Alltag haben, auseinander. Dazu äussert sie ihre Meinung.</p>	<p>28. Eine Auseinandersetzung mit der Berufsrolle und der Gesundheitspolitik findet ungenügend statt. Erkenntnisse fliessen nicht in die Arbeit ein.</p> <p>Die Pflegefachperson setzt sich wenig bis gar nicht mit ihrer Berufsrolle und der Gesundheits- sowie Berufspolitik auseinander. Erkenntnisse fliessen nicht in die Arbeit ein.</p>
---	--	--	--

3. Arbeitsgruppe die diese Unterlagen erstellt haben

- Alexandra Germann Kinderklinik
- Andrea Grädel AL F9 Frauenklinik
- Beatrice Marti Stv AL 1 Med
- Brigit Häderli Chir 8A
- Franziska Schmid Chir 4A
- Jeanette Derkow AL 7B/8B Med
- Marianne Wernigk ZIM
- Miriam Perret AL 6 Chir
- Monika Keller Diabetesberatung
- Rägi Stadler HNW Chir
- Sonja Zimmermann NBS/INO

Literaturverzeichnis

Bischofberger G et al. 1999. Inhalt Qualitätsdossier. Kantonsspital Münsterlingen Pflegedienst

Fiechter V, Meier M. 1981. Pflegeplanung. Recom Verlag

Igl G, Schiemann D, Gerste B, Klose J (Hrsg.) 2002. Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Schattauer Verlag Stuttgart

Kämmer K, Schröder B. 2000 (Hrsg.) . Mitarbeit von Bruns-Waigand W, Hennecke M, Huhn S, König M E, Schomburg I. Pflegemanagement in Alteneinrichtungen. Schlütersche Verlagsanstalt u. Buchdruckerei .4. überarb. Auflage.

Pflegewissenschaftliches Institut Universität Basel. 2000. Definition von Pflege.

Sass H M 1990. „Lebensqualität – ein Bewertungskriterium in der Medizin“. <http://www.rzbd.fh-hamburg.de/~fhhbamh/leben/4defin.htm>

SKB – ASI 2003. Ethik in der Pflegepraxis. SBK Geschäftsstelle Bern

SRK 1992. Fünf Funktionen in der Pflege.