

**Optimierung des Pflegeprozesses – eine
Gegenüberstellung des 6-stufigen Pflegeprozesses und
des Strukturmodells für die Pflegedokumentation im
Setting der mobilen Pflege**

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Barbara Riegler

1510759025

Begutachterin: MMag.^a. Tanja Adamcik

St. Pölten, Dezember 2017

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

8. Dezember 2017

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'B' followed by the name 'Barbara Riegh' in a cursive script.

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Optimierung des Pflegeprozesses im Setting der mobilen Pflege. Dazu wird der 6-stufige Pflegeprozess nach Fiechter und Meier dem Strukturmodell für die Pflegedokumentation gegenübergestellt. Zur Herbeiführung von Ergebnissen wurde eine eingehende Literaturanalyse durchgeführt. Im Rahmen des 6-stufigen Pflegeprozesses wurde auf dessen Schritte eingegangen. Neben dem Assessment, dem Erstellen von Pflegediagnosen und dem Setzen von Zielen, wurden auch die Schritte Interventionsplanung, Implementierung und Evaluation erläutert und im Licht der mobilen Pflege beleuchtet. Nach Abhandlung dieses Modells wurde im Anschluss das neue Strukturmodell für die Pflegedokumentation vorgestellt, welches eine Entbürokratisierung und Zeitersparnis verspricht. Dabei wurde im ersten Schritt genauer auf die strukturierte Informationssammlung mit ihren vier Elementen und deren fachliche Bedeutung, sowie Anwendung eingegangen. Auch die weiteren Schritte, wie die Planung der Maßnahmen, das Verwenden des Berichtblatts und die abschließende Evaluation wurden untersucht. Es zeigte sich, dass einer Optimierung des Pflegeprozesses im Setting der mobilen Pflege, aufgrund einer eingehenden Abwägung der beiden Modelle, am ehesten durch das Strukturmodell entsprochen werden kann.

Schlüsselbegriffe: Pflegeprozess, 6-stufiger Pflegeprozess, Strukturmodell, Pflegedokumentation, mobile Pflege, strukturierte Informationssammlung

Abstract

The paper describes the optimization of the nursing process in the setting of mobile care. Therefore the 6 steps nursing process from Fiechter and Meier is compared to the structurmodel for the nursing documentation. For achieving results a literature analysis has been made. The 6 steps of the nursing process are explained. Next to the assessment, the creation of nursing diagnoses and the setting of outcomes, nursing interventions, their implementation and their evaluation are defined. All the data has been referred to mobile care. After explaining this model, the structurmodel for the nursing documentation has been presented. This model promises debureaucratization and time savings. For this purpose the structured information collection with its four steps and their importance, has been analysed in the first step. The next steps including planning of interventions, use of the record paper and evaluation have been researched. It became evident that an optimization of the nursing process in the setting of mobile care is most likely possible through the structurmodel.

Keywords: Nursing process, 6-steps Nursing Process, Structurmodel, Nursing documentation, mobile care, structured information collection

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	7
1.1 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	7
1.2 Forschungsfragen	8
1.3 Methode.....	8
2 Der Pflegeprozess	9
2.1 Sinn und Zweck des Pflegeprozesses.....	9
2.2 Modelle des Pflegeprozesses	10
2.3 Kybernetischer Regelkreis	11
3 Der 6-stufige Pflegeprozess nach Fiechter und Meier	12
3.1 Einleitung.....	12
3.2 Assessment	12
3.3 Pflegediagnosen	14
3.4 Festlegung der Pflegeziele	16
3.5 Interventionen planen	17
3.6 Implementierung	19
3.7 Evaluation	20
4 Das Strukturmodell für die Pflegedokumentation.....	22
4.1 Die vier Elemente des Strukturmodells	22
4.2 Die strukturierte Informationssammlung	23
4.2.1 Kernelement A Stammdaten	23
4.2.2 Kernelement B Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person	24

4.2.3 Kernelement C1 6 Themenfelder zur strukturierten Erfassung des Pflege- und Hilfsbedarfs	25
4.2.4 Kernelement C2 Risikomatrix	26
4.3 Maßnahmen.....	28
4.4 Berichtsblatt	29
4.5 Evaluation	30
5 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen.....	31
6 Zusammenfassung und Ausblick.....	36
Literaturverzeichnis	39
Abbildungsverzeichnis	42
Anhang.....	43

1 Einleitung

Der Pflegeprozess wurde entwickelt, um pflegerische Handlungen zu planen und zu strukturieren. Auf Grundlage von Problemen im Bereich des Gesundheitszustandes der betreffenden Person werden Pflegeziele und -maßnahmen entworfen. Es wird stets ein Verlauf über einen längeren Zeitraum beschrieben. Auf Basis der zuvor getätigten Schritte wird eine regelmäßige Kontrolle, die sogenannte Evaluation durchgeführt und falls notwendig werden die Daten angepasst und verändert. Vor allem in der Langzeitpflege liegt das Hauptaugenmerk auf individuellem Vorgehen. Dieser Prozess ermöglicht an die zu pflegende Person angepasstes Handeln, wodurch besonders profitiert werden kann (Leoni-Scheiber, 2004, S. 9f.). Je nachdem in welchem Setting der Pflegeprozess nun angewandt wird unterscheidet sich dessen Gestaltung. Die häusliche Pflege stellt eines dieser besonderen Settings dar (Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2012, S. 75).

Im Zuge des Handelns von Pflegepersonen ist der Pflegeprozess ein nicht wegzudenkendes Instrument. In der Praxis ist er ein essentieller Grundpfeiler. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass dessen Anwendung auch im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson verankert ist. Die Grundaussage, wie der Prozess durchzuführen ist, ist in sämtlichen Modellen ähnlich. Der Pflegeprozess der WHO umfasst beispielsweise vier Phasen, während andere, wie etwa jener nach Fiechter und Meier sechs Schritte beinhaltet (Resetarics, 2008, S. 121ff.).

Angesichts des von vielen Pflegepersonen in den letzten Jahren beklagten ausufernden Dokumentationsaufwandes auf Basis der Pflegeplanung, welche wiederum auf Grundlage des 6-stufigen Pflegeprozesses entsteht, entwickelten Elisabeth Beikirch und Martina Roes das sogenannte Strukturmodell für die Pflegedokumentation. Ziel dieses Modells ist eine Rückführung auf die fachliche Kompetenz der Pflegefachkraft, sowie eine stärkere Miteinbeziehung der pflegebedürftigen Person. Insgesamt soll so eine Entbürokratisierung des Pflegeprozesses erfolgen (Hecker, Krebs, Molderings & Rasek, 2017, S. 10).

Durch diese Entwicklungen stellt sich nun die Frage, welches der beiden Modelle in Theorie und Praxis besser geeignet ist beziehungsweise ob das Strukturmodell für die Pflegedokumentation den bisher gelebten 6-stufigen Pflegeprozess ablösen kann und wird.

1.1 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

In dieser Bachelorarbeit soll, der in zahlreichen Organisationen bisher verwendete 6-stufige Pflegeprozess, dem neuen Strukturmodell gegenübergestellt werden. Ziel soll es sein, beide

Modelle darzustellen, diese hinsichtlich ihrer Anwendungen gegeneinander abzuwiegen und eine Aussage darüber zu treffen, welches Verfahren im Setting mobiler Pflegedienste optimal anzuwenden ist.

1.2 Forschungsfragen

Für die vorliegende Arbeit ergeben sich folgende zu untersuchende Forschungsfragen:

Durch welche Maßnahmen kann eine Optimierung des Pflegeprozesses in der mobilen Pflege erreicht werden?

- Welche Vor- und Nachteile hat der 6-stufige Pflegeprozess?
- Welche Vor- und Nachteile hat das Strukturmodell für die Pflegedokumentation?

1.3 Methode

Das methodische Vorgehen der Wahl zur Erreichung der Ziele und Beantwortung der Forschungsfragen ist eine Literaturanalyse.

Die systematische Literaturrecherche wurde zum einen anhand von google scholar, google books, cochrance und PubMed durchgeführt. Themenspezifische Literatur wurde durch die Bibliothekssuchmaschine der Fachhochschule St. Pölten beschafft. Weitere Artikel konnten durch Datenbanken der FernFH beschafft werden.

Bei der Recherche wurden folgende Suchbegriffe verwendet: Pflege; strukturierte Informationssammlung; SIS; Strukturmodell; Pflegeprozess; Pflegeplanung; Optimierung Pflegeprozess; Optimierung Pflegeplanung; Pflegedokumentation; Nursing Process; Nursing Diagnosis; Assessment; Nursing Documentation; Nursing Care Plan; Nursing Record System; NANDA; Hauskrankenpflege; Mobile Care; Mobile Nursing;

2 Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist aus der pflegerischen Praxis nicht wegzudenken. Weshalb er allerdings benötigt wird, welche Modelle zu der derzeit üblichen Form geführt haben und welche Rolle der kybernetische Regelkreis spielt, soll durch das folgende Kapitel erläutert werden.

2.1 Sinn und Zweck des Pflegeprozesses

Der Pflegeprozess stellt die Möglichkeit dar aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme zu erkennen, deren Prävention einzuleiten und diese zu behandeln. Er gewährleistet, dass die zu pflegende Person im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns steht. Der Pflegeprozess ist der Rahmen, in dem die Pflegeperson ihre Fachlichkeit und ihre Kompetenz anwenden kann. Durch dessen Durchführung wird ein strukturiertes und systematisches Vorgehen ermöglicht. (Wilkinson, 2012, S. 32ff.).

Als Argumente für den Pflegeprozess führt Resetarics (2008, S. 125ff.) folgende Punkte an:

- Durch den Pflegeprozess entsteht ein offener Zugang zu den Problemen des zu pflegenden Menschen. Dies bedeutet, dass seitens der Pflegeperson Ideen und Expertise eingebracht und mit den Bedürfnissen und Problemen der zu pflegenden Person abgestimmt werden können.
- Durch die Einbeziehung des Patienten/ der Patientin kann individuell auf dessen/deren Bedürfnisse eingegangen werden, was wiederum die Kooperation und Motivation der betreffenden Person erheblich steigert. Vor allem bei chronischen Erkrankungen ist der Patient/ die Patientin als Experte zu betrachten und daher als wichtige Ressource im Rahmen des Pflegeprozesses einzubeziehen um letztendlich durch die Mitwirkung Unabhängigkeit zu erlangen.
- Durch den Pflegeprozess wird die Dokumentation individueller. Dies bedeutet, dass individuelle Bedürfnisse besser abgebildet und standardisierte Maßnahmen reduziert werden. Somit entsteht im Rahmen der Dokumentation ein präziseres Bild, welches auch einfacher hinsichtlich Zielerreichung bewertet werden kann.
- Der Pflegeprozess unterstützt die Manifestation einer professionellen Identität. Wissen, Kompetenz und Handlungen werden nicht nur in den Vordergrund gerückt, sondern auch dokumentiert. Damit profiliert sich die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege als unabhängiges Berufsbild.

Darüber hinaus versteht sich der Pflegeprozess auch als Beziehungsprozess. Im Rahmen der Pflegesituation entsteht eine Interaktion zwischen Pflegeperson und gepflegter Person, wobei im Optimalfall beide Personen die Erreichung eines oder mehrerer pflegerischer Ziele anstreben. Daher ist es wichtig eine konstruktive Beziehung zu unterhalten. Der zu pflegende Mensch wird in den Pflegeprozess mit einbezogen, wodurch eine vertrauensvolle Atmosphäre mit Förderung des Wohlbefindens entsteht (Resetarics, 2008, S. 128f.).

Weitere Gründe, warum der Pflegeprozess in der pflegerischen Praxis essentiell ist, sind beispielsweise die Förderung der Kontinuität und Koordination der Pflege, da durch einen schriftlichen Betreuungsplan alle beteiligten Personen über den zu Pflegenden/ die zu Pflegende informiert sind, was wiederum auch gemeinschaftliches Arbeiten begünstigt. Letztendlich steigert der Pflegeprozess auch die Zufriedenheit mit der vollbrachten Arbeit, da durch Kontrolle die Zielerreichung sichtbar wird (Wilkinson, 2012, S. 32ff.).

2.2 Modelle des Pflegeprozesses

Die verschiedenen Modelle des Pflegeprozesses unterscheiden sich zum Großteil hauptsächlich durch Anzahl der aufeinanderfolgenden Schritte. Auf die drei bedeutendsten Modelle soll nachfolgend eingegangen werden.

Das „Vier-Phasen-Modell“ nach Yura und Walsh unterscheidet folgende Phasen: die Einschätzung des Pflegebedarfs/ Pflegeanamnese, das Planen der Pflege, die Durchführung der Pflege und die Bewertung der Pflege (Hammer, Kobbert & Maurer, 2012, S. 170).

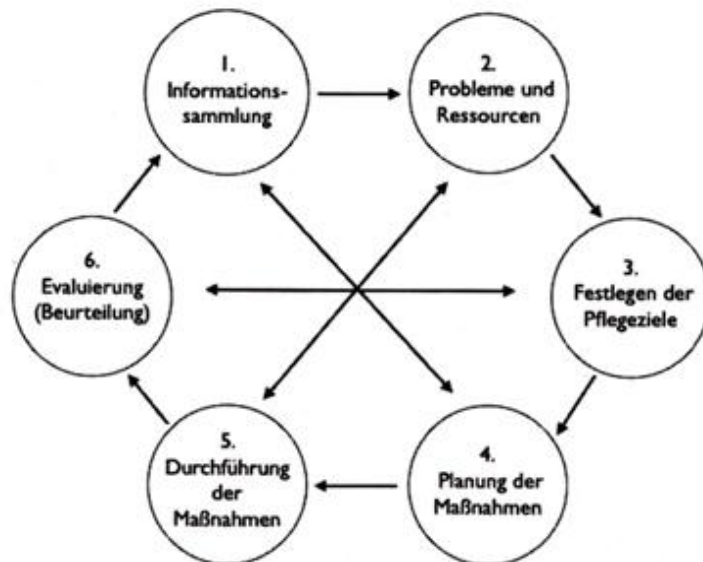
Die Pflegedozentin Ruth Brobst modifizierte dieses Modell um eine Phase, wodurch das „Fünf-Phasen-Modell“ entstand, in welchem die Phase der Diagnose als zweiten Schritt ergänzt wurde (Hammer et al., 2012, S. 170).

Daraus folgend wurde das „Sechs-Phasen-Modell“ nach Fiechter und Meier entwickelt. Der Vorteil dieses Modells liegt in der sehr präzisen Beschreibung der notwendigen Schritte. Diese lauten: Informationssammlung, Erkennen von Pflegeproblemen und Ressourcen, Festlegung der pflegerischen Ziele, Planung der Maßnahmen, Durchführung der Maßnahmen und Beurteilung der Wirkung der Pflege auf die pflegebedürftige Person (Hammer et al., 2012, S. 171). Dieses Modell soll im weiteren Verlauf der Arbeit näher beschrieben und untersucht werden.

2.3 Kybernetischer Regelkreis

Die Kybernetik beschäftigt sich mit der Aufnahme, Übertragung und Rückkopplung von Informationen in komplexen Systemen. Das bedeutet es handelt sich hier im Wesentlichen um Feedback und Informationsaustausch zwischen den einzelnen Schritten, welche wiederum andere Schritte beeinflussen können. Der kybernetische Regelkreis ist also das Grundprinzip auf welchem der Pflegeprozess beruht, da sich in diesem die sechs Schritte gegenseitig beeinflussen. Das bedeutet, dass es sich beim Pflegeprozess nicht um einen starren linearen Ablauf handelt (Resetarics, 2008, S. 119). Die nachfolgende Grafik soll diesen Austausch verdeutlichen.

Abbildung 1: kybernetischer Regelkreis



(Quelle: Resetarics, 2008, S. 137)

3 Der 6-stufige Pflegeprozess nach Fiechter und Meier

Um die im vorigen Kapitel vorgestellten sechs Schritte zu verstehen, soll in diesem Kapitel der 6-stufige Pflegeprozess nach Fiechter und Meier dargestellt und erklärt werden.

3.1 Einleitung

Das Modell von Fiechter und Meier beschreibt den Pflegeprozess als Problemlösungs- und Beziehungsprozess. Das bedeutet, dass die Lösung eines pflegerischen Problems erheblich durch die Qualität der Beziehung zwischen Pflegeperson und zu Pflegendem/ Pflegender bestimmt wird. Wie im vorigen Kapitel beschrieben handelt es sich beim Pflegeprozess um einen Regelkreis, womit alle Schritte voneinander abhängig sind und sich gegenseitig beeinflussen. Zur besseren Verständlichkeit sollen die 6 Schritte des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier nochmals punktuell genannt werden (Leoni-Scheiber, 2004, S. 12):

- Informationssammlung/ Assessment
- Erkennen von Problemen und Ressourcen/ Pflegediagnosen
- Festlegen der Pflegeziele
- Interventionen planen
- Durchführung/ Implementierung
- Beurteilung der Wirkung/ Evaluation

Diese beschriebene Vorgehensweise ist auch im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz im „eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich“ §14 des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege festgelegt (Leoni-Scheiber, 2004, S. 19).

3.2 Assessment

Unter Assessment wird die Beurteilung von Daten verstanden. Somit müssen im ersten Schritt alle relevanten Daten über den/ die zu Pflegenden/ Pflegende gesammelt werden. Diese Vorgehensweise setzt sich immer aus der Sammlung der Daten und Informationen, sowie deren Interpretation zusammen. Um die Datensammlung zu erleichtern, werden sogenannte Assessmentinstrumente verwendet. Dies sind standardisierte Verfahren, die immer in der gleichen Art und Weise angewandt werden und somit den Ablauf erleichtern. Je nach Organisation und verwendeten Pflegemodellen unterscheiden sich der Aufbau und die

Zusammensetzung des Assessmentinstruments (Schewior-Popp et al., 2012, S. 110). Eine häufig verwendete Form der Gliederung in der mobilen Pflege ist jene nach den Lebensaktivitäten von Roper, Logan und Tierney. Diese Lebensaktivitäten umfassen eine sichere Umgebung, Kommunizieren, Atmen, Essen und Trinken, Ausscheiden, sauber halten und kleiden, Körpertemperatur, Bewegung, Arbeiten und Spielen, sich als Mann oder Frau fühlen, schlafen und sterben. Im Falle der Anwendung dieses Pflegemodells werden also Daten in diesen Bereichen gesammelt (Schewior-Popp et al., 2012, S. 49).

Um nun an die benötigten Informationen zu gelangen, gibt es mehrere Wege. Zum einen kann, sofern der oder die zu Pflegenden verbal äusserungsfähig ist, ein persönliches Gespräch die benötigten Informationen einbringen. Hier besteht auch die Möglichkeit der Befragung von Angehörigen der betreffenden Person. Weiters können Daten der Krankengeschichte, Befunden oder sonstigen Dokumenten entnommen werden. Unerlässlich bei der Informationssammlung ist das Beobachten im Rahmen der pflegerischen Situation (Resetarics, 2008, S. 137). Beispielsweise können beim Waschen Veränderungen des Hautzustandes beobachtet werden, die in einem Gespräch nicht erwähnt wurden (Wilkinson, 2012, S. 106).

Da es sich beim Pflegeprozess um einen Beziehungsprozess handelt, kann ein Anamnesegespräch über den Nutzen der Datensammlung hinaus dazu beitragen, ein gegenseitiges Kennenlernen zu ermöglichen und eine Vertrauensbasis zu schaffen. Damit dies gelingt, muss seitens der Pflegeperson eine ruhige Atmosphäre geschaffen werden (Resetarics, 2008, S. 138). Im Rahmen der häuslichen Pflege eignet sich dazu ein separater Termin, bei dem auf Wunsch auch Angehörige anwesend sein können. Dabei ist es wichtig vorwiegend offene Fragen zu stellen und geschlossene zu vermeiden. Zum Beispiel: „Wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben?“. Das subjektive Empfinden der betreffenden Person steht im Vordergrund (Wilkinson, 2012, S. 122f.). Vor allem bei älteren Menschen sind oft speziellere Kommunikationstechniken erforderlich. Insbesondere ist dabei aufgrund der verminderten Adaptionzeit ein langsames Vorgehen indiziert. Nicht nur beim Sprechen ist eine angemessene Geschwindigkeit zu wählen, sondern auch in der Menge der Informationen muss abgewogen werden, was momentan wichtig ist. Neben stetigem Blickkontakt und Unterstreichung durch Körpersprache muss auch auf ein eventuell reduziertes Hörvermögen Rücksicht genommen werden. Die Daten stammen im Idealfall von der/ des zu Pflegenden, können aber auch durch Angehörige zustande kommen (Wilkinson, 2012, S. 126f.).

Festzuhalten ist, dass die Informationssammlung nach einem Anamnesegespräch oder bestimmten Beobachtungen keinesfalls als abgeschlossen gilt. Wie zuvor schon erwähnt, handelt es sich um einen Prozess, dessen Schritte beliebig oft wiederholt und angepasst

werden können. Das bedeutet, dass sich die Informationssammlung über die gesamte Betreuungsdauer des/ der zu Pflegenden erstreckt (Resetarics, 2008, S. 138).

3.3 Pflegediagnosen

Im zweiten Schritt geht es nun darum Probleme und Ressourcen zu erkennen und auf Basis dieser Pflegediagnosen zu erstellen. Dieser Vorgang erfordert seitens des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege diagnostisches Denken (Wilkinson, 2012, S. 172f.). Das bedeutet, die Pflegeperson muss sich die Frage stellen, in welchen Bereichen der/ die zu Pflegenden Hilfe und Unterstützung braucht und welche Tätigkeiten er/ sie selbstständig verrichten kann (Resetarics, 2008, S. 145). Dazu müssen die im vorherigen Schritt gesammelten Informationen interpretiert und zu grundlegenden Problemen, sogenannten Pflegediagnosen zusammengefasst werden. Umso besser die Daten in der ersten Phase erhoben wurden, umso genauer können Pflegediagnosen im Pflegeplan vermerkt werden und umso effektiver können die nächsten Phasen gestaltet werden (Wilkinson, 2012, S. 173).

Aufgrund ihrer Relevanz sollen an erster Stelle hier die Ressourcen genannt werden. Ressourcen stellen Hilfsquellen der pflegebedürftigen Person dar und können diese in der Erreichung ihrer Selbstständigkeit unterstützen und daraus folgend ihr Selbstwertgefühl steigern. Es handelt sich um individuelle Angaben, die laufend aktualisiert und überprüft werden sollen. Ressourcen haben eine positive Auswirkung auf den Genesungsprozess und stellen somit die Basis für aktivierende Pflege dar. Deshalb ist es besonders wichtig die vorhandenen Ressourcen besonders genau herauszufiltern und sie im Pflegeplan festzuhalten. Ressourcen können in vielfältiger Weise auftreten. Möglichkeiten dafür sind beispielsweise die personeneigene Motivation der pflegebedürftigen Person, also die Bereitschaft Hilfsangebote anzunehmen, die Motivation sich am Genesungsprozess zu beteiligen und die Akzeptanz der eigenen Einschränkungen. Darüber hinaus müssen Wissen, Fähigkeiten Vorlieben und Interessen der betreffenden Person besonders hervorgehoben und genützt werden. Vor allem in der mobilen Pflege können oftmals Angehörige oder Bezugspersonen, die bereits in die Pflege- und Betreuungssituation integriert sind unterstützend tätig und von diplomiertem Pflegepersonal angeleitet werden. Abzuschätzen ist jedoch in welchem Ausmaß auf diese Ressource zurückgegriffen werden kann, um eine mögliche Überforderung zu vermeiden. Auch Hilfsmittel wie Pflegebetten, Treppenlifte, Gehilfen etc. und spezielle medizinische Produkte sind nicht außer Acht zu lassen. Im häuslichen Umfeld können auch Adaptierungsmaßnahmen Ressourcen sein. In jedem Fall benötigt es eine gute

Beobachtungsgabe des gehobenen Dienstes, da Ressourcen nicht immer auf den ersten Blick zu erkennen sind (Resetarics, 2008, S. 145ff.).

Pflegediagnosen bezeichnen den aktuellen Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person. Sie geben Auskunft über ein aktuelles oder potentielles Gesundheitsproblem, welches die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson aufgrund ihrer Kompetenzen beeinflussen kann (Wilkinson, 2012, S. 181). Prinzipiell wird zwischen drei Arten von Pflegediagnosen unterschieden. Aktuelle Pflegediagnosen beschreiben ein bestehendes Problem, welches durch entsprechende Symptome angezeigt wird. Risikopflegediagnosen weisen auf ein Problem hin, das es zu vermeiden gilt. Das heißt, es liegen entsprechende Risikofaktoren vor, durch welche das Problem entstehen könnte. Darüber hinaus können auch noch mögliche Pflegediagnosen unterschieden werden. In diesem Fall, ist es unsicher, ob das Problem tatsächlich besteht. Dies kann durch unvollständige Daten bedingt sein, aber auch durch das nicht eindeutige Vorliegen von Symptomen. Diese Pflegediagnosen gilt es genauer zu untersuchen (Wilkinson, 2012, S. 183). Wird nun eine Pflegediagnose verfasst, so setzt sich diese aus bestimmten Bestandteilen zusammen, kurz auch „PESR-Format“ genannt. Zum ersten wird das Problem, also der Titel der Diagnose genannt, darauf folgend die Einflussfaktoren oder auch Ätiologie des Problems. Abschließend werden die Symptome angeführt, also wodurch das Problem angezeigt wird und die Ressourcen, also welche Potentiale vorhanden sind (Schewior-Popp et al., 2012, S. 78). Bei Risikopflegediagnosen entfällt der Punkt Symptome (Wilkinson, 2012, S. 241f.).

Zum einen ist das freie Formulieren von Pflegediagnosen möglich, zum anderen rückt diese aber durch standardisierte Pflegediagnosen immer mehr in den Hintergrund. Um geeignete Pflegediagnosen zu benennen und zu dokumentieren bietet beispielsweise die North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) einen Überblick (Wilkinson, 2012, S. 204). Exemplarisch sollen in Abbildung 2 häufige Pflegediagnosen im häuslichen Umfeld erwähnt werden.

Abbildung 2: häufig verwendete Pflegediagnosen in der häuslichen Pflege

Kasten 5-3

Häufig verwandte Pflegediagnosen in der häuslichen Pflege.

Eine Studie mit 96 Pflegenden aus der häuslichen Pflege ergab folgende Diagnosen, die als häufig und mit hoher Priorität gestellt eingeordnet wurden:

- Wissensdefizit
- Selbstversorgungsdefizit: Körperpflege
- Selbstversorgungsdefizit: Sich kleiden, äußere Erscheinung
- Infektionsgefahr
- Gefahr einer Hautschädigung
- Hautschädigung
- Schmerz
- Mangelernährung (zu spezifizieren)
- Verletzungs-, Sturzgefahr
- beeinträchtigte körperliche Mobilität
- Aktivitätsintoleranz
- verminderte Herzleistung.

Quelle: Gordon, M., Butler-Schmidt, B., High frequency-high treatment priority nursing diagnoses in home health care nursing. In Rantz, M., LeMone, P. (eds.), *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Twelfth Conference North American Nursing Diagnosis Association*, Glendale, CA: Canal Information Systems

(Quelle: Gordon & Butler-Schmidt, 1997 zitiert in Wilkinson, 2012, S. 257)

3.4 Festlegung der Pflegeziele

Wurden die Probleme und Ressourcen identifiziert, so müssen im nächsten Schritt pflegerische Ziele festgelegt werden. Diese bestimmen in erheblichem Maß die darauf folgenden Interventionen. Somit werden durch die Ziele die erwünschten Ergebnisse, welche durch die Pflege erreicht werden sollen, beschrieben. Auch bei der Bestimmung von Erfolg oder Misserfolg der erbrachten pflegerischen Leistungen sind Ziele ausschlaggebend zur Bewertung. Ein Ziel der Pflegediagnose „Selbstversorgungsdefizit bzgl. Körperpflege“ könnte beispielsweise folgendermaßen lauten: „Hr. XY wäscht sich Gesicht, Oberkörper, Arme und Intimbereich selbstständig“. Das Ziel impliziert also, welche Maßnahmen durch die Pflegeperson durchgeführt werden müssen – beispielsweise das Waschen der Beine. Wichtig ist es, dass zu jedem Pflegeproblem zumindest ein Ziel formuliert werden muss. Dieses muss ein konkretes Ergebnis beschreiben.

Konkret wird zwischen Nah- und Fernzielen unterschieden. Dabei beschreiben erstere kleine Fortschritte, die sich in der Langzeitpflege aber auch über mehrere Wochen oder Monate erstrecken können. Sie dienen unter anderem dazu, den/ die zu Pflegenden/n aufgrund der Zielerreichung zu motivieren und dessen/ deren Beteiligung zu fördern. Fernziele beschreiben den Zustand, der am Ende der gesamten Pflege steht. Diese sollten nur in Kombination mit Nahzielen verwendet werden, da der Zeitpunkt der Erreichung meist nur schwer vorhersehbar ist und daher die Erreichung als wenig erstrebenswert erscheint. Aus diesem Grund muss auf eine realitätsnahe Formulierung geachtet werden. Pflegeziele beabsichtigen nicht immer eine Zustandsverbesserung. Vielmehr handelt es sich in der

Langzeitpflege zum Großteil um eine Erhaltung des bisherigen Zustandes. Diese Art von Zielen werden Erhaltungsziele genannt und vor allem bei Hochrisikodiagnosen verwendet, bei welchen man den symptomfreien Zustand beibehalten möchte (Leoni-Scheiber, 2004, S. 108ff.).

Um professionelle Ziele zu formulieren, gibt es einige Punkte zu beachten. Einerseits müssen sie genau und detailliert formuliert werden und sich auf den/die Klienten/ Klientin beziehen. Die Ziele müssen durch pflegerische Maßnahmen erreichbar sein, also auch realistisch. Zeitgrenzen erleichtern die Überprüfung des Fortschrittes. Um Zielformulierungen nicht ausschweifend werden zu lassen, sollten sie stets möglichst kurz, konkret und präzise formuliert werden. Im Rahmen der Festhaltung von Zielen, sollten aber immer der Kunde/ die Kundin und eventuell Angehörige mit einbezogen werden (Resetarics, 2008, S. 150).

3.5 Interventionen planen

Der vierte Schritt im Pflegeprozess nach Fiechter und Meier ist die Planung der notwendigen Interventionen. In dieser Phase bringt die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson ihr praktisches Wissen in den Pflegeprozess ein. Bei der Formulierung der Pflegemaßnahmen werden stets auch die vorhergehend gesammelten Informationen der vorigen Phasen mit berücksichtigt. Anhand der pflegerischen Interventionen sollen die zuvor gesetzten Ziele erreicht werden (Hammer et al., 2012, S. 188). Aus den Pflegeinterventionen müssen nach Resetarics (2008, S. 151) folgende Punkte ersichtlich werden:

- Was ist bei der pflegebedürftigen Person zu tun? Welche Handlungen sind vorgesehen?
- Wie soll die Zielerreichung gestaltet werden? Gibt es Richtlinien, welche berücksichtigt werden müssen? Welche Hilfsmittel werden wie verwendet?
- Wann finden die Maßnahmen statt und wie oft? Gibt es einen einzuhaltenden Zeitpunkt oder eine Regelmäßigkeit?
- Wer führt die Intervention durch? Welche Berufsgruppe darf diese Tätigkeit durchführen? Welche Kompetenzen sind dazu nötig?

In jedem Fall müssen Maßnahmen so formuliert werden, dass es für jede Berufsgruppe ersichtlich ist, was, wann, wie und von wem gemacht wird und werden soll. Zahlreiche Organisationen verwenden aus praktischen und zeitlichen Gründen durch Computer vorgefertigte Maßnahmenkataloge. Das bedeutet, dass es zu bestimmten Problemen entsprechende Standards gibt, welche Maßnahmenabfolge jeweils indiziert ist. Diese ersparen Arbeitsaufwand bei wiederkehrenden Situationen, erleichtern die Einarbeitung

neuer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, ermöglichen Kontinuität, fachliche Kommunikation und ermöglichen wissenschaftliche Untersuchungen über die Auswirkungen diverser Pflegemaßnahmen. Sie gewährleisten somit die Erhaltung eines zuvor festgelegten Qualitätsniveaus. Allerdings ist zu bedenken, dass standardisierte Pflegepläne die Individualität des Pflegeplans gefährden können (Resetarics, 2008, S. 151ff.).

Ziel der Interventionsplanung ist der Pflegeplan. Dieser vereint nun die bisherigen Schritte – diese zur besseren Übersicht meist in tabellarischer Form. Dieser gilt für alle an der Pflege beteiligten Berufsgruppen als verbindliche Verordnung seitens der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (Hammer et al., 2012, S. 188). Teil eines Pflegeplans ist in Abbildung 3 ersichtlich. Dieser vereint das pflegerische Problem, seine Ursache, die Symptome und Ressourcen in der ersten Spalte. In der zweiten Spalte finden sich die Pflegeziele, sowie in der dritten die Pflegemaßnahmen. Sämtliche Niederschriften werden durch das Handzeichen der diplomierten Pflegeperson für gültig erklärt.

Abbildung 3: Beispiel Pflegeplan

Tab. 6.5 Pflegeplan für Frau Perlinger

Datum	Pflegediagnose/Ressource	Pflegeziele	Pflegemaßnahmen	Handzeichen	Stopp
20.07.	<p>Frau Perlinger hat aufgrund einer zu geringen Trinkmenge Anzeichen dafür, dass sie ein Flüssigkeitsdefizit hat. Dies zeigt sich darin,</p> <ul style="list-style-type: none"> dass Frau Perlingers Haut trocken und schuppig ist, ihre Lippen spröde und in den Mundwinkeln eingerissen sind, dass sie über Schmerzen beim Wasserlassen klagt und dass sie zeitweise im Denken verlangsamt und desorientiert wirkt. <p>Ressource: Frau Perlinger trinkt die ihr angebotenen Getränke nach Aufforderung selbstständig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Frau Perlinger trinkt täglich mindestens 1 bis max. 1,5 Liter Flüssigkeit. Frau Perlingers Haut und Lippen sind bis zum (Datum) intakt und geschmeidig. Frau Perlinger weiß bis zum (Datum), dass die Schmerzen beim Wasserlassen geringer werden, wenn sie die empfohlene Tagesdosis trinkt. Frau Perlinger weiß bis zum (Datum), dass sie aufgrund der geringen Trinkmenge zeitweise verwirrt war. 	<ul style="list-style-type: none"> Frau Perlinger zu jeder Mahlzeit 1-2 Gläser Wasser bzw. Wunschgetränke anbieten und zum Trinken auffordern. Frau Perlinger cremt jeden Morgen ihre Haut mit einer W/Ö Körpercreme und zweimal täglich ihre Lippen mit einem Lippenbalsam ein. Mit Frau Perlinger und ihrem Lebenspartner am (Datum) ein Beratungsgespräch zu der empfohlenen Trinkmenge pro Tag führen, um ihr die Notwendigkeit und die Zusammenhänge zwischen einer ausgewogenen Flüssigkeitszufuhr und einer intakten Haut, dem schmerzfreien Wasserlassen und einer klaren Orientierung aufzuzeigen. 	A.H.	
20.07.	<p>Frau Perlinger ist aufgrund ihrer körperlichen Schwäche und der bestehenden Dranginkontinenz stark sturzgefährdet. Dies zeigt sich</p> <ul style="list-style-type: none"> an ihrem unsicheren Gangbild und dem hektischen Handeln, wenn sie Harn-drang verspürt. <p>Ressource: Frau Perlinger steht in Begleitung einer Pflegekraft auf und geht sicher am Rollator</p>	<ul style="list-style-type: none"> Frau Perlinger kennt bis zum (Datum) ihre intrinsischen und extrinsischen Sturzrisikofaktoren und Strategien, um ihr Sturzrisiko zu minimieren. Frau Perlinger weiß, dass sie nur in Begleitung einer Pflegeperson zum Bad oder auf den Flur gehen darf. Frau Perlinger benutzt ab dem (Datum) den Toilettstuhl neben ihrem Bett selbstständig und sicher. 	<ul style="list-style-type: none"> Mit Frau Perlinger und Herrn Moser am (Datum) ein Beratungsgespräch zu den bestehenden Sturzrisikofaktoren führen und gemeinsam mit dem Paar Strategien zur Vermeidung der extrinsischen Risikofaktoren entwickeln. Frau Perlinger auf Wunsch mit dem Rollator ins Bad bzw. zum Frühstückstisch begleiten. Frau Perlinger am (Datum) die Benutzung des Toilettstuhls erklären und sie bei der Mobilisation auf den Toilettstuhl anleiten. 	A.H.	

(Quelle: Hammer et al., 2012, S. 189)

Es sei auch noch angemerkt, dass unter Pflegeplanung der kognitive Prozess des Planens verstanden wird. Der Pflegeplan hingegen stellt die schriftliche Ausfertigung dar. In diesem müssen nicht zwangsläufig alle Schritte dokumentiert werden. Beispielsweise kann gegebenenfalls auf Pflegediagnosen verzichtet werden (Rappold & Aistleithner, 2017, S. 8f.). Eine individuelle Entscheidung welche Schritte zu dokumentieren sind, wird zumeist durch die Organisation zugunsten der Niederschrift sämtlicher Phasen getroffen.

3.6 Implementierung

Nachdem die Pflegeinterventionen geplant wurden, gilt es diese im folgenden Schritt zu implementieren. Dies geschieht durch die jeweilig befugte Berufsgruppe. Wichtig ist es, dass bei der Durchführung auch nach dem von der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson erstellten Pflegeplan gearbeitet wird. Dies erleichtert es Abweichungen zu erkennen und gegebenenfalls darauf durch eine Adaptierung des Pflegeplans zu reagieren. Sämtliche im Pflegeplan festgelegten Schritte gelten als verbindlich. Wird davon abgewichen, so muss diese Handlung und das Ausmaß der Abweichung im Pflegebericht festgehalten werden. Nicht nur Fachwissen, sondern auch Technik ist entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung der geplanten pflegerischen Maßnahmen. Damit Pflegeinterventionen auch erfolgreich sein können, müssen diese konsequent so umgesetzt werden, wie sie von der befugten Pflegeperson geplant wurden. Dennoch muss die pflegebedürftige Person von der durchführenden Pflegefachkraft hinsichtlich Reaktion auf die Maßnahme beobachtet werden. Beobachtungen werden ebenfalls schriftlich im Pflegebericht festgehalten. Das Augenmerk sollte insbesondere auf Verbesserung oder Verschlechterung des Zustandes gerichtet werden. Auch neuwertige Informationen oder relevante Probleme müssen vermerkt werden.

Wurde die pflegerische Tätigkeit durchgeführt, so besteht eine anschließende Dokumentationspflicht. Durch diese kann jederzeit nachvollzogen werden, wer, was, zu welcher Zeit und wie getan hat, einschließlich der Begründung warum gegebenenfalls vom Pflegeplan abgewichen wurde. In diesem Sinne gilt die Dokumentation als essentielle Beweisführung über den Verlauf der Pflege. Sie dient nicht nur als Leistungsnachweis, vielmehr ist deren Durchführung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §14 vorgeschrieben. In juristischen Belangen gilt der Grundsatz, dass nur jenes durchgeführt wurde, welches auch in irgendeiner Form, wenn auch nur einmalig, festgehalten wurde.

Bei der Implementierung von Maßnahmen gilt stets die Durchführungsverantwortung. Dies bedeutet, dass die jeweilig durchführende Berufsgruppe für jene Tätigkeiten die volle Verantwortung trägt, welche sie durchführt. Auch wenn im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich auf ärztliche Anordnung gearbeitet wird, so ist die durchführende Pflegeperson voll für ihre Handlungen verantwortlich. Analog gilt dies, wenn pflegerische Tätigkeiten beispielsweise durch eine diplomierte Fachkraft angeordnet und durch eine Pflegeassistenz durchgeführt werden (Resetarics, 2008, S. 153ff.).

In der häuslichen Pflege wird die Implementierung im Rahmen von sogenannten „Einsätzen“ vollzogen. Eine Abfolge dieser Einsätze wird „Tour“ genannt. Dabei ist immer zu beachten, dass die verschiedenen Berufsgruppen entsprechend ihrer Kompetenzen zugewiesen

werden. Teil jedes Einsatzes ist die pflegerische Dokumentation bei der pflegebedürftigen Person vor Ort, sowie die Erfassung der Einsatzzeit (Schewior-Popp et al., 2012, S. 42). Die Durchführung einer Maßnahme wird unter dem richtigen Datum mit dem Handzeichen der Pflegeperson abgezeichnet. Auch die Uhrzeit wird angeführt. Ebenso werden Eintragungen im Pflegebericht durch Datum und Handzeichen gekennzeichnet (Hammer et al., 2012, S. 192).

3.7 Evaluation

Die letzte Phase des Pflegeprozesses ist die Evaluation. In diesem Schritt wird die Pflege im Hinblick auf ihre Effizienz beurteilt. Dazu werden die im Pflegeplan festgelegten Pflegeziele, also der erwünschte Soll-Zustand, mit der aktuellen Situation der pflegebedürftigen Person, also dem Ist-Stand, verglichen. Hier lässt sich auch erkennen, welche Auswirkungen die Pflege bisher hatte und ob der derzeitige Pflegeplan adaptiert werden muss. Wurden die Pflegeziele erreicht, so können unter gegebenen Umständen die Interventionen abgesetzt werden. Der Ist-Stand entspricht nun dem Soll-Stand. Sofern die formulierten Ziele nicht erreicht wurden, muss die Situation der betreffenden Person neu eingeschätzt werden. Dies bedeutet die Sammlung von neuen Informationen, auf Basis derer neue Ziele und Maßnahmen formuliert werden. Unter Umständen ist es ausreichend die Häufigkeit der bisherigen Maßnahmen zu variieren. Die Evaluation wird durch die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson durchgeführt, welche unter anderem den Pflegebericht als Hilfsmittel verwendet. Sämtliche Änderungen oder Abweichungen wurden hier durch die durchführende Berufsgruppe vermerkt. Dementsprechend dient der Pflegebericht als Feedbacksystem (Hammer et al., 2012, S. 193f.).

In der Langzeitpflege handelt es sich meist um einen geplanten Zeitpunkt zu dem die Evaluation stattfinden wird. Je nach Entwicklung des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Person und Verlauf der Versorgung ergeben sich unterschiedliche Zeitintervalle. Dies können in der langfristigen Pflege etwa drei Monate sein. Ergeben sich jedoch unvorhergesehene Veränderungen oder Probleme, so kann eine spontane Evaluation erforderlich werden (Schewior-Popp et al., 2012, S. 79).

Damit die Evaluation auch umfassend wird, muss in jedem Fall der pflegebedürftige Mensch mit einbezogen werden. Sinnvoll ist es notwendige Fragen im Rahmen eines Gesprächs zu klären. Zum einen muss, auch anhand der Dokumentation, geklärt werden, ob es neue Informationen oder Probleme gibt. Darüber hinaus muss überprüft werden, ob die bei der letzten Evaluation bestehenden pflegerischen Probleme gelöst wurden oder noch vorhanden

sind. Der Pflegeplan wird Schritt für Schritt überprüft, wobei natürlich auch die Ressourcen auf ihre Aktualität kontrolliert werden. Wie zuvor schon beschrieben, werden auch die Ziele hinsichtlich der Ist-Situation abgeglichen. Auch die pflegerischen Maßnahmen werden im Hinblick auf ihre Wirksamkeit beleuchtet und die Festlegung von neuen gegebenenfalls erwogen. Dabei ist zu hinterfragen, ob eventuelle Maßnahmen abgesetzt werden können. Zu guter Letzt wird, falls notwendig, der Pflegeplan entsprechend der Ergebnisse der Evaluation abgeändert (Hammer et al., 2012, S. 194).

Auch wenn die Evaluation als letzter Schritt im Pflegeprozess nach Fiechter und Meier dargestellt wird, so stellt er keinesfalls die abschließende Phase am Ende der Pflege dar. Vielmehr handelt es sich um einen kontinuierlichen Prozess, bei dem eine laufende Optimierung der Pflege stattfindet (Resetarics, 2008, S. 155f.).

Dass die Anwendung von Pflegediagnosen, Pflegezielen und Pflegeinterventionen erlernbar und dadurch eine effektivere Pflegeplanung in der häuslichen Pflege erstellt werden kann, bewiesen Patiraki, Katsaragakis, Dreliozzi & Prezerakos (2015, S. 88). Sie unterzogen Pflegekräfte einer intensiven Schulung und konnten feststellen, dass sich sowohl das Wissen über Pflegepläne, als auch die Fähigkeit diese zu erstellen und die Haltung diesen gegenüber verbessert werden konnte. Um den Gesamtzusammenhang herzustellen sollten bei Schulungen Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen nicht getrennt, sondern gemeinsam gelehrt werden. Aber nicht nur angeeignetes Wissen ist Grundvoraussetzung für die Erstellung einer Pflegeplanung, sondern vielmehr auch die positive Einstellung der Pflegekraft gegenüber dem Pflegeprozess (Patiraki et al., 2015, S. 92).

Kapitel 4 – Das Strukturmodell für die Pflegedokumentation

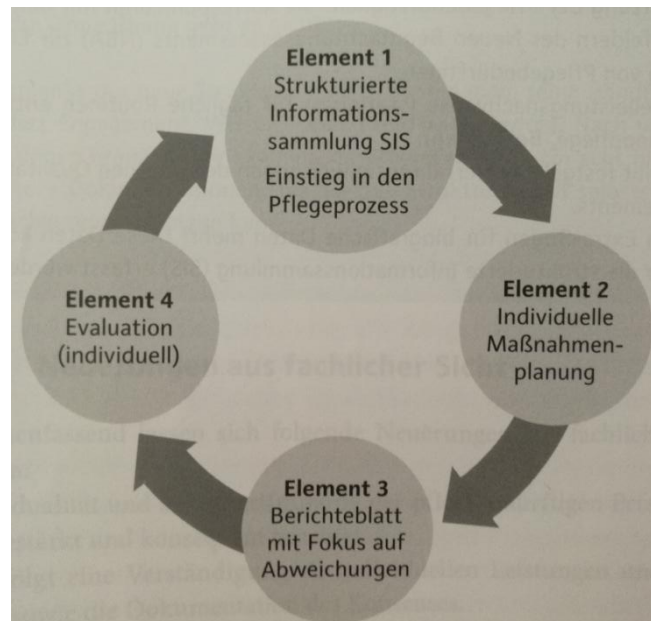
In den letzten Jahren wurde im Bereich der Pflege von vielen Seiten der ausufernde Dokumentationsaufwand kritisiert. In der Praxis herrscht derzeit die Devise, dass eher ein Assessment oder ein Protokoll zu viel dokumentiert wird, als eines zu wenig. Denn was nicht niedergeschrieben wurde, wurde nicht erledigt. Mit dem Ziel die Pflegedokumentation wieder auf ein notwendiges Maß zu reduzieren, entwickelten Elisabeth Beikirch und Martina Roes das Strukturmodell Pflege mit der zugehörigen strukturierten Informationssammlung (Ahmann, Ahmann & Pelzer, 2016, S. 8). Das Strukturmodell entstand im Auftrag des Deutschen Bundesministeriums für Gesundheit unter Einbezug von Experten und Expertinnen aus Praxis und Wissenschaft, diverser Prüfinstanzen und rechtlicher Expertise. Ziel der Entwicklung war die Ablösung der bisher verwendeten Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (Ahmann et al., 2016, S. 11). Darüber hinaus werden laut Ahmann et al. (2016, S. 16) folgende Ziele angestrebt:

- Eine Orientierung der Dokumentation am vierstufigen Prozess der WHO
- Der Einstieg in das Strukturmodell soll durch die strukturierte Informationssammlung, kurz SIS, gewährleistet werden
- Grundlage der pflegerischen Arbeit soll ein personenzentrierter Ansatz sein
- Pflegerische Risiken und Phänomene werden durch eine Risikomatrix übersichtlich dargestellt
- Einzelleistungsnachweise sollen reduziert werden
- Zeitersparnis durch rasche Orientierung aufgrund einer übersichtlichen Dokumentation
- Pflegerische Dokumentation als Steuerungs- und Kommunikationsinstrument

4.1 Die vier Elemente des Strukturmodells

Beim Strukturmodell handelt es sich um ein neues Konzept. Es ist pflegewissenschaftlich fundiert und beinhaltet diverse pflegetheoretische Ansätze (Ahmann et al., 2016, S. 19). Das Strukturmodell setzt sich aus vier Elementen, welche auf dem vier Phasen Modell der WHO aufbauen, zusammen (Ahmann et al., 2016, S. 22).

Abbildung 4: die vier Elemente des Strukturmodells



(Quelle: Ahmann et al., 2016, S. 22)

Auf Basis dieser 4 Elemente soll das Strukturmodell weiterführend erläutert werden.

4.2 Die strukturierte Informationssammlung

Der Einstieg in den Pflegeprozess im Rahmen des Strukturmodells erfolgt anhand der strukturierten Informationssammlung, kurz SIS genannt. Sie stellt den wichtigsten und ausführlichsten Teil der vier Elemente dar. Das Vorgehen dabei unterscheidet sich je nachdem, ob es sich um eine Neuaufnahme oder eine Überprüfung, die im Rahmen der Pflege und Betreuung notwendig geworden ist, handelt (das Vorgehen bei der Evaluation findet sich in Kap. 4.5). Im ambulanten Bereich empfiehlt es sich die SIS erst nach vier bis fünf Einsätzen beim Kunden oder der Kundin fertig zu stellen. Die SIS gliedert sich in vier Kernelemente (A, B, C1, C2), welche der Reihe nach erhoben werden und aufeinander aufbauen (Ahmann et al., 2016, S. 28ff.). Der ambulante SIS Bogen, enthält alle vier Kernelemente und findet sich im Anhang.

4.2.1 Kernelement A Stammdaten

Das Kernelement A beinhaltet die Stammdaten der pflegebedürftigen Person. Dabei werden nicht nur Name und Geburtsdatum erhoben, sondern auch allgemeine Daten wie das Datum

der Gesprächsführung und Name der Pflegeperson, welche das Gespräch geführt hat. Darüber hinaus wird im Abschnitt A auch erwähnt, ob und gegebenenfalls welche Personen (zum Beispiel Angehörige) zusätzlich beim Gespräch anwesend waren (Ahmann et al., 2016, S. 31).

4.2.2 Kernelement B Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person

Das Feld B zielt vor allem auf die Eigeneinschätzung der betroffenen Person ab. Das bedeutet, dass die SIS sehr personenzentriert ist und nicht nur Wünsche, sondern auch Bedürfnisse berücksichtigt. Im Gegensatz zum 6-stufigen Pflegeprozess wird hier auch die individuelle Sichtweise berücksichtigt. Aufgabe der Pflegeperson ist es aktiv zuzuhören und die Aussagen der oder des zu Pflegenden wörtlich, idealerweise sogar in der „Ich-Form“ niederzuschreiben (Ahmann et al., 2016, S. 31). Folgende Leitfragen werden im Feld B verwendet (Hecker et al., 2017, S. 17):

- „Was bewegt Sie im Augenblick?
- Was brauchen Sie?
- Was können wir für Sie tun?“

Mit den Fragen wird darauf abgezielt zu erfahren, welche Leistungen der mobile Dienst für den Kunden oder die Kundin erbringen kann und soll. Auch die Erwartungen der pflegebedürftigen Person können so herausgefunden werden. Essentiell ist es für die Pflegeperson alle Aussagen ungefiltert, also als Zitat zu notieren und den Erzählfluss so wenig als möglich zu unterbrechen. Somit kann ein professioneller Einblick in die Lebenssituation, vor allem hinsichtlich Pflege- und Betreuungsbedarf, gewährt werden. Falls die betreffende Person keine oder unzureichende Angaben machen kann, sind Angehörige oder sonstige Bezugspersonen wichtige Ressourcen und sollten in jedem Fall hinzugezogen werden. Trotzdem ist aber auch auf nonverbale Botschaften der Kundin oder des Kunden zu achten. Das Feld B kann bei Bedarf und vor allem im Rahmen der Evaluation jederzeit neu erhoben werden.

Damit der betroffene Mensch auch genaue Angaben machen kann und in seinem Erzählfluss angeregt wird, ist es wichtig zuvor eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Eine gute Basis dafür ist nicht nur Wertschätzung sondern auch Respekt. Auch wenn durch die SIS Leitfragen vorgegeben werden, müssen diese nicht zwangsweise auch in dieser Formulierung gestellt werden. Ein Umformulieren kann der Person helfen die Fragen leichter zu verstehen und konkrete Antworten zu geben (Ahmann et al., 2016, S. 33f.).

Dass die Beschreibung der Situation aus der Sicht des pflegebedürftigen Menschen nicht immer leicht ist, ergaben Befragungen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ambulanter Dienste im Rahmen eines Praxisprojekts. Dabei gelang es nicht immer die Perspektive des zu Pflegenden einzunehmen. Dennoch äußerte aber die Mehrheit keine Probleme mit Feld B zu haben (Beikirch, Breloer-Simon, Rink & Roes, 2014, S. 41).

4.2.3 Kernelement C1 6 Themenfelder zur strukturierten Erfassung des Pflege- und Hilfsbedarfs

Im Kernelement C1 erfolgt die pflegfachliche Einschätzung. Diese wird anhand folgender sechs Themenfeldern vorgenommen (Hecker et al., 2017, S. 52):

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
2. Mobilität und Bewegung
3. Krankheitsbezogenen Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen
6. Haushaltsführung

In jedem Themenfeld wird erhoben was der oder die zu Pflegende selbst kann, also welche Fähigkeiten (F) vorhanden sind. Ebenso werden Einschränkungen (E) festgehalten (Hecker et al., 2017, S. 52). Der vorgegebene Raum im SIS Bogen wurde bewusst begrenzt, um die Informationen auf das wesentliche zu beschränken. Das Kürzen von Sätzen in Stichworte begrenzt die Dokumentation zusätzlich (Hecker et al., 2017, S. 57).

Beim Themenfeld kognitive und kommunikative Fähigkeiten werden persönliche, zeitliche und örtliche Orientierung erfragt. Es wird beurteilt inwieweit die pflegebedürftige Person Gefahren und Risiken erkennen und Entscheidungen treffen kann. Beobachtet wird außerdem, ob eine Gesprächsbeteiligung möglich ist oder ob diverse Verhaltensauffälligkeiten erkennbar sind.

Im Rahmen der Mobilität und Beweglichkeit wird erhoben, ob sich der Kunde oder die Kundin im Wohnbereich, gegebenenfalls auch außerhalb, frei beziehungsweise selbstständig bewegen kann. Dabei wird auf diverse Aspekte wie zum Beispiel Lagewechsel, Sitzpositionen, Transfer oder Treppensteigen Acht gegeben. Eine Beurteilung der Fortbewegung erfolgt ebenfalls.

Liegen gesundheitliche Belastungen oder Einschränkungen vor, welche eine pflegerische Unterstützung notwendig machen, so werden diese im Themenfeld krankheitsbezogene

Anforderungen und Belastungen dokumentiert. Auch diverse Therapiemaßnahmen oder notwendige Arztbesuche werden vermerkt, ebenso wie erhobene Vitalwerte (Puls, Blutdruck oder ähnliches).

Im Themenfeld Selbstversorgung wird erhoben welche Fähigkeiten und Einschränkungen die pflegebedürftige Person in den Bereichen Körperpflege, Kleiden, Ernährung und Ausscheidung hat. Jeder dieser Bereiche kann je nach Ermessen der Pflegefachkraft tiefergehend erhoben werden. Beispielsweise könnte zum Thema Ausscheiden näher auf notwendige Inkontinenzprodukte eingegangen werden. Auch bei der Körperpflege muss genauer erfragt werden, welche Tätigkeiten (zum Beispiel Zähne putzen, Haare waschen etc.) selbst gemacht werden können und welche nicht. Hier ist die Expertise der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson gefragt.

Beim Leben in sozialen Beziehung wird erfragt, inwieweit der Alltag und der Tagesablauf selbst gestaltet werden können und auch wie dieser gestaltet wird. Dabei erfolgt eine Betrachtung über längere Zeitabschnitte. Vor allem die Interaktion mit anderen Personen spielt in diesem Themenfeld eine essentielle Rolle. Aber auch der Bereich Ruhen und Schlafen gehört diesem Thema an.

Das sechste Themenfeld beschäftigt sich mit der Haushaltsführung. Hier wurde die SIS speziell an den ambulanten Bereich angepasst, da dieses Themenfeld im stationären Bereich anders benannt wurde. In diesem Feld werden Daten hinsichtlich Versorgung des Wohnumfeldes erfasst. Dabei spielt das Wohlbefinden in den eigenen Räumlichkeiten eine wesentliche Rolle. Es wird erfragt, welche hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und Dienstleistungen, wie zum Beispiel Einkaufen, selbst erledigt beziehungsweise welche durch den Pflegedienst übernommen werden müssen (Ahmann et al., 2016, S. 36ff.).

4.2.4 Kernelement C2 Risikomatrix

Pflegerische Risiken und Phänomene werden im Rahmen der SIS anhand einer Matrix erfasst. Dabei müssen die angekreuzten Risiken auch im Themenfeld C1 bereits erwähnt werden. Die in der Matrix angeführten Risiken und Phänomene umfassen Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz und Ernährung (Ahmann et al., 2016, S. 41). Außerdem wird noch ein Freiraum für sonstiges eingeräumt. Welche Risiken hier noch erhoben werden, hängt im Wesentlichen von den in der jeweiligen Organisation gültigen Standards ab. Sonstige könnten beispielsweise die Risiken Kontraktur, Thrombose, Intertrigo, Pneumonie, Obstipation, Soor und Parotitis sein (Hecker et al., 2017, S. 68f.).

Von der Pflegeperson wird eine fachliche Einschätzung verlangt, um die Matrix auszufüllen. Das bedeutet, dass durch Beobachtung und das Sammeln von Informationen ein Eindruck entsteht, welcher durch ankreuzen festgehalten wird. Ob ein Risiko besteht oder nicht beziehungsweise, ob eine weitere Einschätzung erforderlich ist, liegt im Ermessen der Pflegefachkraft. Um die in Abbildung 5 angeführte Matrix richtig anzuwenden, muss im ersten Schritt die Entscheidung getroffen werden, ob das entsprechende Risiko vorliegt. Dabei werden alle genannten Risiken durch die verschiedenen Themenfelder betrachtet. „Ja“ wird markiert, wenn das Risiko in diesem Themenbereich vorliegt, „nein“, wenn es nicht vorliegt. Besteht Unklarheit darüber, kann das Feld leer belassen werden und eine weitere Einschätzung ist ratsam. Dies wird wiederum durch die Pflegeperson entschieden. Wird ein Risiko aber offensichtlich identifiziert, muss keine tiefergehende Einschätzung mehr erfolgen. Abschließend wird noch entschieden, ob eine Beratung erforderlich ist. Mit dem Feld Beratung wurde das Strukturmodell speziell an ambulante Dienste angepasst (Hecker et al., 2017, S. 19ff.).

Abbildung 5: Risikomatrix der ambulanten SIS

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene	Dekubitus												Sturz				Inkontinenz				Schmerz				Ernährung				Sonstiges			
	ja		nein		weitere Einschätzung notwendig		Beratung	ja		nein		weitere Einschätzung notwendig		Beratung	ja		nein		weitere Einschätzung notwendig		Beratung	ja		nein		weitere Einschätzung notwendig		Beratung				
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten																																
2. Mobilität und Beweglichkeit																																
3. krankheitsbez. Anforderungen u. Belastungen																																
4. Selbstversorgung																																
5. Leben in sozialen Beziehungen																																

(Quelle: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/SIS-ambulant_A4_V2.0_2017.pdf, 20.09.2017)

Da die Risikoeinschätzung ein hohes Maß an Kompetenz seitens der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson erfordert, kann Verunsicherung entstehen, ein Risiko mit „nein“ zu beantworten und letztendlich zu übersehen. Essentiell ist es, dass die Einschätzung immer über einen momentanen Zustand Auskunft gibt und keinesfalls als allgemein gültig betrachtet werden kann. Daher wird diese Matrix in festgelegten Zeiträumen oder bei einer möglichen Veränderung des Gesundheitszustandes erneut erhoben. Ebenfalls verneint wird ein Risiko, wenn dieses kompensiert wird. Dies können zum Beispiel selbstständig eingenommene Schmerzmittel sein, wodurch das Risiko Schmerz ausgeglichen wird, oder aber auch, wenn vom Kunden oder der Kundin selbstständig Maßnahmen zur Druckentlastung ergriffen werden, um einen Dekubitus zu verhindern (Hecker et al., 2017, S. 77f.).

Bevor nun im nächsten Schritt die Planung der Maßnahmen erfolgt, müssen sich Pflegeperson und Kunde/ Kundin in einem sogenannten Verständigungsprozess absprechen, zu welchen Ergebnissen die SIS geführt hat und welche Maßnahmen tatsächlich von der zu betreuenden Person erwünscht sind. Das Resultat besteht letztendlich in einer übereinstimmenden Vereinbarung (Hecker et al., 2017, S. 77f.).

4.3 Maßnahmen

Im Anschluss an die strukturierte Informationssammlung erfolgt die Maßnahmenplanung zur pflegerischen Versorgung. Hier werden nicht wie beim 6-stufigen Pflegeprozess erneut Probleme, Ressourcen und Ziele festgehalten, da diese im Rahmen der SIS bereits dokumentiert wurden. Bei der Planung der Maßnahmen im Sinne des Strukturmodells werden die Erkenntnisse und Vereinbarungen aus dem Verständigungsprozess herangezogen. Ebenso werden Informationen aus der Risikomatrix berücksichtigt. In der ambulanten Versorgung muss außerdem auf die häuslichen Gegebenheiten Rücksicht genommen werden und Interventionen müssen den im Rahmen des Pflegevertrags vereinbarten Leistungen entsprechen (Ahmann et al., 2016, S. 48f.). Die Kritik, dass keine explizite Niederschrift von Problemen, Ressourcen und Zielen erfolgt, und dadurch ein Informationsverlust entstehe wird durch die Tatsache entkräftet, dass ein schlüssiger Maßnahmenplan ohnehin auf diesen Punkten aufbauen muss (Haas, 2015, S. 66). Da Ziele nun nicht separat niedergeschrieben werden ist es wichtig diese aber im Hinblick auf die Planung im Hinterkopf zu behalten. Dabei muss überlegt werden, ob eine Verbesserung, Erhaltung oder Linderung angestrebt wird (Hecker et al., 2017, S. 88f.).

Im ambulanten Bereich empfiehlt es sich in der Maßnahmenplanung nicht nur die Grundbotschaft, sondern auch eine detaillierte Beschreibung der pflegerischen Organisation im Zuge des Einsatzes beim Kunden/ bei der Kundin zu vermerken. Unter der Grundbotschaft wird eine kurze, prägnante Darstellung der individuellen pflegerischen Aspekte, wie beispielsweise Wünsche oder Vorlieben, verstanden. Darüber hinaus sind bei der Dokumentation der Maßnahmen nicht nur die individuellen Leistungen, sondern auch zeitliche Vereinbarungen enthalten. Auch hier wird das Strukturmodell speziell an mobile Dienste angepasst, da sich eine starke Ausrichtung auf die häusliche Versorgung wiederfindet. Welche konkreten, neben den bereits ausgeführten Inhalten die Maßnahmenplanung enthalten soll, wird durch die jeweilige Organisation je nach Bedarf festgelegt. In jedem Fall sollten aber nicht nur Datum, Name des Kunden/ der Kundin, Grad des Hilfebedarfs, Hilfsmiteleinsetz, Nummer des benannten Themenfelds (z.B. 2 für Mobilität, 2.1 für Fortbewegung etc.), sondern auch Evaluationsdatum und Handzeichen der

zuständigen Pflegefachkraft angeführt werden. Auch ein Verweis auf etwaige Standards oder Leitlinien kann hilfreich sein. Dabei ist sicher zu stellen, dass die gesamte Maßnahmenplanung handlungsleitend beschrieben wird (Ahmann et al., 2016, S. 51f.). Routinen, welche immer auf die gleiche Weise durchgeführt werden, müssen aber nicht im Detail ausgeführt werden. Ebenso ist es ausreichend wiederkehrende Handlungen ein Mal zu beschreiben (Hecker et al., 2017, S. 89f.). Wie die Maßnahmenplanung im Konkreten gestaltet wird, obliegt aber der verantwortlichen Pflegeperson. Eine zwingende Form gibt es nicht. Um die Interventionen aber möglichst kurz zu halten, empfiehlt es sich die durchzuführenden Schritte punktuell festzuhalten (Hecker et al., 2017, S. 98).

Im Setting der mobilen Pflege muss die erbrachte Versorgung nach wie vor durch sogenannte Leistungsnachweise dokumentiert werden. Die Ursache dafür liegt unter anderem in Abrechnungszwecken (Ahmann et al., 2016, S. 53f.). Dass Einzelleistungsnachweise für die diversen Maßnahmen im Rahmen der Behandlungspflege erhalten bleiben ist aus juristischer Sicht auch notwendig. Dennoch ist eine aussagekräftige Pflegedokumentation, welche möglichst kurz gehalten wird rechtlich gesehen ausreichend (Weiß, 2015, S. 49).

4.4 Berichteblatt

Im 6-stufigen Pflegeprozess werden Besonderheiten im sogenannten Pflegebericht vermerkt. Da dieser aber andere Berufsgruppen wie zum Beispiel Therapeuten von der Verwendung dessen ausschließt, wird beim Strukturmodell berufsübergreifend vom „Bericht“ gesprochen. Der Bericht gibt immer Auskunft über die den tagesaktuellen Zustand des Kunden/ der Kundin. Einen guten Überblick, wann ein Eintrag im Bericht erforderlich ist, gibt das ABCDE-Muster. Ursache für einen Eintrag kann A ein Anlass oder eine Abweichung sein. Wird aus diversen Gründen von der Maßnahmenplanung abgewichen, so muss diese Handlungsweise begründet werden. Die Buchstaben B und C des Musters stehen für Beobachtung und Check. Diese Einträge sind vor allem in der Zeitspanne der Ersteinschätzung, aber auch bei Veränderungen sehr hilfreich. Es wird beispielsweise beobachtet und kontrolliert, was die zu pflegende Person kann oder nicht. Die Abkürzung D steht für die Durchführung einer Handlung außerhalb der Maßnahmenplanung. Beispielsweise wurde eine Wechsellagermatratze eingelegt oder eine neue Maßnahme ausprobiert oder verändert. Schlussendlich wird das Ergebnis beschrieben. Darunter wird zum Beispiel die Reaktion des Kunden/ der Kundin in Bezug auf einen Umstand/ eine Maßnahme verstanden. Bei der Dokumentation im Berichteblatt ist es wichtig die Einträge nachvollziehbar zu gestalten. Dies bedeutet nicht nur die Begründung warum entsprechend gehandelt wurde, sondern auch wie

und zu welchem Ergebnis dies geführt hat (Hecker et al., 2017, S. 102ff.). In jedem Fall dürfen nur Fakten und keine Interpretationen dokumentiert werden (Hecker et al., 2017, S. 107).

Aus rechtlicher Perspektive ist es ausreichend nur dann Eintragungen im Berichteblatt vorzunehmen, wenn von der geplanten Routineversorgung abgewichen wird beziehungsweise, wenn außergewöhnliche Ereignisse auftreten (Weiß, 2015, S. 49).

4.5 Evaluation

Je nach Gesundheitszustand und Pflegebedarf des Kunden/ der Kundin wird bereits bei der Maßnahmenplanung ein zeitliches Intervall festgelegt, in welchem die Evaluation stattfinden soll. Dabei werden die Informationen aus der SIS (Themenfelder, inklusive Risiken), die Maßnahmenplanung und der Bericht kontrolliert und auf ihre Aktualität geprüft. Unter Umständen kann eine anlassbezogene Evaluation notwendig werden. Beispielsweise in akuten Situationen, die die dringende Begutachtung, Beratung oder Expertise einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson erfordern. Im Rahmen des Strukturmodells wird bewusst auf die unreflektierte Verwendung von Assessments, Skalen und Protokollen verzichtet, welche im 6-stufigen Pflegeprozess bei der Evaluation ergänzt oder adaptiert werden. Stattdessen entscheidet die zuständige Pflegefachkraft welche Zusatzdokumente aufgrund der Pflegesituation notwendig sind (Ahmann et al., 2016, S. 55f.). Je nach Veränderung der Betreuungssituation kann es ausreichend sein den Maßnahmenplan zu verändern. Gegebenenfalls kann es aber auch notwendig sein die SIS durch die Pflegefachkraft neu einzuschätzen (Ahmann et al., 2016, S. 29f.).

Kapitel 5 – Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

Die übergeordnete Forschungsfrage die es zu beantworten gilt lautet „Durch welche Maßnahmen kann eine Optimierung des Pflegeprozesses in der mobilen Pflege erreicht werden?“. Um dies zu beantworten muss differenzierter sowohl auf den 6-stufigen Pflegeprozess als auch auf das Strukturmodell für die Pflegedokumentation eingegangen werden. In diesem Sinne soll zuerst folgende Forschungsfrage beantwortet werden:

Welche Vor- und Nachteile hat der 6-stufige Pflegeprozess?

Der 6-stufige Pflegeprozess folgt in erster Linie exakt den Schritten des kybernetischen Regelkreises. Dies bedeutet, dass er auch relativ detailliert beschrieben wird und beim Vorgehen im Setting der mobilen Pflege sämtliche zu beachtende Schritte vorgibt. Im Rahmen des Assessments werden nicht nur die 12 Lebensaktivitäten erhoben, sondern auch spezielle Assessmentinstrumente verwendet, die sämtliche relevante Daten, je nach Vorgabe der Organisation, sehr detailliert erfassen. Die Anamnese ist, genauso wie die anderen Schritte nie als abgeschlossen zu betrachten, da im Laufe der Pflege immer wieder Daten hinzukommen. Damit kann sehr individuell auf den Kunden/ die Kundin eingegangen werden (Resetarics, 2008, S. 137ff.). Das strukturierte und detaillierte Vorgehen beim 6-stufigen Pflegeprozess ist auch bei der Erstellung von Pflegediagnosen ersichtlich. Nicht nur ein vorgegebenes Schema welche Informationen in einer Pflegediagnose erhalten sein müssen (Problem, Ursache, Symptom, Ressource), sondern auch eine eigene Taxonomie, jene nach NANDA, wird beim pflegerischen diagnostizieren verwendet (Hammer et al., 2012, S. 182). Für das pflegerische Handeln und das Erzielen von Ergebnissen, beispielsweise die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Kunden/ der Kundin, ist es sinnvoll Ziele zu notieren und darauf gerichtet zu arbeiten. Der 6- stufige Pflegeprozess verlangt eben diesen Schritt (Leoni-Scheiber, 2004, S. 108f.). Durch die umfangreiche Datenerhebung und Dokumentation der einzelnen Schritte wird auch das Evaluieren und Anpassen der Pflegeplanung erheblich einfacher, was wiederum Sicherheit bietet und das Arbeiten für weniger erfahrende diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen erleichtert.

Aber eben dieses strukturierte Vorgehen schränkt die Pflegefachkraft auch in ihrem Handeln ein. Beispielsweise erinnert das Vorgehen bei der Anamnese mehr an ein strukturiertes Interview, denn an ein persönliches und individuelles Gespräch. Es muss eine Fülle an Daten erhoben werden, bei der es leicht passieren kann, dass Wesentliches übersehen wird. Auch Ahmann et al. (2016, S. 11ff.) kritisieren den ausufernden Dokumentationsaufwand der durch den 6-stufigen Pflegeprozess aufgrund der detaillierten Erhebungen und

Niederschriften entsteht. Von sogar bis zu 70 Seiten Dokumentation für eine zu pflegende Person spricht Haas (2015, S. 66). Die Kompetenz und Eigeninitiative der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson bleibt bei diesem Modell auf der Strecke. Vielmehr geht es um die Abarbeitung vorgegebener Skalen und Muster. Bei der Evaluation kann es aufgrund der Ergebnisse dazu kommen, dass der Pflegeplan angepasst, oder sogar neu geschrieben werden muss, was natürlich wieder mit einem hohen Arbeitsaufwand einhergeht (Leoni-Scheiber, 2004, S. 142). Weiters ist anzumerken, dass der 6-stufige Pflegeprozess keine genauen Angaben dazu macht, mit welchen pflegerischen Risiken in der individuellen Situation zu rechnen ist. Informationen diesbezüglich können nur etwaigen Skalen entnommen werden. Welche dabei zu verwenden sind, muss durch die Organisation entschieden werden. Auch wenn die Pflegeplanung sehr individuell angepasst werden kann, so gibt es im Rahmen des 6-stufigen Pflegeprozesses kein Modell, welches speziell für das Setting der mobilen Pflege entwickelt wurde.

Welche Vor- und Nachteile hat das Strukturmodell für die Pflegedokumentation?

Auch beim Strukturmodell handelt es sich um einen immer wieder kehrenden Prozess. Dabei steht stets die Individualität der zu pflegenden Person im Vordergrund. Der Pflegeprozess wird im Rahmen des Strukturmodells auf vier Schritte reduziert, welche aber alle wesentlichen Phasen, wenn auch auf das Notwendigste beschränkt, zusammenfasst. Einschränkungen der Qualität sind nicht zu befürchten. Dadurch entsteht eine Reduktion des notwendigen Dokumentationsaufwandes, was wiederum zu einer erheblichen Zeitersparnis führt. Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass die Fachlichkeit und Kompetenz der Pflegefachkraft wieder essentiell wird (Ahmann et al., 2016, S. 20f.). Dies zeigt sich insbesondere bereits bei der eingehenden strukturierten Informationssammlung, bei der es nicht nur auf die subjektive Erzählweise der pflegebedürftigen Person, sondern auch auf das Zusammenführen dieser Sichtweise mit den fachlichen Anforderungen ankommt. Dies bildet die Grundlage aller weiteren zu treffenden Maßnahmen, welche völlig frei durch die Pflegefachkraft formuliert werden können. Dabei kann ein hohes Maß an Individualität für den Kunden/ die Kundin gewährleistet werden, da erstmals konkret danach gefragt wird, was ihn/ sie gerade beschäftigt oder was er/sie benötigt, ohne bereits im Vorfeld auf konkrete Probleme abzielen (Ahmann et al., 2016, S. 30f.). Probleme im herkömmlichen Sinn gibt es beim Strukturmodell nicht, was zu einer anderen Perspektive auf die zu pflegende Person und die Pflegesituation führt (Hecker et al., 2017, S. 21). Einschränkungen und Fähigkeiten werden in nur sechs Themenfeldern, die sämtliche Bereiche des täglichen Lebens abdecken, erhoben. Daneben bietet die Risikomatrix, welche speziell an ambulante Dienste angepasst wurde, einen kompakten Überblick über die häufigsten pflegerischen Phänomene, die in

einem Schnellverfahren beurteilt und falls nötig weiter bearbeitet werden können (Ahmann et al., 2016, S. 34ff.). Die individuelle Maßnahmenplanung wird kompakt und übersichtlich gestaltet, da jede Tätigkeit Schritt für Schritt beschrieben werden kann. Das Berichtblatt kann nicht nur durch die pflegerischen Beruf mit Informationen gefüllt werden, sondern auch Perspektiven anderer Berufsgruppen, wie zum Beispiel Therapeuten werden festgehalten und können somit zu einer ganzheitlichen Pflege führen. Aufgrund der reduzierten Dokumentenlast wird auch die Evaluation effizienter gestaltet (Ahmann et al., 2016, S. 48ff.). Besonders hervorzuheben ist, dass die strukturierte Informationssammlung speziell an die ambulante Pflege angepasst wurde. Beispielsweise bezieht sich Themenfeld 6 auf das Thema „Häuslichkeit“, welches in dieser Benennung im stationären SIS Bogen nicht zu finden ist (Ahmann et al., 2016, S. 39).

Durchaus kritisch ist das Strukturmodell insofern zu betrachten, dass die Pflegeperson viel Übung und Erfahrung in der Anwendung braucht. Die sechs Themenfelder beispielsweise geben außer den Überschriften im SIS- Bogen keine Vorgaben auf welche Aspekte zu achten ist an (wie es etwa bei einem Anamnesebogen der Fall ist). Ebenso muss die Pflegefachkraft kompetent genug sein um beurteilen zu können, wann ein Risiko vorliegt und wann nicht, da die SIS dazu keine Angaben macht. Auch der Schulungsaufwand auf das Strukturmodell ist nicht zu unterschätzen, da beispielsweise die Risikomatrix erst bei genauerem Hinsehen verständlich wird. Darüber hinaus ist laut Haas (2015, S. 66) ein wesentlicher Kritikpunkt am Strukturmodell für die Pflegedokumentation, dass wichtige Informationen, wie etwa Angaben zum sozialen Umfeld, den Angehörigen oder der Biografie nicht berücksichtigt werden. Dass diese Daten nach wie vor erhoben werden müssen steht außer Frage. Dies muss aber zusätzlich zur strukturierten Informationssammlung geschehen. Das Vorgehen dabei kann durch die jeweilige Organisation selbst bestimmt werden.

Durch welche Maßnahmen kann eine Optimierung des Pflegeprozesses in der mobilen Pflege erreicht werden?

Eine der größten Herausforderungen in der Implementierung des bisher gelebten Pflegeprozesses ist nach Zamanzadeh, Valizadeh, Tabrizi, Behshid & Lotfi (2015) zum einen das Verstehen des Prozesses an sich. Wird der Prozess von den Pflegepersonen nicht verinnerlicht, so kann er auch nicht optimal angewandt werden. Darüber hinaus ist auch die Haltung der Pflegekräfte gegenüber dem Pflegeprozess ausschlaggebend. Schwierigkeiten beim Dokumentieren führten ebenfalls zu einer problematischen Implementierung des Prozesses (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525336/>, 7.11.2017).

Laut Weiß (2015, S. 49) konnte anhand von Praxistests festgestellt werden, dass es aus rechtlicher Sicht trotz Beachtung fachlicher Standards durchaus möglich ist den Pflegeprozess erheblich zu kürzen, ohne dabei die Kommunikation zwischen den pflegenden Personen zu gefährden beziehungsweise in weiterer Folge das Wohlergehen und die Sicherheit der Kunden/ Kundinnen. Das Strukturmodell für die Pflegedokumentation führt durchaus zu einer erheblichen Zeitersparnis. In eben diesen Praxistests wurde subjektiv festgestellt, dass im Rahmen der Datensammlung etwa 35% und bei der ambulanten Pflege etwa 40% Zeitersparnis das Ergebnis waren. Ein Projekt, welches die deutliche Überlegenheit des Strukturmodells belegt, wurde von Beikirch et al. (2014, S. 39ff.) durchgeführt. Dabei wurden Pflegepersonen zur praktischen Anwendung des Strukturmodells und zu der Praxistauglichkeit der SIS und deren Verständnis befragt. Dabei stellte sich heraus, dass die deutliche Mehrheit der befragten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im ambulanten Dienst die SIS mit ihren Elementen als nachvollziehbar bewertete und es dieser aus ihrer Sicht auch gelingt sämtliche relevante Daten über den zu Pflegenden zu erfassen. Das Strukturmodell erfordert die Entwicklung einer organisationseigenen Struktur zur Maßnahmenplanung. Die Schwierigkeit darin wurde von den Pflegekräften im ambulanten Dienst jedoch nur als mittel bis vorwiegend gering eingeschätzt. Die abschließende Einschätzung des Praxisprojekts ergab, dass die SIS und damit auch die Pflegedokumentation einfacher handzuhaben sind und die Arbeit dadurch wesentlich erleichtert wird. Fast alle Befragten in der ambulanten Pflege standen der Fortführung der SIS nach Projektende positiv gegenüber. Die zentralen Gründe dafür waren neben der Zufriedenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, einfachere Maßnahmenpläne, der angeregte Kommunikationsfluss im Team über Pflegeplanungen und die Betonung der persönlichen Kompetenz.

Neben den zu erbringenden Schritten des Pflegeprozesses steht noch in Frage welche Form am geeignetsten scheint, um den Pflegeprozess festzuhalten. Urquhart et al. kommen in ihrem 2009 veröffentlichtem Review zu dem Ergebnis, dass es nicht relevant ist, ob die Dokumentation am Computer oder handschriftlich angefertigt wird beziehungsweise beim Patienten/ der Patientin oder in der Institution aufbewahrt wird. Wichtig ist, dass es ein optimales Aufzeichnungssystem zum Ziel hat spezifische Probleme zu lösen und dass es noch viel mehr Forschung unter Einbeziehung der Pflegepersonen bedarf, um effektive und passende Aufzeichnungssysteme zu entwickeln (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002099.pub2/epdf/abstract>, 29.9.2017).

Somit kann eine Optimierung des Pflegeprozesses in der mobilen Pflege auf Basis der oben angeführten Abwägungen und Ergebnisse wohl am ehesten durch die Maßnahmen

beziehungsweise Schritte des Strukturmodells für die Pflegedokumentation geschehen, unter anderem auch, da dieses speziell an die mobile Pflege angepasst wurde. Im Vordergrund steht aber maximale Individualität gekoppelt mit Zeitersparnis für Pflegefachkräfte, ebenso wie die einfache Anwendbarkeit durch Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen, welche essentiell für ein funktionierendes Dokumentationssystem ist.

Kapitel 6 – Zusammenfassung und Ausblick

Unter dem Begriff Pflegeprozess wird eine bestimmte Abfolge von Schritten, welche beim Vorgehen in der Pflege beachtet werden müssen zusammengefasst. Das Setting der mobilen Pflege stellt dabei ein besonderes Umfeld dar, das nach einem hohen Maß an Individualität und Flexibilität verlangt. Die Ausgestaltung des Pflegeprozesses kann anhand verschiedener Modelle erfolgen. Er stellt den Rahmen dar, in dem die Pflegeperson fachlich und kompetent handeln kann. Dass sich die einzelnen Phasen gegenseitig beeinflussen und gegebenenfalls in beliebiger Reihenfolge erneut durchgeführt werden, zeigt der kybernetische Regelkreis.

Der 6-stufige Pflegeprozess nach Fiechter und Meier ist das aktuell am häufigsten verwendete Modell. In einem ersten Schritt, dem sogenannten Assessment, werden alle relevanten Daten im Bezug auf den Kunden/ die Kundin erhoben. Dabei wird auf die Relevanz von Assessmentinstrumenten eingegangen, sowie im Zuge dessen die Bedeutung von Lebensaktivitäten. Es wird beschrieben, wie bei der Informationssammlung optimal vorgegangen werden kann, insbesondere im Setting der mobilen Pflege. Das im nächsten Schritt durchgeführte pflegerische Diagnostizieren beschäftigt sich mit der Feststellung von aktuellen oder potentiellen Gesundheitsproblemen des Kunden/ der Kundin. Gut geplante Pflegediagnosen sind die Basis für einen erfolgreichen weiteren Pflegeprozess. Es wird speziell auf die Bedeutung von Ressourcen für den pflegerischen Erfolg eingegangen. Im Zuge dessen wird auch das PESR-Format für die Erstellung von Pflegediagnosen vorgestellt. Exemplarisch werden auch die häufigsten Pflegediagnosen im häuslichen Umfeld vorgestellt. Im dritten Schritt wird auf die Festlegung von pflegerischen Zielen eingegangen. Damit soll dokumentiert werden, was durch die Pflege erreicht werden soll. Unterschieden wird zwischen Nah- und Fernzielen, deren Unterscheidung näher erläutert wird. Ebenso gilt es bei der Formulierung von optimalen Zielen gewisse Regeln zu beachten. Nachdem nun festgelegt wurde, wohin der Weg gehen soll, müssen anschließend Interventionen geplant werden. Dabei wird das praktische Wissen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson in den Prozess eingebracht. Es existieren bestimmte Vorgaben, welchen Inhalt pflegerische Maßnahmen haben sollen. Das Ergebnis der bisherigen Phasen wird im sogenannten Pflegeplan festgehalten, der anhand eines Beispiels näher erläutert wird. Wurden nun alle Daten festgehalten, so erfolgt im nächsten Schritt die Implementierung des bisher Geplanten. Dabei ist es relevant, welche Berufsgruppe die Kompetenz besitzt die jeweilige Tätigkeit durchzuführen. Im Rahmen dessen gilt auch die Durchführungsverantwortung. Beim Durchführen von pflegerischen Maßnahmen spielt der

Pflegeplan, nach welchem gearbeitet werden sollte, eine wesentliche Rolle. Beschrieben wird auch, was bei Abweichungen vom geplanten Vorgehen geschehen muss. Alle durchgeführten Tätigkeiten werden im Rahmen der Dokumentation festgehalten. Im letzten Schritt erfolgt die Evaluation, bei welcher nicht nur die Erreichung von Zielen, sondern im Gesamten die Wirksamkeit der Pflege bewertet wird. Weiters wird auf die zeitliche Notwendigkeit einer Evaluation, sowie notwendige Konsequenzen eingegangen.

Ein weiteres Modell den Pflegeprozess zu gestalten ist das Strukturmodell für die Pflegedokumentation, welches durch die Kürzung auf das Wesentliche eine erhebliche Zeitersparnis verspricht. Es besteht aus 4 Phasen. Die erste Phase dabei ist die strukturierte Informationssammlung. Diese setzt sich aus vier Kernelementen zusammen, welche alphabetisch gekennzeichnet sind. Im Bereich A werden Stammdaten erhoben und im Bereich B werden Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person gestellt. Wie dabei vorzugehen ist, wird genauer beschrieben. Im Anschluss folgt Element C1, in dem die sechs Themenfelder, welche dieses beinhaltet, näher vorgestellt werden. Es wird beschrieben, auf welche Aspekte die pflegfachliche Einschätzung abzielen soll. Im Kernelement C2 wird die Risikomatrix für häufige pflegerische Risiken und Phänomene erklärt. Deren Anwendung beruht auf pflegerischer Kompetenz, wobei immer individuell abgewogen werden muss, ob ein Risiko als vorhanden betrachtet werden kann. Die strukturierte Informationssammlung resultiert in einem Verständigungsprozess, bei dem zwischen Pflegeperson und Kunden/ Kundin vereinbart wird, welche Leistungen gewünscht und notwendig sind. Darauf aufbauend werden im nächsten Schritt Maßnahmen festgelegt. Es wird beschrieben, aus welchen Elementen eine Maßnahmen neben der Grundbotschaft zu bestehen hat. Die Kritik, dass es im Strukturmodell keine Probleme und Ressourcen mehr im herkömmlichen Sinne gibt, kann aus rechtlicher Perspektive ausgeräumt werden. Darüber hinaus besteht aber nach wie vor die Notwendigkeit von Leistungsnachweisen. Nachdem nun Maßnahmen formuliert wurden, können Abweichungen von diesen im Rahmen des Berichtblatts festgehalten werden, welches teilweise Unterschiede zum Pflegebericht im 6-stufigen Pflegeprozess aufweist. Mittels des ABCDE- Musters und aus rechtlicher Perspektive wird dargestellt, wann Eintragungen notwendig sind. Im Abschluss erfolgt die Evaluation, bei der die vorhergehenden Schritte und die Pflege beurteilt werden. Neben den möglichen Konsequenzen, kann es erforderlich werden gegebenenfalls etwaige Schritte anzupassen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass aufgrund der Abwägung von Vor- und Nachteilen, sowie der Überlegungen zur Optimierung des Pflegeprozesses die Maßnahmen bzw. Schritte des Strukturmodells für die Pflegedokumentation für das Setting der mobilen Pflege besser anzuwenden sind. Da es sich allerdings um ein relatives junges Modell handelt, ist die Anzahl an Studien und Praxisprojekten relativ gering und auf nationaler Ebene kaum

existent. In diesem Sinne braucht es noch vermehrt Forschung, um nicht nur den theoretischen Gebrauch, sondern auch die Praxistauglichkeit weiter zu untermauern.

Literaturverzeichnis

Ahmann, M., Ahmann, H. & Pelzer, A. (2016). *Praxisratgeber: das Strukturmodell für die Pflegedokumentation. Weniger Bürokratie. Mehr Zeit für die direkte Pflege gewinnen.* Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Beikirch, E., Breloer-Simon, G., Rink, F. & Roes, M. (2014). *Projekt Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Abschlussbericht.* Berlin/ Witten: Bundesministerium für Gesundheit.

Gordon, M., Butler-Schmidt, B. (1997). High frequency – high treatment priority nursing diagnoses in home health care nursing. In Rantz, M. J., LeMone, P. (Hrsg.) (1999). *Classification of Nursing Diagnoses. Proceedings of the Twelfth Conference. North American Nursing Diagnosis Association.* Glendale: Cinahl Information Systems.

Haas, U. (2015, März). Implementierung des Strukturmodells. Im Praxistest. *Heilberufe/ Das Pflegemagazin*, 67 (3), 66.

Hammer, A., Kobbert, E. & Maurer, B. (2012). Pflegeprozess und Pflegequalität. In Lauber, A. (Hrsg.) (2012). *Grundlagen beruflicher Pflege. 3. Überarbeitete Auflage.* Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Hecker, T., Krebs, E., Molderings, S. & Rasek, J. (2017). *Praxisratgeber: die strukturierte Informationssammlung (SIS). Richtig fragen- kompetent dokumentieren.* Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Leoni-Scheiber, C. (2004). *Der angewandte Pflegeprozess.* Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Patiraki, E., Katsaragakis, S., Dreliozzi, A. & Prezerakos, P. (2015). Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece. *International Journal of Nursing Knowledge. The Official Journal of NANDA International, Inc.* 28 (2), 88-93. doi: 10.1111/2047-3095.12120.

Rappold, E. & Aistleithner, R. (2017). *Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. 3. überarbeitete Auflage.* Wien: Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG.

Resetarics, P. (2008). *Grundlagen pflegerischen Handelns.* Wien: Wilhelm Maudrich Verlag.

Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (2012). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung. 12. Auflage.* Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Urquhart, C., Currell, R., Grant, M.J. & Hardiker, N.R. (2009). *Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcome.* Online: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002099.pub2/epdf/abstract> [Abruf am 29.09.2017].

Weiß, T. (2015, Mai). Sinnvoll und notwendig. Die vereinfachte Pflegedokumentation. *Heilberufe/ Das Pflegemagazin*, 67 (5), 48-49.

Wilkinson, J. (2012). Das Pflegeprozess- Lehrbuch. In Georg, J., Fischer, J. (Hrsg.) (2012). *Das Pflegeprozess- Lehrbuch.* Bern: Verlag Hans Huber.

Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Tabrizi, F.J., Behshid, M. & Lotfi, M. (2015). *Challenges associated with the implementation of the nursing process. A systematic review.* Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525336/> [Abruf am 07.11.2017].

Online Quellen

https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/SIS-ambulant_A4_V2.0_2017.pdf

[Abruf am 20.09.2017].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: kybernetischer Regelkreis.....	11
Abbildung 2: häufig verwendete Pflegediagnosen in der häuslichen Pflege.....	16
Abbildung 3: Beispiel Pflegeplan	18
Abbildung 4: die vier Elemente des Strukturmodells	23
Abbildung 5: Risikomatrix der ambulanten SIS	27

Anhang

SIS® – ambulant – Strukturierte Informationssammlung	Name der pflegebedürftigen Person	Geburtsdatum	Gespräch am/handzeitlichen Pflegefachkraft	pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer
Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?				
Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten				
Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit				
Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen				

Name der pflegebedürftigen Person: _____ Gespräch am/landestischen Pflegefachkraft: _____ pflegebedürftige Person/Angehöriger/Beirater

Geburtsdatum: _____

Themenfeld 4 – Selbstversorgung

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen

Themenfeld 6 – Haushalt/Ordnung

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Bestreung relevanten Risiken und Phänomene

	Dekubitus			Sturz			Inkontinenz			Schmerz			Ernährung			Sonstiges			
	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten																			
2. Mobilität und Beweglichkeit																			
3. krankheitsbez. Anforderungen u. Belastungen																			
4. Selbstversorgung																			
5. Leben in sozialen Beziehungen																			

(Quelle: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/SIS-ambulant_A4_V2.0_2017.pdf, 20.09.2017)