

Optimierung des Pflegeprozesses – Bewertung des Strukturmodells für die Pflegedokumentation im Setting der mobilen Pflege

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Barbara Riegler

1510759025

Begutachterin: MMag.^a Tanja Adamcik

St. Pölten, März 2018

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.

27. März 2018

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

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich im Rahmen der Optimierung des Pflegeprozesses im Setting der mobilen Pflege mit der Bewertung des Strukturmodells für die Pflegedokumentation. Dazu wird einerseits der 6-stufige Pflegeprozess vorgestellt, andererseits auf das Strukturmodell für die Pflegedokumentation mit seinen vier Elementen eingegangen. Grundlage der Bewertung ist eine empirische Untersuchung anhand von leitfadengestützten Interviews mit Experten und Expertinnen des 6-stufigen Pflegeprozesses. Neben der Themenanalyse nach Froschauer und Lueger werden die daraus resultierenden Forschungsergebnisse dargelegt. Essentielle Themenkategorien für die Bewertung des Strukturmodells sind die Praxistauglichkeit, die Strukturierte Informationssammlung, der Maßnahmenplan, das Berichteblatt, die Evaluation, die SIS-Map und der Verzicht auf Pflegediagnosen. Es zeigt sich, dass die Umsetzung des Strukturmodells für die Pflegedokumentation im Setting der mobilen Pflege vorstellbar und somit eine grundsätzliche Praxistauglichkeit gegeben ist. Aspekte, die einzelnen Elemente des Strukturmodells und dessen Besonderheiten und Änderungen gegenüber dem 6-stufigen Pflegeprozess betreffend, werden durch Experten und Expertinnen unterschiedlich bewertet. Dabei handelt es sich sowohl um positive Sichtweisen, als auch um ein kritisches Hinterfragen im Hinblick auf die praktische Anwendung und Umsetzbarkeit.

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

Abstract

The paper describes a rating of the structure model for the nursing documentation in the context of the optimization of the nursing process in the setting of mobile care. Therefore the 6-steps nursing process is described, as well as the structure model for the nursing documentation with its four elements. The rating is based on empirical research which contains interviews with experts of the 6-steps nursing process. Beside the analysis of topics from Froschauer and Lueger, research results are expounded. Essential thematic categories for the rating of the structure model are practical suitability, the structured information collection, the measure plan, the report paper, the evaluation, the SIS-Map and leaving out nursing diagnoses. It becomes evident that the structure model for the nursing documentation is realizable in the setting of mobile care and that a fundamental practical suitability is given. Aspects of the elements of the structure model and its characteristics and alterations compared to the 6-steps nursing process are rated differently by the experts. These are positive point of views as well as critical ones pointing out practical use.

Keywords: structure model, nursing documentation, nursing process, 6-steps nursing process, mobile care, structured information collection, analysis of topics

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	7
1.1 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	8
1.2 Forschungsfrage	8
2 Der 6-stufige Pflegeprozess	9
3 Das Strukturmodell für die Pflegedokumentation	12
3.1 Die Strukturierte Informationssammlung	12
3.1.1 Kernelement A.....	13
3.1.2 Kernelement B.....	13
3.1.3 Kernelement C1.....	14
3.1.4 Kernelement C2.....	15
3.2 Maßnahmenplan	16
3.3 Berichteblatt	17
3.4 Evaluation	17
3.5 SIS-Map	18
3.6 Aspekte der Umstellung auf das Strukturmodell.....	18
4 Empirische Untersuchung	20
4.1 Methodisches Vorgehen	20
4.1.1 Auswahl der Interviewpartner/innen	20
4.1.2 Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens.....	20
4.1.3 Vorbereitung und Durchführung der Interviews	22
4.1.4 Analysemethode	22

4.2 Forschungsergebnisse	23
4.2.1 Praxistauglichkeit des Strukturmodells.....	24
4.2.2 Strukturierte Informationssammlung	27
4.2.3 Maßnahmenplan.....	28
4.2.4 Berichteblatt.....	30
4.2.5 Evaluation.....	31
4.2.6 SIS-Map.....	32
4.2.7 Verzicht auf Pflegediagnosen	34
5 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen.....	36
6 Zusammenfassung und Ausblick.....	39
Literaturverzeichnis	41
Abbildungsverzeichnis	43
Tabellenverzeichnis	44
Anhang.....	45

1 Einleitung

Der Pflegeprozess ist ein Instrument um pflegerisches Handeln sichtbar zu machen und zu strukturieren. Dabei soll die Fachkompetenz der Pflegeperson hervorgehoben und der zu pflegende Mensch in den Mittelpunkt gestellt werden. Es werden dabei alle wesentlichen Schritte, die im Rahmen der Pflege durchgeführt werden, abgebildet (Leoni-Scheiber, 2004, S. 9f.).

Für die Beschreibung der konkret zu setzenden Schritte und deren Abfolge gibt es verschiedene Ansätze. Zum einen wird der 6-stufige Pflegeprozess derzeit in zahlreichen Organisationen verwendet. Zum anderen wurde aber auch, ausgehend von einer Entbürokratisierungs-Welle, das Strukturmodell für die Pflegedokumentation entwickelt, welches eine neue Herangehensweise an den Pflegeprozess verspricht.

In der mobilen Pflege handelt es sich um ein spezielles Setting mit zahlreichen Besonderheiten. Pflegerische Leistungen werden dabei im häuslichen Bereich der zu pflegenden Person erbracht. An der Pflege und Betreuung sind verschiedene Berufsgruppen, welche im Rahmen von Einsätzen den Kunden/die Kundin selbstständig pflegen und betreuen, beteiligt. Dies bringt auch zahlreiche organisatorische Anforderungen mit sich. Dementsprechend ist auch eine gut durchdachte Arbeitsorganisation notwendig. Vor allem die Pflegedokumentation spielt dabei eine wesentliche Rolle (Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2012, S. 37ff.). Diese muss insbesondere im Setting der mobilen Pflege vollständig und sorgfältig durchgeführt werden. Damit wird bei notwendigem Wechsel der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Rahmen der Einsätze gewährleistet, dass alle Pflegepersonen anhand der Dokumentation über den zu pflegenden Menschen Bescheid wissen, einheitlich handeln und eine fachgerechte Delegation für Assistenzberufe vorliegt (Schewior-Popp et al., 2012, S. 119). Nach erfolgtem Einsatz wird die dafür benötigte Zeit erfasst und monatlich abgerechnet. Somit spielt auch der Zeit- und Kostenfaktor im mobilen Setting eine wesentliche Rolle (Schewior-Popp et al., 2012, S. 42). Aufwendige Dokumentation die sehr viel Einsatzzeit in Anspruch nimmt, muss gegenüber dem Kunden/der Kundin gerechtfertigt werden können.

Unter anderem für diese speziellen Erfordernisse der mobilen Pflege wurde das Strukturmodell für die Pflegedokumentation entwickelt (Beikirch, Breloer-Simon, Rink & Roes, 2014, S. 8). Ob dieses Modell aber auch von Experten und Expertinnen des bisher angewandten 6-stufigen Pflegeprozesses als praxistauglich und eine Möglichkeit zur Optimierung des 6-stufigen Pflegeprozesses gesehen wird, wurde bisher noch nicht ausreichend beantwortet.

1.1 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

In dieser Bachelorarbeit soll, neben dem 6-stufigen Pflegeprozess, das Strukturmodell für die Pflegedokumentation in seinen Grundzügen vorgestellt werden. Ziel soll es sein, letzteres hinsichtlich seiner Praxistauglichkeit im Setting der mobilen Pflege durch Experten und Expertinnen des 6-stufigen Pflegeprozesses zu beurteilen und damit dessen Anwendung und Potential zur Optimierung in der Praxis zu bewerten.

1.2 Forschungsfrage

Ausgehend von der Zielsetzung und dem Aufbau der Arbeit ergibt sich folgende zu bearbeitende Forschungsfrage:

- Wie wird das Strukturmodell für die Pflegedokumentation von Experten und Expertinnen des 6-stufigen Pflegeprozesses im Setting der mobilen Pflege bewertet?

2 Der 6-stufige Pflegeprozess

Der von den beiden Schweizerinnen Fiechter und Meier in den 1980er Jahren entwickelte 6-stufige Pflegeprozess findet nach wie vor in zahlreichen Organisationen Anwendung (Schewior-Popp et al., 2012, S. 76). Folgende sechs Stufen umfasst diese Beschreibung des Pflegeprozesses:

Abbildung 1: Der 6-stufige Pflegeprozess



(Quelle: <https://www.ppm-online.org/implementierung-des-strukturmodells-so-unterscheiden-sich-die-pflegeprozesse/>, 1.2.2018)

Der erste Schritt besteht in der Informationssammlung, auch Assessment genannt. Dabei werden pflegerrelevante Daten der zu pflegenden Person systematisch erfasst (Wilkinson, 2012, S. 104). Die Erfassung der Informationen kann mittels verschiedenster Wege erfolgen. Neben dem persönlichen Gespräch, in dem essentielle Fakten erfragt werden können, dient auch die Beobachtung als wichtige Informationsquelle. Darüber hinaus können auch ärztliche Unterlagen eine Grundlage darstellen (Leoni-Scheiber, 2004, S. 29). In der Langzeitpflege, vor allem in der mobilen Pflege, erfolgt die erste Informationssammlung innerhalb von 14 Tagen, oder aber auch fünf Hausbesuchen. Die laufende Informationssammlung dagegen findet kontinuierlich statt und kann je nach Bedarf intensiviert werden. Die Nutzung von standardisierten Assessmentinstrumenten ist zu hinterfragen (Rappold & Aistleithner, 2017, S. 11f.).

Im nächsten Schritt werden die zuvor gesammelten Daten überprüft, Probleme und Ressourcen erkannt und zu Pflegediagnosen zusammengefasst. Dabei handelt es sich

ausschließlich um Probleme die durch pflegerisches Handeln beeinflusst werden können. Unterschieden wird zwischen aktuellen Problemen, welche zum momentanen Zeitpunkt vorliegen und somit beobachtbar bzw. messbar sind, und potentiellen Problemen. Von letzteren geht prinzipiell eine zukünftige Gefährdung aus. Diese gilt es durch präventives Handeln zu verhindern (Schewior-Popp et al., 2012, S. 77). Durch die Pflegediagnose wird eine Schlussfolgerung auf den Gesundheitszustand des zu pflegenden Menschen möglich. Der Diagnosetitel wird im sogenannten Pflegeplan schriftlich festgehalten. Die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) stellt dafür anerkannte Pflegediagnosen zur Verfügung (Wilkinson, 2012, S. 173). Zur einfacheren Formulierung der pflegerischen Probleme kann das sogenannte „PÄSR-Schema“ zur Hilfe herangezogen werden. Dabei wird zuerst das Problem in einem kurzen Titel beschrieben, anschließend die Ätiologie, womit die zu Grunde liegende Ursache des Problems angezeigt wird, und die entsprechenden Symptome. Der Buchstabe R steht für Ressourcen, welche im Rahmen der Pflegediagnose ebenfalls mit erfasst werden (Rappold & Aistleithner, 2017, S. 15).

Der dritte Schritt des 6-stufigen Pflegeprozesses umfasst die Zielsetzung. Aus den zuvor ermittelten Erkenntnissen muss eine individuell an den zu pflegenden Menschen angepasste Zielsetzung erfolgen. Dies bedeutet, dass die in der Zukunft liegenden gewünschten pflegerischen Ergebnisse bzw. bewertbare Zustände schriftlich festgehalten werden. Diese Formulierung dient auch einem späteren Überprüfen der Wirksamkeit der Pflege. Die Zielsetzung erfolgt immer in Austausch und in Absprache mit dem Kunden/der Kundin. Je nach gewünschtem Zeitraum der Ergebnisse wird zwischen Nah- und Fernzielen unterschieden. Nahziele sind in naher Zukunft, beispielsweise wenigen Tagen, erreichbar, wohingegen Fernziele sich auf einen längeren Zeitraum wie Monate oder Jahre beziehen. Bei der Formulierung der pflegerischen Ziele ist darauf zu achten, dass diese messbar, personenbezogen, realistisch, in einem bestimmten Zeitraum erreichbar und überprüfbar sind (Schewior-Popp et al., 2012, S. 78f.).

Wurden nun die pflegerischen Ziele festgelegt, erfolgt die Planung der notwendigen Maßnahmen zur Erreichung der gewünschten Zustände. In einem Pflegeplan werden dafür Interventionen festgeschrieben (Schewior-Popp et al., 2012, S. 79). Die Durchführung kann je nach Kompetenz an verschiedene Berufsgruppen delegiert werden. Aus diesem Grund muss klar ersichtlich sein, wer die Interventionen durchführen darf. Die Beschreibung der Interventionen muss handlungsleitend und vor allem nachvollziehbar sein (Rappold & Aistleithner, 2017, S. 19). Auch der Zeitpunkt der Durchführung muss dokumentiert werden (Schewior-Popp et al., 2012, S. 79).

Die geplanten Interventionen werden im darauf folgenden Schritt implementiert, das heißt durch die zuständige Pflegeperson ausgeführt. Die Durchführung der Maßnahmen gilt als

abgeschlossen, sobald die getätigten Handlungen und eventuelle Abweichungen dokumentiert wurden. Auch bei der Implementierung gilt der Grundsatz der aktiven Beteiligung der zu pflegenden Person (Wilkinson, 2012, S. 378).

In der folgenden Evaluationsphase wird der Soll-Zustand, womit das gewünschte Ziel gemeint ist, dem Ist-Zustand der zu pflegenden Person gegenübergestellt. Somit erfolgt also die Bewertung der Zielerreichung. Je nach Situation kann es notwendig sein den Pflegeplan zu ändern, oder neu anzupassen. Dementsprechend kann, je nach Evaluationsergebnis, eine Änderung der Pflegediagnosen, der Ziele oder der Maßnahmen die Folge sein. Eine Evaluation kann in zuvor definierten Intervallen stattfinden, kann aber auch anlassbezogen notwendig werden (Rappold & Aistleithner, 2017, S. 22).

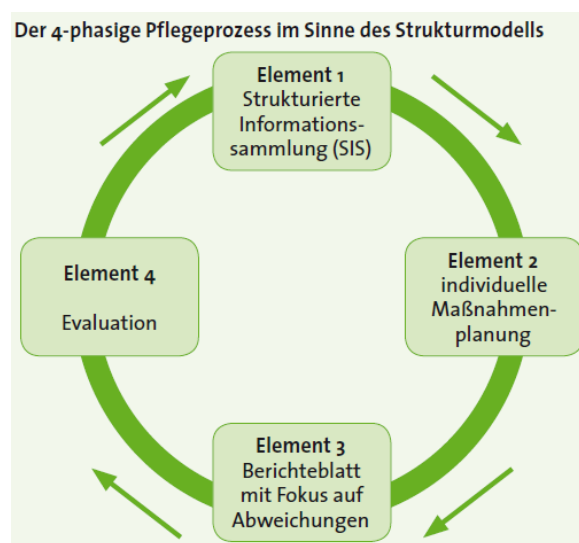
Die Evaluation muss keinesfalls den letzten Schritt im Pflegeprozess darstellen. Vielmehr kann durch das Einfließen neuer Informationen im Rahmen der Pflege der Prozess von Neuem beginnen, womit er sich in einem ständigen Wandel hin zur Optimierung der Pflege befindet (Schewior-Popp et al., 2012, S. 76).

3 Das Strukturmodell für die Pflegedokumentation

Das Strukturmodell für die Pflegedokumentation wurde auf Grundlage einer gewünschten Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation im Jahr 2013 in Deutschland entwickelt. Unter Einbeziehung von Experten und Expertinnen in pflegerischen und rechtlichen Belangen entstand ein Modell, welches die stärkere Einbeziehung der individuellen Perspektive der zu pflegenden Person und eine Hervorhebung der Kompetenz der Pflegeperson verspricht (Hecker, Krebs, Molderings & Rasek, 2017, S. 10).

Das Strukturmodell umfasst folgende 4 Elemente:

Abbildung 2: Die 4 Elemente des Strukturmodells



(Quelle: <https://www.ppm-online.org/implementierung-des-strukturmodells-so-unterscheiden-sich-die-pflegeprozesse/>, 1.2.2018)

3.1 Die Strukturierte Informationssammlung

Bei der Strukturierten Informationssammlung, kurz SIS genannt, handelt es sich um den formalen Einstieg in den 4-stufigen Pflegeprozess. Mittels des SIS-Bogens wird ein Erst- bzw. Aufnahmegespräch mit der zu pflegenden Person und eventuellen Angehörigen geführt. Für die Vervollständigung der Strukturierten Informationssammlung werden im ambulanten Bereich in der Regel vier bis fünf Einsätze benötigt (Ahmann, Ahmann & Pelzer, 2016, S. 28). Durch die SIS können personenzentriert pflegerelevante Informationen und Risiken mittels sechs Themenfeldern und einer Risikomatrix kompakt erhoben werden. Da es sich im ambulanten Bereich um spezielle Anforderungen handelt, wurde dafür eine

spezielle SIS entwickelt. Diese ist bereits im Titel als solche ausgewiesen. Darüber hinaus unterscheidet sich das sechste Themenfeld in seiner Namensgebung (Haushaltsführung) zu dem der stationären SIS. Auch die Risikomatrix wurde durch das zusätzliche Feld „Beratung“ an das Setting angepasst (Beikirch, Fähmann, Hindrichs et al., 2017, S. 86ff.). Die SIS besteht aus vier Elementen, welche alphabetische Bezeichnungen tragen – A, B, C1 und C2 (Hecker et al., 2017, S. 16).

3.1.1 Kernelement A

Das Kernelement A ist der erste Abschnitt der Strukturierten Informationssammlung und beinhaltet Daten zum Kunden/zu der Kundin. Dazu zählt nicht nur der Name, sondern auch das Datum der Erstellung der SIS. Dazu wird die Unterschrift oder das Handzeichen der Pflegeperson, welche das Gespräch führt, und die Unterschrift des zu pflegenden Menschen oder dessen Angehörigen, sofern sonst jemand während des Gesprächs anwesend ist, vermerkt (Hecker et al., 2017, S. 17). Letzteres ist optional und dient lediglich dazu den Verständigungsprozess und die Verbindlichkeit untereinander sichtbar zu machen. Die Unterschrift als Bestätigung kann also dabei unterstützen unterschiedliche Sichtweisen zusammenzuführen und ein gemeinsames Verständnis als Grundlage zu schaffen (Beikirch et al., 2017, S. 92f.).

3.1.2 Kernelement B

Im Kernelement B wird der pflegebedürftige Mensch mit seinen Sichtweisen und individuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt gestellt. Die drei Leitfragen „Was bewegt Sie im Augenblick?“, „Was brauchen Sie?“ und „Was können wir für Sie tun?“ erleichtern den Einstieg (Ahmann et al., 2016, S. 31). Dokumentiert werden die Antworten im Originalwortlaut des Gesagten, idealerweise in der Ich-Form. Somit können aktuelle Befindlichkeiten besser erfasst werden. Die Pflegeperson braucht dazu ausgeprägte Fähigkeiten im aktiven Zuhören. Der Erzählfluss sollte seitens der Pflegeperson möglichst wenig unterbrochen werden. Dem zu pflegenden Menschen wird durch dieses Vorgehen Wertschätzung und ein Gefühl der Selbstbestimmtheit vermittelt. Auch wenn eine Person kognitiv eingeschränkt ist, sind deren Sichtweisen essentiell. Durch die Einstiegsfragen wird ein erster Eindruck über die Lebenswelt der betroffenen Person vermittelt (Beikirch et al., 2017, S. 94ff.). Ist der zu pflegende Mensch so weit eingeschränkt, dass er selbst keine Angaben mehr machen kann, wird das Gespräch stellvertretend mit Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen geführt. Während des Gesprächsverlaufs können bereits erste

pflegefachliche Beobachtungen getätigt werden, welche, ebenso wie relevante Aussagen, vorab in den Themenfeldern dokumentiert werden. Die Einstiegsfragen müssen aber keinesfalls denselben Wortlaut wie vorgegeben haben. Wenn die zu pflegende Person eine der Fragen nicht versteht, kann diese durchaus umformuliert werden (Ahmann et al., 2016, S. 31f.).

3.1.3 Kernelement C1

Den nächsten Schritt in der Strukturierten Informationssammlung stellt das Kernelement C1 dar. In diesem Abschnitt werden Informationen zu den sechs vorgegebenen Themenfeldern erfasst. Auch biografische Aspekte werden hier bereits mit erfasst (Ahmann et al., 2016, S. 34). Die sechs Themenfelder sollen näher erläutert werden.

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten beschreiben das Vermögen einer Person sich zeitlich, örtlich, situativ und persönlich orientieren zu können. Auch die Fähigkeit etwaige Risiken und Gefahren zu erkennen und mögliches herausforderndes Verhalten oder anderwärtige Abweichungen in diesem Bereich werden im Themenfeld eins dokumentiert (Beikirch et al., 2017, S. 108).

Themenfeld zwei umfasst die Mobilität und Beweglichkeit der zu pflegenden Person. Dies bedeutet, dass eine Einschätzung erfolgt, in wie weit der Kunde/die Kundin die Fähigkeit besitzt sich selbstständig in und außerhalb des Wohnbereichs zu bewegen. Veränderungen im Bereich des Transfers oder Gangbildes werden beispielsweise ebenso erfasst wie Unsicherheiten und Hilfsmittel (Beikirch et al., 2017, S. 109).

Im Bereich krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen werden seitens der Pflegeperson krankheits- und therapiebedingte Veränderungen und Besonderheiten erfasst. Dazu zählen beispielsweise pflegerische Phänomene wie Inkontinenz oder Schmerz, aber auch Einschränkungen durch medizinische Diagnosen wie Diabetes mellitus (Beikirch et al., 2017, S. 111).

Themenfeld vier trägt den Titel Selbstversorgung. In diesen Bereich fallen Aspekte der Körperpflege, des Sich-Kleidens, der Ernährung und der Ausscheidung. Es wird erhoben in welchen dieser Bereiche Besonderheiten, Einschränkungen und pflegerischer Hilfsbedarf besteht (Beikirch et al., 2017, S. 113).

Beim Leben in sozialen Beziehungen werden soziale Aspekte der pflegerischen Situation erfasst. Es wird dokumentiert welche Fähigkeiten und Einschränkungen der zu pflegenden Person bei der Gestaltung ihres sozialen Umfeldes bestehen. Das private Umfeld und

mögliche Unterstützungsleistungen durch dieses stehen dabei im Vordergrund. Auch die Gestaltung des Tagesablaufs und Freizeitaktivitäten in Verbindung mit dem sozialen Umfeld werden erhoben (Beikirch et al., 2017, S. 114f.).

Das letzte Themenfeld ist jenes, welches in der ambulanten SIS speziell angepasst wurde. Im Bereich Haushaltsführung wird dokumentiert, inwieweit der eigene Haushalt vom Kunden/von der Kundin bewältigt werden kann. Besondere Gewohnheiten werden ebenso erfasst, wie Unterstützungsleistungen durch Angehörige. Zu diesem Bereich zählen beispielsweise Tätigkeiten wie Kochen, Waschen, oder aber auch Einkaufen (Beikirch et al., 2017, S. 117f.).

Das Erarbeiten einer Frageliste für die Themenfelder der SIS wird als wenig sinnvoll erachtet, da jedes Gespräch sehr individuell ist. Durch aktives Zuhören und kompetentes Nachfragen kann die Informationssammlung gut gesteuert werden und führt zu den notwendigen Daten. Zur einfacheren Gestaltung empfiehlt es sich aber den Fokus während des Gesprächs und der Dokumentation auf Probleme, den Umgang der zu pflegenden Person damit, Fähigkeiten, mögliche Handlungsmöglichkeiten der Pflege und Beratungsbedarf zu legen (Beikirch et al., 2017, S. 107).

Die Erhebung der Themenfelder erfordert ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz der Pflegeperson, da hier die pflegfachliche Perspektive im Vordergrund steht. Die systematische Bearbeitung der Abschnitte unterstützt dabei, nichts Wesentliches zu übersehen. Sollte ein Themenfeld nicht relevant sein, wird dies entsprechend notiert (Ahmann et al., 2016, S. 35). Die Pflegeperson und der Kunde/die Kundin beziehungsweise Angehörige, entscheiden im Anschluss an das Dokumentieren der Themenfelder in einem Verständigungsprozess, welche Bereiche im Umfang der Pflege und Betreuung abgedeckt werden sollen (Ahmann et al., 2016, S. 40).

3.1.4 Kernelement C2

Das abschließende Kernelement der Strukturierten Informationssammlung ist die Risikomatrix. Anhand dieser werden pflegerelevante Risiken und Phänomene in den einzelnen Themenbereichen eingeschätzt. Der Vorteil liegt darin, dass bestehende Risiken einen unmittelbaren Bezug zu den in den sechs Themenfeldern beschriebenen Aspekten haben. Die Gesamtsituation des zu pflegenden Menschen wird in den Vordergrund gerückt. Die Risikomatrix enthält dazu die häufigsten Risiken im pflegerischen Bereich. Dazu zählen Dekubitus, Sturz, Ernährung, Inkontinenz und Schmerz. Auch für sonstige Risiken besteht ein Eintragungsfeld. Die Risikomatrix stellt in erster Linie ein Instrument zur Ersteinschätzung

dar. Risiken werden in Bezug auf die Themenfelder mit ja oder nein angekreuzt. Durch die individuelle fachliche Einschätzung der Pflegeperson kann die Entscheidung zugunsten oder gegen eine weitere Einschätzung getroffen werden. Wie diese weitere Einschätzung erfolgt, obliegt der Pflegeperson (Beikirch et al., 2017, S. 120ff.). Ein Risiko ist auch dann zu verneinen, wenn dieses durch die zu pflegende Person selbst kompensiert wird. In der Beschreibung der Themenfelder muss aber beschrieben sein wie, beziehungsweise wodurch diese Kompensation stattfindet. Die Risikomatrix umfasst neben der weiteren Einschätzung auch eine Spalte zur Entscheidung, ob eine Beratung indiziert ist. Wird ein Beratungsgespräch im häuslichen Setting durchgeführt, kann es, sofern dieses nicht ausreichend war, erforderlich sein ein Datum für ein erneutes Gespräch im Maßnahmenplan festzulegen (Ahmann et al., 2016, S. 43).

3.2 Maßnahmenplan

Nach abgeschlossener Dokumentation der Strukturierten Informationssammlung erfolgt die Erstellung des individuellen Maßnahmenplans auf Grundlage dieser. Anders als von bisher gelebten Maßnahmenplanungen wird beim Strukturmodell darauf verzichtet Probleme, Ressourcen und Ziele erneut zu formulieren. Dies wird durch die bereits vorab dokumentierte SIS abgedeckt. Ergebnisse, welche durch die Risikomatrix entstanden sind, müssen ebenfalls in die Maßnahmenplanung einfließen. Die Planung der Interventionen im Setting der mobilen Pflege muss an die individuellen Gegebenheiten vor Ort angepasst werden (Ahmann et al., 2016, S. 48ff.). Der Maßnahmenplan ersetzt den bisher gebräuchlichen Begriff des Pflegeplans. Vorangestellt ist ihm die sogenannte Grundbotschaft. Diese ist eine Zusammenfassung aller relevanten Aussagen der zu pflegenden Person, die zum Erhalt der Selbstbestimmung beitragen. Auch besondere Wünsche, Bedürfnisse oder Charakteristika, die es im Rahmen der pflegerischen Versorgung zu beachten gilt, können in der Grundbotschaft enthalten sein. Der Maßnahmenplan sollte idealerweise handlungsleitend gestaltet werden, damit allen an der Pflege Beteiligten ein strukturiertes Vorgehen ermöglicht wird. Neben der Grundbotschaft sollte der Maßnahmenplan Angaben darüber enthalten, wer die Maßnahmen durchführen darf und wie sich diese konkret gestalten. Darüber hinaus sind auch örtliche Bedingungen, sowie der Zeitpunkt der Durchführung zu beschreiben (Beikirch et al., 2017, S. 139ff.). Die beschriebenen Maßnahmen müssen sich plausibel aus der SIS ableiten. Die Verwendung von standardisierten Textbausteinen widerspricht dem Prinzip des Strukturmodells, in dem Individualität fokussiert wird. Auch konkrete Situationsbeschreibungen sind im Maßnahmenplan nicht erforderlich, da diese bereits durch die SIS abgedeckt werden (Beikirch et al., 2017, S. 152f.).

3.3 Berichteblatt

Bei Eintragungen in das Berichteblatt liegt der Fokus auf Abweichungen. Zum einen werden Eintragungen vorgenommen, sofern bei der pflegerischen Versorgung vom Maßnahmenplan abgewichen wird, zum anderen werden fachliche Beobachtungen oder tagesaktuelle Ereignisse festgehalten. Dem Prinzip der Ganzheitlichkeit folgend, welches durch das Strukturmodell angestrebt wird, können im Berichteblatt auch Eintragungen durch das multiprofessionelle Team (z.B. Therapeuten/Therapeutinnen) erfolgen (Ahmann et al., 2016, S. 54). Dem Berichteblatt kommt auch bei der Evaluation eine wesentliche Rolle zu, da dadurch der gesamte Pflegeprozess gesteuert und kontrolliert werden kann. Er dient dementsprechend als essentielles Steuerungs- und Kommunikationsinstrument. Ziel des Berichteblatts ist eine schnelle Übersicht und gute Nachvollziehbarkeit. Demzufolge müssen Eintragungen kompakt gestaltet und Veränderungen ersichtlich dokumentiert werden, um alle an der pflegerischen Versorgung Beteiligten am aktuellem Stand zu halten (Beikirch et al., 2017, S. 155ff.).

3.4 Evaluation

Im letzten Element des Strukturmodells findet die Evaluation statt. Dabei werden die zuvor getätigten Schritte bewertet. Die Evaluation wird entweder in bestimmten Zeitintervallen durchgeführt, oder bei positiven wie negativen Veränderungen, die beispielsweise durch das Berichteblatt kommuniziert wurden, anlassbezogen. Die Evaluation bezieht sich immer auf die SIS, den Maßnahmenplan und das Berichteblatt. Somit können Veränderungen im Zustand des Kunden/der Kundin und notwendige Adaptierungen der anderen Elemente des Strukturmodells einfacher erfasst werden. Sind diese indiziert, erfolgt eine neue Situationseinschätzung mit damit einhergehender Änderung der SIS und des Maßnahmenplans. Dieses Vorgehen wird als der große Evaluationskreis bezeichnet und ist meist nur bei gravierenden gesundheitlichen Veränderungen erforderlich. Ist der Zustand der zu pflegenden Person zum Großteil unverändert, müssen nur die entsprechenden Punkte adaptiert werden. Dieses Szenario wird als der kleine Evaluationskreis bezeichnet. Für die Durchführung der Evaluation im häuslichen Setting eignet sich ein vereinbarter Termin zwischen dem Kunden/der Kundin und der verantwortlichen Pflegeperson. Um die Situation optimal einschätzen zu können, sollte die Evaluation immer durch dieselbe zuständige Pflegeperson durchgeführt werden. Dadurch wird auch die persönliche Beziehung zwischen Kunde/Kundin und Pflegeperson gefördert. Auch im Evaluationsgespräch steht die zu pflegende Person im Mittelpunkt. Es wird erfragt, ob die derzeitige Pflege und Betreuung nach wie vor den Wünschen und Bedürfnissen gerecht wird. Gegebenenfalls werden

Angehörige hinzugezogen. Aber auch der Austausch der Pflegeperson im (multiprofessionellem) Team ist erforderlich, um zu einer angemessenen Bewertung zu gelangen. Die Dokumentation der Evaluation erfolgt im Berichteblatt, kann optional aber auch in einer separaten Spalte im Maßnahmenplan vermerkt werden. Die Evaluation im Strukturmodell ist sehr individuell und fördert den Blick für Veränderungen von Seiten der Pflegeperson. Die Evaluation macht sich die Synergien der einzelnen Elemente des Strukturmodells zunutze, regt die Kommunikation im Team an und stellt die personenzentrierte Pflege in den Vordergrund (Beikirch et al., 2017, S. 67ff.).

3.5 SIS-Map

Für die Erhebung der Strukturierten Informationssammlung kann eine sogenannte SIS-Map hilfreich sein. Dabei handelt es sich um eine Mind-Map in der alle an der Pflege beteiligten Berufsgruppen Bemerkungen und Beobachtungen zum Kunden/der Kundin hinterlassen können. Vor allem für Teilzeitkräfte, welche für die Erstellung der SIS verantwortlich sind, aber aufgrund der geringen Stundenverpflichtung wenige Einsätze direkt bei dem zu pflegenden Menschen vor Ort durchführen, kann die SIS-Map eine grundlegende Unterstützung sein. Sie dient dazu Gedanken oder verschiedene Zugänge zu sammeln, bevor die Daten in die SIS übertragen werden. Dazu wird idealerweise ein A3-Blatt in der kundeneigenen Dokumentation vor Ort aufgelegt (Hecker et al., 2017, S. 66). Zum einen kann eine SIS-Map mit den Einstiegsfragen (Kernelement B) erstellt werden. Zum anderen kann auch eine Mind-Map mit den sechs Themenfeldern angefertigt werden. Dazu wird ausgehend von einem zentralen Punkt, der den Kunden/die Kundin darstellt für jedes Themenfeld eine Linie zu einem Feld gezeichnet. Rund um dieses Themenfeld können von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen passende Kommentare vermerkt werden (Hecker et al., 2017, S. 118ff.).

3.6 Aspekte der Umstellung auf das Strukturmodell

Bevor in einer Organisation die Entscheidung für das Strukturmodell getroffen werden kann, gilt es einige Aspekte abzuwägen. Daher ist es wichtig, dass sämtliche Leitungskräfte hinter der Einführung eines neuen Dokumentationssystems stehen (Rink & Wipp, 2017, S. 207). Befragungen der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in Praxistests zeigten, dass vor allem im ambulanten Bereich vor Einführung des Strukturmodells besondere organisatorische Vorkehrungen zu treffen waren (Beikirch et al., 2014, S. 40).

Wirtschaftliche Überlegungen müssen in den Entscheidungsprozess mit einfließen. Das Strukturmodell benötigt zur Dokumentation eine neue Software. Die Kosten dafür sind ebenso einzukalkulieren wie Schulungskosten für Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen und Kosten für eine eventuell erforderliche externe Begleitung. Aber nicht nur der Kostenaspekt steht im Vordergrund. Notwendige Schulungen müssen auch in der jährlichen Fortbildungsplanung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen mit berücksichtigt werden. Personell ist eine verantwortliche Person für den Umsetzungsprozess ebenso erforderlich wie eine Steuerungsgruppe und Multiplikatoren/Multiplikatorinnen. Auf organisatorischer Seite muss ein Einführungszeitraum definiert werden, wobei auf andere zeitgleiche Prozesse Rücksicht zu nehmen ist. Dabei ist zu überlegen, wie das Strukturmodell eingeführt wird. Beispielsweise können alle Kunden/Kundinnen zugleich umgestellt werden, oder aber auch im ersten Schritt nur Neuaufnahmen. Ein Umdenken, wie der erforderliche Informations- und Erfahrungsaustausch stattfinden soll, muss geschehen. Darüber hinaus müssen auch rechtliche Aspekte geprüft werden (Rink & Wipp, 2017, S. 210ff.).

Festzuhalten ist, dass bei guter Planung und durchdachter Umsetzung ein positives Bild des Strukturmodells bei den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen entsteht. Dies zeigten auch Praxistests mit abschließenden Einschätzungen zur SIS. Die Mehrheit der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen im ambulanten Bereich beurteilte die Handhabung der SIS als einfach (Beikirch et al., 2014, S. 43f.).

4 Empirische Untersuchung

Auf Grundlage der Literaturrecherche wurde eine empirische Untersuchung durchgeführt. Wie das methodische Vorgehen gestaltet wurde und zu welchen Ergebnissen dieses geführt hat, wird in diesem Kapitel näher beschrieben.

4.1 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen der Wahl zur Beantwortung der Forschungsfrage sind qualitative leitfadengestützte Interviews mit Experten/Expertinnen des 6-stufigen Pflegeprozesses im Setting der mobilen Pflege.

4.1.1 Auswahl der Interviewpartner/innen

Die Auswahl der Interviewpartner/-innen erfolgte mittels zuvor gewählter Kriterien. Da es sich um Experteninterviews handelt, war eine wesentliche Voraussetzung langjährige Berufserfahrung in der ambulanten Pflege und damit einhergehender tiefergreifender Expertise den 6-stufigen Pflegeprozess betreffend. Um einen guten Einblick in die Sichtweise von Experten/Expertinnen zu bekommen, wurden Personen aus diversen hierarchischen Ebenen einer Organisation für extramurale Pflege befragt. Dabei handelt es sich um eine Pflegedienstleitung, zwei regionale Pflegeleitungen, eine Leitung des basalen Managements (Einsatzleitung) und eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson an der Basis. Alle Experten/Expertinnen haben unabhängig ihrer derzeitigen Position im Unternehmen in ihrer Laufbahn direkt in der Praxis mit dem zu pflegenden Menschen gearbeitet, wodurch der Praxisbezug jedenfalls gegeben ist. Die Grundprofession als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson ist allen Experten/Expertinnen gemein. Drei der fünf interviewten Personen hatten bereits vorab Berührungspunkte mit dem Strukturmodell im Sinne einer Exkursion in eine Einrichtung für ambulante Pflege in Deutschland, welche das Strukturmodell praktiziert.

4.1.2 Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurde die in Kap. 1.2 angeführte Forschungsfrage berücksichtigt. Ziel war es mittels der analysierten Experten-/Expertinneninterviews zu einer Beantwortung dieser zu gelangen.

Der Interviewleitfaden (Anhang) sieht zu Beginn eine kurze Begrüßung und Einleitung vor. Danach folgten Fragen zu diversen Bereichen, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Für essentielle Informationen wurden Hauptfragen erstellt. Falls situativ erforderlich wurden auch untergeordnete, optionale Fragen vorbereitet.

Begonnen wurde mit den Fragen zur Grundhaltung gegenüber dem Strukturmodell. Dabei wurde erfragt, was für den Experten/die Expertin neu am Strukturmodell im Vergleich zum 6-stufigen Pflegeprozess ist und welche Aspekte als besonders positiv beziehungsweise negativ bewertet werden. Wie die Änderung gesehen wird, dass im Strukturmodell Probleme, Ursachen, Symptome und Ressourcen nicht mehr unter der klassischen Pflegediagnose zusammengefasst werden war von Interesse.

Der nächste Punkt umfasste die individuelle Sichtweise zu Schwierigkeiten und Problematiken in der praktischen Umsetzung.

Eine darauf folgende Bewertung der Felder der Strukturierten Informationssammlung wurde erfragt. Falls diese Frage nicht ausreichend beantwortet wurde, enthielt der Interviewleitfaden eine untergeordnete Frage, ob alle wesentlichen Aspekte die ein umfangreiches Assessment erfordert, abgedeckt werden. Es wurde die Möglichkeit für Äußerungen, welche Elemente in der Strukturierten Informationssammlung fehlen gegeben.

Relevant waren auch die Bewertungen des Maßnahmenplans und des Berichteblatts seitens der Experten/Expertinnen. Falls nicht durch diese Fragen ausreichend beantwortet enthielt der Interviewleitfaden auch optionale Fragen zu Meinungen bezüglich Unterschieden zwischen dem Maßnahmenplan und dem Pflegeplan, sowie eine Frage zur individuellen Bewertung der Eintragung in das Berichteblatt durch mehrere Berufsgruppen. Von Interesse war auch die persönliche Einstellung der Experten/Expertinnen hinsichtlich der Unterschiede im Evaluieren im Gegensatz zum 6-stufigen Pflegeprozess.

Die SIS-Map und deren praktische Umsetzung waren ebenfalls Teil des Interviewleitfadens.

Im Punkt zur Umsetzung des Strukturmodells wurde erfragt, ob aus Sicht der Experten/Expertinnen dieses in der mobilen Pflege umsetzbar wäre und warum beziehungsweise warum nicht. Dahingehend wurde auch erfragt, was im Setting der mobilen Pflege nötig wäre, um das Strukturmodell umzusetzen.

Abschließend wurde im Interviewleitfaden Raum für Dank und Verabschiedung vorgesehen.

4.1.3 Vorbereitung und Durchführung der Interviews

Im Rahmen der Vorabplanung der Interviews wurde durch die zuständige Pflegedienstleitung der betreffenden extramuralen Organisation die Zustimmung zur Durchführung der empirischen Untersuchung in entsprechender Einrichtung eingeholt. Darauf folgend wurde sowohl der Interviewleitfaden, als auch die Einverständnis- und Anonymitätserklärung (Anhang) erstellt. Um die Beantwortung der Interviewfragen zu gewährleisten, wurde eine fachliche, wissenschaftlich basierte und mit Beispielen untermalte 9-seitige Zusammenfassung zum Strukturmodell für die Pflegedokumentation (Anhang) angefertigt. Im nächsten Schritt erfolgte die Terminvereinbarung mit den zu interviewenden Personen. Die Interviews wurden zwischen 9. und 19. Februar 2018 durchgeführt. Im Zuge der Terminvereinbarung wurde die angefertigte Zusammenfassung vorab, mit der Bitte um Durchsicht, entweder per E-Mail übermittelt oder persönlich ausgehändigt.

Um eine ungestörte und vertrauensvolle Atmosphäre während der Interviewdurchführung zu gewährleisten, wurde eine vertraute Umgebung gewählt. Diese war in allen Fällen das jeweilige Büro der zu interviewenden Person. Unmittelbar vor Durchführung der Interviews wurde die Einverständnis- und Anonymitätserklärung besprochen und zur Unterzeichnung vorgelegt. Dabei wurde auch über die Aufzeichnung des Gesprächs mittels Aufnahmegerät aufgeklärt. Auf Wunsch wurden vor Beginn der Befragung Unklarheiten bezüglich des Strukturmodells noch geklärt. Dies war bei zwei Personen der Fall. Während des Interviews wurde eine Beantwortung der Hauptfragen fokussiert. Sofern die übergeordnete Frage nicht ausreichend beantwortet wurde, stellte der Interviewleitfaden untergeordnete Fragen zur Verfügung, auf die zurückgegriffen werden konnte. Abbildungen von einzelnen Teilen des Strukturmodells wurden für die Experten/Expertinnen zur besseren Übersichtlichkeit und Verständnis parallel zum Gespräch aufgelegt. Die Interviews dauerten circa zwischen 10 und 17 Minuten.

4.1.4 Analysemethode

Für die Auswertung der Interviews mit den Experten und Expertinnen wurde die Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) gewählt. Diese Methode eignet sich besonders für die Auswertung der bestehenden Texte, da Meinungen und Einstellungen von Personen systematisiert und zu zentralen Themen zusammengefasst werden. Es wird ein Überblick über größere Textmengen gewährt, deren manifester Inhalt zur Darstellung von Einschätzungen dient. Darüber hinaus wird eine zusammenfassende Aufbereitung der Inhalte unterschiedlicher Themenbereiche ermöglicht (Froschauer & Lueger, 2003, S. 158). Dies ist essentiell für die Beantwortung der zu behandelnden Forschungsfrage.

Sämtliche Experteninterviews wurden in einem ersten Schritt anhand der Transkriptionsregeln der Ferdinand Porsche FernFH transkribiert und mit den Bezeichnungen INT für Interview und der numerischen Beschriftung anhand der Durchführung (z.B. INT 1 für das erste Interview) versehen. Die befragte Person wurde numerisch dazu passend mit B1 bis B5 betitelt.

Weiters folgte das Textreduktionsverfahren. Hierbei erfolgte eine separate Untersuchung der einzelnen Interviews mit dem Ziel essentielle Textpassagen herauszufiltern. Auf Basis der Forschungsfrage werden im Textreduktionsverfahren zusammenhängende Textteile zu einem Thema zusammengefasst. Die Methode beruht auf fünf Komponenten. Zum einen wird die Frage gestellt, welches Thema wichtig ist und in welchen konkreten Textstellen sich dies zeigt. Zusammenhänge und wichtige Charakteristika werden analysiert. Zum anderen sind auch die Abfolge der Themen und deren inhaltliche Unterschiede relevant. Der Zusammenhang von Themencharakteristika und Forschungsfrage bildet die letzte der fünf Komponenten (Froschauer & Lueger, 2003, S. 159ff.).

Im Anschluss an diese Schritte sieht die Themenanalyse das Codierverfahren als Ergänzung vor. Durch dieses erfolgt auch eine analytische Erweiterung des Textes. Neben Themenkategorien werden im Codierverfahren Subkategorien erstellt, welche durch Strukturierung und Verknüpfung anhand ihrer Bedeutung bearbeitet werden. Durch das Kategoriensystem soll eine vergleichende Analyse möglich werden, welche es erlaubt Theorien zu bilden. Dabei werden die Texte beispielsweise hinsichtlich Ähnlichkeiten und Unterschiede untersucht (Froschauer & Lueger, 2003, S. 163f.).

Dieses Verfahren wurde für alle durchgeführten Interviews angewandt, wodurch zuerst nach Themen gefiltert wurde, um diese im Anschluss auf Grundlage der obigen Angaben zu beschreiben und anhand ihrer Wichtigkeit zu ordnen. Dazu wurde die Anzahl an Aussagen als Referenz herangezogen. Die Interviews wurden verglichen um letztendlich in einer Gesamtbeschreibung der einzelnen Themen die Forschungsergebnisse darzulegen.

4.2 Forschungsergebnisse

Die durch die Experteninterviews entstandenen und durch die Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) analysierten Ergebnisse werden in diesem Abschnitt näher dargelegt. Dazu wurden die Themen herangezogen, welche in den verschiedenen Interviews gehäuft auftraten. Themen mit zu geringem Aussagewert wurden fallen gelassen. Zur besseren Übersichtlichkeit der ausgewerteten Ergebnisse wurden Tabellen erstellt. Tabelle 1 zeigt eine Zusammenfassung welche Themen in welchen Interviews auftraten.

Tabelle 1: Themen in den Interviews (INT)

	INT 1	INT 2	INT 3	INT 4	INT 5
Praxistauglichkeit des Strukturmodells	x	x	x	x	x
Strukturierte Informationssammlung	x	x	x	x	x
Maßnahmenplan	x	x	x	x	x
Berichteblatt	x	x	x	x	x
Evaluation	x	x	x	x	x
SIS-Map	x	x	x	x	x
Verzicht auf Pflegediagnosen	x	x	x	x	x
Verschlinkung der Pflegedokumentation				x	

Die in Tabelle 2 dargestellten Inhalte zeigen die Anzahl der entsprechenden Aussagen zu den identifizierten Themen auf.

Tabelle 2: Anzahl der Aussagen

	INT 1	INT 2	INT 3	INT 4	INT 5	gesamt
Praxistauglichkeit des Strukturmodells	6	5	8	9	6	34
Strukturierte Informationssammlung	4	6	6	5	5	26
Maßnahmenplan	1	2	3	3	5	14
Berichteblatt	2	1	2	4	2	11
Evaluation	2	2	1	1	1	7
SIS-Map	3	1	2	3	1	10
Verzicht auf Pflegediagnosen	2	4	1	1	1	9
Verschlinkung der Pflegedokumentation				3		3

4.2.1 Praxistauglichkeit des Strukturmodells

Die erste interviewte Person gibt an, sie sehe das Strukturmodell im Setting der mobilen Pflege als prinzipiell umsetzbar. Als Anforderungen dazu sehe sie Stationen, welche das Strukturmodell durchtesten. Darüber hinaus müsse den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen Zeit für die Umstellung gegeben werden, wodurch sich diese an die Veränderung anpassen können. Vorteile müssen gut und transparent kommuniziert werden, um möglichst viele Personen davon zu überzeugen. Die befragte Person meint, für sie sei es besonders wichtig, dass im Strukturmodell das Wesentliche, nach Erhebung im Assessment, für alle klar und

strukturiert zu lesen sei, ohne zahlreiche Seiten durchblättern zu müssen. Die Person gibt an, sie sehe Schwierigkeiten in der Umstellung und dem erforderlichen Umdenken. *„Des is a Umdenken. Es werden si sicherlich maunche leichter tuan, maunche ned so leicht tuan. Und vor allem des freie Formulieren“* (B1, Z. 33-34). Eben dieses freie Formulieren erfordere es seitens der Pflegeperson sich gedanklich intensiver mit den erhaltenen Informationen auseinanderzusetzen. Dies sei aber grundsätzlich gut vorstellbar.

In Interview zwei ist die befragte Person der Meinung, dass das Strukturmodell in der mobilen Pflege, vor allem in der Langzeitpflege, umsetzbar sei. Mehrmals erwähnt sie, dass es dafür notwendig sei in kleinen Schritten zu beginnen und langsam auszuweiten. Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung sehe sie aufgrund der Abhängigkeit von vorgefertigten Auswahlmöglichkeiten am Computer. *„Wir hängen an den Auswahlmöglichkeiten am Computer. Und die nehm ma jetzt dann weg. Und jetzt ham ma de auf einmal nimmer. Des wird a Chaos“* (B2, Z. 45-47). Insofern werde das freie Formulieren als Herausforderung gesehen. Letztendlich sei die Umsetzung, nach Einschätzung der interviewten Person, abhängig von der Pflegeperson, was diese daraus mache, wobei hier ein Ansatzpunkt für die Umstellung gesehen werde.

Die dritte interviewte Person gibt an, sie schätze das Strukturmodell nur unter bestimmten Voraussetzungen als umsetzbar ein. *„Ohne, dass ma unsere Pflegephilosophie wie wir's jetzt haben oder a des Einteilen von vielen Mitarbeiterinnen zu Kunden, waun ma ned des a ändern, daun kann i mir's ned vorstellen“* (B3, Z. 99-101). Schwierigkeiten sehe sie dabei vor allem beim Verschriftlichen des Gehörten. Diese Expertin ist der Meinung, dass ein Umdenken notwendig sei, um das Modell umzusetzen, im Prinzip gefalle ihr dies aber gut. Nach Ansicht der interviewten Person sei Übung vor allem im Zuhören und Fragen für die Anwendung notwendig.

Die vierte interviewte Person gibt an, für sie sei die Umsetzung des Strukturmodells gut vorstellbar. Konkret benötigte es aber kleine Schritte in der Umstellung. Vor allem ein Konsens bezüglich der Dokumentationsweise sei wichtig. Fraglich sei, ob das Strukturmodell als gesamtes umgesetzt werden solle oder nur Teile daraus. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, vor allem Diplomierte müssen in ihrer Verantwortung bei der Umsetzung gut unterstützt werden. Hier sei es wichtig Grundkompetenzen, beispielsweise Analyse-, Reflexions- oder Beobachtungskompetenz zu schulen. Wesentliche Anforderung an die Umstellung sei ein Konzept. Neben einer klaren Entscheidung brauche es Pilotphasen und Evaluationen. Auch die Finanzierung dahinter müsse in der Umsetzung ebenso bedacht werden, wie Schulungen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und etwaige Personalnot. Schwierigkeiten sehe sie eher in der praktischen Umsetzung, wobei diese Person angibt, sie sehe nach näherer Überlegung keine negativen Aspekte, da das Strukturmodell generell gut

durchdacht wirke. Eine Hürde sehe sie in der Umsetzung. *„I muss jeden schulen, dass er wirklich weiß, wie stell i gezielt Fragen, damit ich die richtigen Antworten auch krieg. Die i dann verwerten kann“* (B4, Z. 56-58).

Eine weitere befragte Person gibt an, dass das Strukturmodell im Setting der mobilen Pflege mit Einschulungen auf jeden Fall umsetzbar sei. *„Ja, warum ned? (lacht) Es is wos aunders. [...] I find des positiver ois wie's oide System. Und drum denk i ma a, dass's umsetzbar wäre“* (B5, Z. 90-91). Die interviewte Person spricht mehrmals an, dass die Anforderung für die Umsetzung, neben der Schulung aller Berufsgruppen, die Umsetzung in langsamen Schritten sei. Die Problematik in der praktischen Umsetzung sehe sie darin, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen die Dokumentation auch tatsächlich lesen, da diese doch sehr umfangreich sei.

Alle Experten und Expertinnen sind der Meinung, dass das Strukturmodell für die Pflegedokumentation im Setting der mobilen Pflege umsetzbar ist. *„Also i find des eigentlich a, ma hört's a, a lässige G'schicht“* (B1, Z. 128). Als Grundvoraussetzung wird von der Mehrheit der interviewten Personen die langsame Umsetzung des Modells betrachtet. *„Behutsam anfangen. In kleinen Schritten anfangen. Und dann es ausweiten“* (B2, Z. 108). Ebenso wird die Einschulung aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von den Experten und Expertinnen als essentieller Punkt der Umsetzung genannt. *„Erforderlich is sicherlich a guade Einschulung oller Berufsgruppen“* (B5, Z. 23). Das Durchtesten im Sinne von Pilotphasen wird von drei der befragten Personen angesprochen. *„Dann ein Pilotphasen, also wo ma's wirklich in einer Sozialstation auch ausprobiert, evaluiert, zu schauen, was kann ma no verbessern“* (B4, Z. 178-179). Der Faktor Personal wird von zwei der Experten und Expertinnen im Zuge der praktischen Umsetzung angesprochen. Eine eventuell vorhandene Personalnot muss bei der Umsetzung berücksichtigt werden.

Problematiken werden von Seiten der interviewten Personen vor allem beim freien Formulieren, welches durch das Strukturmodell erfordert wird, gesehen. Das Verschriftlichen der Informationen wird von einer interviewten Person dabei konkret angesprochen. Neben Herausforderungen wie professionelles pflegerisches Denken, die Gefahr Informationen zu vergessen und die Anforderung, dass sämtliche Berufsgruppen die Dokumentation lesen sollen, wird vermehrt auch die Notwendigkeit des Umdenkens als Schwierigkeit angesehen. *„Und glaub i, dass do ganz vü Umdenken notwendig wäre, damit's a funktioniert“* (B3, Z. 124-125). Von einer der interviewten Personen wird dieses Umdenken auch als Grundvoraussetzung für das Funktionieren des Strukturmodells im Setting der mobilen Pflege angesehen.

4.2.2 Strukturierte Informationssammlung

Zum Thema Strukturierte Informationssammlung gibt die erste befragte Person auf Nachfrage an, dass alle wesentlichen Aspekte für ein umfangreiches Assessment vorhanden seien. Es wird eingeräumt, dass ein Einlesen notwendig und ein anderer Zugang, verglichen mit dem bisherigen System, erforderlich sei. Als Hilfestellung im Umgang mit der SIS schlage sie eine Liste zum Ankreuzen, vor allem zu Beginn als Stütze, vor, damit auch alles Notwendige angesprochen werden könne. Interviewpartner eins äußert er habe Bedenken, dass bei der Erfassung der Themenfelder etwas übersehen werden könne. *„Es kaun sei, dass ma do des eher vielleicht übersieht. I sog ned vergisst, bewusst, aber übersieht“* (B1, Z. 59-60).

Die zweite befragte Person gibt an, sie bewerte vor allem die offenen Fragen der SIS, das freie, offene Erzählen des Kunden/der Kundin und die Distanzierung von systematischem Abhaken als extrem positiv. Deren Einschätzung zu Folge sei im Rahmen der SIS aber auch mehr pflegerisches Wissen erforderlich. Die wesentlichen Aspekte eines umfangreichen Assessments sehe sie abgedeckt. Jedoch habe sie insofern Bedenken, dass die SIS nur dann vollständig sei, wenn auch nach allen Aspekten gefragt werde. Sie sei dafür, bei der Informationssammlung auch offene Formulierung in ganzen Sätzen zu verwenden, da sich das Assessment somit von allen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen leichter lesen ließe. *„Einfach weil man's dann auch liest. Weil es liest sich dann wie eine Geschichte“* (B2, Z. 64-65).

Die dritte interviewte Person äußert, dass es für sie neu sei, Aussagen des Kunden/der Kundin in der SIS auch wortwörtlich zu dokumentieren. Wobei große Bedenken habe sie, dass dies jede Pflegeperson könne. Ein geübter Blick und Routine seien für die Erfassung der Bedürfnisse im Rahmen der SIS ebenso notwendig, wie professionelle Kompetenzen. Den Informationsgehalt der SIS bewerte sie als ausreichend, wobei sie Bedenken bezüglich der Anwendung habe. *„[...] aber du muasst'as können. Du muasst wirklich wissen wos frog i, damit i des erfohr wos is erfahren soi. Dass do ois drinnen steht dann“* (B3, Z. 46-47). Damit einhergehend sei es für sie nicht vorstellbar, wenn nicht unmittelbar bei der Erhebung in der SIS mitgeschrieben werde, da ansonsten eventuell Informationen verloren gehen.

Die vierte interviewte Person gibt an, sie bewerte die Informationssammlung als sehr positiv. Dies begründet sie damit, dass die SIS eine Kombination der Informationen über den Kunden/die Kundin mit dem Expertenblick erlaube. Sie meint, sie finde die Erfassung der Bedürfnisse in der Ich-Erzählung ebenso gut, wie die Möglichkeit die zu pflegende Person in den Mittelpunkt zu stellen. *„Und des is aber bei dem 6-stufigen nach Fiechter und Meier ja gar nicht klar, explizit, detailliert beschrieben“* (B4, Z. 19-20). Bei den Themenfeldern sei ihr die Übersichtlichkeit sehr wichtig, die nur gegeben sei, wenn die Pflegeperson diese gut

beschreiben könne. Hier sehe sie die Möglichkeit die Themenfelder durch ganzheitliches Denken zu verknüpfen, was ein isoliertes Ausfüllen vermeide. Die wesentlichen Aspekte eines umfangreichen Assessments seien abgedeckt. Die Biografiearbeit fließe ihrer Einschätzung nach gut ein, ebenso wäre dies bei Leitlinien wünschenswert, was eine wissenschaftliche Grundlage schaffe.

Die letzte interviewte Person gibt an, sie bewerte die Informationssammlung aufgrund ihrer Vielfältigkeit sehr positiv. *„I hob vü mehr Möglichkeiten des rein zu formulieren. Als wie nur anz'kreuzln“* (B5, Z. 11). Die Themenfelder sehe sie als sehr gut an. Alle wesentlichen Aspekte, die ein umfangreiches Assessment erfordere werden abgedeckt. Ob tatsächlich Informationen fehlen, könne ihrer Einschätzung nach erst bei der Anwendung in der Praxis erhoben werden.

In den Interviews zeigt sich, dass prinzipiell alle Experten/Expertinnen die wesentlichen Informationen, die ein umfangreiches Assessment erfordert, durch das Strukturmodell abgedeckt sehen. Pflegerisches Wissen und professionelle Kompetenz werden als Grundlage für das Arbeiten mit der Strukturierten Informationssammlung angesehen. Die Experten/Expertinnen äußern dies zum Teil direkt, beziehungsweise werden notwendige Kompetenzen der Pflegeperson für die Anwendung angesprochen.

Von drei der fünf Interviewpartnern/Interviewpartnerinnen werden konkrete Bedenken geäußert. Diese betreffen die Gefahr etwas Wesentliches in der Informationssammlung zu übersehen, da unter Umständen nicht danach gefragt wurde. Zwei der interviewten Personen äußern diese Bedenken nicht. Vier der fünf Interviews ergeben eine grundsätzlich positive Bewertung der SIS und deren zugehörigen Themenfeldern. Es werden besonders die Vielfältigkeit, die Ganzheitlichkeit, die offenen Fragen und die Positionierung der zu pflegenden Person im Mittelpunkt der Pflege hervorgehoben. *„Ja ganz positiv find ich eben diese Sammlung“* (B4, Z. 12). Eine der interviewten Personen sieht die SIS aber überwiegend kritisch.

4.2.3 Maßnahmenplan

Die erste interviewte Person äußert, der Maßnahmenplan gefalle ihr sehr gut. Der Einschätzung nach würden die darin enthaltenen Informationen auf das Wesentliche beschränkt. Somit wisse auch der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin was im pflegerischen Handeln wichtig sei. Die ablauforientierte Gestaltung werde aus der praktischen Erfahrung heraus sehr mitarbeiterorientiert betrachtet. Im Vergleich zum derzeitigen System käme es zu keinen großen Änderungen, außer dem Wegfall von Ätiologie, Ressourcen und Ziele.

Die zweite interviewte Person meint, sie bewerte den Maßnahmenplan als ok. Bei der Gestaltung des Maßnahmenplans gäbe es die Möglichkeit diesen frei zu gestalten. Dabei bevorzuge sie aber eine gekürzte Formulierung, während sie eine Darstellung in ganzen Sätzen aufgrund der Gefahr etwas zu vergessen ablehne.

„Der g’foit ma wirklich gut. Dass’s wieder zusammenhängender is“ (B3, Z. 127-128). *„Der Maßnahmenplan wird sicher funktionieren“* (B3, Z. 58). Dieser Umstand resultiere, der interviewten Person zufolge daraus, dass dieser im derzeitigen System ebenfalls funktioniere. Änderungen im Maßnahmenplan im Vergleich zum 6-stufigen Pflegeprozess sehe sie, diese aber positiv zugunsten des Strukturmodells. Obwohl der Maßnahmenplan ausführlicher geschrieben werde, unterstütze er Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bei ablauforientierten Handlungsweisen. Er diene dem Nachlesen im Rahmen der pflegerischen Versorgung.

Die vierte interviewte Person gibt an, sie sehe die Hauptproblematik des Maßnahmenplans derzeit darin, dass dieser von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen nicht gelesen werde. Dabei könne ihrer Ansicht nach der Maßnahmenplan des Strukturmodells Abhilfe schaffen, da er eine reduzierte Form der Maßnahmenbeschreibung darstelle. *„Und somit is da natürlich auch die Frage dahinter, reicht des aus die Maßnahmenplanung, oder brauchen’s draußen noch mehr“* (B4, Z. 106-108). Den wesentlichen Unterschied zum Pflegeplan sehe sie in dem Weglassen von Problem, Pflegediagnose, Ziel und Maßnahme.

„Den bewert’ i eigentlich als sehr gut“ (B5, Z. 52). Bedenken habe sie lediglich bezüglich des Umfangs. Der interviewten Person zufolge solle der Maßnahmenplan nicht zu umfangreich sein. *„I glaub strukturiert wäre besser“* (B5, Z. 28). Es bestehe die Gefahr, dass Individualität verloren gehe. Dies beziehe sich darauf, dass der Maßnahmenplan festgelegt werde, gewisse Kunden/Kundinnen aber gerne von ihrer Routine abweichen und der Maßnahmenplan dann nicht passe. Die genaue Beschreibung im Maßnahmenplan sehe sie aber auch als Chance. Außerdem erachte sie den Einbezug von Ressourcen in den Maßnahmenplan als richtig. Damit müsse der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin beim Lesen nicht zwischen den Seiten blättern.

Der Maßnahmenplan wird von allen Experten und Expertinnen als ok bis vorwiegend sehr gut bewertet. Vier der fünf befragten Personen heben die Mitarbeiterorientierung des Maßnahmenplans hervor. Davon äußert eine interviewte Person, dass dies noch in Pilotphasen ausprobiert werden sollte.

Die ablauforientierte Gestaltung, welche die Pflegeperson bei ihrer Tätigkeit unterstützt, wird ebenfalls von drei der Befragten in den Vordergrund gestellt. *„So steht hoid die Maßnahme wirklich genau beschrieben. Was ist zu tun. Und was mir g’foit is, es is zum Beispiel bei der*

Ganzkörperpflege, die Hautpflege, die Inkontinenzversorgung, des ois glei in an drinnan. Wie's a sonst ablaufft“ (B3, Z. 67-69). Die anderen beiden treffen diesbezüglich keine Aussage.

Die Änderungen zum bisherigen System werden von drei der befragten Personen angesprochen und von diesen zum Großteil ident gesehen. Der Wegfall von Pflege Diagnosen mit dem Problem, ebenso wie die Zielsetzung wird genannt. *„Also g'fällt ma eigentlich ganz gut. Is eh ähnlich wie wir's jetzt a scho haben. Aber ohne, dass ma halt jetzt großartig Ätiologie und die anderen Sachen, Ressourcen, Ziele dabei hat“ (B1, Z. 72-74).*

Unterschiedliche Sichtweisen der Experten und Expertinnen finden sich zur Bewertung des Umfangs des Maßnahmenplans. Zwei der interviewten Personen sehen ihn reduziert und auf das Wesentliche beschränkt. Die anderen bewerten den Maßnahmenplan ausführlicher, wobei dadurch alle Informationen abgedeckt werden. *„Er is ausführlicher. [...]. Es is hoid glei ois drinnen“ (B3, Z. 60). Eine kürzere Fassung wird dennoch angestrebt. „Beim Maßnahmenplan würd i eher trotzdem a gewisse Struktur und a gewisse Kürzung, also nicht so ganze Sätze“ (B2, Z. 66-67).*

4.2.4 Berichteblatt

Die erste interviewte Person gibt an, sie sehe das Berichteblatt wie den im Rahmen des 6-stufigen Pflegeprozesses verwendeten Pflegebericht. In diesen würden auch derzeit nur Abweichungen eingetragen werden. Die Eintragung durch mehrere Berufsgruppen werde als gut bewertet. *„Na is gut so. Soll auch so sein“ (B1, Z. 82).*

Die zweite Expertin äußert, sie sehe den Sinn und Zweck des Berichteblatts in der Eintragung von Abweichungen. Sie sehe auch Ähnlichkeiten zum Pflegebericht. Den Vorteil vermute sie darin, dass alle Berufsgruppen Eintragungen vornehmen können. Dabei könne zum Beispiel nachvollzogen werden, was der Physiotherapeut/die Physiotherapeutin gemacht hat und was dabei gut oder nicht funktioniert hat. Vor allem die Eintragung durch Ärzte/Ärztinnen im Berichteblatt wolle sie besonders positiv hervorheben. *„Seh i schon von Vorteil. Weil sonst schreiben die Hausärzte meistens überhaupt nix hin und wir wissen gor nix“ (B2, Z. 83-85).*

Die dritte interviewte Expertin gibt an, dass bei weniger Wechsel der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Rahmen der Einsätze beim Kunden/der Kundin auch weniger dokumentiert werden müsse. Für sie sei es fraglich wie das Berichteblatt in einer größeren Organisation funktionieren könne. Die Eintragung durch mehrere Berufsgruppen bewerte sie sehr gut und erwähnt, dass sie sich dies schon immer gewünscht habe. *„Ja, des war gaunz*

super. Weil daun waß wirklich a jede Berufsgruppn wos da aundare tut“ (B3, Z. 77-78). Für sie stehe allerdings noch in Frage, ob sich tatsächlich jede Berufsgruppe verpflichtet fühle Eintragungen vorzunehmen.

Die vierte interviewte Person ist der Meinung, dass das Berichteblatt notwendig für die Dokumentation sei. Dabei sollen insbesondere Veränderungen verschriftlicht werden. Bei Einhaltung der Kriterien zum Ausfüllen, halte sich ihrer Meinung nach auch der Dokumentationsaufwand gering. Die Eintragung durch mehrere Berufsgruppen bewerte sie als sehr positiv und als wichtiger Faktor. Da im Setting der mobilen Pflege die multiprofessionelle Zusammenarbeit eine große Rolle spiele und daher mit verschiedenen Berufsgruppen eng zusammengearbeitet werde, werde eine gemeinsame Dokumentation als absolut sinnvoll bewertet.

Im Rahmen des fünften Interviews gibt die befragte Expertin an, sie bewerte das Berichteblatt als positiv. Ihrer Meinung nach sei das Berichteblatt keine große Änderung zum Pflegebericht des 6-stufigen Pflegeprozesses. Es werde als Mittel zur Reaktion auf Abweichungen von Maßnahmen gesehen. Die Eintragung durch mehrere Berufsgruppen werde als positiv bewertet. Dies werde als Chance gesehen, dass beispielsweise Ärzte und Ärztinnen um die Möglichkeit der Eintragung ihrerseits Bescheid wissen würden und sich somit mitteilen könnten. Für das Pflegepersonal sehe sie diese multiprofessionellen Eintragungen ebenfalls als Besserung zum derzeitigen System. *„Weil jetzt is des a sog amal so unter Anführungszeichen Zettelglauberei“ (B5, Z. 67-68).*

Alle Expertinnen und Experten bewerten die Eintragung durch mehrere Berufsgruppen als positiv und wünschenswert. *„Da bin ich absolut positiv eingestellt. I find des sogor a wichtiger Faktor [...]“ (B4, Z. 124).* Dies wird als wesentliche Chance zur Verbesserung der multiprofessionellen Zusammenarbeit gesehen. Vier der interviewten Personen sprechen darüber hinaus die Ähnlichkeit des Berichteblatts mit dem im Rahmen des 6-stufigen Pflegeprozesses verwendeten Pflegeberichtes an. Die Gemeinsamkeit liegt dabei vor allem in der Eintragung von Abweichungen. *„Beim Berichteblatt seh i jetzt amal ned so viel Unterschied zu unserem Pflegebericht. Das heißt es wird das festgehalten was vom Plan abweicht“ (B1, Z. 77-78).*

4.2.5 Evaluation

Die erste interviewte Person meint, die Änderung in der Evaluation im Rahmen des Strukturmodells sei hauptsächlich in der Art und Weise wie diese dokumentiert werde. Die Häufigkeit der Evaluation werde ihrer Einschätzung zu folge gleich bleiben.

Die zweite interviewte Expertin gibt an, sie sehe die größte Änderung in der Evaluation im Wegfall von Zielen, welche im Strukturmodell nicht mehr anhand ihrer Erreichung beurteilt werden können. Somit würden die Themenfelder einzeln evaluiert. *„Is von der Evaluierung her ganzheitlicher. Also umfassender“* (B2, Z. 91-92). Die Häufigkeit der Evaluierungen müsse ihrer Einschätzung nach gleich dem derzeitigen System bleiben.

Im dritten Interview äußert die Expertin, sie betrachte die Evaluation kritisch. Ihrer Einschätzung zufolge fehle das Ziel, welches es einer Pflegeperson erlaube eine Beurteilung im Rahmen der Evaluation vorzunehmen. Insbesondere problematisch sehe sie die Evaluation durch eine andere Pflegeperson als jene, welche die Planung verfasst hat. *„Wenn i selber des ois g’schriem hob, daun waß i wos i domois im Kopf g’hobt hab, was i erreichen möchte. Waun des jemand anderer evaluiert waß i ned ob der waß wos ma do, wos ma selber für a Vorstellung g’hobt hat“* (B3, Z. 83-85).

Die vierte Expertin meint, sie sehe die Änderung der Evaluation in der Miteinbeziehung der Strukturierten Informationssammlung. Dabei spricht sie an, dass in der Praxis des 6-stufigen Pflegeprozesses bei der Evaluation meist kein Bezug zum Assessment bestehe. *„Und das is ja der Sinn dieser SIS. Um des auch einzubeziehen“* (B4, Z. 139).

Die fünfte interviewte Person gibt an, sie bewerte die Evaluation umfangreicher als bisher. Ihrer Meinung nach müsse im Rahmen der Evaluation durch die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson sowohl der Maßnahmenplan, als auch der Pflegebericht genau kontrolliert werden. *„Also i muas eigentlich no mehr lesen. Find i“* (B5, Z. 75-76).

Die Bewertungen der Evaluation im Strukturmodell seitens der Experten und Expertinnen fällt sehr unterschiedlich aus. Zwei der interviewten Personen sind der Meinung, dass die Häufigkeit der Evaluationen gleich bleibt. Vor allem der Wegfall der Ziele im Strukturmodell wird angesprochen, wobei nur eine Expertin der Meinung ist, dass diese für die Evaluation benötigt werden. Drei Personen sind der Meinung, dass der Bezug auf die zuvor dokumentierten Elemente, vor allem die Themenfelder, die große Änderung ausmacht. Eine Expertin sieht die Evaluation im Strukturmodell umfangreicher. Eine andere Expertin bewertet die Evaluation als ganzheitlicher im Gegensatz zum 6-stufigen Pflegeprozess.

4.2.6 SIS-Map

Die erste interviewte Person gibt an, sie sehe in der SIS-Map viel Potential. *„Also am Anfang wie ich’s erste Mal gesehen hab, hab ich mir dacht „Oh Gott“. Aber umso mehr i da jetzt von dir da Informationen bekommen hab, umso begeisterter bin i“* (B1, Z. 98-99). Sie schlägt vor, es könne die gesamte Pflegeplanung in diese SIS-Map integriert werden, welche auf einem

A3-Blatt am Beginn der Dokumentationsmappe eingelegt werden könne. Außerdem weist sie darauf hin, dass es möglich sei Konzepte von Biografie bis Kinaesthetics darin zu integrieren und auf Themenfelder aufzuteilen. Ihr gefalle die SIS-Map am Strukturmodell am besten und sie sehe darin viel Potential für die Zukunft. Sie habe konkrete Vorstellungen für die Anwendung der SIS-Map in der Praxis. Vor allem die Übersichtlichkeit für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor Ort gefalle ihr besonders.

Die zweite interviewte Person gibt an, sie könne sich die praktische Verwendung der SIS-Map gut vorstellen. Dabei sehe sie deren Verwendung vor allem in den ersten vier Wochen nach Aufnahme eines Kunden oder einer Kundin. Auch das Auflegen der SIS-Map mit der Bitte um Anmerkungen seitens der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor einer geplanten Evaluation durch die diplomierte Pflegeperson sei für sie gut vorstellbar.

Die dritte Expertin meint, sie wolle und könne noch keine Bewertung der SIS-Map machen. *„Mir is ois no zu theoretisch“* (B3, Z. 92).

„De SIS-Map is absolut super sinnvoll, weil des noch einmal für die Informationssammlung einfach a no einmal a Hilfestellung gibt, zu fokussieren, was is des, was is eigentlich des Problem“ (B4, Z. 141-143). Sie schätze vor allem die Unterstützung der SIS-Map beim Erkennen und Erfassen von Problemen, meint die vierte interviewte Person. Durch Verknüpfungen könne das zentrale Problem herausgefiltert werden. Dementsprechend sei sie absolut für die Einführung der SIS-Map.

Die fünfte interviewte Expertin gibt an, sie bewerte die SIS-Map als sehr wichtig. *„Und es arbeiten olle im Team mit. Wos i sehr positiv finde“* (B5, Z. 83-84). Wichtig sei es, dass die Eintragungen zu dem Zeitpunkt gemacht werden können in dem die zu dokumentierenden Geschehnisse stattfinden. Für sie sei eine Erleichterung ersichtlich, da Informationen mit der SIS-Map nicht mehr auf anderem Wege, wie beispielsweise telefonisch, ausgetauscht werden müssen. Sie sehe auch die Nützlichkeit der SIS-Map im Zuge der Evaluation durch die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson.

Für vier der fünf interviewten Experten und Expertinnen ist die praktische Umsetzung der SIS-Map gut vorstellbar. Dabei überwiegen die positive Sichtweise und das Potential derer. *„Aber i seh vor allem in dieser SIS-Map, i waß ned g'fallt mir total, unheimliches Potential wenn man den Mut hat es auch wirklich umzusetzen. I glaub des hat des volle Zukunftspotential“* (B1, Z. 137-139). Einer der fünf interviewten Personen ist das Konzept der SIS-Map zum Zeitpunkt des Interviews noch zu theoretisch um eine Bewertung vorzunehmen. Grundsätzlich wird diese aber nicht abgelehnt.

Übereinstimmende Aussagen finden sich auch zur Übersichtlichkeit. Dabei wird angesprochen, dass die SIS-Map alle notwendigen Informationen integriert und prinzipiell erweiterbar wäre. Vor allem die Miteinbeziehung des gesamten Teams wird gelobt. Zwei der interviewten Experten und Expertinnen treffen auch Aussagen bezüglich der Hilfestellung bei der Evaluation durch die SIS-Map. Diese dient als gute Basis. *„Wenn ma afoch sagt ok, da ist a Evaluation angesagt. I möchte in vierzehn Tag evaluieren. Ich leg euch wieder mal diesen Plan hin. Macht’s euch amal a bissl Gedanken drüber und schreibt’s ma da was dazu“* (B2, Z. 96-98).

4.2.7 Verzicht auf Pflegediagnosen

Die erste interviewte Person gibt an, dass sie nur schwierig eine Aussage bezüglich dem Verzicht auf die klassische Pflegediagnose treffen könne, da die Praxis dazu fehle. Grundsätzlich sei ein Absehen von Pflegediagnosen aber möglich. *„I kau mir’s grundsätzlich ja vorstellen. Warum auch nicht“* (B1, Z. 24).

Die zweite interviewte Person gibt auf die Frage nach Neuerungen an, dass ihr die Pflegediagnose fehle. Sie betrachte dies eher kritisch. Bei einfachen Fällen werde die Pflegediagnose nicht fehlen. *„Bei komplexeren Fällen ist die Frage ob mir dann da nicht was fehlt“* (B2, Z. 28-29). Sie frage sich, was der Hintergrund für das Entstehen von NANDA war. *„[...] warum haben Menschen in den sechziger Jahren NANDA erfunden, haben sich damit Jahrzehnte lang auseinandergesetzt, haben im Endeffekt ein Werk erschaffen wo zwahundertsiebzig Pflegediagnosen drinnen stehn die sich sehr wohl unterteilen auch in Ätiologie, in Symptomatik und a in Ressourcen, wenn des so gor kann Sinn gehabt hat. Des muas ja a irgendan Hintergrund gehabt haben“* (B2, Z. 17-21). Für sie stehe in Frage, ob Ansätze für Maßnahmen fehlen, wenn keine Ursachen bekannt seien. Eine Engstirnigkeit mit der Gefahr etwas zu übersehen werde befürchtet.

Die dritte Expertin gibt an, der Verzicht auf Pflegediagnosen stelle für sie kein Problem dar. Sie sei der Meinung, dass Diagnosen nicht notwendig seien, nur um sie zu dokumentieren und die Pflegeperson, sofern sie dies könne, Pflegediagnosen im Kopf habe.

Die vierte interviewte Person gibt an, sie bewerte den Verzicht auf Pflegediagnosen nicht als Änderung. Die Fähigkeit zum Erkennen von Problemen und der Anwendung von Wissen hänge sehr stark von der Persönlichkeit des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin ab. Durch Pflegediagnosen stehe das Problem und somit die defizitäre Sichtweise im Vordergrund. Obwohl Probleme und Ressourcen nicht mehr als solche formuliert werden, blieben sie

trotzdem als kognitiver Prozess bestehen. Somit bliebe alles erhalten und ihrer Meinung nach gehe nichts verloren.

Die fünfte interviewte Expertin meint, sie bewerte den Verzicht auf Pflegediagnosen im Strukturmodell als positiv. „[...] finde ich ma braucht's ned wirklich“ (B5, Z. 20).

Insgesamt ist für vier der fünf Experten und Expertinnen ein Verzicht auf die klassische Pflegediagnose vorstellbar. „Des is für mi total ok“ (B3, Z. 33). Eine Interviewpartnerin lehnt zwar den Verzicht auf Pflegediagnosen grundsätzlich nicht ab, sieht aber ein komplettes Weglassen der Pflegediagnose eher kritisch, aufgrund der Gefahr etwas zu Übersehen. Zwei der interviewten Personen äußern sich dazu konträr und sehen keine Änderung. „Sondern des hot ma ja, des hot ma im Kopf“ (B3, Z. 34-35). Die Informationen bleiben deren Expertise nach als kognitiver Prozess erhalten. „Da geht gar nichts verloren meiner Meinung nach“ (B4, Z. 51). Dementsprechend ist die Fähigkeit zum Diagnostizieren von dem oder der jeweiligen Mitarbeiter oder Mitarbeiterin abhängig. „Weil waun i's kau, siach i des eh“ (B3, Z. 33).

5 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

Die zu Beginn der Arbeit angeführte Forschungsfrage lautet: Wie wird das Strukturmodell für die Pflegedokumentation von Experten und Expertinnen des 6-stufigen Pflegeprozesses im Setting der mobilen Pflege bewertet? Nachstehend soll anhand der Ergebnisse auf diese Frage eingegangen werden.

Das Strukturmodell für die Pflegedokumentation wird von den befragten Experten und Expertinnen des 6-stufigen Pflegeprozesses im Setting der mobilen Pflege anhand verschiedener Aspekte bewertet. Dabei ist die Praxistauglichkeit des Modells gegeben. Eine Umsetzung erfordert jedoch ein langsames Vorgehen und Einschulung aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, ebenso wie Pilotphasen und Berücksichtigung einer eventuellen Personalnot. Problematiken in der Umsetzung werden von den Experten und Expertinnen vor allem beim freien Formulieren gesehen. Die Herausforderung in der praktischen Umsetzung besteht demzufolge in einem notwendigen Umdenken.

Die Strukturierte Informationssammlung wird positiv bewertet. Dabei stehen vor allem die Vielfältigkeit, Ganzheitlichkeit und die offenen Fragen im Vordergrund. Alle wesentlichen Informationen, welche ein umfangreiches Assessment erfordert, werden durch die SIS abgedeckt. Die SIS erfordert jedoch pflegerisches Wissen und professionelle Kompetenz, da den Experten und Expertinnen zufolge die Gefahr besteht wesentliche Inhalte zu übersehen.

Der Maßnahmenplan wird von den Experten und Expertinnen als ok bis sehr gut bewertet. Dabei ist die Mitarbeiter/-innenorientierung und die ablauforientierte Gestaltung ein wesentlicher Beweggrund. Wird der Wegfall von Zielen und Pflegediagnosen berücksichtigt, besteht eine grundsätzliche Ähnlichkeit zum 6-stufigen Pflegeprozess. Unterschiedliche Bewertungen betreffen den Umfang des Maßnahmenplans. Dieser wird zum einen reduzierter gesehen, zum anderen aber auch länger. Ganze Sätze werden in der Formulierung abgelehnt.

Das Berichteblatt weist, durch Eintragung von Abweichungen vom Maßnahmenplan, eine Ähnlichkeit zu dem im 6-stufigen Pflegeprozess verwendeten Pflegebericht auf. Die größte Änderung wird in der Eintragung von mehreren Berufsgruppen gesehen. Diese wird als positiv und wünschenswert bewertet und als wesentliche Chance zur multiprofessionellen Zusammenarbeit betrachtet.

Das Element der Evaluation wird von den Expertinnen und Experten durchaus unterschiedlich bewertet. Die Häufigkeit, in der Evaluationen stattfinden sollen, wird als gleichbleibend betrachtet. Der Wegfall von Zielen wird als durchaus kritisch gesehen, da diese für die Bewertung im Rahmen der Evaluation als notwendig erachtet werden. Der

Bezug bei der Evaluation im Rahmen des Strukturmodells erfolgt auf die Themenfelder, wodurch die Evaluation ganzheitlicher, aber auch umfangreicher wird.

Die praktische Umsetzung der SIS-Map ist gut vorstellbar. Diese wird als sehr positiv gesehen, da sie übersichtlich ist und alle notwendigen Informationen enthält. Eine Erweiterung dieser ist vorstellbar. Die SIS-Map kann darüber hinaus als Basis für die Evaluation verwendet werden. Vor allem die Miteinbeziehung des gesamten Teams durch die Verwendung der SIS-Map wird als positiv bewertet.

Als wesentlicher Aspekt der Bewertung des Strukturmodells wird der damit einhergehende Verzicht auf die klassische Pflegediagnose gesehen. Für die Mehrheit der Expertinnen und Experten ist der Wegfall der Pflegediagnosen vorstellbar, da dadurch keine grundlegende Änderung stattfindet. Einerseits besteht die Gefahr Informationen zu übersehen, andererseits bleiben aber Daten und die Fähigkeit zu Diagnostizieren als kognitiver Prozess erhalten.

Es zeigt sich, dass die Bewertung des Strukturmodells durch die Experten und Expertinnen des 6-stufigen Pflegeprozesses in den wesentlichen Punkten ähnlich ist. Dennoch werden bestimmte Aspekte auch sehr unterschiedlich bewertet. Dabei ist zu beobachten, dass die Standpunkte ausgehend von der beruflich bekleideten Position sehr variieren. Insgesamt wird das Strukturmodell von Experten und Expertinnen der oberen Führungsebene weit kritischer bewertet, als dies von jenen an der Basis der Fall ist. Dieser Aspekt lässt auf unterschiedliche Erfahrungen und strategische Überlegungen rückschließen. Vor allem zum Thema „Praxistauglichkeit“ muss angemerkt werden, dass keiner der Experten und keine der Expertinnen tatsächlich praktische Erfahrung mit dem Strukturmodell hat. Die Bewertung dessen erfolgt also ausschließlich auf Basis theoretischer Informationen.

Befragungen von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen im Rahmen eines Praxisprojekts zur Entwicklung der SIS zeigten, dass die Mehrheit der Pflegenden der Meinung war, dass durch die SIS alle relevanten Informationen über den zu pflegenden Menschen erfasst werden (Beikirch et al., 2014, S. 41). Dies deckt sich mit den Aussagen der interviewten Experten/Expertinnen, die alle wesentlichen Inhalte eines umfangreichen Assessments durch die SIS erfüllt sehen. Die Notwendigkeit bei der Dokumentation im Rahmen der SIS frei zu formulieren wird von den Experten und Expertinnen als Schwierigkeit gesehen. In den Praxistests zeigte sich jedoch, dass die meisten Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen keine Probleme mit den Kernelementen B und C1, welche freies Formulieren erfordern, hatten (Beikirch et al., 2014, S. 41).

Der Meinung, dass im Falle einer praktischen Umsetzung des Modells wichtige Aspekte, wie die Schulung aller Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, sowie ein langsames Vorgehen und eine eventuell vorhandene Personalnot bedacht werden müssen, sind nicht nur die interviewten

Experten/Expertinnen. Auch Rink & Wipp (2017, S. 212ff.) verweisen auf die Notwendigkeit der umfangreichen Einschulung aller Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen. Dafür benötigt es einen gut geplanten und ausführlichen Einführungszeitraum, bei dem auch andere, zeitgleich in der Organisation anstehende Prozesse, berücksichtigt werden müssen. Auf organisatorischer Seite benötigt es dazu Probephase. Zu diesem Ergebnis gelangen auch die Experten und Expertinnen in ihrer Bewertung. Ebenso spielt ihnen zu folge ein notwendiges Umdenken im bisherigen Dokumentieren für die praktische Umsetzung eine große Rolle. Einrichtungsinterne Konzepte und Standards müssen nach Rink & Wipp (2017, S. 230f.) vor Einführung des Strukturmodells überdacht werden, um das Grundverständnis der Einrichtung und ihrer Pflegenden mit dem Strukturmodell in Einklang zu bringen.

Da die Elemente des Strukturmodells unterschiedlich bewertet werden, ist bei einer potentiellen Umstellung auf dieses Modell fraglich, ob dieses im gesamten übernommen werden sollte, oder aber nur Teile des Strukturmodells. Daher gilt es vorab zu definieren, welches Ziel durch die Umstellung angestrebt wird und welcher Nutzen dadurch entstehen soll. Auf dieser Basis sollte vorab eine Klärung stattfinden, welche Aspekte sinnvoll sind, um letztendlich die angestrebte Optimierung des Pflegeprozesses zu erreichen.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Der 6-stufige Pflegeprozess nach Fiechter und Meier ist die derzeit am häufigsten in Institutionen verwendete Form der Dokumentation. Der erste darin enthaltene Schritt ist die Informationssammlung, in welcher durch Assessmentinstrumente relevante Daten des Kunden/der Kundin erhoben und gesammelt werden. Darauf folgend werden Pflegediagnosen erfasst. Diese beinhalten eine Beschreibung des Problems, der Ursache, Symptome und Ressourcen. Darauf aufbauend werden Ziele und Interventionen geplant. In einem weiteren Schritt erfolgt deren Implementierung. Um diese Schritte einander anzugleichen und zu kontrollieren, erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Evaluation.

Auf Grundlage einer Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation und des damit einhergehenden Pflegeprozesses wurde das Strukturmodell für die Pflegedokumentation entwickelt. Dieses reduziert den Pflegeprozess auf vier Elemente. Das erste Element stellt die Strukturierte Informationssammlung dar. Diese gliedert sich in mehrere Kernelemente. Kernelement A umfasst die Stammdaten der Kundin/des Kunden. Kernelement B bildet die Einstiegsfragen an die pflegebedürftige Person ab. Anschließend folgt Kernelement C1, welches sechs frei auszufüllende Themenfelder umfasst, gefolgt von einer Risikomatrix, welche Kernelement C2 abbildet. Zur Unterstützung bei der Erfassung der Daten im Rahmen der SIS, kann eine sogenannte SIS-Map unterstützen. Nach der Strukturierten Informationssammlung folgt der Maßnahmenplan als weiteres Element. Abweichungen von diesem werden im Berichtblatt dokumentiert. Das letzte Element des Strukturmodells bildet die Evaluation. Bei Einführung des Strukturmodells in einer Organisation, gilt es nicht nur wirtschaftliche, sondern auch organisatorische, personelle und rechtliche Aspekte zu berücksichtigen.

Zur Untersuchung wie Experten und Expertinnen des 6-stufigen Pflegeprozesses im Setting der mobilen Pflege das Strukturmodell für die Pflegedokumentation bewerten, wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Diese wurden anhand der Themenanalyse nach Froschauer & Lueger (2003) analysiert. Dabei stellten sich vor allem die Themen Praxistauglichkeit des Strukturmodells, Strukturierte Informationssammlung, Maßnahmenplan, Berichtblatt, Evaluation, SIS-Map und Verzicht auf Pflegediagnosen als besonders relevant dar.

Insgesamt wird das Strukturmodell seitens der Experten und Expertinnen im Setting der mobilen Pflege, unter bestimmten Voraussetzungen, als praktikabel gesehen. Die Strukturierte Informationssammlung wird nicht nur als vielfältig, sondern auch ganzheitlicher bewertet. Eine positive Sichtweise überwiegt, obwohl es die Gefahr zu bedenken gibt, wesentliche Inhalte zu übersehen. Auch beim Maßnahmenplan überwiegt die positive

Sichtweise. Bei der Bewertung der Evaluation werden verschiedene Aspekte gesehen. Eine praktische Umsetzung der SIS-Map ist für die Experten und Expertinnen gut vorstellbar. Dies gilt auch für den Wegfall der klassischen Pflegediagnose, wobei in diesem Bereich auch Bedenken geäußert werden.

Zum Zeitpunkt der Verfassung der vorliegenden Arbeit konnten in Österreich noch keine das Strukturmodell für die Pflegedokumentation praktizierenden Organisationen für mobile Pflege ausfindig gemacht werden, wohingegen das Modell in Deutschland bereits sehr verbreitet angewendet wird. Angesichts der Beurteilung durch Experten und Expertinnen des 6-stufigen Pflegeprozesses weist das Strukturmodell Potential im Bereich der ambulanten Pflege auf. Fraglich ist, ob dieses trotz der Kritikpunkte auch in Österreich Anwendung finden kann und wird. Fest steht, dass das Modell im Setting der mobilen Pflege insgesamt als praxistauglich bewertet wird.

Ob der Informationsgehalt der Pflegedokumentation anhand des Strukturmodells beim Arbeiten in der Praxis tatsächlich jenem des 6-stufigen Pflegeprozesses entspricht, ist jedoch noch fraglich. Dies spiegelt sich auch in der Bewertung der Experten und Expertinnen wieder. Diese äußern mehrmals Bedenken bezüglich der Gefahr im Rahmen der sehr offenen Datenerhebung durch die Strukturierte Informationssammlung Wesentliches zu übersehen. Ausblickend wäre demnach weitere Forschung zur konkreten Anwendung des Strukturmodells in der Praxis und dessen Informationsgehalt im Vergleich zum 6-stufigen Pflegeprozess interessant.

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.

Beikirch, E., Fähmann, E., Hindrichs, S., Rösen, E. E., Schulz, A., Triftshäuser, K., Umlandt-Korsch, S. & Roes, M. (2017). Prinzipien und Umsetzung. In E. Beikirch, H. D. Nolting & M. Wipp (Hrsg.), *Dokumentieren mit dem Strukturmodell. Grundlagen-Einführung-Management. 2., überarbeitete Auflage* (S. 79-204). Hannover: Vincentz Network.

Froschauer, U. & Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview.* Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Hecker, T., Krebs, E. M., 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.

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.

Rink, F. & Wipp, M. (2017). Anforderungen an das Management und an die Rahmenbedingungen. In E. Beikirch, H. D. Nolting & M. Wipp (Hrsg.), *Dokumentieren mit dem Strukturmodell. Grundlagen-Einführung-Management. 2., überarbeitete Auflage* (S. 207–223). Hannover: Vincentz Network.

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

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

Online Quellen

<https://www.ppm-online.org/implementierung-des-strukturmodells-so-unterscheiden-sich-die-pflegeprozesse/> [Abruf am 01.02.2018].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der 6-stufige Pflegeprozess.....	9
Abbildung 2: Die 4 Elemente des Strukturmodells	12

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Themen in den Interviews (INT)	24
Tabelle 2: Anzahl der Aussagen	24

Anhang

Interviewleitfaden für Experten-/ Expertinneninterviews zum Strukturmodell für die Pflegedokumentation

Begrüßung, Einleitung

Fragen zur Grundhaltung:

Was ist neu für Sie am Strukturmodell für die Pflegedokumentation im Vergleich zum 6-stufigen Pflegeprozess?

- Welche Aspekte bewerten Sie als besonders positiv?
- Welche Aspekte bewerten Sie als besonders negativ?

Beim Strukturmodell werden Probleme, Ursachen, Symptome und Ressourcen nicht mehr unter der klassischen Pflegediagnose zusammengefasst (PESR-Schema). Wie bewerten Sie diese Änderung?

Schwierigkeiten:

Wo sehen Sie Schwierigkeiten bzw. Problematiken in der praktischen Umsetzung?

Sichtweisen auf die Felder der SIS:

Wie bewerten Sie die Felder der Strukturierten Informationssammlung?

- Werden alle wesentlichen Aspekte die ein umfangreiches Assessment erfordert abgedeckt?

Was fehlt Ihnen in der Strukturierten Informationssammlung?

Elemente des Strukturmodells:

Wie bewerten Sie den Maßnahmenplan?

- Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede zum Pflegeplan?

Wie bewerten Sie das Berichteblatt?

- Wie bewerten Sie insbesondere die Eintragung durch mehrere Berufsgruppen?

Welche Unterschiede zum 6-stufigen Pflegeprozess vermuten Sie beim Evaluieren?

SIS-Map:

Wie bewerten Sie die SIS-Map und deren Umsetzung in der Praxis?

Umsetzung:

Glauben Sie, dass das Strukturmodell in der mobilen Pflege umsetzbar wäre?

- Warum ja?
- Warum nein?

Was braucht es Ihrer Meinung nach um das Modell im Setting der mobilen Pflege umzusetzen?

Dank, Verabschiedung

Einverständnis- und Anonymitätserklärung

Ich, Herr/Frau _____ bin damit einverstanden von Frau Barbara Riegler im Rahmen der Bachelorarbeit am Studiengang „Aging Services Management“ zum Thema „*Optimierung des Pflegeprozesses – Bewertung des Strukturmodells für die Pflegedokumentation im Setting der mobilen Pflege*“ interviewt zu werden.

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass das durchgeführte Interview für die weitere Bearbeitung mittels Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht wird.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das Interview jederzeit abgebrochen werden kann.

Die im Rahmen des Interviews von mir angeführten Daten und Aussagen werden zur weiteren Auswertung anonymisiert behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift der interviewten Person

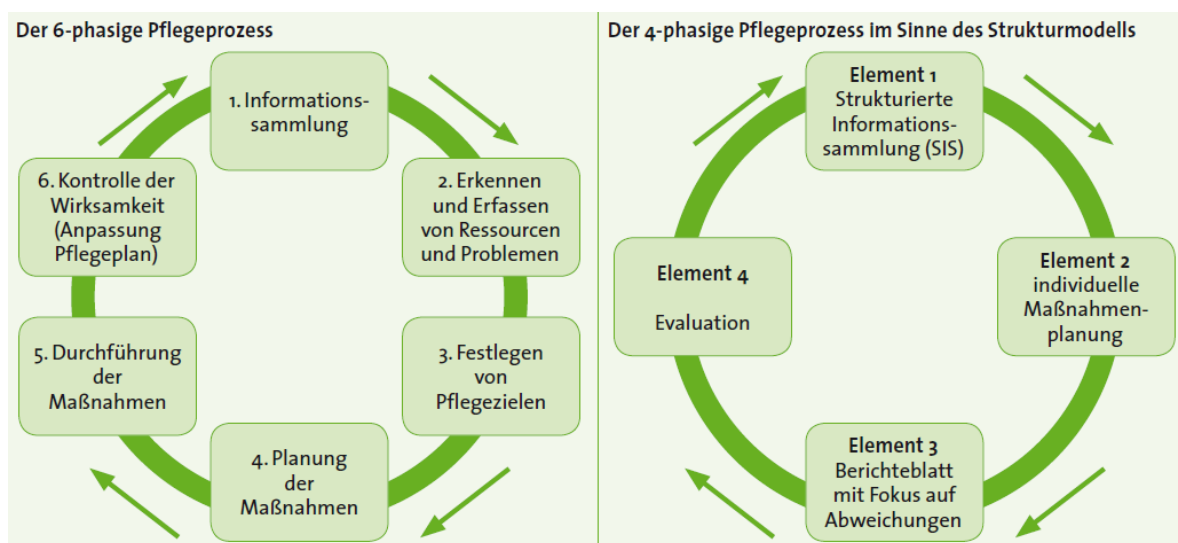
Unterschrift der Interviewerin

Vorabinformation: Das Strukturmodell für die Pflegedokumentation

Beim dem in Deutschland entwickelten Strukturmodell für die Pflegedokumentation handelt es sich um eine Darstellung des Pflegeprozesses. Ausgehend von einer gewünschten Effizienzsteigerung 2013 wurde das Strukturmodell unter Einbeziehung von Experten und Expertinnen verschiedener Bereiche entwickelt, rechtlich geprüft und erprobt. Neben Entbürokratisierung der Pflegedokumentation verspricht das Modell stärkeren Einbezug der individuellen Perspektive der zu pflegenden Person und Hervorhebung der Fachlichkeit der Pflegeperson (Hecker, Krebs, Molderings & Rasek, 2017, S. 10).

Das Strukturmodell setzt sich aus vier Elementen zusammen (Ahmann, Ahmann & Pelzer, 2016, S. 22).

Abbildung 1: Der 6- stufige Pflegeprozess und die vier Elemente des Strukturmodells



(Quelle: <https://www.ppm-online.org/implementierung-des-strukturmodells-so-unterscheiden-sich-die-pflegeprozesse/>, 4.1.2018)

1. Die Strukturierte Informationssammlung

Der erste Schritt in dieser Darstellung des Pflegeprozesses ist die Strukturierte Informationssammlung, kurz SIS genannt. Diese soll nun näher erläutert werden:

Abbildung 2: Die strukturierte Informationssammlung - ambulant



Name der pflegebedürftigen Person	Geburtsdatum	Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft	pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer
Themenfeld 4 – Selbstversorgung			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 50px; margin: 0 auto;">C1</div>			
Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 50px; margin: 0 auto;">C1</div>			
Themenfeld 6 – Haushaltsführung			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 50px; margin: 0 auto;">C1</div>			

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

Konzept © Bärlich/Rose - Nutzungsrechte: BMS - Version 2.0/2017

(Quelle: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/SIS-ambulant_A4_V2.0_2017.pdf, 3.1.2018)

Wie auf der Grafik ersichtlich gemacht setzt sich die SIS aus mehreren Abschnitten, Kernelementen genannt, zusammen.

1.1 Kernelement A - Stammdaten

Hier werden allgemeine Daten gesammelt. Dabei handelt es sich um den Namen und das Geburtsdatum der pflegebedürftigen Person, sowie um die Angabe der Pflegeperson, welche die SIS durchgeführt hat und um die Information wer beim Gespräch anwesend war (zu pflegende Person, Angehörige etc.) (Ahmann et al., 2016, S. 31).

1.2 Kernelement B – Einstiegsfragen

Im nächsten Schritt zählt die personenzentrierte Perspektive der zu pflegenden Person. Die Leitfragen: „Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?“ dienen der Erfassung individueller Wünsche und Bedürfnisse. Die Pflegeperson dokumentiert hier die Aussagen der zu pflegenden Person oder der/des Angehörigen optimalerweise wortwörtlich und in Ich-Form (Ahmann et al., 2016, S. 31).

z.B.: „Ich bräuchte jemanden, der mir die Strümpfe anzieht. Mit den Tabletten komme ich auch nicht mehr ganz zurecht. Die Namen der Verpackungen ändern sich ständig und ich kann so schlecht sehen. Meine Augen sind auch nicht mehr operierbar. Beim Waschen bräuchte ich wohl auch Hilfe und jemand, der mir die Brötchen schmiert. Generell brauche ich jetzt erst einmal Hilfe. Laufen kann ich, aber es fällt mir schwer und geht nur mit Rollator“ (Ahmann et al., 2016, S. 95).

1.3 Kernelement C1 – sechs Themenfelder

Um die Situation der zu pflegenden Person aus pflegefachlicher Sicht näher zu erfassen werden Daten in sechs Themenfeldern erhoben. Die einzelnen Themenfelder umfassen folgende Punkte, deren Umfang sich je nach Bedarf gestaltet (Ahmann et al., 2016, S. 34ff.):

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
 - Orientierung zeitlich, örtlich, persönlich und situativ
 - Aufforderungen verstehen
 - Entscheidungen treffen
 - Risiken und Gefahren erkennen
 - Verhaltensweisen/-auffälligkeiten

2. Mobilität und Beweglichkeit:

- Einschätzung der Mobilität (freies Bewegen, Lagewechsel, Sitzen, Transfer, Stehen, Gehen, Fortbewegung etc.)

3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen:

- Gesundheitliche Einschränkungen
- Therapiemaßnahmen
- Besondere Hilfsmittel
- Besonderheiten im körperlichen Zustand (RR, Puls, Blutzucker etc.)

4. Selbstversorgung:

- Körperpflege (Waschen, Duschen, Haarpflege etc.)
- Fähigkeit sich zu Kleiden
- Ernährung/ Trinken
- Ausscheidung

5. Leben in sozialen Beziehungen:

- Alltagsgestaltung
- Aktivitäten/Hobbies/Vorlieben
- Schlafen – Gestaltung des Tag-/Nachtrhythmus
- Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen

6. Haushaltsführung (spezieller Bereich für die ambulante Pflege):

- Wohlbefinden im häuslichen Umfeld
- Wohnen und hauswirtschaftlicher Bereich
- Inanspruchnahme von Dienstleistungen (Einkauf, Behördengänge etc.)

Die Reihenfolge der Erhebung kann individuell variieren. Sollte ein Themenfeld nicht relevant sein braucht es einen entsprechenden Vermerk (Ahmann et al., 2016, S. 35). Um das Ausfüllen der Themenfelder zu erleichtern empfiehlt es sich jeweils auf Fähigkeiten und Einschränkungen einzugehen (Hecker et al., 2017, S. 57).

Beispiel einer Erhebung zum Themenfeld 5:

- *„Hr. Deutlich hat regelmäßig Kontakt zu seinem Sohn und seiner Schwiegertochter. Er kann nach seinen Möglichkeiten die Tagesstruktur selbst vornehmen und diese ggf. bei Bedarf verändern. Aufgrund der Einschränkungen in TF 3 gibt er klar an, dass er sich manchmal einsam fühlt“ (Ahmann et al., 2016, S. 96).*

1.4 Kernelement C2 – Die Risikomatrix

In der Risikomatrix werden die häufigsten pflegerischen Risiken abgebildet. Diese können beliebig um weitere ergänzt werden. Anhand der relevanten Punkte aus den Themenfeldern wird die Situation eingeschätzt und das Risiko mit „ja“ oder „nein“ beantwortet. In jedem Fall müssen die Erkenntnisse aus den Themenfeldern in C1 berücksichtigt werden. Bei der Beantwortung mit „nein“ (kein Risiko) sind keine weiteren Schritte notwendig. Ein Risiko wird auch verneint, wenn es durch die zu pflegende Person selbst kompensiert wird. Wurde ein Risiko mit „ja“ beantwortet muss abgewogen werden, ob genügend pflegerische Informationen dazu vorhanden sind, oder ob es noch einer weiteren Einschätzung bedarf. In manchen Fällen ist aber auch ein Beratungsgespräch indiziert (Ahmann et al., 2016, S. 41ff.).

2. Individuelle Maßnahmenplanung

Unter Berücksichtigung der bisherigen Daten anhand der SIS, wird nun ein Maßnahmenplan zusammengestellt. Probleme, Ressourcen und Ziele müssen nicht mehr erneut formuliert werden. Diese wurden bereits durch die SIS erhoben. Die Ergebnisse der Risikomatrix werden in die Planung aber mit einbezogen. Wie genau der Maßnahmenplan ausgestaltet wird hängt in wesentlichem Maße von der Organisation ab. Dennoch sollten bestimmte Aspekte berücksichtigt werden. Zum einen wird der Planung eine sogenannte „Grundbotschaft“ vorangestellt. Dies ist eine kurze Beschreibung von individuellen Wünschen oder Vorlieben der zu pflegenden Person, die es immer zu beachten gilt. Weiters sollte der Zeitraum für die Maßnahme ausgewiesen werden. Die Maßnahmen sollten handlungsleitend beschrieben werden, welche Hilfsmittel dabei zum Einsatz kommen und wie hoch der Hilfebedarf ist. Zur besseren Orientierung wird die Nummer des zugehörigen Themenfeldes vermerkt, sowie das Evaluationsdatum und das Handzeichen der zuständigen Pflegeperson (Ahmann et al., 2016, S. 48ff.).

Beispiel:

Abbildung 3: Auszug aus einem Maßnahmenplan

Maßnahmenplanung von: <u>8:00</u> bis <u>9:30</u> Uhr		Datum	HDZ.
TF	Grundbotschaft: Mein Ablauf soll eingehalten werden, sonst bin ich sehr verunsichert.		
4	Montags und freitags wäscht eine PK des Pflegedienstes die Beine und Füße von Herrn H. Frische Handtücher und Waschlappen befinden sich im Schrank unter dem Waschbecken im Badezimmer. Syndet befindet sich im Korb auf dem Badewannenrand. Herr H. legt ein altes Handtuch über den Badewannenrand, setzt sich auf den Toilettenbecken und krepelt die Hosenbeine hoch. Die PK lässt warmes Wasser in das Waschbecken einlaufen und bringt ein paar Tropfen des Syndets ein. Nun legt Hr. H. ein Bein auf das Handtuch, das über dem Badewannenrand hängt. Die PK wäscht dieses Bein und führt gleichzeitig eine Hautkontrolle durch. Sie trocknet das Bein sorgfältig ab.	21.12.2015	AV
3	Hr. H. legt das andere Bein auf den Badewannenrand und die PK kann dieses waschen und die Hautkontrolle durchführen. Nachdem die PK das zweite Bein abgetrocknet hat, räumt Hr. H. die Handtücher und den Waschlappen weg. Hr. H. setzt sich anschließend auf sein Bett, die PK kann ihm die MTS anziehen sowie die Augentropfen verabreichen.		

(Quelle: Ahmann et al., 2016, S. 94)

Die beschriebenen Maßnahmen können zugunsten der Übersichtlichkeit auch noch gekürzt werden. Beispielsweise durch punktuelle Darstellung, das Weglassen von Artikeln oder das Verwenden von Abkürzungen (Hecker et al., 2017, S. 96).

3. Berichtblatt

Im Berichtblatt werden sowohl Abweichungen von den beschriebenen Maßnahmen, als auch fachliche Beobachtungen und tagesaktuelle Ereignisse festgehalten. Hier können alle an der Betreuung und Pflege beteiligten Berufsgruppen (z.B. auch Therapeuten/Therapeutinnen) dokumentieren (Ahmann et al., 2016, S. 54).

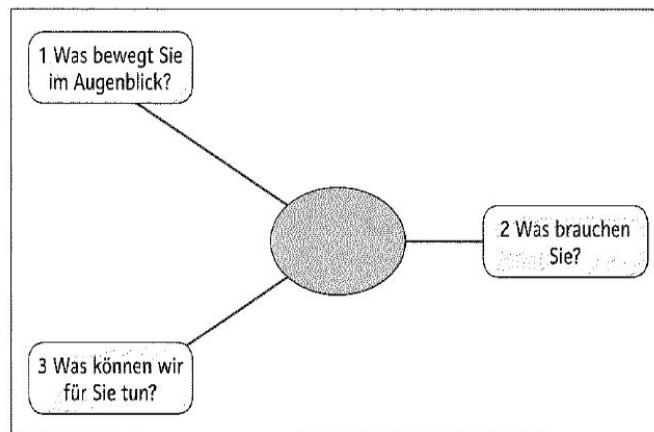
4. Evaluation

Je nach Gesundheitssituation und Pflegebedarf des zu pflegenden Menschen wird die Häufigkeit der Evaluation festgelegt. Dabei werden alle zuvor getätigten Elemente auf ihre Aktualität geprüft, hinsichtlich ihrer Wirkung beurteilt und eventuell angepasst (Ahmann et al., 2016, S. 55f.). Im Bericht werden die wichtigsten Ergebnisse dargestellt (Hecker et al., 2017, S. 108).

Ergänzung: SIS-Map

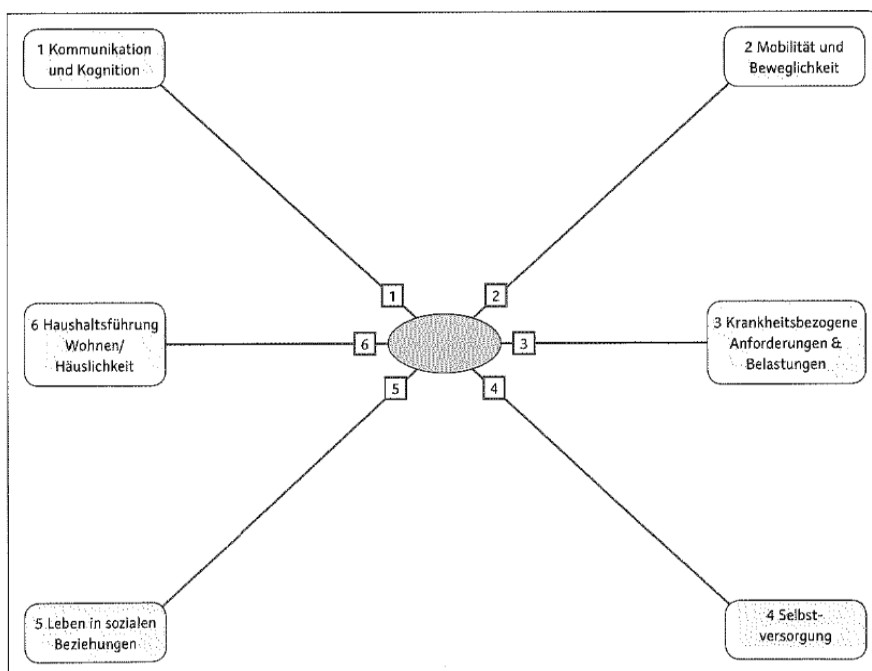
Um die SIS zu erheben besteht die Möglichkeit vor Beschreibung der Themenfelder eine sogenannte SIS-Map beim Kunden/bei der Kundin aufzulegen. Dabei können alle Kollegen/Kolleginnen Eintragungen vornehmen. Diese Beobachtungen und Eindrücke werden wie bei einer Mind Map notiert (Hecker et al., 2017, S. 66).

Abbildung 4: SIS-Map Kernelement B (Einstiegsfragen)



(Quelle: Hecker et al., 2016, S. 118)

Abbildung 5: SIS-Map Kernelement C1 (sechs Themenfelder)



(Quelle: Hecker et al., 2016, S. 121)

Literatur:

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

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

Online:

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

[Abruf am 03.01.2018].

<https://www.ppm-online.org/implementierung-des-strukturmodells-so-unterscheiden-sich-die-pflegeprozesse/> [Abruf am 04.01.2018].