



Strukturmodell  Damit die entbürokratisierte Pflegedokumentation zu der erhofften Zeitersparnis führt, ist ihre korrekte Handhabung vonnöten. Lesen Sie, wie Ihnen die Umsetzung in vier Prozessschritten gelingt. *Text: Claudia Heim*

Schritt für Schritt

> Seit langem fühlen sich Pflegekräfte durch eine ausufernde Dokumentation überlastet. Dabei sind die Mitarbeiter durchaus von der Notwendigkeit der Verschriftlichung des Pflegeprozesses überzeugt. Er sollte eben nur sinnhaft sein. Viel zu oft entsteht bei Pflegekräften der Eindruck, sie würden die Pflegedokumentation „nur für den MDK machen“. Doch die Pflegedokumentation fungiert nicht direkt als Kontrollinstrument für Sozialleistungsträger und Aufsichtsbehörden, ihr Zweck ist ein anderer:

- Sie ist die fachliche Steuerungsgrundlage für den Pflegeprozess.
- Sie dient als Informationsmittel.

Beim Ausfüllen der strukturierten Informationssammlung ist es wichtig, die Aussagen, Wünsche und Bedürfnisse der Person wahrzunehmen. 

- Sie ist eine wichtige Maßnahme zur Qualitätssicherung.
- Und sie ist Beweismittel für fachlich korrekte Pflege.

Nun wurde das Projekt zur Entbürokratisierung auf den Weg gebracht, welches wesentlich weniger Dokumentationseinträge erfordert. Pflegekräfte erfahren dadurch eine deutliche Erleichterung in punkto

Schreibarbeit. Für die Pflegefachkraft bedeutet dies allerdings ganz klar, dass deren fachliche Kompetenz einerseits gestärkt, andererseits aber auch gefordert wird.

Das Strukturmodell zum vereinfachten Dokumentationskonzept besteht aus vier Elementen:

- 1. Element:** die strukturierte Informationssammlung (SIS)
- 2. Element:** die individuelle Maßnahmenplanung
- 3. Element:** das Berichtsblatt mit Fokus auf Abweichungen
- 4. Element:** die Evaluation

Diese vier Elemente stellen den vierstufigen Pflegeprozess dar, der den bisherigen sechsstufigen Prozess ablöst (siehe Abbildung auf Seite 40).

Prozess in vier Schritten

Die Handhabung der neuen Pflegedokumentation erfolgt in vier Schritten.

- **Schritt 1: Strukturierte Informationssammlung (SIS)**

Beginnen Sie mit der strukturierten Informationssammlung (SIS). Sie ist in mehrere Themenfelder eingeteilt (siehe Abbildung der SIS stationär auf Seite 24). Nach der Erhebung der personenbezogenen Daten im Stammbblatt dient die SIS als Einstieg in den Pflegeprozess.



Foto: Werner Krüper

Kreuzen Sie oben an, dass es sich um ein Erstgespräch handelt. Die Kästchen am rechten oberen Rand sind für eine eventuelle Bewohnernummer gedacht. Nach dem Eintrag des Namens der pflegebedürftigen Person tragen Sie das Datum der Erhebung in das jeweilige Feld sowie Ihren eigenen Namen ein. Sie sehen eine weitere Zeile, gekennzeichnet mit „pflegebedürftige Person / Angehöriger / Betreuer“. Dies dient dazu, dass der Bewohner oder sein Vertreter nach dem Ausfüllen die SIS unterschreiben kann. Die Unterschrift ist kein „Muss“, wird jedoch empfohlen, um den Verständigungsprozess zu bestätigen.

Gehen Sie nun dazu über, die einzelnen Felder der SIS zu bearbeiten. Ziel ist es, die Sichtweise der pflegebedürftigen Person aufzunehmen. Wie stellt sich deren Lebens- und Pflegesituation dar? Welche Wünsche und welcher Bedarf an Hilfe und Unterstützung bestehen? Auch pflege- und betreuungsrelevante biografische Aspekte sind hier von Bedeutung. Es wird kein eigener Biografiebogen ausgefüllt. Lebensgeschichtliche Ereignisse wie Rituale und Gewohnheiten werden, sofern Sie relevant sind, in der SIS mit aufgenommen.

Die SIS wird im Rahmen eines Gesprächs ausgefüllt. Im ersten Feld sind folgende Fragen vorgegeben:

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

Tragen Sie in direkter Rede die Aussagen des Bewohners ein (Zitate). Beispiel: „Mir macht mein Rücken schwer zu schaffen“, oder „Ich kann alles noch selbst machen, ich brauch keine Hilfe. Das meint nur meine Tochter!“

Bitte beachten Sie: Beim Ausfüllen der SIS ist es wichtig, zunächst die „professionelle Brille“ abzusetzen und die Aussagen, Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person wahrzunehmen. Sind aufgrund der körperlichen oder kognitiven Situation keine Aussagen möglich, werden die Angehörigen, Betreuer oder andere Bezugspersonen hinzugezogen. Verwenden Sie auch dann die wörtliche Rede.

Die folgenden Felder sind in sechs Themen eingeteilt. Diese füllen Sie im Laufe des Gesprächs aus. Ordnen Sie die Aussagen des Bewohners den einzelnen Themen zu. Sie brauchen hierbei nicht mehr die wörtliche Rede, also den Originalton zu verwenden. Tragen Sie in die jeweiligen Themenfelder die Erkenntnisse aus dem Gespräch mit dem Bewohner oder dessen Vertreter ein. Ergänzen Sie einzelnen Themenfelder zudem aus Ihrer professionellen Sicht.

Es soll ein Dialog mit dem Bewohner entstehen, in dem er seine persönliche Wahrnehmung mitteilt und seine Erwartungen an die Einrichtung formuliert. Dabei ist es nicht

ARJOHUNTLEIGH
GETINGE GROUP

Vorstellung Seba



www.ArjoHuntleigh.de

Wir schließen die Lücke

im sicheren Umgang mit Bewohnern

 **SIEGER**
**INNOVATIONSPREIS
ALTENPFLEGE 2015**
by Vincentz Network

...with people in mind

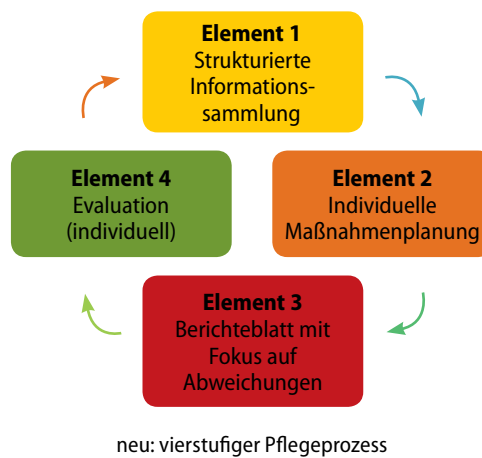
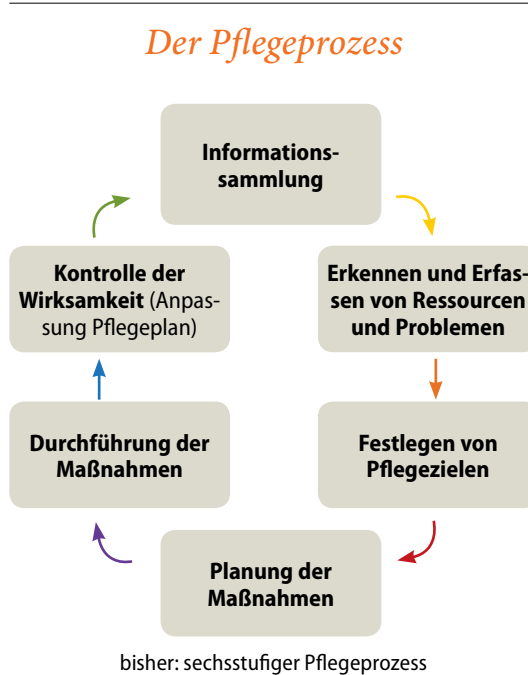
zwingend vorgegeben, sich an die Reihenfolge der Themenfelder zu halten. Sollten sich im Gespräch unterschiedliche Meinungen zwischen dem Bewohner und Ihrer fachlichen Einschätzung ergeben, halten Sie dies ebenfalls fest. Beispiel: „Herr S. geht sehr unsicher und ist schon des Öfteren gestürzt. Das Angebot einer Gehhilfe lehnt er ab.“ Aus den Themenfeldern sollen sowohl der Hilfe- und Betreuungsbedarf als auch die vorhandenen Ressourcen und Risiken hervorgehen.

Zu jedem einzelnen Themenfeld gibt es eine Leitfrage bzw. einen Leitgedanken, die Sie im Gespräch unterstützen und Ihnen als Richtschnur dienen.

Themenfeld 1: Kognition und Kommunikation

Leitfrage: Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren, auch unter Beachtung von Aspekten des herausfordernden Verhaltens, zu erkennen?

Diese Thematik ist für die anderen Themenfelder richtungweisend. Eine fehlende Orientierung wird sich auch in anderen Lebensbereichen und Alltagsgeschehnissen bemerkbar machen. Beschreiben Sie die kognitiven Fähigkeiten des Bewohners sowie seine kommunikativen Fähigkeiten. Machen Sie Aussagen zur Gedächtnisleistung und zum Erinnerungsvermögen. Wichtig ist auch die Beantwortung der Frage, inwieweit der Bewohner noch Informationen verstehen



und Entscheidungen treffen kann. Halten Sie fest, ob er in der Lage ist, Risiken und Gefahren zu erkennen und ob er Aufforderungen folgen und sich mitteilen kann.

Themenfeld 2: Mobilität

Leitfrage: Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereichs, auch unter Beachtung von Aspekten des herausfordernden Verhaltens, zu bewegen?

Beschreiben Sie, wie sich der Bewohner in seiner Umgebung und außerhalb des Hauses bewegen kann. Möglicherweise

benutzt er spezielle Hilfsmittel, dann halten Sie dies fest. Dokumentieren Sie, welche Hilfeleistungen er benötigt, beispielsweise bei der Lageveränderung des Körpers.

Themenfeld 3: Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Leitfrage: Inwieweit liegen krankheits- und therapiebedingte sowie für Pflege und Betreuung relevante Einschränkungen beim Bewohner vor?

Dies ist kein Feld für Diagnosen oder sonstige ärztliche Informationen. Halten Sie hier nur die krankheitsbedingten Belastungssituationen fest, die die Pflege und Betreuung betreffen. Ein Beispiel dafür sind Schmerzen.

Themenfeld 4: Selbstversorgung

Leitfrage: Inwieweit ist die Fähigkeit der pflegebedürftigen Person zur Körperpflege, zum Kleiden, zur Ernährung und zur Ausscheidung eingeschränkt?

Beschreiben Sie individuell und der Situation entsprechend den Hilfebedarf des Bewohners in Bezug auf die Körperpflege, das Ankleiden, Essen und Trinken sowie das Ausscheiden. Halten Sie fest, wenn es Besonderheiten gibt, wie beispielsweise eine Magensonde.

Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen

Leitfrage: Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?

Beschreiben Sie Aktivitäten und Kontakte innerhalb und außerhalb des Hauses, die für den Bewohner wichtig sind. Formulieren Sie den Unterstützungsbedarf hierzu. Machen Sie Aussagen zu individuellen Wünschen im Hinblick auf Betreuungsangebote. Beispiel: „Frau L. möchte sehr gerne am Singkreis teilnehmen, da sie früher in einem Chor war. Information über Angebote erwünscht, sie entscheidet jeweils, ob sie teilnehmen möchte.“

MEGACOM
 ein deutscher Hersteller für
Funkfinger
 kompatibel mit fast allen
 Schwesterrufanlagen ohne zusätzliche
 Installationskosten, zu einem hervor-
 ragenden Preis-Leistungsverhältnis.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de

Themenfeld 6: Wohnen / Häuslichkeit

Hier gibt es keine spezielle Leitfrage, jedoch Leitgedanken. Halten Sie die Bedürfnisse des Bewohners in Bezug auf die Wohnsituation fest. Beschreiben Sie, was dem Bewohner hinsichtlich der Gestaltung der Umgebung, des Zimmers oder des Apartments wichtig ist. Veranschaulichen Sie den möglichen Bedarf an Orientierungshilfen, besonders bei Menschen mit Demenz. Im Zusammenhang mit den Themenfeldern wird eine Risikoeinschätzung vorgenommen. Nutzen Sie dazu die Matrix am Ende der SIS. Hier sind die am häufigsten vorkommenden Risiken aufgeführt. Folgende fünf Risiken werden in den Fokus genommen:

- Dekubitus
- Sturz
- Inkontinenz
- Schmerz
- Ernährung

Außerdem gibt es noch ein Feld „Sonstiges“. Das können Sie zusätzlich nutzen. Die Risikomatrix stellt eine erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanter Risiken und Phänomene dar. Füllen Sie diese im Ankreuzverfahren aus. In der Matrix müssen Sie sich auf eine ja/nein-Aussage festlegen. Es stellt sich also immer die Frage, ob das jeweilige Themenfeld mit dem entsprechenden Risiko in Zusammenhang steht. Wenn Sie sich unsicher sind, kreuzen Sie „ja“ an und zusätzlich das Feld „weitere Einschätzung notwendig“. Das jeweilige Risiko muss mit den Aussagen im dazugehörigen Themenfeld übereinstimmen.

Zur weiteren Einschätzung können Sie sich eine zusätzliche Expertise einholen – z. B. durch einen Kollegen. Auch eine Fallbesprechung ist empfehlenswert. Sie haben ebenso die Möglichkeit, ein Assessment anzuwenden, um Klarheit über

das Risiko zu bekommen. Wenn Sie ein Risiko ermittelt haben, hat das Auswirkung auf die folgende Maßnahmenplanung. Wenn ein Risiko kompensiert ist, etwa weil ein Bewohner Schmerzmittel einnimmt und deswegen keine Schmerzen mehr hat, gilt es nicht mehr als Risiko. Im Rahmen der Evaluation stellen Sie später fest, ob das Risiko wieder vorhanden ist. Dies kann auch durch eine aktuelle Situation zutage treten.

Die SIS ist auf einer DIN A 3-Seite dargestellt und so zu übernehmen. Diese bewusste Darstellung auf einer Seite soll dazu dienen, dass die Informationen überschaubar sind und gelesen werden. Sie gibt eine schnelle Orientierung zur Situation der pflegebedürftigen Person. Bei Veränderungen der Situation des Bewohners, wie z. B. durch einen Krankenhausaufenthalt, können Sie in den einzelnen Themenfeldern Veränderungen vornehmen.

Starker Rücken

Ganzheitlich vorbeugen, damit Sie im Beruf beschwerdefrei bleiben

Motiviert und engagiert – das sind viele, die in Pflege- und Betreuungsberufen arbeiten. Allerdings verlangen diese Berufe dem Körper viel ab – besonders Rücken, Schulter-Nacken-Bereich und Gelenken. Das muss nicht sein. Das richtige Maß an Belastung hält den Rücken gesund.

Ganzheitliche Vorsorge lohnt sich für die Pflege. Planen Sie mit uns: Wir bieten kompetente Beratung und Unterstützung auf allen Handlungsfeldern – von Ergonomie bis Organisationsentwicklung. Gemeinsam entwickeln wir ein individuelles Konzept für Ihr Haus.

Die BGW bietet Unternehmern und Beschäftigten vielfältige und attraktive Möglichkeiten zur ganzheitlichen Prävention von Rückenbelastungen und steht zur Seite, wenn Reha-Maßnahmen notwendig sind.



Informieren Sie sich unter:
www.bgw-online.de/rueckenberatung.



Denk
an mich
Dein Rücken





Foto: Werner Krüper

Kennzeichnen Sie diesen Eintrag mit Ihrem Datum und Handzeichen. Sollten Die Veränderungen sehr gravierend sein, empfiehlt sich, die SIS neu auszufüllen. Kennzeichnen Sie die SIS dann als „Folgegespräch“ (kann angekreuzt werden).

• Schritt 2: Maßnahmenplanung

Nach dem Verständigungsprozess mit dem Bewohner bzw. seinem Bevollmächt-

- psychosoziale Betreuung und weitere Betreuungsleistungen,
- pflegeorganisatorische Hinweise und individuelle Unterstützung.

Die Tagesstruktur ist frei gestaltbar. Es ist beispielsweise möglich, nach der Tageszeit vorzugehen und entsprechend zu planen. Denkbar ist auch eine Aufgliederung nach Themenfeldern. Möglich ist ebenso eine

Pflegevisiten oder Fallbesprechungen können ein Grund für eine Neubewertung der Pflegedokumentation sein. ☞

tigten gehen Sie zur Maßnahmenplanung über. Diese wird in Form einer Tagesstruktur gestaltet. Sie berücksichtigt

- individuelle Besonderheiten wie Wünsche und Vorlieben sowie Zeiten und Rituale,
- Bedürfnisse,
- grundpflegerische Regelversorgung und regelmäßig wiederkehrende Maßnahmen der Betreuung,
- Behandlungspflege,
- Maßnahmen des Risikomanagements und ggf. zeitlich befristete Beobachtungen,

Kombination aus beiden Strukturen. Dies wird von der Einrichtung im Rahmen des Qualitätsmanagements festgelegt.

• Schritt 3: Berichtblatt

Das Berichtblatt wird als Verlaufsbericht verstanden. In dieses Dokument tragen alle an der Pflege und Betreuung beteiligte Mitarbeiter ein. Dokumentieren Sie Abweichungen von der Maßnahmenplanung, tagesaktuelle Ereignisse und krankheitsbedingte Vorkommnisse. Einträge, die keine relevante Aussage beinhalten (wie „keine besonderen Vor-

kommnisse“), sind zu vermeiden. Durch Art und Häufigkeit der Einträge, die eine Abweichung von der Maßnahmenplanung darstellen, kann auf Veränderungen der Pflegesituation geschlossen werden. Wenn also häufig von der Tagesstruktur abgewichen wird, ist eine Evaluation durchzuführen.

• Schritt 4: Evaluation

Der Auslöser für eine Evaluation kann auf verschiedene Weise begründet sein. Eine anlassbezogene Evaluation findet statt durch Einträge im Berichtblatt (Abweichungen von der Tagesstruktur), im Rahmen des Risikomanagements oder durch eine terminierte Überprüfung der Maßnahmenplanung. Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements werden Evaluationsdaten festgelegt. Auch Pflegevisiten oder Fallbesprechungen können ein Grund für eine Neubewertung der Pflegedokumentation sein. So kommt dem Qualitätsmanagement eine besondere Bedeutung zu – auch was die Aktualisierung und Erarbeitung von Prozessbeschreibungen betrifft.

Mehr zum Thema

🔗 **Kontakt:** info@claudiaheim.de

📅 **Veranstaltungstipp:** Beim **Altenpflege Kongress** hält **Claudia Heim** einen Vortrag zur Umsetzung des neuen Strukturmodells. Termine, Orte und weitere Infos unter www.ap-kongress.de

➕ **Lesetipp:** Mehr Texte zur Umsetzung des Strukturmodells finden Sie im **Altenpflege Dossier 04 „Dokumentation“**, Vincentz Network, Hannover, 2015, ISBN 9783866304291



Claudia Heim

ist Altenpflegerin, Coach und Supervisorin, TQM-Auditorin, Buchautorin und Autorin zahlreicher Fachbeiträge