

Ein erster Überblick über das Strukturmodell

4

4.1 Die vier Elemente des Strukturmodells

4.1.1 Grundprinzipien

Das Wesentliche im Strukturmodell der Entbürokratisierten Pflegedokumentation ist zum einen die Konzentration auf die Perspektive der pflegebedürftigen Person und zum anderen die Rückbesinnung auf die fachliche Qualifikation der Pflegefachkräfte.

Das erfordert eine genaue Erfassung dessen, was der Betroffene möchte, einen pflegfachlichen Blick auf die Fähigkeiten und Hilfebedarfe des Betroffenen und eine übersichtliche Darstellung und Erfassung der pflegerischen Risiken und Phänomene.

²Aus fachlicher Sicht lassen sich die Neuerungen wie folgt umreißen:

- ▶ Stärkung und konsequente Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person
- ▶ Verständigung zu individuellen Leistungen und Wünschen sowie die Dokumentation dieses Konsenses
- ▶ Anerkennung der Fachlichkeit der Pflegefachkräfte, aber auch das Erkennen von Schwachstellen und Schulungsbedarf
- ▶ Begrenzung der schriftlichen Darstellung des Pflegeprozesses auf vier Schritte, ohne dabei wesentliche Aspekte der Qualitätsdarlegung zu vernachlässigen
- ▶ Pflegerelevante biografische Informationen werden im Regelfall in der SIS und nicht auf einem Extrabogen erfasst.
- ▶ Verwendung einer systematisch strukturierten Informationssammlung (SIS) als Einstieg in den Pflegeprozess
- ▶ Eine eigens entwickelte Matrix in der SIS dient der Erfassung und Dokumentation der häufigsten Risiken und Phänomene bei pflege- und hilfebedürftigen Menschen.
- ▶ Veränderter praktischer Umgang mit dem Berichtblatt durch den Fokus auf Abweichungen
- ▶ Verstärkung der Bedeutung der Evaluation auf Grundlage der Beobachtung und der fachlichen Erkenntnisse

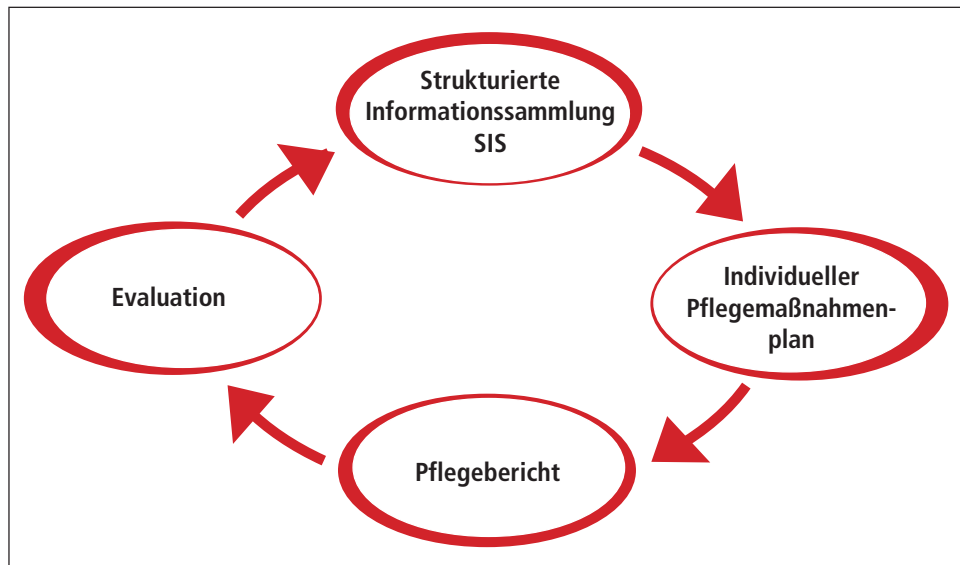
WICHTIG!

4.1.2 Die vier Elemente

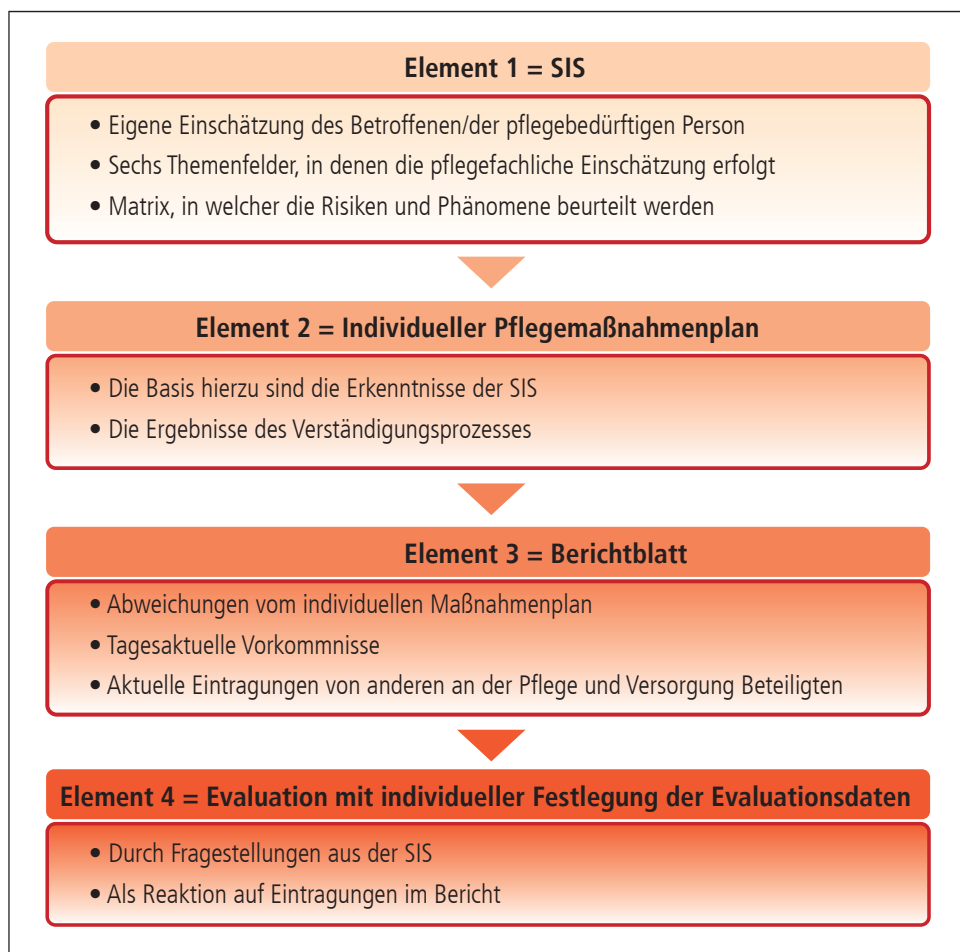
Der Pflegeprozess im Strukturmodell der Entbürokratisierten Pflegedokumentation ist ein vierstufiger.

1. Durch die SIS (Strukturierte Informationssammlung) der Einstieg in den Pflegeprozess
2. Die individuelle Pflegemaßnahmenplanung auf Basis der SIS

3. Das Berichtblatt mit dem Fokus auf die Abweichungen zu der Pflegemaßnahmenplanung und auf tagesaktuelle Ereignisse
4. Evaluation



Die Pflegedokumentation mit dem Strukturmodell basiert also auf diesen vier Elementen:



4.2 Die Strukturierte Informationssammlung (SIS)

Die logische Grundlage der SIS bilden:

1. die Sichtweise des pflegebedürftigen Menschen (in Ausnahmefällen die Sicht der Bezugsperson)
2. die fachliche Sicht und Einschätzung durch die Pflegefachkraft inkl. der Risikobewertung
3. die Verständigung zwischen Pflegefachkraft und pflegebedürftigem Menschen (evtl. Hinzuziehung der Bezugsperson) auf die Pflegetätigkeiten

Das Strukturmodell ist keine Musterdokumentation! Lediglich das Formular der SIS ist vorgegeben, darf nicht verändert werden und auch nur im Zusammenhang mit dem Strukturmodell genutzt werden!

WICHTIG!

SIS – stationär –
 Strukturierte Informationssammlung Name der pflegebedürftigen Person Geburtsdatum Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Themenfeld 4 – Selbstversorgung

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen

Themenfeld 6 – Wohnen/Häuslichkeit

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

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

Abb. 4.2-1

SIS – ambulant –
 Strukturierte Informationssammlung Name der pflegebedürftigen Person Geburtsdatum Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Themenfeld 4 – Selbstversorgung

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen

Themenfeld 6 – Haushaltsführung

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

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

Abb. 4.2-2

Feld A:

In diesem Feld findet die Erfassung der wichtigsten Stammdaten statt, also:

- ▶ Name und Vorname der pflegebedürftigen Person
- ▶ Geburtsdatum der pflegebedürftigen Person
- ▶ Datum des Gesprächs
- ▶ Handzeichen/Kürzel der Pflegefachkraft
- ▶ Unterschriftsfeld (Ausfüllung optional)

Feld B:

In diesem Feld findet die Erfassung der Wünsche und Bedürfnisse der/des Pflegebedürftigen Platz.

Wichtig ist hier: **Notiert wird die wörtliche Rede!**

Nur in Ausnahmefällen, wenn die pflegebedürftige Person keine oder nur sehr eingeschränkte Aussagen treffen kann, wird die Bezugsperson hinzugezogen und zitiert. → **Unbedingt kenntlich zu machen!**

Feld C 1:

Hier findet die fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft ihren Eintrag. Im Kontext zu den Themenfeldern

- Kommunikation/Kognition
- Mobilität und Beweglichkeit
- Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
- Selbstversorgung
- Leben in sozialen Beziehungen
- Haushaltsführung (amb.) / Wohnen, Häuslichkeit (stat.)

betrachtet und beobachtet die Pflegefachkraft den Menschen und schätzt seinen Unterstützungsbedarf, aber auch seine Fähigkeiten und seine Selbstständigkeit ein. Im weiteren Verlauf verständigt sie sich auf die Maßnahmen und Hilfestellungen, die zukünftig von der professionellen Pflege erbracht werden sollen.

Feld C 2:

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

Kernspgfl, Leitlinien, Pflege - Nutzungsmuster, BfMG, Version 1.2/2015

Wiederum im Kontext zu den Themenfeldern trifft hier die Pflegefachkraft die Entscheidung, ob ein Risiko/Phänomen vorliegt oder nicht.

Aufgeführt sind hier die fünf weltweit bekannten Risiken und Phänomene, die jeden treffen können. Weitere Problemlagen oder Einschränkungen (z. B. Soor-Gefahr bei Chemotherapie-Patienten) sind in den Themenfeldern aufzuführen.

Wichtig ist bei der Risikomatrix, dass die Entscheidung, ob ein Risiko vorliegt oder nicht, korrespondieren muss mit der Erfassung in dem jeweiligen Themenfeld. **Beispiel:** Im Themenfeld Mobilität erfasst die Pflegefachkraft, dass der Pflegebedürftige viel und gerne herumläuft und vollständig mobil ist. Für die Risikomatrix bedeutet das, dass im Feld Mobilität **kein** Dekubitusrisiko besteht.

4.3 Die Maßnahmenplanung

Die Basis für die Maßnahmenplanung sind zum einen die gewonnenen Erkenntnisse aus der SIS. Zum anderen finden sich hier wieder die Ergebnisse des Verständigungsprozesses.

Festgelegt werden die Maßnahmen, die notwendig sind, um die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Person, in Bezug auf die Pflege und Betreuung, zu befriedigen. Dabei finden Berücksichtigung die Ressourcen, die Informationen von Dritten und die pflegefachliche Einschätzung. Die Maßnahmen werden handlungsanleitend dargestellt, die Ziele sind enthalten und ergeben sich aus der Maßnahme.

Am Anfang der Maßnahmenplanung steht die kurze Zusammenfassung der wesentlichen Botschaften des Pflegebedürftigen (enthalten im Feld B der SIS) als sogenannte **Grundbotschaft**.

Handlungsanleitend abgebildet werden in der Maßnahmenplanung:

- ▶ Grundpflegerische Versorgung
- ▶ Behandlungspflege
- ▶ Soziale Betreuung und Alltagsbetreuung
- ▶ Erforderliche Maßnahmen des Risikomanagements
- ▶ Erforderliche Prophylaxen
- ▶ Beobachtung im Rahmen der Risikobewertung
- ▶ Fortlaufende Beratung

Die Form der Planung ist hierbei keinen strengen Gesetzmäßigkeiten unterworfen. Vielmehr liegt dies im Ermessen der Einrichtung/des Dienstes.

Mögliche Varianten sind:

- ▶ die Maßnahmenplanung in Verbindung mit den Leistungskomplexen zu gestalten (ambulant)
- ▶ die Maßnahmenplanung nach Tagesstruktur zu gestalten (ambulant und stationär)
 - ▷ rational oder kompakt

4.4 Das Berichtblatt

Das Berichtblatt bekommt durch das Strukturmodell eine **zentrale Rolle** in der Steuerung des Pflegeprozess. Hier findet übersichtlich eine **schnelle Erfassung** von **Veränderungsprozessen** statt.

Eintragungen erfolgen:

- ▶ zu **Abweichungen** der immer wiederkehrenden Maßnahmen der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung
- ▶ zur gezielten/geplanten und **zeitlich befristeten Beobachtung** auf der Grundlage aus den Erkenntnissen der SIS und der Risikomatrix
- ▶ zu tagesaktuellen Ereignissen und ggf. Reaktionen
- ▶ zu Erkenntnissen/Beobachtungen von anderen, die an der Pflege, Betreuung und Therapie beteiligt sind

4.4.1 Einzelleistungsnachweise

Sogenannte Einzelleistungsnachweise sind **rot** = zwingend erforderlich; **grün** = nur dann erforderlich, wenn tatsächlich Maßnahmen geplant sind.

Ambulanter Bereich

- ▶ **Vereinbarte Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung laut Leistungskomplexen** (dient als „Quittung“ und wird zur Abrechnung benötigt)
- ▶ **Behandlungspflege**
- ▶ **Lagerungs- und Bewegungsprotokolle bei Dekubitusrisiko**
- ▶ **Ggf. bei individuell festgelegten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements** (z. B.: Trinkprotokoll)
- ▶ **Leistung § 45 b SGB XI**

Stationärer Bereich Grundpflegerische Versorgung

- ▶ **Behandlungspflege**
- ▶ **Lagerungs- und Bewegungsprotokolle bei Dekubitusrisiko**
- ▶ **Ggf. bei individuell festgelegten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements** (z. B.: Trinkprotokoll)

4.5 Die Evaluation

Die Evaluation erfährt im Strukturmodell eine andere Entwicklung. Sie findet nicht mehr schematisch statt im immer gleichen Rhythmus. Vielmehr wird sie dann durchgeführt, wenn tatsächlich die individuelle Notwendigkeit besteht.

Diese Notwendigkeit ergibt sich:

- ▶ aus den Eintragungen im Berichtblatt
- ▶ wenn zu Beginn des Prozesses ein Zeitpunkt festgelegt wird, um ein Risiko besser einschätzen zu können
- ▶ anlassbezogen bei akuten Situationen

Bezogen auf den vierstufigen Pflegeprozess kann man einen „*kleinen*“ und „*großen*“ Evaluationskreis unterscheiden.