

Stefanie Hellmann | Rosa Rößlein

Praxisratgeber: Von der SIS zur Maßnahmenplanung

Formulierungshilfen zu den Themenfeldern –
pflegefachliche Einschätzung & Maßnahmen

Mit vielen
Praxisbeispielen
– (teil-)stationär
& ambulant

PFLEGE

kolleg



S

schlütersche

Stefanie Hellmann | Rosa Rößlein

Praxisratgeber: Von der SIS® zur Maßnahmenplanung

PFLEGE

kolleg

Formulierungshilfen zu den Themenfeldern –
pflegefachliche Einschätzung & Maßnahmen

schlütersche



Stefanie Hellmann ist Diplom-Pflegewirtin (FH), Dozentin, Auditorin, Heimleiterin und staatlich examinierte Altenpflegerin.

Rosa Rößlein ist Gerontologin (M. Sc.), Diplom-Pflegewirtin (FH), TQM-Auditorin, Mitarbeiterin beim MDK sowie Altenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpflegerin.

*»Der Gedanke, den ich formuliere,
ist der Weg, auf dem ich mich
bewegen werde.«*

KARL-HEINZ KARIUS



**Der Pflegebrief Newsletter – für die schnelle Information zwischendurch
Anmelden unter www.pflegen-online.de**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-398-7 (Print)

ISBN 978-3-8426-8910-7 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8911-4 (EPUB)

**© 2017 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autoren und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten, Hamburg
Umschlaggestaltung: Kerker + Baum, Büro für Gestaltung GbR, Hannover
Titelfoto: PantherMedia / fantazista
Satz: PER Medien & Marketing GmbH, Braunschweig
Druck: Silber Druck oHG, Niestetal

INHALT

Vorwort	7
1 Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®)	9
1.1 SIS®	9
1.2 Aufbau der SIS® im Überblick	11
1.2.1 Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®) und das Neue Begutachtungsinstrument (NBI) – Element 1	12
1.2.2 Die Maßnahmenplanung bzw. Tagesstruktur – Element 2	24
1.2.3 Das Berichteblatt – Element 3	26
1.2.4 Die Evaluation – Element 4	27
2 Varianten zur Strukturierung der Maßnahmenplanung	28
2.1 Maßnahmenplanung stationär, Tagespflege bzw. Kurzzeit- pflege – Varianten	28
2.1.1 Variante 1: Stationär – Themenfelder kompakt	28
2.1.2 Variante 2: Stationär, Kurzzeitpflege bzw. Tagespflege – Tagesstruktur kompakt	29
2.1.3 Variante 3: Stationär bzw. Tagesstruktur rational	31
2.1.4 Variante 4: Maßnahmenplanung ambulant	32
3 Fallbeispiele zur Maßnahmenplanung bzw. Tagesplanung ...	34
3.1 Fallbeispiele aus dem stationären Bereich	34
3.1.1 Herr W. ist ruhelos und spricht nicht viel	34
3.1.2 Herr S. war immer aktiv	42
3.1.3 Frau R. kommt nach dem Krankenhausaufenthalt nicht mehr nach Hause	49
3.2 Fallbeispiele Tagespflege	57
3.2.1 Frau H. möchte ihre Kinder entlasten	57
3.2.2 Frau S. ist am Ende ihrer Kräfte	62
3.3 Fallbeispiele aus der ambulanten Pflege	69
3.3.1 Frau G. möchte zu Hause wohnen bleiben	69
3.3.2 Bei Familie P. hat sich nach dem zweiten Schlaganfall alles geändert	75

3.4	Fallbeispiele Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege	84
3.4.1	Frau K. hat sich für einen Kurzzeitpflegeaufenthalt entschieden	84
3.4.2	Herr M. kam nach einem Sturz in die Kurzzeitpflege	91
4	Formulierungshilfen	99
4.1	Formulierungshilfen – pflegefachliche Einschätzung der Themenfelder	99
4.1.1	Themenfeld 1 – Kognition und Kommunikation/Modul 2 und 3 NBI	99
4.1.2	Themenfeld 2 Mobilität und Beweglichkeit/Modul 1 NBI	108
4.1.3	Themenfeld 3 Krankheitsbezogene Anforderungen & Belastungen/Modul 5 NBI	112
4.1.4	Themenfeld 4 Selbstversorgung/Modul 4 des NBI	118
4.1.5	Themenfeld 5 Leben in sozialen Beziehungen/Modul 6 und 7 des NBI	122
4.1.6	Themenfeld 6 Haushaltsführung/Wohnen Häuslichkeit/Modul 8 des NBI	124
4.2	Formulierungshilfen Maßnahmenplanung	126
4.2.1	Themenfeld 1 Kognition und Kommunikation/Modul 2 und 3 des NBI	126
4.2.2	Themenfeld 2 Mobilität und Beweglichkeit/Modul 1 des NBI	128
4.2.3	Themenfeld 3 Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen/Modul 5 des NBI	130
4.2.4	Themenfeld 4 Selbstversorgung/Modul 4 des NBI	130
4.2.5	Themenfeld 5 Leben in sozialen Beziehungen/Modul 6 des NBI	135
4.2.6	Themenfeld 6 Haushaltsführung/Wohnen/Häuslichkeit & Modul 8 des NBI	138
	Literatur	140
	Register	142

VORWORT

Die Anforderungen an die Pflegedokumentation und die Anzahl an Formularen hat in der Vergangenheit kontinuierlich zugenommen. In den zurückliegenden Jahrzehnten beruhten viele Dokumentationssysteme auf dem ATL- oder AEDL-Modell. Nach jedem Expertenstandard kamen weitere Assessments oder Screenings hinzu, die ebenfalls ausgefüllt werden mussten. Vor dem Hintergrund von haftungsrechtlichen Ansprüchen im Schadensfall, unzufriedener Kunden und von Anforderungen externer Prüfinstitutionen entstand so ein schier unübersichtlicher Berg an Formularen, den die Mitarbeiter zu bearbeiten und zu aktualisieren hatten.

Deshalb mussten in jeder Schicht umfangreiche Pflegeplanungen mit vielen Leistungen und dementsprechenden Durchführungsnachweisen mehrmals täglich abgezeichnet werden. Bei den Mitarbeitern entwickelte sich das ungute Gefühl, mit ihrer Arbeit nicht mehr fertig zu werden und darüber hinaus auch noch den Kontakt zu den Bewohnern zu verlieren.

Die Zeit war also mehr als reif für eine Rückbesinnung auf eine Pflegedokumentation, die als Kommunikationsinstrument für die Pflege dient – genau diese Rückbesinnung liefert das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation.

Nach den Grundprinzipien des Strukturmodells soll

- die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte sowie die Konzentration auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person gestärkt werden,
- das pflegewissenschaftliche Fundament eines personenzentrierten Ansatzes und die Erfassung pflege- und betreuungsrelevanter biografischer Aspekte im Rahmen der Themenfelder der SIS® zugrunde gelegt werden,
- die übersichtliche Darstellung zur Einschätzung pflegerischer Risiken und Phänomene in einem eigens hierfür entwickelten Instrument als Bestandteil der SIS® stattfinden,

- sich der Pflegebericht inhaltlich auf Abweichungen von regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der Grundpflege und Betreuung beschränken.¹

Dies alles stellt die Pflegekräfte vor neue Herausforderungen. Es geht nicht nur um die Einführung einer neuen Pflegedokumentation, sondern um ein grundsätzliches Umdenken im gesamten Pflegeprozess. Wir sind davon überzeugt, dass Sie, liebe Leserinnen und Leser, mit dieser schlanken Form der Dokumentation Ihre fachliche Kompetenz im Rahmen des Pflegeprozess künftig besser einbringen können.

Wichtig ist, dass Sie sich und Ihre Mitarbeiter auf die Einführung der SIS® gut vorbereiten und schulen. In diesem Buch vermitteln wir Ihnen die Grundstruktur des Strukturmodells. Anhand vieler Praxisbeispiele aus den Bereichen ambulante, stationäre und teilstationäre Pflege konkretisieren wir die Themenfelder und Maßnahmen/Tagesplanungen. Den Themenfeldern der SIS® stellen wir die entsprechenden Module des »Neuen Begutachtungsinstrument (NBI)« gegenüber. All dies sind Anregungen und Impulse für Ihre praktische Arbeit.

Gestatten Sie uns einen wichtigen Hinweis: Selbstverständlich muss jede Formulierung an die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Pflegebedürftigen angepasst werden!

Aktuelles Wissen – konkret aufbereitet

- Basiswissen zur Strukturierten Informationssammlung (SIS®)
- SIS® konkret: Fallbeispiele aus den Bereichen ambulante, stationäre und teilstationäre Pflege inklusive Themenfelder und Formulierungen für die Maßnahmenplanung/Tagesstruktur.

¹ Vgl. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege (2016). Häufige Fragen zur Einführung und Anwendung des Strukturmodells im Rahmen des Projekts »Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Ein-STEP)«. Im Internet: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/Haeufige_Frage_Wegfall_Begriff_kompensiertes_Risiko.pdf, S. 14 [Zugriff am 21.01.2017]

1 DIE STRUKTURIERTE INFORMATIONSSAMMLUNG (SIS®)

Warum SIS®? Der Anlass für die Entwicklung der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) war die unablässige Kritik der Pflegeeinrichtungen an der überhandnehmenden Pflegedokumentation im Pflegealltag. Auf Initiative der Bundesregierung erfolgte die Entwicklung einer schlanken Pflegedokumentation, die den vielfältigen Anforderungen der unterschiedlichen Leistungsbereiche (ambulant, stationär und teilstationär) endlich gerecht wird. Daraus entstand das »Strukturmodell zur Neuausrichtung der Pflegedokumentation«, das aus vier Elementen besteht:²

1. Strukturierte Informationssammlung
2. Maßnahmenplanung
3. Berichteblatt
4. Evaluation

1.1 SIS®

Es ist das erklärte Ziel der entbürokratisierten Pflegedokumentation, den Dokumentationsaufwand in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Tagespflegen deutlich zu reduzieren. Außerdem geht es darum, die pflegefachliche Kompetenz zu betonen und konsequent die Perspektive der pflegebedürftigen Person einzunehmen.³ Dieser Ansatz beruht auf dem vierphasigen Pflegeprozess analog der WHO.⁴

² Bundesministerium für Gesundheit (2015). Handlungsanleitung (Version 1.1) zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär) zur integrierten Strukturierten Informationssammlung (SIS®) mit der Matrix zur Risikoeinschätzung der Maßnahmenplanung und der Evaluation sowie mit Hinweisen zum Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene. Berlin. Im Internet: http://www.patientenbeauftragter.de/images/dokumente_version11/Handlungsanleitung_zum_neuen_Strukturmodell_11.pdf, S. 4 [Zugriff am 16.01.2017]

³ Ebd., S. 7

⁴ Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege (2015). Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen. Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten und stationären Langzeitpflege (Version 1.0). Berlin, S. 13ff.

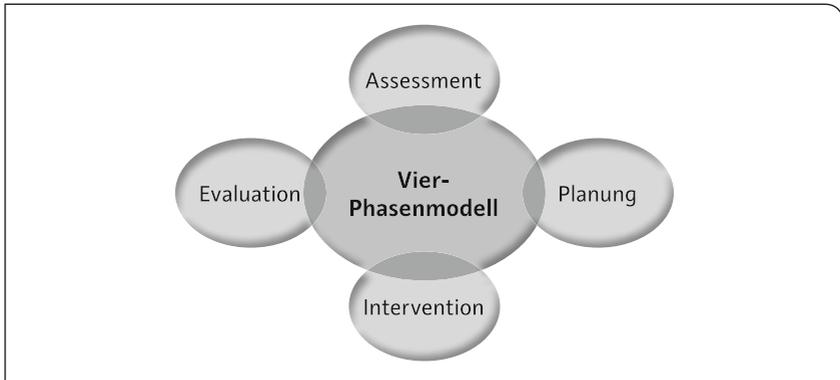


Abb. 1: Das Vier-Phasenmodell der WHO

Das Strukturmodell wurde wissenschaftsbasiert entwickelt. Es ist »sorgfältig fachlich wie juristisch abgewogen worden«. ⁵ Die Pflegedokumentation kann auf ein spezielles Pflegemodell ausgerichtet werden – dies ist aber nicht zwingend erforderlich. ⁶ Im Mittelpunkt stehen der personenzentrierte Ansatz und das Vertrauen in die Fachkompetenz der Pflegenden.

Konkret bedeutet dies:

- Teilhabe des Pflegebedürftigen durch aktive Ansprache und Einbeziehung.
- Anbahnung einer Beziehung mit dem Pflegebedürftigen durch Verständigung über die zukünftige Betreuung und Pflege.
- Berücksichtigung des individuellen Lebensumfeldes des Pflegebedürftigen.

Die Pflegedokumentation ist also auf die wesentlichen Aspekte reduziert worden, damit mehr Zeit für die eigentliche Pflege und Betreuung verbleibt. Basis ist die Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen.

Die vereinfachte Pflegedokumentation ermöglicht es den Pflegenden, sich schneller und zielgerichteter über die Gesamtsituation eines Pflegebedürftigen zu orientieren. Pflegerische Risiken und Phänomene sowie Veränderungen der Situation des Pflegebedürftigen können dadurch früh-

⁵ <https://www.ein-step.de/haeufige-fragen/> [Zugriff am 21.02.2017]

⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015, S. 8

zeitiger erkannt werden. Im Pflegeprozess erfolgt insofern ein Paradigmenwechsel weg von den AEDL und ATL.⁷

1.2 Aufbau der SIS® im Überblick

Bereits bei der ersten Kontaktaufnahme mit der Pflegeeinrichtung bzw. im Rahmen des Erstgesprächs kommt die SIS® zum Einsatz. Sie ist der Einstieg in den Pflegeprozess. Im Fokus steht die Sichtweise der pflegebedürftigen Person.

Die pflegfachliche Einschätzung der Situation erfolgt – auf der Basis der fünf wissenschaftsbasierten Themenfelder – durch die Pflegefachkraft. Die Themenfelder werden mit den sich daraus ergebenden Risiken in Form der Risikoeinschätzungsmatrix verknüpft. Weitere Aspekte zur Haushaltsführung (ambulant) und Wohnen/Häuslichkeit (stationär) komplettieren als sechstes Feld die Situationseinschätzung.

Fazit

Durch die Integration der Perspektive der pflegebedürftigen Person und ggf. der Angehörigen mit der pflegfachlichen Einschätzung entsteht ein Verständigungsprozess, der die Basis für die pflegerische Maßnahmenplanung bildet.

Im Pflegeverlauf werden die Inhalte der SIS® in Pflegevisiten und Fallbesprechungen zur Aktualisierung aufgegriffen.

Die Grundstruktur des Strukturmodells basiert auf einem Pflegeprozess mit vier Phasen:

1. Einstieg in den Pflegeprozess mithilfe der SIS®
2. Maßnahmenplanung auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der SIS®
3. Berichteblatt mit dem Fokus auf Abweichungen von regelmäßig wiederkehrenden Pflege- und Betreuungsabläufen

⁷ Vgl. Beikirch, E. & Rose, M. (2014). Projekt »Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege« – Abschlussbericht. Berlin/Witten. Im Internet: http://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/Abschlussbericht_2014.pdf, S. 8 [Zugriff am 21.01.2017]

3 FALLBEISPIELE ZUR MASSNAHMENPLANUNG BZW. TAGESPLANUNG

3.1 Fallbeispiele aus dem stationären Bereich

3.1.1 Herr W. ist ruhelos und spricht nicht viel

Die Situation

Herr W. ist 92 Jahre alt. Er ist ein netter, stiller und bescheidener Mensch. Er hat sein ganzes Leben in Nürnberg gewohnt, war aber viel auf Reisen und wanderte gern in den Bergen. Herr W. unterrichtete an einem Gymnasium in Nürnberg naturwissenschaftliche Fächer. Seine große Liebe konnte er nicht heiraten, da seine Eltern dies nicht wollten. Seine Hobbys waren Bergwandern und Fotografieren. Herr W. lebte mit seinen Eltern zusammen. Nach deren Tod zog er sich sehr zurück. Nach seiner Pensionierung gab er noch einige Jahre Nachhilfe. Herr W. hat regelmäßigen Kontakt zu seinem Neffen, der ihn einmal pro Woche besucht. Während der letzten Treffen fielen dem Neffen die zunehmende Unordnung im Haushalt und das ungepflegte Erscheinungsbild seines Onkels auf. Nach einer ärztlichen Untersuchung wurde bei Herrn W. eine Demenz festgestellt. Trotz eines ambulanten Pflegedienstes wird es immer schwieriger, Herrn W. zu Hause zu versorgen.

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

Herr W.: »Ich komme doch zurecht und wenn man so alt ist, dann geht's halt nicht mehr so. Der Klaus macht sich immer zu viel Sorgen.« Der Neffe (Klaus) erzählt, dass sein Onkel in den letzten Monaten mehrmals durch die Polizei nach Hause gebracht wurde. Laut Aussage seines Onkels wollte er zum Wandern in die Berge, fand aber den Weg nicht. Zudem hat er trotz Essen auf Rädern an Gewicht verloren. Klaus: »Das nicht gegessene Essen stellte er in den Ofen, was ich erst viel später entdeckt habe. Wegen dieser gesamten Situation habe ich mich entschlossen, meinen Onkel bei Ihnen unterzubringen.«

Themenfeld 1 – Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Herr W. hat sein Leben lang viel gelesen und möchte seine Tageszeitung zum Frühstück haben. Der Neffe erzählt, dass sein Onkel umherwandert und nicht mehr zurückfindet. »Mein Onkel kann sich nichts mehr merken. Er schaut aber noch gern seine Bildbände an und hört auch gern Radio.«

Pflegefachliche Einschätzung

- Herr W. ist zu seiner Person orientiert und erkennt vertraute Personen.
- Im Zimmer findet er sich zurecht, darüber hinaus muss er begleitet werden.
- Er benötigt seine Brille zum Lesen.
- Eingeschränkte zeitliche und örtliche Orientierung.
- Motorische Verhaltensweisen: zielloses Umhergehen.
- Herr W. versteht Aufforderungen, setzt diese auch kurzzeitig um, vergisst sie dann aber wieder.

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit

Mein Onkel ging immer gerne in die Berge zum Wandern. Das Gehen liegt im Blut. Einmal im Monat ging er mit Freunden zum Wandern – täglich ging er spazieren.

Pflegefachliche Einschätzung

- Herr W. ist mit dem Gehstock sicher mobil.
- Er zeigt eine Tendenz zum »Umherwandern«, wirkt vor allem nachmittags ruhelos.
- Er bewegt sich im Wohnbereich, findet aber nicht mehr in sein Zimmer zurück.
- Er kann seine Liege- und Sitzposition umfassend selbstständig verändern.
- Der Neffe kommt einmal pro Woche und geht mit Herrn W. spazieren. Außerdem kommt einmal pro Monat ein Wanderkollege von Herrn W., der auch mit ihm spazieren geht.

Themenfeld 3 – Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Herr W. hatte vor einigen Jahren eine Knieoperation (rechtes Knie), aber er klagt nur selten über Schmerzen im rechten Knie. Wenn er Schmerzen verspürt, reibt er sich das Knie und sagt auch deutlich, dass es wehtut. Herr W. rieb sich jeden Morgen seine Knie mit seiner »Spezialsalbe« ein. Er trägt gern seine Kniewärmer aus Angorawolle. Die Einnahme seiner Tabletten vergisst er regelmäßig.

Pflegefachliche Einschätzung

- Auf Schmerzzeichen achten, ggf. Gabe der Schmerzmedikation nach ärztlicher Verordnung.
- Durch die tägliche Einreibung mit dem Schmerzgel benötigt Herr W. nur selten ein Schmerzmedikament.
- Herr W. kann sagen, wenn er Schmerzen verspürt.
- Medikamente müssen gerichtet und gegeben werden.

Themenfeld 4 – Selbstversorgung

Bei der Körperpflege hat sich Herr W. immer mehr vernachlässigt. Früher hat er gern gebadet – die Wärme habe ihm immer gut getan. Er war eigentlich immer gepflegt. Zu Hause ließ er den Pflegedienst allerdings manchmal nicht in die Wohnung und wollte sich auch nicht bei der Körperpflege helfen lassen. Herr W. ging zwar selbstständig zur Toilette – fand diese aber nicht immer und urinierte dann in verschiedene Ecken. Das Tragen von Einlagen akzeptiert er nicht. Er aß und trank unregelmäßig.

Pflegefachliche Einschätzung

- Herr W. benötigt Unterstützung und Anleitung bei der gesamten Körperpflege, auch beim An- und Ausziehen – lehnt dies aber manchmal ab.
- Herr W. versucht, selbstständig auf die Toilette zu gehen – hierbei Orientierungshilfe geben, wenn nötig begleiten.
- Unruhe beachten in Bezug auf Toilettengang.
- Nutzung von Pants, Angebot individueller Toilettengänge.
- Essen und Getränke richten und servieren, Begleitung zum Platz – in Gesellschaft isst er gern.

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen

Laut Neffe hat sein Onkel drei große Leidenschaften: Wandern in den Bergen, Bücher und Fotografieren. Herr W. hatte auch regelmäßig Kontakt zu seinen Wanderfreunden. Er war Mitglied im Bund Naturschutz – besonders die heimischen Singvögel haben es ihm angetan.

Pflegefachliche Einschätzung

- Angebote der Einrichtung anbieten (z. B. Gymnastik, Gedächtnistraining, Spaziergänge) anbieten.
- Herr W. schaut gern seine Bildbände an und freut sich, wenn er mit jemanden darüber sprechen kann.
- Herr W. beobachtet gern die Vögel im Garten.

Themenfeld 6 – Wohnen/Häuslichkeit

Herr W. gestaltet sein Zimmer mit eigenen Möbeln und Bildern. »Mein Onkel war immer stolz auf seine umfangreiche Büchersammlung. Seine Fotos hat er akribisch sortiert«, sagt sein Neffe Klaus.

Pflegefachliche Einschätzung

- Herr W. legt Wert auf seine Bücher und Fotos. Sie müssen immer am gleichen Ort stehen.
- Herr W. sitzt gern in seinem Fernsehsessel.

4.2.6 Themenfeld 6 Haushaltsführung/Wohnen/ Häuslichkeit & Modul 8 des NBI

Maßnahmenplanung

Wohnen/Häuslichkeit – stationär

- Pflegt ihr/sein Zimmer selbst, bis auf das Reinigen des Bodens und Sanitärbereichs.
- Möchte nicht, dass jemand ihr/sein Zimmer aufräumt.
- Zusammen mit BW den Kühlschrank kontrollieren (z. B. auf verdorbene Lebensmittel).
- Zimmer zusammen mit BW aufräumen (legt Wert auf ihre/seine Blumen).
- Blumen versorgen oder gießen, immer am Montag.
- Mit BW jeden Donnerstag für die Nachspeise einkaufen.
- Auf sauberen Sessel achten ggf. putzen.
- Zimmer bzw. Schrank kontrollieren – auf verschmutzte Wäsche oder Lebensmittel.
- Frische Wäsche zusammen mit BW in den Schrank räumen.
- Zusammen mit BW Tisch eindecken.
- Zusammen mit BW Spülmaschine ein-/ausräumen.
- Zusammen mit BW Essen kochen (z. B. Kartoffeln schälen, Gemüse klein schneiden).
- Schmutzwäsche bereitlegen (Tochter wäscht diese selbst).

Haushaltsführung – ambulant

- Einkaufen zweimal die Woche Dienstag und Freitag um 13:00 Uhr zusammen mit BW
- Reinigung der Wohnung montags und donnerstags von 10:00 bis 12:00 Uhr.
- Haushaltshilfe kommt 1x pro Woche zur Wäscheversorgung.
- Haushaltshilfe kommt täglich zur Zubereitung einer Mittagsmahlzeit und zu einfachen Aufräum- und Reinigungsarbeiten.
- Jeden letzten Donnerstag im Monat Fenster putzen.
- Die Hauswirtschaftskraft ist 5x pro Woche von 8:00 bis 13:00 Uhr vor Ort, kümmert sich um Frühstück, Mittagessen und den Haushalt.
- 1x pro Woche kommt ein Helfer für 1 bis 2 Stunden zur Gartenarbeit.

- Freitags mit BW das Essen auf Rädern aus der Bestellliste auswählen/ bereitlegen und dem Essensdienst mitgeben.
- 1x täglich Müll entsorgen.
- Hausordnung jeden Donnerstag beachten.
- Freitags Medikamente von der Apotheke abholen.
- Haustierversorgung jeden Nachmittag.
- Wäsche montags in die Wäscherei bringen und freitags wieder abholen.
- Grabpflege einmal wöchentlich mit Blumenversorgung und das Grab gießen.
- Wäsche waschen einmal pro Woche incl. aufhängen.
- Wäsche bügeln und aufräumen.

LITERATUR

- Beikirch, E. & Rose, M. (2014).** Projekt »Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege« – Abschlussbericht. Berlin/Witten
Im Internet: http://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/Abschlussbericht_2014.pdf
- Beikirch, E., Büscher, A, Entzian, H., Fler, B., Nolting, H.-D. & Roes, M. (2016).** Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit – Unterschiede und Zusammenhänge. Im Internet: http://www.patientenbeauftragter.de/images/ThesenpapierPB_nBSIS_fin_2016-07-13.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2015).** Handlungsanleitung (Version 1.1) zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär) zur integrierten Strukturierten Informationssammlung (SIS®) mit der Matrix zur Risikoeinschätzung der Maßnahmenplanung und der Evaluation sowie mit Hinweisen zum Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene. Berlin. Zugriff am 16.01.2017 unter http://www.patientenbeauftragter.de/images/dokumente_version11/Handlungsanleitung_zum_neuen_Strukturmodell_11.pdf
- Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege (2015).** Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen. Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten und stationären Langzeitpflege (Version 1.0). Berlin
- Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege (2016).** Häufige Fragen zur Einführung und Anwendung des Strukturmodells im Rahmen des Projekts »Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Ein-STEP)«. Im Internet: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/Haeufige_Frage_Wegfall_Begriff_kompensiertes_Risiko.pdf

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV-Spitzenverband (2016). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Essen, Berlin. Im Internet: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/BRi_Pflege_ab_2017.pdf

REGISTER

- Absaugen und Sauerstoffgabe 17, 113
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen (gemeint ist keine willentliche (selbstbestimmte) Ablehnung bestimmter Maßnahmen) 107
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten 15, 106
- Ängste 15, 107
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage 15, 107
- An- und Auskleiden des Ober- und Unterkörpers 119, 132
- Arztbesuche 17, 117
- Außerhäusliche Aktivitäten 14, 19, 124
- Benutzen einer Toilette/Toilettenstuhls/Bewältigung der Folgen einer Harn- und/oder Stuhlinkontinenz sowie Umgang mit Stoma 121
- Berichtsblatt 26
- Beschädigen von Gegenständen 15, 106
- Besondere Bedarfskonstellation 16, 111
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen 17, 117
- Beteiligen an einem Gespräch 15, 104
- Dekubitusprophylaxe 129
- Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften 17, 117
- Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden 17, 116
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen 17, 114
- Einzelleistungsnachweise 25
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen 14, 102
- Erkennen von Personen 14, 99
- Erkennen von Risiken und Gefahren 15, 103
- Ernährung 134
- Evaluation 27
- Fallbeispiele 34
- Formulierungshilfen 99
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs/Wohnung 110
- Freiheitsentziehende Maßnahmen 129
- Gehen 128
- Gestaltung des Tagesablaufs 19, 122, 135
- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen 19, 122
- Grundbotschaft 29

- Halten einer stabilen Sitzposition
 - 16, 109
- Haushaltsführung 11, 13, 14, 20, 21,
59, 66, 72, 80, 124, 125, 138
- Haushaltsführung/Wohnen/Häus-
lichkeit 20
- Hören 126

- Injektionen 17, 113
- Interaktion mit Personen im direk-
ten Kontakt 19, 123, 137

- Kognitive und kommunikative
Fähigkeiten 14
- Kommunikation 126
- Kontaktpflege zu Personen außer-
halb des direkten Umfelds
19, 123, 137
- Körpernahe Hilfsmittel 17, 114
- Körperpflege 18, 36, 44, 52, 59, 71,
76, 79, 84, 86, 92, 94, 107, 118,
122, 128, 129, 130, 132
- Krankheitsbezogene Anforderun-
gen und Belastungen 13, 14, 16,
36, 43, 51, 58, 64, 71, 78, 85, 93,
130
- Kurzzeitpflege 84

- Lageveränderung des Körpers 128
- Leben in sozialen Beziehungen 19

- Maßnahmenplanung 24, 28
 - ambulant 32
 - Kurzzeitpflege 28
 - stationär 28
 - Tagespflege 28
- Medikation 17, 112
- Messung und Deutung von Körper-
zuständen 17, 114
- Mitteilen von elementaren Bedürf-
nissen 15, 103
- Mobilität und Beweglichkeit 16
- Module, NBI 14
- Motorisch geprägte Verhaltens-
auffälligkeiten 15, 105
- Mundgerechte Zubereitung der
Nahrung und/oder Eingießen
von Getränken 120

- Nächtliche Unruhe 105
- Neues Begutachtungsinstrument
12

- Örtliche Orientierung 100

- Persönliche Orientierung 101
- Pflegedokumentation 10
- Pflegefachliche Einschätzung 99
- Phasenmodell 10
- Physisch aggressives Verhalten
gegenüber anderen Personen
15, 106
- Positionswechsel im Bett 16, 85, 93,
108, 109

- Risiken/Gefahren 127
- Risikomatrix 22
- Ruhen und Schlafen 19, 122, 135

- Sehen 127
- Selbstschädigendes und auto-aggressives Verhalten 15, 105
- Selbstversorgung 18
- Sich beschäftigen 19, 123, 136
- Situative Orientierung 101
- Sondenkost 134
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen 15, 108
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen 15, 108
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen 14, 102
- Strukturierte Informationssammlung 9
- Strukturmodell 12
- Tagesstruktur 24
- Themenfelder, SIS® 13
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung 17, 116
- Treffen von Alltagsentscheidungen 103
- Treppensteigen 16, 69, 72, 111, 117, 128
- Umsetzen 16, 109, 110
- Verbale Aggression 15, 106
- Verbandwechsel und Wundversorgung 17, 115
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen 14, 15, 17, 105
- Verhinderungspflege 84
- Versorgung intravenöser Zugänge 17, 113
- Versorgung mit Stoma 17, 115
- Verstehen von Aufforderungen 15, 104
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen 15, 103
- Vornahmen von in die Zukunft gerichteten Planungen 19, 123
- Wahnvorstellungen 15, 107
- Wohnen/Häuslichkeit 11, 13, 14, 20, 45, 52, 124, 138
- Zeitliche Orientierung 100
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung 17, 116

Die Möglichkeiten der neuen Maßnahmenplanung

Viele ambulante und (teil-)stationäre Pflegedienste und -einrichtungen haben bereits auf die neue Pflegedokumentation umgestellt. Dabei wird der gesamte Pflegeprozess auf der Basis der Strukturierten Informationssammlung (SIS) geplant.

Die SIS bestimmt auch die Maßnahmenplanung, das Wer, Was, Wie, Wo und Wann der pflegerischen Interaktionen. Das gesamte Pflege team ist darauf angewiesen, dass die Maßnahmen individuell, konkret und zielgerichtet formuliert werden.

Dieses Buch zeigt, wie Sie von der SIS zur Maßnahmenplanung gelangen. Ob Sie (teil-)stationär, stationär oder ambulant arbeiten: Hier finden Sie viele Praxisbeispiele und Formulierungstipps für Ihre tägliche Arbeit.

Praxisnah formulieren

Individuell planen

Teamorientiert arbeiten

Die Autoren

Stefanie Hellmann ist Diplom-Pflegewirtin (FH), Dozentin, Auditorin, Heimleiterin und examinierte Altenpflegefachkraft.

Rosa Rößlein ist Gerontologin (M.Sc.), Diplom-Pflegewirtin (FH), TQM-Auditorin, Mitarbeiterin beim MDK sowie Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft.

ISBN 978-3-89993-398-7



9 783899 933987