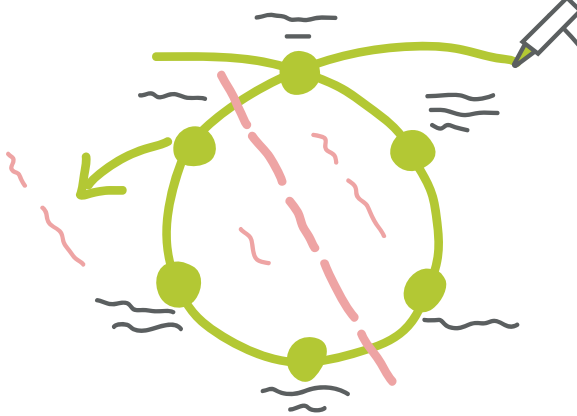


Pflegeprozess



Leitlinie zur Dokumentation
des Pflegeprozesses mit BESA

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund und Zielsetzung	3
Informationen sammeln	4
Ressourcen und Probleme erkennen (Pflegediagnosen stellen) Ziele vereinbaren	6
Pflegemassnahmen planen	7
Pflegemassnahmen durchführen/evaluieren	9
Schematische Übersicht der dokumentierten Pflegeprozessschritte	12
Glossar	13
Literaturverzeichnis	16

Hintergrund und Zielsetzung

Der dokumentierte Pflegeprozess ermöglicht Pflegenden ein zielgerichtetes, nachvollziehbares Vorgehen und gewährleistet die Orientierung aller am Prozess Beteiligten (Pflegenden, Bewohner/-innen, Angehörigen, interprofessionellem Team). Er dient den Bewohner/-innen (Lebensqualität) und den Pflegenden (Arbeitszufriedenheit).

Die Pflegedokumentation erfüllt aber auch noch weitere Zwecke:

- Oberster Grundsatz der Pflegedokumentation ist der Schutz des Patienten und die besondere Verantwortung der Pflegenden für sein Leben, seine körperliche Integrität und die Wahrung seiner persönlichen Freiheit, wie es in der Bundesverfassung (BV), Artikel 10 verankert ist (Eidgenossenschaft, 2014).
- Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Artikel 32 und in den Tarifverträgen von CURAVIVA mit den Krankenversicherern ist ausserdem geregelt, dass Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen und die Wirksamkeit periodisch überprüft werden muss (Bundesversammlung, 2019).

Daraus lassen sich für die Pflegedokumentation drei Qualitätsanforderungen ableiten:

- Für ein möglichst vollständiges Bild des pflegebedürftigen Menschen und seiner Situation muss inhaltliche Vollständigkeit angestrebt werden.
- Die Informationen müssen konkret und handlungsleitend sein.
- Der Pflegeverlauf muss konsistent und systematisch dargestellt werden (Behrens & Langer, 2016, S. 70).

All den genannten Anforderungen gerecht zu werden, d.h. das richtige Mass zwischen nicht zu viel und nicht zu wenig und vor allem mit dem richtigen Inhalt zu finden, fällt Pflegenden oft schwer. Die BESA Leitlinie Pflegedokumentation soll Pflegenden in Alters- und Pflegeheimen helfen, Inhalt und Umfang der Pflegedokumentation den Anforderungen der jeweiligen Institution anzupassen und in eigenen Richtlinien festzulegen.

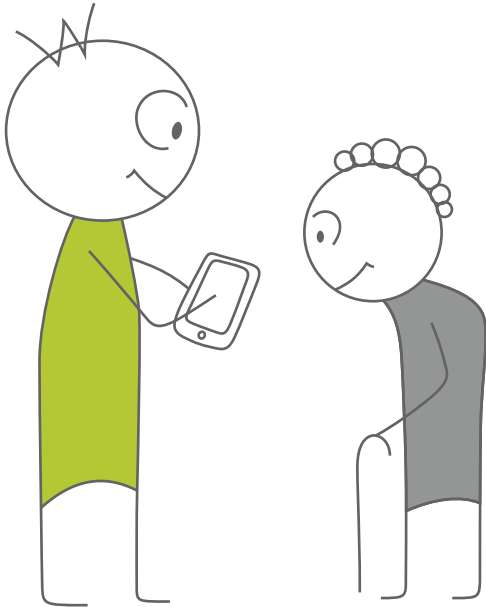
Diese BESA Leitlinie zu Pflegedokumentation orientiert sich bei folgenden aufgeführten Dokumentationsbeispielen am Vorgehen mit BESA Ressourcen für Bewohner/-innen mit einem Langzeitaufenthalt, beispielhaft dargestellt mit der Pflegedokumentation BESAdoc.

Falls Sie mit BESAdoc arbeiten, werden alle Schritte des Pflegeprozesses vollständig und transparent dargestellt und die geplanten und erbrachten Leistungen im Leistungskatalog 2010 vorabgefüllt. Dies reduziert den Dokumentationsaufwand.

Die Leitlinie richtet sich gleichermassen auch an Pflegende, die in Institutionen ohne BESA Ressourcen arbeiten. Für die Pflegeprozessschritte 1-3 werden dort lediglich andere Instrumente genutzt.



Informationen sammeln



Für Schritt 1 des Pflegeprozesses stellt BESA Ressourcen die Instrumente «Bewohnerbefragung», «Angehörigenbefragung» und «Beobachtung» zur Verfügung. Die Struktur dieser Instrumente lehnt sich an den menschlichen Reaktionsmustern von NANDA-I (2016) an.

Zu Beginn eines Langzeitaufenthaltes und vor jeder Folgerhebung erfolgt eine Beobachtungsphase. In dieser Phase werden Informationen strukturiert gesammelt und dokumentiert. Die Bewohner/-innen werden beobachtet/untersucht und es finden Gespräche mit ihnen und ihren Angehörigen statt. Alle Beteiligten aus Pflege und Betreuung haben den Auftrag, die Bewohner/-innen durch bewusste Wahrnehmung als Individuen zu verstehen und zu erfassen. Die Beobachtungen werden in der Verlaufsdokumentation schriftlich festgehalten, so dass die Pflegefachperson nach Abschluss dieser Phase die Informationen im Formular «Beobachtungen» strukturiert zusammenfassen kann.

Die schriftlich dokumentierten Beobachtungen vor einer Folgerhebung unterscheiden sich von den Beobachtungen bei der Eintrittserhebung dahingehend, dass im Verlaufsbericht schwerpunktmässig die Veränderungen beschrieben werden; nicht aber die unveränderten Beobachtungen aus der Eintrittserhebung.

Beobachtungskriterien der 16 Pflegeschwerpunkte stehen den Pflegenden im Dokument «Beschreibung PS Karten» zur Verfügung.

i Beispiel Eintrittserhebung

Verlaufsdokumentation: «Frau B. fragt bei der morgendlichen Körperpflege warum sie im Spital ist und wie lange sie bleiben muss. Nachdem ich ihr erklärt habe, dass sie hier im Pflegeheim wohnt, sagt sie «Ach ja, stimmt! Das hatte ich vergessen.» Nach der Körperpflege fragt sie das selbe wieder.

Während der Körperpflege braucht sie konstante Anleitung für die einzelnen Schritte. Sie fragt immer wieder «und was muss ich jetzt machen? Gehen wir zum Frühstück?» noch bevor sie angezogen ist.

... Frau B. forderte ihre Tischnachbarin beim Frühstück auf wegzugehen. Sie sagte: gehen Sie, ich habe Sie nicht eingeladen». Als diese nicht geht, fängt Frau B. an zu weinen.

i Beispiel Folgerhebung

Verlaufsdokumentation: « Frau B. weiss, dass sie im Pflegeheim wohnt, verwechselt dies nicht mehr mit dem Spital, fragt aber immer noch nach, wann sie wieder nach Hause darf.

Beobachtungen:

<p>1.3 - Der/die Bewohner/-in hat ein gutes örtliches Orientierungsvermögen (mit bzw. ohne Hilfsmittel)*</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Eher häufig <input type="radio"/> Teilweise <input checked="" type="radio"/> Eher weniger <input type="radio"/> Nicht
<p>1.4 - Kognitive Fähigkeiten für alltägliche Entscheidungen, die das alltägliche Leben betreffen - z.B wann aufstehen, wann zu den Mahlzeiten gehen, welche Kleider tragen oder an welchen Aktivitäten teilnehmen*</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Unabhängig - Entscheidungen zuverlässig, folgerichtig und sicher <input type="radio"/> Veränderte Unabhängigkeit - einige Schwierigkeiten nur in neuen Situationen <input type="radio"/> Minimal eingeschränkt - in einigen sich wiederholenden Situationen werden Entscheide unzuverlässig. <input checked="" type="radio"/> Mässig eingeschränkt - Entscheide sind systematisch unzuverlässig oder unsicher; Bewohner/-in benötigt Hinweise/Aufsicht <input type="radio"/> Gravierend eingeschränkt - trifft selten/nie Entscheidungen <input type="radio"/> Kein wahrnehmbares Bewusstsein, Koma
<p>1.5 - Der/die Bewohner/-in kann sich nach 5 Minuten an etwas Gelerntes oder Bekanntes erinnern (Kurzzeitgedächtnis) *</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Eher häufig <input type="radio"/> Teilweise <input checked="" type="radio"/> Eher weniger <input type="radio"/> Nicht
<p>1.9 - Ergänzende Informationen</p>	<p>vergisst immer wieder, dass sie jetzt im Pflegeheim wohnt. Meint, dass sie im Spital ist. Braucht konstante Anleitung und zum Teil auch Unterstützung bei Alltagsaktivitäten wie Körperpflege und Anziehen. Fragt viel nach "wo bin ich, was muss ich jetzt tun...?"</p>

Ressourcen und Probleme erkennen/Ziele vereinbaren

Schritt 2 und 3 im Pflegeprozess wird mit Hilfe der «BESA Analyse Pflegeschwerpunkt/Pflegediagnose» erarbeitet und dokumentiert. Nach der Informationssammlung werden die allgemeinen Probleme identifiziert (Abb. 1). Anschliessend wird das individuelle Pflegeproblem/die Pflegediagnose benannt (Abb. 2).

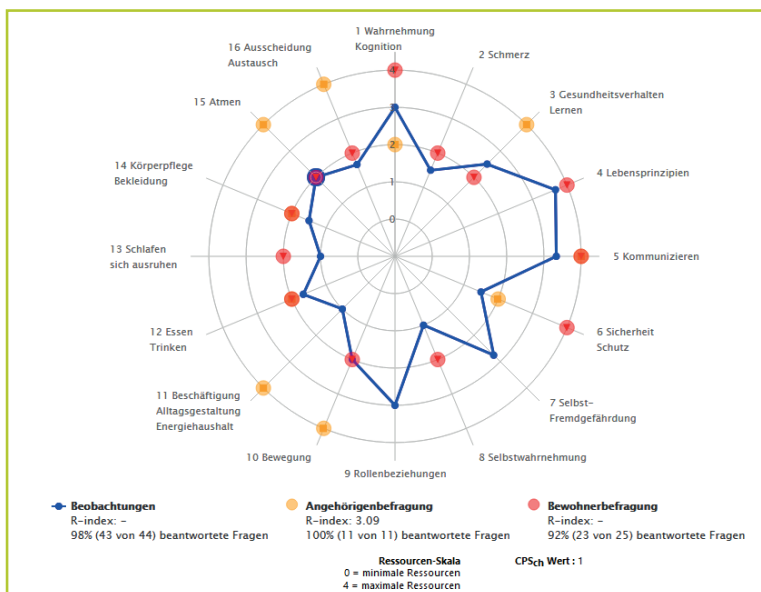


Abb. 1: BESA Ressourcen, Analyse, Netzgrafik

Auswahl Pflegeschwerpunkte/Pflegediagnosen PS/PD

PS:Wahrnehmung/Kognition - PD:Chronische Verwirrtheit
Irreversible, lang andauernde und/oder fortschreitende Verschlechterung von Intellekt und Persönlichkeit, gekennzeichnet durch eine verminderte Fähigkeit, Umweltreize zu interpretieren und die verminderte intellektuelle Denkfähigkeit, und angezeigt durch Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung und des Verhaltens.

Einfluss-/Risikofaktoren
 Dementielle Entwicklung (medizinisch nicht abgeklärt, da die Bewohnerin dies nicht möchte) BEO

Symptom
 Intakte kognitive Fähigkeiten : Teilweise
 Gutes zeitliches Orientierungsvermögen : Teilweise
 Tageszeitliche Schwankungen in der Orientierung: fragt oft nach der Zeit und erkennt Pflegepersonen nicht.
 Persönlichkeitsveränderung: war früher gesellig, zieht sich immer häufiger zurück sieht nachts oft nicht existierende Personen, spricht mit diesen; wird laut, wenn sie ihr nicht antworten
 komplexere Alltagshandlungen (z.B. Tisch decken) überfordern sie zunehmend. BEO

Ressource
 einfache Alltagshandlungen (z.B. Wasche, Kleiden, Essen) kann sie durchführen; Versteht Gesprochenes, wenn man laut spricht und Blickkontakt hält. BEO

Hilfsmittel
 Hörgerät

Ergänzende Information
 Kein Element

Ziel
 BW ist in den Verhaltensauffälligkeiten aufgefangen und möglichst stabil, Krisen sind vermieden, die kognitiven Ressourcen können erhalten werden.
 Mit Bewohner/Bezugsperson validiertes Ziel

Abb. 2: BESA Ressourcen, Analyse, PS/PD

In BESA Ressourcen gibt es die Möglichkeit, Pflegeprobleme/Pflegediagnosen in drei verschiedenen Varianten darzustellen (Output 1-3).

Als ein wirksames Pflegediagnostiktool in der geriatrischen Langzeitpflege werden die NANDA-I Pflegediagnosen beschrieben, da sie eine „handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs (Zufriedenheit der Patientinnen mit der Erfassung ihres Pflegebedarfs) ermöglichen“ (Behrens & Langer, 2016, S. 207)

BESA Ressourcen Output 2 und 3 ermöglicht das Arbeiten mit bzw. gemäss NANDA-I.

Das jeweilige Ziel wird nach der SMART-Regel formuliert. Die Ziele werden, falls möglich und angemessen, mit den Bewohner/-innen vereinbart.

Die Terminierung bei Zielen in der Langzeitpflege erfolgt in der Regel nicht mit konkreten Zeitangaben in der Zielformulierung (...kann im Verlauf der nächsten 14 Tage...), sondern indem die Häufigkeit der Evaluation je nach Situation und Pflegeproblem/Pflegediagnose von der Pflegefachperson festgelegt wird (z.B. 1x täglich, 1x pro Woche, 1x pro Monat...)



Beispiel

Frau B kann die kognitiven Ressourcen erhalten, belegt durch: - kann mit verbaler Anleitung die Körperpflege selber ausführen und sich selber anziehen, - versteht verbale Informationen zu Zeit und Ort.



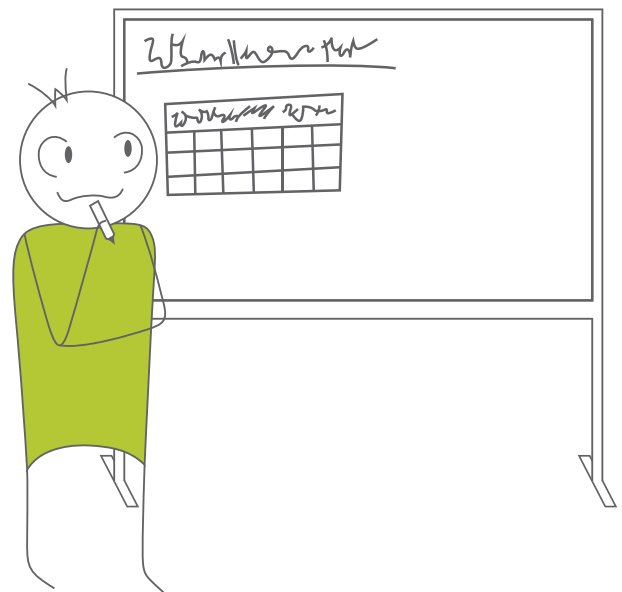
Massnahmen planen

Schritt 4 im Pflegeprozess besteht darin, diejenigen Pflegemassnahmen auszuwählen, welche die zuvor dokumentierten Ziele mit grösster Wahrscheinlichkeit herbeiführen. Pflegemassnahmen werden individuell identifiziert und im Massnahmenplan verordnet.

Die Pflegefachperson wählt Massnahmen, welche die Einflussfaktoren der Pflegediagnose eliminieren, reduzieren oder, wenn dies nicht möglich ist, die Zeichen und Symptome der Pflegediagnose behandeln (Wilkinson, 2012, S. 365).

Sie beschreiben was die Pflegenden tun wird und bestehen aus folgenden Bestandteilen:

- Welche Massnahme
- Wie wird die Massnahme durchgeführt
- Wann / zu welchem Zeitpunkt
- Wie oft (Häufigkeit)
- Womit (Hilfsmittel)
- Wer führt die Massnahme durch
- Wo wird die Massnahme durchgeführt
- Mitwirkung der Bewohnerin, des Bewohners



Beispiel aus BESAdoc:

Massnahme	Zeitraum	Beschreibung	Details	Tage & Stunden	Kommentar
Aufschluss geben über Situationen, Erklärungen geben zu Personen und zu Rollen	28.05.2019 - ...	Gezielt zu BW hingehen und informieren zu Aktivitäten, zur Tageszeit, zum Ort oder Situation. Wenn BW verunsichert oder orientierungslos wirkt oder Fragen stellt, unterstützende Informationen geben. Nur eine Anweisung auf einmal geben.	Modus: Aufforderung (Führung) Anz. Pers.: 1	Jeden Tag Morgen, Mittag, Nachmittag, Abend, Nacht	5-10 Mal tägl.
Teilkörper Morgen- und Abendtoilette inkl. Intimpflege, Hautkontrolle im Rahmen der Teilkörperttoilette, Kämmen, Einreiben von Körperpflegeprodukten (nicht ärztl. verordnet) durchführen	28.05.2019 - ...	Morgens: Intimbereich und Gesäss im Bett waschen durch PP. BW wäscht Gesicht, Hände und Oberkörper vorne am Lavabo unter Anleitung (Utensilien anreichen und die BW auffordern viel selbst zu machen; genügend Zeit lassen; nur 1 Aufforderung auf einmal geben). Rücken am Lavabo waschen und eincremen durch PP. Deodorant und Parfüm auftragen. Hautkontrolle in den Leisten und unter den Brüsten und auf Kratzspuren am Oberkörper achten. Abends: Gesicht und Hände am Lavabo waschen (Auffordern dies selbst zu tun und Anleitung durch PP). Oberkörper mit Antidry eincremen durch PP.	Modus: Aufforderung (Führung) Hilfsmittel: individuelle Körperpflegeprodukte Anz. Pers.: 1	Jeden Tag Morgen, Abend	Benötigt viel Anleitung und immer wieder Pausen. BW erschwert die Durchführung stark.

Im Pflegealltag werden häufig bereits laufend Pflegemassnahmen geplant, bevor Pflegediagnosen/-ziele identifiziert sind. Dies, um dem Pflorgeteam erste Anhaltspunkte zu geben, welche pflegerische Massnahmen vorläufig erbracht werden, bevor der pflegediagnostische Prozess abgeschlossen ist und ein zielgerichteter Massnahmenplan dokumentiert werden kann (vorläufiger Massnahmenplan).

Andere verzichten auf einen vorläufigen Massnahmenplan und dokumentieren im Verlaufsbericht fortlaufend, was die Pflegenden in dieser Zeit tun.

i Beispiel eines Eintrags im Verlaufsbericht, falls kein vorläufiger Massnahmenplan vorliegt

Datum/Uhrzeit/Visum: Intimtoilette und Gesäss waschen von PP (Pflegeperson) im Bett durchgeführt. Waschutensilien für Gesicht, Hände und Oberkörper am Lavabo bereitgestellt und die Bewohnerin aufgefordert, es selbst zu machen. Anleitung ist während des gesamten Waschens notwendig; langsam und immer nur eine Anweisung auf einmal. Rücken gewaschen und mit Antidry eingecremt durch PP. Bewohnerin hat Kratzspuren am rechten Oberarm. Äussert, dass ihre trockene Haut nachts oft juckt. Deodorant und Parfum aufgetragen; Haare gekämmt und hochgesteckt. Frau B. benötigte sehr viel Zeit für die Körperpflege.

Bei beiden Varianten muss gewährleistet sein, dass die auf Seite 7 aufgeführten Bestandteile (welche Massnahme, wie, wann, wie oft...) enthalten sind, so dass auch für diese Zeit alle Pflegemassnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

Massnahmen durchführen/Evaluieren



Schritt 5 des Pflegeprozesses, die Durchführung beinhaltet die praktische Durchführung der Pflegemassnahmen sowie die Verlaufsdocumentation. Die schriftlichen Inhalte des Verlaufsberichtes können nicht starr einem Pflegeprozessschritt zugeordnet werden, sondern enthalten Aspekte der Evaluation, der Informationssammlung und eventuell auch der weiteren Pflegeprozessschritte.

Für die Entscheidung über das richtige Mass an Detailliertheit und über die Häufigkeit der Einträge kann den Pflegenden allgemein die Frage „was würde jemand anderes benötigen, um zu verstehen, wie die aktuelle Situation des Bewohners/der Bewohnerin ist?“ (Wilkinson, 2012, S. 408) hilfreich sein. Dies entspricht in der Regel den Informationen, die auch an einem mündlichen Übergaberapport thematisiert werden.

Der Pflegeverlaufsbericht beinhaltet:

1. Täglich, falls vorhanden: alle Abweichungen der bisher dokumentierten Pflegeprozessschritte.

1a. Abweichungen von den geplanten Pflegemassnahmen:

i Beispiel

Frau B. hat heute gleich beim ersten Kontakt danach gefragt, warum sie nicht nach Hause darf und so lange im Spital bleiben muss. Ich habe sie über Ort, Zeit und Situation informiert, sie konnte sich anschliessend aber nicht auf die Körperpflege konzentrieren und hat den Ablauf immer wieder unterbrochen. Körperpflege voll übernommen.

1b. Abweichungen von den angestrebten Zielen:

i Beispiel

Nachdem ich Frau B zum wiederholten Mal erklärt habe, dass sie nicht im Spital, sondern im Pflegeheim sei, hat sie gesagt, dass ich lüge und hat angefangen zu weinen.

1c. Zustandsveränderungen der Bewohner/-innen:

i Beispiel

Frau B. äusserte nach der Körperpflege, dass sie heute zu müde sei, um zu frühstücken. Frühstück im Zimmer serviert. Frau B. hat ½ Portion gegessen.

1d. Weitere Erläuterungen zu täglichen Einträgen:

- **Nicht täglich** im Pflegeverlaufsbericht dokumentiert werden müssen Massnahmen, die entsprechend des Massnahmenplans und mit dem erwünschten Ziel durchgeführt werden.
- Vor allem bei Pflegemassnahmen im psychogeriatrischen Bereich ist es häufig schwer, Massnahmen exakt und verlässlich zu planen, und das erwartete Ziel jeweils zu erreichen. In diesem Fall ist es umso wichtiger, jede Abweichung von der geplanten Massnahme und jede Abweichung vom Ziel konsequent zu dokumentieren.
- Werden Massnahmen je nach Situation angepasst (siehe »Beschreibung« im Beispiel unten), so benötigt es im Verlaufsbericht jeweils einen Eintrag, wie die Massnahme in der aktuellen Situation durchgeführt wurde:

Beispiel aus BESAdoc:

Massnahme	Zeitraum	Beschreibung	Details	Tage & Stunden	Kommentar
Beistand geben (verbal/nonverbal)	28.05.2019 - ...	- Grund des Weinens in einem Gespräch aufgreifen und Bewohnerin über Ängste sprechen lassen. - oder mit einem Alltagsgespräch ablenken (mögliche Themen: aktuelles aus der lokalen Zeitung, Garten und Wetter)	Modus: Kompensation Anz. Pers.: 1	Jeden Tag Morgen, Abend	1-2x tägl. BW weint häufig, wenn ihr die zunehmende Vergesslichkeit bewusst wird. Je nach Situation benötigt sie dann ein klärendes Gespräch oder Ablenkung



Beispiel

Frau B. hat geweint, weil ihr wieder bewusst wurde, dass sie immer vergesslicher wird. Ein Gespräch darüber war nicht möglich. Ein Gespräch über das gestrige schöne Wetter hat sie abgelenkt und sie hat sich beruhigt.

2. Periodisch: (die Häufigkeit wird von der Pflegefachperson je nach Pflegeproblem/Pflegediagnose festgelegt, erfolgt aber spätestens bei der nächsten Folgerhebung nach 6 Monaten). Dies entspricht Schritt 6 des Pflegeprozesses, **der Evaluation**.

„Die Fortschritte der Bewohnerin/des Bewohners in Richtung der angestrebten Ziele und die Wirksamkeit der Pflegemaßnahmen“ (Wilkinson, 2012, S. 436):

Beispiel

Frau B fragt weiterhin ca. 12x täglich nach Ort und Zeit. Informationen dazu versteht sie meist, so dass sie sich danach wieder auf andere Dinge konzentrieren kann. Ziel erreicht - Maßnahmenplanung unverändert weiterführen.

Erweisen sich die Pflegemaßnahmen als wirksam, können sie mit den im Durchschnitt ermittelten Häufigkeiten, dem Anwesenheitsfaktor der Pflegenden und dem Mitwirkungsfaktor des Bewohners/der Bewohnerin im BESA Leistungskatalog 2010 erfasst werden.

Sind in der Verlaufsdokumentation häufig Abweichungen bzw. Zustandsveränderungen (s. Punkt 1 Täglich) zu erkennen oder ergibt sich aus den periodischen Evaluationen (s. Punkt 2 Periodisch), dass die Bewohnerin/der Bewohner keine Fortschritte in Richtung des angestrebten Ziels macht bzw. die Wirkung der Maßnahmen unzureichend sind, müssen Pflegeprobleme und Ressourcen, Ziele und geplante Maßnahmen überdacht und der aktuellen Situation angepasst werden.

Dokumentierte Pflegeprozessschritte	
Zeitverlauf	Zeitdauer bis zum Erfassen der Leistungen im LK2010 entsprechend der aktuellen Tarifverträge
Prozessschritte	Fortlaufende Informationssammlung aufgrund von Beobachtungen im Alltag
Informationen sammeln	In der Beobachtungsphase: Nach Eintritt eines Bewohners / einer Bewohnerin und alle 6 Monate bzw. bei signifikanten Veränderungen (BB, AB, BEO)
Ressourcen und Probleme erkennen / Ziele vereinbaren	Erkennen und Dokumentieren von Ressourcen / Problemen (Erstellen von Pflegediagnosen), Ziele festlegen / vereinbaren (Analyse PS/PD)
Massnahmen planen	Vorläufiger Massnahmenplan
Massnahmen durchführen / evaluieren	Zusätzliche Pflegeleistungen (ausserhalb des vorläufigen Massnahmenplans) und deren Wirkung dokumentieren
	Planen der Massnahmen auf Basis der Probleme / Ressourcen und der dazugehörigen Ziele
	Evaluation der Massnahmen (Wirksamkeit, Häufigkeit...)
	Weitere Evaluationen der Wirksamkeit der Massnahmen, der Zielerreichung... je nach Problem / Ziel LK2010

Glossar

Begriff	Bedeutung
Bedarfsklärung Pflegebedarf Bedarfserfassung	Die Bedarfsklärung beinhaltet die Klärung des Pflegebedarfs einer Bewohnerin/ eines Bewohners. In BESA Ressourcen Version 5 gilt die Bedarfsklärung mit Abschluss des Instrumentes «PS/PD, Analyse» als abgeschlossen.
Beobachtungsphase	Durch die Beobachtung werden wichtige Informationen über das emotionale Befinden, das allgemeine Wohlbefinden und die körperliche Verfassung gewonnen. Die Bewohnerbeobachtung beginnt bei der ersten Begegnung und setzt sich während der gesamten Pflege in Gesprächen und körperlichen Untersuchungen fort (Brobst et al., 2007). Eine explizite Beobachtungsphase zu Beginn der Ersterhebung und vor einer Folgerhebung mit BESA dient dem Erkennen von Ressourcen und Problemen von Bewohner/-innen und gilt als abgeschlossen, sobald genügend Informationen gesammelt wurden, um die Ressourcen und Probleme zu benennen, Ziele zu formulieren und entsprechende Pflegemassnahmen daraus ableiten zu können.
Evaluieren Evaluation	Bei der Evaluation wird der Erfolg des pflegerischen Handelns beurteilt und geprüft, inwieweit der Bewohnende die gesetzten Ziele erreicht hat (Brobst et al., 2007, S. 189). Die Evaluation umfasst die kritische Prüfung aller Schritte des Pflegeprozesses (Wilkinson, 2013, S. 448). Erbrachte Pflegeleistungen werden im BESA Leistungskatalog erfasst, nachdem die Wirksamkeit, die durchschnittliche Häufigkeit, der Anwesenheitsfaktor der Pflegenden und die Mitwirkung der Bewohner/-innen evaluiert wurden.
Informationen sammeln Assessment, pflegerische Situationseinschätzung	Der erste Schritt im Pflegeprozess ist die systematische Sammlung der relevanten Bewohnerdaten. Daten sind Informationen oder Fakten über die Bewohner/-innen. Pflegepersonen nutzen diese Daten, um: a) Gesundheitsprobleme und Entwicklungspotenziale zu identifizieren, b) die pflegerische Betreuung zu planen und c) die bei den Bewohner/-innen erreichten Ergebnisse zu evaluieren. In dieser Phase erhebt, prüft und dokumentiert die Pflegeperson die Daten und strukturiert sie anhand festgelegter Kategorien wie beispielsweise den 16 Pflegeschwerpunkten (In Anlehnung an Wilkinson, 2012).
Massnahmen durchführen Implementierung	Der Pflegeplan wird praktisch umgesetzt, d.h. die Pflegeperson führt die geplanten Interventionen durch.
Massnahmen planen Interventionen planen Pflege planen Pflegeplanung Massnahmenplanung Pflegeauftrag	Pflegemassnahmen planen beinhaltet, spezifische Pflegeinterventionen festzulegen, die auf den Pflegediagnosen, den festgelegten Zielen und den gewünschten Ergebnissen beruhen. Diese Massnahmen werden als Pflegeplan dokumentiert.

Begriff	Bedeutung
Output	<p>Der Begriff Output beschreibt die schriftliche Darstellung des Ergebnisses der Bedarfsklärung mit BESA Ressourcen Version 5.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kunden ohne NANDA-I-Lizenz können zwischen Output 1 und 2 wählen 2. Kunden mit NANDA-I-Lizenz arbeiten mit Output 3 <p>Output 1: beinhaltet den Pflegeschwerpunkt, Begründung, Ressourcen, Hilfsmittel, ergänzende Informationen, Ziel.</p> <p>Output 2: beinhaltet den Pflegeschwerpunkt und die Möglichkeit die Pflegediagnose manuell hinzuzufügen, Einfluss-/Risikofaktoren, Symptom, Ressourcen, Hilfsmittel, ergänzende Informationen, Ziel.</p> <p>Output 3: beinhaltet die Lizenz von NANDA-I und somit den Pflegeschwerpunkt und die nach NANDA-I definierten Pflegediagnosen, Einfluss-/Risikofaktoren und Symptome; Ressourcen, Hilfsmittel, ergänzende Informationen, Ziel.</p>
Pflegebericht Verlaufsbericht Verlaufsdocumentation Wirkungsbericht	<p>Meist narrative, chronologische Aufzeichnung der Massnahmen, Reaktionen der Bewohner/-innen und Ereignisse in chronologischer Reihenfolge. Pflegeberichte liefern Informationen über den Fortschritt der Bewohner/-innen in Richtung der Erreichung des Ziels. (Wilkinson, 2012)</p>
Pflegedokumentation	<p>Die Pflegedokumentation ist ein individualisiertes Dokument, das alle Informationen über die gepflegte Person zusammenfasst. (le Bars, 1998, S.12., zitiert in Lötscher, Reidy & Sherbetdjian, 2006, S. 7). Es ist ein fachliches Arbeitsinstrument, das die systematische, kontinuierliche und schriftliche Erfassung sowie die Auswertung von pflege- und behandlungsrelevanten Daten ermöglicht (Grimm, 2010).</p>
Pflegeprozess	<p>Der Pflegeprozess ist ein systematischer Problemlösungsprozess, um aktuelle bzw. potenzielle Gesundheitsprobleme zu identifizieren, zu verhüten, zu behandeln und um das Wohlbefinden zu steigern. Dieser Prozess bildet den Rahmen, in dem die Pflegeperson ihr fachliches Wissen und Können anwenden kann, um Menschen zu helfen. Der Pflegeprozess ermöglicht die zielgerichtete Planung, Durchführung und Evaluation einer individualisierten pflegerischen Betreuung.</p> <p>Das BESA System stützt sich auf das sechstufige Phasenmodell nach Fiechter und Meier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationssammlung 2. Erkennen von Pflegeproblemen und Ressourcen 3. Pflegeziele festlegen 4. Pflegemassnahmen planen 5. Pflegemassnahmen durchführen 6. Pflege evaluieren
Ressourcen	<p>Ressourcen sind Fähigkeiten von Bewohner/-innen (physische, psychische und soziale), die ihnen helfen, mit dem Pflegeproblem umzugehen</p>
Ressourcen und Probleme erkennen Pflegediagnose	<p>Im zweiten Schritt des Pflegeprozesses, werden die während der Informationssammlung gewonnenen Informationen gebündelt und analysiert, um die Bedürfnisse oder Probleme (sowie Gesundheitsrisiken und Entwicklungspotenziale) der Bewohner/-innen herauszuarbeiten und schlussendlich Pflegediagnosen zu erkennen und zu benennen. (Wilkinson, 2012). Im BESA System werden auch die Ressourcen und Präferenzen der Bewohner/-innen erfasst.</p>
Ziele festlegen	<p>Der dritte Schritt des Pflegeprozesses, beinhaltet das Aushandeln und Festlegen von Zielen und den angestrebten Ergebnissen (Outcomes). Die Ziele sollten von den gestellten Pflegediagnosen abgeleitet sein und beschreiben, inwiefern sich der mit der Diagnose beschriebene Zustand /das beschriebene Verhalten verändern sollte. Ein Pflegeziel beschreibt somit einen angestrebten Zustand (Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S., 2004, S. 396).</p>

Literaturverzeichnis

- Behrens, J., & Langer, G. (25. August 2016) *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*. Von https://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/Halle-PfleGe-15-01.pdf abgerufen
- Brobst, R., Clarke Coughlin, A., Cunnigham, D., Feldmann, J., Mason, J., McBride, L., ... Wright, W. (2007) *Der Pflegeprozess in der Praxis* (J. Georg, Ed., E. Brock, Trans.) Bern: Verlag Hans Huber
- Bundesversammlung (01. Januar 2019) *admin.ch* Abgerufen am 27. Mai 2019 von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>
- Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2018) *Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen* Bern: Hogrefe Verlag
- Eidgenossenschaft, S. (18. Mai 2014) Abgerufen am 27. Mai 2019 von admin.ch: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/201405180000/101.pdf>
- Fiechter, V., & Meier, M. (1981) *Pflegeplanung* Basel: Recom
- Grimm, NA. (2010) *Die Pflegedokumentation aus Sicht der Pflegekräfte. Eine qualitative Studie*. Bachelorarbeit: Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg
- Lötscher, R., Reidy, I.-M. & Sherbetdjian, M (2006) *Die Pflege dokumentieren, Qualitätskriterien zur Pflegedokumentation und ihrer Anwendung*. Bern: SBK Geschäftsstelle
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolff, S. (2004) *Lehrbuch Psychiatrische* Bern: Verlag Hans Huber
- Wilkinson, J. M. (2012) *Das Pflegeprozess-Lehrbuch* Bern: Hogrefe

