



# Konzept Pflege und Betreuung

Pflege- und Betreuungsverständnis

Die sechs Schritte des Pflege- und Betreuungsprozesses und deren Dokumentation

---

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Pflege- und Betreuungsverständnis</b> .....	<b>4</b>
2.1	Ziel .....	4
2.2	Pflege- und Betreuungsverständnis .....	4
2.3	Pflege-/ Betreuungstheorie.....	5
2.4	Pflege-/Betreuungsmodell .....	5
2.5	Das Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens .....	5
2.5.1	Der Mensch .....	5
2.5.2	Umgebung .....	5
2.5.3	Gesundheit und Krankheit .....	6
2.5.4	Pflege und Betreuung .....	6
<b>3</b>	<b>AEDL</b> .....	<b>7</b>
3.1	Bedürfnismodell der 13 Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) .....	7
3.2	Beschreibung der einzelnen Bereiche des Modells AEDL.....	7
3.2.1	Kommunizieren.....	7
3.2.2	Sich bewegen .....	8
3.2.3	Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten .....	8
3.2.4	Sich pflegen .....	8
3.2.5	Essen und trinken .....	8
3.2.6	Ausscheiden .....	9
3.2.7	Sich kleiden .....	9
3.2.8	Ruhen und schlafen .....	9
3.2.9	Sich beschäftigen .....	9
3.2.10	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten .....	9
3.2.11	Für eine sichere und förderliche Umgebung sorgen.....	10
3.2.12	Soziale Bereiche des Lebens sichern.....	10
3.2.13	Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen .....	10
3.3	Pflege-/Betreuungsprozess in Anlehnung nach Fiechter und Meier.....	11
<b>4</b>	<b>Einleitung Dokumentation im Departement W&amp;E</b> .....	<b>12</b>

<b>5</b>	<b>Definition Pflege- und Betreuungsdokumentation .....</b>	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>Ziele und Aufgaben der Pflege- und Betreuungsdokumentation .....</b>	<b>13</b>
6.1	Grenzen der Pflege- und Betreuungsdokumentation.....	13
<b>7</b>	<b>Die sechs Schritte des Pflege- und Betreuungsprozesses und deren Dokumentation.....</b>	<b>14</b>
7.1	Informationssammlung, Assessment .....	14
7.2	Pflegediagnostik, PESR .....	17
7.3	Ziele setzen und dokumentieren .....	19
7.4	Massnahmen definieren und planen und dokumentieren .....	21
7.5	Massnahmen der Pflege und Betreuung durchführen und im Verlaufsbericht dokumentieren	23
7.6	Evaluation.....	26
<b>8</b>	<b>Zuständigkeiten.....</b>	<b>27</b>
8.1	Pflege- und Betreuungspersonen des Departements W&E.....	27
8.2	Qualitätssicherung.....	28
8.3	Entwicklung und Anwendung von Standards, Konzepten, Handlungsanweisungen.....	28
8.4	Risikomanagement.....	28
<b>9</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>29</b>
<b>10</b>	<b>Anhänge.....</b>	<b>30</b>
10.1	Anhang 1: AEDL.....	30
10.2	Anhang 2: Arbeitsteilung im Pflege- und Betreuungsprozess.....	31

## 1 Einleitung

Die Pflege- und Betreuungsdokumentation ist ein wesentliches Arbeitsmittel zur Steuerung des Pflege- und Betreuungsprozesses. Sie dient dem strukturierten schriftlichen, bzw. computerbasierten, Festhalten aller Schritte des Pflege-, bzw. Betreuungsprozesses zur Planung, Durchführung und Evaluation der pflegerischen und betreuenden Versorgung. Die Dokumentation der Pflege und Betreuung gehört zum Aufgabenbereich aller Mitarbeitenden (MA) des Departementes Wohnen und Entwicklung (W & E) und liegt in ihrem Verantwortungsbereich.

Die Pflege- und Betreuungsdokumentation stützt sich auf unser Pflege- und Betreuungsverständnis.

## 2 Pflege- und Betreuungsverständnis

### 2.1 Ziel

Unser Pflege- und Betreuungsverständnis ist angelehnt an unsere Strategie, deren Grundaussage auf ein selbstbestimmtes Leben, Entwicklung und Lebensqualität ausgerichtet ist. Es dient den Mitarbeitenden (MA) des Departementes Wohnen und Entwicklung (W&E) als Richtlinie und als Grundlage für ein gemeinsames Handeln.

Wir setzen uns dafür ein, dass bei uns die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner (BW) beachtet und eingehalten werden. Dazu gehören insbesondere die Selbstbestimmung, die rechtzeitige und ausführliche Information, die Gleichbehandlung, Sicherheit, qualifizierte Dienstleistung und ein Leben in Würde.

Es ist unsere Aufgabe, Menschen in ihrem Alltag und in Veränderungsprozessen professionell zu begleiten und zu unterstützen. Unsere Leistungen haben die Entwicklung bzw. die Erhaltung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden des Menschen, auch des beeinträchtigten, zum Ziel, dies stets unter Berücksichtigung der Ressourcen der BW.

### 2.2 Pflege- und Betreuungsverständnis

Bei uns stehen die individuelle Lebensgeschichte (Biografie), die konkrete Lebenssituation, die Förderung und die Fähigkeiten des Menschen im Zentrum. Wir binden Fähigkeiten, Ressourcen, Gewohnheiten und Wünsche der BW gezielt im Pflege- und Betreuungsprozess ein. Die Betroffenen sollen ermächtigt und begleitet werden, möglichst selbständig zu bleiben/ zu werden, um ihre Grundbedürfnisse erfüllen zu können.

Grundbedürfnisse sind für alle Menschen gleich und notwendig, um zu überleben: Atmung, Nahrungsversorgung, Flüssigkeitszufuhr, Ausscheidung, Sicherheit und Zugehörigkeit. Ein Selbstpflege- und/oder Betreuungsdefizit entsteht dann, wenn die eigene Selbstpflege geringer als der momentane Selbstpflege- und Betreuungsbedarf ist. Somit übernehmen Pflege- und Betreuungspersonen (=MA W&E) Dienstleistungen, die zur Selbstpflege beitragen und dem Bedarf des/der BW entsprechen.

Um unsere Dienstleistungen einheitlich abbilden zu können, werden Theorien und/oder Modelle einbezogen.

### **2.3 Pflege-/ Betreuungstheorie**

Eine Theorie ist eine gedankliche Konstruktion oder eine einfache abstrakte Darstellung eines komplizierten Sachverhaltes. Sie soll den MA W&E zum besseren Verständnis dienen, ihnen Orientierung geben und das Handeln vereinfachen. Theorien- und Modelle beschreiben nicht, wie die Pflege, bzw. die Betreuung ist, sondern geben Gelegenheit, Pflege und Betreuung zu strukturieren, zu analysieren, gezielt zu beobachten und zu reflektieren.

### **2.4 Pflege-/Betreuungsmodell**

Ein Modell bildet einzig die Wirklichkeit ab, wie eine Fotografie. Ein Modell ist nicht die Wirklichkeit selbst, sondern dient uns als Muster oder Vorbild und soll eine anschauliche Darstellung komplexer Zusammenhänge darstellen. Modelle bilden somit die Grundlage, Pflege und Betreuung zu definieren und zu begründen. Ein Modell soll Klarheit verschaffen. Die MA W&E können durch ein zugrundeliegendes Modell ihr Handeln reflektieren und weiterentwickeln. Ihre eigenen Erfahrungen, ihr angeeignetes und intuitives Wissen fliessen dabei ein.

### **2.5 Das Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens**

Grundlage des pflegerischen und betreuenden Handelns in unserem Betrieb ist das „Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ nach Monika Krohwinkel.

Das AEDL-Modell ist der Gruppe der Bedürfnismodelle zuzuordnen, wird seit 1984 in der Praxis angewendet und hat sich stetig weiterentwickelt. Die 13 AEDL stehen in einem direkten Zusammenhang mit den vier Schlüsselkonzepten „Mensch, Umgebung, Gesundheit, Krankheit und Pflege“.

#### **2.5.1 Der Mensch**

Der «Mensch» steht sowohl für die Person des/der BW als auch für die MA W&E. Der Mensch hat die Fähigkeit zu Entwicklung, zu Wachstum und zu Selbstverwirklichung.

Der/die BW mit seinen/ihren individuellen Bedürfnissen steht im Mittelpunkt pflegerischer/betreuerischer Entscheidungen. Er/sie wird in diese massgeblich mit einbezogen, ggf. durch Interessenvertreter wie Angehörige, Beistandspersonen etc.

Der/die MA W&E hat das Recht und die Pflicht zur Selbstpflege (work-life-balance), um seinem Pflege-/Betreuungsauftrag gerecht zu werden.

#### **2.5.2 Umgebung**

Mensch und Umgebung sind offene, sich wechselseitig beeinflussende Systeme. Die Umgebung ist wesentlicher Einflussfaktor für Leben, Gesundheit und Wohlbefinden.



Die Umgebung prägt den Menschen und der Mensch prägt die Umgebung. Umgebung kann Sicherheit, Geborgenheit, Stimulation und Wertschätzung vermitteln. Pflegende, Betreuende, MA anderer Berufsgruppen, Freiwillige und Angehörige schaffen ein Milieu, das dem Wohlbefinden der BW Rechnung trägt, d.h. wir erfragen spezifische Bedürfnisse.

### 2.5.3 Gesundheit und Krankheit

Nach Krohwinkel sind Gesundheit und Krankheit „dynamische Prozesse“, die sich den MA W&E als Fähigkeiten (Ressourcen) und als Defizite (Probleme) zeigen.

Wohlbefinden, Unwohlsein, Abhängigkeit und Unabhängigkeit werden dabei subjektiv empfunden.

MA W&E nehmen den/die BW mit seinen/ihren individuellen Fähigkeiten, Ressourcen, aber auch den Defiziten, wahr und planen darauf aufbauend, pflegerisches/betreuerisches Handeln. BW, gegebenenfalls auch Angehörige, wirken bei Entscheidungen mit.

### 2.5.4 Pflege und Betreuung

Unser Verständnis stellt den Menschen mit seiner Einzigartigkeit in den Mittelpunkt. Alle MA W&E haben die Aufgabe, den Menschen in seinem Streben und in seiner Unabhängigkeit zu fördern. Dabei spielen Wertschätzung und Respekt gegenüber den Wünschen und Gewohnheiten eine bedeutende Rolle. Die Anwendung des Regelkreises (Pflege- und Betreuungsprozess) im Departement W&E hat zum Ziel, den betroffenen Menschen zu ermutigen, seine Fähigkeiten zu erhalten und wieder zu entdecken. Diese Fähigkeiten helfen, Bedürfnisse in den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens allein oder mit Unterstützung zu realisieren und mit auftretenden Problemen umzugehen und sich dabei zu entwickeln.

### 3 AEDL

#### 3.1 Bedürfnismodell der 13 Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL)

Das Modell nach Krohwinkel mit den 13 **AEDL** ist ein personenbezogenes, fähigkeits- und förderorientiertes System, welches sich an Ressourcen orientiert. Die Fähigkeiten des Menschen spielen eine zentrale Rolle. Dass der Mensch seine Bedürfnisse entwickeln kann und mit seinen Fähigkeiten umzugehen weiss, ist oberstes Ziel. Kann der Mensch dies nicht mehr selbst tun, übernehmen die MA W&E die Verantwortung und stellvertretend das, was der hilfsbedürftige Mensch tun würde, wenn er das Wissen, den Willen und die Kraft dazu hätte.

Aktivitäten des Lebens realisieren können:	Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. kommunizieren können</li> <li>2. sich bewegen können</li> <li>3. vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können</li> <li>4. sich pflegen können</li> <li>5. essen und trinken können</li> <li>6. ausscheiden können</li> <li>7. sich kleiden können</li> <li>8. ruhen und schlafen können</li> <li>9. sich beschäftigen lernen und sich entwickeln können</li> <li>10. sich als Mann / Frau fühlen und verhalten können</li> <li>11. für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können</li> <li>12. soziale Beziehungen und Bereiche des Lebens sichern und gestalten können</li> <li>13. mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen</li> </ol>	<p>Aktivitäten des Lebens realisieren und mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können. Dazu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existenzfördernde Erfahrungen machen können</li> <li>• Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen können</li> <li>• Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden können, unterscheiden und sich daran entwickeln können</li> </ul>

#### 3.2 Beschreibung der einzelnen Bereiche des Modells AEDL

##### 3.2.1 Kommunizieren

Wir pflegen Beziehungen und Kommunikation aktiv. Wir unterstützen die Orientierung in Bezug auf Personen, Zeit und Raum, das Erinnerungs- und Konzentrationsvermögen und die Fähigkeit, sich mündlich und schriftlich mitzuteilen. Wir achten auf Mimik und Gestik, Ausdruck von Gefühlen und das Wahrnehmungsvermögen in Bezug auf das Hören, Sehen und Gesichtsfeld, auf Lesen sowie das

Verstehen und Erkennen verbaler und schriftlicher Informationen. Wir beobachten bei dem/der BW die Fähigkeit, Wärme und Kälte zu empfinden und Schmerz auszudrücken.

Die MA W&E müssen bei diesem Aufgabenbereich überlegen, welche Hilfsmittel sie zur Unterstützung der/des BW benötigen.

### 3.2.2 Sich bewegen

Wir geben Hilfe und Unterstützung zur allgemeinen Beweglichkeit, z.B. beim Gehen, Sitzen, beim Aufstehen, beim Durchbewegen und beim Lagewechsel. Es gilt der Grundsatz der aktivierenden Pflege und Betreuung. BW, die nur zeitweise das Bett verlassen können, werden dazu angeregt, auch nur für kurze Zeit aufzustehen. Wir achten darauf, dass sich niemand selbst- oder fremdgefährdend verhält. Durch prophylaktische Maßnahmen beugen wir Stürzen, Dekubiti, Kontrakturen, Pneumonien und Thrombosen vor. Wir setzen Rollstuhl, Gehhilfen und weitere Hilfsmittel zur Erleichterung der Mobilisation sinnvoll ein.

### 3.2.3 Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten

Wir fördern Atemtätigkeit, Kreislauf und Wärmeregulation. Wir achten auf Atemverhalten, Husten, Atemstörungen und Infekte. Bei Auffälligkeiten oder Veränderungen werden Vitalzeichen (Blutdruck, Puls, Sauerstoffsättigung, Körpertemperatur) kontrolliert. Alle Beobachtungen werden im Lobos dokumentiert, in die Pflegeplanung einbezogen und die entsprechenden Pflegemaßnahmen durchgeführt.

### 3.2.4 Sich pflegen

Wir geben Unterstützung beim Waschen, Duschen, Baden, bei der Mundpflege, beim Rasieren und Frisieren. Individuelle Körperpflege wird unterstützt und gefördert. Dabei achten wir auf den Zustand der Haut. Der/die BW soll diese Verrichtungen so selbstständig wie möglich durchführen. Besondere Beobachtungen schenken wir Hautschäden (Rötung, Blasenbildung, Überwärmung, Allergie, Infektion). Entsprechende Maßnahmen erfolgen nach den jeweils festgelegten Standards und möglichst nach den Bedürfnissen und Gewohnheiten (z. B bei der Wahl der Pflegeprodukte) der/des BW. Die Intimpflege erfolgt unter Berücksichtigung des Schamgefühls.

### 3.2.5 Essen und trinken

Wir achten auf die individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten des/der BW. Das Küchenpersonal wird informiert, was der/die BW zu sich nehmen darf und ob allfällige Allergien/Abneigung bestehen. Wir achten auf ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Insbesondere bei pflegebedürftigen BW prüfen und beachten wir die Art der Nahrungsaufnahme (passierte Kost, Sondenkost, spezielle Diätformen, Fingerfood, Nahrungsergänzung) und achten darauf, ob die Speisen vertragen werden. Wir setzen Hilfsmittel gezielt ein (Zahnprothese, Tellerranderhöhung, Spezialbesteck, rutschfeste Unterlagen, Sondenzubehör). Wir respektieren, gemäss Palliative Care



Konzept, wenn ein/e BW die Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme verweigert, und bieten Alternativen.

### 3.2.6 Ausscheiden

Wir achten auf und fördern die Kontinenz durch gezieltes Kontinenztraining. Bei individuellen Inkontinenzproblemen werden Hilfsmittel angeboten. Bei der Urinausscheidung werden Menge, Geruch, Farbe, Harnverhalten und Anzeichen von Harnwegsinfektionen neben der Frage der Inkontinenz beobachtet. Bei der Stuhlausscheidung beobachten wir Menge, Farbe, Häufigkeit und Inkontinenz sowie Obstipation oder Diarrhö. Wenn möglich werden Menstruationstage festgehalten. Alle Beobachtungen werden dokumentiert, in die Pflege-/Betreuungsplanung einbezogen und die entsprechenden Pflege-/Betreuungsmassnahmen durchgeführt. Wir beachten Medikamentennebenwirkungen und planen nötige Massnahmen (z.B. Obstipation bei Morphinpräparaten)

### 3.2.7 Sich kleiden

Wir unterstützen den/die BW beim An- und Auskleiden. Der persönliche Kleiderstil wird berücksichtigt. Wir machen auf schmutzige, defekte, unangepasste Kleidung (Bsp. T-Shirt im Winter) aufmerksam.

### 3.2.8 Ruhen und schlafen

Wir unterstützen die individuellen Schlaf- und Ruhebedürfnisse. Unser Tagesablauf ist so konstruiert, dass ein normaler Wach- und Schlafrhythmus gewährleistet wird. Wir beobachten und dokumentieren Störungen des Wach- und Schlafrhythmus, beziehen dies in die Pflege- und Betreuungsplanung mit ein und die entsprechenden Pflege-/Betreuungsmassnahmen werden durchgeführt. Medikamente werden nur nach ärztlicher Anordnung verabreicht.

### 3.2.9 Sich beschäftigen

Grundsätzlich gilt, dass wir den/ die BW nicht nur beschäftigen wollen, sondern jede/r Einzelne selbst bestimmend eine Aufgabe findet, die Sinn für ihn/sie macht.

### 3.2.10 Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten

Wir akzeptieren die sexuelle Neigung sowie die sexuelle Identität jedes BW. Die sexuelle Neigung bedeutet, wie sich eine Person eine Partnerschaft vorstellt, also heterosexuell, homosexuell, bisexuell asexuell. Die sexuelle Identität hingegen geht davon aus, wie sich jemand fühlt, ob als Mann oder als Frau, oder ob im falschen Körper zu sein, für ihn/für sie zentral ist. Wir achten darauf, dass BW ungestört ihre Sexualität (Zärtlichkeit, Berührungen, Zuneigung) in ihren eigenen Zimmern leben können.

Wir unterstützen Partnerschaften in unserer Einrichtung und lassen zu, dass BW diskret in ihrem Zimmer Medien (erotische, pornographische, Chatrooms) benutzen können. Wir achten darauf, dass



das Schamgefühl beachtet wird, z.B. beim Baden und Waschen. Ebenso berücksichtigen wir, wenn sich ein/e BW nicht von einem Mann oder Frau waschen lassen möchte oder umgekehrt.

### 3.2.11 Für eine sichere und förderliche Umgebung sorgen

Wir achten darauf, dass der/die BW keinen Risiken ausgesetzt ist und die allgemeine Selbstpflegefähigkeiten gefördert wird. Wir unterstützen die BW im Bereich einer sicheren Lebensführung. Dazu gehört auch die psychische Sicherheit (z.B. Hilfsmittel zur Orientierung wie Kalender, Uhr, Zeitung, Zeitschriften, Radio, Fernsehen usw.).

Wir fördern bzw. unterstützen die BW, falls es notwendig ist, bei der Gestaltung ihres Wohnbereiches (räumliche Ausstattung, die Art und Anordnung der Einrichtungsgegenstände, die Ausstattung des Bettes, die Bestuhlung).

Wir fördern und unterstützen die Beweglichkeit, versuchen, die BW vor Verletzungen und Einschränkungen zu schützen. Wir achten darauf, dass ärztliche Verordnungen folgerichtig durchgeführt und verabreicht werden. Freiheitsbeschränkende Massnahmen werden interdisziplinär besprochen und regelmässig evaluiert.

### 3.2.12 Soziale Bereiche des Lebens sichern

Durch Veranstaltungen kultureller Art und geselliger Natur, fördern wir den sozialen Kontakt nach außen und innen. Kontakte zu Angehörigen, Freundinnen und Freunden und Bekannten werden von uns unterstützt, wenn der/die BW dies wünscht. Wir unterstützen Kontakte zu anderen BW. Gleichzeitig respektieren wir, wenn sich jemand zurückziehen möchte.

### 3.2.13 Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Wir unterstützen unsere BW in schwierigen Situationen, wenn es um schwere Entscheidungen, Angst, Verlust, Krankheit, Sterben und andere Erlebnisse geht. Grundlage dafür ist die Biographie des/der BW. Wir unterstützen die noch vorhandenen Fähigkeiten, Hobbys, Kenntnisse ebenso wie lieb gewonnene wichtige Rituale.

### 3.3 Pflege-/Betreuungsprozess in Anlehnung nach Fiechter und Meier

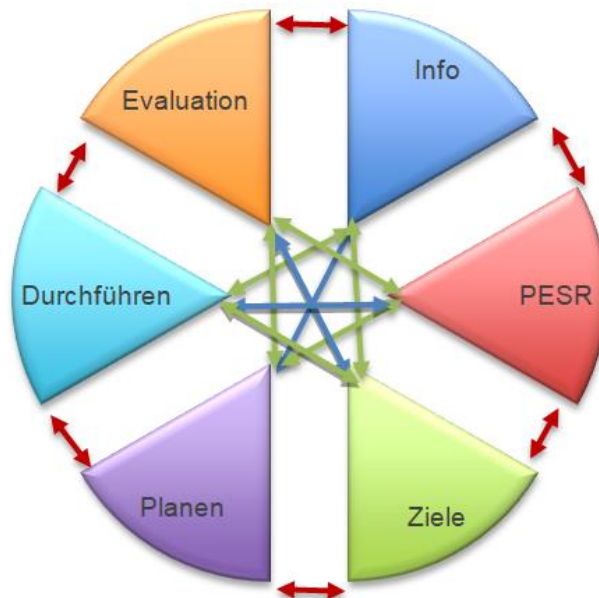
#### Regelkreis



- Informationen sammeln, Assessment
- PESR, Pflegediagnostik
- Ziele setzen
- Massnahmen planen
- Massnahmen der Pflege und Betreuung durchführen
- Evaluation

1981 beschrieben Verena Fiechter und Martha Meier als erste den sogenannten „Pflegeprozess“ für den deutschsprachigen Raum in einem Sechs-Phasen-Modell. Dieser Prozess wird als Kreislauf verstanden und die Inhalte der 6 Schritte müssen fortlaufend überprüft und angepasst werden. Die Ergebnisse werden mit den anfangs gesetzten Zielen abgeglichen. Wenn das Ziel erreicht ist, ist der Prozess beendet. Wenn Abweichungen vom gesetzten Ziel festgestellt werden oder neue Probleme auftreten, beginnt der Prozess von Neuem.

## Abhängigkeiten im Regelkreis



Bei der ersten Erstellung des Pflege- und Betreuungsprozesses ist ein Vorgehen „Schritt für Schritt“ sinnvoll, angefangen bei der Informationssammlung. Im Alltag besteht aber eine wechselseitige Abhängigkeit unter den sechs Themenfeldern.

### 4 Einleitung Dokumentation im Departement W&E

Im 2014 wurde im Schlossgarten Riggisberg (damals Wohnheim Riggisberg) das Konzept „Bewohnerdokumentation“, inklusive einer einheitlichen, schriftlichen Dokumentation, eingeführt. Mit dieser Einführung fanden flächendeckende Schulungen im Departement Wohnen und Entwicklung, ehemals Pflege und Betreuung, statt. Wesentlich dabei war die Auseinandersetzung mit den AEDL, mit dem biopsychosozialen Modell, den einzelnen Prozess-Schritten des Regelkreises (Informationssammlung, Planung der Massnahmen aufgrund Problem-, Ressourcen-, Risikoerfassung, Zielsetzung, Durchführung der Massnahmen, Evaluation der Wirkung) und Pflegediagnosen.

Der Pflege- und Betreuungsprozess wurde nun knapp 3 Jahre mehrheitlich handschriftlich dokumentiert.

Seit Mitte 2017 arbeitet der Schlossgarten Riggisberg computergestützt. Der Pflege- und Betreuungsprozess ist im digitalen System LOBOS nicht mehr als solcher erkennbar, da er optisch

nicht als Regelkreis erscheint. Dies verlangt eine Transferleistung von jeder/m MA, die wir mit diesem Dokument unterstützen wollen.

Die nächsten Kapitel stellen den Pflege- und Betreuungsprozess und dessen Dokumentation dar und geben Empfehlungen und Ideen für die praktische Umsetzung.

## **5 Definition Pflege- und Betreuungsdokumentation**

Unter einer Pflege- und Betreuungsdokumentation wird das schriftliche Festlegen der geplanten und durchgeführten Pflege und Betreuung sowie die Dokumentation der Ergebnisse und deren Evaluation verstanden. Die Dokumentation ist ein anerkanntes und zentrales Arbeitsmittel im pflegerischen und betreuerischen Alltag. Ein methodisches Dokumentieren grenzt die berufliche Pflege und Betreuung von der Laienpflege ab.

## **6 Ziele und Aufgaben der Pflege- und Betreuungsdokumentation**

Verschiedene Einzelinformationen aus unterschiedlichen Quellen und Schritten des Pflege- und Betreuungsprozesses werden in der Dokumentation zusammengeführt. So kann sich jede am Prozess beteiligte Person einen Überblick verschaffen und anhand der gesammelten Daten nächste Schritte ableiten.

In diesem Zusammenhang dient sie als Entscheidungsgrundlage für den pflegerischen und betreuerischen Unterstützungsprozess.

Die Dokumentation trägt dazu bei, dass dieser Prozess, also unsere Leistungen, gezielt, strukturiert und geplant durchgeführt werden. Dank der Überprüfung der Wirksamkeit von erbrachten Leistungen kann diese allenfalls verbessert werden.

Die Dokumentation sorgt für Transparenz und Nachvollziehbarkeit gegenüber den Leistungserbringern, also den Krankenkassen.

Sie dient als juristischer Nachweis der Leistung und der Qualität.

Die Dokumentation muss so geführt werden, dass der/die betroffene BW jederzeit Einblick nehmen kann. Sie gewährleistet ihm/ihr eine Kontinuität in seinem/ihrer individuellen Prozess.

### **6.1 Grenzen der Pflege- und Betreuungsdokumentation**

Die Dokumentation kann nur dann sinnvoll eingesetzt und genutzt werden, wenn entsprechende Kenntnisse dazu vorhanden sind. Der Regelkreis muss verstanden werden und die notwendigen Kenntnisse zum korrekten Einsatz der zur Verfügung stehenden Instrumente LOBOS und BESA müssen vorhanden sein.


Trotz Dokumentation müssen wir uns bewusst sein, dass die Qualität der Umsetzung von den einzelnen beteiligten Personen abhängt.

## 7 Die sechs Schritte des Pflege- und Betreuungsprozesses und deren Dokumentation

### 7.1 Informationssammlung, Assessment

Funktion	<p>Die Informationssammlung und Erstanalyse von Daten (= Informationen und Fakten) ist der wichtigste Schritt im Pflege- und Betreuungsprozess. Denn erst aufgrund dieser Daten können die Pflegeziele geplant und die notwendigen Pflegemassnahmen erstellt werden. Es ist daher äußerst wichtig, möglichst alle pflege- und betreuungsrelevanten Informationen vollständig, exakt und vor allem wertefrei zu dokumentieren.</p> <p>Den MA W&amp;E nutzen diese Daten, um:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– den/die BW kennenzulernen.</li> <li>– alle relevanten Informationen nach den <b>AEDL</b> systematisch zu sammeln.</li> <li>– Bedürfnisse, Wünsche, Gesundheitsprobleme und Entwicklungspotenziale zu identifizieren.</li> <li>– eine Grundlage für die pflegerische/betreuerische Entscheidungsfindung von möglichen Zielen/Massnahmen zu haben und die konkrete Betreuung und Pflege planen zu können.</li> <li>– die beim/bei der BW erreichten Ergebnisse zu evaluieren.</li> </ul>
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Beziehungsaufbau,</li> <li>– Aufnahmen von Daten wie Person (Name, Vorname, Alter, Beruf usw.),</li> <li>– Informationen zur soziale Situation (Familienstrukturen, vorhandene Bezugspersonen, Kontaktdaten usw.),</li> <li>– Informationen zum Gesundheitsverhalten sowie die Gesundheitsziele, zu früheren Erkrankungen, Verletzungen und die damit verbundenen Erfahrungen, zu Lebensgewohnheiten und –umständen,</li> <li>– Aufnahmen des Ist-Zustandes, der Symptome, des momentanen Gesundheitszustandes,-</li> <li>– Einschätzung von Fähigkeitseinschränkungen und Auswirkungen auf die Alltagsaktivitäten und Teilhabe,</li> <li>– Risikoeinschätzung z. B. Dekubitus, Suchtverhalten, Aggressionspotential, Sturz, Weglauftendenzen etc.,</li> <li>– Wünsche, Sorgen, Gewohnheiten des/der BW,</li> <li>– biografische Informationen,</li> <li>– Befragung, Beobachtung, spontane Äusserungen, Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Übergabeberichte, Vereinbarungen–etc.,</li> <li>– Ergebnisse von gezielten pflegerischen/betreuerischem Assessment; Messwerte.</li> </ul>
wann	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bei Eintritt in den Probeaufenthalt des/der BW oder bei Verlegung von einer Wohngruppe/Abteilung auf eine andere.</li> <li>– Die Erhebung der Basisdaten muss schnellstmöglich, spätestens aber innerhalb von 24 Stunden abgeschlossen sein.</li> <li>– Die Daten gemäss Weglauftendenz müssen vor Eintritt, bzw. am Eintrittstag erfasst werden.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fortlaufend während des Prozesses, ergänzt und aktualisiert.</li> <li>– Akute Ereignisse sofort.</li> <li>– Bei Veränderungen immer zeitnah (spätestens vor dem Verlassen des Wohnheims: Mittagspause oder am Schichtende).</li> <li>– Rückwirkend nur bei der Evaluation, um Pflege- und Betreuungsergebnisse zu bewerten oder evaluieren (z.B. Fallbesprechungen, Ethikgesprächen).</li> </ul>
wie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– In einer offenen, vertrauensvollen Atmosphäre.</li> <li>– Mittels eines Gesprächs mit dem/der BW zu seiner/ihrer Selbsteinschätzung befragen: Was ist dem/der BW selbst wichtig, was sind seine/ihre Anliegen und Wünsche hinsichtlich seiner Pflege/Betreuung?</li> <li>– Welche Punkte sind aus Sicht der professionellen Pflege wichtig bzw. fachlich notwendig? Welche Gefährdungsbereiche müssen bearbeitet werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>• durch eine gezielte Beobachtung (z. B. der Mimik und Gestik, Beobachtung der Vitalfunktionen wie Atmung oder Bewusstsein) und</li> <li>• durch Wahrnehmen des Erlebens und der Selbsteinschätzung des oder der betroffenen BW.</li> <li>• Durch Einbeziehen von Informationen aus Gesprächen von Drittpersonen (Angehörige, Beiständen etc.). Im späteren Verlauf auch in interprofessionellen Gesprächen.</li> <li>• Durch eine körperliche Untersuchung (z. B. Kontrolle des Hautzustandes oder Messung der Körpertemperatur) durchgeführt.</li> <li>• Ergänzend können zur Verfügung stehende Dokumente zur Datenerhebung hinzugezogen werden.</li> </ul> </li> </ul>
Wer	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Grundsätzlich bei Eintritt möglichst die Bezugsperson,</li> <li>– Im Verlauf je nach Kompetenzen der MA, die eine Verrichtung/Verordnung durchgeführt haben, in LOBOS,</li> <li>– Arzt: Reanimation, Diagnosen, INR, Medi-Liste, Vitalwert-Limite.</li> </ul>
Dokumentations-system Lobos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– In der Assessmentphase erhebt, prüft und dokumentiert der/die MA W&amp;E die Daten und strukturiert sie anhand der vorgegebenen Punkte in der standardisierten Pflegeplanung im Lobos.</li> <li>– In der Rubrik „Biografie“ werden die relevanten Daten aus der Lebensgeschichte des/der BW erfasst (und im Verlauf immer wieder ergänzt).</li> </ul> <p>Bewohnerdaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sämtliche „Kontakte“ werden durch die Administration erfasst. Bei Änderungen, Email an die Bewohneradministration mit den Informationen senden.</li> <li>– Eine „Verlegung“ wird durch Administration verwaltet.</li> <li>– „Absenzen“ müssen mit dem Mutationsformular der Administration gemeldet werden und werden durch die Administration verwaltet.</li> <li>– Unter „Hilfsmittel“ werden sämtliche Hilfsmittel eingetragen. Mobilisations- und Gehhilfen werden von der Physio eingetragen. Die restlichen Hilfsmittel durch das Betreuungs- und Pflegepersonal.</li> </ul>


	<p>Pflegebereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– „Biografie“: Die relevanten Daten aus der Lebensgeschichte des oder der BW werden hier durch alle Funktionsstufen erfasst.</li> <li>– „Palliativ“: Die Bedürfnisse und Wünsche des oder der BW in Bezug auf die letzte Lebensphase festhalten. In dieser Rubrik wird auch ein Verweis auf die Patientenverfügung festgehalten.</li> <li>– „Anfall / Epilepsie Monat“: Überblickstabelle. Die Einträge aus der vorherigen Sparte werden automatisch übernommen.</li> </ul> <p>Med./ärztlicher Bereich (wird durch ärztlichen Dienst bewirtschaftet):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– „Reanimation“</li> <li>– „Diagnosen“</li> <li>– „INR“</li> <li>– „Medi-Liste“: Medikamente werden von den Ärzten eingegeben.</li> <li>– (Erfolgt eine Medikamentenanweisung telefonisch, wird dieses von der Person mit Medikamentenkompetenz eingegeben und am nächsten Arbeitstag der Praxis zur Kontrolle gemeldet).</li> <li>– „Vitalwert Limite“:</li> </ul> <p>Vitalwerte grafisch“ werden automatisch generiert. „Combur-Test“: Resultate werden von MA W&amp;E eingetragen.</p>
<p>Dokumentations- system BESA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mit dem Modul Ressourcen,</li> <li>– Hilfsmittel: BB (Bewohnerbefragung) und AB (Angehörigenbefragung)</li> <li>– Assessment immer bei Eintritt (Bewohnersicht),</li> <li>– Pflegesicht mit Ergebnisblättern Ressourcenprofil, Dimensionsblätter, Themenblätter, Abklärungshilfen, Verlaufsgrafiken,</li> <li>– Assessment bei Neueinstufungen und mind. 1x im Jahr mit der BESA Vollerhebung zusammen,</li> <li>– Die Informationen, die in der Beobachtungsphase gesammelt werden, werden im Verlaufsbericht festgehalten.</li> </ul>
	<p><b>Informationssammlung ist ein kontinuierlicher Prozess und nie abgeschlossen.</b></p> <p>Die gesammelten Informationen lassen sich je nach Herkunft und Messbarkeit unterscheiden in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– direkt: Angaben durch eigene Beobachtung, Aussagen des/der BW, Selbsteinschätzung usw.</li> <li>– indirekt: Angaben von Angehörigen oder aus Dokumenten (z. B. Arztanamnese, Verlegungsbericht usw.)</li> <li>– objektiv: Informationen, die beobachtbar und messbar sind (z. B. Größe, Gewicht, Temperatur usw.)</li> <li>– subjektiv: Aussagen des/der BW zum eigenen Empfinden (z. B. er fühlt sich müde, hat Ängste und Sorgen usw.)</li> </ul>





## 7.2 Pflegediagnostik, PESR


Funktion	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die erhaltenen Daten aus dem Assessment/der Informationssammlung werden analysiert und interpretiert und die individuellen Ressourcen und Probleme aus der Perspektive des/der BW formuliert.</li> <li>– Individuelle Probleme beschreiben spezifische Herausforderungen, die persönlichen Umstände und persönliches Erleben des/der BW.</li> <li>– Das Formulieren von PESR, bzw. das Auswählen einer Pflegediagnose, ermöglicht Transparenz über die Entscheidungsgrundlagen des zukünftigen pflegerischen/betreuerischen Handelns.</li> </ul>
Inhalt	<p><b>PESR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Problem:</b> kurz und knapp beschreiben, welche aktuellen, potentiellen oder vermutliche Probleme (Einschränkungen, Beeinträchtigungen, Behinderungen, Defizite) der/die BW bezüglich seiner/ihrer Lebensaktivitäten hat.</li> <li>– <b>Einflussfaktoren:</b> (Ethiology=Ursache) Warum hat er/sie das Problem/Risiko? Was beeinflusst das Problem? Die (=Ursache) für die benannten Probleme möglichst herausfinden und beschreiben.</li> <li>– <b>Symptom:</b> Wie zeigt sich das Problem? Welches Verhalten ist ersichtlich? Die objektiven/subjektiven Symptome als solche einteilen und beschreiben.</li> <li>– <b>Ressource:</b> Die ihm/ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen (Fähigkeiten) auflisten.</li> </ul> <p>und/oder</p> <p><b>Pflegediagnose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pflegediagnosen helfen den MA, ihre Beobachtungen zu strukturieren.</li> <li>– Das Modell nach NANDA hilft beim Einordnen, Durchführen, Dokumentieren.</li> <li>– Pflegediagnose(n), werden basierend auf den ermittelten Informationen erstellt.</li> <li>– Pflegediagnosen werden mit relevanten Ursachen und/oder Risikofaktoren konkretisiert.</li> <li>– Priorisierung der erhobenen Pflegediagnosen und deren Relevanz für Pflege-/Betreuungsprozess.</li> <li>– Pflegediagnosen werden 1:1 aus BESA übernommen. (Erläuterung: Durch das Formulieren von individuellen Ressourcen, Symptome, in BESA und der Massnahmen in LOBOS werden die Pflegediagnosen auf die oder den betroffene/n BW angepasst).</li> </ul>
wann	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Immer dann, wenn Probleme durch Massnahmen gelindert oder beseitigt werden können.</li> <li>– Immer dann, wenn Ressourcen erhalten werden können.</li> <li>– Wenn Probleme aktuell sind (z.B. Schmerzen).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wenn Probleme möglich sind und durch prophylaktische Massnahmen verhindert werden können.</li> </ul>
wie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Daten aus dem Assessment, der Infosammlung analysieren, interpretieren.</li> <li>– Je nach Problem in Absprache mit anderen Diensten, Drittpersonen.</li> <li>– Immer in Zusammenarbeit mit BW,</li> <li>– kurz und knapp (wenig Platz im Dokumentationssystem, bessere Übersicht, Zeit),</li> <li>– objektiv (keine Interpretation),</li> <li>– exakt und spezifisch (Art, Ausmaß, Ursache).</li> </ul> <p><b>Pflegediagnose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– mit dem vorhandenen (Fach-)Wissen Pflegediagnose aus der auf den Abteilungen/WG vorhandenen Literatur auswählen („Pflegediagnose und Pflegemassnahmen“ und „Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen für die psychiatrische Pflege“).</li> </ul>
Wer	Fachkompetente MA F3 (oder 2), optimal die Bezugsperson
Dokumentations-system Lobos	<p>Pflegeplanungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– psychogeriatrische Leistungen</li> <li>– Mobilität, Motorik, Sensorik</li> <li>– Körperpflege</li> <li>– Essen und Trinken</li> <li>– Medizinische Pflege</li> </ul>
Dokumentations-system BESA	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pflegediagnosen und PESR Daten von BESA werden via Schnittstelle in Lobos übernommen, dies entspricht der IP (Individuelle Pflegeplanung).</li> <li>– Die Analyse der Ressourcen und Probleme und das Erarbeiten der bewohnerspezifischen Pflegeschwerpunkte PS/PD wird mit Hilfe der Netzgraphik und der Pflegeschwerpunkte ausgearbeitet.</li> </ul>
	Oftmals hat ausschließlich die/der MA W&E ein Problem mit gewissen Umständen, die für den/die BW aber überhaupt kein Problem darstellen.
Beispiel PESR	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>BW trinkt aufgrund fehlendem Durstgefühl weniger als 300ml pro Tag. Er leidet an trockener Haut und Schleimhaut. Er trinkt gerne Lindenblütentee.</i></li> <li>– <i>Nächtlicher Schlaf gestört wegen Schmerzen im Wundbereich. Verzieht das Gesicht bei Schmerzen oder meldet sich.</i></li> </ul>



### 7.3 Ziele setzen und dokumentieren


Funktion	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mit dem Pflege-/Betreuungsziel ist ein Ergebnis beschrieben, welches der/die BW mit der Unterstützung des Teams in einem festgelegten Zeitraum erreichen will.</li> <li>– Es bezieht sich immer auf ein bestimmtes Pflege-/Betreuungsproblem.</li> <li>– Das Ziel beschreibt, welche Fortschritte und Eigenständigkeiten erreicht werden sollen.</li> <li>– Durch die Zielsetzungen werden die Massnahmen begründet.</li> <li>– Ziele haben eine motivationsverstärkende Wirkung für den/die BW, wenn die eigene Zielerreichung zusammen bewertet wird.</li> <li>– Ziele sind anderen Berufsgruppen kommuniziert.</li> <li>– Ein Pflege-/Betreuungsziel bezieht sich nicht nur auf körperliche Beschwerden, sondern auch auf Veränderungen vom Verhalten des/der BW.</li> <li>– Ziele dienen als Kriterium und Maßstab, um die Wirksamkeit der geplanten Massnahmen überprüfen zu können: die Ausgangssituation wird mit dem Endresultat abgeglichen.</li> </ul>
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zu jedem der in der Informationssammlung aufgenommenen Pflege- und Betreuungsprobleme wird in diesem Schritt ein konkretes Pflege-/Betreuungsziel formuliert, das SMART formuliert ist.</li> <li>– Es ist möglichst mit dem/der BW festgelegt und</li> <li>– von dem/der BW her formuliert und</li> <li>– möglichst interprofessionell abgestimmt und</li> <li>– enthält möglichst ein Zeitelement.</li> <li>– Es beschreibt keine Pflege-/Betreuungsmassnahme.</li> <li>– Es verfolgt das Erhalten des Ist-Zustandes eines/einer BW oder</li> <li>– es definiert einen Soll-Zustand eines/einer BW und</li> <li>– unterstützt den/die BW in der Bewältigung einer Situation.</li> </ul>
wann	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bei Eintritt nach der Informationssammlung und Analyse der Daten Bei der Evaluierung, wenn ein Ziel erreicht ist.</li> </ul>
wie	<p>Sie müssen SMART formuliert sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>s</b>pezifisch (individuell ausgerichtet, passend auf das Problem bezogen),</li> <li>– <b>m</b>essbar/überprüfbar (messbare Kriterien definieren),</li> <li>– <b>a</b>kzeptiert (angemessen für den/die Bewohnende),</li> <li>– <b>r</b>ealistisch (für den/die Bewohnende/n),</li> <li>– und <b>t</b>erminierbar sein (bis wann erreicht?).</li> </ul> <p>Ziele werden positiv formuliert. Es wird nicht beschrieben, was vermieden, verhindert, nicht erreicht werden soll.</p>
Wer	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fachkompetente MA F3 (oder 2), optimal die Bezugsperson</li> </ul>

Dokumentationssystem Lobos	<b>Pflegeplanungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– psychogeriatrische Leistungen</li> <li>– Mobilität, Motorik, Sensorik</li> <li>– Körperpflege</li> <li>– Essen und Trinken</li> <li>– Medizinische Pflege</li> </ul>
Dokumentationssystem BESA	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Zielformulierung erfolgt auf der Basis der Pflegeschwerpunkte. Die Ziele werden in BESA erfasst und werden via Datentransfer in die elektronische Pflegedokumentation für die weiteren Schritte übernommen. Die gesamte Problem und Zielformulierung erfolgt bei BESA über die Analyse der Pflegeschwerpunkte / Auswahl der Pflegeschwerpunkte PS/PD.</li> </ul>
	<p>„Es gibt keine Garantie, dass man ein Ziel zu einer bestimmten Zeit erreicht. Aber es gibt eine Garantie dafür, dass man Ziele, die man sich nie gesteckt hat, nie erreicht.“ (David Mc Nally, <a href="http://motivation-umsetzung-erfolg.de/">http://motivation-umsetzung-erfolg.de/</a>, Zugriff 22.06.2017)</p>
<i>Beispiele</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hr. Muster trinkt bis zum Ende der Woche jeden Tag mindestens 1,5 Liter pro Tag.</li> <li>– Hr. Muster kann bis Ende Monat bis zum Brunnen laufen.</li> <li>– Hr. Muster kennt die Zeichen einer Hypoglykämie und weiss, was er dagegen tun kann.</li> <li>– Hr. Muster kann über seine Angst reden.</li> <li>– Hr. Muster nimmt Kontakt zu seinen Mitbewohnern auf.</li> <li>– Hr. Muster nimmt bis Ende Monat 2kg ab.</li> <li>– Hr. Muster kann unterstützende Hilfsmittel zum Gehen gemäss den Vorgaben der Physio anwenden.</li> <li>– Hr. Muster findet trotz psychischer Beeinträchtigung innerhalb eines halben Jahres eine neue, für ihn sinnvolle Beschäftigung.</li> </ul>



#### 7.4 Massnahmen definieren und planen und dokumentieren

Funktion	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Planung der Massnahmen richtet sich nach den individuellen Problemen und Zielen des/der BW. Die Massnahmen können als verbindliche Verordnung, nämlich durch den/die BW und die MA W&amp;E, welche sie formuliert hat, verstanden werden. Die Pflege- und Betreuungsmassnahmen sind für alle MA W&amp;E bindend!</li> <li>– Sie müssen eingehalten und kontrolliert werden.</li> <li>– Die mit dem/der BW abgesprochenen Pflege- und Betreuungsmassnahmen garantieren deren Akzeptanz durch den/die BW und stellen eine nachvollziehbare Pflege- und Betreuungspraxis sicher. Individuelle Abmachungen werden hier beschrieben.</li> <li>– Der/die BW kennt soweit möglich ihren/seinen Massnahmenplan (und hat ihn ggf. bei sich, z.B. Tages-Wochenplan).</li> <li>– Massnahmen sind so formuliert, dass ein/e MA einer anderen Abteilung, ohne mündliche Übergabe, den/die Bewohnende/n pflegen und betreuen kann.</li> </ul>
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aufgrund PESR und der Zielsetzung werden die Pflege-/Betreuungsmassnahmen ausgewählt und dokumentiert, die zum Erreichen der jeweiligen Pflege-/Betreuungsziele geeignet sind.</li> <li>– Bestehende Ressourcen der/des BW werden beschrieben und in die Planung mit einbezogen.</li> <li>– Die Massnahmen sind konkret beschrieben: nach Art, Ausmass, Häufigkeit, Zuständigkeit unter Berücksichtigung des Kontrolldatums.</li> </ul>
wann	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nach der Zielsetzung (Schritt 3 des Regelkreises),</li> <li>– Nach der Evaluation, wenn es zu einer Zielanpassung kommt, im Minimum halbjährlich (Im Zusammenhang mit BESA).</li> </ul>
wie	<p>Die Pflege-/Betreuungsmassnahmen beschreiben demnach die Vorgehensweise zur Erreichung eines bestimmten Pflegeziels unter folgenden Gesichtspunkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Was wird getan?</li> <li>– Wann?</li> <li>– Durch wen?</li> <li>– Wie oft?</li> <li>– Wie lange?</li> <li>– Wie/womit?</li> <li>– Wo?</li> <li>– Wozu?</li> <li>– Auch das erforderliche Mass an Unterstützung muss gegeben sein/ dies wird über die Anwesenheit der MA definiert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vollständige Übernahme = Grösser als 70%</li> <li>• Unterstützung = grösser als 15% bis und mit 70%</li> <li>• Beratung, Anleitung und Beaufsichtigung= bis und mit 15%.</li> </ul> </li> <li>– Pflegestandards, Handlungsanweisungen werden einbezogen.</li> </ul>


	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Literatur in gedruckter und digitaler Form („Pflegediagnose und Pflegemassnahmen“ und „Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen für die psychiatrische Pflege“, CNE-Thieme, internes Ablagesystem).</li> </ul>
Wer	Fachkompetente MA F3 (oder 2), optimal die Bezugsperson
Dokumentations-system Lobos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Psychogeriatrische Leistungen, Mobilität / Sensorik / Motorik, Körperpflege, Essen und Trinken, Medizinische Pflege,</li> <li>– Die Tätigkeit wird im Hinblick auf die individuelle Situation des/der BW in der entsprechenden Sparte beschrieben. Hinweise für die Durchführung der Massnahme werden formuliert.</li> <li>– Standardisierte Pflegeplanung: Die Massnahmen werden nach einem Pflegestandard beschrieben bzw. benannt. Dieser ist erwähnt/aufgeführt.</li> </ul>
Dokumentations-system BESA	<ul style="list-style-type: none"> <li>– PS/PD im BESA.</li> <li>– Die Pflegemassnahmen werden im Pflegeauftrag formuliert.</li> <li>– Zur Beschreibung der Massnahmen gehört, Anzahl Personen, wenn mehr als eine für die Handlung nötig ist (Anwesenheitsfaktor Pflegenden/Betreuenden und Mitwirkungsfaktor BW).</li> <li>– Art der Handlung,</li> <li>– Mittel, Zeitpunkt, Häufigkeit, Pflegeziele,</li> <li>– auf vorhandene Standards verweisen.</li> </ul>
	Die Vorschriften/Konzepte/Standards und Handlungsanweisungen der Institution sind verbindlich und handlungsleitend.
Beispiel	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Zu jeder Mahlzeit wird dem/der Bewohnenden von den MA ein Becher Flüssigkeit (200ml) angeboten. Bewohnende/r wird beim Trinken beobachtet und die getrunkene Flüssigkeitsmenge wird dokumentiert.</i></li> <li>– <i>Verweis auf Standard: „Körperpflege nach xy Ganzkörperpflege im Bett“</i></li> <li>– <i>Individuell: Herr K. trocknet sein Gesicht mit Unterstützung (Tuch auf linke Hand legen, Hand zum Gesicht führen) selbstständig ab.</i></li> </ul>

## 7.5 Massnahmen der Pflege und Betreuung durchführen und im Verlaufsbericht dokumentieren

Funktion	<p>Der Verlaufsbericht erfüllt wesentliche Funktionen. Er dient unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– als Grundlage zur Evaluation der geplanten Pflege und Betreuung,</li> <li>– zur Information der involvierten MA W&amp;E,</li> <li>– zur juristischen Absicherung und</li> <li>– als Nachweis gegenüber den Krankenkassen.</li> <li>– Der Nachvollziehbarkeit: die geplanten Massnahmen sind nachweislich im Alltag zur richtigen Zeit am richtigen Ort von der richtigen Person durchgeführt worden.</li> <li>– Die Reaktionen des/der BW auf die durchgeführten Massnahmen sind dokumentiert.</li> <li>– Weiterleiten von Beobachtungen / Verhaltensweisen / Reaktionen</li> <li>– Gespräche, Beeinflussungen oder Massnahmen die von Drittpersonen (z.B. Angehörige, Atelier, Sozialdienst etc.) ausgeführt werden, sind festgehalten.</li> <li>– Die Pflege und Betreuung ist begründet.</li> </ul>
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Beschreiben einer Situation.</li> <li>– Beschreibung eines Verhaltens.</li> <li>– Beobachtungen.</li> <li>– Zustandsveränderungen.</li> <li>– Akute Beschwerden, wie z.B. Schmerzen.</li> <li>– Besonderheiten im Prozess.</li> <li>– Spezielle Ereignisse.</li> <li>– Wird von der schriftlich fixierten Planung auf Grund von aktuellen Besonderheiten oder Wünschen des/der Bewohnenden abgewichen, so ist dies entsprechend im Verlaufsbericht zu dokumentieren. (Die zuständige MA W&amp;E entscheidet nach einer Analyse dann, ob der Plan grundsätzlich angepasst werden muss – Schritt 6).</li> <li>– Begründung im Verlaufsbericht, wenn es in der Durchführung zu Abweichungen von der Pflege- und Betreuungsplanung kommt.</li> <li>– Erbrachte Pflege- und Betreuungsleistungen. Dazu gehören auch Gespräche, sei es mit der/dem BW und/oder Drittpersonen.</li> <li>– Die Wirkung der erbrachten Pflege und Betreuung, Reaktionen auf Massnahmen.</li> </ul>
wann	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Sofortige Dokumentation:</b> Akute Ereignisse sofort.</li> <li>– <b>Punktuelle Dokumentation:</b> Bei Veränderungen immer zeitnah (spätestens vor dem Verlassen des Wohnheims: Mittagspause oder am Schichtende).</li> <li>– <b>Tägliche Dokumentation:</b> Der reguläre Verlaufsbericht wird täglich geführt (Gesamtbild BW, roter Faden in Verlauf zu Themen wie Befinden, Stimmung, Beschäftigung, An- und Abwesenheit BW etc.) und muss auf die definierte Planung und/ oder aufgesetzte Ziele Bezug nehmen.</li> </ul>


	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Monatliche Dokumentation:</b> Zusätzlich müssen alle geplanten Massnahmen per Ende Monate evaluiert werden. Die Wirkung und allfällige Konsequenzen müssen zu allen geplanten Massnahmen beschrieben sein.</li> </ul>
wie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Möglichst in Fachsprache), wortgetreu bzw. sinngetreu, wertfreies Dokumentieren der Fakten,</li> <li>- kurz und prägnant,</li> <li>- Keine Interpretationen,</li> <li>- Objektivität: Beobachtungen dokumentieren/Subjektive Einschätzung kennzeichnen.</li> <li>- Die Eintragungen müssen kontinuierlich und lückenlos sein, ein „roter Faden“ muss immer erkennbar sein.</li> <li>- Nachvollziehbarkeit muss gewährleistet sein.</li> <li>- Quantifizieren (cm/1 Esslöffel/ockerbraun/etc.).</li> <li>- Die Einträge müssen sich auf den erhobenen Pflege-/Betreuungsbedarf beziehen.</li> <li>- Jede Eintragung muss mit Datum, Uhrzeit und Kürzel versehen werden.</li> </ul> <p><b>1. Bezeichnung/Beschreibung des Verhaltens</b> (der Situation)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Um welches Verhalten geht es?</li> <li>- Welches Verhalten steht im Mittelpunkt?</li> </ul> <p><b>2. Verhalten quantifizieren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Häufigkeit (täglich)</li> <li>- Dauer (5Min.)</li> <li>- Stärke/Intensität (leicht, laut)</li> </ul> <p><b>3. Umstände/Rahmen</b>, in welchem das Verhalten auftritt, beschreiben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitpunkt des ersten Auftretens</li> <li>- Ereignis beim ersten Auftreten</li> <li>- Zeiträume/Zeitpunkt des ersten Auftretens</li> <li>- Ort/Situation, Anwesende</li> </ul> <p><b>4. Folgen/Auswirkungen des Verhaltens einschätzen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Belastung, Stresserleben,</li> <li>- Gefährdung der Sicherheit für BW selbst, für andere Personen und für MA.</li> </ul>
Wer	<p>Alle MA W&amp;E schreiben Verlaufsbericht.          Alle MA W&amp;E führen die Rubriken: Stuhlgang, Gespräche, Menstruation          Alle Einträge im Zusammenhang mit Medikamenten werden von MA mit Medikamentenkompetenz gemacht.          Alle MA F3+2: Anfall Epilepsie Detail, Wunderfassung, Wundeinschätzung, Wundbehandlung.</p>



<p>Dokumentations-system Lobos</p>	<p>(1) Med. / ärztlicher Bereich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– „Medi-Abgabe“: erfassen aller abgegebenen Reservemedikamente.</li> <li>– „Vitalwerte“ beinhalten BD. P. Biox, Atemfrequenz, Körpertemperatur, Grösse, Gewicht, Blutzucker, Atem-Alkohol-Messung.</li> </ul> <p>(2) Pflegebereich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verlaufsbericht,</li> <li>– „Stuhlgang“.</li> <li>– „Verlauf Tagesstruktur/Physio“: Die Bereiche Aktivierung, Arbeit und Beschäftigung und die Physio dokumentieren in diesem Register.</li> <li>– „Gespräche“: Hier werden Fallbesprechungen, interdisziplinäre Gespräche, Standortgespräche etc. von allen Funktionsstufen eingetragen.</li> <li>– „Anfall / Epilepsie Detail“: Art des Anfalls, Massnahmen beschreiben</li> <li>– „Wunderfassung“: Wird bei grösseren Wunden ausgeführt und bei allen Wunden, deren Behandlungszeit <math>\geq 10</math> Minuten beträgt (kleine Wunden, deren Behandlungszeit <math>\leq 10</math> Minuten, werden in der Pflegeplanung und im Verlaufsbericht erfasst) Funktionsstufe 2 + 3 oder die Wundexpertin zeichnen die Lokalisation ein.</li> <li>– „Wundeinschätzung“: Eintragungen erfolgen durch die Funktionsstufen 2+3 oder die Wundexpertin.</li> <li>– „Wundbehandlung“: Eintragungen erfolgen durch die Funktionsstufen 2+3 oder die Wundexpertin.</li> <li>– „Menstruation“: Stärke der Menstruation am entsprechenden Tag eingetragen.</li> </ul> <p>(3) Leistungsnachweis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bestätigen der Medikamente im Leistungsnachweis.</li> </ul>
<p>Dokumentations-system BESA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wenn Massnahmen gemäss Zielsetzung (=Auftrag) ausgeführt werden, muss die Wirksamkeit regelmässig im Verlaufsbericht festgehalten werden.</li> <li>– Können Massnahmen nicht in der geplanten Häufigkeit durchgeführt werden oder braucht der/die BW mehr oder andere Unterstützung als im Auftrag beschrieben, muss dies im Verlaufsbericht dokumentiert werden. Abweichungen der Planung müssen tgl. dokumentiert werden.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wertungen, persönliche Meinung (z.B. ist gut drauf, böse, eklig, giftig, depressiv, unmöglich, dumm, kindisch, mühsam) gehören nicht in den Verlaufsbericht.</li> <li>– <b>Jede erbrachte Leistung muss jeden Tag dokumentiert sein.</b></li> </ul>
<p>Beispiel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>BW zeigt sich im Verhalten, trotz mehrmaliger Aufforderung den Esswagen zu holen, nicht kooperativ und schliesst sich in sein Zimmer ein.</i></li> <li>– <i>BW präsentiert ein subaggressives Verhalten, wirkt motorisch unruhig und angetrieben.</i></li> <li>– <i>BW wirkt stark depressiv verstimmt, zeigt ausgeprägten Antriebsmangel am Morgen</i></li> </ul>

## 7.6 Evaluation

Funktion	<ul style="list-style-type: none"> <li>– In der letzten Phase des Pflege-/Betreuungsprozesses wird die Wirksamkeit der geleisteten Pflege/Betreuung beurteilt und somit die Pflege-/Betreuungsqualität gesichert. Das Ergebnis der Pflege/Betreuung wird dahingehend überprüft und bewertet, inwieweit die gesetzten Pflege-/Betreuungsziele mit den dazu geplanten Massnahmen erreicht werden konnten.</li> <li>– Erkennen, wenn eine Pflegediagnose/ein Problem behoben ist und beendet werden kann.</li> <li>– Feststellen von Veränderungen, welche zu einer möglichen Anpassung der geplanten Massnahmen führen kann.</li> <li>– Erkennen, dass die ausgewählten Massnahmen passend sind und weitergeführt werden können.</li> </ul>
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Veränderungen werden wahrgenommen.</li> <li>– Situationseinschätzung aufgrund der definierten Probleme, Massnahmen und Beurteilung, ob die Ziele (vollständig/teilweise/oder gar nicht) erreicht wurden.</li> <li>– Dementsprechend müssen die Schritte 2-4 angepasst werden (bspw. Anpassung der Ziele und Massnahmen).</li> <li>– Für die Evaluation wird auf die Einträge im Verlaufsbericht zurückgegriffen.</li> <li>– Die Evaluation wird unterstützt durch Beobachtungen und objektiverer Einschätzung von aussen und der Selbstbeurteilung des/der Bewohnenden.</li> </ul>
wann	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gemäss der Terminierung in der Zielsetzung.</li> <li>– Mindestens halbjährlich geplante Einschätzung und Überprüfung der Situation mittels BESA (siehe Übersicht BESA System) wird sichtbar, welche Massnahmen ggf. an eine neue Situation der BW angepasst werden müssen.</li> </ul>
wie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pflege- und Betreuungspersonen evaluieren systematisch die Qualität und Effektivität ihrer angebotenen Dienstleistungen, mindestens halbjährlich auf die Erhebungen BESA abgestimmt.</li> <li>– Reaktionen des /der BW auswerten (Verlaufsberichte auswerten) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind neue Informationen hinzugekommen?</li> <li>• Gibt es neue Erkenntnisse?</li> <li>• Sind neue Ressourcen ersichtlich geworden?</li> </ul> </li> <li>(1) Pflegeziele überprüfen und ggf. korrigieren (Abgleich Ausgangssituation mit Endresultat) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wieweit sind die definierten Ziele erreicht?</li> <li>– Wieso sind sie erreicht/nicht erreicht?</li> </ul> </li> <li>(2) Massnahmen überprüfen <ul style="list-style-type: none"> <li>– Können Massnahmen gestoppt werden?</li> <li>– Braucht es neue Massnahmen?</li> </ul> </li> </ul>

	– Sind die Massnahmen so wie geplant durchgeführt worden?
Wer	Fachkompetente MA F3 (oder 2), optimal die Bezugsperson
Dokumentations-system Lobos	<p>Pflegeplanungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– psychogeriatrische Leistungen</li> <li>– Mobilität, Motorik, Sensorik</li> <li>– Körperpflege</li> <li>– Essen und Trinken</li> <li>– Medizinische Pflege</li> <li>– Per Ende Monat werden alle geplanten Massnahmen evaluiert. Die Wirkung und allfällige Konsequenzen müssen zu allen geplanten Massnahmen beschrieben sein. Dabei kann aus dem Planungstool auf den Verlaufsbericht) verwiesen werden.</li> </ul>
Dokumentations-system BESA	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bei der Evaluation wird festgestellt, ob sich der Pflege- und Betreuungsaufwand verändert hat.</li> <li>– Die BESA-Verantwortliche einer Abteilung/WG entscheidet bei einer signifikanten Veränderung, dass eine Beobachtungsphase gestartet werden muss. Meist hat dies eine Stufenänderung zu Folge.</li> <li>– Ansonsten wird im System BESA halbjährlich evaluiert.</li> </ul>
	

## 8 Zuständigkeiten

### 8.1 Pflege- und Betreuungspersonen des Departements W&E

Die Dokumentation ist rechtlich relevant und kann als Beweismittel verwendet werden. Die Zuständigkeit bezüglich des Dokumentierens unterscheidet sich je nach fachlicher Verantwortung. Die Pflege- und Betreuungspersonen mit Funktionsstufe 3 und 2 sind im Wesentlichen für die prozesshafte Dokumentation zuständig.

Die aktive Steuerung des Prozesses inklusive Dokumentation ist Aufgabe der Pflegefachpersonen HF/ FH oder der/ des BESA-Verantwortlichen. Sie tragen die Hauptverantwortung und können Pflege- und Betreuungsverrichtungen gezielt an andere Teammitglieder delegieren.

Für die Mitwirkung am gesamten Prozess (Dokumentation und praktische Umsetzung) tragen alle anderen MA der Funktionsstufe 2 und 3 eine Mitverantwortung.

MA mit Funktionsstufe 1 sind für das Führen des Verlaufsberichts zuständig. Personen, die über ihren Kompetenzbereich hinaus dokumentieren müssen, sprechen die geplante Handlungsabfolge mit einer MA der Funktionsstufe 2 oder 3 ab.

Die Gesamtverantwortung für alle Bewohnendendokumentationen einer Abteilung liegt letztlich bei der Abteilungsleitung. Sie stellt eine professionelle sowie ganzheitliche Umsetzung des Pflege- und Betreuungsprozesses sicher.

Eine detaillierte Übersicht zur Arbeitsteilung im Pflege- und Betreuungsprozess wird im Anhang 2 aufgeführt.

## 8.2 Qualitätssicherung

So wie der Mensch in einem stetigen Entwicklungsprozess steht, ist auch dieses Konzept einer ständigen Entwicklung unterworfen und wird deshalb 1x pro Jahr auf seine Gültigkeit und seine aktuellen Erfordernisse hin überprüft. Dazu wollen wir uns im Schlossgarten Riggisberg verpflichten.

Das hier vorliegende Konzept soll den MA W&E eine praktische und fachliche Orientierungshilfe sein, die dazu beiträgt, dass alle „am gleichen Strang ziehen“. Das Konzept dient uns als verbindliche Grundlage.

Die BW des Schlossgarten Riggisberg, die Krankenversicherer, die Genossenschaftsgemeinden, die Gesundheits- und Fürsorgebehörde des Kanton Bern haben Anspruch auf eine qualitativ hochstehende Pflege und Betreuung. Das Konzept soll mithelfen, die Bedürfnisse der uns anvertrauten BW zu erkennen und situationsgerecht und individuell darauf zu reagieren, und den Anforderungen an ein Qualitätsmanagement Rechnung tragen.

## 8.3 Entwicklung und Anwendung von Standards, Konzepten, Handlungsanweisungen

Im Rahmen der Qualitätssicherung müssen sich Massnahmen der Grund- und Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung auf verbindliche Grundlagen wie Standards, Konzepte, Handlungsanweisungen abstützen. Diese Standards widerspiegeln professionelle Wertvorstellungen, definieren Aufgaben und Abläufe, beschreiben somit das festgelegte Niveau der pflegerischen/betreuerischen Handlungen.

## 8.4 Risikomanagement

Um Risiken frühzeitig zu erkennen und zu minimieren, werden in der Pflege- und Betreuung verschiedene Controllinginstrumente eingesetzt. Besondere Priorität wird der Erfassung von Risiken und Ereignissen beigemessen, um zeitnah und gezielt reagieren zu können. Im Modul Qualitätsmanagement des BESA Systems werden verschiedene Qualitätsindikatoren gebildet, z.B. gehäuftes Vorkommen von Stürzen, Vorhandensein von BW mit neun oder mehr Medikamenten oder BW mit Dekubitus. Diese sogenannten Indikatoren erlauben datengestützte Vergleiche im Verlauf der Zeit und Quervergleiche zwischen Heimen (Benchmarking), und sie führen im Rahmen eines kontinuierlichen Qualitätsförderungsprozesses zu spür- und sichtbaren Verbesserungen für die pflegebedürftigen BW.

## 9 Literatur

Brobst, R. A. (2007). *Der Pflegeprozess in der Praxis*. (Georg, J., Hrsg.). Bern: Huber.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, P. u. N. [. (2013). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer Medizin.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Geissler-Murr, A. C. (2002). *Pflegediagnosen und Massnahmen* (3. Aufl.). Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Fiechter, V. & Meier, M. (1987). *Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis*. Basel: RECOM.

Hannah, K. J. & Hübner, U. H. (2002). *Pflegeinformatik*. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio: Springer.

Häse, D. (2010). 100 Tipps für eine individuelle und schnelle Pflegedokumentation. Brigitte-Kunz-Verlag. Hannover: Schlütersche.

König, J. (2011). Dokumentationswahnsinn in der Pflege - es geht auch anders: Mit fünf Bereichen alles erfassen und perfekt dokumentieren. Pflege-Kolleg. Hannover: Schlütersche.

Lauber, A. (2001). Grundlagen beruflicher Pflege und Betreuung. (1. Aufl. S. 203). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Lötscher, R., Reidy, I.-M. & Sherbetdjan, M. (2006). Die Pflege dokumentieren: Qualitätskriterien zur Pflegedokumentation und ihre Anwendung. Bern.

Perese, E. F. (2012). *Psychiatric Advanced Practice Nursing: A Biopsychosocial Foundation for Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company. Abgerufen von <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1109621>

Reinhart, M. & Georg, J. (2009). Pflegemanagement: Pflegeprozess. In M. Haubrock (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen, Gesundheitswirtschaft. Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft (5. Aufl.). Bern: Huber.

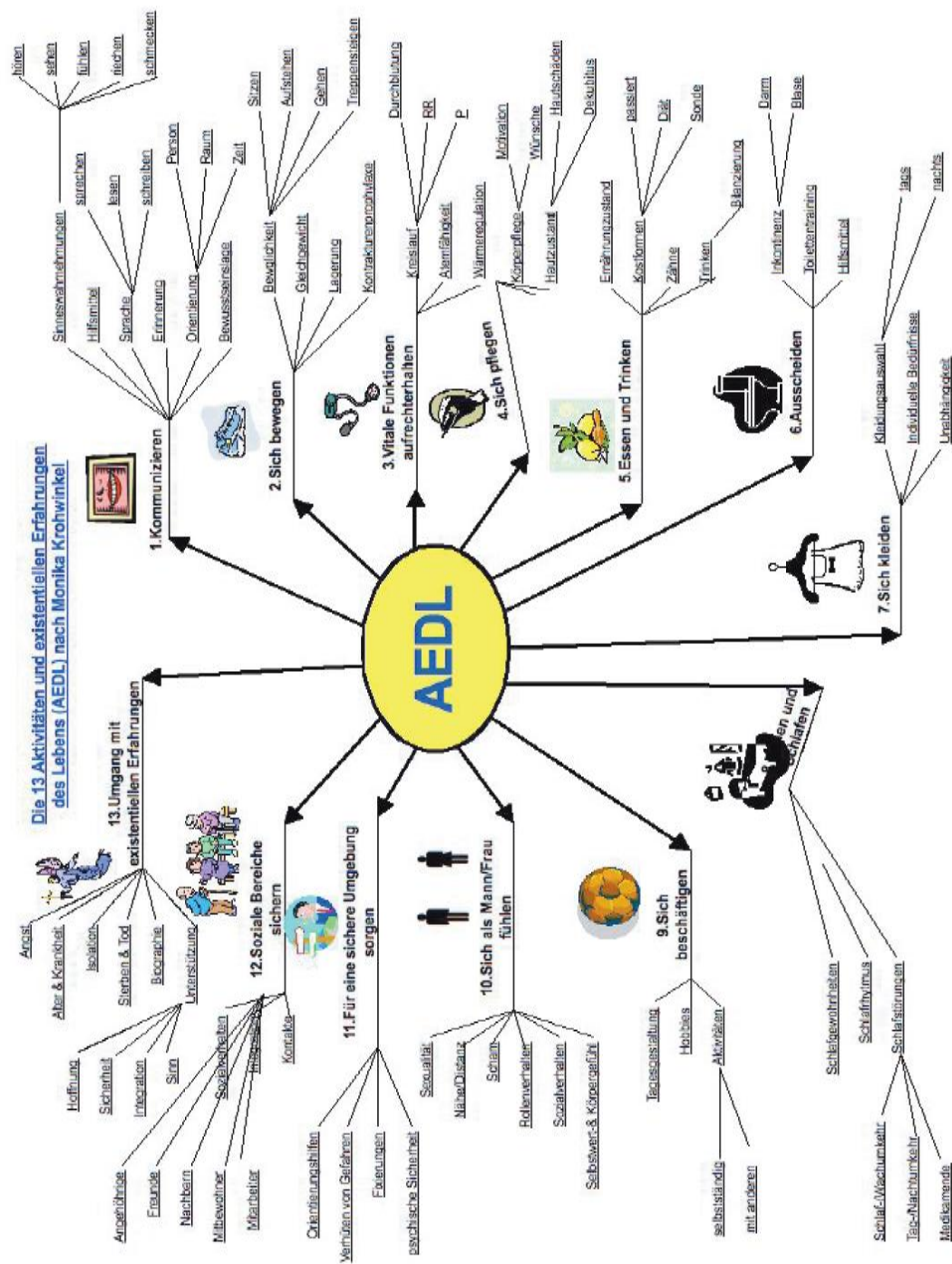
Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (2002). Lehrbuch Psychiatrische Pflege (2. Aufl.). Aufl. Bern: Huber.

Townsend, M. C. (2010). Pflegediagnosen und Massnahmen für die psychiatrische Pflege: Handbuch zur Pflegeplanerstellung (3. Aufl.). Bern: H. Huber.

Bildnachweis Anhang AEDL: <http://www.bbsozial.de/de/ueberuns/pflegekonzept.php>, Zugriff 08.08.2017

## 10 Anhänge

### 10.1 Anhang 1: AEDL



## 10.2 Anhang 2: Arbeitsteilung im Pflege- und Betreuungsprozess

Die Übersicht auf den nächsten beiden Seiten dient als Orientierungshilfe, wie die Arbeitsteilung im Schlogari im Sinne der Effizienz und Qualitätssicherstellung innerhalb des Pflege- und Betreuungsprozesses gewünscht wird.

Die Einteilung der einzelnen Prozess-Schritte mit Nennung der Funktionsstufen (F1-3) dient an dieser Stelle als «theoretisches Konstrukt». Es soll zur Klarheit der Kernkompetenzen des/der jeweiligen MA im Pflege- und Betreuungsprozess beitragen.

Diese Darstellung darf NICHT mit den Stufen entlang des Bildungsniveaus (Sekundär- und Tertiärstufe) verwechselt werden.

Funktionsstufe	Verantwortungsbereich	Tätigkeiten
– Abteilungsleiter/in	<i>Qualitätsüberprüfung</i> und <i>Sicherstellung</i> von ganzheitlichem Pflege- und Betreuungsprozess aller BW.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entscheiden und übertragen die Verantwortung zur Prozess-Steuerung gezielt an MA (Dipl. Pflegefachperson HF/FH oder BESA-Verantwortliche/ r).</li> <li>– Übertragen die Verantwortung von einzelnen Prozess-Schritten gezielt an MA (Dipl. Sozialpädagoge/in HF/FH, FaGe, FaBe, Assistenzpersonal, etc.).</li> <li>– Entscheiden je nach Komplexitätsgrad, welche Person punktuelle Unterstützung benötigt.</li> <li>– Tragen die Verantwortung für ihre Entscheidungen und überprüfen die Qualität der Pflege- und Betreuungsprozesse.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dipl. Pflegefachperson HF/FH (F3)</li> <li>– BESA-Verantwortliche/r (F3 oder F2)</li> </ul>	<i>Gesamtverantwortung</i> für die <i>Steuerung</i> (Führung und Aktualisierung) von Pflege- und Betreuungsprozess aller BW.	Tragen Verantwortung für die Umsetzung aller Prozess-Schritte auch in komplexen Situationen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Informationssammlung</b></li> <li>2. <b>Problemdefinition / Pflegediagnose</b></li> <li>3. <b>Zielsetzung</b></li> <li>4. <b>Massnahmenplanung</b></li> <li>5. <b>Massnahmendurchführung</b></li> <li>6. <b>Evaluation</b></li> </ol>

Funktionsstufe	Verantwortungsbereich	Tätigkeiten
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dipl. Sozialpädagoge/in HF/FH (F3)</li> <li>– FaGe (F2)</li> <li>– FaBe(F2)</li> </ul>	<p><i>Mitwirkung</i> im Pflege- und Betreuungsprozess zur <i>praktischen Umsetzung aller Prozessschritte</i> aller BW.</p> <p><i>Dokumentation</i> in Pflege- und Betreuungsprozess bei <i>einzelnen Prozessschritten</i> aller BW.</p>	<p>Tragen Mitverantwortung für die Umsetzung aller Prozess-Schritte in durchschnittlich anspruchsvollen Situationen.</p> <p>Folgende Prozess-Schritte werden im Wesentlichen dokumentiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informationssammlung, Verlaufsbericht</li> <li>5. Massnahmendurchführung</li> </ol> <p>Die folgenden Prozess-Schritte werden <b>ausschliesslich durch MA Pflege HF/FH BESA-Verantwortliche/r</b> entlang der Pflege- und Betreuungsplanung (im System Lobos und BESA) <b>dokumentiert</b>. Dabei versteht es sich von selbst, dass die übrigen MA ebenso zur Vollständigkeit der BW-Dokumentation beitragen.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Problemdefinition / Pflegediagnose</li> <li>3. Zielsetzung</li> <li>4. Massnahmenplanung</li> <li>6. Evaluation</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– AGS (F1)</li> <li>– Assistenzpersonal (F1)</li> </ul>	<p><i>Dokumentation von Beobachtungen</i> zur Vervollständigung von Pflege- und Betreuungsprozess bei allen BW.</p>	<p>Verantwortlich für die Führung des Verlaufsberichts.</p> <p>MA, die über ihre Kompetenzen hinaus dokumentieren müssen, sprechen sich bei gezielten Prozess-Schritten mit MA Funktionsstufe 2 oder 3 ab.</p>