

ADOPI - Arbeitsunterstützung in der Dokumentation von Pflegeinterventionen

Prozessmodell Pflegedokumentationsprozess

Dieses Dokument beschreibt das Prozessmodell, das im Rahmen des Adopi-Projekts entwickelt wird. Durch die Erstellung eines Modells und ggf. weiterer Modelle soll bei allen Projektpartnern ein besseres Verständnis für die Anforderungen an die Dokumentation im Verlauf des Pflegeprozesses geschaffen werden. Auch Herausforderungen oder Probleme können anhand eines Modells beschrieben werden.

Der Vergleich zwischen verschiedenen Einrichtungen über Ländergrenzen hinweg kann durch Prozessmodelle unterstützt werden. So können aus dem im Folgenden beschriebenen allgemeinen Modell konkretere Versionen abgeleitet werden, die sich auf spezifische Prozesse fokussieren.

Das folgende Prozessmodell betrachtet den gesamten Pflegeprozess und legt den Schwerpunkt auf die Dokumentation. Als Grundlage für das Modell wurde das BPMN-Modell aus folgender Quelle verwendet (Seite 124):

Hübner, U., & Ammenwerth, E., & Sellemann, B. (2023). Informationsverarbeitung in der Pflege. W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-038845-1>

Nach zwei Workshops mit den Projektpartnern wurde das Modell ergänzt. In den folgenden Abschnitten wird das Modell näher erläutert. Dabei werden Detailansichten verwendet, die bestimmte Aspekte des Modells hervorheben sollen. Um die Übersichtlichkeit zu erhöhen, werden andere Elemente weggelassen oder vereinfacht dargestellt. Die Detailansichten stellen somit eine Erklärungshilfe dar und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Auch das Gesamtmodell unterliegt noch Veränderungen und wird im Laufe des Projektes weitere Anpassungen erfahren.

Eine Übersicht über alle bisher erstellten Modelle ist auf Github unter <https://github.com/dkonrad29/healthcare-processes> zu finden.

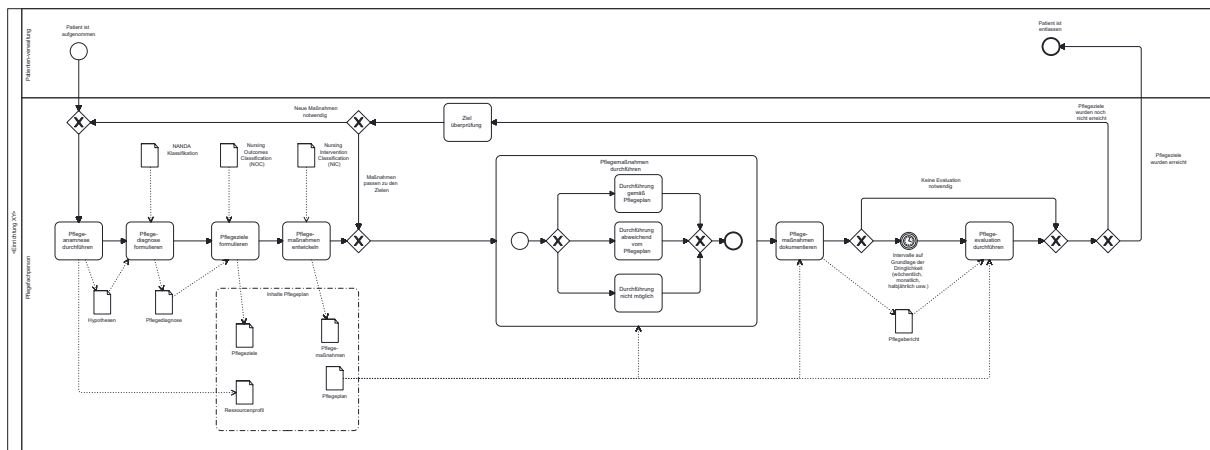


Abbildung 1 Der Pflegedokumentationsprozess

Dokumente im Prozess

In den ersten Schritten des Dokumentationsprozesses werden die Ergebnisse eines Schrittes zur Durchführung des nächsten Schrittes verwendet. Die in der Anamnese aufgestellten Hypothesen bilden die Grundlage für die Diagnose im nächsten Schritt usw.

Der Pflegeplan ist das Kerndokument des Modells und die Gruppierung mit der gestrichelten Linie soll seine wichtigsten Inhalte beschreiben und aus welchem Teilprozess sie stammen. Zusammen mit dem Pflegebericht bildet der Pflegeplan die Grundlage für die Evaluation, und alle dort identifizierten notwendigen Anpassungen finden sich in den überarbeiteten Versionen der Dokumente wieder, nachdem ein Iterationsschritt des Gesamtprozesses durchlaufen wurde.

Verwendung von Klassifikationssystemen

(siehe auch Protokoll 24.06.2024)

In der Pflegeanamnese (Assessment) sammelt die Pflegekraft alle pflegerelevanten Informationen von der Klientin bzw. dem Klienten, mit dem Ziel Probleme und Ressourcen zu identifizieren, und bildet daraus Hypothesen. Das Assessment-Ergebnis kann neben den Hypothesen auch ein Ressourcenprofil beinhalten (siehe "Spinne" im BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem BESA).

Aufgrund der Assessmentergebnisse werden Hypothesen gebildet und reduziert. Dann werden aus dem Klassifikationssystem (z.B. NANDA-II) Pflegediagnose gewählt und entsprechend gestellt. In Vorarlberg soll zukünftig z.B. das Klassifikationssystem von North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) verwendet werden. Je mehr Kriterien/Merkmale einer Pflegediagnose auf eine Person zutreffen, desto wahrscheinlicher wird diese Diagnose gewählt. Eine Diagnose wird in der Pflegedokumentation nicht frei formuliert, sondern es wird z.B. eine NANDA-Diagnose ausgewählt und nur bei Bedarf mit Freitext ergänzt.

In der Nursing Outcomes Classification (NOC) sind Pflegeergebnisse beschrieben. NOC beschreibt neutral formulierte Indikatoren, die bezüglich der beobachteten Ausprägung bewertet werden. Es gibt NOC Verknüpfungen zur NANDA-II, zu den funktionellen Gesundheitsverhaltensmustern und zum ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Die Nursing Interventions Classification (NIC) – Pflegeinterventionsklassifikation beschreibt, was Pflegefachpersonen unternehmen, um die Gesundheitszustand der Klient:innen zu beeinflussen.

Die drei Klassifikationssysteme sind eng miteinander abgestimmt und sind gemeinsam ein Instrument, das geeignet ist, den gesamten Pflegeprozess abzubilden.

Durchführung abweichend vom Pflegeplan

Der Teilprozess *Pflegemaßnahmen durchführen* wird als Subprozess dargestellt, um abzubilden, dass eine Durchführung auch von den Maßnahmen im Pflegeplan abweichen kann. Eine Abweichung kann sehr unterschiedliche Gründe haben (z.B. Klient ist nicht vor Ort, ist zu müde oder lehnt die Maßnahme ab).

Die Begründung für die Abweichung wird im nächsten Prozessschritt *Pflegemaßnahmen dokumentieren* festgehalten. Der resultierende Pflegebericht besteht somit zu einem großen Teil aus einer Menge von Abweichungen, da nur in diesen Fällen eine detaillierte Begründung notwendig ist. Maßnahmen, die laut Pflegeplan durchgeführt wurden, können einfach abgehakt werden.

Bei der Beschreibung der Abweichungen besteht möglicherweise Potenzial für eine automatisierte Unterstützung. Im Workshop wurde darauf hingewiesen, dass Abweichungen sehr individuell sind und keine andere Möglichkeit als die Freitexteingabe in Frage kommt. Wenn dennoch eine Klassifizierung der Abweichungsgründe möglich wäre, könnte hier ggf. ein IT-System unterstützen.

Evaluationszyklen

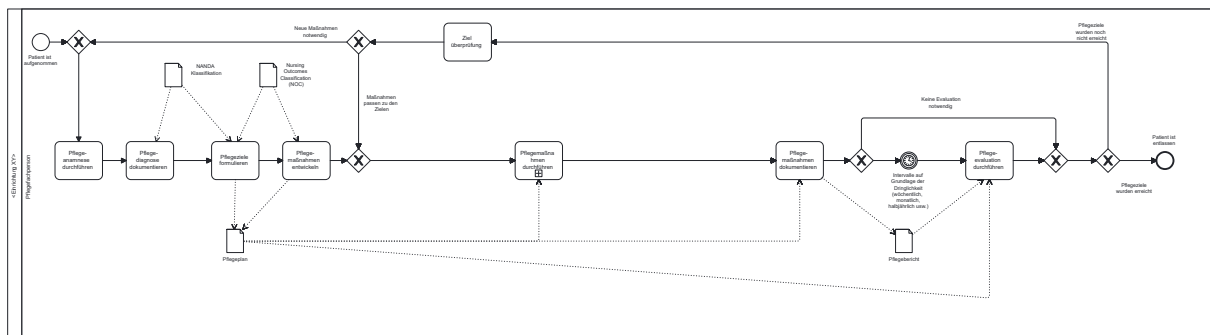


Abbildung 2 Detailansicht Evaluation

Eine wesentliche Aufgabe der Pflegedokumentation ist die Unterstützung der Pflegeevaluation. Wie in [Abbildung 3](#) dargestellt, ist der gesamte Pflegeprozess als kontinuierlicher Prozess zu verstehen, in dem immer wieder evaluiert wird, ob die durchgeführten Maßnahmen noch den Pflegezielen entsprechen. Auch die Pflegeziele selbst können sich im Laufe der Zeit ändern und müssen iterativ angepasst werden.

Die Evaluation ist im Prozessmodell abgebildet, in dem nach der Durchführung der Maßnahmen entschieden wird, ob eine Evaluation notwendig ist. Diese Notwendigkeit kann sich aus vorgegebenen Intervallen (dargestellt durch das Symbol mit der Uhr) oder aus sich ändernden Umständen ergeben.

Werden die Pflegeziele nicht erreicht, erfolgt eine Überprüfung der Ziele und der entsprechenden Maßnahmen. Dazu werden die ersten Prozessschritte in angepasster Form wiederholt.

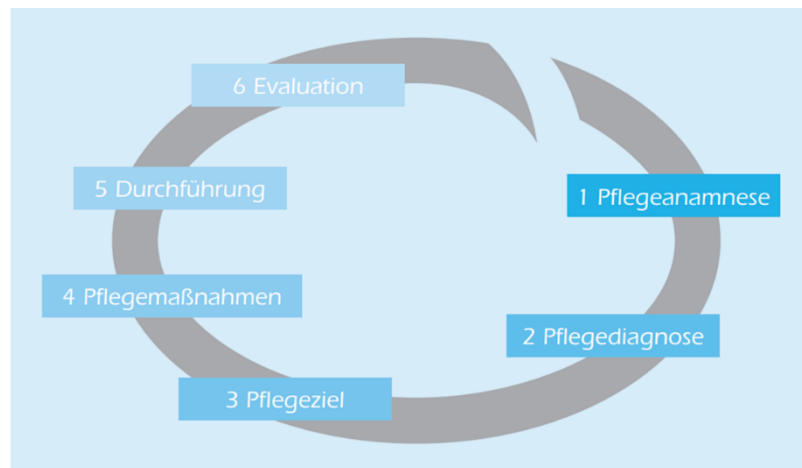


Abbildung 3: Der Pflegeprozess (Quelle:Hojdelewicz Bettina (2021). Der Pflegeprozess. facultas)

Beteiligte Personen und Systeme

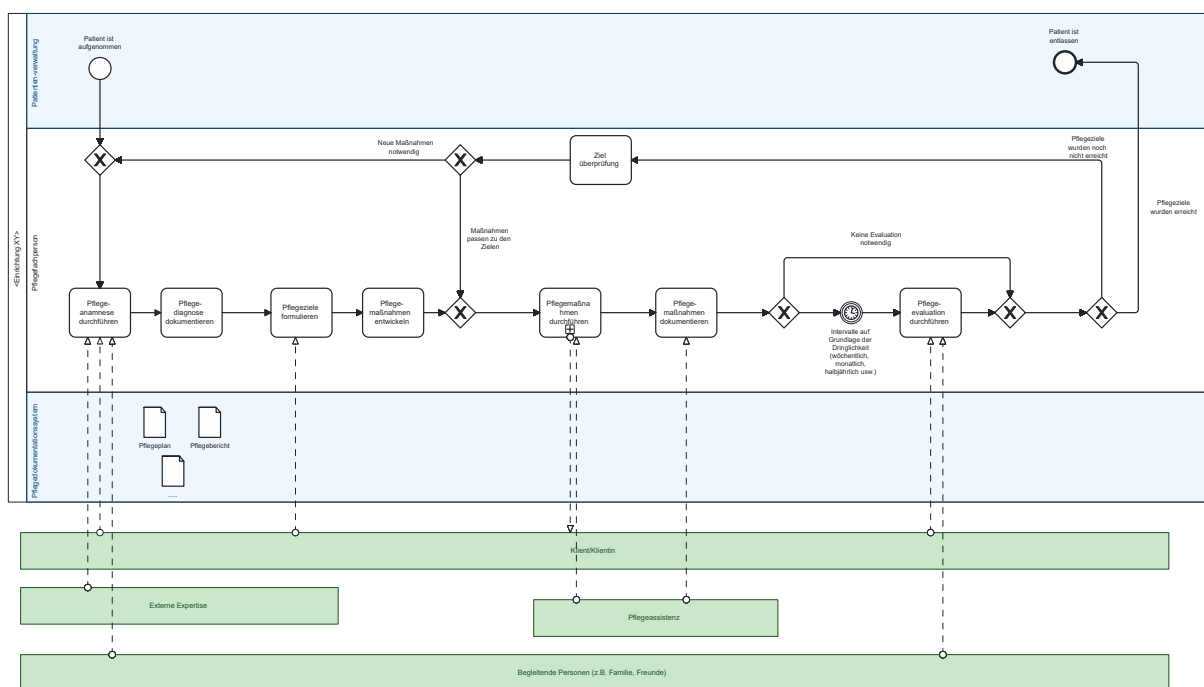


Abbildung 4: Detailansicht beteiligte Personen und Systeme

Als eine der größten Herausforderungen bei der Pflegedokumentation wurde im Workshop die Zusammenarbeit mehrerer Personen im Pflegeprozess beschrieben. Die beteiligten Personengruppen unterscheiden sich in ihrem Ausbildungsstand, ihrem kulturellen Hintergrund, ihren sprachlichen Fähigkeiten etc.

In der [Detailansicht](#) wird deutlich, dass sowohl verschiedene Beteiligte (grün) neben der Pflegefachperson am Pflegeprozess beteiligt sind, als auch vorhandene Systeme (blau) z.B. zur Datenerfassung genutzt werden. Jede Personengruppe legt entweder einen anderen Schwerpunkt auf die im Prozess dokumentierten Daten oder benötigt nur bestimmte Teile davon. Beispielsweise ist für eine Pflegeassistenz, die eine Maßnahme durchführt, in erster Linie die Maßnahme selbst und das damit verbundene Pflegeziel relevant, während sie nicht dafür verantwortlich ist, wie dieses Ziel

erarbeitet wurde. Führt die Pflegefachperson später im gleichen Prozess eine Evaluation durch, ist für sie diese Entstehung relevant, da sie damit die Zielrelevanz überprüfen kann.

Strukturierte Erhebung

Ein wesentliches Potenzial für die Unterstützung durch IT-Systeme liegt in der Strukturierung des Pflegeberichts.

Dieser besteht in der Regel aus Freitextfeldern, die eine Abweichung von der im Pflegeplan festgehaltenen Durchführung darstellen.

Um Informationen über einen Zeitraum vergleichbar zu machen und damit einen Verlauf abbilden zu können, ist es notwendig, dass neben den Freitexten auch strukturierte Datenerhebungen stattfinden. Durch eine vorgegebene Struktur der Daten werden diese vergleichbar und können maschinell weiterverarbeitet werden. Die Erhebung erfolgt im Rahmen der Anamnese, wird bei der Durchführung von Maßnahmen berücksichtigt und kann je nach Bedarf in regelmäßigen Abständen erfolgen. Durch die vorgegebene Struktur ist auch eine automatische Erfassung z.B. durch Sensoren realisierbar, ohne dass die Pflegekraft die Daten regelmäßig manuell eingeben muss.

Ein Ressourcenprofil, wie es im Prozessmodell während der Anamnese erstellt wird, wäre nach einer strukturierten Erhebung maschinell generierbar. Risikobereiche wie z.B. Mangelernährung oder Sturzrisiko können in den Verlauf der Erhebungen integriert werden, um diese besser im Auge zu behalten und Verbesserungen oder Verschlechterungen zu erkennen. Auch die Pflegebedarfserhebung profitiert von strukturierten Daten, die eine bessere Vergleichbarkeit von Pflegezielen und Pflegemaßnahmen ermöglichen.

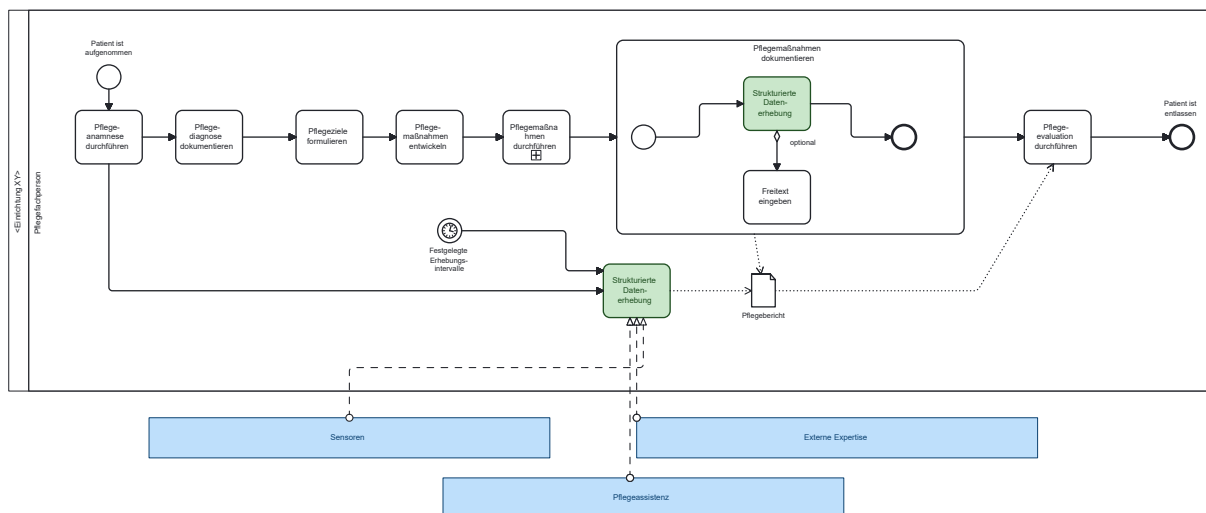


Abbildung 5: Detailansicht strukturierte Erhebung

In der [Detailansicht](#) wird der Fokus darauf gelegt, bei welchen Schritten im Prozess eine strukturierte Erhebung stattfinden kann:

- Im Zuge von Prozessschritt 1, der Anamnese
- Bei der Dokumentation von Pflegemaßnahmen nach der Durchführung. Eine Eingabe von Freitext ist optional immer möglich.
- Ausgelöst durch einen Timer, der z.B. in regelmäßigen Intervallen die Erhebung auslöst. Anstatt eines Auslösers, der auf Zeit basiert, ist auch ein Trigger durch auftretende Ereignisse denkbar.

Die Anbindung von externen Teilnehmern (blau gefärbt) bildet das Potenzial ab, Daten von mehreren Personen und Systemen zu erheben.