

ConSozial 2016

Szenarien der Software-Slams

Medikationsmanagement in stationären Einrichtungen

Herr Günther wurde neu auf einen Wohnbereich des Hauses St. Martin aufgenommen. Bereits bei der Medikationsanamnese im Rahmen der Aufnahme hat Lisa Lang als zuständige Fachkraft seine aktuell verordneten Medikamente manuell in der Software erfasst oder bei Vorliegen eines Medikationsplans über den offiziellen 2D-Barcode eingelesen.

Im Rahmen der ersten Visite seines von ihm gewählten Arztes Dr. Walter wurde eine neue Medikation erstellt und der Arzt hat dazu neue Verordnungen ausgestellt. Lisa Lang dokumentiert die Verordnungen in der Klientenakte und hinterlegt dabei zusätzlich zu den schnell mittels einer Medikamentendatenbank erfassten Datensätzen auch einen Scan des Papierrezepts.

Alternativ: Dr. Walter erfasst direkt in der Software sein Rezept und überträgt dieses an sein Arztinformationssystem. Oder umgekehrt: Er erfasst die Medikation in seinem System und übermittelt sich elektronisch an die Software der Einrichtung.

Das Stellen und die Verblisterung von Medikamenten hat das Haus St. Martin an die Apotheken ausgegliedert. Aber Ihre Software unterstützt durch sinnvolle Automatismen bei den Bestellungen von Medikamenten und Änderungen von Medikationsplänen. (Diese bitte zeigen.)

Da die Bewohner unterschiedlichen Ärzten vertrauen und das Haus mit mehreren Apotheken zusammenarbeitet, müssen die Rezeptanforderung pro Arzt und die Bestellformulare pro Apotheke generiert werden. Eine entsprechende Auswertung informiert über den aktuellen Bestand, die Reichweite und den Bestellstatus jedes einzelnen Medikaments.

Lisa Lang führt die Vorbereitung zur Verabreichung der Medikamente an Herrn Günther durch. Dabei kontrolliert sie effizient nochmals die gerichteten Medikamente anhand der in der Software hinterlegten Verordnungen. Nach der Gabe der Medikamente dokumentiert sie diese in der Klientenakte. Evtl. auftretende Nebenwirkungen werden ebenfalls in der Software festgehalten.

Herr Günther klagt heute Morgen über Übelkeit. In einem Telefonat erteilt Dr. Walter an Frau Lang eine telefonische Verordnung nach dem VuG-Prinzip (Vorlesen und Genehmigen lassen): sie nimmt die ärztliche Verordnung telefonisch entgegen und dokumentiert diese als Bedarfsmedikation zeitgleich in der Software. Im Anschluss liest sie dem Arzt am Telefon die Verordnung nochmal vor und er bestätigt diese mündlich, was von der Fachkraft in der Klientenakte „VuG“ dokumentiert und abgezeichnet wird.

Die Bedarfsmedikation wurde von Dr. Walter genauestens festgelegt und entsprechend von Lisa Lang dokumentiert. Sie enthält folgende Kriterien:

- Anlass, zu dem das Medikament verabreicht und genommen werden soll
- Genau definierter Bedarf, hinsichtlich der Symptome
- Applikationsform
- Einzeldosierung
- Häufigkeit
- Maximaldosis innerhalb 24 Stunden
- Verordnungsdatum

Da die Übelkeit weiterhin anhält, gibt Frau Lang die Bedarfsmedikation und dokumentiert deren Gabe. Weil die Übelkeit von Herrn Günther auch danach noch nicht abklingt und Dr. Walter Schlimmeres befürchtet, soll Herr Günther stationär aufgenommen werden. Frau Lang druckt dafür seinen patientenbezogenen Medikationsplan aus. (Für das Szenario: PDF- oder Textdokument am Bildschirm.)

ICF-basierte Teilhabeplanung in der beruflichen Rehabilitation

Herr Timo Teller (geb. 8.4.94) nimmt an einer berufsvorbereitenden Bildungs-Maßnahme teil (§35 SGB IX).
Maßnahmendauer: 05.09.16 bis 30.06.17

Herr Teller möchte gerne eine Ausbildung im Büro oder als technischer Produktdesigner machen.

Diagnose, gem.

- ICD 10:F84,5 – Asperger Syndrom
- F81.0 – Lese-/Rechtschreibstörung

Name, Maßnahmeart und -dauer sowie die Diagnosen sind für dazu berechnigte Mitarbeiter auf einen Blick erkennbar, sobald sie die Datei für Herrn Teller öffnen.

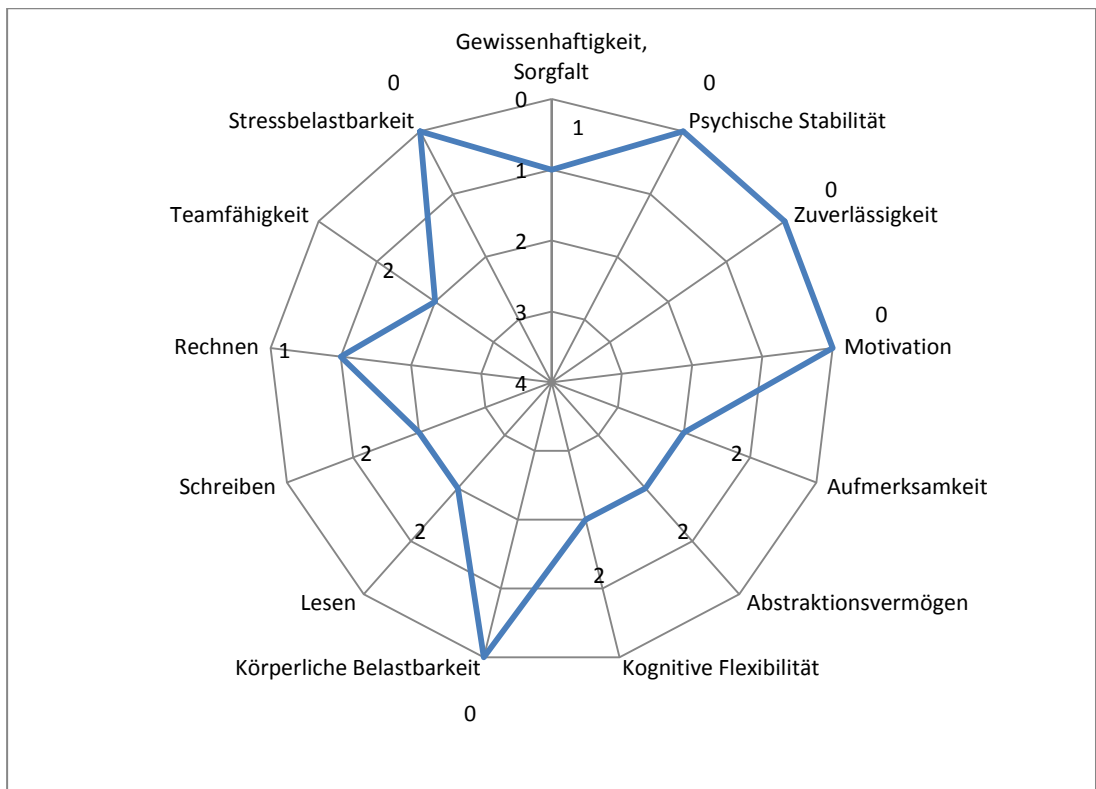
Am 11.10.16 erfolgt das erste Teilhabeplanungsgespräch nach Abschluss der Eingangsphase der Maßnahme. Die Rehabegleiterin Frau Laura Launich fasst in Absprache mit Herrn Teller und den beteiligten Mitarbeitern alle vorliegenden Informationen in einem Kompetenz-Profil zusammen. Das Profil besteht aus Items der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO), die entweder 5-stufig skaliert sind (Funktionen / Teilhabe: 0; 1; 2; 3; 4) oder 3-stufig (Umweltfaktoren: -; 0; +):

Das Profil liegt in der Software vor, einschließlich erläuternder Bemerkungen, die zu einigen Items eingegeben wurden:

Item (Funktionen, Teilhabe)	Bew.	Bemerkungen
Motivation	0	
Aufmerksamkeit	2	Sehr leicht ablenkbar durch Geräusche und visuelle Reize. <u>Förderansatz:</u> Einzelarbeitsplatz – TT achtet mit Unterstützung des Anleiters selbst darauf, dass Umgebungsreize minimiert werden.
Kognitive Flexibilität	2	Kann sich nur schwer auf wechselnde Aufgaben einstellen
Lesen	2	
Schreiben	2	
Rechnen	1	

Item (Umweltfaktoren)	Bew.	Bemerkungen
Fachleute des Gesundheitssystems	+	Gute Begleitung durch Autismus-Ambulanz
Bildungs- und Ausbildungswesen (= Reha-einrichtung)	-	Arbeitsplatz zu laut. Umgebung in der Kantine zu unruhig. <u>Förderansätze:</u> <ul style="list-style-type: none">- Einzelarbeitsplatz- Einzel-Essplatz

Das Profil wird für die Funktions- und Teilhabe-Items als Netzdiagramm grafisch dargestellt. Das Netzdiagramm wird ausgedruckt und als Unterlage für Gespräche mit Herrn Teller genutzt (Alternativ: Ausgabe als PDF am Bildschirm).



Auf der Basis des Profils und der Fördervorschläge wird mit Herrn Teller gemeinsam ein Förderplan für die nächste Phase seiner Maßnahme erstellt:

Maßnahme: berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme
 Datum: 11.10.2016
 Gesprächszeitpunkt: Ende Eingangsassessment
 Rehabegleiterin: Laura Launich
 Gültigkeit bis: 11.01.2017

Förderbedarf	Ziel	Maßnahme	Zuständigkeit	Gültig bis:
Aufmerksamkeit	Herr T. wird während der Arbeit nicht nennenswert von Außenreizen abgelenkt.	Einzelarbeitsplatz Herr T. wird bei Bedarf daran erinnert, an seinem Arbeitsplatz zu bleiben bzw. sich so hinzusetzen, dass er nicht abgelenkt wird.	Ausbilder	11.01.2017
Passende Umgebung bei den Mahlzeiten	Herr T. kann seine Mahlzeiten in der Kantine einnehmen	Einzel-Essplatz	Rehabegleiterin	21.10.2017

Der Förderplan kann ausgedruckt und von Herrn Teller und der Rehabegleiterin unterschrieben werden.

Das Teamtraining findet wöchentlich statt, donnerstags 15:00-16:00 Uhr. Der Termin ist für alle dazu berechtigten Mitarbeiter sichtbar.

Das Förderangebot „Herr Teller wird bei Bedarf daran erinnert, an seinem Arbeitsplatz zu bleiben bzw. sich so hinzusetzen, dass er nicht abgelenkt wird“ ist im Programm so hinterlegt, dass die Mitarbeiter im Ausbildungsbereich es als Bedarfsleistung erkennen können.

Umsetzung des neuen Strukturmodells für die ambulante Pflege

Frau Müller ist Pflegefachkraft in einer ambulanten Altenpflegeeinrichtung.

Gestern hat sie einen Erstbesuch bei einer neu aufzunehmenden Patientin, Frau Bader durchgeführt.

Frau Bader hat eine Verordnung des Arztes vorliegen, in der die folgenden Behandlungspflegeleistungen aufgelistet sind:

- 1 x täglich Kompressionsverband anlegen
- 1 x wöchentlich Medikamente stellen

Im Verlauf des Erstbesuchsgesprächs wird zunächst der komplette Pflegebedarf ermittelt. In Abstimmung mit dem Patienten und der ebenfalls anwesenden Tochter wird dann der zunächst durch die Pflegereinrichtung zu erbringende Leistungsumfang wie folgt festgelegt:

- Ganzkörperwäsche: täglich in der Früh, am Donnerstag Duschen
- Hilfe bei An-/Auskleiden: täglich in der Früh

Die Leistungserbringung durch den ambulanten Pflegedienst soll ab dem Folgetag erfolgen.

Im Rahmen des Erstbesuchs wird durch Frau Müller im Dialog mit der Patientin und der Angehörigen auch eine erste Fassung der SIS erstellt.

Auf die Frage „Was brauchen Sie/Was können wir für Sie tun?“ antwortet Frau Bader mit „Alles gut – Ich kann mich nur nicht mehr selbst komplett waschen – und das Anziehen fällt mir auch schon richtig schwer“.

Im anschließenden fachlichen Einschätzungsgespräch von Fr. Müller stellt sich Fr. Bader wie folgt dar: Sie ist eine schon etwas vergessliche alte Dame. Das korrekte Nehmen von Medikamenten fällt ihr schwer - deshalb hat sie das Stellen der Medikamente durch den Arzt verordnet bekommen. Sie will sich, soweit es geht, auch weiterhin selbst versorgen – trotz der aktuellen Einschränkungen. Die Beweglichkeit ist altersbedingt eingeschränkt und sie bewegt sich insgesamt unsicher auf den Beinen.

Außerhalb ihrer Wohnung nutzt Fr. Bader einen Rollator und akzeptiert diesen als nützliches Hilfsmittel. Bisher ist sie noch nie gestürzt. Innerhalb ihrer Wohnung kommt sie gut ohne Hilfsmittel zurecht, weil sie vorsichtig ist und sich nicht überlastet.

Fr. Bader ist adipös (BMI 31,4). Die warmen Mahlzeiten bekommt sie mittags über Essen auf Rädern geliefert und können von ihr selbstständig eingenommen werden. Die Unsicherheiten bei der Mobilität – besonders bei der Körperpflege - war der Anlass, nun täglich Hilfe bei der Körperwäsche und dem Ankleiden in Anspruch zu nehmen. Sie ist kontinent. Sie ist gesellig, und pflegt regelmäßig Kontakte mit der Familie, vor allem mit der Tochter Bettina.

Aktuell liegen keine gravierenden gesundheitlichen Probleme vor – jedoch ist in der Vergangenheit am rechten Bein bereits mehrfach ein Ulcus Cruris entstanden. Zur Prävention wurde eine Kompressionstherapie durch Kompressionsverbände verordnet.

In der initialen Risikoerfassung stellte die Pflegefachkraft fest, dass bei Frau Bader in den Bereichen Inkontinenz und Ernährung kein Risiko besteht und die Patientin keine Schmerzen hat.

Durch die eingeschränkte Beweglichkeit und die Unsicherheiten des Gangbildes müssen die Risiken Sturz und Dekubitus genauer betrachtet werden.

Aufgabenstellung

1) Erstellen Sie als verantwortliche Pflegefachkraft die SIS anhand der im Erstbesuch erfragten Angaben:

Hierbei sollen die Risikobereiche Dekubitus und Sturz mit einer weiteren Einschätzung (hier: Beobachtung durch behandelnde Pflegefachkraft für eine Woche) bewertet werden.

2) Erstellen Sie einen Maßnahmenplan für die vereinbarten Leistungen und notwendigen Maßnahmen:

Ganzkörperwäsche und das Anziehen von Fr. Bader. Hinterlegen Sie die vereinbarte Pflegeleistung: (Ganzkörperwäsche, Unterstützung beim Ankleiden) mit einer Beschreibung, wie sich diese Maßnahme bei der Patientin gestaltet. Dokumentieren Sie dabei die folgenden Besonderheiten: Sie will sich den Oberkörper selbst waschen, dabei steht Sie am Waschbecken. Die Wäsche von Unterkörper und Beinen wird voll von der Pflegefachkraft übernommen, dabei steht Frau Bader am Waschbecken. Donnerstags möchte sie duschen, dazu setzt sie sich auf den vorhandenen Duschhocker. Der Kompressionsverband wird morgens nach dem Waschen im Bett angelegt (Beine werden leicht erhöht auf Kissen gelagert, damit sich diese entstauen). Das weitere Ankleiden geschieht mit Unterstützung durch die Pflegefachkraft im Sitzen an der Bettkante. Das Stellen der Medikamente erfolgt in einer Wochendosette durch die Pflegefachkraft immer Montag früh.

3) Führen Sie eine Evaluation aufgrund der veränderten Pflegesituation nach einem Monat durch:

Frau Müller hat bei der Patientin eine rote Hautveränderung direkt am Steißbein beobachtet, die im Verlauf der letzten zwei Tage deutlich größer geworden ist und auf Druck typische Symptome zeigt. Frau Schmitz sieht nun veränderte Risiken bei Dekubitus vorliegen und möchte mit den folgenden Maßnahmen gegensteuern:

- Hautpflege muss nun täglich erfolgen.
- Dokumentation des Hautzustandes, gegebenenfalls Wunddokumentation anlegen
- Lagern wird nun mindestens 3x täglich durchgeführt
- Arzt wird informiert
- Beratung: Angehörige werden zu Möglichkeiten der Druckentlastung angeleitet, auf geeignetes Sitzkissen (mit Gel-Kern) für z. B. Sessel hinweisen

Schaffen Sie eine übersichtliche Möglichkeit zur Evaluation der Risiken, ohne die initiale Erfassung der SIS zu verändern.

Evaluieren Sie den Maßnahmenplan dahingehend, dass die Inhalte der zu den Risiken gehörenden Prophylaxen ab sofort aufgenommen werden.

Nutzerfreundlicher Informationsaustausch in stationären Einrichtungen

Herr Hubert Krüger kann seinen Alltag nicht mehr alleine bewältigen und entscheidet sich gemeinsam mit seiner erwachsenen Tochter Beate Krüger-Heinz für einen Einzug in die Einrichtung „Sonnenschein“.

Seine Tochter kontaktiert die Sachbearbeiterin Rita Müller in der Einrichtungsverwaltung. Die Einrichtungsverwaltung ist dafür zuständig, alle Informationen aufzunehmen und zu bündeln. Sie führt Gespräche mit den Angehörigen, hält die Daten zur Aufnahme des Klienten fest und gibt Informationen an die zentrale Leistungsabrechnung des Trägers weiter. Frau Müller führt das Erstgespräch und dokumentiert sämtliche personenbezogene Daten wie Diagnosen und Vorerkrankungen, Pflegestufe, Medikamenteneinnahme. Die abrechnungsrelevanten Daten werden dem Sachbearbeiter Karl Kunze in der zentralen Leistungsabrechnung beim Träger und die betreuungsrelevanten Daten der verantwortlichen Fachkraft der Wohngruppe, Petra Lange automatisch vom System zur Verfügung gestellt. Beim Anmelden im Programm sieht sie den neuen Bewohner und die von ihr zu erledigenden Aufgaben.

Einige Wochen später fällt Herr Hubert Krüger eines Morgens aus dem Bett und bricht sich den Oberschenkelhals. Petra Lange findet ihn vor seinem Bett auf dem Boden liegend. Sie ruft den Notarzt und Herr Krüger wird mit dem Rettungswagen zur weiteren Behandlung ins Krankenhaus gebracht.

Frau Lange dokumentiert zunächst, dass der Bewohner gestürzt ist, Verdacht auf Oberschenkelhalsbruch besteht und am Vormittag ins Krankenhaus gebracht wurde. Sie gibt die Information an die zuständige Sachbearbeiterin Rita Müller in der Einrichtungsverwaltung weiter. Diese trägt in das System ein, dass sich der Klient nun im Krankenhaus befindet und das System informiert darüber automatisch den Kollegen Karl Kunze in der zentralen Leistungsabrechnung beim Träger.

Gegen Mittag findet ein Schichtwechsel in der Wohngruppe statt. Lena Krallmann, Pflegefachkraft der Einrichtung, erscheint zum Spätdienst und meldet sich im System an. Sie erhält sofort die Information, dass Herr Krüger am Vorabend ins Krankenhaus eingeliefert wurde.

Aufgabenstellung

1. Wie stellen Sie sicher, dass die beteiligten Nutzerrollen (Pflegekraft, Pädagogen, Verwaltung, Leistungsabrechnung) jeweils nur die Daten sehen, die sie für ihre Arbeit (Nutzungskontext) benötigen?
2. Wie ist ein softwaregestützter Informationsaustausch zwischen den einzelnen Nutzerrollen (Persona) möglich?
3. Welche individuellen Möglichkeiten hat der Benutzer, die Software nach seinen persönlichen Bedürfnissen zu gestalten, um sich beispielsweise von anderen für ihn bereit gestellte Informationen oder Aufgaben anzeigen zu lassen?

Nutzerrollen:

- Einrichtungsverwaltung: Trägt Informationen zu Klienten ein und führt Gespräche mit Angehörigen, die sie an die Kollegen in den Wohnbereichen weitergibt.
- Fachkräfte: Müssen wissen wer ist da und wer nicht, schreiben die Pflege- bzw. Betreuungsplanung und dokumentieren ihre Leistungen.
- Zentrale Leistungsabrechnung: Hat ein Auge auf Fehlzeiten, da diese ggf. in der Abrechnung berücksichtigt werden müssen, erstellt die monatlichen Abrechnungen und will möglichst zeitnah wissen, wann sich abrechnungsrelevante Veränderungen ergeben.