

Vom Pflegedokumentations- zum Pflegeinformationssystem

Strategische, technische und prozessuale Rahmenbedin-
gungen und Überlegungen, Use Cases, Checkliste



Keller Unternehmensberatung AG
Täferstrasse 26
5405 Baden-Dättwil
056 483 05 16
info@keller-beratung.ch

Inhalt

1.	Einleitung.....	3
2.	Ausgangslage.....	4
2.1.	Pflegeheime heute und in Zukunft.....	4
2.2.	Zusammenspiel der Unternehmens- und ICT-Strategie.....	6
3.	Die Pflegedokumentation.....	8
3.1.	Wege zu mehr Effizienz Steigerung der Qualität in der Dokumentation.....	8
3.2.	Use Case : Effizientes Dokumentieren.....	11
3.2.1.	Lösungsansatz BESA QSys BESAdoc.....	12
3.2.2.	Lösungsansatz Nexus easyDOK.....	13
3.2.3.	Lösungsansatz Lobos Lobos4.....	14
3.2.4.	Lösungsansatz topCare careCoach.....	15
3.3.	Use Case : Service-Integration.....	16
3.3.1.	Lösungsansatz BESA QSys BESAdoc.....	17
3.3.2.	Lösungsansatz Nexus easyDOK.....	19
3.3.3.	Lösungsansatz Lobos Lobos4.....	20
3.3.4.	Lösungsansatz topCare careCoach.....	21
3.4.	Use Case : Medikation.....	22
3.4.1.	Lösungsansatz BESA QSys BESAdoc.....	23
3.4.2.	Lösungsansatz Nexus easyDOK.....	24
3.4.3.	Lösungsansatz Lobos Lobos4.....	25
3.4.4.	Lösungsansatz topCare careCoach.....	26
	Anhang.....	28
A	Überlegungen zur Unternehmens- und ICT-Strategie.....	28
B	Überlegungen zur Nutzung des Pflegedokumentationssystems.....	29
C	Überlegungen zu den Prozessen entlang der Pflegedokumentation.....	30

1. Einleitung

Die Pflegekomplexität der Bewohnerinnen und Bewohner ist in den letzten Jahren in Summe gestiegen, weiter auch die Qualitätsanforderungen an den Pflegeprozess. In der Folge steigen auch die Anforderungen an die Dokumentation. Die administrativen Aufgaben rund um die Pflegedokumentation wachsen und fordert die Heime heraus, die Dokumentation möglichst effizient und vollständig sicherzustellen. Eine weitere Herausforderung stellt die rasche Informationsgewinnung sowie der bereichsübergreifende Informationsfluss dar. Aber auch das interne wie externe Terminmanagement, wie bspw. zur Aktivierung, Termine beim Coiffeur, Podologie, Arzt etc. muss zielgerichtet integriert werden. Daneben besteht auch Potential in der Kommunikation mit Angehörigen. Ein strukturierter Austausch über alle Bereiche muss gesteuert werden und ist zwingend nötig für einen echten Bewohner- und Anhängerservice.

Die Pflegedokumentation ist DAS Werkzeug für das Pflgeteam in Langzeitinstitutionen. Es ist aber nicht das alleinige Instrument, weshalb die Vernetzung von Informationen mit anderen Berufsgruppen und Applikationen für effiziente und effektive Prozesse zunehmend an Bedeutung gewinnt. Abhängig vom Angebot, der Struktur und der Ziele einer Organisation, ergeben sich unterschiedliche Anforderungen. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Strategie ist Basis für den Entscheid über die Werkzeuge und deren Integration. Dies liefert eine ICT-Strategie, abgestimmt auf die Gesamtstrategie und auf die Benutzerbedürfnisse, welche auch die Möglichkeiten und Besonderheiten des eingesetzten oder angestrebten Pflegedokumentationssystems beleuchtet.

Neben den technologischen Aspekten sind auch die prozessualen Möglichkeiten zu beachten. Ein System ist nur so gut, wie es angewendet wird. Klarheit wie und welche Funktionen zu welchem Zweck durch wen genutzt werden, sind zu definieren, ebenso wie Standards in Art und Weise der Nutzung. Angestrebt werden sollen Wege, die möglichst wenig Ressourcen binden, gleichzeitig aber maximale Information und Nachvollziehbarkeit, bspw. zur Validierung von Einstufungen und definierten Massnahmen, sicherstellen.

Die nachfolgenden Kapitel zeigen die Essenzen aus unserem Seminar vom 28. März 2023 auf und geben Ihnen, auch zusammen mit der Checkliste im Anhang dieses Dokuments, Impulse für einen Weg zu mehr Information und weniger Dokumentation.

Gerne unterstützen wir bei Optimierungsmassnahmen, auf strategischer und operativer Ebene. Mit unseren branchenerfahrenen Beraterinnen und Berater aus Pflege, ICT, Finanzen, Strategie und HR bieten wir Ihnen umfassende Dienstleistungen an.

2. Ausgangslage

2.1. Pflegeheime heute und in Zukunft

Alters- und Pflegeheime stehen vor vielfältigen Herausforderungen. Sicherlich neben anderen Fragestellungen aktuell die wichtigsten, mit Bezug zur Pflegedokumentation, sind:

- Angebotsstrategie:
Reine Altersheime verschwinden, die ambulante Versorgung und intermediäre Angebote nehmen deren Platz ein. Die Zielgruppe für stationäre Langzeitpflege wird damit komplexer, entsprechend verändern sich die Anforderungen organisatorisch, personell aber auch medizinisch. Die Pflegedokumentation gewinnt an höherem Gewicht.
- Fachkräftemangel:
Aktuell fehlt Personal nicht nur in der Pflege, sondern auch in den ergänzenden Disziplinen wie beispielsweise in der Hotellerie. Ein effizienter und effektiver Ressourceneinsatz ist zwingend nötig, daneben sind attraktive Arbeitsplätze zu schaffen. Effizienz und Effektivität hängt neben der Organisation auch von den eingesetzten (IT-) Mitteln ab. Nicht nur die Auswahl der Mittel ist entscheidend, sondern auch die Ausreizung und Anpassung der Funktionalitäten auf die betrieblichen Bedürfnisse. In der Pflege eines der wichtigsten Instrumente dabei ist die Pflegedokumentation, welche auf die Anforderungen des Betriebes hin zu optimieren ist.
- Kostendruck:
Die Tarife hinken in den meisten Kantonen der Kostenrealität, insbesondere im aktuellen Umfeld mit Inflation und Lohnsteigerungen, hinterher. Ein effizienter und effektiver Ressourceneinsatz ist gefordert.
- Digitalisierungsbedarf:
Ein erster Impuls resultierte aus dem ePD, welches implizit neben einer elektronischen Dokumentation auch Standards im Datenschutz fordert, was wiederum höhere IT-Standards bedingt. Die Informationssicherheit wird für die Institutionen keinen direkten Gewinn bringen, aber Risiken absichern, dies zu Mehrkosten. Die Digitalisierung birgt aber auch Potentiale zur Steigerung der Attraktivität, bspw. durch einen adäquaten Auftritt oder in der Rekrutierung durch Instrumente, welche den Prozess unterstützen, professionalisieren und für Bewerber und Bewerberinnen vereinfachen. Im Bereich der Pflege bestehen diverse Lösungen am Markt, welche entlasten können, sei es in der Kommunikation oder Planung im Team, in der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Herausforderung hierbei besteht in der Kosten-/Nutzen-Abwägung und auch in der Prüfung, welche Instrumente sich für die Bedürfnisse der Institution in der Praxis eignen. Zunehmend an Bedeutung gewinnen Schnittstellen: Systeme, wie auch die Pflegedokumentation, müssen mit anderen Systemen sich abstimmen, relevante Informationen aufnehmen oder weitergeben können. Dabei, wie im Beispiel des ePDs, ist die Grenze nicht immer zwingend in der eigenen Institution.

Die Auseinandersetzung mit den Herausforderungen erfolgt in der Regel auf strategischer Ebene. Es empfiehlt sich umgekehrt aber auch periodisch zu prüfen, ob die heutigen Prozesse, Organisationsformen und Systeme noch den strategischen Vorgaben genügen oder überdacht werden müssen.

Für ein Pflegeheim in Zukunft gehen wir rund um die Pflegedokumentation von folgenden Fragestellungen aus, die adressiert werden müssen:

Prozesse

- Die Dokumentation soll so effizient wie möglich erfolgen, d.h. es sind Mechanismen vorzusehen, welche hierbei unterstützen, bspw. Spracheingabe anstelle von Tastatur, Textbausteine und Autotexte (z.B. der Text «mfg» wird umgewandelt in «Freundliche Grüsse») oder andere Hilfen, um notwendigen Informationen so schnell als möglich festzuhalten.
- Analog soll das Abrufen von Informationen möglichst effizient erfolgen. Statt lange Rapporte soll das System unterstützend wirken in der Übergabe der relevanten Infos an die nächste Schicht. Idealerweise unterstützt das System auch in der Differenzierung, für wen und zu welchem Zeitpunkt welche Informationen relevant sind.
- Der laufende Informationsfluss soll unterstützt werden, d.h. innerhalb des Pflegeteams sollen die Informationen ort- und zeitgerecht erscheinen. In der Zusammenarbeit mit Dritten sollen relevante Informationen automatisiert und / oder über standardisierte Abläufe ausgetauscht werden können. Beispielsweise zu Ärzten und Therapeuten (Medikation: Verordnung, Verabreichung und resultierende Wirkung; weitere medizinische Informationen zwischen beteiligten Ärzteschaften und Pflegeteam, Therapeuten), mit der Küche (Allergien, Vorlieben bis hin zu Bestellwünschen), mit Angehörigen, Zuweisern und mit Stellen in der Nachbehandlung.
- Die Informationsabfrage und -dokumentation muss zeitlich und örtlich nah am Ort des Geschehens erfolgen können. Modelle, in welchen die Pflege am Ende der Schicht versucht den Tag zu reproduzieren, werden weniger werden. Dies bedingt umgekehrt mobile Lösungen, d.h. die Pflegedokumentation muss, zumindest in relevanten Teilbereichen, auch ausserhalb eines Stationszimmers in benutzerfreundlicher und niederschwelliger Art und Weise zugänglich sein.
- Die Pflegedokumentation ist verknüpft mit anderen Pflege nahen Systemen, Rufsysteme, Sturzmatten oder ähnliche Alarmierungssysteme und löst automatisierte Einträge aus, die vervollständigt werden können. Dokumentationsaufwände können reduziert werden, gleichzeitig steigt die Datenqualität aufgrund (teil-) automatisierter Protokolle, was wiederum einen Beitrag zur Pflegequalität leisten kann.

Organisation

- Eine verlässlich geführte Bewohnerdokumentation ist entscheidend, aber nicht nur in den pflegerischen Themen, sondern zu allen Informationen rund um die Bewohner und Bewohnerinnen. Die Stammdaten zu den Bewohnenden sind daher einheitlich zu führen und wo relevant zwischen den Systemen abzustimmen. Insbesondere kritische Informationen, welche für mehrere Stellen (bspw. Allergien für Küche, Pflege und Ärzteschaft) von Relevanz sind, sollen in allen betroffenen Systemen abgestimmt gepflegt werden, was umgekehrt bedeutet, dass entsprechende Informationen ausgetauscht werden können (wenn möglich automatisiert/ digital über Integration).
- Die Pflegedokumentation unterstützt die Personalplanung und Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner. Können individuelle Bedürfnisse, bspw. zum Zeitpunkt der Morgenpflege, erfasst werden, kann die Planung gezielt auf diese erfolgen und allenfalls gleichzeitig zu einer Belastungsoptimierung beim Personal beitragen.

Finanzen

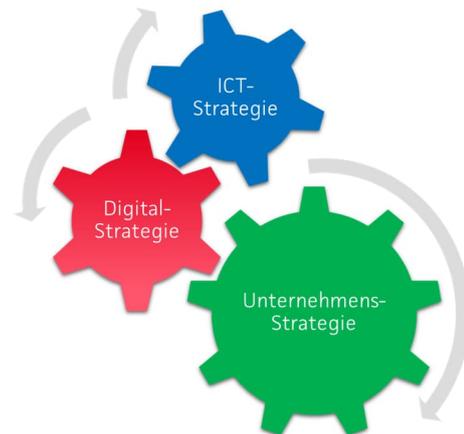
- Die Pflegedokumentation mit Dokumentation und Planung unterstützt beim effizienten und effektiven Ressourceneinsatz und trägt dazu bei, die Kosten niedrig zu halten.
- Die Pflegedokumentation liefert für die Pflegedienst- und Heimleitung steuerungsrelevante Informationen in konsolidierter Form.

▲ Vom Pflegedokumentations- zum Pflegeinformationssystem

Die Themenliste ist nicht abschliessend, im Wesentlichen zielen die Ideen auf eine bessere Unterstützung der Pflege im Team wie auch im interdisziplinären Setting durch digitale Wege ab um eine echte Entlastung zu erreichen.

2.2. Zusammenspiel der Unternehmens- und ICT-Strategie

Grundsätzlich hängt die ICT-Strategie an einer Unternehmensstrategie. Möglicherweise, und je länger je mehr aufgrund von entsprechenden Initiativen, wird der Ruf nach einer Digitalisierungsstrategie laut. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass die verschiedenen Strategien ineinander verzahnt sind. Keine steht für sich allein. Das heisst bildlich gesprochen, dass alle Strategien drehen, wenn an einer Strategie geschraubt wird. Aus welcher Ecke die Anpassungswünsche kommen ist weniger relevant. Tatsache ist, dass alle Strategien zu überprüfen sind.



Wo investieren?

Als wichtige Vorgabe für die ICT gilt das Abdecken von Anwenderbedürfnissen. Damit stehen die Applikationen sowie die Anwenderunterstützung (Support/ Helpdesk) im Vordergrund. Daneben braucht es die Basisinfrastruktur (Server-Systeme, Netzwerk). Ein zunehmend wichtiger Punkt ist auch die gesamte ICT-Security, welche im Zusammenhang mit der steigenden Cyber-Kriminalität eine erhöhte Aufmerksamkeit erfordert. Sowohl die Basisinfrastruktur wie auch die ICT-Security erwirken bei den Endanwendern keine spürbare Verbesserung und Erleichterung ihrer Arbeit. Im Gegenteil, teilweise sind diese sogar hinderlich. Entsprechend werden diese beiden Themen tendenziell vernachlässigt. Hohe Investitionen oder auch Betriebskosten in diesem Bereich haben dadurch einen schweren Stand, weil sie eben für den Anwender keinen unmittelbaren Nutzen bringen. Bei einem engen ICT-Budget stehen Kosten in diesen Bereichen dann in Konkurrenz zu Verbesserungen im Applikationsbereich.

Ein Wort zur Integration

Die Applikationslandschaft in Alters- und Pflegeinstitutionen gestaltet sich üblicherweise sehr heterogen. Als Hauptapplikationen dürfen ein Pflegedokumentationssystem bzw. eben besser ein Pflegeinformationssystem sowie ein Administrationssystem für Abrechnung, Finanzen und Lohnabwicklung bezeichnet werden. Dazu gesellt sich ein Dispositionssystem für den Personaleinsatz. Nur in wenigen Fällen gibt es Applikationen, welche das gesamte Anwendungs- bzw. Funktionsportfolio abdecken. Damit die Informationen zwischen den Systemen fließen können (und nicht mehrfach erfasst werden müssen) sollen mittels Integration Datenflüsse realisiert werden. Idealerweise laufen diese Datenflüsse über eine sog. Interoperabilitätsplattform. In Spitälern schon lange «best-practice», in Pflegeinstitutionen in aller Regel noch Wunschdenken.

Ohne Dokumentation keine Information

Die Digitalisierung wird auch vor der Pflege nicht halt machen. In nicht allzu ferner Zukunft wird es keine Papier-Akten mehr geben. Damit Leistungen verrechnet werden können müssen diese auch erfasst werden, idealerweise am Ort der Leistungserbringung und möglichst

▲ Vom Pflegedokumentations- zum Pflegeinformationssystem

zeitnah. Hier gibt es gute Ansätze zur mobilen Dokumentation ohne Medienbrüche. Sei es mit mobilen Geräten (Tablets) oder mit mobilen Arbeitsplätzen auf Visitenwagen. Die Anforderungen an eine lückenlose Dokumentation steigen, damit auf die persönlichen Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern möglichst gut eingegangen werden kann. Bei erhöhtem Pflegebedarf wird die Abstimmung zwischen (persönlichem) Arzt und dem Pflegepersonal (in Schichtarbeit) immer wichtiger, und da fragt man sich mit Recht, auf welchem System schliesslich dokumentiert wird, und wem die Daten gehören. Richtigerweise aber eigentlich, wo sie integriert den grössten Nutzen ergeben. Sprich die optimale und bedarfsgerechte Pflege unterstützt werden kann. Eben möglichst aus einem (zentralen) Informationssystem, aus welchem alle relevanten Informationen abgerufen werden können und man sich informieren kann (Nutzen). Dies erfordert jedoch die entsprechende Dokumentation durch das Personal (Aufwand). Damit schliesst sich der Dokumentations-/Informationskreislauf.

3. Die Pflegedokumentation

3.1. Wege zu mehr Effizienz Steigerung der Qualität in der Dokumentation

Per Gesetz ist die Dokumentation eine Berufspflicht und wird lückenlos gefordert. Das bedeutet, die Dokumentation muss zu jeder Zeit die an den Bewohnenden erbrachte Pflege, dessen Zustand und die damit verbundenen Entscheidungen nachweisen und ohne Lücken aufzeigen können. Die Herausforderungen der Institutionen besteht nun darin, den dafür geeigneten Rahmen zu finden, da per Gesetz weder der Inhalt noch der Umfang festgelegt sind. Es liegt also an den Institutionen, den geeigneten Rahmen für sich festzulegen, um in jeder Situation die geforderte lückenlose Dokumentation sicherstellen zu können. Hierzu drängt sich die Frage auf, was ist das eigentliche Ziel der Pflegedokumentation? Gesetzliche und politische Anforderungen haben den Zweck der Dokumentation in den vergangenen Jahrzehnten mitgeprägt und wesentlich komplexer gemacht. Heute muss die Pflegedokumentation gegenüber der Krankenkasse für den Nachweis von Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, als Beweissicherung / Absicherung im Streitfall im haftrechtlichen Setting und im berufspolitischen Umfeld zur Sichtbarkeit der erbrachten Arbeit, Wert, Nutzen der Pflege dienen. Die Aufzählung ist nicht abschliessend zu verstehen, soll deutlich machen, was heutzutage alles von der Pflegedokumentation gefordert wird. Dies soll mit den knappen personellen Ressourcen geleistet werden. Das erfordert einerseits Effizienz in der Pflegedokumentation und auch ein Bewusstsein wofür dokumentiert wird.

Die Dokumentation als Teil des Pflegeprozesses verstehen

Die Pflegedokumentation sollte sich am Pflegeprozess orientieren, dies unterstützt wiederum die Möglichkeit zu definieren wann durch wen welche Informationen eingeholt, wie diese in der Pflegedokumentation festgehalten werden und wem diese Informationen anschliessend zur Verfügung stehen müssen.

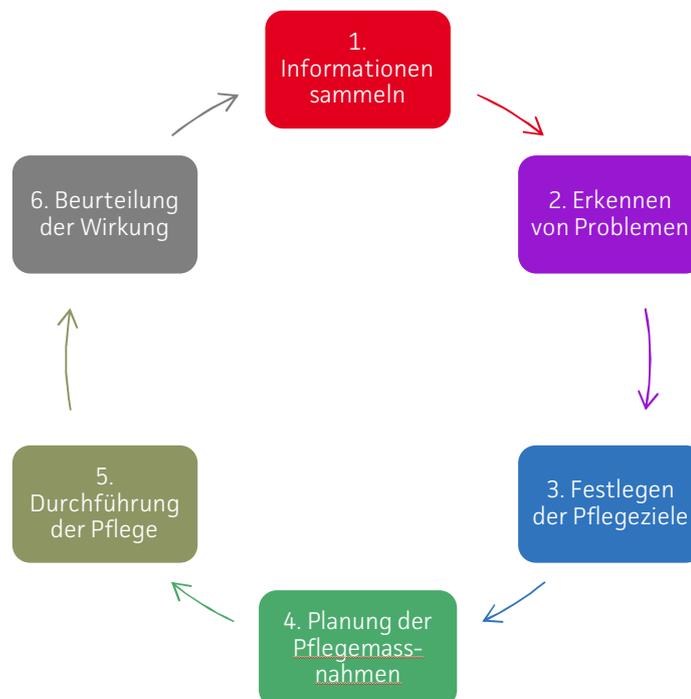


Abbildung: Pflegeprozess nach Fiechter und Meier

▲ Vom Pflegedokumentations- zum Pflegeinformationssystem

Oft beginnt eine mangelnde Dokumentation beim Assessment (Informationssammlung). Das Assessment wird im idealen Fall durch die vorgegebenen Prozesse BEAS/RAIRUG geplant. Die erfassten Informationen fließen nicht zwingend automatisch in das Pflegedokumentationssystem hinein. In der Folge müssen die Informationen doppelt erfasst werden, Informationen gehen verloren und das Assessment in der eigentlichen Pflegedokumentation ist nicht vollständig. Das wiederum hat weittragende Konsequenzen für die weitere Pflegedokumentation. Es sollte gemeinsam definiert werden, welche Instrumente für welche Aspekte im Pflegeprozess und somit zur Pflegedokumentation genutzt werden, damit die bereits ersten gewonnenen Informationen durch doppeltes Dokumentieren nicht verloren gehen. Aber nicht nur der Ort der Dokumentation auch das «Wer» ist hier miteinzubeziehen. Nicht nur die Pflege muss Informationen für die weitere Planung einholen, auch die Ärzte und andere am Behandlungsprozess beteiligten Fachpersonen holen Informationen ein.

Bei der anschliessenden Planung sind idealerweise individuelle Pflegediagnosen mit präzisen Pflegemassnahmen und überprüfbaren Zielen zu formulieren. Sind die Ziele präzise formuliert, unterstützt dies die Mitarbeitenden die geplanten Pflegemassnahmen gezielter umzusetzen. Der Zeitpunkt der Evaluation ist eindeutig zu terminieren, um die Wirkung zu prüfen und ggf. die Pflegeziele und Pflegemassnahmen neu auszurichten, damit Veränderungen im Pflegebedarf frühzeitig erkannt werden können. Die Pflegedokumentation wird dadurch kontinuierlich und zielgerichtet geführt und überprüft und unterstützt die Pflegedokumentation qualitativ sicherzustellen.

Der Evaluation der einst erfassten Pflegediagnosen und daraus resultierenden Pflegezielen und Pflegemassnahmen wird aber oft zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Evaluation der Pflegeziele und damit verbundenen Pflegemassnahmen sollten kontinuierlich terminiert und überprüft werden. Eine geplante Evaluation im Zusammenhang mit der BESA/RAI Einstufung alle sechs bis neun Monate reicht nicht aus. Eine kontinuierliche Evaluation der definierten Ziele und Massnahmen hilft dabei, schleichende Veränderungen zu erkennen, so dass die Pflegeplanung angepasst und höhere pflegerische Leistungen nachweislich aufgezeigt werden können. Diese Mehrleistungen haben unter Umständen einen Einfluss auf die Einstufung, was wiederum einen Einfluss auf den Stellenplan der Pflege mit sich bringen kann.

Durch die kontinuierliche Evaluation wird gleichzeitig die möglichst lückenlose Nachweisbarkeit der erbachten Leistungen gestärkt. Hau-Ruck Aktionen, weil während der Beobachtungsphase die BESA/RAI-Verantwortlichen feststellen, dass zu wenig bis keine aussagekräftigen Pflegeberichte zu Verfügung stehen, werden reduziert, was wiederum eine Entlastung der administrativen Tätigkeit während der Beobachtungsphase zur Wiedereinstufung zur Folge hat.

Weitere Einflüsse

Oft ist die fehlende Zeit eine der grössten Herausforderungen der Pflegedokumentation. Die SHURP Studie 2018 hat aufgezeigt, dass 40% der Pflegefachpersonen angeben nicht genügend dokumentieren zu können. Die Studie zeigt zudem auf, dass bei Zeitmangel am meisten bei der Pflegedokumentation rationiert wird. Hier sind die Institutionen gefordert, dass die Zeit für die Pflegedokumentation bei der Tagesplanung und der Dienstgestaltung mitberücksichtigt werden muss. Wie können die Zeitfenster im Alltag besser genutzt werden (mobile Dokumentation) und wie kann die Organisation z.B. mit Überlappung von Diensten, dazu beitragen, dass Zeitfenster zur Dokumentation gegeben sind.

Pflegende übernehmen oft administrative Tätigkeiten von Ärzten. Auch die ärztliche Verantwortung in der Dokumentation ist einzufordern. Ärzte sollten in das Pflegedokumentationssystem integriert werden, so dass administrative Aufgaben der Ärzte am Ende des Tages

▲ Vom Pflegedokumentations- zum Pflegeinformationssystem

nicht der Pflege delegiert werden und dadurch den administrativen Teil der Pflege zusätzlich erhöht und belastet. Gemeinsam kann jeder seinen Beitrag leisten und somit die administrative Tätigkeit interprofessionell verteilen.

Sprache und Fachbegriffe

Nicht alle Pflegekräfte sind mit der deutschen Muttersprache aufgewachsen, was dazu führen kann, dass es den betroffenen schwerer fällt, effizient einen Pflegebericht zu verfassen. Aber nicht nur die Sprache an sich, auch die Verwendung der Fachsprache ist für viele Pflegepersonen, auch mit deutscher Muttersprache, eine Herausforderung. Hier kann ein definierter Katalog der zu verwendenden Begrifflichkeiten und Fachsprache Unterstützung bieten. Diese Unterstützung geht über die sprachlichen Kenntnisse hinweg und gibt dem gesamten Pflegeteam eine gewisse Sicherheit bei der Verfassung von Pflegeberichten. Gleichzeitig kann die Fachsprache die Qualität in den Pflegeberichten mitunterstützen.

Informationsweitergabe

Durch die dokumenten-gestützten Schichtübergabe kann der Informationsfluss in der Pflege verbessert werden. Die Rede ist vom Einlesen bei Schichtbeginn. Informationen gehen weniger verloren, jede Pflegeperson kann nachvollziehen, welche Informationen für den Alltag relevant sind und somit eine qualitativ inhaltliche gute Pflegedokumentation mitprägen.

Wie kann die Effizienz langfristig gesteigert werden?

- Der Umfang der erhobenen Informationen und Dokumentation ist an die individuelle Situation angepasst z.B. Aufenthaltsdauer, Pflegeaufwand.
- Kontinuierliche Pflegedokumentation sicherstellen. Regelmässige Überprüfung der Pflegeziele und Anpassung der Pflegemassnahmen.
- Definieren Wer, wann, wie, was dokumentiert, dadurch Doppelspurigkeit vermeiden und Interprofessionelle Synergien nutzen. Alle Berufsgruppen miteinbinden (Arzt, Pflegehilfen etc.)
- Mobilität nutzen und im Alltag leben. Was kann mobil dokumentiert werden, was stationär?
- Präzise und überprüfbare Pflegeziele und Pflegemassnahmen formulieren
- Eintragungen zu Tätigkeitsnachweise sind einmal zu finden z.B. standardisierte Pflegeplanung, Schmerzprotokoll etc. Doppelspurigkeit mit dem Verlaufsbericht sind zu vermeiden.
- Einheitliches Glossar und Fachsprache definieren und umsetzen
- Einlesen bei Schichtbeginn einführen, dadurch Routineeinträge mit wenig Aussagekraft reduzieren
- Zeit für die Dokumentation bei der Dienstplanung mitberücksichtigen z.B. Überlappung von Dienstzeiten

3.2. Use Case : Effizientes Dokumentieren

Generell gilt bezüglich Dokumentation:

- Zeitnahe Dokumentation.
- Möglichst nahe am Ort des Geschehens: Dies erfordert einen niederschweligen Zugang zu Dokumentationswerkzeugen (Dokumentations-/ Informationssystem, mobile Arbeitsplätze).
- Medienbrüche vermeiden (Besser: Dokumentation direkt im System; Schlechter: zuerst Dokumentation auf Papier, danach Übertragung in System).
- Dokumentationsinhalte abstimmen mit Nutzen (welche Informationen werden tatsächlich gebraucht? Unwesentliche Dokumentation erkennen und weglassen).
- Interdisziplinäre Dokumentation über alle Berufsgruppen (Gesamtüberblick), jedoch selektierbar pro Berufsgruppe (Spezifika pro Berufsgruppe).
- Dokumentation durch gut geschultes und mit den Werkzeugen vertrautes Personal.

Die nachfolgenden Kapitel beschreiben kurz die Lösungsansätze der am Anlass teilnehmenden Lösungsanbieter hinsichtlich der Fragestellungen

- Reduktion Zeitbedarf der Dokumentation und gleichzeitig Steigerung der Qualität der Dokumentation
- Unterstützung Interdisziplinäre Rapporte: Informationsgewinnung und Dokumentation
- Schneller und einfacher Zugang zu wesentlichen Informationen im Tagesverlauf

In den nachfolgenden Darstellungen sind sowohl Namen wie auch Fotos von fiktiven Personen und lassen keine Rückschlüsse auf konkrete Fälle zu.

3.2.1. Lösungsansatz BESA QSys | BESAdoc



In BESAdoc können durchgeführte pflegerische Massnahmen und medizinische Verrichtungen validiert und die Abweichungen, Zustandsveränderungen und Wirkung direkt erfasst werden.

Wichtige Funktionalitäten wie beispielsweise das Sturzprotokoll sind mit dem Pflegebericht verknüpft. Alle Einträge werden somit automatisch an einem zentralen Ort angezeigt.

Datum	Zeit	Bewohner	Kategorie	Ereignis	IO
09.03.23	09:00	Berger Daniel	Vitalzeichen und Massnahmen	Blutdruck messen 130 - 90 - Rechts - Manuell	09.03.2023 mag
09.03.23	09:00	Berger Daniel	Vitalzeichen und Massnahmen	Puls messen 80 - Regelmässig - Normal / Gut spürbar - Nicht festgelegt	09.03.2023 mag
09.03.23	08:00	Berger Daniel	Validierte Verrichtungen mit Kommentar	FENTANYL Helvepharm TTS Matrixpfl 12 mcg/h / Transdermales Pflaster - 1 Pfl auf dem Rücken aufgeklebt	09.03.2023 mag
09.03.23	07:00	Berger Daniel	Validierte Pflegemassnahmen mit Kommentar	Bewegung 1033. Transfer inkl Bereitstellen von Hilfsmitteln Transfer musste zu zweit durchgeführt werden wegen schlechtem AZ	09.03.2023 mag

Dort können die gewünschten Informationen von den verschiedenen Berufsgruppen anhand verschiedener Kategorien und Kriterien gezielt gefiltert und abgerufen werden. Ausserdem können Einträge als wichtig markiert und so noch schneller sichtbar gemacht werden.

Suchen

Pflegestation

Gruppeneinschränkung

Kategorien*

- Alles anwählen/abwählen
- Aktivitätsbewertungen
- Diäten
- Gespräche
- Reservemedikamente
- Validierte Verrichtungen mit Kommentar
- Vitalzeichen und Massnahmen

Datum vom

Bewohner

Thema/Pflegeswerpunkt

- Arztvisite
- Evaluation
- Impfungen
- Spitaleinweisung
- Verhaltensberichte
- Zielorientierte Mitteilungen

Bis am

Wichtig

Ansicht der abgebrochenen Verläufe

- Beobachtung der Wunden
- Fragen an den Arzt
- Lebensprojekt
- Stürze
- Verlaufsnotiz
- Zurück aus Spital

Diagnose

- Diagnose
- Freiheitseinschränkende Massnahmen
- Patientenverfügung
- Validierte Pflegemassnahmen mit Kommentar
- Verordnung

IO Filtern

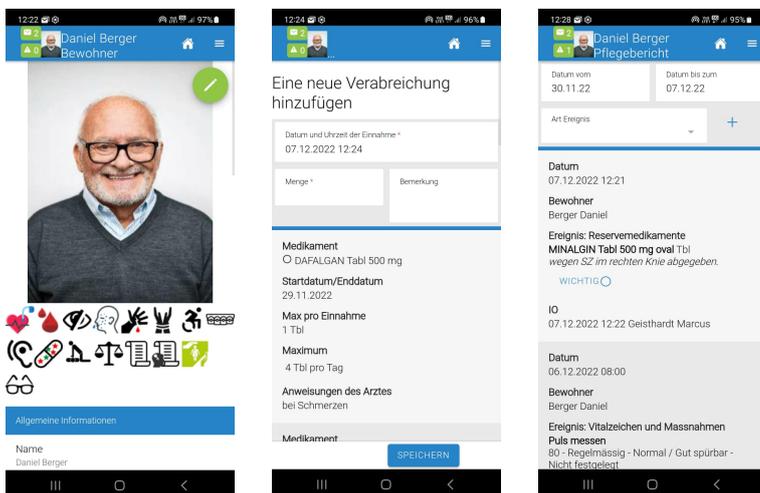
Integrierte Verlaufsberichte für Therapeuten und Ärzte ermöglichen eine transparente interdisziplinäre Informationsgewinnung.

➕ Neuer Verlauf

Filter anzeigen

Datum	Zeit	Bewohner	Art	Dauer (Min)	Verlauf	IO
21.06.22	16:30	Rickenbacher Hannah	Logopädie	45	gezielte Intervention nach idiografischem Therapieplan	22.06.2022 Weber Jonathan
21.06.22	16:30	Häberli Christian	Physiotherapie	30	Gleichgewichtstraining in Stand und beim Gehen.	22.06.2022 KLOPFENSTEIN Caroline

Die Erfassung der Daten ist mobil oder ortsgebunden möglich. Die erfassten Daten sind sofort für alle Benutzer/-innen sichtbar und müssen nicht manuell synchronisiert werden. Für eine noch bessere Nutzung auf mobilen Geräten als durch die webbasierte Technologie sowieso möglich, ist optional eine mobile Applikation für Tablets und Smartphones erhältlich.

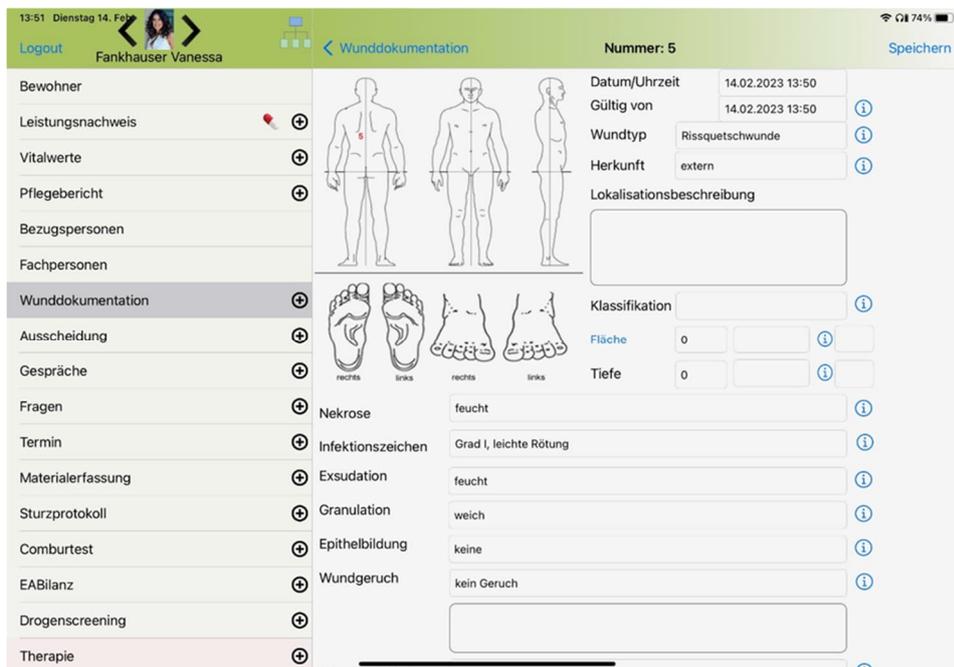


3.2.2. Lösungsansatz Nexus | easyDOK

nexus | schweiz

Dank easyDOK Mobil können Pflegemitarbeiter vor Ort beim Bewohner effektiv dokumentieren, sowohl schriftlich wie mündlich und auch offline. So müssen wichtige Beobachtungen nicht später nachgetragen werden und bei einem Infrastrukturausfall erübrigen sich Papierbackups. Durch die unmittelbare Dokumentation vor Ort gewinnt das Pflegepersonal Zeit am Bewohner und es verbessert sich die Qualität der Pflege und der Pflegedokumentation.

Mit easyFLOW werden Pflegemitarbeiter dabei unterstützt, definierte Arbeitsprozesse einzuhalten oder nötige Wirkungsüberprüfungen durchzuführen und zu dokumentieren. Das System erinnert sie an die noch durchzuführenden Aufgaben.



Wunddokumentation: Die Fläche der Wunde mittels Kamera eines mobilen Gerätes ermitteln.



Automatische Reiter setzen bei Medikationsänderungen, Vitalwerteüberschreitung, Stürzen, etc.

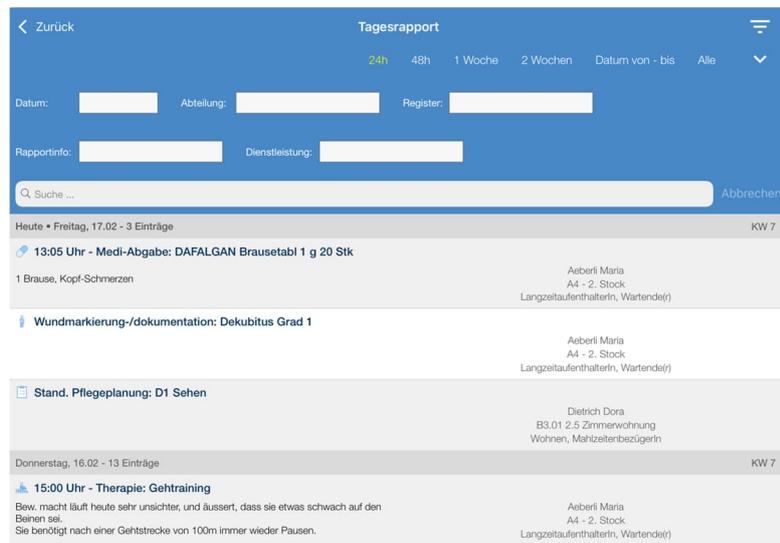
3.2.3. Lösungsansatz Lobos | Lobos4



Der **Pflegemanager** unterstützt Sie bei der Planung, Dokumentation und Qualitätssicherung in den Bereichen Medizin, Behandlung, Pflege und Kommunikation. Als Teil von Lobos4 ist er mit den anderen Softwareteilen vernetzt, sodass die Heimverwaltung und der Pflegedienst reibungslos zusammenarbeiten. In der Grundmaske werden wichtige Informationen wie Allergien, Hauptdiagnosen, Stürze, Beobachtungsphasen und so weiter zur raschen Übersicht mittels Symbole dargestellt. Die Pflegeplanung basiert auf dem eingesetzten Erhebungsinstrument (BESA oder RAI). In der individuellen Pflegeplanung unterstützt sie die vordefinierte Struktur, Probleme und Ziele zu erfassen sowie Massnahmen abzubilden. Zusätzlich lässt sich eine standardisierte Pflegeplanung erstellen. Im gesamten Pflegemanager können die einzelnen Einträge zur Information an die nächste Schicht oder als Information zum Beispiel für die Pflegedienstleitenden farblich gekennzeichnet werden.

Informationsgewinnung:

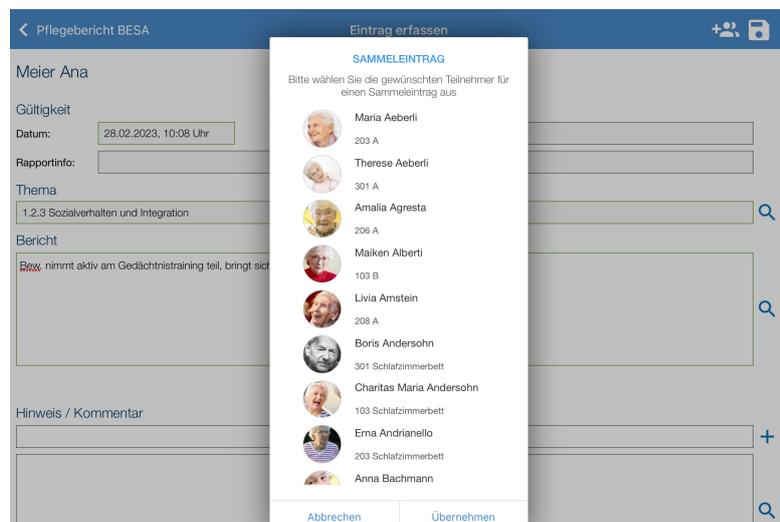
- Rasches Einlesen bei Schichtantritt
- Übersicht über Todo's und letzte Einträge pro Bewohner und Bewohnerin, Abteilung usw.
- Viele Filtermöglichkeiten und Volltextsuche
- Mobile Geräte entlasten knappe, geteilte Arbeitsplätze



Tagesrapport für eine schnelle Informationsbeschaffung (Mobile)

Reduktion Zeitbedarf:

- Erfassung am Entstehungsort (Mobile)
- Workflow-Funktion
- Konfigurierbare Textbausteine
- Vordefinierbare Themen
- Hinweise zur Schichtübergabe
- Sammeleinträge



Sammeleintrag für effizientes Dokumentieren (Mobile)

3.2.4. Lösungsansatz topCare | careCoach

Abweichungsmethode – zeitsparend und effektiv: Mehr Zeit für wichtige Berichte und ein schneller Überblick über die Veränderungen.

- Strukturiert und themenspezifisch dokumentieren - passend zum Pflegebedarfsinstrument RAI NH, interRAI LTCF, BESA, Plaisir.
- Beobachtungsmodul: Konfigurierbare Vorlagen für die Beobachtungsphase.
- Berichtseingabe direkt bei der Ausführung von Pflegeleistungen, Medikation, Vitalzeichen, usw. für einen nachvollziehbaren Verlauf.

Zeitnah dokumentieren, dort wo es gerade geschieht - durch die mobile Eingabe auf dem Smartphone.

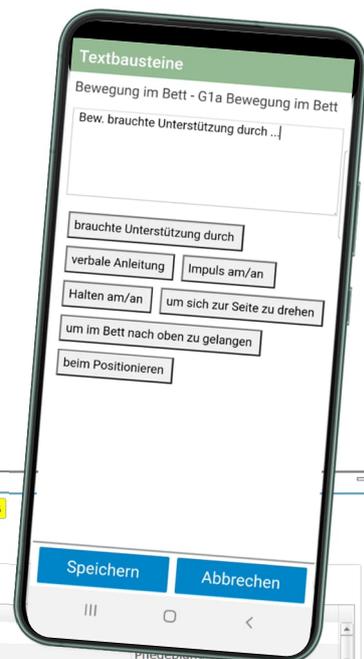
- Intuitive Eingabe, unterstützt durch Textbausteine oder Spracheingabe.
- Integrierte Fotofunktion für Wunddoku, Dokumente, Bewohnerfotos, etc.

Interdisziplinäre Dokumentation

- Login für alle gewünschten Fachbereiche, eingrenzbar auf betreute Bewohnende.
- Rapport über alle Fachbereiche mit farblicher Kennzeichnung oder Kategorie.
- Module Arztverordnungen, Arztfragen, Berichtsformulare für Therapeuten, usw.

Überblick im Tagesverlauf über alle Informationen und Fachbereiche

- Rapport (Gesamtpflegebericht) im zeitlichen Verlauf, filter- und durchsuchbar.
- Dashboard mit wichtigen Informationen, anstehenden Aufgaben, Terminen, usw.



Seidel* Rita
 Eintrittsdatum: 11.09.2017 Gruppe: Abteilung 1 : 101 Pflegestufe: RA19-I/SSA Geburtsdatum: 12.03.1935

Anstehende Ereignisse (12.03.2023 bis 11.04.2023)

Datum	Ereignis	Person
12.03.2023	88 Jahre	Seidel* Rita
14.03.2023	Evaluation: Beeinträchtigte körperliche Mobilität (00085)	Seidel* Rita
16.03.2023 15:00	Aktivierungstherapie	Seidel* Rita
20.03.2023 14:00	Psychotherapie	Seidel* Rita
23.03.2023 15:00	Aktivierungstherapie	Seidel* Rita

RAI-NH Signifikante Statusveränderung (Aktiv)
 10.03 bis 16.03

Kategorie	Status	Anzahl
B3 Orientierungsfähigkeit	🟡	1 von 3
C4 Verständigung inhaltlich	🟢	1 von 3
E1a Sinnfragen/Sterbewunsch	🟢	1 von 1
E1k Schlafverhalten verändert	🔴	0 von 7
G1a Bewegung im Bett	🟡	2 von 3
G1j Persönliche Hygiene	🟢	3 von 3
J2aa Schmerzhäufigkeit	🟢	1 von 7
K1b Schluckschwierigkeiten	🟢	1 von 0
M Zustand der Haut	🟢	0 von 0
P2d Interventionen für Stimmung/Verhalten/Kognition	🔴	0 von 1

Beobachtungen Rapport

Da	Modul	Bericht z	Bericht	Gez	Zeit
10.0	Pflegeel	Ganzkör	Bew. wurde heute im Bett gr	mp	07
10.0	Pflegeel	Verständ	Dew. kann immer wieder kla	mp	14
10.0	Pflegeel	Bewegur	Zum Hochrutschen im Bett r	mp	22
11.0	Pflegeel	Ganzkör	PP konnte Bew waschen und mp	mp	08
11.0	Pflegeel	Schmerz	Äussert keine Schmerzen be mp	mp	08
11.0	Pflegeel	Schlucks	Bew. verschluckt sich beim T	mp	08
11.0	Pflegeel	Orientier	Bew. erkennt ihre jetztige Si	mp	09
11.0	Pflegeel	Bewegur	Bew. wird von 2 PP in die Mii	mp	21
12.0	Pflegeel	Ganzkör	Bew. wurde von Kopf bis Fus	mp	07
12.0	Pflegeel	Sinnfrag	Bew. äusserte, keinen Leben	mp	08

MQI Polymedikation 9 (Ausserhalb Norm)
MQI Mangelernähr 1 (Innerhalb Norm)

Fällige Wirkungsberichte
 Medikament: Dafalgan Filmtabl 1 12.03.2023 07:22

Arztfragen 2 (offene Arztfragen)

3.3. Use Case : Service-Integration

Die nachfolgenden Kapitel beschreiben kurz die Lösungsansätze der am Anlass teilnehmenden Lösungsanbieter hinsichtlich der Fragestellungen

- Bestell- und Auftragswesen (medizinisch und sonstige)
- Bewohner-Terminplan
- Kommunikation mit Angehörigen

In den nachfolgenden Darstellungen sind sowohl Namen wie auch Fotos von fiktiven Personen und lassen keine Rückschlüsse auf konkrete Fälle zu.

3.3.1. Lösungsansatz BESA QSys | BESAdoc

Bestell- und Auftragswesen

Medikamente und benötigtes Material können anhand der im System integrierten hospINDEX Datenbank einfach und speditiv erfasst und elektronisch bestellt werden. Die Datenbank wird im Hintergrund automatisch alle zwei Wochen aktualisiert.

Medikamente können entweder bewohner- oder heimbezogen bestellt werden.

Medikament hinzufügen
Abbrechen Nicht verordnetes Medikament

Behandelnder Arzt

Medikament	Von	Bis	PLANUNG	ZEITEN	EIGENSCHAFTEN	Verschreibender Arzt
ASPIRIN CARDIO Filmtabl 300 mg	04.01.2023 07:00		🕒 🕒	🕒 w fr 1.0	Menge : 0.0Tbl	GROSSEN Karl
Artikel	Preis	EAN-Code	Pharmacode	Menge		
<input checked="" type="checkbox"/> ASPIRIN CARDIO Filmtabl 300 mg 90 Stk	16.15	7680517950673	1901722	1		

Um Materialbestellungen einfacher erfassen zu können wird vorgängig eine übersichtlichere heiminterne Materialliste erstellt.

Materialbestellungen
Neue Bestellung

Filter anzeigen

Datum	Katalog	Bestellung	Status	Verantwortlicher	Ort	Kommentar	IQ
09.03.2023	Verbandsmaterial	- DERMPLAST Telfa Kompressen 5x7.5cm 15 Stk (8)	Bestellt	Müller Martin	1. Stock		09.03.2023 mag
09.03.2023	Inkontinenzmaterial	- TENA Comfort Extra 40 Stk (10)	Bestellt	Müller Martin	1. Stock		09.03.2023 mag

Anhand der im System hinterlegten BAG-Mittel und Gegenständeliste kann eine heiminterne MiGeL-Materialliste erstellt werden.

Materialliste

Filter anzeigen

Verwendet	Bestand	Name	Herkunft / Art	Typ des Vetrgs/Katalogs	Menge	Preis	Referenz	MiGeL-Code	Pharmacode
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3M TEGADERM ABSORB Wundverband 11.1x12.7cm 10 Stk	HospIndex/MiGeL	Verkauf/Pflegematerial Fakturierung nach Bestellungen	10.0	Kauf: 0.00 Fr. Verkauf: Preis nicht festgelegt Maximum: 105.50 Fr.	707387808433	35.05.02.03.1	7835043
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3M TEGADERM ALGINAT Komresse 5x5cm 10 Stk	HospIndex/MiGeL	Verkauf Fakturierung nach Bestellungen	10.0	Kauf: 0.00 Fr. Verkauf: 1.99 Fr. Maximum: 34.00 Fr.	4054596862074	35.05.06.01.1	7808118

Der Verbrauch wird anschliessend direkt pro Bewohner erfasst. Das erfasste Material kann direkt via Schnittstelle an die Heim-Administrationssoftware zur Fakturierung übertragen werden.

Monatliche Erhebung: März 2023 - Berger Daniel
Zurück BAG-Liste der Mittel

Hinzufügen

Artikel	Artikelmenge	Artikel-Einheit	Validierte Menge	Zu verrechnende Menge
3M TEGADERM ABSORB Wundverband 11.1x12.7cm 10 S	10.0		(1 Stück) 4	(1 Stück) 4
AQUACEL (PI-APS) Extra Hydro Verb 10x10cm 10 Stk *	10.0		(1 Stück) 8	(1 Stück) 8

Bewohner-Terminplan

In der Bewohneragenda können von den verschiedenen Berufsgruppen Termine, Absenzen oder Überwachungen erfasst und verwaltet werden. Wichtige Funktionalitäten wie beispielsweise das Verordnungsblatt und die Pflegeplanung sind mit der Bewohneragenda verknüpft. Einträge können dadurch noch einfacher sichtbar gemacht werden.

Bewohneragenda							
Filter anzeigen							
6. - 12. März 2023							
Mo 6.3 Di 7.3 Mi 8.3 Do 9.3 Fr 10.3 Sa 11.3 So 12.3							
Ganztätig							
07:00		07:30		08:00		08:30	
Medizinische Verr Blutentnahme		Pflegemaßnahme - Körperpflege/Bekleidung		Medizinische Verr Blutdruck messen		Medizinische Verr Blutdruck messen	
BERGER Daniel		LIEBER Heidi		LIEBER Heidi		LIEBER Heidi	
09:00		09:30		10:00		10:30	
Medizinische Verrichtung - Puls messen		Medizinische Verrichtung - Blutdruck messen		Termin - Logopädie		Termin - Logopädie	
BERGER Daniel		LIEBER Heidi		LOPEZ Leandro		LOPEZ Leandro	

In einem separaten Therapieplan können jederzeit nur die Therapien abgerufen werden. Dieser kann auf Wunsch in verschiedenen Formaten exportiert und abgegeben werden.

PHYSIOTHERAPIE

KLOPFENSTEIN Caroline

Herr: **Berger Daniel**
1. Stock/101

Hat einen Termin am:

- Dienstag: **14.03.2023 14:00**
- Dienstag: **21.03.2023 14:00**
- Dienstag: **28.03.2023 14:00**
- Dienstag: **04.04.2023 14:00**
- Dienstag: **11.04.2023 14:00**
- Dienstag: **18.04.2023 14:00**

Ort: **Therapieraum 1**

Kommunikation mit den Angehörigen

Angehörigengespräche können direkt in der Bewohneragenda terminiert werden. Zur Dokumentation steht den verschiedenen Berufsgruppen ein Gesprächsprotokoll zur Verfügung.

Gesprächsverlauf						
Filter anzeigen						
Datum des Gesprächs	Bewohner	Gesprächsart	Modalität	Dokument(e)	Text	Gesprächspartner
09.03.23 16:00	Berger Daniel	Angehörigengespräch (Familie etc.)			Besuchswochenende bei Tochter besprochen: Sie holt ihren Vater am Freitag, 10.03. um 17:00 Uhr ab und würde ihn am Sonntag 12.03. um 17:00 Uhr wieder zurückbringen.	<ul style="list-style-type: none"> • Berger Daniel • KAUFFMANN • Martha • Müller Martin
						09.03.2023 mag

3.3.2. Lösungsansatz Nexus | easyDOK

nexus | *schweiz*

Durch die **Tagesterminplanung** ist für das Pflgeteam klar ersichtlich, wann jeder Bewohner einen Termin hat, sodass kein Termin vergessen wird und eine reibungslose Organisation gewährleistet ist.

- Arztvisiten
- Coiffeur/Podologie
- Physiotherapie
- Angehörigenbesuche und -gespräche
- inkl. Planung von Begleitperson und/oder Ressource (Fahrzeug, Hilfsmittel)

Medikamentenbestellung

Kommunikation ist möglich via Report-Email bis zu strukturierten Datenaustausch eMedication (FHIR).

NEXUS - Schweiz AG
Kantonstrasse 3
6246 Altishofen
+41 62 777 77 10

Medikamentenbestellung mit Pharmacode

Apotheke Sursee Spitalstrasse 16 6210 Sursee	Lieferant	Apotheke Sursee
	Status	Geliefert
	Bestelldatum	01.03.2023
	Visum	SYSTEM
	An Apotheke E-Mail	
	Lieferung an	Alterszentrum 1

Station 1

Medikament	Menge	Pharmacode	GTIN
MOVICOL Plv Btl 100 Stk <small>Fankhauser, Vanessa, 02.09.1966 (56)</small>	1	 2516185	7680538690411
MADOPAR Kaps 125 mg 100 Stk <small>Kohl, Siegfried, 11.01.1951 (72)</small>	1	 0632622	7680380960366
FENTANYL Sandoz MAT Matrixpfl 25 mcg/h 5 Stk <small>Fankhauser, Vanessa, 02.09.1966 (56)</small>	2	 3457444	7680579970060

Kommunikation mit Angehörigen:

Über die im Basismodul integrierte Angehörigen-Anamnese und Fragen können verschiedene Themen zwischen Angehörigen und Pflegepersonal besprochen und dokumentiert werden.

In der Zukunft wird es möglich sein, Angehörigen Einblick in die Dokumentation zu geben.

3.3.3. Lösungsansatz Lobos | Lobos4

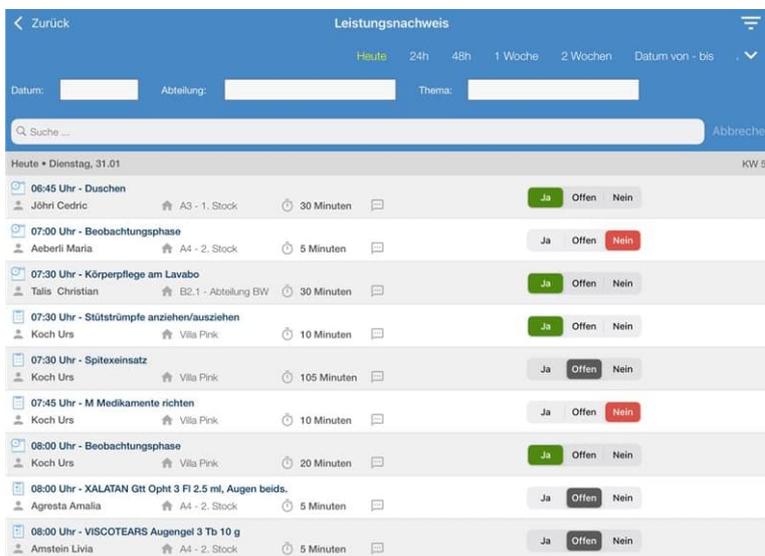


Lobos4-Module für weitere Dienste

- Mahlzeitenbestellsystem mobile / Mahlzeitendienst extern
- Gastro Kassensystem mit Verbindung zu den Bewohnenden und Mitarbeitenden
- Tages-/Nachtstrukturen
- Kita-Administration
- Ticket-System für den Technischen Dienst

Bewohner-Terminplan

- Grafische Agenda mit der Termin-/Ressourcenverwaltung
- Leistungsnachweis bewohnerbezogen



Leistungsnachweis, Todo's (Mobile)

Kommunikation mit Angehörigen:

- CRM-Möglichkeiten für Post- und Mailversand
- Planung und Dokumentation von Angehörigen-Gespräche
- Empfangsbildschirm mit Touchscreen-Funktionalitäten für Zimmerliste, Menüplan, Fahrplan öffentlicher Verkehr und weitere Möglichkeiten



Empfangsbildschirm mit Touchscreen-Funktionalitäten im Empfangsbereich

3.3.4. Lösungsansatz topCare | careCoach

Bestell- und Auftragswesen

- Medikamenten-Bestellung direkt während des Richtprozesses
- Medikamenten Schnittstellen für Blisterbestellung
- Menüwahlssystem
- Interne Bestellung von Material, Lebensmitteln, etc. (konfigurierbar, mit Abrechnungs-Schnittstelle)

The screenshot shows the 'Bestellungsmodul' (Ordering Module) interface. It features a table of medication orders with columns for patient name, category, medication name, quantity, and status. A smartphone overlay shows a menu selection screen with options for breakfast, lunch, and dinner, including items like 'Frühstück 12.03.2023' and 'Mittagessen 12.03.2023'.

Bewohner-Terminplan

- Einmalige oder wiederkehrende Bewohnertermine, kategorisierbar und mit Zusatzinformationen ergänzbar (inkl. Textbausteinen)
- Termin-Übersicht, welche auch Termine aus anderen Bereichen einbezieht (z.B. Evaluation Pflegeplanung, Geburtstage)
- Termin-Anzeige auch im Dashboard und auf dem Smartphone

Kommunikation mit Angehörigen

- Möglichkeit des Direktzugriffs auf das System für Angehörige
- Konfigurierbares Berichtsformular für Angehörigen-Gespräch
- Pflegebericht mit Kategorien und Textbausteinen für Angehörigen-Informationen

The screenshot shows the 'Angehörigengespräch' (Relative Interview) form. It includes fields for the title, reason for the conversation, and the names of the resident, caregiver, and family member. A text area contains a detailed description of the conversation, mentioning a phone call from Frau Seidel and a discussion about waiting times and care needs. The form also has fields for the date and duration of the conversation.

▲ Vom Pflegedokumentations- zum Pflegeinformationssystem

3.4. Use Case : Medikation

Die nachfolgenden Kapitel beschreiben kurz die Lösungsansätze der am Anlass teilnehmenden Lösungsanbieter hinsichtlich der Fragestellungen

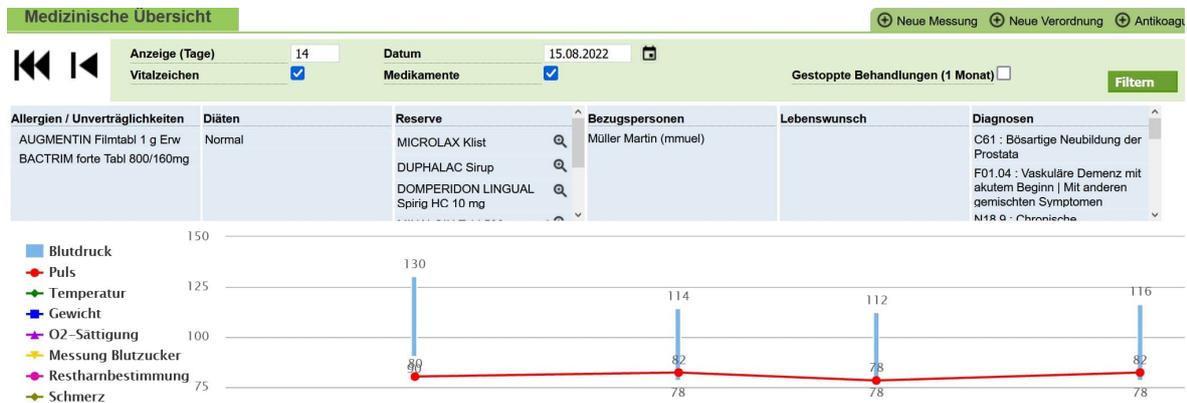
- Verordnung / Richten / Verabreichung - Effizienz und Sicherheit
- Einbindung Ärzteschaften im Prozess, intern oder extern

In den nachfolgenden Darstellungen sind sowohl Namen wie auch Fotos von fiktiven Personen und lassen keine Rückschlüsse auf konkrete Fälle zu.

3.4.1. Lösungsansatz BESA QSys | BESAdoc



BESAdoc unterstützt die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Pflegenden durch die mögliche Einbindung von Ärztinnen/Ärzten und Apotheken. Der Zugriff läuft webbasiert über einen Browser (keine Programminstallation notwendig) und ist wahlweise auch von extern möglich. Alle medizinisch relevanten Daten wie beispielsweise erfasste Vitalzeichen, verabreichte Medikamente oder Verlaufsberichte können direkt abgerufen werden.



Direkter Zugriff auf die Medikation und direkte Erfassung von Verordnungen mit Zugriff auf das Kompendium inkl. Wechselwirkungs-Check.

Frühstück	Mittagessen	Nachessen	Nacht
1.0	0.0	0.0	0.0

Medikamentensicherheit beim Richten und Kontrollieren der Medikamente durch zusätzliche Filterkategorien und Fotos der Tabletten.

	Mo	Mi	Ab	Nt	
ASPIRIN CARDIO Filmtabl 300 mg					CA
DAFALGAN Tabl 500 mg					CA
LISINAPRIL Axapharm Tabl 20 mg					CA

3.4.2. Lösungsansatz Nexus | easyDOK

nexus | schweiz

easyDOK enthält eine Implementierung des Vieraugenprinzips, das für die Qualitätskontrolle transparent dargestellt wird.

Ärzten kann aufgrund unlimitierter Benutzerlizenzen und bedürfnisgerechter Rechteverwaltung ein eigener, sicherer Zugriff auf das System angeboten werden. Dies ermöglicht es den Ärzten, auch ohne eine persönliche Visite vor Ort Verordnungen und Rezepte direkt in easyDOK auszustellen.

Mit der Anbindung des careINDEX stehen alle Medikamenteninformationen in easyDOK zur Verfügung. Lieferformen (zBsp Blister) sind genauso abbildbar wie die verschiedenen Verabreichungsformen und Zeiten (aufbauen/ausschleichen, Tropfen, in Verbindung mit NSS usw.).

The screenshot shows the 'Medikamenten Richtmaske' (Medication Mask) in a weekly view. The main table lists medications and their scheduled times across the week. A detailed view for 'MOVICOL Piv Btl 100 Stk' is shown on the right, including a 'Richtplan' (direction plan) with times and quantities, a 'Verordnung' (prescription) section with a table for daily dosing, and a 'Bestellung' (order) section.

Medikament	MONTAG 13.02.2023	DIENTAG 14.02.2023	MITTEWOCHE 15.02.2023	DONNERSTAG 16.02.2023	FREITAG 17.02.2023	SAMSTAG 18.02.2023	SONNTAG 19.02.2023
MOVICOL Piv Btl 100 Stk	06:00-08:59 1x		06:00-08:59 1x		06:00-08:59 1x		
PENTAMYL Sandoz NAT Mastigfl 25 mg/1,3 5Stk	06:00-08:59 1x			06:00-08:59 1x			06:00-08:59 1x
DIPIPERON Tabl 40 mg 200 Stk	06:00-08:59 1x 17:00-20:59 1x						
POSMAX Wochenabtblen 70 mg 12 Stk				06:00-08:59 1x			

Medikamenten Richtmaske: Wochenansicht, in Verbindung mit Leistungsnachweis

The screenshot shows a table titled 'Medikation' with columns for medication name, date, and time. The entries are:

- DAFALGAN Filmtabl 1 g 16 Stk (SYSTEM, 15.02.2023, 06:00-08:59:00)
- DIPIPERON Tabl 40 mg 200 Stk (SYSTEM, 15.02.2023, 06:00-08:59:00)
- MOVICOL Piv Btl 100 Stk (SYSTEM, 15.02.2023, 06:00-08:59:00)
- DAFALGAN Filmtabl 1 g 16 Stk (SYSTEM, 15.02.2023, 12:00-13:59:00)
- DAFALGAN Filmtabl 1 g 16 Stk (SYSTEM, 15.02.2023, 17:00-20:59:00)
- DIPIPERON Tabl 40 mg 200 Stk (SYSTEM, 15.02.2023, 17:00-20:59:00)

 A tooltip is visible over the last two rows, showing 'Gerichtet - 15.02.23 09:24:50 - SYSTEM' and 'Kontrolliert - 15.02.23 09:25:02 - SYSTEM'.

Tagesansicht im Leistungsnachweis in Verbindung mit Richtstatus.

3.4.3. Lösungsansatz Lobos | Lobos4

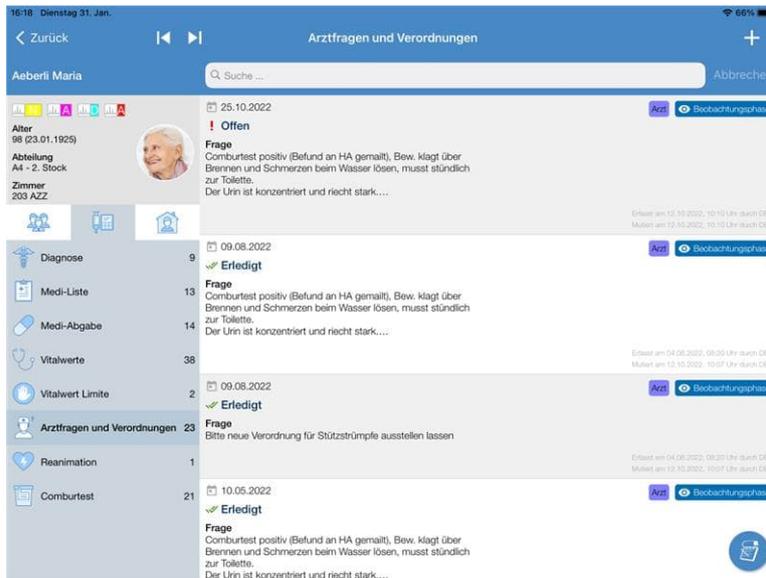


Verordnung/Richten/Verabreichung/Sicherheit

- 4-Augen Prinzip bei Übertragungen
- Übersichtliche Rüst-Listen, Leistungsnachweis, Bestellmöglichkeit

Einbindung Ärzteschaft

- Eigene Ärzte-Logins für Visiten mit Tablets
- Separater Themenbereich für Verordnungen und Arztfragen



Fragen an den Arzt (Mobile)

eMediplan / Documedis

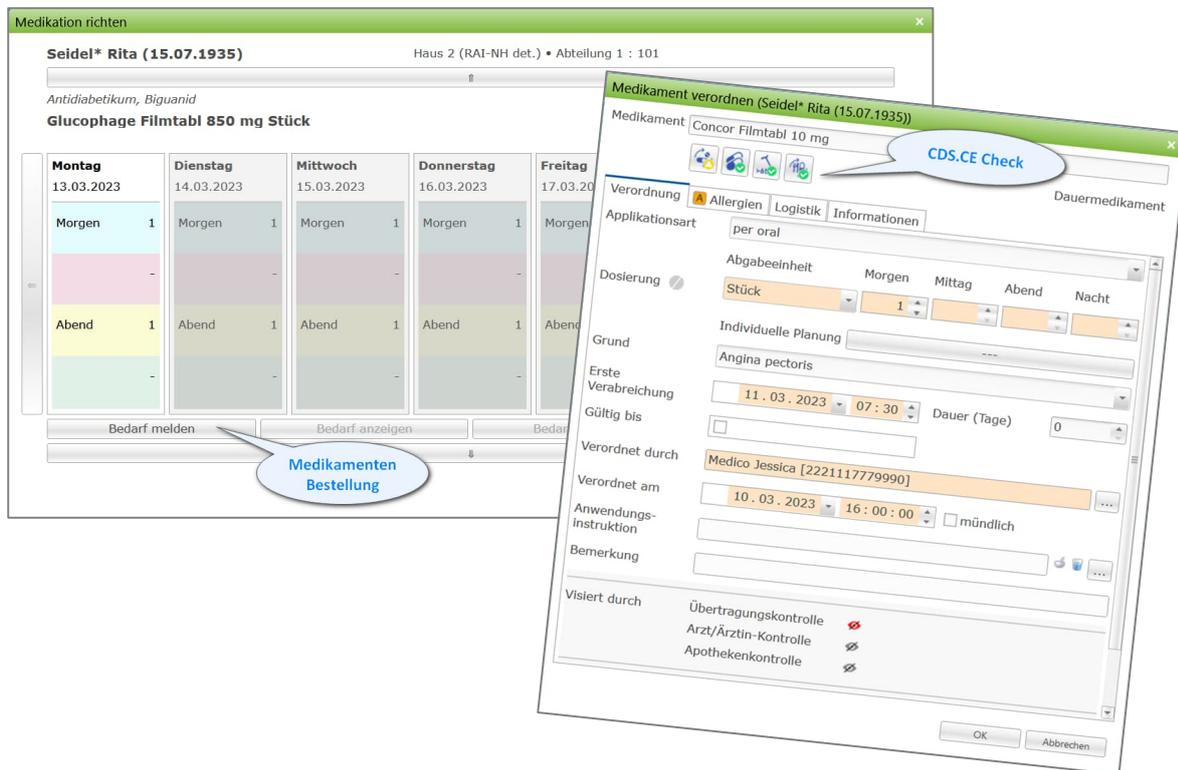
- eMediplan zur Unterstützung von Bewohnenden und Angehörigen sowie zur Förderung der Compliance
- CDS.CE-Checks zur Unterstützung der Pflegenden in Bezug auf Risiken,
- Interaktionen und Doppelmedikationen

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Zur Nacht	Einheit	Art der Medikation	Von bis u. mit	Anleitung	Grund
INSELIN Actrapid HM 100 (Einz. Penall. Insulin normal human)	-	-	-	-	Einheit(en)		17.10.2022	Nachschrit-Schema beachten Vor dem Essen Obereinschlecken s.c., vor dem Essen nicht geglättet Einnahme am Morgen, Mittag, Abend, zur Nacht	Diabetes mellitus II
ASPIREN CARDIO Filmtabl. 100mg Acetylsalicylsäure	1	-	-	-	Tablette	täglich	28.07.2021	geglättet	Nahrungsmittel-Interaktionen

eMediplan

CDS.CE-Checks

3.4.4. Lösungsansatz topCare | careCoach



Medikamente verordnen

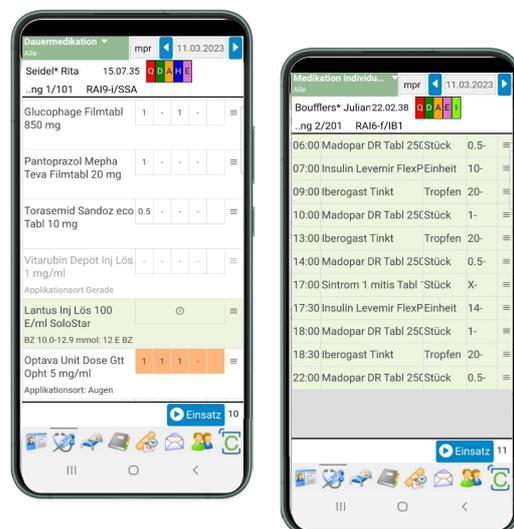
- Suche im Katalog nach Produkt, Wirkstoff, Generika, etc.
- Viele Zusatzinformationen zur Unterstützung (Allergien, Fachinformation aus dem Compendium, Abgabekategorie, Rückerstattung, blisterbar, etc.)
- CDS.CE Check (Interaktionen, Doppelmedikation und weitere)
- Visierungsmöglichkeiten durch 2. Fachperson, Arzt/Ärztin, Apotheke

Medikamente richten

- Konfigurierbare Richttabellen für Wochendosett, zusätzlich Richten etc.
- Grafisch unterstützte Richtansicht inkl. Bedarfsmeldung für Bestellung

Medikamente verabreichen

- Diverse Ansichten auch auf dem mobilen Gerät: Dauer-/Reservemedikation filterbar nach Tageszeit, individuelle Uhrzeiten, Richttabellen, etc.
- Reservemedikation mit Wirkungsbericht inkl. Evaluation.



▲ Vom Pflegedokumentations- zum Pflegeinformationssystem

eMediplan

- Schweizerischer Medikationsplan mit 2D-Barcode, welcher die ganze Information strukturiert enthält.
- Kann von Apotheken, Arztpraxen und Spitälern im jeweiligen System eingelesen werden.



eRezept (Pilotprojekt im Jahr 2023)

- Erstellung eines digital signierten eRezeptes direkt aus dem System mit direktem Versand an die Apotheke (via HIN 2-Faktor Authentifizierung).

eMediplan
Der Schweizer Medikationsplan

Emma Bovary*
16.11.1940 (W)
Sonnenpark 1, 5490 Kleinstalden / 043 999 00 00
Körpergröße / Gewicht: 165 cm / 54,5 kg
Unbekannt

erstellt von : zztocare

Letzter Stand: 20.10.2022 11:16

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	zur Nacht	Einheit	Art der Medikation	Von bis u. mit	Anleitung	Grund	Verordnet durch
ASS CARDIO Acetapharm Filmtabl 100 mg Acetylsalicylsäure	1	-	-	-	Stück	täglich	24.03.2022		Herzrhythmusstörungen	222111779900
CALCIMAGON D3 Kautabl 500/800 Zifone Calcium bisphosphonate, Cholecalciferol (Vitamin D3)	1	-	-	-	Stück	täglich	15.09.2021			000333221110
CONCOR Filmtabl 5 mg Bisoprolol fumarat	1	-	-	-	Stück	täglich	24.03.2022		Herzinsuffizienz	222111779900
DIGOXIN Juvisee Tabl 0.125 mg Digoxin	23.03.2022 Mo & Di & Mi & Do & Fr: 1 Stück (07:30)									
METFORMIN Mepha Filmtabl 500 mg Nifedipinhydrochlorid	1	-	1	-	Stück	täglich				
TORASEMID Sandoz eco Tabl 10 mg Torasemid	1	-	-	-	Stück	täglich				

eRezept 20.10.2022

Das ist ein elektronisches Rezept. Die verbindlichen Daten sind einzig im QR-Code enthalten. Um das Rezept auf die Gültigkeit zu prüfen und einlösen zu können, muss zwingend der QR-Code gescannt werden.

Patient
Emma Bovary*, 16.11.1940, weiblich
Sonnenpark 1, 5490 Kleinstalden
T: 043 999 00 00

Ersteller Apotheke
Martine Muster (HIN/mammu) - HIN Signatur
Versendet an:
Amavita Apotheke Bahnhof Bern
Christoffelunterführung
3011 Bern
GLN: 7601001378483

1 Packung Blister 30 Stk ASS CARDIO Acetapharm Filmtabl 100 mg; Gültig bis 20.10.2023 / Wiederholbar während 12 Monat(e) 1-0-0-0 Stück

1 Packung Blister 12 Stk ALENDRON D3-Mepha Wochentabl 70/2800; Gültig bis 20.10.2023 / Wiederholbar während 12 Monat(e) Ab 03.08.2020: Jede Woche, am Montag 1 Stück (08:00)

«MQI Polymedikation» pro Bewohner oder als Überblick über die ganze Abteilung/Betrieb

Hauskatalog mit täglichem Abgleich zum careINDEX

Einbindung der Ärzteschaften im System

- Idealerweise möglichst bei allen Prozessen, wenn Bereitschaft vorhanden.
- Interner und externer Zugriff möglich.

Anhang

Die nachfolgenden Checklisten sollen Ihnen Impulse zur Weiterentwicklung Ihrer Organisation im direkten wie auch im erweiterten Kontext der Pflegedokumentation und der damit verknüpften Prozesse geben.

Die Checkliste ersetzt damit keine Unternehmens- oder ICT-Strategie. Ebenso ersetzen die Überlegungen zur Nutzung der Pflegedokumentation und der damit verbundenen Prozesse nicht eine hausspezifische Aufnahme der Anforderungen. Gerne sind wir bereit, Sie bei Bedarf in Ihrer spezifischen Situation zu begleiten.

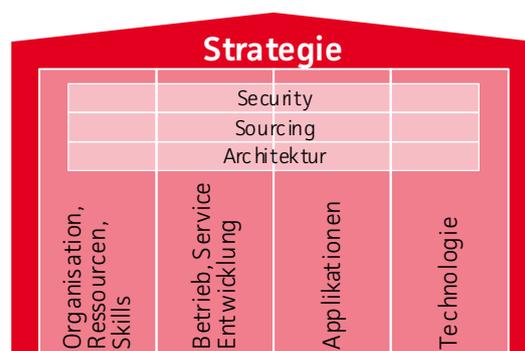
A Überlegungen zur Unternehmens- und ICT-Strategie

Unternehmensstrategie

- Existiert eine aktuelle Unternehmensstrategie?
- Sind Angebotsschwerpunkte definiert?
- Ist definiert, wie mit Ärzteschaften zusammengearbeitet wird? Und wie dabei das Zusammenspiel mit dem Pflorgeteam erfolgt?
- Ist definiert, wie mit Zuweisern zusammengearbeitet wird?
- Ist definiert, wie mit Angehörigen über pflegerische und nicht-pflegerische Themen kommuniziert wird?
- Sind die Bedürfnisse der heutigen und zukünftigen Bewohnerinnen und Bewohnern, entlang der Angebotsschwerpunkte, klar?
- Existiert eine darauf abgestützte, aktuelle ICT- / Digitalisierungs-Strategie?

ICT-Strategie

- Liegen wichtige Paradigmen als Entscheidungsgrundlage für den Einsatz von ICT-Mitteln vor bzw. wurden diese in der Geschäftsleitung diskutiert?
- Sind die Erwartungen an den ICT-Service aus dem Kerngeschäft bekannt und abgeglichen?
- Ist ein Steuerungsgremium/ Entscheidungsgremium für ICT-Angelegenheiten installiert?
- Ist die Applikationslandschaft und die Integration (Datenflüsse) unter den Applikationen definiert (Applikationsarchitektur)?
- Ist die Verfügbarkeit von Systemen abgestimmt mit dem Kerngeschäft?
- Sind Betriebsunterstützung/ Support-Zeiten/ Kontaktkanäle geregelt (Zusammenhang mit Dienstleistungskatalog der ICT)?
- Ist das ICT-Sourcing geklärt (Teil- oder Auslagerung von ICT-Infrastruktur und Services)?
- Sind Personalressourcen und Organisation (u.a. Applikationsverantwortliche und Super-User) festgelegt?
- Besteht eine Übersicht über die Projekte/ Projektportfolio inkl. terminliche Planung?
- Sind Datensicherheit und Datenschutz (Betriebssicherheit, Cyber-Security) geregelt?



Digitalisierungsstrategie

- Wurde eine Prozessanalyse entlang Bewohnerpfads vorgenommen?
- Wurden die Prozesse entlang des internen Datenflusses analysiert?
- Sind die Informationswege zu Angehörigen klar?
- Sind Informationswege zum Arzt definiert?
- Sind Informationswege zu Zuweisern definiert?
- Gibt es weitere Informationswege zu externen Stellen, und wurden sie analysiert?
- Besteht eine priorisierte Liste über «Pain Points» der Mitarbeitenden in Bezug auf Ineffizienz, Doppelspurigkeit, Medienbrüchen etc., welche durch digitale Wege reduziert oder gar eliminiert werden könnten?
- Sind die Digitalisierungspotenziale klar und wurden diese nach Aufwand und Nutzen eingeschätzt (Projekte, Abgrenzung)?
- Besteht eine Priorisierung und ein Massnahmenprogramm; wurden allfällige Projekte ins Projektportfolio aufgenommen?

B Überlegungen zur Nutzung des Pflegedokumentationssystems

- Kann der Pflegeprozess dokumentiert werden (Verlaufseinträge, ev. revisionsicher)?
- Besteht eine grafische Übersicht/ Kurve (ohne Zeitbeschränkung), z.B. für Vitalwerte und ev. Medikamentenabgabe?
- Können Assessments und Protokolle erfasst werden (ev. mit Ausleitung allfälliger Schweregrade für die Abrechnung)?
- Ist der Medikationsprozess durchgängig abgebildet (Verordnen, Richten, Abgabe), ggf. mit unterschiedlichen Berechtigungsstufen (z.B. Vorbereitung der Verordnung, Verifizierung/ Freigabe)?
- Können weitere Verordnungen ausgelöst werden (z.B. Labor, Physiotherapie etc.)?
- Können externe Dokumente in die Dokumentation eingefügt werden?
- Können Aktivitäten (Aktivitätengruppen, Einzelteilsitzungen) geplant werden und existieren entsprechende Agenden für Bewohnerin und Bewohner sowie für das Personal (und ev. Räume und Geräte), inkl. Coiffeur und Podologie?
- Bestehen interdisziplinäre Rapporte/ Boards, in welchen sich das Personal...
 - a) einen interdisziplinären Überblick verschaffen kann?
 - b) spezifisch pro Berufsgruppe informieren kann?
- Können aus Terminplanungen direkt Leistungen «ausgeleitet» werden (z.B. nach Terminarten, mit dem spezifischen Termin vorab zugewiesenen Leistungen)?
- Können sowohl medizinische, paramedizinische und auch «Kiosk»-Leistungen erfasst und zur Abrechnung gebracht werden?
- Existiert ev. eine (revisions sichere) Berichtschreibung?
- Ist klar, welche Informationen zu welchen Zwecken erhoben/ dokumentiert werden (Schaffung einer bedarfsgerechten Dokumentation, Vermeidung von «Über-Dokumentation»)?
- Ist die Integration bzw. der Datenfluss zwischen Pflegedokumentation (Leistungserfassung, Assessments, Schweregraddefinitionen) und Abrechnungssystem sowie ev. Dispositionssystem (Termine) klar?

C Überlegungen zu den Prozessen entlang der Pflegedokumentation

- Ist allen am Pflegeprozess beteiligten Personen klar, für welchen Zweck dokumentiert werden muss?
- Werden alle Berufsgruppen z.B. Arzt, Pflegehilfen, Hotellerie etc. aufgrund der Kompetenzen in die Pflegedokumentation eingebunden?
- Ist definiert, wer zu welchem Zeitpunkt welche Informationen sammelt und wer, was dokumentiert? z.B. Welche Informationen sind bei der Anamnese zwingend, wer holt diese bis wann ab und erfasst diese im Dokumentationssystem?
- Ist zwischen den Berufsgruppen geregelt wer welche Informationen einholt damit Doppelspurigkeit vermieden wird, z.B. zwischen Arzt und der Pflege?
- Der Umfang der erhobenen Informationen und Dokumentation ist an die individuelle Situation angepasst z.B. Aufenthaltsdauer, Pflegeaufwand?
- Werden nach der Informationsgewinnung individuelle Pflegeziele und Pflegemassnahmen definiert?
- Sind die erfassten Pflegeziele verständlich und überprüfbar?
- Sind die auszuführenden Pflegemassnahmen nachvollziehbar, im richtigen Detailgrad beschrieben?
- Wann kann ich mobil dokumentieren z.B. Vitalzeichen oder Bestätigung der ausgeführten Pflegemassnahmen, was wird stationär dokumentiert?
- Ist definiert, welche Tools, Hilfsmittel und Instrumente für die Dokumentation genutzt werden sollten z.B. Instrumente für die Durchführung von Screenings und Assessments wie Sturzprotokoll, Schmerzskala, Assessment für Mangelernährung etc.? Werden die definierten Tools im Alltag angewendet?
- Die Ergebnisse aus den Screenings und Assessments werden im Dokumentationssystem nachvollziehbar abgebildet?
- Werden Wunden mittels Fotodokumentation erfasst und im System integriert?
- Ist geregelt, wie und in welchen Situationen der Arzt die Dokumentation an die Pflege delegieren kann (z.B. telefonische mündliche Verordnungen) und ist ebenfalls geregelt bis wann eine Nachquittierung des Arztes spätestens zu erfolgen hat?
- Existiert ein Verzeichnis der erlaubten Abkürzungen und deren Bedeutung?
- Steht Zeit für die Dokumentation aufgrund der Dienstplanung zur Verfügung z.B. Sind die Dienste überlappend?
- Nutze ich das Pflegedokumentationssystem zur Informationsgewinnung z.B. durch Einlesen bei Schichtbeginn und werden die Rapporte dafür kurzgehalten und sind auf das wichtigste konzentriert?
- Ist definiert, wann welche Informationen benötigt werden und können diese im System kategorisiert werden?
- Routineeinträge und wertenden Äusserungen werden in der Pflegedokumentation vermieden?
- Haben wir interne Regelungen, welche die Quantität aber nicht die Qualität sicherstellen z.B. Jeden Montag wird bei diesen Bewohnenden einen Eintrag erfasst, oder am Donnerstag dokumentieren wir zu diesem Thema etc.
- Überlegen sie sich grundsätzlich, ist die Pflegedokumentation täglich auf dem neusten Stand und wird kontinuierlich geführt?