



Software für den gesamten Pflegebereich

BENUTZERHANDBUCH FÜR DIE GO ON®- PFLEGEDOKUMENTATION

BENUTZERHANDBUCH GO ON DOKUMENTATION

1 STAMMINFORMATIONEN

1.1 Alle „Schlüsseltabellen“ werden in den Stamminformationen / Allgemeine Stamminformationen bearbeitet.

Achtung: Alle „Schlüsseltabelle“, die rot markiert sind, sind Tabelle, bei denen weitere Funktionen zu den jeweiligen „Schlüsseltabellen“ hinterlegt sind. Diese Tabellen sollten auf jeden Fall hinsichtlich der Funktionen bearbeitet werden.

Qualifikation: erst wenn hier „Stufen“ zu den Qualifikationen angelegt wurden, hat in der Pflegeplanung / Tagesstruktur die zugeordnete Qualifikation zu Maßnahmen auch eine Funktion.

Standard-Berichte => bitte eintragen: „Wunde unverändert, versorgt wie verordnet“ und „Wunde verändert, Arzt/Wundberater wurde informiert, Wunde versorgt. Aktualisierung der Wundfassung durchgeführt“

Bei „Speisen Getränke“ sollte ein Getränk: „A-gem. TP“ (TP = Trinkprotokoll) angelegt werden.

1.1 Medikamente: Haken setzen bei „Blutgerinnung....“ wenn nach (Quick)Werten und bei „Wochenkalender....“, wenn das Medikament „ein-/ausschleichend“ verabreicht werden soll. Medikamente die doppelt erfasst wurden, können hier „gesperrt“ werden.

2 SYSTEM

2.1 Benutzer / Mitarbeitern

2.1.1 Es können mehrere Einrichtungen zugeordnet werden, wobei dann auch nochmals die Stammeinrichtung zugeordnet werden muss.

2.1.2 Es können mehrere Wohnbereiche zugeordnet werden, wobei hier nur die zusätzlichen Wohnbereiche ergänzt werden. Bitte darauf achten, ob Teilnahme an der „Übergabe“ oder nicht.

2.1.3 Einrichtung

2.1.3.1 „Einschätzung besondere Pflegesituation“ nicht vergessen

2.1.3.2 Grunddaten „Einrichtungskennzeichen“ immer Haken setzen

2.1.3.3 Originaltexte Risikograde wiederherstellen

2.1.3.4 Eingabehilfe immer aktivieren

3.1 Benutzergruppen:

3.1.1 „Recht zur Generierung von Tagesstrukturmaßnahmen“ sollte bei keiner Gruppe aktiv sein (=> kein Haken)

3.1.2 Wenn eine Gruppe volles Recht zur Anlage von Stammdaten hat benötigt diese Gruppe Zugriff „Bewohnerverwaltung“ (gelbe Tabelle) und einen Haken bei „Uneingeschränktes Recht zur Bewohneranlage“. Ist der Haken nicht gesetzt, können nur Grunddaten (Name, Vorname, Wohnbereich) angelegt werden. Achtung die Rechte Archivierung, Pflegestufe und An-/Abwesenheiten sind weitere Sonderrechte.

3.2 Wenn Maßnahmen aus der Pflegevisite bestätigt werden sollen, benötigen alle Mitarbeiter das Recht „Controlling“ (darauf achten, dass aber dann das Sonderrecht „Recht zur Überwachung von Maßnahmen“ deaktiviert ist!)

4.1 Systemsatz

4.1.1 Haken bei „Alternativen Überleitungsbogen“ setzen

2.1 Archivierung der Tagesstrukturen sollte alle drei bis sechs Monate durchgeführt werden. Dazu gibt es eine automatische Funktion (System/Systemsatz).

3 STAMMDATEN

3.1 Pflegestufe

Pflegestufe => NEU => Felder ausfüllen. Wichtig es damit die Pflegestufe aktiv wird, muss entweder „bewilligt zum“ oder „unbekannt“ ausgefüllt werden. Die erste Pflegestufe muss mit „Ersteinschätzung“ erfasst werden“ – auch dann wenn es für den Bewohner schon Folgeeinschätzung ist.

3.1 Angehörige / Bezugspersonen und Betreuung / Vollmachten

Bitte immer die „Priorität“ ausfüllen. Lediglich die „Priorität 01“ wird auf der Maske „persönliche Daten“ angezeigt.

3.2 Sonstiges / Statistik

Die hier aufgeführte Statistik soll regelmäßig bearbeitet werden. Dazu im System / Einrichtung „Einschätzung der besonderen Pflegesituation“ den Überwachungszeitraum eintragen wie z.B. 4 Wochen, wird nicht evaluiert, kommt eine Meldung in der Mitarbeiterinfo.

Sonstiges /Statistik: Checkboxes in „Statistik / Besondere Pflegesituation“ ausfüllen und speichern. Dann wird ein Stand erzeugt.

Hier kann der „Zuschlag BMI“ bestimmt werden. D.h. werden Informationen zu Amputationen bei entsprechenden Bewohnern berücksichtigt, die dann bei der BMI-Berechnung berücksichtigt werden.

3.4 Eingeschränkte Alltagskompetenz

Sonstiges /Statistik: Checkboxes ausfüllen und speichern. Dann wurde ein Stand erzeugt.

3.5 Die Dauersignale können nur in den Stammdaten aktiviert werden. Im System werden die Dauersignale definiert. Nach Echtbetrieb dürfen die Dauersignale nicht mehr verändert werden.

3.6. EIN BEWOHNER IST IM HEIMMANAGER VORHANDEN ABER NICHT IN DER PFLEGEDOKUMENTATION: IN DIESEM FALL WURDE DER BEW. ARCHIVIERT, DIE ARCHIVIERUNG IST GETRENNT, D.H. ER MUSS GETRENNT ARCHIVIERT WERDEN UND GETRENNT AKTIVIERT WERDEN.

4 ANAMNESE

4.1 immer „Vorlieben/Abneigungen“ erfassen, da diese in der Tagesstruktur zentral aufgeführt werden (=> Button „Bewohnerinfo“).

4.2 Im Feld „Bemerkung“ können ergänzende Informationen erfasst werden, die dann auch gleich in Pflegeplanung zur Verfügung stehen. Das können z.B. Beschreibungen von eingeschränkten Fähigkeiten/Problembeschreibungen sein.

5 BIOGRAFIE

5.1 Darauf achten, dass Themen in die Anamnese bzw. Pflegeplanung übernommen werden können.

5.2 Immer „Vorlieben/Abneigungen“ erfassen, da diese in der Tagesstruktur zentral aufgeführt werden (=> Button „Bewohnerinfo“).

6 RISIKOMANAGEMENT

6.1 Risiken werden nach den aufgeführten Kriterien eingeschätzt. Die Kriterien können nur vom Administrator geändert werden, so dass es einheitliche Einschätzungskriterien gibt. Zu einer Einschätzung kann/soll ein Ergebnis verfasst werden. Dieses Ergebnis kann später in der Planung übernommen werden. Tipp: die ausgewählten Einschätzungskriterien auswählen, markieren und in das Feld „Ergebnis“ kopieren und anpassen. .

Wenn ein Risiko vorhanden ist, kann/sollte eine „Unerfütterung“ mit den vorhandenen Expertenstandards erfolgen. Nach der Einschätzung die Risikoeinschätzung über die Ampel abschließen (= rote Ampel)

6.2 Thema Schmerz:

In dem Risikobereich „Schmerz“ können mehrere Schmerzorte eingeschätzt werden. Neu => Schmerzeinschätzung vornehmen => Expertenstandards => hier Schmerzerfassungs-Nr eintragen (ist nicht der Schmerzort!), d.h. für jeden Schmerzort eine andere Schmerzerfassungsnummer eintragen => nach der Erfassung speichern => über die Ampel abschließen.

Bei der Evaluierung „Schmerz“ zunächst über „His“ (= Historie) die entsprechende Schmerzerfassungs-Nr. auswählen, dann über = > Neu eine neue Einschätzung vornehmen.

Planung von Maßnahmen zu mehreren Schmerzorten/Schmerzerfassungsnummern. Sie können mehrerer Schmerzen einschätzen und dazu jeweils ein Planung durchführen. Sie wählen aus der Historie den entsprechenden Schmerz mit der entsprechenden Nummer (z.B. 1) aus und gehen auf "Planung vornehmen". Nun können Sie einen Planung zu dem Schmerz vornehmen. Wenn Sie zu dem 2. Schmerz eine Planung durchführen wollen, gehen Sie bitte gleich vor. Wenn hier aber die Frage kommt, ob die Daten der letzten Planung übernommen werden sollen (was ja Nr. 1 wäre), müssen Sie unbedingt "Nein" auswählen. Nun wird eine 2. Planung angelegt. D.h. es gibt nun einen Planung mit S01 und S02. Wenn Sie die Planungen evaluieren, gehen Sie vor, wie immer, d.h. Sie führen das in der Planung durch. D.h. Sie gehen in die Planung (Planung verläng./ bearb.) und wählen dann die entsprechende Planung (S01 oder S02) aus. Das ist zu wissen, weil das Thema Schmerz ja geändert wurde, so dass man mehrere Schmerzorte einschätzen kann.

In der Tagesstruktur bei „Schmerzprotokoll“ darauf achten, dass die richtige Schmerzerfassungsnummer ausgewählt wird!

6.2 Textinhalte in „Ergebnis“ kopieren, da dies dann in der Planung verwendet werden können.

7 PLANUNG

7.1 Über den Button „Info“ immer allgemeine Informationen erfassen, da diese in der Tagesstruktur zentral aufgeführt werden (=> Button „Bewohnerinfo“).

7.2 Immer „Vorlieben/Abneigungen“ erfassen, da diese in der Tagesstruktur zentral aufgeführt werden (=> Button „Bewohnerinfo“).

7.3 Planung anlegen

Planung / neue Planung erstellen => Button auswählen, der sich dann öffnet => Felder ausfüllen, ggfs. Schlüsseltabellen verwenden => „weiter zu Ziele“ => Felder ausfüllen => Datum „Zielüberwachung“ => Hilfebedarf => Maßnahmenart => Maßnahme erfassen. Achtung bei der Erfassung der Maßnahme zunächst den Oberbegriff der Maßnahme erfassen wie z.B. „Ganzkörperwäsche:“ oder „An-/Auskleiden:“ => dann den Text eingeben 0> Terminierung => Terminierung auswählen => Speichern (großer Button Speichern!!!!) => Terminierung beenden.

7.4 Gleiche Maßnahme mit unterschiedlicher Terminierung/Planung kopieren

Planung => Gesamtansicht (Tabelle) => vorhanden Planung, die kopiert werden soll auswählen => „Wollen Sie aus dieser Planung eine neue Planung erstellen“ mit „ja“ beantworten => Text- und Datumsfelder prüfen => Terminierung => Terminierung auswählen => Speichern (großer Button Speichern!!!!) => Terminierung beenden.

7.5 Planung von „Sozialer Dienst und 87b“

Planung / neue Planung erstellen => Button „Beschäftigung“ oder „87b“ (vorher in den System den frei-Button mit „87b“ bezeichnen) in Bereich „sich beschäftigen“ auswählen, der sich dann öffnet => Felder ausfüllen, ggfs. Schlüsseltabellen verwenden => „weiter zu Ziele“ => Felder ausfüllen => Datum „Zielüberwachung“ => Hilfebedarf => Maßnahmenart („Soz. Betreuung“ für „Beschäftigung“ und „Individuell“ für 87b auswählen) => Maßnahme erfassen. Achtung hier keine Maßnahmen erfassen, da dies Planung nur für die „Evaluierung in X-Wochen erstellt wird; Text wie z.B. Sozialtherap. Maßnahmen wie Gedächtnistraining, Basteln, Kochen,...Maßnahmen werden über den Bereich „Soz. Betreuung“ erfasst. (die Maßnahmen werden über den „Soz Dienst“ erfasst => Terminierung => „Terminierung nach Bedarf“

auswählen oder „nach Termin“ (dann gleiches Datum wie Datum „Zielüberprüfung“ eingeben; es muss dann aber zu diesem Termin evaluiert werden. Unsere Empfehlung ist „nach Bedarf“ auswählen => Speichern (großer Button Speichern!!!!) => Terminierung beenden.

7.6 Wiederkehrende Maßnahmen auswerten

In „Gesamtansicht Tabelle“ die Maßnahmen wie z.B. Betten beziehen“, „Duschen“ in der Spalte „Ausw.“ Mit einem „x“ markieren, dann den Button „Ausw. Übernehmen“ auswählen.

In der Tagesstruktur / Drucken / Haken bei „zuletzt durchgeführte (markierte) Maßnahm.“ können nun diese Maßnahmen ausgewählt werden.

7.7 Feld Maßnahmen

Das Textfeld sollte mit einem Oberbegriff begonnen werden. Dazu kann man z.B. die gleiche Bezeichnung wie die Buttonbezeichnung wie z.B. „Ganzkörperwäsche“ aufführen. Dann erfolgt erst die detaillierte Beschreibung. Dies hat den Vorteil, dass die Maßnahme in der Tagesstruktur sofort und gut lesbar ist.

Idealerweise sollten Sie den o.g. Oberbegriff aus der Schlüsseltabelle „Maßnahmen“ auswählen, weil somit auch die Maßnahmenart und ggfs. eine abrechenbare MDK-Zeit automatisch angezeigt wird.

7.9 Toilettengänge und Trinkmenge

Um die Anzeige der Überwachung in der Anmeldung zu erhalten muss im System / Einrichtung / Grundeinstellung der Haken bei „Toilettengänge“ und „Trinkmenge“ angehakt werden.

Nun muss in der Planung eine entsprechende Planung erfolgen. Bitte dabei beachten, dass die passenden Button im Strukturierungspunkt „Ausscheiden“ beplant werden, da sonst keine Meldung erfolgt. .

7.8 Qualifikationen: wenn die Qualifikationen der Maßnahme zugeordnet werden und damit eine Funktion verbunden werden soll, muss in den Stamminformationen / Allgem. Stamminformation / Qualifikation eine „Regelung / Stufen“ hinterlegt werden.

7.9 Evaluierung von Maßnahmen: Im System / Einrichtung / Grundeinstellungen kann bestimmt werden, ob eine Evaluierung Kann- oder Mussaufgabe ist. Im Rahme der Evaluierung ist es sinnvoll, dass die vorherigen Evaluierungen berücksichtigt werden /Button: „Ergebnis-Historie“. Die Ergebnisse können in der Planung (Gesamtansicht (Tabelle)) in der Spalte „Ergebnis“ angeschaut werden.

8 VERORDNUNG

7.1 Allgemein: in Dauermedikation können Medikamente neu verordnet oder abgesetzt („A“-Button) werden. Es kommt ein Hinweis, dass die Tagesstruktur generiert werden soll. Dies ist erforderlich, wenn die Maßnahme in der aktuellen Schicht angepasst werden soll.

Tagesstruktur wird über den Button „GO“ generiert. Achtung aufpassen, ob der Haken bei „Uhrzeit berücksichtigen für heute erfasste Maßnahmen/Verordnungen“: wenn der Haken gesetzt wird, werden nur die Maßnahmen/Verordnungen aktualisiert, die eine Uhrzeit haben und wo die Uhrzeit nach der aktuellen Uhrzeit liegt. Wenn der Haken nicht gesetzt wird, werden alle Maßnahmen/Verordnungen in die aktuelle Schicht gesetzt.

7.2 Feste Insulingabe: Verordnungen / Insuline/Injektionen => NEU => Medikament => Arzt => Verordnet ab => Terminierung: Feste Insulingabe mit Wert in Spalte „Anzahl“ zu der Tageszeit eintragen (d.h. Feste Insulingabe nicht über „Diabetes“) => Checkbox „täglich“ oder „alle“

7.3 Insulingabe nach Grenzwert: Verordnung / Diabetes => NEU => Radiobutton Insulin => Medikament => Arzt => Verordnet ab => Grenzwerte / IE-Einheiten => Terminierung: Checkbox „Dosierung gem. BZ-Wert => Zahl „1“ in Spalte „Anzahl“ zu der Tageszeit eintragen => Checkbox „täglich“ od. „alle“ => Bemerkung: Dosierung gem. BZ-Wert eintragen

7.4 BTM: Verordnungen / Betäubungsmittel => NEU => Medikament => Arzt => Verordnet ab => Rezept-Nr. => Lieferant => Eingangsmenge => Terminierung: Spalte „Anzahl“ zu der Tageszeit => Checkbox „täglich“ od. „alle“

Achtung zwei Wege bei Neulieferung obwohl noch Bestand an Medikamenten:

- a) NEU: wie oben, jedoch bei Bemerkung: „Neue Lieferung“, Terminierung ab Datum, wo abzusehen ist, dass die vorhandenen BTM´s aufgebraucht sind. Es gibt nun zwei Verordnungen! Achtung in der Maßnahmenbestätigung darauf achten, die richtige Verordnung auszuwählen (Bemerkung beachten)
- b) Alte Rezept-Nr. und aktuellen Bestand notieren => „A“ (Absetzen) => Ersetzen => neue Rezept-Nr. eintragen => neuer Bestand gem. neuer Lieferung => Bemerkung: X Stück aus Rezept-Nr. (alte Rezept-Nr.) => Terminierung => Speichern. → Medikament auswählen => Restmengenkorrektur: neuen Bestand korrigieren und um alten Bestand erhöhen/korrigieren => Bemerkung: X Stück aus Rezept-Nr. (alte Rezept-Nr.)

Je nach Vorgabe MDK, Ergebnis der Verfolgbarkeit kann über „Drucken“ (mit „abgesetzten“) betrachtet werden!!!!

7.5 Planung von Vitalwertmessungen

Vitalwertmessung: vorab in Allgem. Stamminformation / Verordnungen / Checkbox „Kontrolle“ bei Bezeichnung „Vitalwertmessung oder.....“ setzen. Verordnungen / sonst. Verordnungen: NEU,..... Diese sonstige Verordnung wird nun in die Tagesstruktur als XXX-Maßnahme

übernommen. D.h. sie erscheint dort nur als Hinweis! Nun in den Vitalwerten Erfassung durchführen!

7.5 Wunderfassung

Verordnung / Wunderfassung => NEU Wunde erfassen. D.h. hier werden alle Wunden zunächst erfasst. Fotos über „Fotodokumentation“ ergänzen

7.6 Wundmaßnahmen

Verordnung / Dauermedikation / Wundversorgung => NEU => Wunde auswählen (wurde vorher in der „Wunderfassung“ angelegt => Terminierung

7.7 Korrektur Wundmaßnahme / Wundpflaster ist verschwunden

Verordnung / Dauermedikation / Wundversorgung => Wunde auswählen => „A“-Button (absetzen) auswählen => „Möchten Sie die Wunde absetzen“ => „ja“ => „Möchten Sie die Wunde ersetzen“ => „ja“ => Terminierung ändern und zwar „alle X-Tage, ab heutiges Datum erfassen (wenn das Wundpflaster alle x Tage getauscht wird => Bemerkung ausfüllen mit Erklärung, warum die Wundversorgung geändert wurde. => Speichern

7.8 Maßnahmenbestätigung Wunde

Tagesstruktur / Wunddokumentation => Wunde auswählen (Zeile anklicken) => Bearbeiten: Wundebericht erfassen => Speichern. Ggf. Foto zuordnen. Ggf. Wunde als abgeheilt markieren und Datum der Abheilung erfassen.

Hinweis: man sollte in der Schlüsseltabelle „Standard-Berichte“ (Stamminformationen => allgem. Stamminformationen) die Berichte: „Wunde unverändert, versorgt wie verordnet“ und „Wunde verändert“ hinterlegen, so dass man die Berichte standardisiert erfassen kann.

7.9 Wundbericht lesen

Tagesstruktur / Wunddokumentation / Ansicht => Datum eingeben => bestätigte/unbestätigte auswählen => Ansicht übernehmen => Spalte „Wundbericht“ auswählen

7.10 Ein- und ausschleichende Medikament

Zunächst im Stamminformationen / Medikamente die entsprechenden Medikamente markieren „Wochenplanung“. Dann in Verordnungen => Neu ein Medikament anlegen. Bei der Terminierung kommt bei dem dann zuvor markierten Medikament die Abfrage, welche Terminierung man auswählen möchte. Wenn eine Wochenplanung durchgeführt werden soll, öffnet sich die Maske zur Wochenplanung. Bei Bedarf kann diese Verordnung dann über den „D“-Button dubliziert werden.

7.11 „Blutgerinnung reduzierendes Medikament“

Wenn Medikamente wie z.B. Macumar nach Quickwert erfasst werden soll, soll in der Terminierung keine Anzahl stehen, sondern ein „?“, so dass in Abhängigkeit nach einem Wert wie z.B. Quickwert verabreicht wird.

Dazu in den Stamminformationen / Medikamenten den Haken bei den Medikamenten setzen, wo dass der Fall sein könnte. „Blutgerinnung reduzierendes Medikament“.

In der Verordnung ein Medikament über „Neu“ anlegen. In der Terminierung dann den Haken setzen bei „Dosierung gem. Quickwert“ setzen und in die Bemerkung schreiben „Dosierung gem. Quickwert“. Aktualisierung durchführen.

Hallo zusammen,

hier eine kurze Info bzgl. der Ansicht 'Wunderfassung' im Rahmen der 'Verordnungen':

- (noch) nicht 'erledigte' Wund- / Wundverlaufsätze werden blassgelb dargestellt, 'erledigte' orange und stornierte blassgrau
- Wund- bzw. Wundverlaufsätze können 'aktualisiert' werden (Satz zur Bearbeitung auswählen und auf Button 'Aktualisierung' klicken. Es wird ein neuer Wundverlaufssatz angelegt, der a n g e k l i c k t e Satz wird auf 'erledigt' gesetzt
- Wenn jetzt statt des l e z t e n Wundverlaufssatzes (Bsp. 7.1.2) der Originalwundsatz (7.1) ausgewählt und aktualisiert wird, wird der Wundverlaufssatz 7.1.2 n i c h t auf 'erledigt' gesetzt (sondern der ausgewählte - bereits auf 'erledigt' stehende Satz)
- Normalerweise werden in der Übersicht nur der Original-Wundsatz und ggfs. der letzte Wundverlaufssatz angezeigt (die Wundverläufe dazwischen sollten alle auf 'erledigt' stehen). Wenn jedoch der 'falsche' Satz zur Bearbeitung / Aktualisierung aufgerufen wird, bleibt schon mal ein Wundverlaufssatz blassgelb ('nicht erledigt'). Das stört vielleicht die Optik, hat aber weiter keine Bedeutung.

Wenn Verordnungen einfach verschwinden und unter „stornierte/abgesetzt“ Verordnungen stehen, aber ohne HDZ, liegt das daran, dass das Datum „abgesetzt am „ eingetragen wurde.

8.1 Darauf achten, dass die richtige Spalte (erledigt, erledigt mit Abweichung,...) bei der Maßnahmenbestätigung ausgefüllt ist.

8.2 Schichtanzeige

Über den Button, in dem die Schichten angezeigt werden, können die Schichten angezeigt werden.

8.3 „N“-Button

Ist ein Bewohner nach Schichtbeginn abwesend und es wurden einige Maßnahmen erledigt, können diese Maßnahmen bestätigt werden. Über den „N“-Button können dann alle nicht durchgeführten Maßnahmen mit einem „Klick“ als nicht durchgeführt bestätigt werden.

8.4 Berechnung Trinkmenge

Erfolgt über den Button „Rechner“ in der Menuezeile.

8.5 Schmerzprotokoll

Zunächst die richtige Schmerzerfassungsnummer auswählen. In der Grafik werden nur Verläufe von geplanten „Schmerzerfassungsnummern“ angezeigt. Dazu die richtige Schmerzerfassungsnummer auswählen.

8.6 Gesamtbestätigung

Wenn eine Gesamtbestätigung durchgeführt werden soll, sollten zunächst die Maßnahmen, die „abweichende“ oder nicht durchgeführt werden einzeln wegbestätigt werden. Nun können die restlichen Maßnahmen bestätigt werden. Nicht vom Abzeichner durchgeführte Maßnahmen können mit der „rechten“ Maustaste deaktiviert werden.

8.7 Ungeplante Maßnahmen wie z.B. „Duschen“ sollte es möglichst nicht geben. Maßnahmen, die anfallen könnten, sollten über die Pflegeplanung „nach Bedarf“ geplant werden. Die Maßnahmen nach Bedarf werden über die Spalte „grüner Haken“ bestätigt.

8.9 Dauermedikationen und Betäubungsmittel sind mit Rechten belegt, daher sollte es so sein, dass nicht alle Mitarbeiter Maßnahmen bestätigen können.

8.10 Stornierung von Maßnahmen: diese Funktion gibt es nicht. Wenn eine Maßnahme falsch bestätigt wurde, muss man einen Bericht erfassen (Berichtart: Maßnahmenkorrektur).

8.11 Insuline: Um Insuline mit Grenzwerten / nach Schema verabreicht werden gibt es 2 Möglichkeiten, diese zu dokumentieren.

1. Möglichkeit: Man ermittelt den BZ-Wert und trägt diesen unter den „Vitalwerten“ ein. Nun geht man auf Diabetes, wählt die entsprechende Verordnung aus und bestätigt diese. Es öffnet sich die Eingabemaske, in der man als erstes nun eine Aktualisierung vornehmen muss, um den eingetragenen BZ-Wert mit der entsprechenden Uhrzeit der letzten Messung zu bekommen. Das Programm ermittelt im gleichen Zuge, wie hoch die zu verabreichenden IE sind / waren. Wenn dies geschehen ist geht man auf „Speichern“ und die Maßnahme ist bestätigt.
2. Möglichkeit: Man geht direkt auf Diabetes und wählt die entsprechende Verordnung aus. Diese bestätigt man und es öffnet sich die entsprechende Maske. Nun trägt den ermittelten BZ-Wert, in die dafür vorgesehene Spalte, ein und betätigt die ENTER-Taste, so dass das Programm die IE ermitteln kann. Beim bestätigen / speichern bekommt man eine Meldung, dass sich der BZ-Wert geändert hat und dass das Datum und die Uhrzeit der letzten Messung angepasst werden muss. Wenn dies geschehen ist (Datum / Uhrzeit der letzten Messung angepasst) kann gespeichert und somit bestätigt werden. Wenn das Datum und die Uhrzeit noch nicht angepasst wurden, bitte dies erledigen.
ACHTUNG: Sollten Sie das Datum und die Uhrzeit der letzten Messung nicht angepasst haben, so wird im Vitalwerteprotokoll immer ein falscher Eintrag vorhanden sein!!!

8.12 Trinkprotokoll sollte mit einem Formular (1029) geführt werden. Im Trinkprotokoll in GO ON dann, das Getränk „A – gem. TP“ aufrufen und den Gesamtbetrag, der sich aus dem Formular ergibt eintragen.

9 BERICHT/ÜBERGABE

9.1 Pflegevisite

Aus der Pflegevisite können über den Button „B“ Maßnahmen erfasst werden, die einem Mitarbeiter mit bis-Erledigungsdatum übergeben werden können. Der Mitarbeiter muss, die Maßnahmen im Controlling / Überwachung Pflegevisite bestätigen. Deshalb benötigen alle Mitarbeiter das Recht „Controlling“ (darauf achten, dass aber dann das Sonderrecht „Recht zur Überwachung von Maßnahmen“ deaktiviert ist!)

9.2 Übergabe: es werden nur die anwesenden Mitarbeiter bestätigt. Nicht anwesende Mitarbeiter werden auch nicht als nicht anwesend bestätigt.

9.3 „Noch zu erfassende Berichte“: wenn in der Touchfunktion der Haken bei „später zu erfassende Berichte“ gesetzt wird, werden im Bericht unter dem Button „Noch zu erfassende Berichte“ die Bewohner aufgeführt, bei denen Berichte noch zu erfassen sind.

10 MAILSYSTEM

10.1) Im Mailsystem müssen die eingehenden Mails regelmäßig löschen.

11) Kontaktumfeld: Neuanlagen immer über „Neu“. Idealerweise werden hier zunächst alle Kontaktarten (Betreuer, Angehörige vollständig – auch mit Tel.-Nr.) erfasst.

11) Sonstiges

11.1 Bildschirmauflösung: man kann die Auflösung vergrößern, dazu auf der Anmeldemaske (nicht auf anderen Masken) GO ON die Vergrößerung (rechts oben vergrößern).

12) Tagespflege:

Hier muss eine Planung erstellt werden (Maßnahmen: täglich)

Im Modul Tagespflege Beginn-Datum, Esc, Wochenstruktur generieren und Wochenstruktur fakturieren!