Interview Psychiatrie - Auswertung   
(basierend auf den Daten des Interviews mit Rosa-Elisabeth Schaad vom 19.03.2016)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Evaluierungsfrage** | **Antwort** | **Designentscheidung/en basierend auf Antwort** |
| *Wo erachtest du es als sinnvoll, eine Software einzusetzen?* | * Im Spital * In einer Gemeinschaftspraxis   Für die klinik- praxisübergreifende Koordination. Zum Überprüfen der medizinischen Grunddaten (z.B. Laborttests) und verabreichten Medikationen. Für Einzelpraxis weniger notwendig. | Lässt sich nicht direkt auf Mock-ups anwenden.  ->Rollenkonzept und strukturierte Maske wichtig |
| *Wie viel Arbeitszeit wird aktuell mit Software verwendet?* | Mind. ¼ der Arbeitszeit. Bei der Vorbereitung zum Nachlesen des bisherigen Therapieverlaufs,  bei der Nachbereitung zur Dokumentation der Sitzungen. | Während der Sitzung keine Software verwendet -> Fokus auf Erfassungsmaske -> soll optimiert werden, um Zeit beim Erfassen zu sparen.  Wie das erreicht werden kann, ist schwierig und kann mit weiterer Rückmeldung hoffentlich geklärt werden. |
| *Wie läuft eine Sitzung typischerweise ab?* | 1. Verlauf der vergangenen Sitzungen und der aktuell verschriebenen Medikamente nachlesen 2. Sitzung durchführen (ohne elektronische Geräte) 3. Dokumentation der Sitzung am Computer | Es wird eine druckbare Krankengeschichte verfügbar sein.  Nachschlagen von Informationen soll mobil möglich sein.  Zum Erfassen des Protokolls ist kein Hilfsmittel gewünscht.  ->Krankengeschichte ist mobil ersichtlich, aber keine Bearbeitung möglich |
| *Wie könnte SW Unterstützung bieten für die Sitzungsvorbereitung?* | Blatt mit den wichtigsten Daten zum Patient wäre hilfreich:   * zum Therapie- bzw. Krankheitsverlauf * getroffenen Abmachungen mit dem Patienten * bereits verabreichten Medikamente und deren (Neben)-Wirkungen   Fragebogen mit vorgedruckten Fragen nicht nötig, da Struktur der Sitzung im Kopf vorhanden. Eventuell für Anfänger als Stütze geeignet. |
| *Welche Masken würden Sinn machen?* | Für Protokoll der Sitzungen wurde bisher mit einem Word-Template gearbeitet,  das folgende Struktur hatte:   * Aktuelle Selbsteinschätzung des Patienten * Aktuelle Einschätzung des Therapeuten * Entwicklungen / Veränderungen seit der letzten Sitzung * Beurteilung zur Suizidalität (wichtig!) * Allgemeine Diagnose * Verlauf der Therapie / bisherige Massnahmen * Medikation | Ist Vorlage für alle gültig? Möglicherweise wollen nicht alle Therapeuten nach dem gleichen vorgehen.  ->Erfassung gibt wenige Punkte vor, soll bei diesen helfen, Zeit zu sparen.  ->grosser Teil Freitext, aber einige Dinge sollen ankreuzbar sein und daraus Text generiert.  ->einfachheitshalber keine eigenen Templates |
| *Was würdest du am meisten schätzen an einer Software?* | * Übersicht / Zusammenfassung über   + den Verlauf der Therapie. Verschriebene Medikamente und deren Wirkung   + den Krankeitsverlauf, besonders bei schweren Erkrankungen (Schizophrenie, manisch depressiven Patienten)   + Wichtige Punkte, auf die der Therapeut achten sollte     - Abmachungen     - Besondere Merkmale oder Verhaltensweisen des Patienten   Die Übersicht soll eine rasche Beurteilung der Situation ermöglichen. | ->darauf passt unser Datenblatt/History |
| *Sonstige zentrale Funktionen, welche die Software anbieten sollte?* | * Adressverwaltung   Innerhalb der Praxis sollten alle Personen Zugriff auf diese Daten haben. | ->Haben wir in Grunddaten/History. Genaueres out-of-scope.  ->gewöhnliche Patientensuche in Namensliste, kein Mock-up nötig  ->gefährliche Patienten haben Ausrufezeichen oder so |
| *Welche Funktionen der bisher genutzten Software haben gefehlt?* | * Zugriff auf Labordaten (Bluttests) * Zugriff auf wichtige medizinische Grunddaten (Krankheiten, Allergien) * Zugriff auf Daten des Sozialdienstes (z.B. wenn jemand einen Beistand hat)   Bisher mussten diese Daten separat bei den entsprechenden Stellen beantragt werden. Die benötigten Angaben gelangten dann per Post oder Fax zum Therapeuten. | ->Zugang auf externe Daten hat gefehlt ->Schnittstellen andenken, Datenbeschaffung out-of-scope  ->Files über irgendeine Schnittstelle können zu Patientendossier hinzugefügt werden |
| *Welche Qualitätsmerkmale sollte die Software bieten?* | * Schneller Zugriff (besonders zum Abrufen der Daten im Notfall) * Einfach zu bedienen | keine neuen Konsequenzen für uns |
| *Was sind die Killerkriterien, die Software nicht zu nutzen?* | * Die Software ist unsicher * Die Software ist extrem langsam | out-of-scope  ->relevant für Rollenkonzept  ->wir loggen sicherheitsrelevante Daten (wer wann zugegriffen hatte und was geändert wurde) |
| *Welche Funktionen wären besonders nützlich für Mobilgeräte?* | * Nachschlagen von Informationen zum Patienten   + Aktuelle Medikation (wichtig!)   + Medizinische Grunddaten (Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten)   + Sonstige Informationen zum Therapie- oder Krankheitsverlauf, Protokolle der vergangenen Sitzungen   Eine Eingabemöglichkeit für Smartphones scheint nicht sinnvoll, da die Tastatur dafür oft zu klein ist.  Für Tablets ist es unter Umständen wünschenswert, eine Datenerfassung anzubieten. | ->Maske Krankengeschichte anpassen, dass auf Smartphone keine Edit-Funktion besteht (Vorschlag Interviewpartnerin),  nur Krankengeschichte |
| *Was wären zusätzliche „nice-to-have” Features?* | Verlinkungen zu aktuellen Forschungen, State Of The Art Therapiemöglichkeiten.  Eher ohne Kommentarfunktion, da dies zu einem Datenchaos führen könnte. | ->Daten out-of-scope, möglicherweise Mockup „Wiki“ |