

Medizinische Dokumentation

Im medizinischen Umfeld werden Entscheidungen aufgrund verschiedener Informationen, Wahrnehmungen und Interpretationen gefällt. Oft sind mehrere Personen interdisziplinär, inklusive dem Patienten, in Entscheidungsfindungen involviert. Die Krankengeschichte ist das Kernstück im medizinischen Behandlungsprozess und bildet die bereichsübergreifende Informationsdrehscheibe im Krankenhaus. Ohne sie ist ein funktionierender Betrieb nicht denkbar. Es ist also unerlässlich, dass die elektronische Patientenakte hoch verfügbar und schnell aufrufbar ist.

Die Krankengeschichte besteht aus einer Sammlung unterschiedlichster Daten, Dokumente und Formulare. Diese werden von diversen Berufsgruppen für ihre tägliche Arbeit benötigt. Erscheinungsbild und Inhalt der Dokumentation entspricht den unterschiedlichen Bedürfnissen der jeweiligen Fachgebiete. Formulare, Berichte und Auswertungen lassen sich haus- und klinikspezifisch anpassen.

Aus dem laufenden Tagesgeschäft erweitert sich der Inhalt der Krankengeschichte permanent. Dank der zentralen Plattform und der Integration von Drittsystemen stehen betriebsweit aktuelle Befunde, Diagnosen, Röntgenbilder und Laborwerte auf Knopfdruck sofort zur Verfügung. Rasch verschaffen Sie sich ein komplettes Bild über Ihre Patienten. Dies erleichtert Therapie, Behandlung und Pflege, reduziert den Verwaltungsaufwand und trägt dazu bei, die Versorgung der Patienten auf hohem Niveau sicherzustellen. Die Ablösung papiergebundener Dokumentationen durch elektronische, workflowbasierte Systeme bietet zudem enormes Potential für Effizienzsteigerungen von Behandlungsprozessen und führt dadurch zu Kosteneinsparungen.

Datensicherheit und Datenschutz werden für den gesamten Inhalt der Krankengeschichte gewährleistet. Durch das integrierte, beliebig abbildbare Rechte-, Benutzer- und Rollenkonzept stehen die Daten betriebsweit ausschliesslich autorisierten Mitarbeitern zur Verfügung. Zugriffe und Modifikationen sind jederzeit nachvollziehbar. Sie werden bis auf Feldebene der jeweiligen Formulare im Detail protokolliert.



Zeitgleich können mehrere Benutzer die Dossiers einsehen und bei Bedarf bearbeiten. Dieser zeitgleiche Datenzugriff und die hohe Systemverfügbarkeit ist ein wichtiger Faktor für die grosse Akzeptanz bei den Nutzern. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird wesentlich vereinfacht.

Markant reduziert sich der Platzanspruch infolge der Digitalisierung und die Suche nach Akten gehört der Vergangenheit an. Die elektronische Patientenakte ist aus modern geführten Kliniken kaum mehr wegzudenken.

Nach erfolgreichem Benutzerlogin stehen Ihnen oder Ihren ärztlichen Kollegen in übersichtlicher Form alle wesentlichen Informationen umgehend zur Verfügung. Sämtliche patientenbezogenen Daten und Dokumente sind in POLYPOINT übersichtlich gegliedert. Auf Knopfdruck verschaffen Sie sich ein komplettes, aktuelles Bild über Ihre Patienten. Sämtliche Daten lassen sich mit frei definierbaren Ansichten, Berichten und Reports (Beispielsweise der Stationsliste) drucken und zur Visite mitführen. Verfügt der Betrieb über Wireless LAN, besteht zudem die Möglichkeit des mobilen Arbeitsplatzes. Das System hilft Ihnen bei der fundierten Entscheidungsfindung und erleichtert Ihre täglichen administrativen Arbeiten. Medikationsverordnung Sowohl die gängigen Standardkataloge wie hospINDEX und Galdat, als auch hausspezifische Kataloge sind in POLYPOINT hinterlegbar. Interaktions-, Dosis- und Generikainformationen werden durch Einsatz von hospINDEX visualisiert.

Die in POLYPOINT abgebildete Medikationsverordnung ist äusserst umfangreich und trotzdem übersichtlich. Sowohl einfache wie auch komplexe Anordnungen lassen sich effizient erfassen und verwalten. Alle möglichen Verordnungsprozesse werden unterstützt. Standortunabhängig können Ärzte Medikationen direkt in POLYPOINT anordnen und dokumentieren. Mündliche Medikationsanordnungen an das Pflegepersonal können durch diese ebenfalls direkt im patientenbezogenen Medikamentenblatt eingetragen werden. Ausschliesslich ärztliches Personal hat jedoch die Befugnis, diese freizugeben.

Kurve

Bei der Umsetzung der „Fieberkurve“ haben wir sehr darauf geachtet, die bewährte Papiervorlage möglichst nah abzubilden. Die Vitalwerte lassen sich mühelos erfassen und übersichtlich zusammen mit der Medikation sowie den Pflegemassnahmen grafisch wie auch tabellarisch darstellen. Durch das Pflegepersonal erfasste Vitalwerte sind für alle interdisziplinären Berufsgruppen, die auf diese Informationen angewiesen sind, jederzeit abrufbar. Welche Werte dargestellt werden sollen, entscheiden Sie ad hoc. Mit der integrierten Zoomfunktion ist die Kurvendarstellung, analog eines Überwachungsblattes, beliebig detailliert darstellbar. Die Kurve unterstützt zudem auch die Darstellung von gängigen Symbolen (Mobilisation, Stuhlgang, u.v.m.).

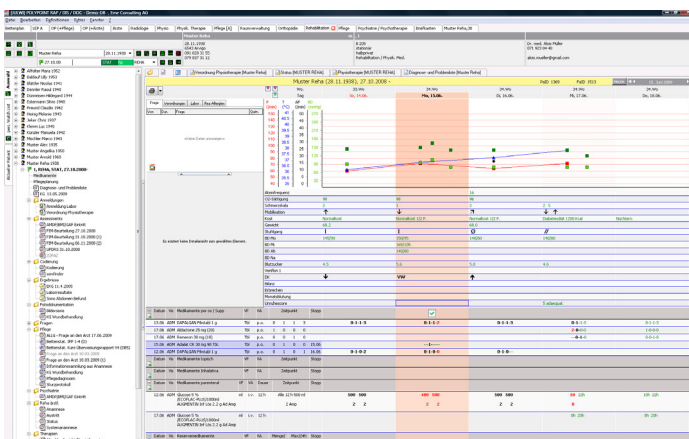


Abbildung 1: Kurve mit Medikation

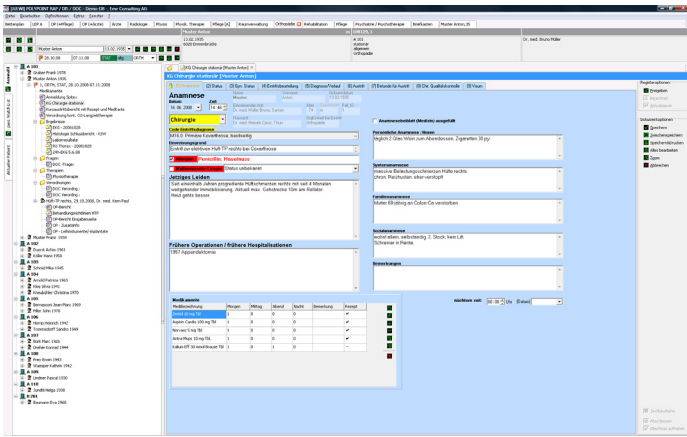


Abbildung 2: Anamnese

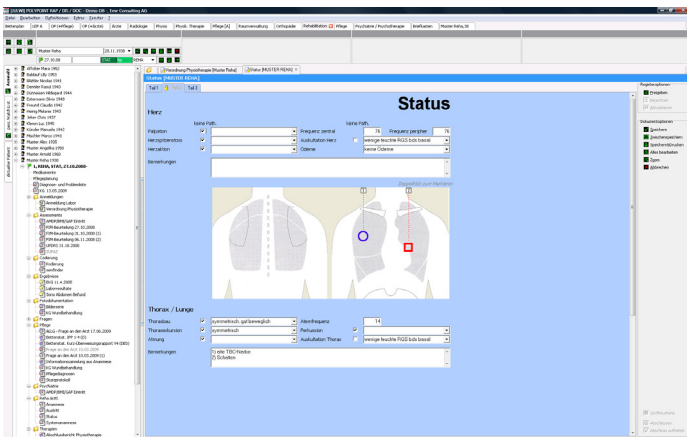


Abbildung 3: Status

Verordnungen

In sämtlichen Klinikbereichen gelangt POLYPOINT zum Einsatz. Therapieverordnungen, OP-Anmeldungen, Medikation, Laboraufträge, u.v.m. lassen sich mit wenigen Klicks erstellen und an die Pflege sowie die paramedizinischen Dienste versenden. Durch das interne Meldesystem werden die Aufträge automatisch an die zuständige Abteilung bzw. Personen übermittelt. Die optionale Durchführungsbestätigung stellt sicher, dass der Auftrag auch erledigt wird. Verordnungen können im POLYPOINT in das Auftrags- und Workflowmanagement integriert, automatisiert und gesteuert werden.

Codierung

Für die Codierung von Diagnosen und Prozeduren sind verschiedene Codierhilfsmittel wie Semfinder, Kodip oder Medstat in POLYPOINT integrierbar. Eine qualitativ hochstehende ICD-10 und ICD-9-Codierung mit Plausibilisierungsmechanismen ist somit jeweils mit der aktuellsten Katalogversion sichergestellt. Eintritts- und Austrittscodierung können für die Berichterstellung, wie auch für die Fallkostenermittlung genutzt werden. Im OP-Bereich lassen sich die CHOP-Codes zudem direkt in Leistungspakete integrieren.

Verlaufsdokumentation

Die Verlaufsdokumentation dient der lückenlosen Nachvollziehbarkeit einer Behandlung. Sie ist unverzichtbar bei späteren Überprüfungen oder beim Wechsel von Bezugspersonen. Zudem bildet sie die Grundlage für die weitere Behandlungsplanung und die Berichterstellung. In ihr sind alle Behandlungseinheiten, mit Angabe des Datums sowie der Massnahmen beschrieben. Sie umfasst zudem alle Informationen und behandlungsrelevanten Reaktionen des Patienten.

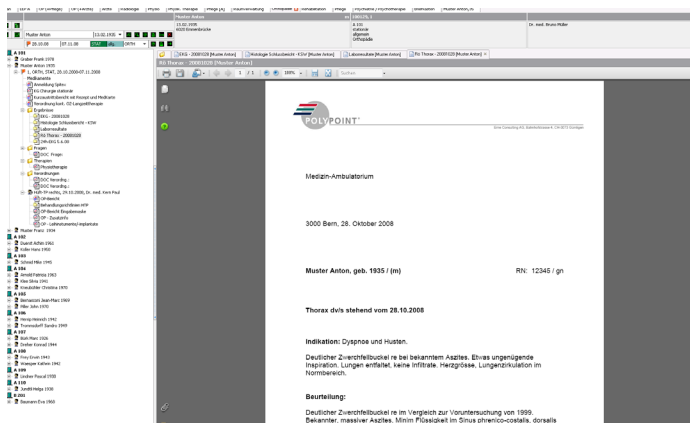


Abbildung 5: Berichtsschreibung

Arztberichtscharreibung

Berichte sind ein unverzichtbarer Teil der interdisziplinären Dokumentation. Sie werden in der Regel nach Abschluss, aber auch während der Hospitalisierung erstellt. Der POLYPOINT-Schreibassistent ermöglicht Ihnen die individuelle Gestaltung Ihrer Dokumentvorlagen gemäss internen Vorgaben und Richtlinien. Dadurch können fachbereichsspezifische und krankenhausübergreifende Dokumente vorgefertigt werden. Sämtliche Inhalte können aus der Krankengeschichte mittels Dokumentvorlagen automatisch übernommen werden. Auf Knopfdruck erstellen Sie somit einen praktisch versandbereiten Arztbericht. Für die elektronische Visierung und Freigabe dieser Dokumente können die zuständigen Verantwortlichen über das Auftragsmanagementsystem angesteuert werden.

Elektronisches Diktat

Sparen Sie Zeit durch die Integration des elektronischen Diktats. Die aufgezeichneten Sprachdateien werden in POLYPOINT abgelegt und den dazugehörigen Patienten zugeordnet. Mittels des Auftragsmanagements erhält das zuständige Sekretariat den Schreibauftrag.