

Pflegedokumentation

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 wegzu-denken.

Auch das Pflegepersonal dokumentiert mit standardisierten Berichten und Formularen alle Arbeitsschritte an Patienten. Somit sind in der Patientenakte auch sämtliche Pflegeaktivitäten jederzeit nachvollziehbar und sichergestellt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Patientenversorgung mit Ärzten und Therapeuten wird durch POLYPOINT unterstützt und gefördert.

Gut strukturierte Übersichten dienen der schnellen Informationsübertragung. Alle wesentlichen Informationen wie offene Behandlungsaufträge, empfangene Laborwerte, aktuelle Verlaufseinträge u.v.m. sind übersichtlich dargestellt. POLYPOINT ist ein unverzichtbares Hilfsmittel, um einen effektiven Patientendurchlauf und eine zeitnahe Dokumentation sicherzustellen. Die täglichen Schichtwechsel beispielsweise erfolgen effizient und reibungslos.

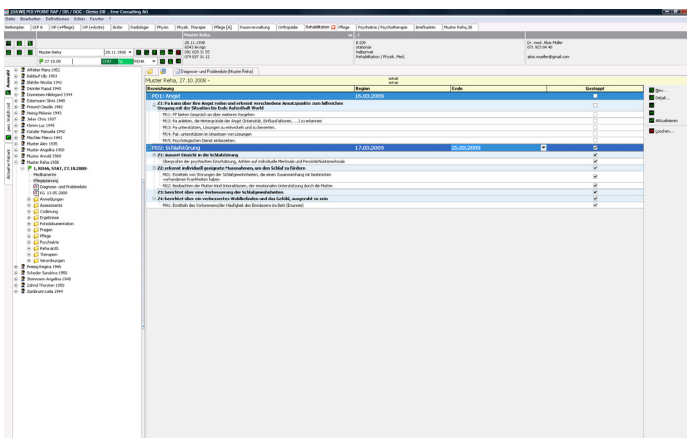


Abbildung 1: Pflegeplanung

Pflegeprozess

Über die standardisierte Hinterlegung des Pflegeprozesses lässt sich bei der Dokumentation von Problemstellung und Massnahmen das Assessment und die Zielüberprüfung darstellen. Verknüpfte Kataloge wie NANDA, LEP® Nursing 3; ePA-AC®, u.v.m. unterstützen die pflegerische Dokumentation. Diese Hilfsmittel geben den Pflegenden Hinweise, bei welchen Patienten weitere Ziele zu formulieren oder wann Kontrollen nötig sind.

Wunddokumentation

Digital erstellte Wundbilder können sehr einfach in die Patientenakte integriert werden. Die Bilder werden direkt in POLYPOINT abgelegt und fliessen nahtlos in die Pflegeplanung und Dokumentation ein. Der Bericht zum Wundverlauf zeigt auf einen Blick, ob die Therapie den gewünschten Effekt hatte, oder ob eine Behandlungskorrektur vorgenommen werden muss.

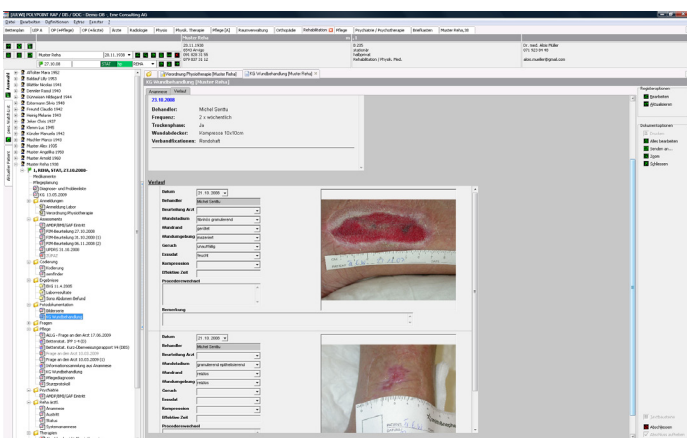


Abbildung 2: Wundbehandlung

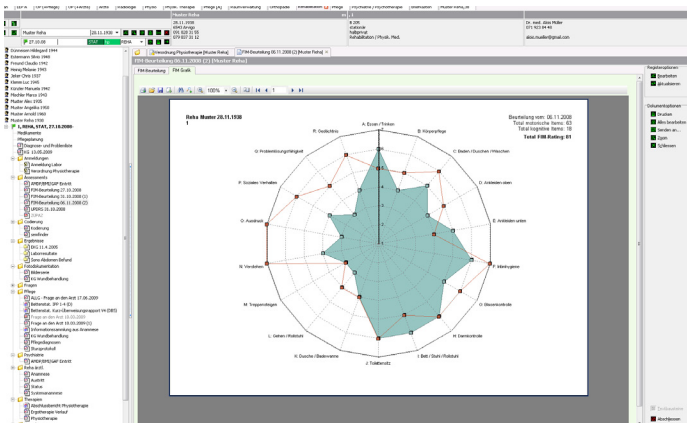


Abbildung 5: Assessment FIM

Dokumentation von Verordnungen

Die von den Ärzten erfassten Verordnungen, wie beispielsweise Verbandswechsel, Blutdruckmessung, etc. werden analog der Medikation vom Pflegepersonal entgegengenommen. Nach erfolgter Ausführung werden sie als erledigt gekennzeichnet und visiert.

Mit Hilfe des integrierten Benachrichtigungs-Systems haben zudem alle beteiligten Fachkräfte die Möglichkeit, Fragen und Antworten elektronisch auszutauschen.

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. Verlaufeinträge können anhand einzelner Aktionen auch automatisch generiert werden.