



Therapiedokumentation

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 Informationsdrehzscheibe 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.

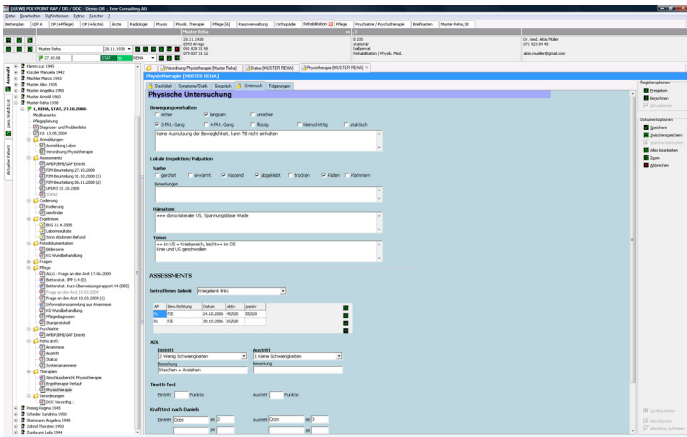


Abbildung 1: Therapiedokumentation

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.

Therapeutische Massnahmen sind Teil des gesamten Ablaufs der medizinischen Patientenversorgung. Sie sind wichtig für die erfolgreiche Behandlung und somit die Zufriedenheit der Patienten. Für eine optimale Therapiegestaltung ist die genaue Kenntnis der gesamten Krankengeschichte sowie der bisherigen Massnahmen zwingend.

Die therapeutische Dokumentation in der Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, etc. besteht im Wesentlichen aus Initialbeurteilung, Folgebeurteilungen, Verlaufseinträgen, Berichten und Assessments.

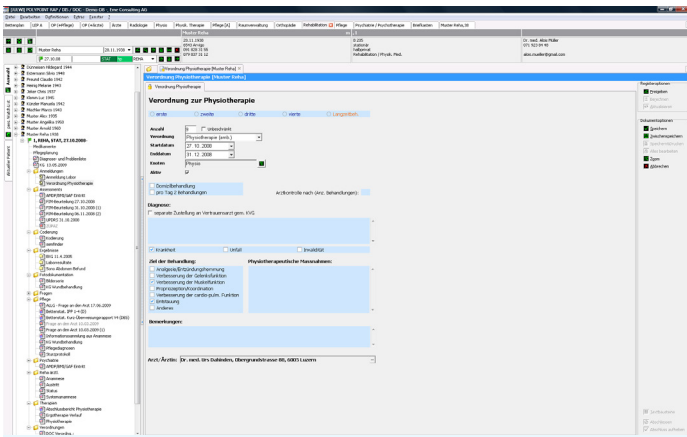


Abbildung 2: Therapieverordnung

Bereits durch andere Berufsgruppen erhobene Informationen werden in den verschiedenen Formularen automatisch abgefüllt.

In POLYPOINT wird eine therapeutische Behandlung lückenlos dokumentiert. Zu den verschiedensten Therapien können interne Standards und Richtlinien hinterlegt werden. Die inhaltliche Dokumentation kann nach Fachbereich oder Funktion unterschiedlich sein. Auf die jeweiligen Bedürfnisse wird individuell eingegangen.

Die Therapiedokumentation kann in POLYPOINT auch direkt aus der Patientenagenda aufgerufen werden.

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 therapie-relevanten Reaktionen des Patienten. Verlaufseinträge können anhand einzelner Aktionen auch automatisch generiert werden.

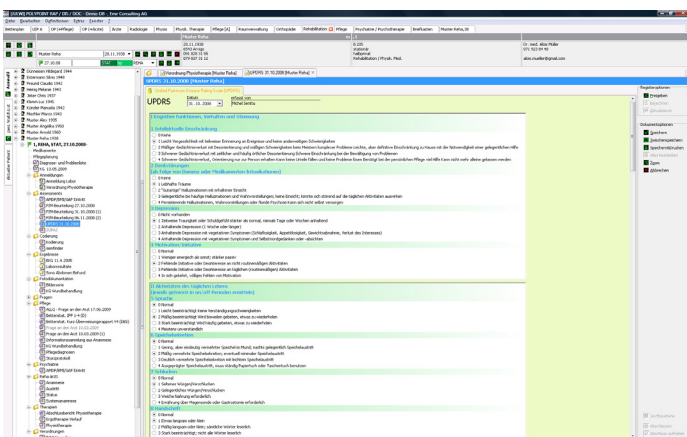


Abbildung 3: Assessment UPDRS

Interdisziplinärer Informationsaustausch

Sämtliche benötigte Daten, die in der Krankengeschichte durch Ärzten und Pflegepersonal bereits erfasst wurden, stehen innerhalb der Therapiedokumentation lückenlos und ohne Zeitverzug zur Verfügung. Entsprechend der jeweiligen Zugriffsberechtigungen kann somit auch therapeutisches Personal direkten Zugang auf beispielsweise die Medikation, die Kurve, den Pflegeprozess, die Verlaufseinträge, u.v.m. erhalten.