

Auswertung von Sturz- und Dekubitusprotokollen aus Orbis mit BIC

- Ausgangslage
- Auswertungsmöglichkeiten in Orbis
- Formulare
- Implementierung
- Vorstellung des Cubes
- Sturzcockpit
- Resümee

- Wunsch nach Standardberichten aus dem Data-Warehouse für die Pflege
- Zusätzlicher Wunsch nach QM-relevanten Daten
- Relevante Daten für das QM sind Sturzdaten, Dekubitusdaten und Ernährungsscreening
- Zugriff auf Formulardaten in Orbis notwendig

Wunddokumentation

Liste Dekubitus- oder
Sturzprotokoll

Diagnose L89

Nachteile

- Keine Info, ob Dekubitus im Krankenhaus entstanden oder mitgebracht wurde.
- Keine Info über Stationsverlegungen
- Keine Info über Umstände beim Sturz, etc.
- Keine Info, ob ein Sturz- bzw. Dekubitus-Risiko vorlag oder nicht.
- Keine Information darüber, auf welcher Station die Erfassung gemacht worden ist
- Auswertungen langsam, umständlich und nur auf Hausebene zu ziehen

- HSM-Stammblatt
- Dekubitus-Formular
- Braden-Skala
- Norton-Skala
- Sturzprotokoll



Standardisierter, einfacher und schneller Massenzugriff sowie Auswertung dieser Formulare durch Orbis nicht möglich!

ORBIS 18.05.2015 14:30:20 VHK@TEST 08.04.23.03.0004900

Test, Dekubitus 911505105 *01.01.1950 / Zeitschrift: Bild KG Chirurgie VHK-ACH/VHK-S DAUSX001

Bereiche/Übersichten Stammblatt HSM [KG Chirurgie]*

Ambulanz Station Funktionsbereich OP-Bereich Intensivmedizin Strahlentherapie Expertensystem Medizincontrolling

Patientensuche Stationsgrafik Fallübersicht Arbeitsliste Information Arbeitsliste Medizin Behandlungsplanung BF Ausgang_Lockerung NICE Arbeitsliste Medikation geöffnete Akten Test, Dekubitus

Labor Kumulativbefund Operationen Pflegeplanung Übersicht Planungsbogen Liste Verordnungsübersicht Vorgänge Wunden Übersicht [Stammblatt HSM]

Zusatzinfos Nachrichten Auswahl Datum Benutzer

St. Vinzenz-Hospital
Eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria

Patientin:
Test, Dekubitus
Geburtsdatum: 01.01.1950 65 Jahre
Fall-Nr.: 911505105 VHK Station 03
Angehörige / Bezugspersonen:

Allgemeine Informationen:
Gewicht: kg Größe: cm BMI:
Diabetes Mellitus: ja nein
Antikoagulation: ja nein
Allergien:
 Patientenverfügung
 Vorsorgevollmacht Kopie in Akte ja nein
 Amtliche Betreuung nichts vorhanden
Name/Tel.:

Bewusstseinslage:

	orientiert	manchmal desorientiert	immer desorientiert
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Komatös

Verhaltensmuster:
 Angemessen
 Unkonzentriert (abschweifend)
 Körperlich unruhig, erregt
 Verwirrt, kognitiv eingeschränkt
 Andere Verhaltensmuster
z.B. teilnahmslos, depressiv

Infektionsstatus: **Abstrich am:**
MRE: ja nein
Isolationspflichtig: ja nein

Dekubitus bei Aufnahme: ja nein
Wunden: ja nein
 ja nein

Schmerzen:
ATL: Unabhängig in allen ATL's
bei: Unterstützung Abhängig
Essen / Nahrung reichen
Vorbereitung Essen
Baden / Pflegen
Toilettengang
Darmkontinenz
Harnkontinenz
Medikationeneinnahme
Umgang mit eigenen Finanzen
Lebensmitteleinkäufe
Benutzen von Verkehrsmittel
Bewegen

Mitgebrachte Hilfsmittel:
Sehlfäden: _____
Gehhilfen: _____
Hörhilfen: _____
Prothesen: _____
Zahnprothesen: _____
Schrittmacher: _____
Sonstiges: _____

Kommunikation:
Sprache: _____
 Pat. kann mit/ohne Hilfsmittel gut hören und sehen
 Seh- oder Hörbeeinträchtigung
 Seh- und Hörbeeinträchtigung
 Sonstiges:
Wertgegenstände ja nein
Wertgegenstände-Protokoll angelegt ja nein
Patient wurde über Diebstahlfahr aufgeklärt: ja nein
Patientensicherheitsarmband angelegt:
 Ja Nein

Patientenstammblatt / Pflegeanamnese

Mobilität:
 Mobil
 Mobil mit Unterstützung durch Hilfsmittel
 Mobil mit Unterstützung durch andere Pers.
 Immobil, Pat. ist überwiegend Bettlägerig

Soziale Situation / Häusliche Versorgung:
 welche Etage / Treppenstufen: _____
Aufzug ja nein
 Lebt mit dem Partner
 Lebt mit Familie mit Unterstützung
 Lebt alleine mit familiärer Unterstützung
 Lebt alleine mit Unterstützung durch Freunde
 Lebt alleine ohne Unterstützung
 Lebt im Pflegeheim:
 Ambulanter Pflegedienst
 Pflegestufe:
 Haushaltshilfe ___ x / Tag ___ x / Woche
Zustimmung Aktivierung Familiäre Pflege ja nein

Sonstiges:

Besteht ein Sturzrisiko? ja nein

HSM-Stammblatt

The screenshot displays the ORBIS medical software interface. The main window title is "Stammblatt HSM [KG Chirurgie] > Dekubitus". The patient information includes "911505105" and "01.01.1950". The current date and time are "18.05.2015 14:31:42". The user is identified as "VHK@TEST" and the department as "KG Chirurgie".

The left sidebar shows a navigation tree with categories like "Ambulanz", "Station", "Funktionsbereich", "OP-Bereich", "Intensivmedizin", "Strahlentherapie", "Expertensystem", and "Medizincontrolling". The "Medizincontrolling" section is expanded, showing various clinical tasks and reports.

The main content area displays the "Dekubitus" form. The "Erfassung am" field is set to "18.05.2015" at "14:31" by "Andrea Daus". The "Nächste Einschätzung in" is set to "5 Tagen". The form includes several sections for data entry:

- Zeitpunkt der Erfassung:** Radio buttons for "bei Aufnahme" (selected), "bei Entlassung", "bei Verlegung", and "Folgefassung".
- Dekubitus vorhanden:** Radio buttons for "ja" (selected) and "nein".
- Pat. eingeliefert m. Dekubitus:** Radio buttons for "ja" and "nein".
- Dekubitusgefährdung prüfen:** Radio buttons for "ja" and "nein".

The bottom of the interface shows "Zusatzinfos" and "Nachrichten" sections, with "Lokalisation" and "Lokalisation - Bezeichnung" marked as required fields.

Dekubitus-Formular

ORBIT 18.05.2015 14:45:16 VHK@TEST 08.04.23.03.0004900

Test, Dekubitus 911505105 *01.01.1950 / Zeitschrift: Bild

Stammblatt HSM [KG Chirurgie] > Dekubitus*

Erfassung am 18.05.2015 / 14:31 von Andrea Daus Schicht: Spatdienst

Nächste Einschätzung in 5 Tagen

Deku-Dokumentation	Skalen	Lokalisation	Stadium/Große	Bilder	Einschätzung	Bilder Vorschau	Zusammenfassung
Beweglichkeit = Fähigkeit, Körperpositionen zu verändern und zu kontrollieren	keine Veränderung der Körperposition ohne Unterstützung	keine Veränderungen der Körperpositionen möglich, jedoch unzureichend und nicht kontinuierlich	kleine Veränderungen der Körperpositionen möglich, jedoch unzureichend und nicht kontinuierlich	führt selbständig kleinere Veränderungen der Körperposition durch	3	verändert seine Körperposition selbständig	
Aktivität = Grad der physikalischen Aktivität	bettlägerig	Fähigkeit zu gehen ist sehr eingeschränkt oder nicht vorhanden. Kann eigenes Gewicht nicht tragen und/oder muss unterstützt werden, um im Stuhl oder Rollstuhl zu sitzen	Fähigkeit zu gehen ist sehr eingeschränkt oder nicht vorhanden. Kann eigenes Gewicht nicht tragen und/oder muss unterstützt werden, um im Stuhl oder Rollstuhl zu sitzen	kann nur kurze Strecken mit oder ohne Unterstützung gehen; verbringt die meiste Zeit einer Tagesschicht im Bett oder Stuhl	3	kann alleine aufstehen und spazieren gehen; verbringt die meiste Zeit einer Tagesschicht außerhalb des Bettes oder Stuhls	
Reibungs- und Scherkräfte	Maximale Unterstützung in allen Bewegungen; Heben ohne Reibung an der Wäsche nicht möglich; rutscht im Stuhl und/oder Bett ständig nach unten, muss mit maximaler Unterstützung ständig wieder hochgezogen werden; Spastik, Kontraktionen etc.	minimale Unterstützung in der Bewegung; beim Heben wesentlich weniger Reibung an der Wäsche; muss nur gelegentlich "hochgezogen" werden	keine Reibung bei Bewegung; ausreichende Muskelkraft, um Reibung vollständig zu vermeiden; behält optimale Lage im Bett oder Stuhl bei	3			
Sensorische Wahrnehmung = Fähigkeit, sinngemäß auf durch Druck hervorgerufenen Unbehagen zu reagieren	keine Antwort (kein Stöhnen, kein Greifen) auf einen Schmerzreiz gemäß einer verminderten Bewußtseinslage oder einer Sedierung oder begrenzte Fähigkeit, Schmerz zu empfinden (auf der meisten Körperoberfläche)	Antwort nur auf Schmerzreiz. Kann Unbehagen nur durch Stöhnen oder Umlaute äußern oder begrenzte Fähigkeit, Schmerz zu empfinden (Hälfte der Körperoberfläche)	kommt Aufforderungen nach, kann jedoch nicht immer adäquat reagieren oder Unbehagen aus-drücken oder sensorische Beeinträchtigungen an einer oder zwei Extremitäten	3	kommt Aufforderungen nach; keine sensorischen Defizite, welche die Fähigkeit beeinträchtigen, Schmerz zu empfinden und entsprechend zu reagieren		
Ernährung = gewöhnliches Ernährungsmuster	ist nie eine komplette Mahlzeit (meistens ein Drittel des Angebotenen); geringe Aufnahme von Eiweiß und Flüssigkeit, verweigert zus. angebotene diätetische Nahrung oder parenterale Ernährung für mehr als 5 Tage	ist selten eine komplette Mahlzeit (meistens die Hälfte des Angebotenen); geringe Aufnahme von Eiweiß und Flüssigkeit; nimmt gelegentlich diätetische Zusatznahrung zu sich oder nicht ausreichend enterale Ernährung über Er	ist über die Hälfte aller angebotenen Mahlzeiten; nimmt ausreichend Eiweiß und Flüssigkeit zu sich; manchmal Ablehnung einer Mahlzeit, aber dafür Akzeptanz von diätetischer Zusatznahrung oder aus-r	3	ist alle Mahlzeiten, verweigert nie die Nahrung, ist manchmal zwischen den Mahlzeiten; keine zusätzliche diätetische Nahrung mehr nötig		
Feuchtigkeit = Grad, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	ständige Feuchtigkeit durch Schweiß, Urin, Drainageflüssigkeit etc.; Feuchtigkeit ist immer zu beobachten, wenn der Pat. gebettet oder gedreht	Haut ist sehr oft, aber nicht immer feucht; zusätzlicher Wäsche-wechsel einmal pro Schicht	Haut ist gelegentlich feucht; zusätzlicher Wäsche-wechsel einmal pro Tag	2	Haut ist gewöhnlich trocken; nur Routine Wäsche-wechsel		
Dekubitusrisiko: Gering							Gesamtpunkte 17
							Summe 17

Braden-Skala

ORBIT 18.05.2015 14:45:59 VHK@TEST 08.04.23.03.0004900

Test, Dekubitus 911505105 *01.01.1950 / Zeitschrift: Bild

Stammblatt HSM [KG Chirurgie] > Dekubitus*

Erfassung am 18.05.2015 / 14:31 von Andrea Daus Schicht: Spatdienst

Nächste Einschätzung in 5 Tagen

Deku-Dokumentation Skalen Lokalisation Stadium/Große Bilder Einschätzung Bilder Vorschau Zusammenfassung

nächste Einschätzung in 0 Tagen Tage Stunden

Norton-Skala / Summe: 20 ohne Befund

Kooperationsbereitschaft/ Motivation	voll	wenig	teilweise	keine	3
Alter	< 10	< 30	< 60	> 60	1
Hautzustand	normal	schuppig-trocken	feucht	Allergie, Risse	2
Zusatzkrankungen	keine	Fieber, Diabetes, Anämie	MS, Ca, Kachexie, Adipositas	Koma, Lähmung	3
Körperlicher Zustand	gut	leidlich	schlecht	sehr schlecht	3
Geistiger Zustand	klar	apathisch-teilnahmslos	verwirrt	stuporös-stumpfsinnig	2
Aktivität	geht ohne Hilfe	geht mit Hilfe	rollstuhlbedürftig	bettlägerig	1
Beweglichkeit	voll	kaum eingeschränkt	sehr eingeschränkt	voll eingeschränkt	2
Inkontinenz	keine	manchmal	meistens	Urin und Stuhl	3
Dekubitusrisiko: mittel				Gesamtpunkte	20

Summe 20

Norton-Skala

ORBIT 21.05.2015 15:52:22 VHK@TEST 08.04.23.03.0004900

Datei Bearbeiten Extra Administration 2

Test, Dekubitus ♀ 911505105 *01.01.1950 / Zeitschrift: Bild KG Chirurgie VHK-ACH/VHK-A DAUSX001

Bereiche/Übersichten

- Patientenservice
- Patientendatenmanagement
- Ambulanz
- Station
- Funktionsbereich
- OP-Bereich
- Intensivmedizin
- Strahlentherapie
- Patientensuche
- Stationsgrafik
- Fallübersicht
- Arbeitsliste Information
- Arbeitsliste Medizin
- Behandlungsplanung
- BF Ausgang_Lockerung NICE
- Arbeitsliste Medikation
- geöffnete Akten
- Test, Dekubitus
- Labor Kumulativbefund
- Operationen
- Pflegeplanung Übersicht
- Planungsbogen Liste
- Verordnungsübersicht
- Vorgänge
- Wunden Übersicht
- [Unfallbericht/Sturzprotokoll]
- Zusatzinfos
- Nachrichten
- Meldungen

Unfallbericht/Sturzprotokoll [KG Chirurgie]

Erfassung am 21.05.2015 / 15:49 von Andrea Daus Schicht: Spätdienst
 letzte Erfassung 18.05.2015 / 15:35 von DAUSX001

Patientenzwischenfall / Sturzprotokoll

Datum des Sturzes: 21.05.2015

Uhrzeit: 00:00 - 02:59 06:00 - 08:59 12:00 - 14:59 18:00 - 20:59
 03:00 - 05:59 09:00 - 11:59 15:00 - 17:59 21:00 - 23:59

War medizinisches Personal anwesend? Ja Nein

Waren andere Personen anwesend? Ja, wer:
 Nein

Wo ist der Patient gestürzt?

Patienten-Zimmer
 Sanitärraum
 Flur
 Treppe
 Bett
 Bad
 Sonstiges:

In welcher Situation fand der Sturz statt?

Stehen
 Gehen
 Aufstehen/Hinsetzen
 bei Benutzung von Hilfsmitteln
 nicht eindeutig
 Sonstiges

Verletzung ja nein
 Gehilfen ja nein

mögliche Ursachen:

Schmerzmittel
 Sedierung
 Schlafmittel
 Prä-Medikation
 Narkose
 Kognitive Einschränkungen
 eingeschränkte Mobilität
 Analgesie
 Post-op. Tag
 SP, PDA
 ITN
 Maske

sturzbedingte Auffälligkeiten? Ja Nein

Schmerzen Ja Nein

Unfallbericht/Sturzprotokoll

Prozess und Aussage

- Welche Formulare müssen verknüpft werden?
- Sind Fehleingaben ausgeschlossen?
- Sind Mehrfacheingaben ausgeschlossen?
- Müssen die Formulare angepasst werden?
- Werden die Formulare gewissenhaft und regelmäßig befüllt?

Aufbau des Cubes durch die TIP

- Austausch über die benötigten Felder und Dimensionen
- Austausch über Datenlogik

Validierung

- Sind die Ergebnisse realistisch?
- Arbeitet der Cube zuverlässig
- Eventuelles Nachjustieren durch TIP

Vorstellung des Cubes

- ▲ ∑ Measures
 - ▮ Anzahl Erfassungen
 - ▮ Anzahl Erfassungen mit Personenschaden
 - ▮ Anzahl Erfassungen mit Sachschaden
 - ▮ Anzahl Fälle
- ▷ Aktuelle Schicht
- ▷ Andere Personen anwesend
- ▷ Anzahl Erf mit Personenschaden je Fall
- ▷ Anzahl Erfassungen je Fall
- ▷ Aufenthaltstyp
- ▷ Aufnahme Fachabteilung
- ▷ Aufnahme Station
- ▷ Aufnahmedatum
- ▷ Aufnahmezeit
- ▷ Entlassungsdatum
- ▷ Entlassungszeit
- ▷ Erfassung am
- ▷ Fachabteilung
- ▷ Fall bis 24h Aufenthalt
- ▷ Fall Nr
- ▷ Formular ▾
- ▷ Gehilfen

- ▷ Mandant
- ▷ Mandantengruppen
- ▷ Medizinisches Personal anwesend
- ▷ Mitarbeiter
- ▷ Mitarbeiter kurz
- ▷ Personenschaden
- ▷ Sachschaden
- ▷ Schmerzen
- ▷ Situation
- ▷ Station
- ▷ Status
- ▷ Sturzbedingte Auffälligkeiten
- ▷ Sturzdatum
- ▷ Sturzort
- ▷ Sturzrisiko
- ▷ Sturzzeit
- ▷ Sturzzeitpunkt bekannt
- ▷ Ursache
- ▷ Verletzung
- ▷ Verletzung Details

- (Cockpit im Excel-Format wird vorgestellt)
- Verschiedene Sichten auf die Daten (Verbund, Haus, Station)
- Grafische vs. Tabellarische Darstellung
- Verknüpfung mit Patientendaten (PAT-Cube)

- Schneller und einfacher Datenzugriff für Ad-Hoc-Auswertungen
- Schnelle und einfache Erstellung der Standardberichte
- Umfassendere Informationen, Transparenz in der der Pflege
- Steuerungsrelevante Daten für die Pflege
- Ableitung von Gegenmaßnahmen