

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna – czy jesteśmy na to gotowi?

Electronic Medical Records System – are we ready for it?

TOMASZ PILECKI, EWA KLESZCZEWSKA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

Dokumentacja medyczna prowadzona w formie elektronicznej już niebawem będzie dostępna we wszystkich podmiotach świadczących usługi zdrowotne. Elektroniczna dokumentacja medyczna ma za zadanie usprawnić i ułatwić dostęp do informacji – zarówno personelowi medycznemu jak i samemu pacjentowi. W obecnym stanie prawnym obowiązek stosowania elektronicznej dokumentacji medycznej będzie obowiązywał od dnia 1 sierpnia 2014 r. Z praktycznego punktu widzenia, tylko niewielka część placówek jest gotowa by prowadzić dokumentację medyczną w formie elektronicznej. Pozostała, zdecydowanie większa część, jest przekonana o przesunięciu daty wdrożenia na rok 2017. Sam zakup odpowiedniego sprzętu i uregulowanie norm prawnych nie wystarczy. Najbardziej czasochłonną pracą jest wprowadzenie szkoleń, zmiana myślenia i przekonanie personelu do elektronicznej dokumentacji medycznej. Dokonanie pochopnych decyzji, oraz wdrożenie dokumentacji w postaci elektronicznej w pośpiechu, może przyczynić się do wielu uchybień i niezagwarantowania odpowiedniej ochrony dla danych medycznych.

Słowa kluczowe: elektroniczna dokumentacja medyczna, pacjent, opieka zdrowotna, podmiot świadczący usługi medyczne, zdrowie, prawa pacjenta

The electronic medical records system will soon be available in all health care institutions. Electronic medical records should improve and facilitate access to information for both medical staff and the patient. The legal obligation to use electronic medical records will start from August 1, 2014. From a practical point of view, only some of the medical care institutions are ready to introduce the electronic medical records system. The majority of medical care institutions assume that the electronic medical records system will be implemented in 2017. Adequate equipment and regulation of legal standards are not enough. The most time-consuming is the introduction of training, a change of attitude and convincing the staff about the advantages of keeping electronic medical records. Making a hasty decision and inadequate implementation of electronic documentation can contribute to many shortcomings and will not ensure satisfactory protection of medical data.

Key words: electronic medical record, patient, healthcare, the entity providing medical services, health, patient rights

© Hygeia Public Health 2014, 49(2): 261-266

www.h-ph.pl

Nadesłano: 05.04.2014

Zakwalifikowano do druku: 20.04.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Tomasz Pilecki

ul. Bluszczowa 18, 16-300 Augustów

tel. 51 178 45 80, e-mail: tomasz.pilecki91@gmail.com

kleszczewska.ewa@gmail.com

Wykaz skrótów

EDM – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

RP – Rzeczpospolita Polska

Dzisiejszy świat w dobie globalizacji i nieustannym postępie technologicznym oraz technicznym wpływa znacząco na życie każdego obywatela. Człowiek nieprzerwanie dąży do zapewnienia wzrostu komfortu życia oraz poprawy własnego bezpieczeństwa. Nowe telefony, komputery, samochody, internet – to tylko niektóre środki, które służą uproszczeniu życia. Mają one znaczący wpływ na rozwój społeczeństwa informatycznego. Rozwój ten uwarunkowany jest jednak posiadaniem zdrowia. Każdy człowiek, od początku

swego istnienia, doświadcza różnego rodzaju chorób i cierpień, które towarzyszą mu przez całe życie. Posiadanie zdrowia jest zatem wartością bezcenną i niezbędną do prawidłowego funkcjonowania. Według Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, „Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności” [1]. Jednym z istotnych czynników wpływających na stan zdrowia pacjenta jest opieka zdrowotna, określana również jako system zdrowotny, system służby zdrowia, ochrona zdrowia bądź system opieki zdrowotnej.

Prawo do opieki zdrowotnej zapewnia art. 68 Konstytucji RP, który stanowi, iż obywatelom, nieza-

leżnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemiologicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

W Polsce opieka zdrowotna oparta jest na modelu ubezpieczeniowym. Od 1999 roku w miejsce istniejącego systemu budżetowego został wprowadzony system powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Wyjątkiem od tej zasady są osoby, które nie podlegają z mocy Ustawy [2] temu ubezpieczeniu. Osoby te mogą ubezpieczyć się dobrowolnie.

Obecnie „pacjent” utożsamiany jest z „klientem”, który zgłasza się do zakładu opieki zdrowotnej w celu otrzymania oczekiwanego przez niego produktu jakim jest rozwiązanie jego problemu zdrowotnego. W systemie opieki zdrowotnej oferowanym pacjentowi produktem jest ogół świadczonych usług, w skład których wchodzi usługi ściśle medyczne, np. opieka lekarska, pielęgniarska itp. oraz usługi wspierające, tj. rejestracyjne, laboratoryjne, informacyjne, itp. Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej w art. 2 pkt. 10 określa „świadczenie zdrowotne, jako działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania” [4]. Wszystkie oferowane przez podmiot usługi są równie ważne. Poziom jakości świadczonej usługi ma znaczący wpływ na globalną ocenę nie tylko dokonanej usługi ale również placówki w której została ona zrealizowana.

Jakość oferowanych usług jest istotna dla każdego podmiotu świadczącego usługi medyczne. Coraz więcej placówek decyduje się na wprowadzenie systemu zarządzania jakością, dzięki któremu możliwe będzie opracowanie i wdrożenie skutecznych narzędzi, metod oraz procedur postępowania. Przeprowadzenie kontroli wprowadzonych metod z jednej strony umożliwiłoby sprawdzenie, czy oferowane pacjentom usługi spełniają ich oczekiwania. Z drugiej zaś strony umożliwiłoby zredukowanie kosztów do takiego poziomu, by usługa była konkurencyjna na rynku pod względem przewidzianych terminów jej realizacji, poniesionych kosztów oraz udoskonalonych rozwiązań.

Duże szanse rozwoju w dziedzinie ochrony zdrowia pokłada się obecnie w powszechnym zastosowaniu technologii informacyjno-komunikacyjnej. Głównym założeniem planowanych działań z zakresu tej technologii, jest poszerzenie interakcji między podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne a pacjentami. Jednym z głównych działań prowadzonych w zakresie rozwoju

sektora ochrony zdrowia jest wprowadzenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.

Zagadnienia wstępne związane z Elektroniczną Dokumentacją Medyczną

Dokumentacja medyczna jest nieodłącznie związana z każdym pacjentem. Informacje w niej zawarte są istotne podczas nieustannego procesu leczenia chorego. Dzięki prawidłowo prowadzonej dokumentacji medycznej, każdy lekarz może zapoznać się z informacją dotyczącą uprzednio wdrożonego leczenia, określić czy leczenie odbyło się prawidłowo oraz podjąć wspólnie z pacjentem decyzję dotyczącą dalszego postępowania. Co więcej, na podstawie dokumentacji medycznej możliwe jest kształcenie przyszłych lekarzy oraz prowadzenie badań na podstawie obserwacji konkretnych przypadków. Z dokumentacji medycznej korzystają instytucje odpowiedzialne za finansowanie usług medycznych. Dzięki dokumentacji możliwe jest dokładne określenie jakie usługi zostały konkretnemu pacjentowi udzielone i na tej podstawie sfinansować dane leczenie.

Informacje zawarte w dokumentacji mają istotne znaczenie również z cywilno-karnego punktu widzenia. Na podstawie zawartych w dokumentacji informacji, możliwe jest sprawdzenie, czy nie zostały naruszone określone prawa pacjenta (tj. prawo do informacji, oraz udzielenia świadomej zgody na zabieg medyczny). Dokumentacja medyczna prowadzona w sposób nieprawidłowy może być skuteczną podstawą prawną do założenia przez poszkodowanego sprawy sądowej [5].

Należy zatem zaznaczyć, iż dokumentacja medyczna ma istotne znaczenie nie tylko dla samego pacjenta, ale również dla podmiotów świadczących usługi medyczne, podmiotów finansujących leczenie oraz instytucji sądowych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [6], dokumentację medyczną ze względu na sposób jej prowadzenia, wyodrębnia się w postaci: papierowej i elektronicznej. W niektórych szpitalach, przechodniach, bądź gabinetach, w dalszym ciągu można zobaczyć potężne szafy wypełnione papierową dokumentacją medyczną. Widok ten ma ulec zmianie z dniem 1 sierpnia 2014 roku. Zgodnie z art. 50 ust. 1 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia [7] z dniem 1 sierpnia 2014 roku „Dokumentację medyczną prowadzi się w postaci elektronicznej”. Zatem od dnia 1 sierpnia 2014 r. powstaje obowiązek dla wszystkich podmiotów świadczących usługi medyczne prowadzenia dokumentacji wyłącznie w formie elektronicznej. Przyjęto jednak, iż do dnia 31 lipca 2014 roku – zgodnie z art.

56^{1/} ustawy o systemie informacji [7] – dokumentacja medyczna może być prowadzona zarówno w postaci papierowej jak i elektronicznej.

Szanse związane z Elektroniczną Dokumentacją Medyczną

Proces wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej niesie za sobą wiele szans, ale i coraz więcej zagrożeń (niewiadomych). Wprowadzenie w obieg elektronicznej dokumentacji medycznej jest niewątpliwie istotnym i odważnym krokiem w kierunku rozwoju informatyzacji służby zdrowia. Korzystanie z elektronicznej dokumentacji medycznej niesie za sobą wiele korzyści. Koszty przechowywania, zabezpieczenia oraz udostępniania dokumentacji w postaci papierowej wcale nie są niskie (zapewnienie ochrony, wypełnione dokumentacją segregatory, teczki, itp.). Przechowywanie dokumentacji w formie papierowej często niesie za sobą problemy z odnalezieniem właściwego dokumentu.

Co więcej, powstaje problem w dobie informatyzacji społeczeństwa z dołączeniem informacji elektronicznej do archiwum papierowego.

Dane gromadzone są bez końca, gdyż dużo łatwiej jest je utworzyć, niż potem usunąć. Archiwum papierowe ma również ograniczone, wyznaczone miejsce do składowania tejsze dokumentacji. Zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy [3] podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, a w skrajnych przypadkach nawet przez okres 30 lat. Mogą więc zatem powstawać duże problemy z odnalezieniem dokumentacji, w momencie kiedy pacjent po kilku latach zażąda od podmiotu udzielenia własnej dokumentacji medycznej.

Ustosunkowując się do dokumentacji medycznej korzystanie z wersji elektronicznej umożliwi zwiększenie poziomu bezpieczeństwa przetwarzania danych. Ułatwi zarówno archiwizację danych jak i możliwość udostępniania jej pacjentowi w dowolnym momencie. Umożliwi również szybki dostęp w każdym czasie do dokumentacji podmiotowi świadczącemu usługi medyczne. W dłuższej perspektywie czasu będzie również bardziej opłacalnym przedsięwzięciem, niż prowadzenie dokumentacji w wersji papierowej.

Prawidłowe wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna budzi wśród podmiotów świadczących usługi medyczne

coraz więcej obaw. W aktualnym stanie prawnym wspomniana powyżej ustawa o systemie informacji [7] nakłada na wszystkie podmioty obowiązek prowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej. Prawidłowe wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej wymaga jednak spełnienia szeregu istotnych wymogów, które – ze względu na sposób ich wykonania – wydają się być nierealne do zrealizowania w tak krótkim czasie. Szczegółowe wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej precyzuje §80 Rozporządzenia [6], które muszą zostać spełnione przez każdy system teleinformatyczny przeznaczony do prowadzenia dokumentacji.

Obowiązek zapewnienia środków technicznych, do których ustosunkowuje się w szczególności §80 Rozporządzenia [6], jak i środków organizacyjnych poprzez:

- „opracowanie i wdrożenie odpowiedniej dokumentacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych i medycznych, w tym m.in. Polityki Bezpieczeństwa i Instrukcji zarządzania systemem informacji;
- opracowanie i wdrożenie procedur zabezpieczenia dokumentacji i systemów ich przetwarzania w tym procedur dostępu oraz przechowywania, które będą chronić przed dostępem osób nieupoważnionych, przed zniszczeniem lub utratą danych, czy przed nieautoryzowaną zmianą danych;
- opracowanie i wdrożenie procedur przechowywania dokumentacji medycznej w długim czasie w tym jej przenoszenie na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych;
- wdrożenie odpowiednich procesów szkolenia pracowników z zakresu bezpieczeństwa elektronicznej dokumentacji medycznej;
- cykliczne przeprowadzana kontrola wdrożonych mechanizmów bezpieczeństwa w celu określenia ich skuteczności” [8] w oparciu o ustawę o ochronie danych osobowych [9] będzie w kompetencjach każdego administratora danych. Oprócz tego w kompetencjach administratora danych będzie również zapewnienie tzw. administracyjnych środków bezpieczeństwa, które reguluje ustawa o ochronie danych osobowych [9] w art. 36 ust. 2-3, art. 37, art. 38 oraz art. 39 ust. 1. Zgodnie z art. 7 pkt. 4 ustawy o ochronie danych osobowych [9] „przez administratora danych należy rozumieć organ, jednostkę organizacyjną, podmiot lub osobę decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych”. Administratorem danych mogą być również osoby fizyczne takie, jak: lekarz, pielęgniarka, położna, aptekarz, itp. – w związku z tym, iż to na administratorze ciąży ustawowy obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa danych. Administrator w momencie naruszenia przepisów

^{1/} 4 czerwca 2014 roku do Sejmu wpłynął Projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w którym zawarta jest informacja o zmianie art. 56 niniejszej ustawy, wskazująca, iż dokumentacja w postaci papierowej jak i elektronicznej może być prowadzona do dnia 31 lipca 2017r. Tym samym obowiązek prowadzenia dokumentacji wyłącznie w postaci elektronicznej zostanie wprowadzony z dniem 1 sierpnia 2017 r.

przetwarzania lub udostępniania danych – zarówno w sposób umyślny, jak i nieumyślny – podlega karze grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2.

Niepewność związana z Elektroniczną Dokumentacją Medyczną

Aby dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej mogła działać w sposób poprawny, niezbędne jest spełnienie jednocześnie trzech istotnych kwestii: 1. zapewnienie odpowiednich warunków technicznych, które zapewnią adekwatny do zagrożeń poziom bezpieczeństwa, oraz kompatybilność wielu urządzeń (sprzęt, oprogramowanie), 2. określenie norm prawnych, które w sposób jasny i precyzyjny zapewnią możliwość i sposoby korzystania z ochrony prawnej danych, 3. zapewnienie warunków socjalno-politycznych, które wydają się być najbardziej czasochłonną działalnością, ze względu na długotrwały proces podnoszenia poziomu wykształcenia i świadomości osób, korzystających z nowych możliwości technicznych [5].

W momencie redagowania artykułu (stan na dzień 2 kwietnia 2014 rok) we wszystkich wyżej wskazanych założeniach wciąż jest więcej niewiadomych niż wiadomych. Rozpoczynając od założeń technicznych, zdecydowana większość szpitali nie jest przygotowana na wdrożenie od 1 sierpnia 2014 roku elektronicznej dokumentacji medycznej. Według Zygmunta Kamińskiego, prezesa Kamssoft SA, sytuacja informatyzacji służby zdrowia do tej pory dużo lepiej przedstawia się w szpitalach, w których prowadzone są już jakieś systemy informatyczne, niż w sytuacji gabinetów lub przychodni [10]. Należy podkreślić, że samo wprowadzenie systemu nie oznacza, iż będzie on kompatybilny w ogólnopolską sieć dostępu do dokumentacji. W tym zakresie potrzeba wielu zmian w systemach, by umożliwić pacjentowi dostęp do jego dokumentacji w każdym miejscu w Polsce. W dużo lepszej sytuacji znajdują się szpitale wojewódzkie, które – ze względu na dofinansowanie lub możliwości budżetowe – mogły sobie pozwolić na proces informatyzacji placówki. W dużo gorszej sytuacji pozostają mniejsze szpitale, których na takich ruch po prostu nie stać. Dlatego duża część dyrektorów wiąże nadzieję z przesunięciem daty wdrożenia. Swoją wypowiedź argumentują możliwościami dofinansowania szpitali przez Unię Europejską w ramach trzeciego, wieloletniego programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2014-2020, który został wdrożony z dniem 1 stycznia 2014 roku. Komisja Europejska na realizację tego programu przeznaczyła 446 mln EUR (na lata 2008-2013 było to 321,5 mln EUR). Głównym założeniem trzeciego programu jest podjęcie niezbędnych reform na rzecz innowacyjności i stabilności systemów opieki zdrowotnej, zwiększanie dostępu do lepszej i bezpiec-

niejszej opieki zdrowotnej dla obywateli, promocji zdrowia wśród obywateli europejskich i zapobieganie chorobom oraz ochrony obywateli europejskich przed transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia [11]. Do tej pory powstały wyłącznie założenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta, który określa przesunięcie daty wdrożenia obowiązku stosowania elektronicznej dokumentacji medycznej do dnia 1 sierpnia 2017 roku [12], jednak w dalszym ciągu nie powstał sam projekt ustawy, który po przegłosowaniu mógłby termin ten przesunąć [13].

Istotny jest zapis §74 Rozporządzenia [6], który umożliwia podmiotom świadczącym usługi medyczne wybór miejsca, w którym będą przechowywane dane medyczne. To otwiera duże możliwości firmom zewnętrznym, które – ze względu na większe możliwości zapewnienia bezpieczeństwa technicznego – staną się pomocne w szczególności sposób dla małych podmiotów, których nie będzie stać na zakup specjalistycznego sprzętu, oprogramowania, wydzielenia oddzielnych pomieszczeń i zapewnienia odpowiedniej ochrony przetwarzanych danych.

Proces wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej nie opiera się jednak wyłącznie na zakupie sprzętu i oprogramowania. Małgorzata Rusin, pełnomocnik dyrektora, kierownik Zespołu Technologii Informatycznych i Telemedycznych w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II, mówi, iż „nawet o naszym szpitalu, w którym proces informatyzacji trwa od 15 lat, nie można powiedzieć, że jest dziś w pełni przygotowany do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej (EDM)(..). Wdrożenie systemu i przeszkolenie użytkowników to nie jest krótkotrwały proces. Moim zdaniem rok to bardzo mało, zwłaszcza że personel medyczny nie jest dyspozycyjny, bo priorytetem dla niego, co oczywiste, jest pacjent. Przyzwyczajenie do korzystania z systemu i nauczanie wpisywania odpowiednich danych w optymalny sposób naprawdę wymaga wielu miesięcy” [14].

Należy podkreślić, iż wprowadzonych danych do systemu nie będzie można usunąć. Wszelkie popełnione błędy będą musiały zawierać odpowiednią adnotację i złożony podpis elektroniczny wraz z poprawioną treścią. Wymusza więc to na osobach dokonujących wpisu odpowiedniej ilości szkoleń w zakresie wprowadzania danych jak i ich nadpisywania.

Warto jest więc zadać sobie ponownie pytanie: co stanie się z placówkami, które po dacie 1 sierpnia 2014 r. nie będą w stanie prowadzić dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej? Czy możliwy jest scenariusz, iż NFZ nie podpisze kontraktu z takimi placówkami i w ostatecznym wypadku, będą zmuszone do zamknięcia swojej działalności? Co stanie się z pacjentami, którzy ze względu na brak możliwości

prawnej podmiotów do sporządzania po wskazanej dacie dokumentacji w postaci papierowej nie będą mogli udzielić pacjentowi określonego świadczenia? W tej kwestii pozostaje coraz więcej niejasności i wątpliwości.

Pacjent w Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta [3], pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej w odniesieniu do stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Natomiast podmiot świadczący usługi medyczne – w oparciu o art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta [3] – ma obowiązek tę dokumentację pacjentowi udostępnić w dowolnie wybranej formie określonej w art. 27 ustawy o prawach pacjenta [3] w przypadku dokumentacji papierowej i § 83 ust. 1 Rozporządzenia [6] w przypadku dokumentacji w formie elektronicznej. Obserwując sytuację dotyczącą wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej można odnieść wrażenie, że przy całym procesie pominięty jest sam pacjent, którego dokumentacja dotyczy w sposób bezpośredni. Do tej pory zdecydowana większość pacjentów nie zdaje w ogóle sprawy z wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej. Nie są prowadzone żadne spoty reklamowe ani informacje, które przygotowywałyby pacjenta na nową formę prowadzenia jego dokumentacji. Duża niewiedza stoi przed pacjentami w starszym wieku, którzy bez rejestracji na wizytę za pomocą Internetu nie będą mogli skorzystać z usług lekarza.

Kolejną, istotną kwestią jest przeznaczony przez podmiot czas na opiekę pacjenta. Do tej pory część podmiotów, która wdraża u siebie elektroniczną dokumentację medyczną, wykonuje podwójną pracę, ponieważ oprócz dokumentacji medycznej w postaci papierowej wprowadza również dane do komputera. W ten sposób sporządzanie dokumentacji wydłuża się, co adekwatnie zmniejsza czas poświęcony pacjentowi. Korzystanie z najnowszych technologii znacznie ułatwi możliwość dostępu do dokumentacji pacjenta – zarówno lekarzom, jak i pielęgniarkom. Dzięki przenośnym urządzeniom będą w stanie w sposób szybki i sprawny dotrzeć do konkretnych informacji. Pozostaje jednak pytanie: jak będzie wyglądać sytuacja w przypadku wprowadzania danych za pomocą przenośnych urządzeń? Dokumentacja medyczna, oprócz podstawowych informacji, zawiera również szereg diagramów i wykresów. Czy wykonanie takiego diagramu będzie dużo łatwiejsze i zajmie mniej czasu, niż dokonanie tego w wersji papierowej?

W dużo trudniejszej sytuacji wydają się być pielęgniarki, które w sposób bezpośredni są odpowiedzialne za opiekę nad pacjentem. Po przeprowadzonych

rozmowach w jednym z podlaskich szpitali, jedna z oddziałowych stwierdziła, iż korzystanie ze sprzętu informatycznego w sposób znaczący skróci czas przeznaczony dla pacjenta. Zdecydowana większość pracujących pielęgniarek nie należy do ery osób zinformowanych i korzystanie z takich możliwości stanie się bardzo uciążliwe. Niestety, na tym wszystkim ucierpią najbardziej pacjenci. Obawy pielęgniarek nie pozostają bez uzasadnienia. Co stanie się w momencie, kiedy system w sposób oczywisty się zawiesi lub nastąpi awaria? Wówczas pacjent, który nie został wypisany z danego oddziału, nie może otrzymać wypisu. Zostaje zmuszony tym samym do długiego czekania na uzupełnienie dokumentacji w wersji elektronicznej. Już w tym momencie pielęgniarki nie są w stanie uzupełnić dokumentacji, gdyż bardzo często zdarza się, że muszą interweniować i udzielać pomocy pacjentowi znajdującemu się obecnie na oddziale. Wiąże się to bardzo często z dodatkowym niezadowoleniem ze strony pacjentów.

Podsumowanie

Wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej może zapewnić duże szanse w dokonywanym rozwoju służby zdrowia. Jednak przy aktualnym stanie prawnym pozostaje jeszcze wiele do życzenia. Warto podkreślić, iż największe konsekwencje dotyczące wdrożenia EDM poniosą bezpośrednio podmioty, które będą stosować tę dokumentację, oraz pacjenci, których dokumentacja dotyczy. Należy zaznaczyć, iż samo wprowadzenie sprzętu i oprogramowania oraz dokonywanie zmian w systemie prawa nie wystarczą. Wdrażanie EDM przy jednoczesnym braku prowadzenia szkoleń i próby zmiany dotychczasowych nawyków podmiotów udzielających świadczeń medycznych oraz samych pacjentów może uniemożliwić prawidłowe funkcjonowanie systemu zdrowotnego.

W odczuciu autorów pomocne byłoby stworzenie nowych miejsc pracy dla specjalistów zajmujących się szeroko pojętą dokumentacją medyczną, w celu odciążenia podmiotów świadczących usługi medyczne od bezpośredniego prowadzenia dokumentacji. W ten sposób zarówno lekarz, jak i pielęgniarka, mogliby w dużo większym stopniu przeznaczyć swój czas na opiekę pacjentów. A młodym specjalistom zapewnić nowe miejsce pracy.

Ze względu na obszerny materiał pracy, redagowany artykuł przedstawiony został wyłącznie w sposób skrótowy. Autorzy niniejszej pracy przygotowują pełną jej wersję; temat pracy: „Projekt funkcjonowania centrum przetwarzania danych medycznych w Parku Naukowo-Technologicznym Polska-Wschód w Suwałkach”

Piśmiennictwo / References

1. Dziennik Ustaw z dnia 29 grudnia 1948 poz. 477, Konstytucja Światowej Organizacja Zdrowia z dnia 22 lipca 1946 r.
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417.
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.
5. Drozdowska U, Kowalska-Borys E, Bieliński A, Wojtal W. Dokumentacja medyczna. Esculap, Warszawa 2001: 13-119.
6. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dz.U. 2010 nr 252 poz. 1697.
7. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657.
8. Kleszczewska E, Wądołowska A. Podstawy prawne w zakresie bezpieczeństwa i ochrony elektronicznej dokumentacji medycznej: 22-33. http://www.cd.edu.pl/materialy/konferencjaEDM20130902/podstawy_prawne.pdf (20.04.2014).
9. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Dz.U. 1997 nr 133 poz. 883.
10. Kuropas D, Kuta W. Wdrażanie elektronicznej dokumentacji medycznej: zabrzmiał już ostatni dzwonek. Rynek Zdrowia. <http://www.rynekzdrowia.pl/IT-Telemedycyna/Wdrażanie-elektronicznej-dokumentacji-medycznej-zabrzmiat-juz-ostatni-dzwonek,131352,7.html> (20.04.2014).
11. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia programu „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”, trzeciego wieloletniego programu działań UE w dziedzinie zdrowia na lata 2014-2020, 2011/0339 (COD).
12. Założenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Warszawa 2013. <http://legislacja.rcl.gov.pl/docs//1/185992/185998/185999/dokument90490.pdf> (20.04.2014).
13. Założenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta. <http://orka.sejm.gov.pl/projustall6.htm> (20.04.2014).
14. Rusin M. Elektroniczna dokumentacja medyczna: czas i poważne nakłady. <http://www.rynekzdrowia.pl/IT-Telemedycyna/Elektroniczna-dokumentacja-medyczna-czas-i-powazne-naklady,131504,7.html> (20.04.2014).