

Sprawnie funkcjonujący system informatyczny oraz optymalny proces komunikacji pomiędzy pracownikami to podstawa dobrej organizacji pracy szpitala. W obliczu dynamicznie zmieniających się regulacji prawnych dotyczących placówek ochrony zdrowia należy zwrócić uwagę na pozostałe kwestie wskazane przez ustawodawcę, a których słuszność potwierdzana jest przez lekarzy i personel medyczny.

Obecnie kwestią, która absorbuje uwagę dyrektorów, menadżerów szpitali oraz informatyków jest obowiązek wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Należy zatem podkreślić wagę aktualnych przemian organizacyjnych oraz dokonać wyboru systemu bądź zintegrowanych środowisk informatycznych realizujących założone w Rozporządzeniu Ministra z 28 kwietnia 2011 roku.

Podstawę prawną obejmującą zasady prowadzenia, przechowywania czy przetwarzania dokumentacji medycznej stanowią również normy ISO, w tym norma 13606 traktująca o konieczności zachowania najwyższych standardów bezpieczeństwa przechowywania danych. Definicja elektronicznego rekordu medycznego (EMR) sformułowana jest jednak w ISO 10781. Zgodnie z nią rekord medyczny musi stanowić niezaprzeczalne źródło prawdy, na którego ważność składają się m.in. znaczniki czasu określające czas wypełnienia dokumentu lub wprowadzania modyfikacji, a także informacja o tym kto wypełnił arkusz.

Istotny jest również wymóg autoryzacji dokumentacji rozumiany jako potwierdzenie dokonane przez lekarza i upoważnionego personelu medycznego lub wymóg akceptacji dokumentów przez samego pacjenta. Liczba dokumentów, które wymagają pisemnej zgody pacjenta waha się w zależności od liczny oddziałów szpitala, jednak wynosi ona co najmniej dziesięć na każdy oddział. Jednym z nich jest klasyczna przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna, która zawiera szereg mniej lub bardziej delikatnych danych, i która podpisywana jest przez Pacjenta. Kwestię tę mogłaby rozwiązać technologia cyfrowego długopisu - podpis wykonywany takim długopisem spełnia standardy behawioralnego podpisu biometrycznego i jako taki może być rozpoznawany, rozróżniany i porównywany.

Mając na względzie niepokojące wyniki badań wykluczenia cyfrowego w Polsce, należy skonfrontować rozwiązania informatyczne z formalną stroną procesu leczenia pacjenta. Technologia wdrażana w sektorze ochrony zdrowia powinna być szczególnie zwrócona w stronę każdego chorego oraz w możliwie największym stopniu eliminować ryzyko wytworzenia bariery pomiędzy pacjentem a instytucją szpitala.

Kolejnym ważnym wymogiem wynikającym ze szczególnej natury procesów zachodzących w szpitalu jest wspomniana już kwestia bezpieczeństwa przechowywania danych. Należy zakładać prawdopodobieństwo zaginięcia lub dostania się w ręce niepowołanej osoby nośnika danych. Taka sytuacja nie może być jednoznaczna z utratą informacji i bezpośrednio z bezpieczeństwem pacjenta, a system musi maksymalnie uniemożliwiać dostęp do danych osobom nieupoważnionym.

Szpitala, które zdecydują się wprowadzić technologię cyfrowego długopisu, mogą liczyć na wysoką jakość standardu bezpieczeństwa zapisywanych danych. Utrata narzędzia jakim jest długopis cyfrowy nie uniemożliwia kontynuowania pracy – dane zapisane długopisem są widoczne w systemie zaraz po transferze, który można dokonać w dowolnym momencie.

Zgodność z normami prawnymi, intuicyjność, bezpieczeństwo to cechy, które bezsprzecznie powinny wykazywać systemy informatyczne zastosowane w szpitalu. Jedną z technologii spełniającą te wyznaczniki jest system IC Pen. Nad takim rozwiązaniem zastanawia się coraz więcej polskich szpitali i

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna – po co i jak?

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: piątek, 01, maj 2015 00:00

Super User

Odsłony: 1590

innych placówek medycznych. Dużą wartością tej technologii jest autorska elastyczność, dzięki której funkcjonalność systemu może być modyfikowana w zgodzie z potrzebami lekarzy, personelu oraz pacjentów.

Źródło: IC Solutions