

# Opóźnienie kontrolowane

W połowie tego roku polskie placówki służby zdrowia miały przestać produkować tony papierowej dokumentacji. Miała ją zastąpić dokumentacja elektroniczna. Niestety, skończyło się na planach.

Fot.: iStockphoto.com

Założenia były ambitne – od 1 sierpnia tego roku cała dokumentacja medyczna w polskiej służbie zdrowia miała mieć charakter elektroniczny. Jednak już ponad rok temu eksperci rynku mówili wprost, że szanse na taką rewolucję są zerowe. Znalazło to odzwierciedlenie w badaniu przeprowadzonym przez dostawcę rozwiązań bezpieczeństwa sieciowego FORTINET i Korporację Badawczą Pretendent. Wynikało z niego, że kilka miesięcy temu jedynie 42 proc. placówek było w pełni gotowych na elektroniczny obieg dokumentów. Co dziesiąta placówka w ogóle się do tego nie przygotowała. Około 46 proc. podjęło wprawdzie pewne działania, ale duża część z nich nie miała szansy na dotrzymanie terminu. Jak bowiem szacuje Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, wprowadzanie w placówce e-dokumentacji zajmuje minimum rok.

Jak pokazała praktyka, ponad 3 lata okazały się zbyt krótkim okresem na wprowadzenie zmian wynikających z zapisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z 28 kwietnia 2011 r., a data 1 lipca jest całkowicie nierealna.

## Niezbędne zmiany

Dlatego na początku czerwca tego roku, po wielu sygnałach ze strony środowiska medycznego, posłowie zdecydowali, że dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej lub elektronicznej jeszcze do 31 lipca 2017 r. Termin ten ma być ostateczny. Wydłużenie okresu przejściowego pozwoli podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych na przeprowadzenie niezbędnych zmian w systemach informatycznych i szkoleń dla pracowników oraz optymalne rozłożenie kosztów zmian, w tym pozyskanie pieniędzy na ich wprowadzenie.

– Sens tej ustawy polega na tym, żeby o 3 lata przesunąć możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej w formie

elektronicznej i papierowej równocześnie. Dotychczas stan prawny obligował wszystkich świadczeniodawców do prowadzenia od 1 sierpnia tego roku dokumentacji wyłącznie w formie elektronicznej. Okazuje się jednak, że bardzo wiele podmiotów jest do tego nieprzygotowanych, nie może prowadzić dokumentacji wyłącznie w formie elektronicznej – nie pozostawiał złudzeń poseł Jarosław Katulski, uzasadniając projekt ustawy o zmianie ustawy.

Założenia do nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia obejmują także inne działania. W najbliższych latach możemy liczyć na elektroniczną receptę (od 1 sierpnia 2016 r.), elektroniczne skierowanie i elektroniczne zlecenie (od 1 marca 2017 r.). Ustawodawca chce też wspierać rozwój telemedycyny.

Jakie korzyści daje informatyzacja służby zdrowia? Podstawową jest to, że lekarze uzyskują łatwiejszy dostęp do dokumentacji medycznej, a dzięki zastosowaniu mechanizmów telemedycyny każdy przypadek będzie można konsultować z ekspertami z innych placówek. Z pewnością przełoży się to na jakość usług i w bezpośredni sposób na wzrost bezpieczeństwa pacjentów. Wśród zalet e-dokumentacji pojawia się także wątek finansowy. Podmioty służby zdrowia nie będą już musiały wynajmować powierzchni magazynowych do przechowywania dokumentacji. A te – biorąc pod uwagę, że rocznie średniej wielkości przychodnia wytwarza dokumentację zajmującą powierzchnię tira i część dokumentów musi przechowywać nawet do 30 lat – są bardzo wysokie. W wypadku średniej wielkości szpitala mogą grubo przekraczać nawet milion złotych rocznie.

## Systemowa poprawa

Elektroniczna dokumentacja to także szansa na optymalizację pracy personelu medycznego. Według różnych szacunków wypełnianie formularzy zajmuje od

10 do 25 proc. czasu pracy lekarzy i pielęgniarek, który mogliby przeznaczyć na bezpośrednią opiekę nad pacjentem. Jednym z rozwiązań idealnie wpisujących się w nową politykę zarządzania dokumentacją medyczną jest automatyczne rejestrowanie stanu zdrowia pacjenta.

– *Obserwowałem kiedyś pracę dwóch pielęgniarek na OIT w jednym z warszawskich szpitali. Przez 2 godziny zajęte były wyłącznie wpisywaniem parametrów pacjentów do tabletek leżących na biurku. Co robiły później, gdy już opuściłem oddział? Nie wiem, ale prawdopodobnie to samo. Automatyzacja tej czynności z częstotliwością zwykle niedostępną dla ludzi (nikt nie będzie w stanie wpisywać danych co minutę) przynosi wiele wymiernych korzyści* – przekonuje Jan Kisielewski, główny specjalista ds. monitorowania i systemów informatycznych w firmie Dräger, która od ponad 20 lat opracowuje rozwiązania w zakresie systemów informatycznych dla medycyny.

Firma proponuje konkretne rozwiązanie – platformę zarządzania danymi klinicznymi pacjenta. System Innovian automatycznie i w sposób nieprzerwany zbiera informacje o parametrach życiowych chorego z urządzeń medycznych zainstalowanych w sali operacyjnej i na stanowisku intensywnej terapii, a także pobiera dane z innych systemów informatycznych, integrując je w łatwym do nawigacji interfejsie, pozwalającym na dostęp do tych danych praktycznie z dowolnego miejsca w zasięgu informatycznej sieci szpitala. Innovian wykorzystuje tę samą platformę programową do różnych zadań, włączając w to przedoperacyjną ocenę stanu pacjenta, planowanie obciążenia sal operacyjnych, dokumentację w czasie operacji, dokumentację na sali pooperacyjnej, dokumentację na oddziale intensywnej terapii czy dokumentację na oddziale terapii półintensywnej.

Takie rozwiązanie znacznie poprawia komfort pracy personelu, ale przede wszystkim bezpieczeństwo pacjenta:

– *Elektroniczna forma zbierania danych redukuje takie potencjalne źródła błędów, jak zagubienie dokumentacji, nieczytelna dokumentacja lub błędne przepisanie danych. Pełna i aktualna informacja o chorym pozwala na szybsze podejmowanie bardziej świadomych decyzji* – podkreśla Jan Kisielewski.

Na przykład w czasie operacji moduł Innovian Perioperative Care pobiera i zapisuje parametry życiowe pacjenta: częstość akcji serca, ciśnienie krwi, SpO<sub>2</sub>, temperaturę, poziom zwiotczenia i głębokość uśpienia, wyświetlając je w postaci liczbowej i graficznej. Innovian wspomaga też anestezjologa przez automatyczne zbieranie danych dotyczących parametrów życiowych i kalkulacje zużycia leków, jednocześnie dokumentując te informacje.

System zapisuje dane także w czasie transportowania chorego np. z sali operacyjnej na OIT. Umożliwia to technologia Pick and Go, dzięki której monitor pracujący na stanowisku intensywnej terapii może być łatwo zdjęty ze stacji dokującej. Kiedy pacjent wróci po

transportie na łóżko lub zostanie przeniesiony na inne stanowisko, monitor podłączony do stacji dokującej automatycznie przekaże do bazy danych systemu Innovian informacje zebrane w czasie transportu, a sam system automatycznie rozpozna zmianę miejsca pobytu chorego i odpowiednio dopasuje sposób prowadzenia dokumentacji. Istotna jest automatyzacja działań na każdym możliwym etapie. Brak takiej automatyzacji powodowałby konieczność ręcznych działań związanych z koniecznością poinformowania systemu, że pacjent zmienił miejsce pobytu. Dokumentacja prowadzona na OIT różni się od dokumentacji wymaganej w sali operacyjnej.

### Opieka na oddziałach intensywnej terapii

System Innovian sprawdza się doskonale na OIT. Jego moduł o nazwie Critical Care zbiera informacje o stanie pacjenta od chwili jego przyjęcia na oddział. Są one zapisywane w elektronicznej karcie chorobowej, która pozwala przejrzeć np. protokół znieczulenia, a jednocześnie automatycznie zapisuje parametry życiowe z urządzeń medycznych, dane laboratoryjne, bilanse płynów i wiele innych. Co ważne, Innovian Critical Care pobiera dane demograficzne, wyniki badań laboratoryjnych oraz inne informacje z systemów informatycznych szpitala za pośrednictwem protokołu HL7, umożliwiającego również eksport danych. Ważna jest standaryzacja sposobu wymiany informacji między różnymi systemami informatycznymi opartymi na bazach danych. Zmiana wersji jednego z systemów pociąga za sobą tylko konieczność odpowiedniego zgrania interfejsów HL7, nie ma natomiast potrzeby ingerencji w same bazy danych.

Dane zgromadzone przez system mogą się stać podstawą do przeprowadzenia wielu pozytywnych zmian na bloku operacyjnym oraz na oddziale intensywnej terapii. Do ich analizy służy moduł Innovian Reporting. Umożliwia on składanie dowolnych zapytań do bazy danych, tworzenie niestandardowych raportów i przeprowadzanie rozmaitych analiz dotyczących na przykład wykorzystania bloku operacyjnego, łóżek intensywnej terapii, populacji pacjentów i trendów ich dotyczących (np. wiek, skala ASA), zużycia leków, zapotrzebowania personelu itp. Te informacje pozytywnie motywują personel medyczny i kierownictwo, potwierdzając efektywność stosowanych terapii i procedur. Pozwalają również zwrócić uwagę na kwestie, w których wciąż potrzebne są pewne poprawki lub zmiany. Im więcej jest informacji, tym łatwiej przygotować się do trudnych sytuacji i zapobiec problemom, zanim się pojawią.

Dräger swoje rozwiązania wdrożył już m.in. w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Zabrze, Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 w Łodzi oraz Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy.

Adam Majewski