

ROLA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W OPINII PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

The role of medical documentation in opinion health care employees

Agnieszka Nowacka¹, Anna Przybył¹, Grażyna Dykowska²

¹ Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

adres do korespondencji: agnieszka.nowacka@wum.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Dokumentacja medyczna stanowi integralną część wykonywanych świadczeń przez personel medyczny. Akty prawne bardzo dokładnie określają zasady prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zakres informacji, jakie muszą być w niej zawarte.

Cel pracy. Ocena roli dokumentacji medycznej w opinii pracowników ochrony zdrowia.

Materiał i metody. Badanie z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w okresie od stycznia do kwietnia 2019 r. w publicznych i niepublicznych placówkach ochrony zdrowia na terenie Warszawy. Badaniem objęto 246 osób z personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek oraz położnych, zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Wyniki. W publicznych zakładach opieki zdrowotnej dokumentacja medyczna prowadzona jest zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej w 85,3%. W niepublicznych placówkach dokumentacja w obu wersjach prowadzona jest w 77,4%. W 70% pracownicy publicznych placówek ochrony zdrowia zostali przeszkoleni, jak należy prowadzić elektroniczną dokumentację medyczną. 30% badanych nie przeszło takiego szkolenia. W przypadku placówki niepublicznej szkolenie przeprowadzono wśród mniejszej liczby pracowników (62,3%). Nie przeprowadzono szkolenia wśród 37,7% pracowników. Zdecydowana większość badanych zarówno w publicznych (85,9%), jak i niepublicznych (84,9%) zakładach uznała, że jednostka, w której pracują, dysponuje oprogramowaniem pozwalającym na prawidłową obsługę EDM. Innego zdania było 14,1% pracowników z publicznego i 15,1% z niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Najczęstszą formą dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej był login i hasło (lekarze – 85,4%, położne – 93,8%, pielęgniarki 80,9%). Nikt z ankietowanych nie wybrał odpowiedzi *brak autoryzacji*. Awaria systemu informatycznego to najczęstszy problem wśród pracowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z elektronicznej dokumentacji medycznej (63,9%). Pozostałe 36,1% pracowników nie miało tego typu zdarzenia. Ponad połowa respondentów, tj. 55,2%, uważa, że wprowadzenie EDM ułatwiło pracę. Zdecydowanie tak odpowiedziało 31,8% ogółu badanych. Według 11,7% wprowadzenie EDM raczej nie usprawni pracy. Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej zdecydowanie nie usprawni pracy 1,3% personelowi medycznemu. Zdecydowana większość personelu medycznego, tj. 85,6%, uważa wprowadzenie elektronicznej dokumentacji za bezpieczniejszą od dokumentacji papierowej. Raczniej uważa 11,7% personelu, a 2,7% uważa, że zdecydowanie nie.

Wnioski. Stwierdzono, że publiczne i niepubliczne placówki opieki zdrowotnej są przygotowane do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM). Istnieje zatem konieczność zwiększenia liczby szkoleń dotyczących posługiwania się EDM oraz zagadnień związanych z prawem medycznym wśród personelu medycznego publicznych i niepublicznych placówek opieki zdrowotnej. Główne wady Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, które utrudniają pracę według personelu medycznego, to: konieczność ciągłego połączenia z Internetem, błędy systemowe wydłużające czas wypełniania dokumentacji. Stwierdzono zależność między wiekiem a trudnością obsługi systemu do EDM. Im starszy wiek personelu, tym trudność w obsłudze systemu była większa niż wśród personelu w wieku 18–25 lat. Za największą korzyść EDM personel uznał bezpieczeństwo oraz możliwość uzyskania pełnego odzwierciedlenia leczenia pacjenta i przejrzystość informacji.

Słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, dokumentacja elektroniczna, prawo medyczne.

SUMMARY

Background. Medical documentation is an integral part of the services performed by medical personnel. Legal acts define very precisely the principles of keeping medical records and the scope of information that must be included in it.

Objectives. Assessment of the role of medical documentation in the opinion of healthcare professionals.

Material and methods. The study using the author's questionnaire was carried out using the diagnostic survey method in the period from January to April 2019 in public and non-public healthcare facilities in Warsaw. The study included 246 people from medical staff: doctors, nurses and midwives, employed in public and private health care facilities.

Results. In public health care facilities, medical documentation kept both in paper and electronic form in 85.3%. In non-public facilities, documentation in both versions is kept in 77.4%. In 70% employees of public health care facilities were trained how to maintain electronic medical records. 30% of respondents did not undergo such training. In the case of a private institution, the training was conducted among a smaller number of employees (62.3%). There was no training among 37.7% of employees. The vast majority of respondents in both public (85.9%) and non-public (84.9%) facilities found that the unit in which they work has software enabling proper EDM support. 14.1% of employees from public and 15.1% from non-public healthcare facilities were of a different opinion. The most common form of access to electronic medical records was a login and password (doctors – 85.4%, midwives – 93.8%, nurses – 80.9%). None of the respondents chose the "no authorization" answer. An IT system failure is the most common problem among employees of public and private healthcare facilities using electronic medical records (63.9%). The remaining 36.1% of employees did not have this type of event. Over half of the respondents, i.e. 55.2% of respondents, believe that the introduction of EDM has facilitated work. 31.8% of all respondents said so definitely. According to 11.7%, the introduction of EDM is unlikely to improve work. The introduction of electronic medical records will definitely not improve the work of 1.3% of medical staff. The vast majority of medical personnel, i.e. 85.6%, consider the introduction of electronic documentation to be safer than paper documentation. Rather, 11.7% of the staff do not think and 2.7% do not think so.

Conclusions. It was found that public and private health care facilities are prepared to introduce Electronic Medical Documentation. There is a need to increase the number of training sessions on the use of Electronic Medical Records and issues related to medical law among medical personnel in public and non-public healthcare facilities. The main disadvantages of Electronic Medical Records that hinder work according to medical staff are: the need for continuous internet connection, system errors that prolong the time it takes to complete the documentation. The relationship between age and difficulty of using the Electronic Medical Documentation system was found. The main disadvantages of Electronic Medical Records that hinder work according to medical staff are: the need for continuous internet connection, system errors that prolong the time it takes to complete the documentation. The relationship between age and difficulty of using the Electronic Medical Documentation system was found.

Key words: medical documentation, electronic documentation, medical law.

WSTĘP

Dokumentacja medyczna pełni wielopłaszczyznową funkcję i jest wykorzystywana przez różne podmioty lecznicze. Stanowi podstawowe źródło wiedzy o pacjencie, jego stanie zdrowia, wykonanych zabiegach oraz leczeniu. Może być cennym źródłem informacji dla badań naukowych. Tak szerokie spektrum zastosowania danych ujętych w dokumentacji powoduje konieczność stworzenia odpowiednich procedur oraz systemu, który umożliwiłby płynniejszy przepływ informacji na temat pacjenta między pracownikami ochrony zdrowia. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z prawem jest elementem istotnym, bowiem podlega ono kontroli wielu instytucji. Ułatwia również postawienie diagnozy i podjęcie właściwego leczenia. Ustawodawca narzuca wiele wymagań dotyczących dokumentacji medycznej pacjentów [1]. Od kilku lat w Polsce dokonują się przemiany dotyczące cyfryzacji systemu opieki zdrowotnej. Wprowadzenie do placówek ochrony zdrowia wyłącznie dokumentacji w formie elektronicznej budzi wiele kontrowersji. Również wśród personelu medycznego wprowadzenie tego rodzaju dokumentacji budzi obawy i sprawia pewne trudności. Dotyczą one głównie bezpieczeństwa danych medycznych, osobowych, jak również brak dostatecznych umiejętności związanych z obsługą systemu i komputera [2].

W Polsce obowiązującym podstawowym aktem prawnym regulującym kwestie dotyczące dokumentacji medycznej jest Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W rozdziale 7 tej ustawy opisane zostało prawo pacjenta do dokumentacji medycznej [3]. Przepis ten jest ściśle związany z prawem pacjenta do informacji. Ponieważ dokumentacja medyczna stanowi takie źródło informacji o pacjencie, to jego prawo do dokumentacji medycznej jest uszczegółowieniem prawa pacjenta do informacji. Art. 23/29 u.p.p. określają zasady prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz ochrony danych zawartych w tej dokumentacji przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Art. 30 u.p.p. zobowiązuje Ministra właściwego do spraw zdrowia do określania w drodze rozporządzenia rodzajów, zakresu, sposobu przetwarzania oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej. Aktem wykonawczym powyższej ustawy jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [4]. Na podstawie tych aktów prawnych możemy zdefiniować dokumentację medyczną jako zbiór dokumentów w każdej formie, zawartych na każdym nośniku informacji sporządzonych, przetwarzanych i przechowywanych przez podmioty oraz osoby wykonujące działalność leczniczą, potwierdzających:

- *informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta,*
- *wykonane u pacjenta procedury i działania medyczne oraz opiekuńcze,*
- *wyrażone zgody lub odmowy na wykonanie poszczególnych procedur medycznych oraz opis okoliczności podjęcia działań medycznych bez zgody pacjenta,*
- *oświadczenia pacjenta dotyczące upoważnienia osób trzecich do dostępu do dokumentacji i informacji o pacjencie oraz zawierających przynajmniej następujące elementy:*
 - *oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, płeć, adres zamieszkania, nr PESEL – jeżeli został wydany, w przypadku noworodka nr PESEL matki, osoby nie posiadające nr PESEL – należy podać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; w przypadku osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażania zgody w dokumentacji medycznej powinny znaleźć się nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz jego adres zamieszkania,*
 - *oznaczenie podmiotu oraz komórki organizacyjnej udzielającej pacjentowi świadczeń zdrowotnych,*
 - *opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń, datę sporządzenia” [4–6].*

CEL PRACY

Celem pracy była ocena roli dokumentacji medycznej w opinii pracowników ochrony zdrowia.

Dla osiągnięcia celu głównego postawiono następujące cele szczegółowe:

1. Czy wiek oraz staż pracy personelu medycznego ma wpływ na preferowaną formę prowadzenia dokumentacji medycznej?
2. Czy placówki ochrony zdrowia są przygotowane do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej?
3. Czy personel medyczny posiada wiedzę dotyczącą prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej?
4. Jakie największe wady i trudności w poszczególnych grupach zawodowych personelu medycznego wynikają z wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej?
5. Jakie korzyści według lekarzy, położnych i pielęgniarek wynikają z wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej?

MATERIAŁ I METODY

Badanie z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w okresie od stycznia do kwietnia 2019 r. w publicznych i niepublicznych placówkach ochrony zdrowia na terenie Warszawy. Kwestionariusz ankiety składał się z dwóch części. Pierwsza zawierała 5 pytań i dotyczyła danych demograficzno-społecznych badanej grupy. Druga część zawierała 22 pytania i dotyczyła opinii personelu medycznego na temat roli dokumentacji medycznej.

Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu Statistica 13.3 na licencji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Użyte dane uporządkowano i przedstawiono w formie graficznej korzystając z programu Microsoft Excel 2016.

W badaniu wykorzystano test χ^2 Pearsona, który służy do oceny, czy zależności, które zostały zaobserwowane w konkretnej próbie, to efekt ogólnej słuszności, która panuje w całości populacji, czy jedynie przypadkowego wyniku. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 246 osób z personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek oraz położnych, zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Uzyskano 246 kwestionariuszy ankiet. Ostatecznej analizie poddano 223 wypełnione ankiety – 170 (75,9%) ankiet pochodziło z publicznych zakładów opieki zdrowotnej, pozostałe 53 (23,7%) to ankiety z niepublicznych placówek ochrony zdrowia. 23 kwestionariusze zostały odrzucone z powodu niekompletnego wypełnienia przez respondentów. Na podstawie zebranych danych dokonano analizy wybranych cech demograficznych i społecznych. Wśród badanych największą grupę zawodową stanowiły pielęgniarki (42,2%). Położne stanowiły (36,3%), lekarze – 21,5% ogółu badanych. W związku z dużym rozproszeniem wieku badanych przyjęto następujące grupy wieku: 18–35 lat (25,5%), 36–45 lat (15,3%), 46–55 lat (32,7%), 56–65 lat (24,7%) oraz 65 i więcej lat. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 46 lat. Największy odsetek stanowiły osoby pracujące w zawodzie powyżej 30 lat (32,7%). 10 lat pracy posiadało 25,1% badanych, między 21–30 lat (25,6%). Najmniej osób posiadało staż pracy w przedziale 11–20 lat (16,6%).

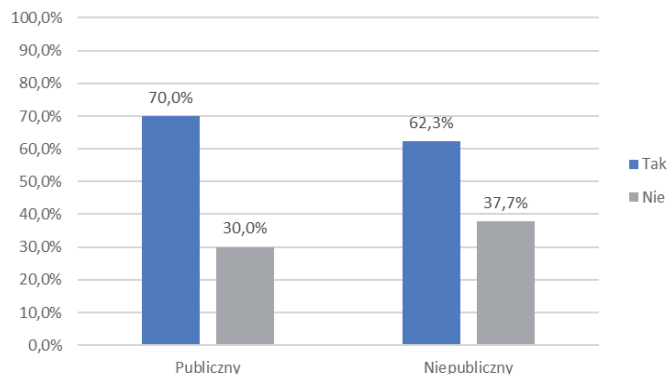
W przeprowadzonym badaniu w publicznych zakładach opieki zdrowotnej dokumentacja medyczna prowadzona jest zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej w 85,3%. W niepublicznych placówkach dokumentacja w obu wersjach prowadzona jest w 77,4% (tab. 1).

Tabela 1. Forma prowadzenia dokumentacji ($n = 223$)

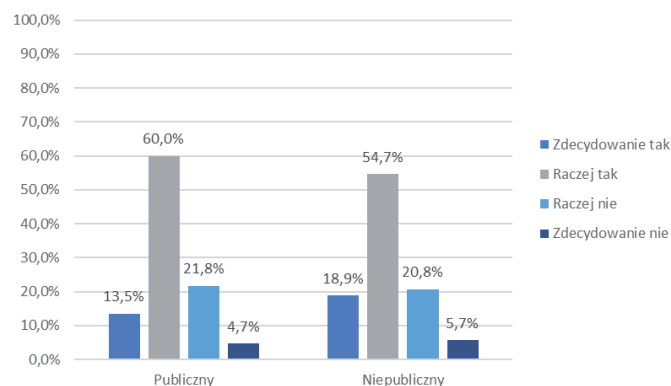
Rodzaj dokumentacji	Publiczna	Niepubliczna
Papierowa	7,6%	15,1%
Elektroniczna	7,1%	7,5%
Papierowa i elektroniczna	85,3%	77,4%

$p = 0,259491$.

W 70% pracownicy publicznych placówek ochrony zdrowia zostali przeszkoleni, jak należy prowadzić elektroniczną dokumentację medyczną. 30% badanych nie przeszło takiego szkolenia. W przypadku niepublicznej placówki szkolenie przeprowadzono wśród mniejszej liczby pracowników (62,3%). Nie przeprowadzono szkolenia wśród 37,7% pracowników (ryc. 1)

**Rycina 1.** Szkolenia dotyczące obowiązku wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej ($n = 223$)

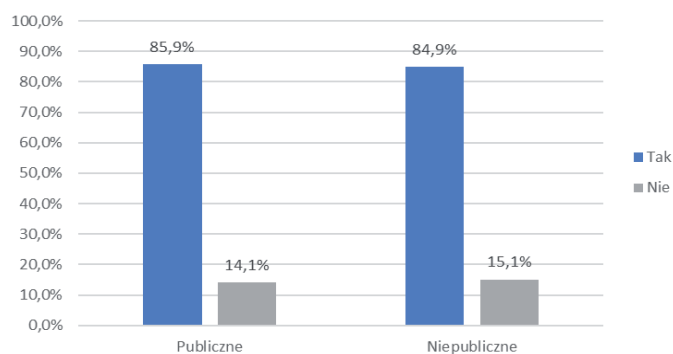
Wyniki dotyczące przygotowanie miejsca pracy do wprowadzenia EDM w placówkach publicznych i niepublicznych ochrony zdrowia są zbliżone. W przypadku publicznych placówek 13,5% personelu uważa, że ich jednostka jest zdecydowanie dobrze przygotowana do wprowadzenia EDM, w niepublicznych – 18,9%. Odpowiedź „raczej dobrze” zaznaczyło 60% osób zatrudnionych w publicznej placówce i 54,7% z niepublicznej, „raczej nie są przygotowane” w 21,8% odpowiedzieli pracownicy publicznej placówki, 20,8% – niepublicznej. Według respondentów zdecydowanie nie są przygotowane placówki do wprowadzenia EDM w przypadku 4,7% publicznej placówki oraz 5,7% – niepublicznej (ryc. 2).

**Rycina 2.** Przygotowanie placówek do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej ($n = 223$)

Zdecydowana większość badanych zarówno w publicznych (85,9%), jak i niepublicznych (84,9%) zakładach uznała, że jednostka, w której pracują, dysponuje oprogramowaniem pozwalającym na prawidłową obsługę EDM. Innego zdania było 14,1% pracowników z publicznego i 15,1% z niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej (ryc. 3)

W przypadku zapewnienia dostępu do komputera pracownikom korzystającym z elektronicznej dokumentacji medycznej wyniki są porównywalne w placówkach publicznych i niepu-

blicznych. Dostęp do komputera w każdym pomieszczeniu 40,1% – publiczne i 42,2% – niepubliczne (tab. 2).

**Rycina 3.** Oprogramowanie pozwalające na obsługę EDM ($n = 223$)**Tabela 2.** Zapewnienie pracownikom dostępu do komputera ($n = 223$)

Dostęp do komputera	Placówka	
	Publiczna	Niepubliczna
Tak, w każdym pomieszczeniu	40,1%	42,2%
Tak, w większości pomieszczeń	46,5%	37,8%
Tak, w mniejszości pomieszczeń	12,1%	17,8%
W żadnym pomieszczeniu	1,3%	2,2%

$p = 0,311256$.

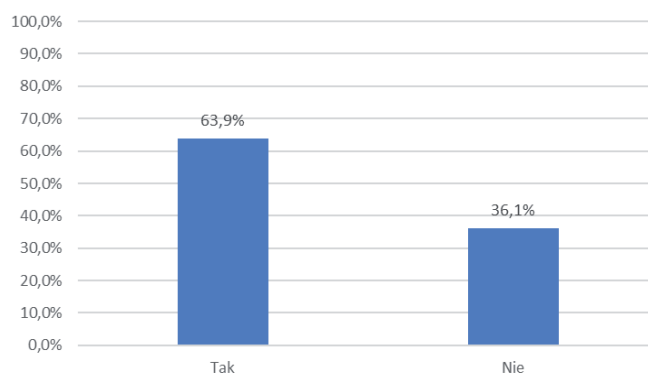
Najczęstszą formą dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej był login i hasło (lekarze – 85,4%, położne – 93,8%, pielęgniarki – 80,9%). Nikt z ankietowanych nie wybrał odpowiedzi „brak autoryzacji” (tab. 3).

Tabela 3. Stosowana metoda autoryzacji EDM ($n = 223$)

Metoda autoryzacji	Zawód		
	Lekarz	Położna	Pielęgniarka
Login i hasło	85,4%	93,8%	80,9%
Kwalifikowany podpis elektroniczny	14,6%	8,4%	11,7%
Podpis elektroniczny potwierdzony profilem zaufanym ePUAP	14,6%	1,2%	5,3%
Certyfikat ZUS	27,1%	2,5%	8,5%
Brak autoryzacji	0,0%	0,0%	0,0%

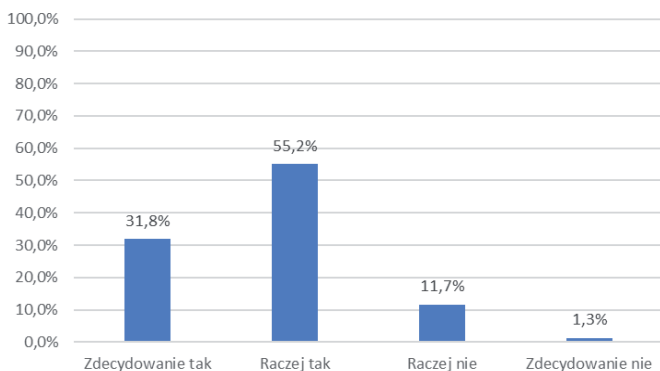
$p = 0,000127$.

Awaria systemu informatycznego to najczęstszy problem wśród pracowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z elektronicznej dokumentacji medycznej (63,9%). Pozostałe 36,1% pracowników nie miało tego typu zdarzenia (ryc. 4).

**Rycina 4.** Awaria systemu informatycznego podczas pracy z elektroniczną dokumentacją ($n = 223$)

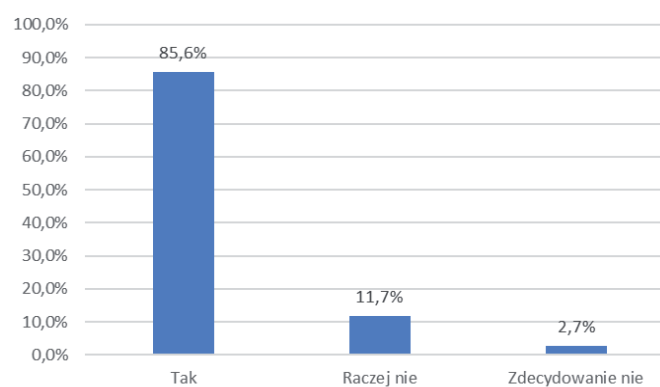
Ponad połowa respondentów, tj. 55,2%, uważa, że wprowadzenie EDM ułatwiło pracę. Zdecydowanie tak odpowiedziało

31,8% ogółu badanych. Według 11,7% wprowadzenie EDM raczej nie usprawni pracy. Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej zdecydowanie nie usprawni pracy 1,3% personelowi medycznemu (ryc. 5).



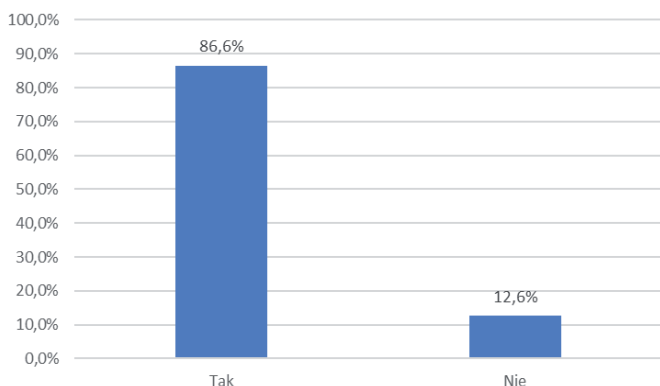
Rycina 5. Usprawnienie pracy przez wprowadzenie EDM ($n = 223$)

Zdecydowana większość personelu medycznego, tj. 85,6%, uważa wprowadzenie elektronicznej dokumentacji za bezpieczniejszą od dokumentacji papierowej. Raczej nie uważa 11,7% personelu, a 2,7% uważa, że zdecydowanie nie (ryc. 6).



Rycina 6. Bezpieczeństwo EDM niż dokumentacji papierowej ($n = 223$)

86,6% badanego personelu jest zgodna co do tego, że wprowadzenie EDM wyeliminuje trudności w odczytywaniu wpisów oraz nieprawidłowości, które pojawiały się w wersji papierowej dokumentacji medycznej. Pozostali respondenci – 12,6% mają odmienne zdanie (ryc. 7).



Rycina 7. Eliminacja trudności w odczytywaniu wpisów oraz nieprawidłowości przez wprowadzenie EDM ($n = 223$)

W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że badani w grupie wieku 55 i powyżej – 91,5% oraz 36–55 lat – 85,1% częściej jako wadę EDM uznają potrzebę ciągłego połączenia z Internetem. W grupie 18–35 lat odsetek ten stanowi 73,7%. Częściej od pozostałych grup wiekowych osoby w wieku 18–35 lat jako największą wadę EDM uważają błędy systemowe, które wydłużają i utrudniają pracę (79%). Największy odsetek osób mających trudności z obsługą komputera stanowią osoby mające 55

lat i więcej (56%), pozostałe grupy: 18–35 lat – 50,9%; 36–55 lat – 48,6%. Na trudność w udostępnianiu dokumentacji medycznej pacjentom najczęściej wskazywały osoby powyżej 55 lat (32,2%). W pozostałych grupach wieku odsetek procentowy był następujący: 18–35 lat – 40,4%; 36–55 lat – 48,6% (tab. 4).

Tabela 4. Wady i trudności w obsłudze EDM a wiek badanych ($n = 223$)

Wada	Wiek badanych					
	18–35 lat		36–55 lat		55 i powyżej lat	
	tak (%)	nie (%)	tak (%)	nie (%)	tak (%)	nie (%)
Dostęp osób trzecich do wrażliwych danych pacjentów	40,4	59,6	52,4	47,6	50,9	49,1
Błędy systemowe, które wydłużają czas wypełniania dokumentacji i utrudniają pracę	79,0	21,0	72,9	27,1	67,8	32,2
Potrzeba ciągłego połączenia z Internetem	73,7	26,3	85,1	14,9	91,5	8,5
Trudności w obsłudze komputera	50,9	49,1	48,6	51,4	56,0	44,0
Trudności w obsłudze systemu	57,9	42,1	53,3	46,7	54,2	45,8
Zakup dodatkowego sprzętu komputerowego	66,7	33,3	75,7	24,3	74,6	25,4
Zakup drogiego oprogramowania	75,4	24,6	74,8	25,2	83,0	18,0
Trudności w udostępnianiu dokumentacji medycznej pacjentom	40,4	59,6	48,6	51,4	32,2	67,8

$p = 0,087422$.

Uwzględniając wiek ankietowanych częściej powrotu do korzystania z papierowej dokumentacji medycznej chce personel w wieku 36–55 lat – 27,1% oraz w wieku 55 i więcej lat (23,7%), niż respondenci z najmłodszej grupy wieku 18–35 lat (14,0%) (tab. 5).

Tabela 5. Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej wśród personelu a wiek ($n = 223$)

Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej	Wiek badanych		
	18–35 lat	36–55 lat	56 i więcej lat
Zdecydowanie tak	1,7%	8,4%	3,4%
Raczej tak	12,3%	18,7%	20,3%
Raczej nie	40,4%	50,5%	50,8%
Zdecydowanie nie	45,6%	22,4%	25,5%

$p = 0,044257$.

Z analizy statystycznej zgromadzonego materiału wynika, że częściej powrotu do papierowej dokumentacji medycznej chciałyby osoby z 21–30-letnim doświadczeniem (29,8%) oraz osoby ze stażem 11–20 lat (24,3%) niż osoby posiadające staż pracy 10 lat (14,3%) (tab. 6).

Biorąc pod uwagę grupę zawodową, która wyraża chęć powrotu do papierowej dokumentacji medycznej to największą stanowią lekarze – 33,3%. Kolejną grupę, która chce powrotu do tradycyjnej formy dokumentacji stanowią pielęgniarki – „zdecydowanie tak” – 7,4% oraz „raczej tak” – 16%. Najmniejszą gru-

pę stanowią położne – 16% („zdecydowanie tak” – 1,2%, „raczej tak” – 14,8%) (tab. 7).

Tabela 6. Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej wśród personelu a staż pracy ($n = 223$)

Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej	Staż pracy			
	> 10 lat	11–20 lat	21–30 lat	Powyżej 30 lat
Tak	14,3%	24,3%	29,8%	23,3%
Raczej nie	39,3%	46,0%	50,9%	53,4%
Zdecydowanie nie	46,4%	29,7%	19,3%	23,3%

$p = 0,100249$.

Tabela 7. Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej a grupa zawodowa ($n = 223$)

Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej	Grupa zawodowa		
	Lekarz	Położna	Pielęgniarka
Zdecydowanie tak	8,3%	1,2%	7,4%
Raczej tak	25,0%	14,8%	16,0%
Raczej nie	39,6%	53,1%	47,9%
Zdecydowanie nie	27,1%	30,9%	28,7%

$p = 0,021211$.

DYSKUSJA

Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej nakłada na podmioty lecznicze Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Elektroniczna dokumentacja medyczna (EDM) to dokumenty wytworzone przez podmiot leczniczy w formie elektronicznej, umożliwiające uzyskanie od usługodawcy określonego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej i opatrzone odpowiednią metodą autoryzacji (kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub certyfikat ZUS).

Całość dokumentacji medycznej jest przechowywana na Elektronicznej Platformie Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych P1 [7]. Według III edycji badania stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą przeprowadzonego w 2018 r. przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) nastąpił znaczny wzrost poziomu przygotowania jednostek do obowiązkowego wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Pomimo tego jest jeszcze bardzo dużo do zdrobnienia w tej kwestii [8, 9]. Od dnia 1 stycznia 2019 r. ustawodawca przewidywał obowiązkowe prowadzenie wymienionych poniżej dokumentów w formie elektronicznej: karta informacyjna leczenia szpitalnego, karta informacyjna dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, karta odmowy przyjęcia do szpitala zawierająca informacje o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, udzielonych świadczeń zdrowotnych, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala oraz ewentualne dalsze zalecenia [10, 11].

Badanie własne pokazało, że zarówno publiczne (73,5%), jak i niepubliczne (73,6%) placówki ochrony zdrowia w większości są przygotowane do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Znaczna część placówek publicznych (85,9%) oraz niepublicznych (84,9%) posiada także oprogramowanie pozwalające na prawidłową obsługę EDM. W obu typach placówek prowadzone są oba rodzaje dokumentacji: papierowa i elektroniczna (publiczne – 85,3%, niepubliczne – 77,4%). Stosunkowo niewielki odsetek placówek stosuje tylko elektroniczną dokumentację medyczną (publiczne – 7,1%, niepubliczne – 7,5%). Odmienne wyniki uzyskało Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w 2018 r. dotyczące stop-

nia informatyzacji podmiotów leczniczych w Polsce. Wykazano, że tylko 56,6% placówek ochrony zdrowia jest przygotowanych do wprowadzenia i prowadzenia EDM. Natomiast 66,3% szpitali oraz 58,6% POZ-ów posiada rozwiązania informatyczne pozwalające na prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej [11].

Awarie systemu informatycznego dla 63,9% ankietowanych pracowników to najczęstsza przeszkoda dotycząca prowadzenia EDM. W przypadku wystąpienia problemów z obsługą systemów informatycznych 70% personelu medycznego publicznych placówek może skorzystać z pomocy specjalistów ds. IT. Zaś w niepublicznych taką możliwość ma o ponad połowę mniej (45,3%).

Tej tezy nie potwierdzają badania CSIOZ dotyczących cyfryzacji podmiotów leczniczych, gdzie tylko w 35,4% podmiotów została wyodrębniona jednostka do spraw IT [11]. Odmienne wyniki otrzymano w badaniu przeprowadzonym w 2011 r. przez Ayatollahi i wsp. Grupę reprezentatywną stanowiło 62 ekspertów zatrudnionych w departamencie technologii informacji o zdrowiu oraz w Ministerstwie Zdrowia w Iranie. Ankietowani częściej wskazywali na techniczne bariery, takie jak: brak odpowiedniego sprzętu (68,8%), brak jednakowej terminologii i wzorów dokumentacji (65,7%), brak ogólnonarodowego systemu do prowadzenia EDM (62,5%), konieczność zakupu oprogramowania (53,2%). Kwestie finansowe jako barierę wskazało 65,6% badanych. Wdrożenie rozwiązań informatycznych w placówkach nie może jednak sprowadzać się tylko do kwestii technicznych. Ważnym (być może najważniejszym) elementem w powodzeniu przedsięwzięcia jest czynnik ludzki. Bez chęci współpracy ze strony personelu medycznego nawet przy najlepszych rozwiązaniach technicznych niemożliwe jest wprowadzenie e-dokumentacji [12]. Zdecydowana większość personelu medycznego placówek publicznych (70%) miała możliwość skorzystania z udział w szkoleniu dotyczącym posługiwania się elektroniczną dokumentacją medyczną. Personel niepublicznych placówek odbył takie szkolenia w 62,3%. Odmienne wyniki badań otrzymała Szymczyk w 2013 r. przeprowadzone w jednej z katowickich przychodni dotyczące korzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej. Grupę reprezentatywną stanowili lekarze, pielęgniarki i rejestratorzy medyczne. Autorka stwierdziła, że 96,3% badanych potwierdziło udział w szkoleniu [13]. Przytoczone badania wskazują na potrzebę zwiększenia szkoleń dotyczących obsługi systemu, jak i prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Być może znaczna część nieprawidłowości dotyczących wypełniania, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej wynika po prostu z nieznamomości regulacji prawnych w tym zakresie. Zrozumiałe jest jednocześnie, iż głównym zadaniem osób wykonujących zawody medyczne jest sprawowanie opieki i leczenie pacjenta. Jednak dokumentacja medyczna stanowi istotny element procesu terapeutycznego [14].

Z badań własnych wynika, że personel medyczny jest pozytywnie nastawiony na wprowadzenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. 88% ankietowanych uważa, że e-dokumentacja raczej lub zdecydowanie usprawni pracę personelu medycznego. Dla 85,6% EDM jest bezpieczniejsza od wersji papierowej. Według 86,6% EDM wyeliminuje trudności związane z odczytaniem wpisów. Prawie wszyscy ankietowani (95%) są za wprowadzeniem jednolitego systemu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.

Chęć powrotu do papierowej dokumentacji medycznej najczęściej wyrażają lekarze („zdecydowanie tak” – 8,3%, „raczej tak” – 25%) oraz pielęgniarki („zdecydowanie tak” – 7,4%, „raczej tak” – 16%). Najmniej położeń chce wrócić do dokumentacji prowadzonej w formie papierowej („zdecydowanie tak” – 1,2%, „raczej tak” – 14,8%). Badania autorów Szymczyk i Horoch potwierdzają wyniki uzyskane w niniejszej pracy [1].

Personel medyczny posługujący się e-dokumentacją w zdecydowanej większości (79,7%) nie chce powrotu do papierowej

postaci dokumentacji medycznej. Pozostałym osobom dokumentacja elektroniczna może sprawiać trudności w korzystaniu, dlatego wyrażają wole pozostania przy tradycyjnej formie. Zaś wśród personelu korzystającego wyłącznie z papierowej dokumentacji medycznej niewiele więcej niż połowa (52,4%) deklaruje chęć rezygnacji z tej formy prowadzenia dokumentacji. Wynikać to może z przyzwyczajenia, ale również z braku możliwości porównania obu rodzajów.

W podsumowaniu, w przedstawionej w pracy analizie można stwierdzić, że znaczna część podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu jest dobrze przygotowane do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Większość jednostek posiada odpowiednie rozwiązania informatyczne oraz techniczne. Jednak istnieje potrzeba ciągłego dopracowywania i unowocześniania wprowadzonych rozwiązań technologicznych. Stosowane systemy muszą działać sprawnie i być bezpieczne. Powinny posiadać zabezpieczenia zgodne z obowiązującymi normami. Proces cyfryzacji polskiej ochrony zdrowia jest na początku długiej drogi. Wdrożenie e-dokumentacji jest dużym wyzwaniem dla szpitali, przychodni i personelu. Należy także więc dołożyć wszelkich starań w przeszkolenie personelu medycznego w tym zakresie. Dzięki odpowiedniemu przygotowaniu praca z komputerami i systemami usprawni pracę personelowi i skróci czas poświęcany na wypełnianie dokumentacji, co jest jednym z założeń wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Odpowiedzialność za przeszkolenie pracowników medycznych spoczywa na przełożonych, ale również sam personel powinien dążyć do uzupełniania swojej wiedzy i umiejętności. Ważne jest przedstawienie korzyści prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej, ale i zagrożeń [15].

WNIOSKI

W oparciu o przeprowadzone analizy statystyczne zgromadzonego materiału sformułowano następujące wnioski:

1. Stwierdzono, że publiczne i niepubliczne placówki opieki zdrowotnej są przygotowane do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM).
2. Istnieje konieczność zwiększenia liczby szkoleń dotyczących posługiwania się EDM oraz zagadnień związanych z prawem medycznym wśród personelu medycznego publicznych i niepublicznych placówek opieki zdrowotnej.
3. Główne wady EDM, które utrudniają pracę według personelu medycznego, to: konieczność ciągłego połączenia z Internetem, błędy systemowe wydłużające czas wypełniania dokumentacji.
4. Stwierdzono zależność między wiekiem a trudnością obsługi systemu do EDM. Im starszy wiek personelu, tym trudność w obsłudze systemu była większa niż wśród personelu w wieku 18–25 lat.
5. Za największą korzyść EDM personel uznał bezpieczeństwo oraz możliwość uzyskania pełnego odzwierciedlenia leczenia pacjenta i przejrzystość informacji.
6. Według personelu medycznego wprowadzenie EDM w niewielkim stopniu zwiększy czas poświęcony pacjentowi, skróci procedury oraz kolejki do specjalistów i badań specjalistycznych.
7. Zdecydowana większość personelu medycznego nie zrezygnowałaby z prowadzenia dokumentacji elektronicznej na rzecz papierowej.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Szymczyk DM, Horoch A. Implementacja Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Część 3 – szkolenie personelu medycznego w zakresie technicznego i prawnego użytkowania danych sensytywnych. *Med Og Nauk Zdr* 2013; 19(3): 331–336.
2. Drozdowska U, red. *Dokumentacja medyczna*. Warszawa: Cegedim; 2011.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U. 2012 poz. 159 z późn. zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069).
5. Śliwka M, Urbaniak M. *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2018.
6. Ciemierz R, Gibiński M. *Dokumentacja medyczna w praktyce pielęgniarstwa i położnictwa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016.
7. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657).
8. Obowiązek tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej od 1 stycznia 2019 r. Dostępny na URL: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obowiazek-tworzenia-elektronicznej-dokumentacji-medycznej-od-1-stycznia-2019-r> [cyt. 07.05.2019].
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. 2018 poz. 941).
10. Szymczyk DM, Horoch A. Implementacja Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Część 1 – wpływ na efektywność pracy personelu medycznego. *Med Og Nauk Zdr* 2013; 19(3): 331–336.
11. *Badanie stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą*. Edycja III. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; 2018.
12. Ayatollahi H, Mirani N, Haghani H. Electronic health records: what are the most important barriers? *Perspect Health Inf Manag* 2014; 11(Fall): 1c.
13. Szymczyk D. Do pierwszego gwizdka. *Menedżer Zdrowia* 2013; 2: 54–55.
14. Zlabek JA, Wickus JW, Mathiason MA. Early cost and safety benefits of an inpatient electronic health record. *J Am Med Inform Assoc* 2011; 18(2): 169–172.
15. Manca DP. Do electronic medical records improve quality of care? Yes. *Can Fam Physician* 2015; 61(10): 846–847.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Agnieszka Nowacka
Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej
Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Litewska 14/16
00-575 Warszawa
Tel.: 604 754 789
E-mail: agnieszka.nowacka@wum.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.08.2019 r.
Po recenzji: 20.08.2019 r.
Zaakceptowano do druku: 26.08.2019 r.