Министерство здравоохранения и социального развития

ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия

Кафедра медицинской физики и информатики

Реферат

Элекронная история болезни. Принципы конфиденциальности и прав доступа к информации.

Выполнила: студентка 301 группы

Иванова А.А.

Чита 2009

Введение

В настоящее время, в связи с возрастающим ростом населения, встала необходимость уменьшения времени приёма у врача в поликлинике. В настоящее время на приём одного пациента не должно отводиться более 20 минут. Однако, если из этих 20 минут вычесть время уходящее на запись истории болезни, то времени на непосредственное обследование почти не остаётся.

Также важной проблемой, по моему мнению, является значительный рост различных диагностических и лечебных учреждений, причём как частных, так и государственных. И врач, работающий в этом учреждении должен иметь доступ к истории болезни своего пациента. В настоящее время истории болезни находятся на руках у самих пациентов, что несёт угрозу потери или порчи истории. Также в данном случае выплывает проблема распознавания чужого подчерка.

Таким образом, введение в повседневную практику электронной истории болезни, не только облегчит работу врача, но и увеличит её качество, а также облегчит перевод пациентов из одного отделения в другое, и из одного учреждения в другое, без потери данных истории болезни.

Глава 1.

Что же представляет из себя электронная медицинская карта и что она дает для врача? Такой вариант медицинской карты является информационной системой, которая опирается на технологию реляционных баз данных. Реляционной базой данных является некоторая таблица (или несколько связанных таблиц), в которой хранится произвольное количество записей – четко структурированных строк данных. Такой способ хранения информации позволяет удобно, в автоматическом режиме, отбирать данные по некоторому признаку или набору признаков, упорядочивать их отображение по различным столбцам таблицы, например, по дате, фамилии, диагнозу.

Электронная история болезни позволяет накапливать, хранить, при необходимости модифицировать, а также предоставлять сведения, характеризующие состояние пациента в течение всего времени пребывания в клинике, организацию его лечения, данные объективных исследований, врачебные назначения и др. Она должна включать в себя следующие основные разделы:

1. Журнал пациентов (Номер истории болезни, ФИО пациента, Дата поступления, Дата выписки (планируемой выписки), Паспортная часть, Отделения (где находился на лечении), Диагнозы пациента, Процедуры и исследования пациента);

2. Пациенты (Возможность редактирования паспортной части истории болезни, информации о госпитализациях, о программах лечения пациента и его амбулаторных обращениях);

3. Диагноз (Диагнозы пациента по МКБ-10 с расширенным описанием, возможность их изменения и добавления);

4. Программа (программы лечения у данного пациента, их анализ (выполненные и невыполненные назначения и процедуры), отчет для бухгалтерии);

5. Процедуры (процедуры назначенные пациенту, возможность назначать процедуры автоматически по программе лечения, по стандартам оказания медицинской помощи, по стандартам принятым в клинике, через универсальный справочник процедур, возможность печати направлений на процедуры и листа назначений на сутки);

6. Анализы (Результаты анализов пациента, печать анализов, перенос результатов анализов из лабораторной системы);

7. Операции (описание операционных процедур назначенных и выполненных пациенту);

8. Медикаменты (Назначение препаратов пациенту, а также просмотр остатков препаратов в аптеке, назначение препаратов на процедурные кабинеты, операционные и палаты интенсивной терапии, выписка требований, автоматическое списание препаратов из базы аптеки) 9. Документы (Создание и печать медицинских документов, создание шаблонов документов, архив готовых документов);

10. Рентген (Хранение и обработка рентгеновских снимков);

11. Протоколы (формализованные медицинские документы на больного, печать бланков данных документов);

12. Наука (Научная сетка, опрос состояния пациента - движение, чувствительность, физиология, ЭЭГ, функции тазовых органов, тесты, ввод данных через коэффициенты, сброс данных в MS Excel для дальнейшей обработки в статистических программах);

13. Транспорт (Заявки на передвижение больных вне клиники с использованием автомобильного парка стационара);

14. Справочники (система полностью настраиваемая, вся информация храниться в виде справочников, которые по желанию клиента можно изменить, дополнить или удалить);

15. Аптека (Программа создана для ведения базы данных медикаментов клиники, фиксирует все поступления (закупки) медикаментов, автоматической подачи заявок и списание медикаментов на пациентов).

Глава 2. Практическое применение

Компьютер позволяет не переписывать одни и те же данные по много раз и находить нужную информацию в удобном виде. Очень удобно, что документы не нужно разносить или пересылать по назначению. Если получены какие-то сведения о пациенте, они будут присутствовать во всех документах, где есть соответствующие графы, а это значит, что выполнена большая часть работы по заполнению бланков.

В электронную историю болезни вводят данные многие специалисты и этими данными пользуются другие специалисты по мере необходимости. Например, в обязанности дежурной медсестры входит каждый день просматривать все истории болезни и выписывать из них все назначения, сделанные лечащими врачами каждому пациенту. При этом сами истории болезней находятся в разных кабинетах специалистов, их надо собрать и просмотреть. Наличие электронной истории болезни позволяет медсестре - по нажатию клавиши составить список назначений всех пациентов данного отделения на текущий день.

Простота работы с выборкой врачебных назначений, исключение при этом непроизвольных ошибок.

Манипуляционная медсестра видит все назначения, отсортированные по времени, палатам, ведет учет выполненных манипуляций.

А также автоматически регистрируются: движения пациентов; ввод ежедневных сведений, включая данные для столовой и справочной; ввод назначений, сделанных врачами на анализы и исследования; ввод заявок на временные и разовые пропуска для посетителей.

Возможность контролирования врачами своевременности и полноты обследования, лечения и выполнения врачебных назначений средним медицинским персоналом.

Глава 3. Принципы конфиденциальности и прав доступа к информации

Основные задачи:

- сохранение медицинской информации;

- сохранение права пациента на приватность;

- конфиденциальность любой системы электронного здравоохранения или телемедицинской системы;

- ответственность за пациента.

Решения:

1) Соблюдение принципа информированного согласия.

Перед проведением любой процедуры врач обязан дать четкие и вразумительные пояснения пациенту, касающиеся необходимости или желательности процедуры, а также ее возможностей и ограничений. Желательным является письменное согласие пациента на хранение индивидуальной медицинской информации в электронном виде.

2) Сохранение конфиденциальности и анонимности

Технический персонал, обрабатывающий и пересылающий информацию в электронном виде, должен давать подписку о выполнении норм, требований и правил организационного и технического характера, касающихся защиты обрабатываемой информации, а также о неразглашении ее.

При пересылке (размещении в компьютерной сети) медицинской информации необходимо заботится о соблюдении врачебной тайны; вся информация о пациенте пересылается только в анонимном виде; со всех изображений (рентгенограмм, томограмм, МРТ-грамм и т.д.)”стирается” с помощью графического редактора персональная информация (фамилия, номер истории болезни и т.д.).

Все персональные компьютеры должны иметь только авторизированный доступ (паролирование); папки и локальные диски, содержащие материалы консультирования, должны быть закрыты для доступа по локальной сети.

3) Соблюдение юридических и этических норм

Необходимы стандартизация, тщательное протоколирование всех медицинских процедур, создание резервных и “твердых” копий. Желательно использование цифровой подписи для идентификации. Невозможность доступа к электронным данным о пациенте со стороны третьих лиц, подобная информация может быть предоставлена только по письменному запросу от государственных структур.

Заключение

Я абсолютно уверена в том, что введение в повседневную практику врача электронных технологий, в том числе и электронной истории болезни, повысит скорость и качество его работы, даст возможность другим специалистам быстро и беспрепятственно помогать пациенту даже в самых сложных ситуациях, даст гарантию сохранения целостности истории болезни. Но врач отчётливо должен понимать, что проблема сохранения медицинской тайны в данном случае является ещё более острой, нежели в классическом случае. Потому что эта информация может быть использована как во благо, так и назло пациенту. Таким образом, знание своих обязанностей по защите личности пациента сохранит, как личную жизнь пациента, так и собственную репутацию врача.

Литература:

1. Интернет - сообщество телемедицинских центров. www. telemedic. ru;
2. РФФ КНУ им.Т. Шевченка. www. rpd. univ. kiev. ua;
3. MED24. ru. http: // med24. ru;
4. Информационные технологии в медицине. http: // itm. consef. ru;
5. Электронный научный журнал ”Системная интеграция в здравоохранении” 1(1) 2008. www. sys-int. ru.