



SZPITAL KLINICZNY im. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33
Telefony centrala 61 849 12 00; dyrekcja 61 847 29 60 Fax 61 848 33 62
szpital@skp.ump.edu.pl
www.skp.ump.edu.pl

L.dz. DM 140/2017

Poznań 10.03.2017

P.T.
Kierownicy Klinik/Lekarze Kierujący Oddziałami
Pielęgniarki Oddziałowe
Personel Medyczny Szpitala
w miejscu

dotyczy: terminów szkoleń w zakresie elektronicznej ordynacji lekarskiej EOL oraz elektronicznej dokumentacji medycznej EDM

Uprzejmie informuję, że w szpitalu jest wdrażany **ostatni etap** EDM, co oznacza, że lekarze, pielęgniarki, dietetycy, psychologzy i rehabilitanci na poszczególnych oddziałach zostaną przeszkoleni w obsłudze modułu EDM. Poniżej przedstawiam harmonogram szkoleń, które będzie prowadzić mgr Anna Morkowska. Proszę o maksymalne wykorzystanie czasu szkoleń, ponieważ **od 1 czerwca 2017 roku** w Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera UM w Poznaniu obowiązywać będzie wyłącznie elektroniczna wersja dokumentacji medycznej, której integralną częścią są zlecenia lekarskie.

Data	Oddział
13.03. – 17.03. 2017	VII
	XIV
20.03. – 24.03.2017	VIII
	VIII/1
27.03. – 31.03.2017	XIII
	XIII/1
3.04. – 7.04.2017	III
	V
	TSK
10.04. – 14.04.2017	IV
	VI
	DIALIZY
18.04.- 21.04.2017	X
24.04. – 28.04.2017	I/3, I/4
2.05. - 5.05.2017	IX
8.05. – 12.05.2017	A
	B
15.05. – 19.05.2017	C
	D

Przypominam, że już teraz obowiązkowe jest elektroniczne prowadzenie

A. INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA, w tym

/dostępna będzie dla pacjenta w wersji elektronicznej od czerwca 2017 roku – następnego dnia roboczego po wypisaniu ze szpitala i zaakceptowaniu elektronicznym przez 2 lekarzy - Lekarza Prowadzącego, Lekarza Kierującego Oddziałem - po wcześniejszej akceptacji części pielęgniarskiej przez Pielęgniarkę Oddziałową/

1. wywiadu i opisu stanu przedmiotowego pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala – w przypadku pacjentów ostrodyżurowych wpis do Eskulapa dokonuje lekarz dyżurny IP, natomiast w przypadku pacjentów planowych wpisów dokonuje lekarz w oddziale (lekarz dyżurny IP nie widzi/ nie bada pacjentów planowych, jedynie pielęgniarka zbiera wywiad epidemiologiczny i ogląda pacjenta pod kątem chorób zakaźnych);
2. obserwacji lekarskich – wymagane są codzienne wpisy ze szczególnym uwzględnieniem zmian stanu zdrowia pacjenta. **Wpisy powinny być krótkie i zrozumiałe dla pacjenta (!) i innych osób upoważnionych do wglądu do dokumentacji chorego (np. prokuratora);**

PONIŻEJ PRZEDSTAWIAM NAJWAŻNIEJSZE UWAGI DO OBSERWACJI LEKARSKICH OBECNIE PROWADZONYCH PRZEZ LEKARZY W ESKULAPIE, JEDNOCZEŚNIE PRZEPRASZAJĄC TYCH LEKARZY, DLA KTÓRYCH PONIŻSZE UWAGI SĄ OCZYWISTE I CZYTAJĄC JE MOGĄ POCZUĆ SIĘ URAŻENI.

- Obserwacje lekarskie powinny zawierać informacje o aktualnym stanie zdrowia pacjenta, ewentualnych nieprawidłowych wynikach badań i o podjętych/wykonanych działaniach medycznych, natomiast nie należy przepisywać w obserwacje lekarskie wszystkich wyników badań diagnostycznych i zleceń lekarskich (są one również dostępne dla pacjentów i innych zainteresowanych w innym miejscu w Eskulapie),
- **NALEŻY PAMIĘTAĆ, ŻE OBSERWACJE LEKARSKIE SĄ CZĘŚCIĄ DOKUMENTACJI ELEKTRONICZNEJ DOSTĘPNEJ DLA PACJENTA NA JEGO KONCIE W E-DOKUMENTACJI** – po wypisaniu pacjenta ze szpitala oraz akceptacji przez 2 lekarzy – Lekarza Prowadzącego, LKO oraz Pielęgniarkę Oddziałową,
- W obserwacjach lekarskich nie wolno wpisywać subiektywnych odczuć oraz subiektywnej oceny o innych lekarzach lub innym personelu szpitala, nie należy też komentować sytuacji i zdarzeń mających miejsce w szpitalu i niedopuszczalne jest wymienianie nazwisk innych pracowników szpitala. W przypadku konieczności opisywania działania medycznego innego lekarza należy używać określeń – lekarz specjalista, lekarz konsultant, lekarz np. chirurg, endokrynolog, itd. **(BEZ NAZWISK)**, natomiast w innym, właściwym miejscu w Eskulapie znajdują się nazwiska lekarzy lub innych osób wykonujących konsultacje, zabiegi, badania, itd.,
- Przypominam, że w obserwacjach lekarskich - nie wolno komentować zachowania i/lub postępowania medycznego innych lekarzy (!),
- Lekarz Kierujący Oddziałem jest zobowiązany do **zweryfikowania** wpisów w obserwacjach lekarskich wszystkich podległych lekarzy, a szczególnie lekarzy rezydentów, lekarzy stażystów i innych szkolących się w naszym szpitalu.

-
3. obserwacji pielęgniarskich – zgodnie z uzgodnieniami i wytycznymi Naczelnej Pielęgniarki szpitala;

4. konsultacji lekarskich – należy pamiętać, że w systemie elektronicznym zapisuje się dokładna data i godzina „Skierowania na konsultacje” oraz data i godzina Wpisanej konsultacji i w przypadku dłuższego odstępu czasowego pomiędzy zleceniem a wykonaną konsultacją należy podać przyczynę tego opóźnienia.;
5. konsultacji psychologicznych – wykonywanych na zlecenie lekarskie (koniecznie w formie elektronicznej), proszę pamiętać o wpisaniu również krótkiej informacji o badaniu psychologicznym i zaleceniach do domu w odpowiednim miejscu w Eskulapie tak żeby ta informacja pojawiła się na Karcie Informacyjnej Leczenia Szpitalnego.;
6. rehabilitacji – wykonywanej wyłącznie na podstawie elektronicznego zlecenia lekarskiego (w Eskulapie jako zlecenie na konsultacje podobnie jak na badanie i leczenie psychologiczne). Zlecenie elektroniczne, lekarz może wypisać na dłuższy okres rehabilitacji z określeniem rodzaju rehabilitacji. Rehabilitant powinien codziennie opisywać przebieg rehabilitacji w systemie Eskulap oraz jest zobowiązany podobnie jak psycholog do wpisania w Eskulapie w odpowiednim miejscu, krótkiej informacji na Karcie Informacyjnej Leczenia Szpitalnego o rodzaju stosowanej rehabilitacji w szpitalu oraz zaleceniach do domu.
Rehabilitację można wykonać wyłącznie na pisemne elektroniczne zlecenie lekarza oddziałowego z określeniem rodzaju zalecanej rehabilitacji.;
7. karty gorączkowej – obecny wygląd karty gorączkowej jest inny niż wcześniejszej papierowej, ale w systemie Eskulap znajdują się wszystkie wymagane prawem dane o pacjencie;
8. opisu zabiegu operacyjnego;
9. karty okołoperacyjnej;
10. karty postępowania przeciwbólowego;
11. zleceń na badania diagnostyczne, konsultacje, rehabilitacje, badania psychologiczne, itd. – proszę pamiętać, że w naszym szpitalu nie wolno wykonywać badań diagnostycznych bez wcześniejszego ELEKTRONICZNEGO skierowania. Wyniki badań diagnostycznych powinny zostać wpisane do Eskulapa w dniu badania lub najszybciej jak to możliwe;
12. wyników badań laboratoryjnych i innych diagnostycznych - w tym opisów **EKG, ECHO, Holtera, EEG, USG**, badań słuchu, badań urologicznych, itd.;
13. wyników badań zewnętrznych – obecnie w formie skanu;
14. zleceń na badanie patomorfologiczne i wynik badania patomorfologicznego;
15. zamawiania i przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych;
16. zgód na leczenie i zabiegi operacyjne – w formie skanów do czasu wprowadzenia długopisu elektronicznego;
17. oceny stanu odżywienia;
18. zaleceń dietetycznych – wpisywane przez dietetyczki oddziałowe.

B. ZBIORCZEJ DOKUMENTACJI ODDZIAŁU/ ZAKŁADU/ PRACOWNI/ PORADNI/ IP, w tym

/pozostaje w szpitalu i jest udostępniana jedynie upoważnionym instytucjom na ich żądanie (policja, prokuratura, ubezpieczyciel, kontrole NFZ, itp.)

1. Księgi transfuzyjnej – przypominam o konieczności wpisywania do systemu Eskulap wszystkich czynności związanych z przetoczeniem krwi i preparatów krwiopochodnych. Za prawidłowość i kompletność wpisów odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa do czasu wprowadzenia podpisu elektronicznego i EDM –przewidywany termin to koniec maja 2017 – obowiązkowa dokumentacja związana z przetaczaniem składników krwi powinna zostać wydrukowana i podpisana przez lekarza i pielęgniarkę odpowiedzialnych za przetoczenie;
2. Księgi raportów lekarskich;
3. Księgi raportów pielęgniarskich;
4. Notatki służbowej lekarskiej i pielęgniarskiej – służącej do opisanie w systemie Eskulap (1) zdarzenia mającego miejsce na terenie szpitala (np. kradzież, pracownik szpitala lub opiekun prawny pacjenta pod wpływem alkoholu, nieetyczne zachowanie, osoby nieuprawnione na oddziale, itp.) lub (2) dotyczącej pacjenta przed przyjęciem do szpitala (np. spożycie alkoholu przed przyjęciem do szpitala, pogryzienie przez psa, podejrzenie przemocy, itp.) Każda Notatka będąca wydrukiem z systemu Eskulap musi zostać przekazana drogą służbową do dyrektora szpitala w celu podjęcia stosownego działania (**Notatka lekarska wymaga akceptacji i podpisu Lekarza Kierującego Oddziałem, a w przypadku Notatki pielęgniarskiej wymagany**

jest podpis Pielęgniarki Oddziałowej i Naczelnej Pielęgniarki szpitala). Niektóre sytuacje mogą wymagać dwóch oddzielnych, niezależnych Notatek – lekarskiej i pielęgniarskiej lub kilku Notatek uzupełniających lub wyjaśniających sytuację;

5. Zdarzeń niepożądanych – każde zdarzenie niepożądane musi zostać odnotowane (jeżeli tego wymaga niezależnie przez lekarza i pielęgniarkę) i zakwalifikowane do odpowiedniej kategorii w Eskulapie: (1) działanie niepożądane leku – zawsze musi zostać zgłoszone przez lekarza do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (2) działanie niepożądane sprzętu medycznego – zgłaszane również do URPLW MiPB i/lub do producenta, (3) działania niepożądane krwi i preparatów krwiopochodnych – zgłaszane również do RCKiK (4) urazy i odleżyny (5) zakażenia wewnątrzszpitalne (6) inne zdarzenia niepożądane (np. błąd ludzki -pomyłka przy podawaniu leku, zabicie ampułki leku, samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala, udostępnienie dokumentacji medycznej lub danych osobowych nieuprawnionej osobie lub instytucji, ciało obce pozostawione w polu operacyjnym, itp.)

Wszystkie w/w Zdarzenia niepożądane muszą drogą służbową trafić do dyrektora szpitala, w związku z powyższym należy je wydrukować z systemu Eskulap i po podpisaniu przez Lekarza Kierującego Oddziałem, a w przypadku opisu Zdarzenia niepożądane przez pielęgniarkę podpisane przez Pielęgniarkę Oddziałową i Naczelną Pielęgniarkę. W przypadku Zdarzenia niepożądane leku, sprzętu medycznego czy składnika krwi do wydruku z Eskulapa należy dołączyć kopie zgłoszenia do właściwego urzędu lub ewentualnie zrobić adnotację o wysłaniu. W najbliższych miesiącach dla działań niepożądanych zostanie opracowana szczegółowa procedura ISO, która nie tylko będzie określać zasady zgłaszania i postępowania ale również nałoży obowiązek na Lekarza Prowadzącego przedstawienia przebiegu zdarzenia niepożądane i jego skutków personelowi medycznemu szpitala w ramach szkolenia na sali wykładowej (zgodnie z projektami nowych przepisów o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów - dotyczy to głównie urazów i zakażeń wewnątrzszpitalnych i pomyłek w procesie leczenia).

UWAGA: Proszę o przemyślane kwalifikowanie zaistniałych sytuacji w oddziale/pracowni/szpitalu tylko do jednej kategorii albo do (1) Zdarzeń Niepożądanych albo do (2) Notatek służbowych (nie należy jednocześnie korzystać z obu form).

W kolejnych tygodniach na poszczególnych oddziałach wprowadzone zostaną **elektroniczne zlecenia lekarskie** – ostatni moduł niezbędny do wygenerowania EDM.

W czasie szkoleń w zakresie zleceń lekarskich Kierownik Działu Informatyki wraz z MEDHUB –em skonfiguruje EDM w Eskulapie oraz dostosuje czytniki i Państwa karty do możliwości zastosowania podpisu elektronicznego i wygenerowania EDM.

Przewidywany termin obowiązywania w Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera UM w Poznaniu **WYŁĄCZNIE ELEKTRONICZNEJ WERSJI DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ EDM** (zarówno indywidualnej jak i zbiorczej) to czerwiec br. Od tego czasu nie będą drukowane dokumenty papierowe z **WYJĄTKIEM KARTY INFORMACYJNEJ** wygenerowanej z podpisem elektronicznym dwóch lekarzy – Lekarza Prowadzącego i Lekarza Kierującego Oddziałem (bez tradycyjnych podpisów i pieczętek).

UWAGA - Karta informacyjna z leczenia szpitalnego oraz indywidualna dokumentacja medyczna pacjenta będzie dostępna dla pacjenta w wersji elektronicznej na jego elektronicznym koncie (to samo miejsce gdzie obecnie pacjent ma dostęp do wyników badań) od następnego dnia po wypisaniu ze szpitala.

W związku z koniecznością wdrożenia EDM uprzejmie proszę o poważne potraktowanie najbliższych szkoleń w zakresie zleceń lekarskich (ordynacji lekarskiej) i jak najszybsze wdrożenie podpisu elektronicznego oraz wersji elektronicznej dokumentacji medycznej. Oddziały, które będą gotowe prowadzić EDM przed 1 czerwca br. mogą zgłosić taką gotowość w celu wstrzymania wydruków z Izby Przyjęć.

Proszę o uwagi szczególnie, jeżeli w trakcie wdrażania EDM zostały pominięte jakieś działania medyczne dotyczące pacjentów. Proszę również zwrócić uwagę, że zapisy w systemie Eskulap nie tylko stanowią EDM ale będą podstawą do wyliczania kosztów leczenia pacjentów oraz będą służyły ocenie pracy i zaangażowania personelu medycznego szpitala.

Z poważaniem

Z-CA DYREKTORA DS. MEDYCZNYCH
SZPITALA KLINICZNEGO
im. K. Jonschera UM w Poznaniu

dr n. med. Dorota Woźnicka