

Informatyzacja – nie można zmieniać koni na środku rzeki?
A może trzeba

Klucz uniwersalny



foto. © ImageZoo/Corbis

Podstawową przyczyną i źródłem powstawania danych medycznych w ochronie zdrowia powinien być proces leczenia, a celem ich przetwarzania i przechowywania utrzymanie ciągłości i celowości tego procesu. Ale zastosowanie dokumentacji jest znacznie szersze – jest ona przydatna w wielu innych sytuacjach powiązanych z leczeniem. Należą do nich np. spory i roszczenia dotyczące zakresu, zasadności czy skuteczności leczenia, błędów, kosztów itd. To wszystko naraz trzeba mieć na względzie, informatyzując szpitale i przychodnie.

Dokumentacja medyczna stanowi podstawę dokumentacji księgowej oraz sprawozdawczości zarządczej szpitala i statystycznej – służącej *in spe* polityce zdrowotnej. Powinno tak być, choć wiadomo, że istnieją takie zjawiska, jak podwójna czy kreatywna księgowość. Istnieje też statystyka fałszywa. Zdarza się, że dla kogoś jest lepiej, gdy dokumentacji medycznej po prostu nie ma. Zdarza się, że jest lepiej, gdy nie ma również dokumentacji finansowej. Dla wielu podmiotów jest zaś najlepiej, gdy niczego nie ma lub jest coś, co robi się tylko dla urzędu finansowego i statystyki publicznej czy dla NFZ, nie zawsze w jasnym związku z przebiegiem leczenia i potrzebami pacjenta. Taka postawa to do dzisiaj jeszcze skrajność. Chcielibyśmy, żeby jej nie było, a przynajmniej, żeby było jej coraz mniej.

Smężna proza EDM

W marcowym numerze „Menedżera Zdrowia” znajdujemy pouczające studium problemów z dokumentowaniem leczenia pióra prof. Jarosława J. Fedorowskiego. Profesor sygnalizuje zagrożenia związane z praktyką bardzo niefrasobliwego traktowania przez lekarzy dokumentacji medycznej, szczególnie epikryzy. Zwraca uwagę na wielką dowolność w stosowaniu skrótów czy pomijanie okoliczności istotnych dla ciągłości leczenia. Ubolewa nad niedostatkiem standardów. Zjawisko to bywa tolerowane, jego zdaniem, zarówno przez lekarzy, jak i przez management, jakby jego konsekwencje były mało istotne dla zdrowia pacjentów i kosztów leczenia. Dowiadujemy się również, że zagrożenia te są ignorowane w programach kształcenia lekarzy.

Profesor pisze: „Największą słabością dokumentu jest epikryza oraz lista zaleceń poszpitalnych. Epikryza jest zazwyczaj bardzo lakoniczna, zawiera schematyczne zwroty, np. pacjent przyjęty, ustalono rozpoznania, zastosowano leczenie, wypisany z poprawą. Lista leków nie spełnia żadnych standardów, stosuje się naprzemiennie nazwy międzynarodowe i handlowe, dawki określa się czasem w jednostkach wagi, a czasem w jednostkach handlowych, z użyciem niestandardyzowanych skrótów (np. 1 × 1 albo 1 × 2). Kwestie dalszego leczenia są określone bardzo enigmatycznie – brak umieszczenia nazwiska lekarza POZ i jego danych kontaktowych jest jednym z dowodów na brak kultury ciągłości leczenia, a o automatycznym wysyłaniu kopii wypisu, a tym bardziej o jakimkolwiek liście referencyjnym – nie ma mowy”.

Autor przytaczanego materiału zadaje kluczowe pytanie: czy można oczekiwać dzięki wprowadzanym narzędziom informatycznym standaryzacji zapisów w epikryzie lekarskiej? czy można będzie stosować „szablony” do określania objawów prawidłowych i patologicznych oraz do interpretacji wyników badań? czy będzie dostępne wsparcie dla tzw. analizy problemowej?

e-Złudzenia

Otóż zdecydowanie nie, dopóki nie zastosuje się rozwiązań opracowanych i rozwijanych na świecie w ramach prac nad standardami dla systemów EHR. Standardy te, określone normą EN-PN 13606, są zalecane również w UE jako elementarny warunek bezpieczeństwa pacjenta i współpracy lekarzy, także w skali Unii.

Autor apeluje „do odpowiedzialnych urzędników z MZ i CSIOZ o dobre konsultacje w kwestii standardów elektronicznej dokumentacji medycznej ze wszystkimi interesariuszami systemu”. Formuluje poważną obawę: „Moja największa obawa związana z wprowadzaniem elektronicznej dokumentacji medycznej w polskich szpitalach dotyczy skopiowania dotychczasowych, zacofanych sposobów prowadzenia dokumentacji papierowej do systemu elektronicznego”.

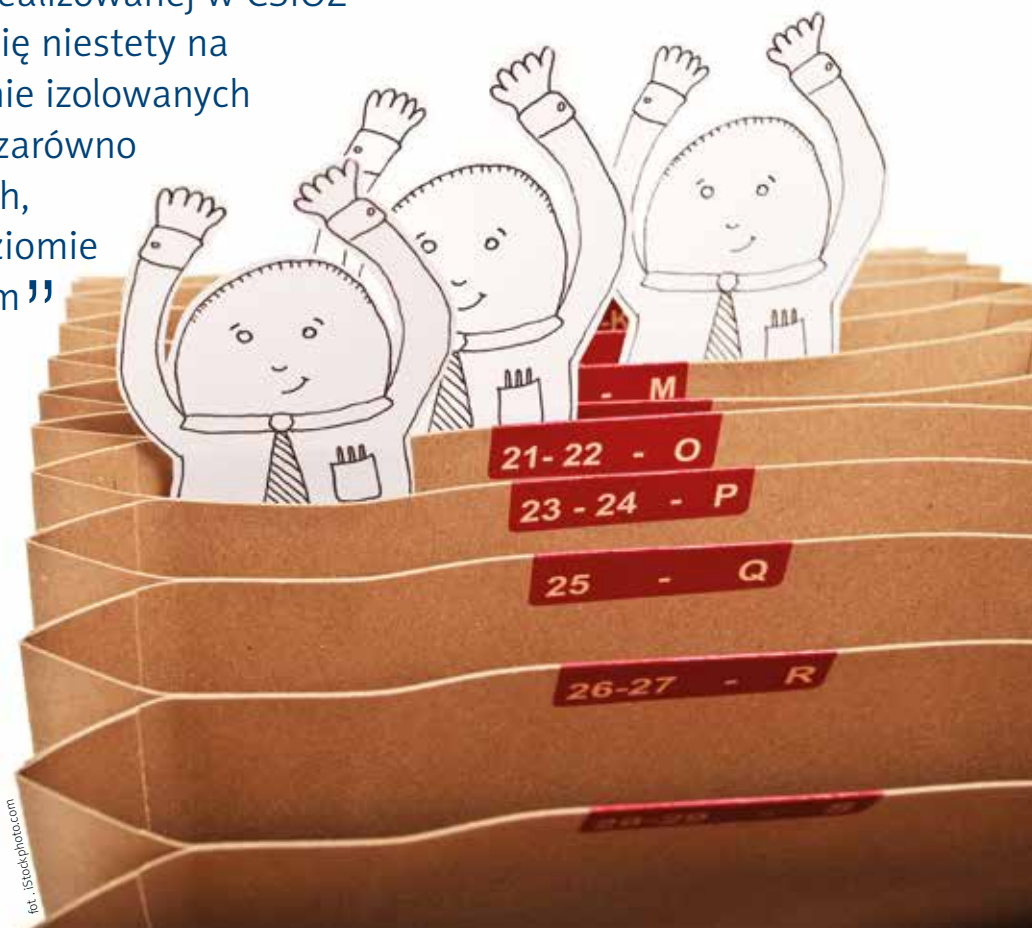
„Dla wielu podmiotów najlepiej jest, gdy nie ma żadnej dokumentacji lub gdy przygotowuje się ją tylko dla urzędu finansowego i statystyki publicznej albo dla NFZ, nie zawsze w jasnym związku z przebiegiem leczenia i potrzebami pacjenta”

Otóż – poza dekoracyjnymi szczegółami – z perspektywy lekarza i pacjenta wdrażany obecnie system kopiuje zacofane sposoby. Szczególnym tego przykładem jest złudne zapewnienie, że lekarz będzie miał dostęp do wsparcia informacyjnego, w szczególności przy ordynacji leków. Oczywiście będą linki do literatury, a nawet do opisów procedur medycznych, i podobno mają one być przydatne. To dobrze, ale przecież nie o to tu chodzi. Chodzi o wsparcie programowe, programowe w sensie informatycznym, o wiele szerszym niż linki, które są tylko odnośnikami do wiedzy, a nie procedurami stosowania tej wiedzy on-line. Tego nie ma. Nie ma, gdyż zrezygnowano z myślenia o wdrożeniu norm EHR, a nie zaproponowano czegoś w zamian. Pytanie – oczywiście – czego. Musiałaby to być zapewne jakaś nowa propozycja dla Europy w ramach dyskusji o interoperacyjności.

Klucz do e-dokumentacji

Tym bardziej to naganne, że najważniejszym zadaniem systemu informatycznego w ochronie zdrowia

” W studium wykonalności platformy realizowanej w CSIOZ zgodzono się niestety na powstawanie izolowanych systemów zarówno w szpitalach, jak i na poziomie regionalnym ”



jest ciągłość programowa nie tylko w sensie obsługi informatycznej, lecz także celowości oraz efektywności leczenia i zapewnienie komunikacji między serwisami informatycznymi. Standardy EHR są wspólnym kluczem do obu tych kwestii. Do ich zignorowania przyczyniły się bardziej okoliczności instytucjonalne niż, mam nadzieję, czykolwiek zła wola. Rzecz jest o tyle dwuznaczna, że temat EHR jest tylko markowany w studium wykonalności projektów realizowanych w CSIOZ. I to mimo że w ustawie o informatyzacji ochrony zdrowia są wyraźne odniesienia do normy EN-PN 13606 (EHR).

EHR to podstawowy standard dokumentacji medycznej zapewniający bezpieczeństwo pacjentów w Europie. Czy w Polsce także? Chodzi o EHR i jego standardy, w tym modelowania danych. W bardzo kompetentnym komunikacie dr. Grzegorza Bliźniuka zamieszczonym w jednym z numerów biuletynu CSIOZ czytamy o prowadzonych w ramach współpracy międzynarodowej pracach (projekt TRANSFoRm – *Translational Research and Patient Safety in Europe*) nad wprowadzeniem mechanizmów interoperacyjności między HL7 a CEN 13606 (chodzi o EHR – „podsta-

wowy standard dokumentacji medycznej dla TRANSFoRm”).

Zadanie sygnalizowane w komunikacie wiąże się oczywiście z zagadnieniem zapewnienia interoperacyjności transgranicznej. Trudno sobie tę interoperacyjność wyobrazić inaczej niż jako wyrastającą ze środowiska interoperacyjnego w systemach krajowych. Trudno, ale jednak. W studium wykonalności platformy realizowanej w CSIOZ zgodzono się bowiem na powstawanie izolowanych systemów zarówno w szpitalach, jak i na poziomie regionalnym. Te izolowane z powodu braku jednolitych standardów modelowania danych systemy mają być następnie na poziomie ogólnokrajowym klejone za pomocą komunikatów HL7, których wymagać będzie od szpitali platforma CSIOZ. Problem braku interoperacyjności, spowodowany brakiem standardów – *de facto* zaplanowanym – u podstaw medycznej przestrzeni teleinformatycznej w Polsce, przenosi się na poziom relacji z Unią. Teraz trzeba będzie bowiem przekładać HL7 na EHR, zamiast zacząć od EHR (PN 13606) i już niczego nie przekładać.

Skalę problemów ilustruje wypowiedź Zygmunta Kamińskiego, prezesa zarządu Kamsoft: „Nie mamy

w kraju jednolitych słowników centralnych, określonych jednoznacznie dla całego rynku ochrony zdrowia. Poszczególne firmy zbudowały na swój użytek potrzebne słowniki i zbiory danych o znaczeniu lokalnym. Stąd systemy są krańcowo odmienne w budowie i niespójne”.

Lepiej nie trwać w błędzie

Zamieszczenie wspomnianego komunikatu w biuletynie CSIOZ mogłoby stanowić kolejny impuls do zmiany podejścia do zagadnienia interoperacyjności i dokumentacji medycznej. Tak byłoby dobrze. Dałoby to bowiem ogromne oszczędności w szpitalach mało zaawansowanych informatycznie (tych wciąż nie brakuje). Zmiana ułatwiłaby też wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej we wszystkich szpitalach poprzez inne do niej podejście – jako do „produktu” mechanizmów informatycznych EHR służących obsłudze leczenia w trybie on-line. „Produktu”, do którego CSIOZ mogłoby sięgać bez konieczności zwracania się do szpitali z żądaniem tworzenia i dostarczania kolejnych komunikatów.

Oznaczałoby to otwarcie się na kwestię „otwartego oprogramowania”, na współpracę z nauką (politechniki i uczelnie medyczne), na współpracę międzynarodową w ramach europejskiego projektu EHR, na szerszy udział firm informatycznych, w tym małych i rzeczywiście innowacyjnych. Byłoby to wreszcie poważne podejście do uczestnictwa Polski w UE.

Zamiast zatem tropić CSIOZ za to, że zmienia przyjęte plany i naraża się na utratę funduszy unijnych, jak napisano w „Gazecie Wyborczej” z 16 czerwca 2014 r., powołując się na anonimowego informatora, należałoby sprzyjać zmianom i elastycznemu podejściu ze strony UE do wcześniejszych ustaleń, o ile zmiany te przestaną być wyrazem nieudolności i ukrywaniem błędów, a zaczną wynikać z rzeczywistych potrzeb systemu ochrony zdrowia.

Impuls z centrum

Wprowadzenie i powodzenie takiej zmiany zależy od wyraźnego impulsu z centrum, ale też od szerokiej partycypacji instytucjonalnej. Czy na taki impuls ze strony centrum można liczyć? A partycypacja? Bez niej projekt tonie w lukach informacyjnych i braku przejrzystości oraz wzajemnego zaufania. Jej dotychczasowy brak, kamuflowany absolutnie niefunkcjonalnymi „konsultacjami”, obniża kompetencje marginalizowanych interesariuszy. Tylko bowiem osamotniony STOMOZ zwracał bezskutecznie uwagę na korzyści dla szpitali wynikające z wdrożenia standardów EHR: rzeczywista interoperacyjność, zmniejszenie uzależnienia szpitali od producentów i dostawców oprogramowania, możliwość wymiany oprogramowania bez konieczności uzgadniania i bez zakłóceń w komunikacji z otoczeniem teleinformatycznym oraz możliwość wymiany elementów własnego oprogramowania bez zakłóceń w pracy całości.

A reprezentacja pacjentów? Tu można mieć poważne zastrzeżenia. W cytowanym „Biuletynie Informacyjnym CSIOZ” znajdujemy świadectwo braku tej reprezentacji – nieobecność perspektywy pacjenta. Termin „kolejka” raz dotyczy rzeczywiście kolejek, innym razem uzgadniania z góry terminu wizyty, co nie jest kolejką. Czytamy: „Pacjent będzie mógł zapisać się tylko do jednego lekarza”. Czy chodzi o termin wizyty, wówczas to jasne, chyba że chodzi o konsultacje. Dlaczego nie? Czy chodzi o kolejki więcej niż do jednego lekarza? Dlaczego nie? Mogłaby być przecież informatyczna obsługa wspólnej kolejki do kilku lekarzy lub kilku kolejek, gdy pacjentowi zależy na tym lekarzu, u którego znajdzie się najszybciej. System informatyczny może to obsłużyć. Wypisać pacjenta po zrealizowanej wizycie z pozostałych kolejek też może. Miejsce zajęte w hipotetycznie najkrótszej kolejce wpływa na czas oczekiwania kolejno zapisanych pacjentów, ale miejsce zajęte w kolejce lub kolejkach dla tego pacjenta nawet chwilowo alternatywnych nie przedłuża czasu oczekiwania w tych kolejkach następnym pacjentów. System informatyczny może tym zarządzać, uwzględniając również możliwość przesunięcia pacjenta do innej z wybranych przez niego kolejek, jeśli ta staje się krótsza.

„Trzeba będzie przekładać HL7 na EHR, zamiast zacząć od EHR i już niczego nie przekładać”

Dalej czytamy, że można zmienić termin wizyty lub zapisać się do innego lekarza (tu już nie chodzi o kolejki), ale przedtem odwołać zajmowany do tej pory termin. Każdy, kto korzysta z elektronicznych zapisów do lekarza, co w wielu przychodniach i szpitalach już jest możliwe, wie, że powinno być odwrotnie – zapisanie w innym terminie lub do innego lekarza powinno wyprzedzać – tym razem automatyczne – „wypisanie” z zajętego dotychczas terminu. Może się przecież zdarzyć, że pacjent utraci dotychczasowy termin i nie zdąży z nowym zapisem przed innym pacjentem.

Niestety, nie wiemy, jaka jest skala zjawiska zajmowania terminów wizyt równocześnie u kilku lekarzy lub zapisywania się w kilku kolejkach równolegle. Nie wiemy, z jakich powodów pacjenci to robią. Czy chodzi o możliwie najkrótszy termin, czy o możliwość konsultacji, co uzasadnia zainteresowanie kilkoma wizytami. Nie wiadomo, dlaczego napisano w biuletynie, że pacjent interesuje się średnim czasem oczekiwania (w jakim okresie?), gdy w istocie interesuje go przewidywany w tym momencie czas oczekiwania, co jest czymś zupełnie innym. Dlaczego pacjent musi się zgłosić osobiście, aby się zapisać? Kto wobec tego jest w centrum uwagi?

Wiktor Górecki