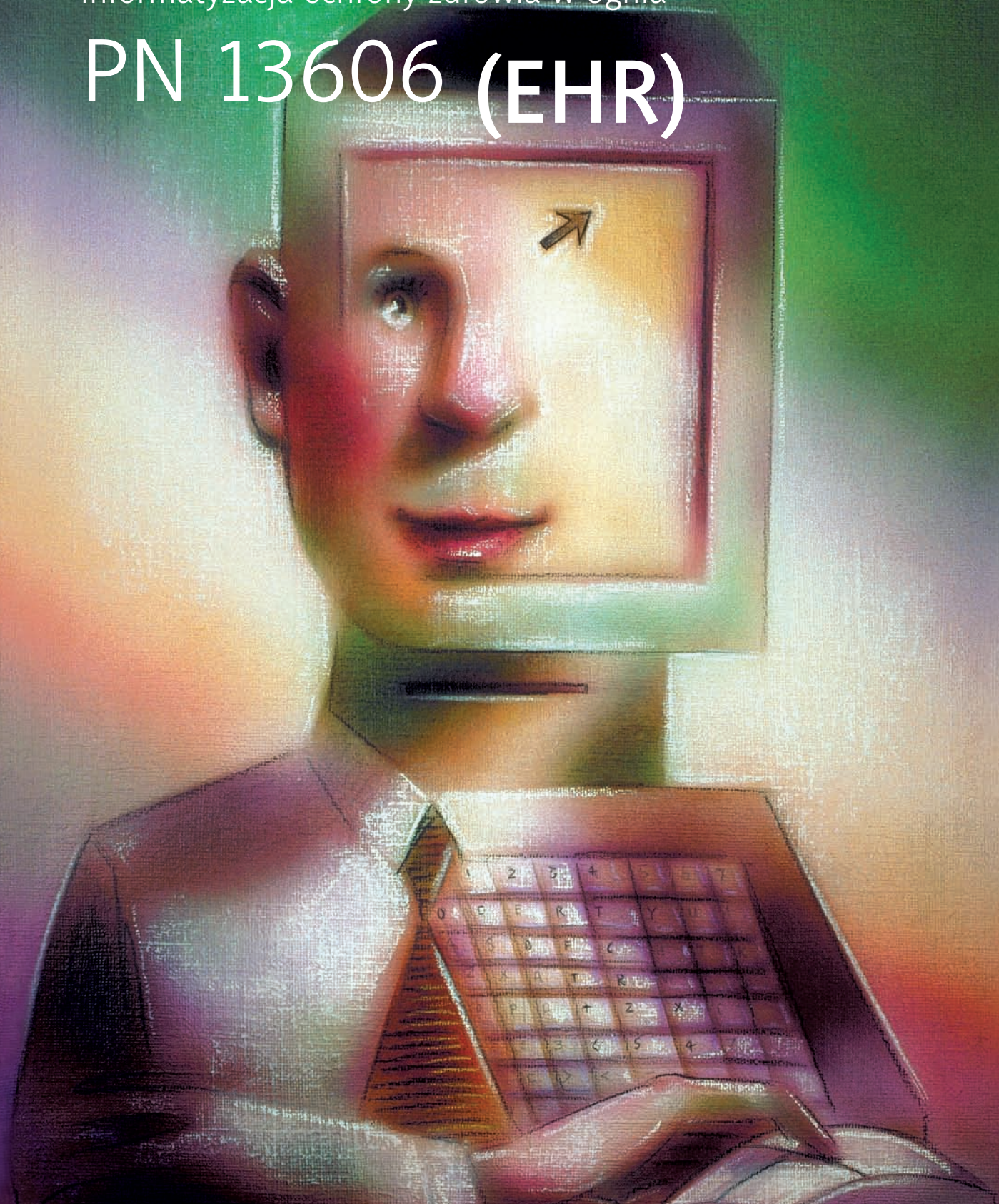


Informatyzacja ochrony zdrowia w ogniu

# PN 13606 (EHR)



Autorzy projektów informatycznych w ochronie zdrowia finansowanych z pieniędzy publicznych deklarują, że celem ich przedsięwzięć jest poprawa jakości świadczeń zdrowotnych. Nic bardziej mylącego. Wskaźnikiem technicznym wiarygodności takich deklaracji już na etapie projektowania powinien być stopień uwzględnienia w projektach normy PN 13606 (EHR).

Norma ta dotyczy modelowania danych w celu zapewnienia komunikacji między systemami informatycznymi obsługującymi ochronę zdrowia na podstawie jednolitej struktury danych u wszystkich świadczeniodawców, a nie standardów komunikacyjnych (HL7), skądinąd oczywiście potrzebnych. To jednolite modelowanie danych powinno stanowić bazę dla standardów komunikacyjnych, zapewniając elementom systemu rzeczywistą interoperacyjność, czyli zdolność nie tylko do wymiany komunikatów, lecz także do przetwarzania zawartej w nich treści.

### Co załatwia norma

Wprowadzenie tej normy umożliwia lekarzowi wykorzystywanie procedur medycznych przy łóżku pacjenta jako swego rodzaju ściągawki i pomocy weryfikującej decyzje kliniczne. Jej wdrożenie pozwala oszczędzić procesy zarządcze w ochronie zdrowia bezpośrednio na leczeniu, odnosząc się do niego w kategoriach celu i wyniku. Norma ta – wbrew wymaganiom zarówno krajowym, jak i unijnym, wbrew odpowiadającej temu legislacji – jest ignorowana jako rzekomo nie do wdrożenia w Polsce.

U podstaw takich haseł, jak informatyzacja ochrony zdrowia czy elektroniczna dokumentacja medyczna – zanim uwikłały się one w wielkie unijne pieniądze i stratę czasu, zanim przekształciły w demona politycznego – stał i stoi problem złej komunikacji między instytucjami będącymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia, złej komunikacji między lekarzami i pacjentami. W efekcie ciągłość leczenia staje się problemem, leczenie i profilaktyka są nieefektywne, często przypadkowe. Trudno opracowywać i jeszcze trudniej wdrażać procedury medyczne. Co chwila słyszymy alarmujące głosy konsultantów krajowych o sprawdzonych i zalecanych, ale wciąż nieznanymi lub niewdrażanymi procedurach medycznych (np. borelioza, sepsa czy procedury rehabilitacyjne). Słyszymy o trudnościach przy diagnozowaniu z powodu niedoszkolenia lub niedoinformowania lekarzy, gdy tymczasem system obsługi leczenia „wpisany” w EHR np. w Danii czy Słowenii rozwiązuje ten problem w skali kraju, a w dalszej perspektywie w skali Europy, chroniąc zarówno pacjentów, jak i lekarzy przed trudnymi do uniknięcia błędami.

### Lewa ręka, prawe ucho

Sięgamy lewą ręką do prawego ucha, tracąc ogromne pieniądze na złych wzorach – tym właśnie jest rozwiązywanie najważniejszego dla ochrony zdrowia problemu interoperacyjności za pośrednictwem standardu HL7 zamiast PN 13606 (EHR). Byłoby to usprawiedliwione, choć nadal nieuzasadnione, gdyby wszyscy lub prawie wszyscy świadczeniodawcy byli w pełni zinformowani za pośrednictwem zróżnicowanych i trudnych do ujednoczenia sposobów modelowania danych. Tak jednak w Polsce jeszcze nie jest i warto, dopóki każ-

dy po swojemu nie wprowadzi e-dokumentacji medycznej, wykorzystać czas do wdrożenia wspomnianej normy PN 13606 – jako bazy elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Sprzyja temu deklarowane odwołanie terminu (sierpień 2014 r.) wdrożenia EDM, a równocześnie – jako sygnał realności sprawy – wdrożenie normy EHR w krótkim czasie w Słowenii, a przedtem w Danii i Szwecji. Sprzyjają temu również, choć inaczej, doświadczenia między innymi Wielkiej Brytanii, gdzie sparzono się, tracąc ogromne pieniądze na rozwiązaniach ignorujących standard EHR, traktowanych u nas jako wzór.

„ Norma PN 13606 (EHR) – wbrew wymaganiom zarówno krajowym, jak i unijnym, wbrew legislacji – jest ignorowana jako rzekomo niemożliwa do wdrożenia w Polsce ”

### Technologiczne rozstaje

Coraz częściej spotykamy w Polsce lekarzy, którzy jeśli pracują równocześnie w dwóch placówkach z EDM: publicznej i niepublicznej, funkcjonują w dwóch światach e-zdrowia. W jednym komputer służy do zapisywania dokumentacji medycznej, w drugim pomaga na bieżąco realizować procedury, tworząc dokumentację niejako przy okazji. Doświadczyli tego również lekarze, którzy pracowali np. w Danii czy Szwecji.

Wdrożenie rozwiązań EHR ze wspomnianą wielokrotnie europejską normą wydaje się nieuchronne. Im dłużej jednak zwlekamy, tym bardziej te dwa światy będą oddalać się od siebie i tym dłużej i większym kosztem będzie trzeba je zbliżać.

Żeby jednak tak się stało, należy w bardziej przejrzysty sposób i z rzeczywistym udziałem wszystkich interesariuszy rozpatrzyć racje, które przesądziły o tym, że za niemożliwe uznano (kto? kiedy? gdzie?) praktyczne zastosowanie w Polsce normy 13606 (EHR) przyjętej w naszym kraju jako PN 13606. W jaki sposób (czy?) uzgodniono to z Komisją Europejską? Złe praktyki głównych aktorów, podtrzymywane przez wzajemny brak zaufania, utrudniają taką debatę. Jedni rozważania o wdrożeniu tej normy traktują, nie bez racji, jako coś równie sensownego jak dyskusja nad kwestią, czy dwa plus dwa to cztery, upatrując rzeczywistych motywów



„ Sięgamy lewą ręką do prawego ucha, tracąc ogromne pieniądze na złych wzorach „

tych zaniechań w przestrzeniach, w które na wszelki wypadek wolą nie wchodzić. Inni zarzucają tym pierwszym, że chcą włożyć kij w szprychy pojazdu, który i tak nie może zjechać, co może spowodować katastrofę. Przestrzenie sprawcze milczą.

#### Rozwiązania technologiczne – wyznaczenie wiary czy środek do celu?

Norma PN 13606 jest proponowana jako rozwiązanie przede wszystkim problemu jakości komunikacyjnej systemu ochrony zdrowia – poziomu interoperacyjności między systemami obsługującymi jego uczestników. To przekłada się na rozwiązanie kluczowego problemu, jakim jest jakość leczenia. Dyskusję należałoby wobec tego rozpocząć od analizy problemu jakości leczenia i jakości systemu. Trzeba zadać pytanie, jakimi środkami można się posłużyć, aby ten problem rozwiązać.

Odtwarzanie trajektorii zdrowotnych poszczególnych pacjentów przez wyluskiwanie ich *ex post* z udostępnianej centralnie dokumentacji medycznej jest bardzo ułomnym narzędziem wsparcia lekarza w trakcie leczenia, podczas gdy rozwiązanie EHR odwołujące się do normy PN 13606 proponuje to w trybie online, jako bezpośrednie wsparcie zarządzania terapią. Bez tego trudno mówić o jakimkolwiek wpływie rozwiązań informatycznych na jakość leczenia.

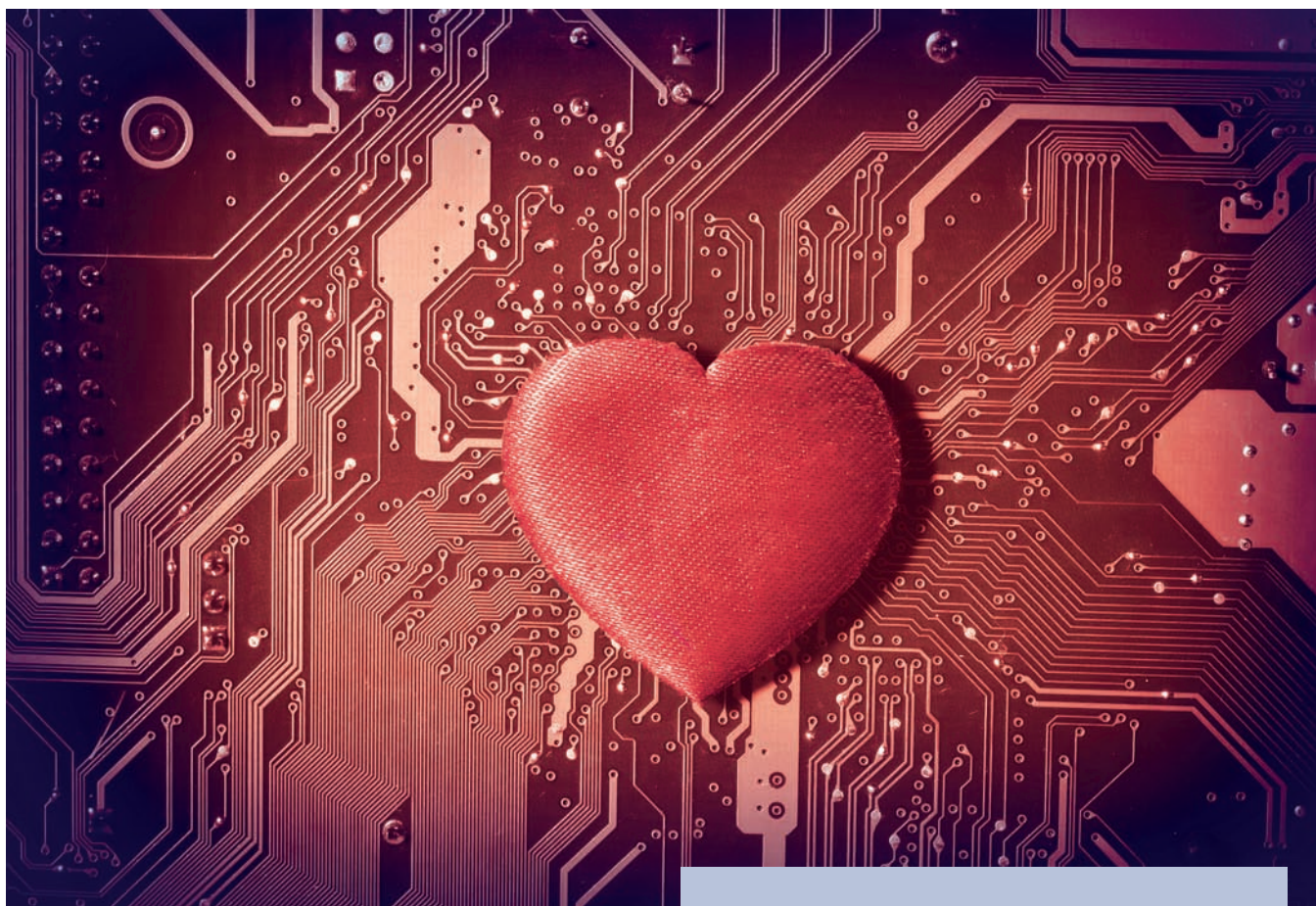
#### Bez kartki i ołówka kopiowego ani rusz

W październiku 2013 r. NFZ otrzymał propozycję modyfikacji kryteriów oceny ofert dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej sformułowaną przez zespół ds. ustalania kryteriów oceny jakościowej ofert. Znajdujemy tam w rekomendacjach do ewentualnego zastosowania następujące postulaty: „prowadzenia odległych obserwacji wyników leczenia i ich analizy”, „poszpitalnej kontroli wyników”, „współpracy oddziału i poradni, do której są kierowani pacjenci po hospitalizacji, w celu oceny wyników i kontynuacji opieki”. Wszystko to zgodnie z wymogiem projektu ustawy (skierowanym do podpisu prezydenta) o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych, gdzie mowa o „organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającej kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającej ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanej na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej”.

Jak to zrobić bez wdrożenia normy PN 13606? Jeśli przy komputerze, to chyba tylko z brulionem w kratkę i ołówkiem kopiowym obok.

#### Informatyzacja – dalej czy bliżej pacjenta?

„Rynek Zdrowia” 22 sierpnia zamieścił informację o kluczowym wydarzeniu dla zagadnienia informatyzacji ochrony zdrowia. Mowa o algorytmie kardiologicznym ([www.algorytmykardiologiczne.pl](http://www.algorytmykardiologiczne.pl)) – „pierwszym w Polsce tego rodzaju narzędziu edukacyjnym dla lekarzy, prezentującym najnowsze standardy postępowania w ostrych zespołach wieńcowych (OZW)”. Twórcami rozwiązania są pracownicy Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Algorytm kardiologiczny jest, jak czytamy, przeznaczony dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, kardiologów, internistów pracujących w pogotowiu, izbach przyjęć, na oddziałach kardiologicznych i intensywnej terapii kardiologicznej, gdzie leczone są osoby z ostrymi zespołami wieńcowymi. Dalej czytamy: „Korzystający z tego narzędzia lekarze będą mogli w sposób bardziej uporządkowany oraz usystematyzowany spojrzeć na zalecenia, które są w standardach postępowania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC)”. – *Narzędzie to*



fot. iStockphoto

stanowi przede wszystkim źródło edukacji dotyczącej leczenia pacjentów z OZW. Możemy również spróbować wykorzystać je przy łóżku pacjenta jako swego rodzaju ściągawkę i pomoc weryfikującą decyzje kliniczne – stwierdza dr hab. med. Marcin Grabowski z Katedry i Kliniki Kardiologii WUM. W przyszłości, jak dowiadujemy się dalej, planowane jest także „poszerzenie obecnego algorytmu kardiologicznego o inne jednostki chorobowe, jak np. zatorowość płuc”. Warto sprawdzić, w jaki sposób standardy postępowania ESC funkcjonują w Danii, Szwecji, Słowenii czy w Hiszpanii (Katalonia).

### Naukowe środowiska medyczne na marginesie

To, co napisałem powyżej, jest przykładem pracy na rzecz jakości leczenia, która pasuje idealnie do środowiska komunikacyjnego wyznaczonego przez normę PN 13606. W środowisku tym istnieją narzędzia modelowania procesów informacyjnych zgodnie z procedurami medycznymi przez samych lekarzy. Niestety, ta praca wykonana została z konieczności obok rozwiązania finalizowanego obecnie i obok zapowiadanych rozwiązań skoncentrowanych na dokumentacji medycznej z internetowym kontem pacjenta jako osią systemu. Jest to ilustracja zagrożenia, że informatyzacja ochrony zdrowia, zamiast dynamizować i uelastyczniać system,

„ Coraz częściej spotykamy w Polsce lekarzy pracujących równocześnie w dwóch placówkach z EDM – publicznej i niepublicznej, którzy funkcjonują w dwóch światach e-zdrowia ”

będzie służyć petryfikacji rozwiązań systemowych opartych na sprawozdawczości administracyjnej, a nie na standardach medycznych odnoszących się do leczenia jako celowego procesu podlegającego ocenie, z perspektywy lekarza – samoocenie.

Warunkiem trwałości wszystkich rozwiązań informatycznych w ochronie zdrowia jest ich zdolność do działania w środowisku wyznaczonym przez jednolity standard modelowania danych dla szpitali i przychodni – świadczeniodawców. To warunkuje jakąkolwiek rozmowę o jakości. W Europie – i nie tylko – mówimy tu o standardzie PN 13606 (EHR).

Wiktor Górecki