

Elektroniczna dokumentacja medyczna – nic straconego, wszystko do zdobycia



Komputeryzacja odroczone

Wiktor Górecki

Termin 1 sierpnia 2014 r. dla elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) przestał straszyć. Po stronie Ministerstwa Zdrowia jest ewentualne podjęcie decyzji, czy w ramach (...) nowelizacji nie nastąpi przesunięcie terminu obowiązkowego prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej – ta wypowiedź dyrektora CSIOZ Marcina Kędzierskiego napawa otuchą z wielu powodów.

Została odebrana, zgodnie z wyraźną intencją autora, zdecydowanie pragmatycznie. Tę intencję potwierdza kolejna wypowiedź dyrektora: *Właściwe byłoby mówienie o ewentualnym wydłużeniu okresu przejściowego, w którym oprócz dokumentacji elektronicznej będzie też prowadzona dokumentacja w tradycyjnej formie. Oczywiście czasu zostało bardzo mało i niepokój wielu zarządzających placówkami jest uzasadniony.*

Ulga

Nie wywołało to trzęsienia ziemi. Raczej ulgę. To sygnał, że wdrożenie może być uwarunkowane już nie tyle lękiem politycznym czy presją administracyjną, ile postępowaniem w przygotowaniach zarówno CSIOZ, jak i jego partnerów – szpitali i przychodni. Termin nabrał znaczenia orientacyjnego. Można rozpocząć inną rozmowę. Można, ale pod warunkiem, że nie będzie się to odbywało tak, jak w latach poprzednich.

Sprzyjająca sytuacja i czynnik pragmatyzmu dały głównym aktorom w ochronie zdrowia większą możliwość manewru niż dotychczas. Źle by było, gdyby ta szansa została zmarnowana, tym bardziej że zagadnienie elektronicznej dokumentacji medycznej, co nie wszyscy wiedzą, warunkuje rozmowę na temat jakości leczenia, warunków pracy w zawodach medycznych, liczenia kosztów i – temat ostatnio gorący – współpracy transgranicznej.

Rozbrojenie miny

Opóźnienie pozwoli rozbroić minę, w jaką zdążył się przerodzić projekt P1, czyli Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, realizowana przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. Jest on największym oraz bazowym projektem dla całego Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia i zarazem kluczowym elementem obsługi systemu informacji w ochronie zdrowia.

W obecnej wersji projekt realizowany przez CSIOZ jest zdeterminowany pozawieranymi wcześniej umowami z wykonawcami – firmami informatycznymi, których produkty czekają na testy, wdrożenie i zapłatę. Są jeszcze zobowiązania wobec Komisji Europejskiej, która cofnie unijną dotację, jeśli efekt nie nabierze ustalonego wcześniej kształtu. Ale CSIOZ za sprawą Komisji Europejskiej czeka krytyczna próba już nie tylko przy zamykaniu w 2014 r. współfinansowanych przez UE projektów, lecz także w momencie przejścia od zamknięcia tej 8-letniej fazy realizacyjnej do nowej 5-letniej fazy trwałości.

Faza ta rozpoczyna się przecież w tym samym 2014 r. To właśnie na początku tego okresu wdrażana będzie elektroniczna dokumentacja medyczna w szpitalach i przychodniach. Wdrożenie, już bez magicznych terminów i gróźb administracyjnych, z rozsądnym harmonogramem, będzie testem dla centralnego projektu

realizowanego w CSIOZ. Testem jego trwałości. Trwałość, jakkolwiek brzmi to paradoksalnie, oznacza również zmienność i otwartość. Zwłaszcza gdy mowa o informatyzacji, nowych technologiach i innowacyjności.

Źródło niepewności

Jeśli projekt centralny, tak jak do niedawna, będzie dla szpitali i przychodni czynnikiem niepewności, źródłem jedynych, ale wciąż nienadchodzących wytycznych oraz ograniczeń, blokad i opóźnień, odbierze mu to znamiona trwałości ze wszystkimi tego konsekwencjami. Pewne wyciszenie emocji związanych z zagadnieniem elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), któremu sprzyja sytuacja i rozsądny pragmatyzm nowego kierownictwa CSIOZ, ma sens o tyle, o ile już teraz równoległe zostaną uruchomione procedury zarządza-

” Marcin Kędzierski:
Właściwe byłoby mówienie o ewentualnym wydłużeniu okresu przejściowego, w którym oprócz dokumentacji elektronicznej będzie też prowadzona dokumentacja w tradycyjnej formie ”

nia zmianą, jaką jest dla systemu wdrożenie wspomnianej EDM w skali Polski. CSIOZ deklaruje dostarczenie do końca roku wszystkich komunikatów dotyczących EDM.

Niektóre podmioty są z informatyzacją w stopniu umożliwiającym wprowadzenie EDM, ale wiele szpitali i przychodni nie jest przygotowanych do wdrożenia EDM 1 sierpnia 2014 r. Potwierdza to CSIOZ i NIK.

Od szpitali nie wymaga się zbyt wiele, ale i to może być problemem. Ci, którzy coś zrobili, będą musieli swoje systemy uzupełnić, ci, którzy nic nie mają – a tych jest większość – muszą wskoczyć do przestrzeni teleinformatycznej. Eksperti nie bez powodu ostrzegają przed robieniem tego z zamkniętymi oczami. Nie jest też jasne, warto to powtórzyć, w jakim stopniu i w jakim zakresie środowisko medyczne sprzyja lub nie sprzyja elektronicznej dokumentacji i informatyzacji ogólnie.

Zarządzanie zmianą

Zarządzanie zmianą, bo o tym tu mowa, jest w ochronie zdrowia kwestią wciąż otwartą. W świetle badań pro-



fot. iStockphoto

„ Opóźnienie pozwoli rozbroić minę, w jaką zdążył się przerodzić projekt P1, czyli Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych „

wadzonych swego czasu przez niżej podpisanego w CSIOZ, szpitale i przychodnie są znacznie bardziej elastyczne i lepiej przygotowane do wprowadzenia zmiany niż aktorzy instytucjonalni na poziomie ogólnokrajowym. Świadczą o tym panele, konferencje, seminaria i szkolenia – z Białym Szczytem na czele – oraz bardzo ogólne nawoływanie do dialogu. Wszystko to ma bardzo wątpliwe znaczenie praktyczne. Próby uruchomienia wspólnej pracy interesariuszy w trybie profesjonalnym, z perspektywą wiążącego wszystkich, „wdrażalnego” efektu praktycznego były dotychczas traktowane z powątpiewaniem lub pobłażaniem. Z kolei spazmatyczne usiłowania rozwiązywania problemów w zamknię-

tych gabinetach nie wytrzymują testu „uciążliwych” konsultacji i „uzgodnień międzyresortowych”. Kończy się na wypieraniu się autorstwa, kwestionowaniu swojego udziału w „konsultacjach” i żądaniach ustalenia dopiero co zakończonych uzgodnień od nowa, co sprawia organizatorom nieustanny zawód.

Komplementy komplementami...

Mimo usprawiedliwionych komplementów pod adresem nowego kierownictwa CSIOZ, są podstawy, żeby twierdzić, że wymienione obawy i niepokoje są wciąż wysoce uzasadnione, a zagrożenia mogą powrócić ze zdwojoną siłą. Ciągłe wisi nad nami widmo powrotu do niezakończonych, jeśli w ogóle rozpoczętej, rozmowy o celach. To zaś otwiera dyskusję o środkach. W „zamrażarce projektowej” od wielu lat pozostaje wciąż kwestia standardu EHR (*Electronic Health Record Communication*) z normą EN 13606, niestety, zamarkowaną tylko w studium wykonalności głównego projektu (P1) CSIOZ, a wymaganą w kategoriach legislacyjnych zarówno w Polsce, jak i w całej Unii. Projekt realizowany w Polsce ukształtowany jest bowiem nie tylko lub nie tyle przez potrzeby pacjentów i lekarzy. Siła przebicia interesariuszy okazała się bowiem zróżnicowana niekoniecznie na korzyść wspomnianych pacjentów i lekarzy. „Zgodnie z założeniami CEN (Europejskiego Komitetu Normalizacyjnego) standard EHR powinien stać się jedynym standardem obowiązującym w państwach członkowskich UE. Uwzględniając jednak bardzo silne wsparcie rynkowe największych firm teleinformatycznych świata dla standardu HL7 w bardziej zamożnych krajach Unii Europejskiej, nie jest ono zrealizowane w pełni i do chwili obecnej również stosowany jest jeszcze standard HL7” – piszą Bogusław Pogorzelski i Andrzej Gabryel. „Inną równie istotną sprawą jest wykazanie narzędzi do wymagalnej interoperacyjności w ramach całego systemu, z pozostałymi krajami wspólnotowymi” – czytamy dalej.

Na ten sam temat wypowiada się Ryszard Olszowski, przewodniczący Rady Izby Gospodarczej Medycyna Polska. „Okazuje się, że świadomość wymagań wynikających z tych aktów prawnych [rozporządzenie ministra zdrowia oraz uchwalona przez parlament ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia] jest niezwykle mała. W tym zakresie obowiązuje przecież niezwykle ważna polska norma PN 13606 oraz stosowane wytyczne Urzędu Zamówień Publicznych dotyczące zamówień z dziedziny informatyki. Niestosowanie się do tych przepisów może powodować wiele problemów. Najpoważniejszym może być to, że przed końcem sierpnia 2014 r. trzeba będzie wymienić dopiero co kupione oprogramowanie. Prowadzenie elektronicznej dokumentacji za pomocą niezgodnego z prawem oprogramowania będzie niemożliwe”.

Jak wiadomo, komunikaty będące podstawą więzi informacyjnej centralnego projektu CSIOZ P1 ze szpi-

talami i przychodniami, które zasilają takie serwisy, jak Internetowe Konto Pacjenta (IKP), e-recepta czy e-skierowanie, budowane są zgodnie ze standardem HL7. Ale standard ten został przyjęty w CSIOZ i zgodne z nim komunikaty nie są sprzeczne ze standardem EN 13606, czyli EHR. System zbudowany w szpitalach na bazie standardu EN 13606 może bez trudu wysyłać komunikaty HL7. Może się okazać, że krytyczną miarą trwałości projektu realizowanego w CSIOZ na podstawie standardu HL7 jest jego zdolność praktyczna nie tylko do współistnienia, ale niejako organicznego powiązania z rozwiązaniami odwołującymi się do standardu EN 13606 – EHR.

Zarządzanie zmianą, jaką jest wdrożenie EDM w szpitalach i przychodniach, grozi uruchomieniem, a może powinno uruchomić wśród pacjentów, lekarzy i przedstawicieli wspomnianych szpitali i przychodni – świadczeniodawców – od nowa dyskusję o problemach i celach. CSIOZ i ministerstwo powinny zacisnąć zęby i nie tylko zaakceptować ten powrót, ale odwrotnie – sprzyjać mu, zanim instytucje te ochłoną z lęku o szczęśliwe uruchomienie centralnego projektu – P1.

e-Papier

Indywidualne Konto Pacjenta (IKP) w obecnej postaci samo nie rozwiązuje bowiem większości problemów pacjentów i lekarzy. Chcielibyśmy wobec tego znać perspektywę rozwoju tego serwisu. Obecnie z punktu widzenia lekarza jest to zaledwie e-pomoc medyczna kładąca mu zbyt często zamiast papierów na biurko PDF-y i skany na ekran komputera. To wciąż nic innego jak swoisty e-papier. Nadal bowiem lekarz pracuje w dużym stopniu jak z papierem. To wciąż niewiele da, jeśli chcemy, żeby naprawdę łatwiej mu było stosować procedury medyczne. Niewiele da, gdy szukamy wsparcia online – chcemy nie tylko śledzić, ale szybko oceniać i reagować na zmiany w sytuacji zdrowotnej i sprawności pacjenta spowodowane również leczeniem. Niewiele da, gdy chcemy utrzymać ciągłość leczenia, zwłaszcza kiedy pacjent jest leczony w różnych miejscach i przez różnych specjalistów. Lekarz wciąż nie ma łatwiej, a często trudniej. A u pacjentów rodzi się obawa, że będzie gorzej, że już nie oni – pacjenci są najważniejsi, lecz komputer. Taka PDF-owa, czyli jednak wciąż jakoś e-papierowa, dokumentacja medyczna jest w stosunku do rozwiązań EHR z normą EN 13606 po prostu niema – musi być czytana, przerzucana, rozkładana, a w praktyce wiemy, że często bywa – o zgrozo – drukowana przez lekarza. W języku specjalistów oznacza to bardzo niski poziom interoperacyjności. Semantyka, czyli znaczenie i sens wewnętrznej treści dokumentów, jest poza e-systemem – taki e-system ma wobec tego wciąż ograniczone szanse wspierania leczenia. Stąd pytanie o trajektorię rozwoju Internetowego Konta Pacjenta, zwłaszcza w pierwszych pięciu latach stanowiących o jego trwałości.

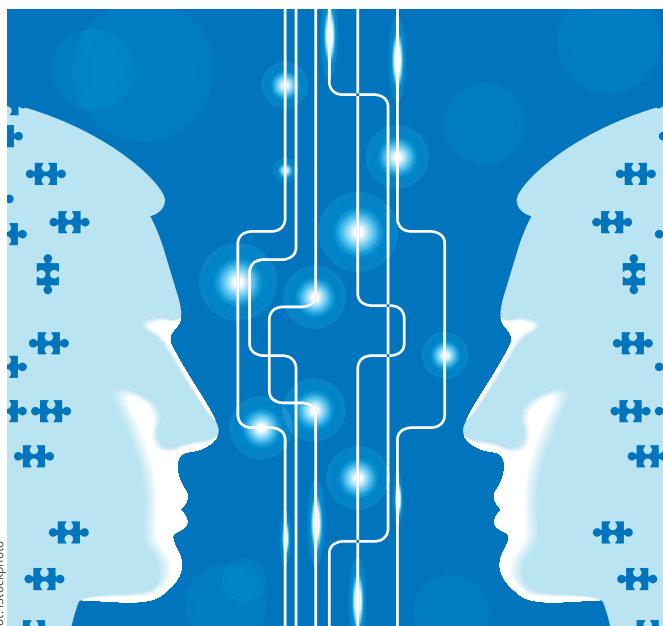
„ Potrzebny jest nowy mechanizm konsultacyjny zapewniający udział wszystkich i uwzględnienie wszystkich racji. Mechanizm dobrze identyfikujący sprzymierzeńców i hamulcowych oraz przestrzeń możliwego konsensu ”



fot. images.com/Corbis

„ Szpitale i przychodnie są znacznie bardziej elastyczne i lepiej przygotowane do wprowadzenia zmiany niż aktorzy instytucjonalni na poziomie ogólnokrajowym ”

Na stronie WWW CSIOZ można znaleźć doskonałą prezentację funkcjonowania IKP z perspektywy różnych jego użytkowników. Jeśli chodzi o zagadnienie dalszego rozwoju projektu centralnego, przede wszystkim jego trwałości rozumianej jako otwartość i elastyczność, powinniśmy być może oczekiwać, że na tej stronie zostanie umieszczona prezentacja ukazująca funkcjonowanie systemów EHR modelujących dane zgodnie ze standardami EN 13606 działających w takich państwach, jak Dania, Słowenia, Australia, lub takich regionach, jak



fot. iStockphoto

„ Projekt P1 jest zdeterminowany pozawieranymi wcześniej umowami z firmami informatycznymi i zobowiązaniami wobec Komisji Europejskiej, która cofnie unijną dotację, jeśli efekt nie nabierze ustalonego wcześniej kształtu ”

Katalonia czy Wenecja. Nadaloby to bardziej konkretną formę rozmowie czy to o kierunkach rozwoju IKP, czy kierunkach otwarcia P1 na alternatywne, równoległe serwisy w inny sposób ukazujące te same dane pacjenta.

Rekomendacje

Dotychczasowe doświadczenia w świetle haseł: informatyzacja, innowacyjność i modernizacja w ochronie zdrowia, oraz w świetle traumatycznych doświadczeń głównych aktorów skłaniają do sformułowania kilku rekomendacji. Główni aktorzy muszą zdecydowanie zmienić metody komunikacji i współpracy. Muszą zdać sobie sprawę z dotychczasowej nieefektywności w budowaniu strategii i zarządzaniu zmianą. Muszą zdać sobie sprawę, że dotychczasowe procedury konsultacyjne i uzgodnieniowe oraz seminaria, szkolenia, panele, okrągłe stoły lub białe szczyty okazały się bezproduktywne. Zmiana systemowa toczy się niepokojąco przypadkowo.

Zaspokajane są interesy partykularne. Komitety sterujące okazują się bezradne i sterowane z zewnątrz. Aktorzy regulacyjni albo nieefektywni – długi i niejasny proces legislacyjny, albo długo nieczynni – spóźnione rozporządzenia wykonawcze. Ogólnie aktorzy ci, niestety, monopolizując role innowatorów i modernizatorów, blokują procesy, a są zarówno mentalnie, jak i instytucjonalnie nieprzygotowani. Brak „interoperacyjności społecznej” wyprzedza taki sam brak w sensie technologicznym.

Potrzebny jest nowy mechanizm konsultacyjny (często używa się innego określenia: deliberacyjny) zapewniający udział wszystkich i uwzględnienie wszystkich racji. Mechanizm dobrze identyfikujący sprzymierzeńców i hamulcowych oraz przestrzeń możliwego konsensu. Mechanizm demistyfikujący obraz własny i obraz partnerów w oczach głównych aktorów.

Przełom lat 2013/2014 to jest pięć minut do dyspozycji – luka, którą można i trzeba wykorzystać. Sprzyja temu pewna otwartość, konsyliacyjność i swego rodzaju „wycofanie” nowego kierownictwa CSIOZ. Udało mu się zlokalizować problemy i stworzyć wrażenie opanowania sytuacji, demonstrując przy tym gotowość uczestnictwa w procedurze konsultacyjnej, której jako strona nie musi i nie chce ani organizować, ani moderować. Podobną postawę przyjął NFZ. Sprzyja temu również, choć bardzo dwuznacznie, nastój wśród firm informatycznych, które prześcigają się w ofercie wdrożenia EPD w szpitalach spełniającej wymagania CSIOZ na bazie różnorodnych gotowych rozwiązań, którymi dysponują. Tu kryje się poważne zagrożenie systemowe. W tym wyścigu, podobnie jak wcześniej w wyścigu po zleceniu CSIOZ, wyraża się bowiem chęć wpisania się wykonawców w dowolne rozwiązanie systemowe i utrwalenia go bez względu na jego wartość dla pacjentów, lekarzy oraz systemu jako całości.

Okolicznością niesprzyjającą jest postawa wyczekująca, niezdolność do partnerstwa, brak dobrych praktyk partycypacyjnych oraz determinacji i kompetencji wśród większości aktorów – organizacji i instytucji, publicznych i niepublicznych. Potrzebna jest instytucja – doświadczony moderator, który pomoże głównym aktorom zaangażowanym w kwestię elektronicznej dokumentacji medycznej uzgodnić strategię: problemy, cele, rozwiązania i harmonogram.

Najważniejsze pytania: Jak rozwiązania informatyczne, z elektroniczną dokumentacją medyczną na czele, mają spiąć dane o zdrowiu pacjenta i przeprowadzonych zabiegach, zdigitalizowaną aparaturę medyczną, wiedzę klinicystów oraz transgraniczne wymogi unijne? Co i w jaki sposób można uzyskać dla poprawy jakości leczenia, jego ciągłości i kontroli kosztów? Co i w jaki sposób można zrobić dzięki e-technologii dla indywidualizacji programów nie tylko leczenia, lecz także profilaktyki? Czy i jak zamiast dodawać lekarzowi e-papierowej pracy, można mu jej e-ujać?