

Tolna Megyei Tanács Megyei Kórház-Rendelőintézete
Szekszárd

Egységes betegdokumentációs rendszer (EBDR) alapelvei és a kísér-
leti időszak tapasztalatai

Vicze István és Sulyi József

1. Bevezetés

A kórházi információ rendszeren ma általában egy olyan információ rendszeret értünk, amely elektronikus adattfeldolgozó berendezésre épül. Az információ rendszer azonban állhat deklarált elosztókkal ellátott formanyomtatványokból és egy hírközlő hálózatból, valamint hierarchikusan meghatározott továbbítási kötelezettségből.

2. Az EBDR alapelvei

Egy kórházi információrendszert a lehető legátfogóbban úgy kell kiépíteni, hogy új ismeretek bevezetése új modulokon keresztül könnyen megoldható legyen. A kórházi információrendszer leglényegesebb funkciója abban áll, hogy a kórházban tevékenykedőknek a betegek legjobb ellátása érdekében valamennyi adatot és információt a leggyorsabban biztosítsa, olyan helyzetbe kell, hogy állítsa az orvost, hogy az gyorsabban és jobban egészségessé tudja tenni a beteget, mint e rendszer nélkül.

Irodalmi ismereteinkből tudott, hogy a betegek adatairól már nagyon korán feljegyzéseket készítettek. Körtörténeti feljegyzések az időszámítás előttről is maradtak fenn. Kórlapot 1137-től a londoni Szent Bertalan Kórház alapítása óta vezetnek folyamatosan Angliában (1). Adattfeldolgozósszerű kórlap dokumentációt 1943-tól kezdődően készítettek az USA-ban. A magyar kórházak több évtizeddel ezelőtt kifejlesztett szakmánként szerteágazó kórlapokat használtak a betegek adatainak feljegyzésére. E szerteágazó kórlaprendszert sok esetben és sok helyen egyedileg tervezett egyéni vagy speciális kórlapokkal ugyanond tovább gazdagították. Ezen hosszú történelmi előzmény után, és a magyar kórházakban alkalmazott szerteágazó kórlapok feldolgozása és

tanulmányozása révén jutottunk el arra a megfontolásra, hogy a mai kórházi információrendszerben gondolni sem lehet arra, hogy a beteg beérkezésétől a távozásig minden lényeges és szükséges információt úgy rögzítsünk, hogy az rengeteg féle formában, rengeteg féle típusban álljon rendelkezésünkre.

Az elsődleges cél az, hogy az ápolási folyamatról, minden lényeges eseményről a született információkat standardizált formában, standardizált lapokra kell rögzíteni, amely teljes képet ad az egész ápolás folyamatáról. Ez vezetett el odáig, hogy az EBDR, mint fogalom használatánál elsődleges az információ szerzéshez észszerűen és tömören kidolgozott betegdokumentáció, amelynek az alkalmazása nem körülményes, különösebb nehézséggel nem jár.

Egyértelmű bizonylatokat kell megtervezni a kórházzal és a kórházi adminisztratív területekkel közösen valamennyi szakterület számára. Az EBDR hierarchikus felépítésű kell hogy legyen. Alapját egy alapdokumentáció kell, hogy képezze, amely a magyar kórházakban egységes, tehát szerteágazó helyi igényeket, valamint nagyszámu szakmai igényeket kell, hogy kielégítsen.

A betegdokumentáció egységesített alapdokumentumát, tehát a kórlap első oldalát kórlapfejnek neveztük el. Ezen a kórlapfejen tehát, amint a későbbiekben majd kifejtjük, a betegre vonatkozó személyi adatok, a beutalás körülményei, a felvétel körülményei, a lényegesebb diagnózisok és az elbocsátás körülményei kerülnek regisztrálásra. A betegség lefolyásával és valamennyi orvosi tevékenységgel, ápolási eseménnyel kapcsolatos információk rögzítését a szabványosított betegdokumentáció betétlapjain kell végezni. Ehhez az alapszakmai elkülönítéseknek megfelelő, az alapszakmákra orientált nyomtatványokat kell majd megtervezni. Ezen munkánkhöz hathatós segítséget kértünk és kaptunk az országos intézmények vezetőitől és munkatársaitól.

3. Kórlapfej adattartalma és használata

A kísérleti jelleggel bevezetett kórlapfej kialakításánál az előbb említetteken kívül figyelembe vettük felettes szakmai irányító szerveink igényeit is. A kódolható kórlapfej úgy készül, hogy manuális feldolgozásra, esetleg középgépes feldolgozásra, esetleg számítógépes feldolgozásra is alkalmas legyen. Amint már említettem,

tartalmazza a beteg személyi adatait, a felvételi adatokat, diagnózisokat, a távozási vagy haláloki adatokat. A kórlapfej az ápolás során megállapított döntő tények összefoglalására szolgál, végigkíséri a beteget felvételtől a távozásig és minden időpontban a kezelőorvos rendelkezésére áll. A kórlapfej az egységes betegdokumentációs rendszer alapidokumentuma, és ennek megfelelően a kialakítandó teljes betegdokumentációs folyamatban elsődleges szerepet játszik.

A kórlapfej szolgál az alapvető funkciókon túl az áthelyezés vagy távozás alapbizonylatául, a másodpéldánya pedig a gépi adatfeldolgozás céljait szolgálja. A másodpéldány alapján rögzített adatokat mágnesszalagon kívánjuk tárolni, amely biztosítja számunkra részben a külső szervek felé történő adatszolgáltatás feldolgozásának az alapját, valamint bizonyos belső igények kielégítését kell, hogy képezze bizonyos orvosi visszakeresési feladatoknak is. Az adatok tárolása, miután nagyszámu kórlapfejről és viszonylag hosszú adatmennyiségről van szó, tömörített formában változó hosszúságu rekordokban történik, amely nagy mennyiségü kórananyag esetén jelentős helymegtakarítást jelent.

Ez évtől kezdődően kísérleti jelleggel alkalmazzák kórházunkban az egységes kórlapfejet. Általános az a vélemény, hogy az új kórlapfej a célnak megfelel és jól használható. Az EÜ.Min. illetve seivel és a tárgyévben a kórlapfejet kísérleti jelleggel használó többi kórházzal együttműködve kisebb módosításokat kellett végrehajtani a kórlapfejen, de rendeltetése ezen módosításokkal nem változott. Így a módosított kórlapfej 1978. jan. 1-től további három intézményben, az eddigiekkel együtt, tehát hat intézményben kerül bevezetésre.

3.1. Az egységes kórlapfej használatának folyamata

A dokumentálás folyamatának megtervezésénél azt a célt tűztük ki, hogy a jelenleg meglévő és látszólag két különálló folyamatot - a számítógépes és a számítógép nélküli betegfigyelést - egységes rendszerbe foglaljuk. Mint már mondtam a kórlapfejünk mindenemü feldolgozási igényt, tehát a manuálist is, ki kell, hogy teljes egészében elégítsen.

3.2. A dokumentálási folyamat általános leírása

A felvétel: a kórházban ápolott betegek adatainak dokumentálása a felvételi irodán a felvétellel kezdődik. A felvétel során rögzítésre kerülnek a beteg személyi adatai és a felvételi adatok. Itt látják el a kórlapfejet a beteghez rendelt törzsszámmal. A felvételi adatok a kórlapfejre, és amennyiben számítógépes feldolgozást feltételezünk, kórházunkban pedig ez nemcsak feltételezés, hanem gyakorlat is, az INFORM file-ba kerülnek. A file ismertetése az előző előadásban történt. A kórlapfejet a felvételi iroda továbbítja az ápoló osztálynak.

A felvételt az ápolás folyamata követi. Az osztályokon az ápolás vizsgálatok kezdeményezésével kezdődik. A vizsgálatok elvégzése történhet az osztályokon és a diagnosztikai munkahelyeken. A diagnosztikai munkahelyeken végzett vizsgálatok eredményei kórházunkban tervezés alatt álló rendszerben mágneslemezre és nyomtatott formában az ápoló osztályokra kerülnek. Erről külön előadásban számolunk be. (Kiss E., Prajda V.: Laboratóriumi alacsonyabbfoku rendszer számítógépes tervezete c. előadása.) A vizsgálati eredmények alapján az ápoló orvosok meghatározzák a diagnózisokat, amiket a kórlapfejen és/vagy a szakmai betétlapon dokumentálnak.

Az ápolási folyamat utolsó szakasza a gyógykezelés. A gyógykezelési részfolyamatok alatt született információkról regisztrálás a kórlapfejen nem történik.

A harmadik folyamatszakasz az elbocsátás - a folyamatszakaszokat természetesen a kórlapfej kitöltési folyamatán értelmezzük. Az ápolás befejezése után az osztályok lezárják az ápoltak kórlapfejeit és a lezárt kórlapfejet a felvételi irodának továbbítják. A felvételi iroda az ápolott további sorsának megfelelően elvégzi az elbocsátást, kórházunk gyakorlatában a számítógépes elbocsátást, vagy áthelyezést. Ezzel egyidejűleg az ápolás során a mágneslemezen keletkező információk az INFORM file-ból mágnesszalagra került felvételi adatokkal együtt tárolódnak további adatfeldolgozási célokból.

Külön kell szólni az áthelyezés folyamatáról a kórlapfej kitöltésének szempontjából. A beteg egyik osztályról a másik osztályra történő áthelyezését az átadó osztály által lezárt, nevezzük úgy, hogy régi kórlapfej, és ugyanezen osztály által az új kórlapfejen feltüntetett adatok alapján kell végezni. Mindkét kórlapfej a felvételi irodán keresztül ke-

rül mozgatásra. A számítógépes folyamat esetén ugyanezt a műveletet a számítógépes nyilvántartásokban is el kell végezni. Ez a beteg felvételi adatainak az áthelyezését jelenti az INFORM file-ban az átadó osztályról az átvevő osztályra. Amennyiben az ápolás időtartamának a befejezése után a kórnyaghoz tartozó egyes okmányok később érkeznek a gyógyító osztályra, ezt kórlapmellékletként a kórlapokhoz csatolni kell.

Röviden kívánok szólni az adatfeldolgozási célokból gyűjtött adatok további sorsáról az un. előarchiválás folyamatáról. Az osztály által lezárt kórlapfej a betétlapokkal együtt a felvételi irodára kerül. A kórlapfej másolatát a számítógépes feldolgozásra kerülő betétlapokkal együtt a gépi adatrögzítőkhöz továbbítják. Rögzítés után az adatok mágnesszalagra kerülnek a felvételi és az előző ápoló osztályokon keletkezett adatokkal együtt, természetesen amennyiben a beteg több osztályon is ápolásra került. A felvételi adatok előarchiválása az INFORM file-ból mágnesszalagra írása csak az első ápoló osztályról való távozáskor történik meg. Ha az ápoló nem az első ápoló osztályról távozik, akkor a felvételi iroda az ápoló további sorsának megfelelően elvégzi a számítógépes áthelyezést vagy elbocsátást. Az előarchiválás a teljes ápolás során keletkezett információk összeolvasztásával befejeződik. Ezt követőleg készítjük el azokat a feldolgozásokat, amelyeket úgy a felsőbb szintű vezetés, mint a szakmai vezetés rendelkezésére meghatározott időszakonként készítünk.

4. Az egységes betegdokumentációs rendszer kialakításának tervei, további lépései

A kórlapfejen mint alapidokumentumon kívül további négy dokumentum típus az, amely együttesen képezi az EBDR-t. Ezek tulajdonképpen információs szektorok. Így szólni kell az anamnéziszről.

Az orvosi információs lánc kiinduló pontja az anamnézis. Az anamnézist a kórházban minden egyes újra felvétel esetén aktualizálják. Ez független a gépi feldolgozástól. A kórelőzmény az orvosnak diagnosztizálás és therápia szempontjából szükséges. Tehát tulajdonképpen munkájának alapját képezi. A kórelőzmények felderítését csak céltudatos kérdéssor feltevésével, az anamnézis standardizálásával lehet elérni, ami az automatizálásnak is előfeltétele. Az anamnézis lap megtervezése folyamatban van. Munkánknál elsődlegesen figyelembe vettük és nagy mértékben építünk dr. Naszlady Attila és munkatársai által készített anamnézis lapokra.

A következő információ-szektor a státus. Egy diagnózis felállításához szükséges adatgyűjtés bázisa az anamnézis adatai mellett az orvos által végzett klinikai vizsgálatok halmaza. Bevezető vizsgálatnál megállapíthatjuk a beteg kórházba érkezési állapotát, tulajdonképpen egészségi állapot mutatóit, amit az elbocsátáskor a kezelés sikerének vagy sikertelenségének értékelése szempontjából összehasonlítási alapként kezelünk. A betegségek jellegzetességére vonatkozó egységesített kérdéssor feltevésével elérhető, hogy az orvos gyorsabb és hibamentes vizsgálati eredményekhez jusson.

A következő információszektor a dekurzus. A státus és dekurzus standard nyomtatványokat, amit már jó előbb említettem, az országos intézmények bevonásával szeretnénk elkészíteni és erre minden reményünk megvan. A kórtörténet minden kórházi információs rendszernek a leglényegesebb része, tehát kitüntetett szereppel bír még akkor is, ha egy integrált számítógépes rendszerben a kórtörténetről korábban használt értelemben gyakorlatilag nincs szó. De számunkra lényegesebb és sokak számára a leglényegesebb az írott kórtörténetek módjai és formái. Az eddigi gyakorlatban ezek sokfélék voltak. Mégis kell lenni olyan törekvésnek, hogy a kórtörténeteket szabványosítsuk, hogy akár manuális, akár gépi feldolgozásra alkalmassá tegyük.

Az utolsó információs szektor a zárójelentés elnevezésű orvosi levél. A zárójelentés tulajdonképpen az ápolási folyamat leglényegesebb elemeinek rendszerbe foglalt leírása. Ezt dr. Jávor András előadása tartalmazza. A kórházunkban folyó egységes dokumentációk elkészítésére való törekvésekről röviden ennyiben szerettem volna beszélni.

Az előbb vázolt feladatok megoldása során gyakran merültek fel nehézségek, amelyek elsősorban a különböző szintű igények (Eü. M., kórházi stb.) összeegyeztetéséből eredtek. Ilyen problémákat bizonyára a jövőben is meg kell oldanunk, de úgy gondoljuk, hogy munkánk során a felettes hatóságok további támogatására és más intézmények segítségére a későbbiekben is számíthatunk.

Irodalom

- (1) Köhler, O.Claus: Integriertes Krankenhaus-Informationssystem
Verlag Anton Hain - Meisenheimann Glan, 1973.
- (2) Realization of data protection in health information systems.
North-Holland Publishing Company, 1977.
- (3) Information systems for patient care. North-Holland Publishing
Company, 1976.
- (4) Schortliffe, E.H.: Computer-based medical consultations:
MYCYN. American Elsevier Publishing Co., Inc., 1976.

