

A beteg-adat nyilvántartó rendszerek kiépítésének integrációs
problémái

Győri István

A szegedi kollokviumokon sok vita kísérte a számítógépek egészségügyi alkalmazásának problémáját mind az előadások közbeni megbeszélések, mind kerekasztal formájában. A kerekasztal megbeszélések főleg az Egészségügyi Minisztériumot ösztönözték számítógépek beszerzésére, illetve egészségügyi számítástechnikai koncepcióterv kidolgozása érdekében. Ezek a viták nagyban hozzájárultak ahhoz, hogy 1972-ben helyi kezdeményezéssel és OM FB támogatással a Szegedi Orvostudományi Egyetemen üzembe állításra kerülhetett az első egészségügyi területen működő számítógép. Ezt követően 1974-ben megszületett az Egészségügyi Minisztérium számítástechnikai koncepcióterve, és az egészségügy területén sorra létrejöttek olyan központok, amelyek önálló számítógéppel rendelkeznek. Ezekben a központokban olyan orvosokból és matematikusokból álló szakembergárda alakult ki, amely rendelkezik a betegnyilvántartási rendszerek létrehozásához szükséges szakmai ismeretekkel.

Az egészségügyben történt fejlődéssel párhuzamosan nagyot változott a számítástechnika magyarországi helyzete is. A számítógépek, illetve számítógépes szakemberek száma megnőtt, létrejöttek a hazai hardware és software gyártás központjai.

Ezek a fejlődésbeli tényezők népgazdasági szinten - így az egészségügyben is - előtérbe helyezték a számítógépek jobb kihasználtságának és az egyes központok együttműködésének kérdését. Az egészségügyön belül a koordinációs munkát az ESZTIK, ill. a SOTE végzi. Ezért a korreferátumomban az általam jobban ismert Csongrád megyei helyzetből kiindulva próbálok következtetni az egész országra vonatkozó integráció kérdésére.

A Csongrád megyei Pártbizottság mellett 1976-ban létrejött a Csongrád megyei Számítástechnikai Koordinációs Bizottság. E bizottság célja Csongrád megye számítástechnikai erőforrásainak, fejlesztéseinek és igényeinek koordinálása, újabb alkalmazási területek felkutatása. A bizottság egészségügyi munkacsoportjának vezetőjeként mó-

domban volt Csongrád megye 10 legnagyobb egészségügyi intézményének vezetőjével beszélgetni azokról a gondokról, amelyek megoldásában a számítógép alkalmazásától segítséget várnának.

A jelenlegi helyzetben az intézmények vezetői olyan adatok felvételét és számítógépes feldolgozását igényelnék, amelyek a gyógyszerfelhasználása, a vonzáskörzetek meghatározása, a táppénzes állomány elemzése szempontjából fontosak. Ugyanakkor komoly igény mutatkozik dinamikus morbiditási statisztikák készítésére, továbbá bizonyos betegségben szenvedők adatainak nyilvántartására. Ezek az igények egymással összefonódva a Csongrád megyében kialakított szakmailag integrált betegellátási rendszer különböző pontjain jelentkeznek. Így merül fel egy olyan egységes adatkezelő rendszer létrehozása, ahol az adatok tárolásában és feldolgozásában is tükröződik a kórház-rendelőintézeti egység. Ennek az elvnek szép megvalósítása például az I.sz. Sebészeti Klinikával közösen kialakított betegnyilvántartó rendszerünk. Ez a rendszer - kihasználva azt, hogy a rendszerünk kialakításában résztvevő orvos-kolléga egyuttal a terület szakfőorvosa is - lehetővé teszi a szivbillentyű betegségben szenvedő összes Csongrád megyei beteg nyilvántartását.

Az ilyen foku integráció létrejöttét azonban rövid idő alatt és általánosan nem tűzhetjük célul magunk elé. Az egészségügyi intézményekben szerzett tapasztalatok alapján úgy tűnik, hogy első közelítésben a Csongrád megyei egészségügyi intézmények problémája jól megtervezett adatfelvételi lapokkal és off-line feldolgozásban megoldható. A SZOTE-n közel 10 éve folynak olyan orvosi kutatások, illetve elemzések, amelyek előre megtervezett adatlapok kitöltésére és feldolgozására alapulnak. Megemlítem pl., hogy az egyetem vezetésének szolgálatában ilyen módszerrel történik az évi 33 ezer fekvőbeteg bizonyos adatainak felvétele, majd feldolgozása. Ebből a feldolgozásból fontos adatok nyerhetők, pl. a vonzáskörzetek, diagnózis szerinti megoszlások és profil betegségek elemzése érdekében.

A Csongrád megyei intézményekben szerzett és saját tapasztalataink alapján úgy tűnik, hogy ma hazánkban a beteg-adat-nyilvántartás (főleg a járóbetegekre nézve) egyik legjárhatóbb útja a számítógépes feldolgozásra alkalmas adatlapok alkalmazása és köteget feldolgozása.

Ebből következik, hogy a beteg-adatok nyilvántartásának és feldolgozásának integrációja két fronton történhet:

a.) Ésszerű átgondolt részterületekre országosan vagy területileg egységes alpbizonylatok létrehozása. Erre példa a szék-szárdi kórházban kidolgozott kórlap-fejlap adatlap, illetve lózlapp.

Az egységesség biztosítja az adatok összehasonlíthatóságát, ill. a területi mozgások nyomkövethetőségét. Természetesen az egységes adatfelvételi lapokon túl továbbra is számolni kell a speciális célokat szolgáló adatlapok létevel, továbbá az egységes adatlapok feldolgozásánál egyedi igények jelentkezésével.

b.) A különböző orvosi szempontok alapján megtervezett és felhasznált alpbizonylatok egységes számítógépes feldolgozásra alkalmas számítógépes programcsomag, ill. rendszerek kidolgozása, illetve az egyes egészségügyi intézmények közötti együttműködés és programcsere megvalósítása.

Ugy tűnik, a mai helyzetben az a.) alternatíva megvalósulása sokkal szerényebben jöhet szóba, mint a b.) alternatíváé.

Az országos integráció problémái megítélésem szerint szoros kapcsolatban állnak az 1974-ben kiadott egészségügyi koncepciótervvel is. Ez a koncepció - nagyon helyesen - több számítógépes betegnyilvántartási modell párhuzamos kidolgozását indította el.

Ezeknek a modelleknek a kidolgozása folyik, és mint a kollokvium anyagából is látható, már eddig is komoly eredmények születtek. Ugyanakkor féltő, hogy a különböző területeken és helyeken folyó modell-kísérletek teljesen elfedik azokat a pontokat, amelyeken az egyes rendszereket egységessé lehetne és kellene tenni. Ennek elkerülése érdekében a modellek folyamatos követésére, elemzésére és az előre kidolgozott rendszertervek összevetésére lenne szükség. Ez az elemző munka nyújthatna lehetőséget a vezetésnek egy ésszerű, dinamikus integráció megteremtésére. Így egyrészt elkerülhető lenne a túlzott és fejlődést gátló egységesítés, másrészt figyelembe lehetne venni, hogy a kialakítandó rendszerek például tudományos kutatói környezetben vagy kórházi környezetben kerülnek-e kidolgozásra.

Az integráció fő szempontja lehetne a beteg törzs-főle-ban feltétlen szereplő adatok, és az egységes beteg-azonosítási szám lerögzítése. Hasonlóan fontos kérdés a számmal nem jellemezhető szövegszerű fogalmak szakmánként egységes rendszerének kidolgozása, ennek kötelező elrendelése, és a továbbiakban rendszeres karbantartásának megszervezése.

Az integráció kérdése, mint már előbb is említettem, a számítógépes programok oldaláról is megközelíthető, akár egységes programrendszerek, akár rendszeres programcserék formájában. Ezzel kapcsolatban Kovács Győzőnek 1971. évi Neumann Kollokviumon elhangzott "Számítógépes orvostudományi bázisok" című előadásából idézek, amely szerint többek között a következő gátló tényezők vannak:

- viszonylag sokféle számítógép,
- a számítóközpontok közötti laza kapcsolat,
- a tájékoztatás hiánya, és az elszigetelt alkalmazás technikai bázisok,
- a központi programarchivum hiánya.

Az 1971-ben a számítástechnikában általánosságban elmondottak ma az egészségügyre is igazak. Ugy tűnik, hogy a különböző egészségügyi számítógépes bázisok eltávolodása, az eltelt idővel és a megoldott feladatok nagyságrendjevei arányosan növekedhet.

Ezért az elmondottak szellemében már most fontosnak tartanám, hogy komoly lépések történjenek az ésszerű szakmai integráció megvalósítása érdekében.