

Uwaga, nadchodzi P1!

**Marta
Jakubiak**

Informatyzacja służby zdrowia zbliża się nieuchronnie. Na bieżąco staramy się śledzić postępy prac nad opracowaniem Projektu P1.

W maju w siedzibie NIL w Warszawie odbyło się spotkanie konsultacyjne z firmami, które tworzą system w ramach Projektu Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, czyli P1. W spotkaniu uczestniczyli Zyta Kaźmierczak-Zagórska i Stefan Sobczyński z Grupy Doradczej Użytkowników projektu P1 powołanej uchwałą Prezydium NRL w sierpniu 2012 r. oraz Anna Pogorzelska z działu informatycznego NIL.

Głównym tematem spotkania było omówienie obszaru analizy danych, zjawisk niepożądanych, które będą możliwe do zrealizowania w oparciu o dane dostępne w ramach funkcjonowania tego projektu. Przedstawiona została także koncepcja obsługi zdarzeń medycznych i dokumentacji medycznej, w tym wymiana dokumentacji medycznej pomiędzy usługodawcami w ramach Internetowego Konta Pacjenta.

– Środowisko lekarzy nie wyczuwa wagi problemu związanego z informatyzacją służby zdrowia, a prace firm tworzących system są już mocno zaawansowane – ostrzega Zyta Kaźmierczak-Zagórska. Podczas spotkania uważnie dyskutowano o 35 podstawowych zestawach analiz, które mogą wykryć zjawiska niepożądane. Będzie je można zestawiać w dowolnych konfiguracjach, dokonując kolejnych poziomów analiz. Sprawdzenie będzie dotyczyło m.in.: anomalii związanych z wystawianiem/przyjmowaniem dziennej dawki substancji czynnych większej, niż wskazuje na to słow-

nik WHO z DDD; z wystawianiem recept na leki, które wchodzi w niepożądane interakcje; anomalii przy wystawianiu skierowań wśród lekarzy; analizy lekarzy wypisujących leki prawie jednego producenta; wizyt pacjenta u lekarza; liczby pacjentów przyjmowanych przez lekarza; wypisywanych leków refundowanych; liczby wystawianych recept przez lekarza; rotacji pacjentów u lekarzy w podziale na specjalizacje; wykrywanie świadczenia usług medycznych przez pracownika medycznego w dużej liczbie placówek medycznych znacznie oddalonych od siebie. To tylko przykładowe obszary kontroli. Należy mieć świadomość, że uruchomienie platformy P1 wprowadzi całkowicie nową rzeczywistość w pracy lekarzy. Pojawi się możliwość pozyskiwania informacji o zdarzeniach medycznych, e-Recepcie, e-Zleceniu, e-Skierowaniu i e-Zwolnieniu, ale każde działanie lekarza będzie uważnie śledzone, a dostęp do danych całkowicie zależny od zgody (lub jej braku) pacjenta. Lekarz otrzyma wgląd w indeks danych w koncie pacjenta, ale żeby otrzymać dostęp do szczegółowych zapisów, np. wyników badań, będzie musiał mieć zgodę pacjenta i zamówić pliki u usługodawcy, na którego platformie się znajdują. Pierwotnie zakładano, że wszystkie dane będą dostępne, a dopiero aktywność pacjenta wprowadzi zakaz ich udostępniania. Stowarzyszenia pacjenckie wymogły jednak zmianę tego fundamentalnego założenia, co związane jest z ochroną danych osobowych.

**List
do redakcji**

**Leon
Ferfecki**

**Lekarz
psychiatra, lat 61,
członek Beskidzkiej
Izby Lekarskiej**

Informatyczna zawierucha

W numerze 04/2013 „Gazety Lekarskiej” kilku autorów napisało o nowych systemach (elektronicznych i biurokratycznych) tworzonych po to, aby zmieniać i unowocześniać pracę lekarzy. Prezes NRL Maciej Hamankiewicz w „Nie jest łatwo i nie będzie”: „Ministerstwo zdrowia podjęło się karkołomnej, ale priorytetowej w skali globu ziemskiej misji stworzenia wirtualnej obsługi pacjenta poprzez informatykę. (...) A zatem trzeba będzie się uczyć stawiania diagnozy rzutem szybkiego spojrzenia w źrenicę oka, bo na wywiad, badanie fizykalne i intelektualny proces myślenia czasu już nie będzie”. Szczepan Cofta w „Czas na recenzowanie informatyzacji”: „(...) często wyczuwam mi wstyd za to, że spoglądam nie w oczy pacjenta, lecz w ekran komputera. Czy taka powinna być ewolucja wykonywania naszego zawodu?”. Jolanta Małmyga w „Licz się człowiek”: „Ginie etos zawodu lekarza, a my sami do tego dopuszczamy, prezentując brak zaangażowania

i bezdusność, bo nie mamy czasu na empatię wpisaną w nasz zawód. Ściśle stosując się do biurokratycznych procedur, zapominamy, że misją zawodu lekarza jest ratowanie człowieka. (...) Opieka zdrowotna przybrała charakter rynkowy – kupuje się zdrowie i sprzedaje usługi medyczne, nie liczy się człowiek, a jedynie zysk. (...) Od lekarzy wymaga się wypełniania coraz bardziej skomplikowanych sprawozdań i biurokracji, nie dając czasu na leczenie. Z drugiej strony, sami na takie traktowanie pozwalamy, ślepo się temu podporządkowując. Bierność i bezczynność całej korporacji jest porażająca”.

Od przyszłego roku lecząc chorych ludzi, obowiązkowo będziemy używać komputera i, jak podejrzewam, będziemy karani bardziej za błędy w e-wpisach niż za błędy w sztuce lekarskiej. Lekarz będzie poświęcał więcej czasu i uwagi na pracę z komputerem niż na diagnozowanie i leczenie swoich pacjentów.

Odbiorcy projektu P1



Środowisko lekarzy nie wyczuwa wagi problemu związanego z informatyzacją służby zdrowia, a prace firm tworzących system są już mocno zaawansowane.

Przewidziano obszar danych krytycznych, jak np. informacje o chorobie przewlekłej, ciąży czy grupie krwi, które mają być udostępnione niezależnie od zgody pacjenta jako istotne dla ratowania życia i zdrowia. Podczas spotkania wyniknęło, że kwestią nieuwzględnioną i nieustaloną jest, czy dostęp do dokumentacji medycznej dostępnej w ramach P1 będzie miał Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

– Środowisko jest w niezrozumiały dla mnie sposób niezainteresowane tak ważną sprawą – ostrzegają

24 maja Stefan Sobczyński podczas spotkania NRL w Krakowie. Apelował o większą aktywność i baczniejsze przyjrzenie się kwestii informatyzacji, dyskusowanie tego tematu i zgłaszanie swoich uwag oraz sugestii członkom Grupy Doradczej Użytkowników Platformy P1.

W kolejnych numerach „Gazety Lekarskiej” będziemy bardziej szczegółowo omawiać sprawy dotyczące Projektu P1. ■

Należę do starszego pokolenia lekarzy i może nie rozumiem i nie akceptuję w pełni „ewolucji” gatunku homo sapiens. Ale pytam, jak mamy się odnieść do zastępowania relacji pacjent-lekarz, będącej spotkaniem człowieka z człowiekiem („najlepszym lekarstwem dla człowieka jest drugi człowiek”), relacją: usterkowany mechanizm ludzki – mechanik/biurokrata medyczny usuwający usterkę i zapisujący wykonaną „procedurę” w komputerze.

Mamy przestawać być emocjonalnymi ludźmi (mimo iż ewolucja ludzkiego mózgu z jego psychiką przyczynia się do lawinowego narastania chorzeń związanych z emocjami; notabene, czy w ogóle jest możliwe chorować i leczyć się bez emocji?), a zmieniać się w bezduszne roboty od chorowania i leczenia, bo tak wymyślają sobie „ewolucyjnie” (czytaj: dla władzy, zysku i sprawnego zarządzania ludźmi) politycy i urzędnicy?

Mam nieodparte wrażenie, że ta niby-ewolucja gatunku ludzkiego, wymyślana przez samego człowieka, nie ma nic wspólnego z naturalną ewolucją w przyrodzie ani z dotychczasową cywilizacyjną,

kulturową, a nawet technologiczną ewolucją homo sapiens; zakrawa to na dehumanizację i, niestety, ewolucyjny ślepy zaułek. A nawet jeżeli tak nie jest, jeśli się mylę (młode pokolenia dość sprawnie stają się „komputerowe, internetowe i wirtualne”), to apeluję o zwolnienie tempa tych przemian, bo od tego tempa wszyscy będziemy coraz bardziej chorować i, biorąc pod uwagę względy ekonomiczne, będzie to bardzo kosztowne.

Często moi pacjenci, co ciekawe – także młodzi, wyrażają spontanicznie zadowolenie, że z nimi rozmawiam, skupiam na nich uwagę, nie rozpraszając się patrzeniem w ekran komputera (którego w pracy nie używam) i stukaniem w klawiaturę.

Stanowczo domagam się, jako członek Samorządu Zawodowego Lekarzy, aby obecni oraz nowi (po wyborach) nasi przedstawiciele Izby Lekarskiej skutecznie walczyli o to, abyśmy w y k o n y w a l i s w ó j z a w ó d i p o w o ł a n i e, a nie pozwalali na przekształcanie nas w mechaników oraz techno- i biurokratów medycznych. ■