

Beköszöntő



Az informatika az egészségügyi szervezés kezdetétől társa a gyógyításnak. Kezdetben csak számbavették a sérülteket, halottakat, gyógyultakat, majd feljegyeztek a családi adatokat. A haláloki statisztikák kifejlesztésével bővült a gyűjtött adatok köre. Az Osztrák-Magyar Monarchia katonai kórházainak adatlapja alig különbözött a hazai kórházi adatlaptól (Minimal Basic Data Set).

Hippokrates végezte a betegségek csoportosítását az okok szerint (humor-elmélet), majd nem sokkal Linnæus (Linné) állat- és növényrendszertana után Francois Bossier de Lacroix (Sauvages) 1768-ban elkészítette az orvosi osztályozást (nosologia methodica, genera morborum).

Az ápolás teréről ismert Florence Nightingale 1860-ban, a negyedik nemzetközi statisztikai kongresszuson egységes kórházi statisztikát javasolt. A Népszövetség Egészségügyi Szervezete 1929-ben fogadta el a BNO negyedik változatát, melynek jelenleg a tizedik felújítását használjuk. E főként haláloki-statisztikai rendszer mellett 1975-ben jelent meg az Amerikai Orvosszövetség által kidolgozott klinikai szemléletű többtengelyes nevezéktan, a SNOMED első változata.

A különféle kódrendszereken alapuló adatfeldolgozások teremtették meg az epidemiológiai vizsgálatok alapját. A korai hazai vizsgálatok közül a tüdőbajjal, majd az endémiás golyvával kapcsolatos vizsgálatokat érdemes említeni.

A népegészségügyi elemzések a huszadik században már jelentősen hozzájárultak az egészségpolitika alakításához. Ahogy jelentőségük fokozódott, és az egészségügyi adatok gyakran a politika szférájában is megjelentek, erősödött az adatokkal kapcsolatos igényesség. A KSH kitűnő egészség- és haláloki statisztikai felméréseket és elemzéseket készített 10 százalékos mintavételezéssel, melyet a halottak teljeskörű adatgyűjtése egészített ki. Az adatfeldolgozási módszerek fejlődése a lyukkártyák bevonulását jelentette az egészségügybe. Dr. Szentgáli Gyula szekszárdi igazgató javasolta először e módszert. Az új módszer egyúttal lehetővé tette a gyűjtött adatok körének bővítését és a mintavételezés helyett a teljeskörű adatgyűjtést (fejlap helyett kórlapfej). Az Országos Sebészeti Intézet 1972-ben a sebészeti osztályok teljes tevékenységét felölelő adatgyűjtést végzett, melyet az akkori hazai civil számítógépek legkisebbikével, a SOTE R10 gépével dolgoztak fel. A hazai informatika fejlődésében jelentős lépés volt a HBCS kialakításához végzett betegszámla-gyűjtés.

Az egészségügy reformjának igénye a nyolcvanas évek közepén már komoly formában jelent meg, mivel a hazai, de főként a nemzetközi technológiai fejlődés által támasztott, és az eladósodó ország lehetőségei közötti feszültség gyorsan növekedett. Egyúttal aggasztó volt a hazai egészségügyi mutatók romlása. E helyzetben fontosnak tűnt a megbízható adatgyűjtés, és a precíz feldolgozás. A hazai egészségügyi informatika iránt érdeklődő, jórészt autodidakta szakemberek fontosnak tartották, hogy ne csak a minisztérium-közel központokban (ESZTIK, MESZTIK, FESZTIK) legyen adatrögzítés és számítógép, hanem ezek az eszközök vonuljanak be az ellátóhelyekre, ahol az adatokat keletkezésükkor rögzítsék, és lehetőleg úgy, hogy azok beépüljenek a kórház betegellátási, információáramlási folyamatába annak érdekében, hogy validitásuk, pontosságuk növekedjen. Az így keletkezett adatokat pedig elektronikus formában lehessen továbbítani, aminek előnyei részben kárpótolhatnák a nagyobb mennyiségű és pontosabb adatrögzítés végzőit. 1984-ben kórházaink már pályázhattak asztali számítógépekre és kórházi programok fejlesztésére. Néhány év múlva már az első kórházi hálózatokról beszélhettünk a hazai kongresszusokon.

Ekkor a lelkes hazai amatőröket kezdték felváltani a profik, az egészségügyre szakosodott cégek, melyeknél a fejlesztés a piacnyerés eszköze, és a költség jelenti a lehetőségek határát. Helyzetük nem könnyű, mert az egészségügy jogi környezete gyakran változik, és a szükséges változtatásokra mindig kevés az idő.

A fejlődés Hippokratestól napjainkig fokozatosan gyorsult. Az informatikával kapcsolatos ellenállás mértéke változatlan. A betegek és az ellátórendszer érdekeit szolgáló gyors és megbízható adatrögzítés és adattovábbítás az ellátás biztonságát fokozza, költséghatékonyságát javítja. Ezt szolgálják a közelmúltban kidolgozott, az EU eHealth programjához is illeszkedő e-Egészségügy szabványok és az interoperabilitás irányába nyitó regionális programok.

Napjainkban új kihívást jelent az adatok továbbítása, illetve hozzáférhetővé tétele akár távoli felhasználók számára. Eközben meg kell oldani az adatok minőségének ellenőrzését és biztosítását, a hozzáférés jogosságának ellenőrzését és naplózását, az adattovábbítás biztonságát és korlátlan hozzáférhetőségét. A kezdeti tartózkodás után várhatóan gyorsan bővülő igények robbanásszerűen fogják növelni az adattovábbítási igényeket, és minden felkínált sávszélesség kevés lesz – hasonlóan ahhoz, mint amikor kezdetben örültünk a kórházankénti egy PC-nek, ma pedig lassan munkahelyenként 1 számítógépben gondolkodunk.

Az új igények a mai jogi környezetet is feszegetik. A biztosítási jogosultság ellenőrzése aligha lehetséges a TAJ mai papíralapú hatósági igazolásával, a hozzáférés jogosultságának on-line igazolásához pedig sem az orvosi gumibélyegző, sem annak beszkenelt képe nem látszik alkalmasnak. Az adatvédelemmel kapcsolatos jogszabályok sem a mai környezetre szabottak, felülvizsgálatuk már nem sokáig halogatható.

A régiekre emlékezve, és a közelmúlt valóban szédítő eredményeire büszkén annak kell örülnünk, hogy van még feladat, van még teendő. Az idei infokommunikációs konferencia is segíteni fog az eredmények számbavételében és az útkeresésben.

*Dr. Weltner János
A szerkesztőbizottság tagja*