

# ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ HL7 - Hellas



## ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΠΡΟΤΑΣΗ

Πετρόπουλος Γιώργος  
Επιμελητής Α Παθολογίας ΕΣΥ  
Νοσοκομείο Νάξου

Μάρτιος 2005

## ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ HL7 - Hellas

### ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΠΡΟΤΑΣΗ

Πετρόπουλος Γιώργος  
Επιμελητής Α Παθολογίας ΕΣΥ  
Νοσοκομείο Νάξου

Αγαπητοί κύριοι συνάδελφοι

Το τρίτο δεκαήμερο του Μαρτίου ολοκληρώθηκε η διανομή, σε όλους τους γιατρούς της χώρας ( περίπου 60.000 τιράζ ), του περιοδικού “ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ”.

Στο τεύχος αυτό παρουσιάζεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα, σε ευρεία βάση, το πρότυπο HL7, με άρθρο του υπογράφοντος, και τίτλο “ *Κλινική Ιατρική και το Πρότυπο HL7* ”.

Δύο σημαντικές ιατρικές συνεδριακές εκδηλώσεις ακολουθούν το Μάιο. Το 31<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο και το 8<sup>th</sup> World Hellenic Biomedical Congress, στην Αθήνα, στα οποία στον HL7 Hellas προτάθηκε να παρουσιάσει διάφορες πτυχές αναφορικά με την διαλειτουργικότητα των πληροφορικών συστημάτων και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Ήδη αναλάβαμε την διοργάνωση και την προεδρία και των δύο εκδηλώσεων.

Παρότι νεοσύστατος ο οργανισμός HL7 Hellas, ιδρύθηκε σε σημαντικό background και έχει ευρύτατη βάση αποδοχής. Η φετινή ετήσια Γενική Συνέλευση καλείται πρακτικά να προσδιορίσει τις ενέργειες του οργανισμού, ώστε να υπάρξει η μέγιστη απόδοση από την ευρεία αυτή αποδοχή.

Οφείλω προκαταβολικά να επισημάνω, πως οι νέες ιατρικές τεχνολογίες και οι IT/ Communication εφαρμογές στην υγεία, έχουν ήδη διχάσει τον ιατρικό κλάδο, και στην Ελλάδα, και έχουν τραυματίσει βαρύτατα την ενότητα του.

Οι κλινικοί γιατροί δεν αντιμετωπίζουν ενιαία το πρόβλημα της διαλειτουργικότητας και της επικοινωνίας των διαφόρων ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων υγείας. Έχουν διαχωριστεί σε δύο στρατόπεδα, των φανατικών υπερμάχων των νέων ιατρικών τεχνολογιών, και των φανατικών πολεμίων. Σε κάθε ιατρική επιστημονική ένωση, σε κάθε νοσοκομείο και υγειονομική μονάδα, σε κάθε ιατρικό πανεπιστήμιο στην Ελλάδα η ρήξη είναι ορατή δια γυμνού οφθαλμού.

Ο HL7 - Hellas μπορεί να έχει ευεργετικό ενοποιητικό χαρακτήρα, μπορεί να προστατέψει τον ιατρικό κλάδο, και στην Ελλάδα, από την δαιμονοποίηση και την απόρριψη της νέας ιατρικής τεχνολογίας, αρκεί να παραμείνει σαν επιστημονικός

οργανισμός, ουδέτερος έναντι των εντατικών και ποικίλων διεργασιών που πραγματώνονται την περίοδο αυτή στις υπηρεσίες υγείας.

Από το βήμα της Βουλής, ο πρωθυπουργός στην σχετική συζήτηση της 16<sup>ης</sup> Μαρτίου, παραδέχθηκε δημόσια την οικονομική χρεοκοπία του δημόσιου συστήματος υγείας. Μεγάλο μέρος του δημόσιου ελλείμματος ( πάνω από 2,5% στο ΑΕΠ, δηλαδή πάνω από το 50%) που οδήγησε τη χώρα σε κοινοτική επιτήρηση, στις 18 Φεβρουαρίου, οφείλεται σε μη αποτελεσματικές δαπάνες στην υγεία, την πρόνοια και τις κοινωνικές ασφαλίσεις. Η Ελλάδα κατακρημνίστηκε φέτος στην 44<sup>η</sup> θέση των τεχνολογικά προηγμένων χωρών, χάνοντας σε μία χρονιά, αυτή των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004, πάνω από 10 θέσεις στη διεθνή κατάταξη.

Ειδικότερα στις υπηρεσίες υγείας, το “σχίσμα” μεταξύ των τεκνοκρατών και των τεκνοφοβικών προκάλεσε ήδη σοβαρές απώλειες σε ανθρώπινους πόρους, και ταυτόχρονη υπερπρομήθεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Παρά τις εκφρασμένες αντιρρήσεις και τις σοβαρές επιφυλάξεις των πλέον έμπειρων ελλήνων επιστημόνων στους κλάδους της πληροφορικής και των νέων τεχνολογιών, για την στρεβλή αυτή “ανάπτυξη” του τεχνολογικού περιβάλλοντος της υγείας.

Από την άποψη αυτή, ο HL7 Hellas καλείται να συμβάλλει στην γεφύρωση του χάσματος. Ένα νέο μοντέλο εισαγωγής, εγκατάστασης και χρήσης των νέων τεχνολογιών στην υγεία, πρέπει να προταθεί και να προκριθεί, αυτό που θα δίνει εφεξής απόλυτη προτεραιότητα στο *επίπεδο επτά* , δηλαδή στην ενημέρωση, την εκπαίδευση και την προσαρμογή του τελικού χρήστη, δια της ενεργητικής του συμμετοχής και όχι της βίαιας και παθητικής του προσαρμογής.

Εκτός των άλλων πρέπει να υπογραμμιστεί πως ο έλληνας ασθενής υφίσταται ήδη τις συνέπειες της τεχνολογικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας και των μη αποτελεσματικών δαπανών στις νέες ιατρικές τεχνολογίες. Δυσφορεί για τις υπηρεσίες υγείας, τις πληρώνει πανάκριβα, έχει περιορισμένη πρόσβαση σ αυτές και φυσικά αρνείται να κατανοήσει τη φύση του προβλήματος. Υπάρχουν τρομακτικές απώλειες σε πραγματική κλινική υποστήριξη, παρά τα άφθονα μέσα, εφόσον ο ασθενής είναι αλλού, ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός αλλού και ο έμπειρος κλινικός γιατρός και δυνητικός χρήστης των τεχνολογικών μέσων αλλού.

Όλα τα μέχρι σήμερα συμπεράσματα οδηγούν στην ανάγκη επιμονής στο έβδομο επίπεδο, ώστε μετά από αρκετά χρόνια το χάσμα να κλείσει, ο τελικός χρήστης να εξοικειωθεί με τον διαθέσιμο στη χώρα ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ο εξοπλισμός να αξιοποιηθεί και να αποσβεστεί, και να ξεπεραστεί η υγειονομική κρίση με τις ελάχιστες δυνατές απώλειες σε οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους.

Ο HL7 Hellas πέρα από την συμβολή του στην ανάπτυξη του προτύπου ( και ειδικότερα στην ανάπτυξη των εκδόσεων 3x, που φαίνεται να αποτελούν την οριστική λύση στη διαλειτουργικότητα ) εξ αντικειμένου καλείται να αναλάβει ευθύνες και ρόλους

αναφορικά με την αποκατάσταση της ευρυθμίας στις υπηρεσίες υγείας και την ομαλή τους προσαρμογή στα νέα τεχνολογικά και πληροφορικά περιβάλλοντα.

Υπήρξε ήδη μια πρώτη προσέγγιση στο Υπουργείο Υγείας και σε ορισμένες Ιατρικές Σχολές σχετικά με την τροποποίηση των πολιτικών και την οργανωμένη εκπαιδευτική ενίσχυση του ιατρικού κλάδου στη χώρα, προσέγγιση που είχε πενιχρά ή και μηδενικά αποτελέσματα. Η δημόσια διοίκηση εξακολουθεί να είναι ανώριμη στην επίλυση σύνθετων τεχνολογικά προβλημάτων στις υπηρεσίες υγείας, μεταθέτει την υιοθέτηση ρητής στρατηγικής στο απώτερο μέλλον και προφανώς συμβάλλει στην απώλεια και πρόσθετων πόρων ( εθνικών και κοινοτικών ) και στην περαιτέρω επιδείνωση της ήδη κακής κατάστασης.

Ο πανικός από το φαινόμενο Frankenstein ( δηλαδή την ανεπάρκεια διαχείρισης των υπερπρομηθειών ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού) είναι παραπάνω από εμφανής σε κάθε τομέα της δημόσιας διοίκησης, κεντρικό και περιφερειακό. Οι πρωτοπόροι της πληροφορικής επιστήμης αναγνώρισαν και περιέγραψαν έγκαιρα τον χαστικό τρόπο με τον οποίο παντού αναπτύσσονται τα σύγχρονα ΟΠΣ, και σε τομείς όπως η υγεία. Οι υπηρεσίες υγείας παρόλα αυτά *δεν έχουν την πολυτέλεια της χαστικής ανάπτυξης*, ιδιαίτερα σε συνθήκες πλήρους οικονομικής τους χρεοκοπίας.

Τα νοσοκομεία και η ΠΦΥ πρέπει σε *κάθε φάση* να διατηρούν ένα κατώτατο επίπεδο εύρυθμης και συγκροτημένης λειτουργίας, ώστε να επιτελούν και τον πρωτογενή τους σκοπό, που δεν είναι άλλος από *την κλινική υποστήριξη των ασθενών*.

Το στοίχημα αυτό, στην Ελλάδα, θα χαθεί ( αν δεν έχει χαθεί ήδη) στον βαθμό που ο κλινικός γιατρός θα συνεχίσει να παραμερίζεται, να αποθαρρύνεται και να απομακρύνεται βίαια από τη νέα ιατρική τεχνολογία. Με μόνο το πρόσχημα πως η χρήση της αποτελεί μελλοντολογία, για άλλες εποχές, για άλλες χώρες και για άλλους γιατρούς. Το στοίχημα της προσαρμογής μας στα νέα τεχνολογικά περιβάλλοντα της υγείας θα χαθεί, όσο επιτρέπεται η υφέρπουσα παραφιλολογία, στο παρασκήνιο, πως η τεχνολογική μας καθυστέρηση, στις υπηρεσίες υγείας είναι η πρόπουσα απάντηση στις προκλήσεις της εποχής. Και ότι όποιος κλινικός γιατρός αμφισβητεί το παραδοσιακό πλαίσιο θα πρέπει να τιμωρείται βαρύτατα ώστε να προσαρμόζεται στην καθυστέρηση και στην παραδοσιακή υπανάπτυξη.

Στην Νάξο, πριν τρία χρόνια, οργανωμένες τοπικές συμμορίες τεχνοφοβικών, με υψηλές πολιτικές, διοικητικές και δικαστικές αναφορές, κατάστρεψαν με βανδαλισμό το πρώτο κέντρο για την μελέτη, αξιολόγηση και αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων εφαρμογών τηλειατρικών συστημάτων ( Naxos Emergency ). Το επίσημο κράτος αμφιταλαντεύεται, επί τριετία ήδη, μεταξύ της τιμωρίας των βανδάλων και της επικύρωσης τους, και διαπραγματεύεται την άποψη τους. Επικυρώνει τα προσχήματα τους, τους απομακρύνει αθόρυβα από την περιοχή και τους προστατεύει, και αυτού του είδους η τακτική στην πραγματικότητα αποκαλύπτει την πολιτειακή αμφιθυμία αναφορικά με τις νέες τεχνολογίες στην υγεία.

Η αμφιθυμία αυτή της δημόσιας διοίκησης, η αμηχανία και ο τεχνολογικός αγνωστικισμός, διαπερνά βίαια κάθε επίπεδο της, κλαδικό, τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό, με αποτέλεσμα να εδραιώνεται το καταφανές : *Από την ελληνική δημόσια διοίκηση είναι αδύνατο να προέλθει οποιαδήποτε λύση.*

Ο εξισορροπιστικός της ρόλος, ανάμεσα στην πρόοδο και την συντήρηση έχει διαποτίσει γενετικά το σώμα της, προφανώς πρέπει να παραμεριστεί, ώστε να μη προκαλεί και άλλες απώλειες, ενώ η μοναδική διαφαινόμενη λύση ( και σε διευρωπαϊκό επίπεδο) είναι την πρωτοβουλία και την ευθύνη της ασφαλούς μετάβασης, από την παραδοσιακή κοινωνική συγκρότηση στην κοινωνία της πληροφορίας, να αναλάβουν τα ακαδημαϊκά ιδρύματα και τα επιστημονικά ινστιτούτα και οργανισμοί. Μαζί με τις ενδιαφερόμενες εταιρείες ιατροτεχνολογικού και πληροφορικού/επικοινωνιακού εξοπλισμού.

Με αυτό τον προβληματισμό και αυτές τις διαπιστώσεις, πρότεινα ήδη στην ΔΕ του HL7 Hellas να προσκληθούν και τα επτά ιατρικά πανεπιστήμια σε οργανική ενσωμάτωση στον HL7 Hellas, σαν πλήρη μέλη. Πρόκειται για δραστηριότητα που ξεκίνησε, διερευνάται προσεκτικά και συνεχίζεται.

Ήδη τα ιατρικά πανεπιστήμια της Θεσσαλονίκης και της Λάρισας ετοιμάζουν τις αιτήσεις και τους φακέλους τους. Η Θράκη είναι ήδη πλήρες μέλος.

Με την παρατήρηση βέβαια πως η ιατρική ακαδημαϊκή κοινότητα, στον τομέα που αφορά στον HL7 Hellas, *έχει απόλυτα ασαφή άποψη* για τον ρόλο που καλείται να διαδραματίσει τα επόμενα χρόνια.

Η συνεννόηση με τις Ιατρικές Σχολές θα συνεχιστεί, είναι βέβαιο πως θα αποτελέσουν ανεξάντλητη δεξαμενή για την επαρκή στελέχωση όλων των ομάδων εργασίας, μελέτης και ανάπτυξης του προτύπου για την HL& Hellas, αλλά συμμετοχή στα κέντρα λήψης αποφάσεων, παραγωγής πολιτικών και στρατηγικής δεν φαίνεται να επιθυμούν.

Εξ αντικειμένου, το κενό που προκύπτει στην διοικητική συγκρότηση δραστηριοτήτων διαλειτουργικότητας και ενοποιήσεων των Ολοκληρωμένων Πληροφορικών Συστημάτων (ΟΠΣ) Υγείας και Ασφάλισης, πρέπει να καλυφθεί με κυβερνητική πρωτοβουλία, και κατά την γνώμη μου να καλυφθεί με ένα νέο ΝΠΔΔ.

Καλή αφορμή γι αυτό αποτελεί και το εθνικό έργο “Σύζευξις” που βρίσκεται στη φάση της ολοκλήρωσης του και στις αρχές του 2006 τίθεται σε πλήρη λειτουργία.

Η HL7 Hellas δεν έχει άλλες δικαιοδοσίες, πέραν των επιστημονικών ομάδων εργασίας, των συνεδριακών παρουσιών, των δημοσιεύσεων και της υποβολής προτάσεων στην κυβέρνηση.

Προσωπικά θεωρώ πως στην HL7 Hellas ελλείπουν και ορισμένες φυσικές μονάδες, πιλοτικού χαρακτήρα ( όπως για παράδειγμα το Naxos Emergency για τις εφαρμογές τηλεϊατρικής ) ώστε να δοκιμάζονται εμπράγματα, να αξιολογούνται και να διορθώνονται μοντέλα και σχέδια διαλειτουργικότητας και ενοποιήσεων ΟΠΣ Υγείας, πριν αυτά υιοθετηθούν, πριν δημοσιευτούν και πριν προταθούν για γενική εφαρμογή.

Μια μεγάλη παρόμοια μονάδα, με τεράστια ήδη εμπειρία είναι το Ωνάσει, με εφαρμοσμένη την 2<sup>η</sup> έκδοση του προτύπου, αλλά είναι σαφές πως δεν επαρκεί, λόγω της ειδικής φύσης του Ωνάσειου, σαν αμιγώς καρδιοχειρουργικού κέντρου.

Είναι αναγκαίο να γίνει πολλή δουλειά βάσης, με την πλειοψηφία των κλινικών γιατρών - χρηστών ανεκπαίδευτων και σε μόνιμο status απροθυμίας. Η απλή ενημέρωση τους και η τυχόν εκπαίδευση τους δεν είναι επαρκής για την ομαλή προσαρμογή τους και κυρίως για την ενεργητική τους συμμετοχή, σε κάθε κλάδο και ειδικότητα. Για το φαινομενικό αυτό αδιέξοδο πρέπει να δοθούν πρακτικές λύσεις και από την HL7 Hellas.

Πρέπει να προγραμματίσουμε την δημιουργία ή την υιοθέτηση και ένταξη μιας σειράς κέντρων δοκιμών, σε όλη την Ελλάδα, ιεραρχημένων αξιολογικά, και σταδιακά να αρχίσουμε να τα εγκαθιστούμε, με αποσαφηνισμένο τον όρο πως θα πρέπει να έχουν δημόσια χρηματοδότηση. Ή, έστω, αυτοτελή χρηματοδότηση, όπως το Ωνάσειο.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας και ασφάλισης, από την ανταγωνιστική του φύση δύσκολα συνεργάζεται σε παρόμοια εθνικά, γενικού χαρακτήρα Project και ακόμα πιο δύσκολα τα υποστηρίζει ή τα χρηματοδοτεί.

Τομείς προτεραιότητας για τις δοκιμές και την αξιολόγηση σχεδίων διαλειτουργικότητας κατά τη γνώμη μου είναι

1. Εσωτερική διαλειτουργικότητα νοσοκομειακών μονάδων
2. Διαλειτουργικότητα για την εμπράγματη υλοποίηση της οργανικής διασύνδεσης των Νοσοκομείων με την ΠΦΥ ( Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία )
3. Διαλειτουργικότητα σε ειδικούς τομείς ( Πληροφορικό Σύστημα Φαρμάκου, Τηλεϊατρική κλπ.)

Πρόκειται για εγκατεστημένες ήδη λειτουργίες στην Ελλάδα, με ολοκληρωμένη σχεδόν την προμήθεια hardware ( που παραμένει αχρησιμοποίητο σε αποθήκες ), με πολλά και διαφορετικά είδη software και μηδενική ύπαρξη ιατρών και υγειονομικών χρηστών.

Τα πιλοτικά κέντρα, εκτός από τις δοκιμές, συμβάλλουν και στην ενεργοποίηση του ενδιαφέροντος, εκπαιδεύουν ανθρωποδυναμικό, μπορούν να παράγουν τα επόμενα, αναγκαία μοντέλα δημόσιας διοίκησης και νομιμοποιούνται στον συμβουλευτικό τους ρόλο κάθε φορά που θα καλούνται από την κυβέρνηση να το κάνουν.

Με τις σκέψεις και τις βασικές αυτές προτάσεις, εύχομαι προκαταβολικά την καλύτερη δυνατή επιτυχία στις εργασίες της Γενικής Συνέλευσης.

28.03.2005  
Πετρόπουλος Γιώργος  
Παθολόγος