

DIREKTORATET FOR E-HELSE
Postboks 221 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref:
2023/588-1

Vår ref:
2023/1092-2/008

Saksbehandler
Terje Bless/

Dato:
Bodø, 13.09.2023

Nasjonal informasjonsmodell for overfølsomhetsreaksjoner allergi - intoleranse

Vi takker for muligheten til å komme med innspill til høringen.

Ang. høringens spørsmål 1 er Helse Nord positive til at sentral helseforvaltning tar ansvar for utforming og forvaltning av nasjonale informasjonsmodeller. Informasjonsmodeller er (sammen med terminologi) en kritisk faktor for semantisk interoperabilitet. Både for samhandling mellom aktører, og for primærbruk og gjenbruk internt hos en enkelt aktør. Uten standardiserte informasjonsmodeller vil det i praksis ikke være mulig å realisere et målbilde for «felles språk» i helsesektoren, eller å oppfylle våre internasjonale forpliktelser. Vi mener dette er en naturlig oppgave for den sentrale helseforvaltningen å ta ansvar for, i samarbeid med aktørene i sektor, og at direktoratenes mandater er nødvendige for å gi vekt til slik normering.

Vi tror dog det er nødvendig å nyansere begrepet «teknologiuavhengig» noe. Standardiserte nasjonale informasjonsmodeller bør ikke være teknologi-, system-, eller leverandørspesifikke. Men rent abstrakte informasjonsmodeller er vanskelige å anvende i praksis og har en iboende risiko for å skjule semantisk inkompatibilitet. Vi tror derfor det er viktig at nasjonale informasjonsmodeller også beskrives i flere utvalgte konkrete formalismer. Eksempelvis dersom abstrakt informasjonsmodell beskrives i UML bør tilsvarende uttrykkes konkret som en FHIR profil og en OpenEHR arketype. Dette er de mest utbredte konkrete formalismene for informasjonsmodeller i sektoren i dag, og som dekker både persistent lagring i EPJ og utveksling mellom aktører.

Hvilke konkrete formalismer som benyttes i en gitt revisjon av en gitt informasjonsmodell vil måtte følge av en pragmatisk vurdering. Dette kan endre seg over tid ettersom teknologilandskapet endrer seg. Å uttrykke informasjonsmodellen både i abstrakt form og i minst to konkrete former sikrer 1) at modellen faktisk er implementerbar (for

eksempel i PLL, jamfør høringssvar fra Helse Vest RHF), og 2) at informasjonen kan oversettes mellom de konkrete modellene uten tap av informasjonsinnhold.

Ang. spørsmål 2, mener vi at for konkrete informasjonsmodeller der det finnes eksisterende forvaltningsmekanismer bør disse brukes til å tilgjengeliggjøre nasjonale informasjonsmodeller. Eksempelvis bør en nasjonal informasjonsmodell for overfølsomhetsreaksjoner uttrykket som en FHIR profil forvaltes sammen med de nasjonale basis- og områdeprofilene. Ditto uttrykt som OpenEHR templat eller arketype bør tilgjengeliggjøres i CKM¹ sammen med andre godkjente arketyper. I begge tilfeller bør dette skje i nært samarbeid med de eksisterende forvaltningsmiljøene. Den abstrakte informasjonsmodellen i UML eller tilsvarende bør inkluderes direkte i det normerende dokumentet, sammen med evt. mappinger til andre formalismer e.l. (jf. under).

For øvrig tror vi det i arbeid med nasjonale informasjonsmodeller er nødvendig å ta hensyn til eksisterende og relevante modeller som dekker samme område. Dette kan være andre formalismer for å uttrykke det samme, eller eksisterende implementasjoner som vil måtte forholde seg til den nye nasjonale informasjonsmodellen. Konkret bør arbeidet indentifisere relevante modeller og inkludere normative mappinger for disse. Jf. Norsk Helsenetts høringssvar og deres innsigelser knyttet til migreringsbehov. I et tilfelle som overfølsomhetsreaksjoner bør eksisterende modeller (SFM Basis API, M25, mv.) identifiseres, mappinger fra ny til eksisterende informasjonsmodeller utvikles, og eventuelle inkompatibiliteter tydelig dokumenteres.

Migrering og inkompatibiliteter er en utfordring for aktørene i sektor, og de tilhørende kostnadene vil belaste helsesektorens totale kapasitet. Det er derfor viktig at dette tas med i grunnlaget i arbeidet med normering. Helse Nord er generelt positive til normering av nasjonale informasjonsmodeller, men vil i hvert enkelt tilfelle gjøre sin egen kost—nytte-vurdering. Eksempelvis anser vi mange eksisterende implementerte informasjonsmodeller som varierende grader av suboptimale. Dermed vurderer vi også i disse tilfellene migreringskostnadene forbundet med en ny nasjonal informasjonsmodell som akseptable ut fra et langsiktig og samfunnsøkonomisk kost—nytte-perspektiv.

Ang. spørsmål 3 ser Helse Nord et stort behov for nasjonale informasjonsmodeller på flere områder. Mest åpenbart vil de være viktig for utveksling av informasjon mellom aktører i og utenfor sektor (e.g. også NAV). De vil også bidra til arbeidet med integrasjon og samhandling mellom systemer og enheter innenfor egen virksomhet (e.g. EPJ og RIS/PACS eller kurve). Normerte nasjonale informasjonsmodeller vil også være et godt grunnlag for kravspesifisering i forbindelse med offentlige anskaffelser. De vil gjøre det enklere for aktørene å samarbeide om samhandlingsløsninger og gi mer effektiv ressursutnyttelse på dette området. Bedre definert semantikk vil også sekundært ha

¹ Clinical Knowledge Manager, forvaltningsverktøyet for OpenEHR arketyper og templatere i Norge. <https://arketyper.no/>

positiv effekt på forskning, kvalitetsarbeid (herunder kvalitetsregistre), og pasientsikkerhet. Flere normerte informasjonsmodeller vil også være en fordel for for privat sektor og leverandørmarkedet som kan betjene flere kunder med samme implementasjon.

For spørsmål 4–7 henviser vi til høringsvaret fra OpenEHR Norge.

Helse Nord er for øvrig kjent med OpenEHR Norges høringsvar og stiller seg generelt bak innholdet i dette.

Vennlig hilsen

Bengt Flygel Nilsfors
Avdelingsleder