

Helsedirektoratet

Deres ref.:	Vår ref. (saksnr.):	Saksbehandler:	Dato:
23/47750	24/335 - 1	Bente Aasheim Walter	15.02.2024

Hørings svar nasjonal informasjonsmodell elektronisk helsekort for gravide

Oslo kommune takker for muligheten til å gi innspill til ny nasjonal informasjonsmodell for elektronisk helsekort for gravide.

Elektronisk helsekort er sterkt ønsket av de involverte i oppfølgingen av gravide, og av de gravide selv. Det er viktig at løsningen utarbeides sammen med fagpersonene som jobber nærmest pasienten, for å sikre at løsningen som utvikles bidrar til bedre samhandling og kontinuitet i oppfølgingen av den gravide

I dette høringsinnspillet er det lagt vekt på om informasjonsmodellen vil bedre samhandlingen for relevante aktører, og om innholdet er relevant for svangerskapsoppfølgingen. I vurderingen har vi lagt vekt på om informasjonsmodellen legger grunnlag for likeverdige helsetjenester og et godt statistikkgrunnlag.

Høringsinnspillet er tredelt, der den første delen svarer ut de spesifikke spørsmålene fra direktoratet om informasjonsmodellen fra et helsefaglig perspektiv.

Den andre delen grupperer sammen innspill som ikke hører til noe spesifikt informasjonselement i modellen. Den siste delen grupperer innspill til strukturering av informasjonsmodellen.

I det følgende vil vi først svare ut noen spørsmål om informasjonsmodellen direktoratet

har bedt om tilbakemelding på, så vil de ulike elementene av informasjonsmodellen kommenteres. Rekkefølgen av informasjonselementene følger høringsutkastet.

Er informasjonsmodellen dekkende for formålet?

Informasjonsmodellen er dekkende for formålet, og er en god erstatning for dagens papirløsning.

Vi tolker 3.13. Prøvesvar til at alle relevante laboratoriesvar vil være tilgjengelig gjennom det digitale helsekortet (basert på informasjonstjenesten Pasientens prøvesvar), noe som er svært positivt for samhandling mellom aktørene, og den gravide selv.

En digital løsning gir et mulighetsrom, som bør utnyttes. For eksempel kunne en nyttig utvidelse av helsekortet for gravide vært en kobling til SYSVAK for å hente og vise informasjon om relevante vaksiner for svangerskapet.

Ved påvist svangerskapsdiabetes utfører kvinnen egenmålinger. Det vil være et bidrag til god samhandling om kvinnen selv kan legge inn målingene. Enda bedre vil det bli om målingene kan hentes inn automatisk, som grunnlag for visning i det digitale helsekortet¹. Vi ser ingen del av den nåværende informasjonsmodellen der disse målingene passer inn.

Det er anbefalt at gravide med høy risiko for preeklampsi inntar lavdose acetylsalisylsyre fra uke 12 i svangerskapet. Et avkrysningsfelt i helsekortet og mulighet for å legge det inn i pasientens legemiddelliste vil være et viktig bidrag for samhandling. Det vil også være et viktig bidrag for at anbefalingen blir fulgt.

Papirløse migranter har lovfestet rett til svangerskapsomsorg, det er vanskelig å se hvordan disse kan ivaretas av eksisterende informasjonsmodell uten ett felles nasjonalt hjelpenummer.

Er det informasjonselementer som ikke bør være i modellen?

Vi ser ingen informasjonselementer som ikke bør være i modellen.

¹ Vi ser her for oss en tilsvarende tilnærming som for målinger fra digital hjemmeoppfølging, som kan rutes inn til datalageret/informasjonstjenesten Pasientens måledata via Velferdsteknologisk knutepunkt. Generelt: Informasjonsmodell og representasjon for målinger av ulike typer bør harmoniseres med tilsvarende arbeid for Pasientens måledata, se bl.a.

<https://simplifier.net/guide/VelferdsteknologiskknutepunktDHOR4/Observation?version=current>).

Felt for «mor landbakgrunn» og felt for «far landbakgrunn» er ikke ivaretatt i modellen

Informasjon om landbakgrunn er relevant medisinsk da kvinner fra enkelte land har større risiko for uheldige utfall i svangerskap, fødsel og barsel. Vi anbefaler at det vurderes å beholde kvinnens landbakgrunn.

Informasjon om landbakgrunn vil også gjøre det mulig å få kunnskap om det er særskilt risiko knyttet til noen landbakgrunner, noe som igjen kan brukes for å gi en mer målrettet svangerskapsomsorg. Det vil også være mulig å få innsikt i hvordan ulike innvandregrupper benytter helsetjenester.

Avkrysningsfelt for «Erklæring av farskap/søknad om medmorskap» er ikke ivaretatt i modellen

Med utgangspunkt i retningslinjer for svangerskapsomsorgen er det jordmor og/eller fastlegens ansvar å gi den gravide informasjon om søknadsprosessen for erklæring av farskap/medmorskap.

Et felt som omhandler dette kan derfor være nyttig for å formidle mellom fastlege, jordmor og spesialisthelsetjenesten om informasjonen allerede er gitt, eller om dette gjenstår å gjøre.

Hvis feltet skal angi at informasjon er gitt, bør det hete noe annet, slik at betydningen av å krysse av er helt klar. F.eks. "Informasjon om prosess for erklæring av farskap / søknad om medmorskap gitt".

Et slikt felt vil da kunne grupperes sammen med felter som i modellen nå ligger under "Strukturerte notater" for "Svangerskapskonsultasjoner": "Informasjon gitt", "Råd og veiledning gitt".

3.1 Levevaner - «Notater levevaner»

Fritekstfeltet i "levevaner" åpner opp for at en utdypende beskrivelse av levevaner, med mulighet for at potensielt sensitive opplysninger, blir lagret der. Slike opplysninger bør ligge i elektronisk pasientjournal hos den behandleren som har beskrevet dette, og ikke nødvendigvis deles med andre behandlere gjennom helsekortet.

Det er viktig at det blir gjennomført en strukturert samtale om levevaner med den gravide i henhold til retningslinjer. En digital løsning vil åpne for flere strukturerte felt, som støtter opp under den strukturerte samtalen.

Det er viktig at helsepersonell som samhandler om den gravide har informasjon om de ulike delene av samtalen er blitt gjennomført.

Det foreslås derfor følgende strukturerte felt under 3.1. Levevaner, kodet Ja/Nei:
- Utført samtale om psykisk helse



- Utført samtale om arbeid og miljø

Av ovennevnte grunner sees det derfor ingen grunn til å bevare fritekstfeltet i 3.1 Levevaner.

3.15 Svangerskapskonsultasjoner - Bør «Notater» deles opp i flere strukturerte felt:

De strukturerte feltene i den presenterte informasjonsmodellen er dekkende.

Vi ønsker også å presisere at det må være rom for et fritekstfelt knyttet til svangerskapskonsultasjonene fordi strukturerte felt ikke vil fange individuelle forskjeller hos de gravide.

Angående strukturering av innhold i 'Svangerskapskonsultasjoner' og 'Strukturerte notater', så kommer vi tilbake til dette i senere avsnitt under "Innspill til informasjonsmodellen".

3.3 Barnets biologiske far og 3.4 Far/medmor

God nyansering og viktig nytt felt i helsekortet. Dette er viktig for de det gjelder.

3.2 Mor - «Yrke og bransje»

Dette feltet er viktig for å vurdere om kvinnens arbeid er til risiko for barnet i magen og som grunnlag for søknad om svangerskapsperger. Feltet er viktig for statistikk og forskning.

Videre er det ønskelig å bytte ut begrepet "bransje" med begrepet "næring". Næringer er klassifisert i et standardisert næringskodesett SN2007 (SSB). Denne standarden for næringskoder danner grunnlag for koding av enheter i bedrifts- og foretaksregister. Fint med et tekstlig felt for yrker som ikke er i kodeverket.

3.4 Far/medmor - «Yrke og bransje»

Dette feltet er relevant for statistikk og forskning.

3.8 Aktuelt svangerskap - Fosterdiagnostikk

Informasjonen fra ordinær ultralydundersøkelse vil være førende for videre oppfølging av fastlege/jordmor i primærhelsetjenesten. I dag inneholder notatet fra utfører av ultralydundersøkelse flere strukturerte felt som vi ikke finner igjen i presentert modell. Det er hensiktsmessig at funn fra ultralydundersøkelser blir tilgjengelig i det digitale helsekortet.

3.9 Tidligere svangerskap

Informasjon om hvordan tidligere svangerskap gikk bør inkluderes, da dette er viktig informasjon for å yte målrettet svangerskapsomsorg.



Her ønskes det ikke fritekst, da det er ønskelig at helsepersonell fort kan få oversikt om den gravide trenger ekstra oppfølging.

Følgende kodede felt foreslås som eksempler:

Svangerskapsforløp: Ingen anmerkninger/ Noen plager/Store plager.

Ammeerfaring: Ja/Nei

Problemer med amming: Ja/nei/ikke valgt

Med mulighet til å spesifisere problemene ved ammingen:

- Vansker med å få barnet til å ta brystet
- Dårlig vektøkning hos barnet
- Smerter ved amming
- Brystbetennelse
- Usikker på om barnet får nok melk
- Andre problemer se merknad

Det kan være nyttige opplysninger for helsepersonell om tidligere barn ble overflyttet til nyfødtavdeling. Det vil også være relevant å vite årsaken til overflyttingen. Apgarscore til foster fra tidligere svangerskap vil også være klinisk relevant.

3.10 Sykdommer og inngrep

Beskrivelsen av kodeverket for sykdommer før svangerskapet inneholder diabetes type 1 og 2, men inneholder ikke svangerskapsdiabetes (i tidligere svangerskap).

Det er relevant informasjon for helsepersonell å vite om kvinnen har hatt svangerskapsdiabetes i tidligere svangerskap.

3.11 Levevaner - Røyk, alkohol og rusmidler

Vi foreslår 0..* kobling til "Røyk, Alkohol og rusmidler" elementet. Dette tar høyde for at kodeverket kan utvikle seg videre, og gjør det mulig å ytterligere spesifisere ulike typer rusmidler. Det kan f.eks. være nyttig å kunne skille mellom om mor røyker e-sigaretter eller vanlige sigaretter.

Levevaner - Andre kommentarer

Noen livsstilsvalg som f.eks. kostholdsrestriksjoner (Vegetar/Vegansk) er viktige for å kunne gi målrettede helsetjenester til den gravide. Dette kunne eksempelvis ligge i et kodet felt i 3.11 Levevaner.

Andre innspill til informasjonsmodellen

Svangerskapskonsultasjoner - Andre kommentarer

Ved behov vil jordmor/fastlege kunne fylle ut et skjema om svangerskapspenge i en konsultasjon. Prosessen beskrives på denne nettsiden:



<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/graviditet-og-arbeidsmiljo/skjema-for-tilrettelegging-for-gravide/>

Er det mulig å tilrettelegge for at informasjonsmodellen kan støtte en framtidig digitalisering av denne søknadsprosessen? Dette har potensialet til å betraktelig lette samhandlingen om den gravide.

Referanse til involverte aktører

I *Svangerskapskonsultasjoner* mangler det referanser til aktørene ('Helsestasjon', 'Jordmor', 'Fastlege' etc.) som er involvert i konsultasjonen. Det samme gjelder for underobjektet *Ekstraordinær kontakt*. Det bør legges inn en referanse til aktøren(e) som er ansvarlig for / gjennomfører svangerskapskonsultasjonen.

Fødebrev til spesialisthelsetjenesten

Er informasjonsmodellen dekkende for å kunne representere/generere et fødebrev til spesialisthelsetjenesten?

Tilgjengelighet av fødebrevet for kvinnen selv, jordmor/fastlege og spesialisthelsetjeneste vil lette samhandling. Dette løses i dag ofte med papir.

Tilrettelegging for API-samhandling og integrasjonsbygging

Gode API-er gjør det mulig for et fagsystem å samhandle med andre systemer. Det vil gjøre det lettere å utvikle ny funksjonalitet i fagsystemet, og dermed møte nye behov og krav, samt nyttiggjøre seg av den teknologiske utviklingen.

Informasjonsmodellen vil gi føringer for hvilke informasjonselementer som forventes å kunne hentes fra og lagres i ulike fagsystem, og dermed også hvilke informasjonselementer som kan eksponeres gjennom API.

Metadata om opphav til informasjon, og endringshistorikk

Det er viktig at innholdsinformasjonen i helsekortets informasjonsmodell knyttes til metadata om hvem som er **kilden** – dvs. hvem som har fylt ut/endret informasjon. Der hvor data hentes fra ulike masterdatakilder (se neste avsnitt), kan det være tilstrekkelig å angi organisatorisk ansvarlig kilde. For data som fylles ut som del av svangerskapsoppfølgingen, bør det være et krav at behandleren identifiseres. Ideelt sett bør strukturen i modellen gjøre det mulig å ha 1 kilde per informasjonsobjekt, men det kan være hensyn som gjør at kilde må angis per enkeltfelt for noen objekter. Tilsvarende må modellen støtte **historikk** for informasjon som kan endres i løpet av svangerskapet, typisk i formen 'endret av' / 'endret tidspunkt'.

Masterdata

Flere av opplysningene i informasjonsmodellen har autoritative masterdatakilder utenfor helsekortet for gravide. Automatisk innhenting av denne informasjonen til helsekortet vil lette arbeidshverdagen til helsepersonellet som jobber med den gravide.



Det kunne med fordel gjøres tydeligere for hvilke elementer i informasjonsmodellen det finnes etablerte autoritative masterdatakilder, i tillegg til Kjernejournal, Pasientens legemiddelliste og Pasientens prøvesvar som er nevnt i kapittel 3.19.

- Forholdet til **Medisinsk fødselsregister** (MFR) er nevnt, det er grunn til å anta at dette typisk vil være kilde til informasjonen i 'Tidligere svangerskap' og tilknyttede informasjonsobjekter?
- For 'Mors fastlege' vil **Fastlegeregisteret** være autorativ kilde – der finnes også fastlegehistorikk, som kan være relevant hvis det skjer bytte av fastlege underveis i svangerskapet? Informasjonsmodellen tar bare høyde for maks. 1 fastlege. Merk også at tilsvarende gjelder for 'Helsestasjon' og 'Jordmor', hvis mor flytter i løpet av svangerskapet kan det være relevant å ha historikk også for disse?
- For følgende elementer i informasjonsobjektet 'Mor' vil **NAV** (Arbeidsgiver/arbeidstaker-registeret) være autorativ kilde – også her vil det typisk kunne skje endringer gjennom svangerskapet: 'Yrkesaktiv siste 6 måneder', 'Prosent yrkesaktiv', 'Yrke og bransje'. Disse opplysningene kan med fordel splittes ut i eget informasjonsobjekt (med mulighet for historikk), se også kommentar til 'Svangerskapskonsultasjoner' nedenfor. Et slikt informasjonsobjekt kan f.eks. hete 'Arbeidslivstilknytning'?

Innspill til struktur i informasjonsmodellen

Omstrukturering av blodtrykk og andre målinger

'Blodtrykk' er skilt ut som eget informasjonsobjekt, det kunne kanskje vært laget et eget objekt 'Målinger og prøver' som i tillegg til blodtrykk kunne fått med seg elementer som 'Mors vekt', 'U-protein', 'Symfyse-fundusmål', og – fra 'Strukturerte notater' – 'Rutineblodprøver tatt', 'Hemoglobin i uke 28', 'Andre prøver tatt'.

Mange målinger blir tatt i forbindelse med svangerskapskonsultasjoner, derfor bør dette objektet ha *mulighet* for å være knyttet til en 'Svangerskapskonsultasjon' (0..1).

Som nevnt tidligere er det også relevant å fange egenmålinger av blodsukker. Fra et strukturelt perspektiv kan dette også legges inn under "Målinger og prøver". Merk at disse målingene **ikke** er knyttet til en 'Svangerskapskonsultasjon', så hovedforankringen til informasjonsobjektet 'Målinger og prøver' bør være inn mot 'Mors helse'.

Omstrukturering av svangerskapskonsultasjoner og strukturerte notater

En videre dekomponering av 'Strukturerte notater' kan være å samle 'Informasjon gitt', 'Råd og veiledning gitt', 'Fødselsforberedende samtale' og 'Ammeveiledning' – enten som et eget informasjonsobjekt knyttet til 'Svangerskapskonsultasjoner' eller som del av selve konsultasjons-objektet.

'Samtale om fysisk aktivitet' og 'Samtale om kosthold' under *Levevaner* bør muligens også ses i sammenheng med dette, da denne type samtaler kan finne sted i forbindelse med flere av konsultasjonene og/eller den ekstraordinære kontakten.

'Kvalm', 'Dato neste undersøkelse' og 'Merknad' kan like gjerne høre hjemme på hovedobjektet *Svangerskapskonsultasjoner*?

Omstrukturering av informasjon fra NAV

For opplysningene 'Prosent i jobb', 'Prosent sykmeldt', 'Mottar svangerskapspenger' og muligens (?) 'Årsak svangerskapspenger' vil NAV ha masterdata. Det vil gi mer mening at disse er koblet mot 3.2 *Mor*, i stedet for til *Svangerskapskonsultasjoner*. Se også tidligere kommentar / forslag senere om eget informasjonsobjekt knyttet til 3.2 *Mor* kalt 'Arbeidslivstilknytning' eller noe tilsvarende.

Det som **kan** knyttes til en 'Svangerskapskonsultasjon' er hvorvidt jordmor / fastlege som del av konsultasjonen har initiert søknad om svangerskapspenger. Inntil det eventuelt lages en integrert løsning mellom helsekortet og den søknadsprosessen (ref. innspill i avsnittet "Tilrettelegging for søknad om svangerskapspenger" lenger oppe), vil et slikt avkrysningsfelt gi nyttig informasjon.

Vennlig hilsen

Stine Wågsås
Avdelingsdirektør

Berit Bakke
Avdelingsdirektør