

Til: Helsedirektoratet

Deres ref.: 23/47750

Fra: Selskapene i Kernel-gruppen

Oslo, 14.02.2024

## Kernel høringsuttalelse - Utkast til nasjonal informasjonsmodell for elektronisk helsekort for gravide

Kernel er som morselskap til blant annet DIPS og Aidn, den ledende aktøren innen e-helse i Norge. Hele spesialisthelsetjenesten utenfor Midt-Norge benytter DIPS' programvare, og vår moderne pasientjournalplattform DIPS Arena vil i løpet av de neste to årene være tatt i bruk i sykehus med ansvar for 86% av befolkningen. Kernel leverer også elektronisk pasientjournal og programvare for digital samhandling til kommuner, rehabiliteringsinstitusjoner og behandlere. Kernel-konsernet sysselsetter i dag rundt 600 høykompetansemedarbeidere over hele Norge.

Selskapene i Kernel er programvareleverandører, men vi har en rekke ansatte som i tillegg jobber deltid som helsepersonell både i primær og spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker derfor å presisere at vi i høringssvaret kommenterer både IKT-faglige og helsefaglige spørsmålsstillinger. I denne høringen har vi spesielt benyttet fagkunnskap hos medisinsk rådgiver i DIPS, som er spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp og som har både klinisk og helseinformatisk spesialkompetanse.

Våre viktigste tilbakemeldinger ligger her i innledningen, se utdypende kommentarer per høringsspørsmål lenger ned i dokumentet:

Det bør være mulig å angi **risikostatus for den fødende**. I følge nasjonal faglig veileder *Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* skal alle gravide selekteres som rød eller grønn (komplisert eller ukomplisert) og det sier noe om hvor de skal føde og hvordan de skal følges opp i både svangerskap og fødsel. Dette angis ikke strukturert i dagens papirbaserte helsekort.

Vi er uenig i at **informasjon om vold** ikke bør registreres/vises i helsekortet. Vi er enige i at denne informasjonen kan være skjult for innbygger/pårørende, men den må være synlig for helsepersonell som samarbeider rundt den gravide. Hvis denne informasjonen kun ligger i pasientens journal er den ikke tilgjengelig på tvers av f.eks. primærhelsetjeneste (fastlege eller jordmor) og spesialisthelsetjeneste (sykehus) som tar imot pasienten. Dette er viktig informasjon som kan



føre til farlige situasjoner for pasienten om man ikke er kjent med den. Se kommentar til høringsspørsmål A.

Det henvises til **feil kodeverk for Forløsningsmetode**. Se kommentar til høringsspørsmål E, kap. 3.8.

Det bør være mulighet for å angi **to termindatoer**, ikke bare en. Dette fordi en stor diskrepans mellom Nægeles termin og ultralydtermin er et risikomoment som krever ekstra oppfølging i svangerskapet. Se kommentar til høringsspørsmål E, kap. 3.8.

Under følger tilbakemeldinger på de enkelte høringsspørsmål.

**A. Vi ønsker innspill på følgende om dokumentet i sin helhet:**

Er informasjonsmodellen dekkende for formålet?

Nei, se spesifikasjon av informasjonselementer og begrunnelse nedenfor

**Fosterdiagnostikk:** bør ha mulighet for å registrere at samtykke er gitt jfr. krav i Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorg

*«Ultralyd i uke 11+0 – 13+6 og NIPT er fosterdiagnostikk og krever derfor skriftlig samtykke. Det noteres på helsekortet at samtykke er gitt (Bioteknologiloven § 4-3 Samtykke). Skriftlig samtykke må også dokumenteres i EPJ.»*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/konsultasjone-r-i-svangerskapsomsorgen#gravide-med-et-normalt-svangerskap-bor-fa-tilbud-om-et-basisprogram-praktisk-informasjon>

**Kjønnslemløstelse:** mangler felt for spesifisering av type og behandling jf. Helsedirektoratets veileder for svangerskapsomsorg

*«Vulvstatus og eventuell behandling noteres i helsekort for gravide og dokumenteres i EPJ.»*

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/vold-i-naere-relasjoner-og-kjonnslemløstelse-hos-gravide#gravide-bor-sporres-om-de-har-vaert-utsatt-for-kjonnslemløstelse-for-a-forebygge-komplikasjoner-ved-fodselen>

**Levevaner:** Vi er uenig i at informasjon om vold ikke bør registreres/vises i helsekortet. Vi er enige i at denne informasjonen kan være skjult for innbygger/pårørende, men den må være synlig for helsepersonell som samarbeider rundt den gravide. Hvis denne informasjonen kun ligger i pasientens journal er den ikke tilgjengelig på tvers av f.eks. primærhelsetjeneste (fastlege eller jordmor) og spesialisthelsetjeneste (sykehus) som tar imot pasienten. Dette er viktig informasjon som kan føre til farlige situasjoner for pasienten om man ikke er kjent med den. Tvert om åpner nettopp elektronisk helsekort for gravide mulighet til å registrere denne type informasjon fordi den kan være skjult bak en «autorisasjonsmun» i et område som kun helsepersonell har tilgang til. Men dette området må være tilknyttet helsekortet for gravide slik at

helsepersonell kan få se den når de får inn en pasient. Ved å registrere dette i helsekortet, kun tilgjengelig for helsepersonell, åpner man også opp for støtte i form av f.eks. varsler.

**Vaksiner:** Alle gravide anbefales influensavaksine i første eller andre trimester og noen gravide for f.eks. varicella vaksine under svangerskapet ved gitt indikasjon. Selv om en gitt vaksine vil registreres i pasientens journal og de også meldes til SYSVAK tenker vi allikevel at dette er informasjon som bør finnes i helsekortet (vaksiner som er gitt i svangerskapet, ikke vaksiner generelt).

Er det informasjonselementer som ikke bør være i modellen?

INGEN KOMMENTAR

B. Vi ønsker innspill på at følgende felt fra dagens papirskjema ikke er ivare tatt i modellen:

*Felt for «mor landbakgrunn» og felt for «far landbakgrunn»*

INGEN KOMMENTAR

*Avkrysningsfelt for «Erklæring av farskap/søknad om medmorskap»*

INGEN KOMMENTAR

C. Vi ønsker innspill på om det er behov for feltet «Notater levevaner» i

### 3.1 Levevaner.

Et fritekstfelt for notater om levevaner er nyttig. Den enkelte gravide kan være opptatt av å få sagt fra om ting som en opplever som viktig å informere om, men som ikke nødvendigvis kan struktureres ned i en forhåndsdefinert nasjonal informasjonsmodell. Det vil være god pasientbehandling å kunne ta imot, dokumentere og dele det pasienten mener er relevant, uten tekniske begrensninger.

D. Vi ønsker innspill på forslaget om at «Notaten» i 3.15

*Svangerskapskonsultasjoner deles opp i flere strukturerte felt.*

Forslaget støttes. Informasjonsmodellen virker hensiktsmessig og dekkende for behovene.

E. Vi ønsker spesielt tilbakemelding på følgende tabeller for informasjonselementer:

*3.3 Barnets biologiske far og 3.4 Far/medmor*

INGEN KOMMENTAR

«Yrke og bransje» i 3.2 Mor og «Yrke og bransje» i 3.4 Far/medmor

INGEN KOMMENTAR

### 3.7 Mors helse

Se kommentar under hvert av de underliggende informasjonsområder/delkapitler.

### 3.8 Aktuelt svangerskap

**Termin** – det bør være mulighet for å angi to termindatoer, ikke bare en. Dette fordi en stor diskrepans mellom Nægeles termin og ultralydtermin er et risikomoment som krever ekstra oppfølging i svangerskapet. (Det kan f.eks. være en tidlig veksthemming, særlig hvis man først setter ul dato i andre trimester). Hvis man bare endrer termindatoen etter at man har gjort ultralyd mister man denne informasjon og risikerer og ikke gi kvinnen den oppfølgingen hun trenger til fare for henne og barnet. Hver av datoene må da kunne kodes hver for seg.

**Dato for siste mens** – bør ikke være obligatorisk. Det er kvinner som ikke vet siste mens dato og det blir veldig dumt å finne på noe. Noen blør også gjennom hele svangerskapet og da er det vanskelig å vite hva som faktisk var mens. Bør evt. ha mulighet til å kunne angi kun måned, men også denne er noen ganger ukjent.

**Forløsningsmetode** – feil kodeverk er brukt. Det brukte kodeverk er et veldig spesifikt kodeverk for operative inngrep. Det inneholder for eksempel ikke den vanligste fødselsmetoden som er vaginalt forløsning og er også altfor detaljert for at en gravide skal kunne svare på spørsmålet (det er ikke alltid at kvinnene føder på samme plass slik at man har historikken). For formålet i helsekortet er kodeverk 9526 fødselstyper bedre egnet. Det inneholder all viktig informasjon på mer overordnet nivå:

- **Kodeverdier**
  - 0 Spontan enkeltfødsel uten hjelpemidler
  - 1 Enkeltfødsel ved hjelp av tang eller vakuume ekstraktor på hode
  - 2 Enkeltfødsel ved keisersnitt
  - 3 Annen enkeltfødsel med assistanse
  - 4 Flerfødsel
  - 9 Annen

**Induksjon** – ikke behov for kodeverk, ja/nei holder hvis man bruker kodeverket ovenfor

### 3.9 Tidligere svangerskap

INGEN KOMMENTAR

### 3.10 Sykdommer og inngrep

Vi støtter bruk av utvidet liste som inneholder de sykdommene som skal meldes til MFR da dette vil muliggjøre automatisk melding

### 3.15 Svangerskapskonsultasjoner

Opplysning per foster

- Det mangler et felt for å definere fosteret ved flerlinger (Tvilling 1, tvilling 2, etc) slik at man sikrer at man tilknytter flere undersøkelser til samme foster. Veileder for fødselshjelp utgitt av Norsk gynekologisk forening angir:

*Det er viktig å skille tvillingene fra hverandre slik at en kan følge utviklingen deres over tid. Det er lurt å beskrive dem så nøyaktig man kan: beliggenhet (høyre/venstre, oppe/nede), leie, morkakens plassering, navlesnorsfeste, andre kjennetegn, ev. kjønn. Ofte betegnes tvillingen som ligger nærmest cervix som tvilling 1, men hvem som er ledende tvilling kan endre seg i løpet av svangerskapet.*

Dette kan angis i fritekst, men med dagens praksis kunne det vært strukturert vha. et felt for å angi hvem av de tvillingene er ledende (nærmest mormunn) og at det kan angis med nr. 1 og 2, etc.

- Presentasjon/leie – kodeverk mangler skråleie, ev. ustabil leie.
- Bør info om hodet er festet registreres strukturert eller i merknadsfelt?

Annet

### 3.11 Levevaner

#### **Røyk alkohol og andre rusmidler**

- Type enhet bør være angitt for å unngå misforståelser f.eks. ved snus: er det antall poser vi snakker om eller gram?
- Det mangler også informasjon om antall enheter per dag eller uke.

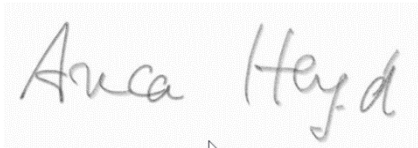
Mindre skrivefeil

- Liten feil på side 13 i beskrivelse av «type terminberegning», kodene: nederste metode og gynekologen som metoden er oppnevnt etter, heter Naegele, eller Nägele med «e» på slutten.
- Side 6 i UML Diagrammet om mors helse under aktuelt svangerskap. Assistert befruktning har datatype «kodet» ikke dato, det er et ja/nei spørsmål.

-----

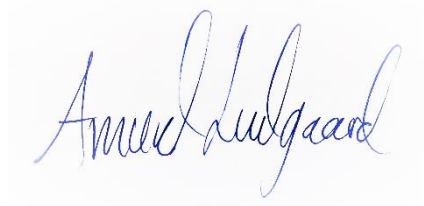
Vi ønsker direktoratet lykke til videre i arbeidet og bidrar gjerne med ytterligere innspill dersom det er ønskelig.

Med vennlig hilsen,



**Anca Heyd**

Spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp,  
Medisinsk rådgiver i DIPS



**Amund Lundgaard**

CTO, Kernel AS