

Innledning

Vi i Omda er glad for å bidra med våre vurderinger i høringsrunden og ser frem til at første versjon av informasjonsmodellen for helsekort er besluttet. Dette vil være et viktig steg for at vi får en nasjonal løsning for digitalt helsekort for gravide der informasjon kan utveksles mellom alle de aktørene som sammen bidrar til å følge opp den gravide og fosteret. Hovedelementene i informasjonsmodellen i denne høringsrunden er godt kjent, i og med at helsekortet på papir har eksistert såpass lenge, og høringsutgaven av informasjonsmodellen bygger på informasjonselementene i papirhelsekortet.

Vi ser på dette initiativet som svært positivt og mener at utvikling av en løsning for utveksling av informasjon med den gravide kvinnen samt mellom ulike involverte instanser helsevesenet, vil kunne bidra til en mer komplett og korrekt informasjonsflyt og understøtte en helhetlig omsorg for den gravide.

Omda er leverandør av elektronisk svangerskap-, føde og barseljournal til alle sykehus i Norge (med unntak av St. Olavs hospital), i tillegg til seks regioner i Finland og ett landsting i Sverige. Omda har utviklet et elektronisk helsekort for gravide som er en del av en denne helhetlige journalen, og som er i bruk i dag i Finland. Dette har gitt oss verdifull kunnskap og erfaring med fordeler og utfordringer på dette området.

Helsekortmodulen er laget av fagpersoner og basert på følgende anbefalinger:

1. Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen 2010
2. Veileder i fødselshjelp 2014
3. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen
4. Nytt liv og trygg barseltid
5. NICE-guidelines
6. Anbefalinger fra WHO

Det jobbes stadig med videreutvikling og forbedringer av funksjonalitet, og vi vil oppfordre til å benytte eksisterende produkter for å raskere oppnå ønskede resultater i det initiativet som nå er tatt.

Omda's vurdering av høringsspørsmålene

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

Er informasjonsmodellen dekkende for formålet?

Både for teknisk og funksjonelt formål så mener vi informasjonsmodellen fungerer som første versjon av et minimum dataset. Det er allikevel i det følgende gitt innspill på felt som bør være med, eller hvor relasjon mellom informasjonselementene bør tydeliggjøres i første versjon.

Det finnes også mange flere informasjonselementer som kunne vært tatt med, men vår forståelse er at det ligger i fremtidig videreutvikling av en standard.

Er det informasjonselementer som ikke bør være i modellen?

For pasientens legemiddelliste og pasientens prøvesvar er dette håndtert i andre prosjekt og bør således ikke kopieres her – når løsningen skal lages kan en velge å vise informasjonen in-line eller som et uthopp, og hvis det er et uthopp, så trengs ikke detaljene kopieres hit.

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

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

Vår erfaring er at disse feltene benyttes i enkelte tilfeller i fosterdiagnostikk, og er da dokumentert i spesialistløsningene. Det kan og være andre situasjoner hvor dette er en viktig del av vurderingsgrunnlaget for oppfølging.

Avkrysningsfelt for «Erklæring av farskap/søknad om medmorskap»

Det kan være nyttig å beholde, da det er en hjelp til å informere foreldre om at dette må de ordne selv, og foreldre slipper å bli spurt om det mange ganger.

C. Vi ønsker innspill på om det er behov for feltet «Notater levevaner» i 3.1 Levevaner.

I utkastet står det skrevet «Jordmoren eller legen som utfører første konsultasjon skal også spørre om vold [2]. Dette kan fremkomme som notater under levevaner, men det bør ikke være et felt som skal krysses av. Dette er informasjon som må vurderes om skal vises for innbygger.».

Dette innebærer vel at det vil være behov for et slikt notatfelt for fritekst. Når det er sagt, tenker vi det kan bli utfordrende med denne type informasjon sammen med annen informasjon rundt levevaner, spesielt om det kan være aktuelt å skjule akkurat

denne informasjonen for innbygger. Bør informasjon rundt vold i relasjoner kanskje vurderes lagt annet sted i informasjonsmodellen?

D. Vi ønsker innspill på forslaget om at «Notater» i 3.15 Svangerskapskonsultasjoner deles opp i flere strukturerte felt.

Antall nye strukturerte felt er uproblematisk, og innholdet kan være nyttig. Den logiske grupperingen av innhold slik den er fremstilt i høringsutkastet kan imidlertid bli bedre, og vi mener innbyrdes struktur og sammenheng mellom elementene fortsatt trenger noe bearbeiding.

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

3.3 Barnets biologiske far og 3.4 Far/medmor

Relasjonen mellom disse elementene kan tydeliggjøres ved å legge til et informasjonselement om «Barnets far annen enn kvinnens partner» Ja/Nei

Hvis en tenker frem i tid mener vi det kan være aktuelt å legge til informasjonselementer om fars helse og evt. arvelige sykdommer fra far knyttet til informasjonen om far.

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

Det legges opp til et omfattende kodeverk. Det er ikke problematisk i seg selv, men vår erfaring med et såpass omfattende kodeverk er at det kan være vanskelig å vite hvilken kode en skal velge. Det viktigste er etter vårt syn å dokumentere om yrke og bransje har påvirkning på helse i svangerskapet eller påvirkning på fosteret.

3.7 Mors helse

Fra kap. 3.7 og utover så listes informasjonselementene blandet på forskjellig nivå og uten en naturlig kronologisk struktur. F.eks. kvinnens blodtype – som undersøkes én gang, men som, om Rh-negativ, vil kunne medføre flere tiltak og videre oppfølging.

Fars helse må også tas stilling til, spesielt hvis det er noen helserelaterte eller sosiale utfordringer som har betydning for barnets helse.

3.14 Vitale mål før svangerskap

Her bør pregravid blodtrykk legges til.

3.8 Aktuelt svangerskap

“Flerlinger” – bedre med “Antall fostre”.

“Type terminberegning” – Nägel, er etter vår erfaring ikke lenger i bruk da man heller benytter «Siste mens termin» som er en fast svangerskapslengde på 283 dager.

3.9 Tidligere svangerskap

“Traumatiske fødselsopplevelser” – er et dramatisk ledetekst og det som kan oppleves som traumatisk for én er ikke nødvendigvis traumatisk for en annen. Kanskje man kan heller navne feltet «Kommentar til svangerskap/fødsel/barsel» - da får man mer informasjon om tidligere opplevelser da det f.eks. kan være at det var en styrtfødsel som mor ikke har opplevd som traumatisk, men denne type informasjon har en nyttig verdi for videre oppfølging.

Feltet «Induksjon» er plassert under “Opplysninger per foster i tidligere svangerskap”- induksjon kan vises i oversikt over tidligere svangerskap/fødsler som én induksjon per fødsel, siden det er *fødselen* som er indusert og ikke fosteret. Fødselen blir definert som igangsatt uansett om det er ett eller flere fostre og uansett om fødselen har endt med vaginal eller operativ forløsning.

3.10 Sykdommer og inngrep

Arvelige sykdommer: Slektskap mellom foreldre bør flyttes herfra, kan evt. legges i tiknytning til Fars opplysninger? Bør da i tillegg være mulig å spesifisere type slektskap.

Er det gunstig at hofteladdysplasi listes for seg, som i forslaget? Kan det i så fall være også andre lignende sykdommer/tilstander som kan være vel så relevante at listes?

Foreslår eget kodeverk for de vanligste arvelige sykdommer – disse må da i så fall defineres.



3.15 Svangerskapskonsultasjoner

Prosent sykemeldt, må sees i forhold til prosentandel for yrkesaktivitet. F.eks. er 50% sykmelding fra en 50% stilling annerledes enn om den gravide vanligvis jobber i full stilling.

Avslutningsvis kommentere kap.3.19

Denne listen gir mer inntrykk av å være et sett med innspill til funksjonalitet. Oversikter og sammenstilling av informasjon er nyttig.

Oppsummering

Det viktigste målet med å utveksle informasjon og skape en helhetlig svangerskaps- og fødejournal-løsning er å redusere perinatal mortalitet, gi bedre helsehjelp til de sykeste gravide, øke kvaliteten på helsehjelp og beholde de forventede normale graviditetene og fødslene normale.

Det å legge til rette for at dagens programvareløsninger kan utveksle informasjon vil støtte dokumentasjon av informasjon gjennom svangerskapsforløpet, gi økt informasjonskvalitet og kunne inkludere den gravide kvinnen som aktiv medspiller. Helsepersonell vil få et verktøy for verdifull informasjonsutveksling, som igjen gir helhetlig og kvalitetssikret helsehjelp. En strukturert svangerskapsjournal kan også støtte helsepersonell og sette fokus på hvilken informasjon som er viktig eller forventet at kartlegges.

Vi i Omda ser frem til det videre arbeidet og gleder oss til å bidra i de neste stegene med mål om å få på plass en nasjonal løsning for helsekort for gravide.