

# Oppsummering fra fagsymposium 21.november 2011.

Behov for styringsparametere - data fra den akuttmedisinske kjede

**Arrangører: Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS), Helsedirektoratet og InnoMed**

Alle presentasjoner som ble gitt ligger på [www.nakos.no](http://www.nakos.no) og [www.innomed.no](http://www.innomed.no)

Oppsummeringen gjort av InnoMed og NAKOS

**Åpning av symposiet ved Avdelingsdirektør Erik Kreyberg Normann, Helsedirektoratet.**

Helsedirektoratet har lenge jobbet med innsamling av data. Det er behov for data for å styre og utvikle tjenesten. Mange prosjekter er igangsatt og behovet for informasjon om disse er satt på dagsorden.

Helsedirektoratet har iverksatt et oppdrag for å samle inn data fra AMK. Et annet prosjekt går ut på å samle data fra ambulansetjenesten. KITH er godt i gang med å revidere en definisjonskatalog for AMK/LV sentraler. Data som skal samles inn vil gi viktige opplysninger for tjenesten. Det er derfor viktig at vi klarer å koordinere ulike prosjekter innenfor dette området. Takk til alle bidragsytere i et flott program.

**"Hvis det haster... - refleksjoner om, utvikling av den akuttmedisinske kjede, Divisjonsdirektør , spes HT , nødnett Cecilie Daae, Helsedirektoratet**

Overordnet tenking om den akuttmedisinske kjede er under utvikling. Helsedirektoratet ser mot England og får gode faglige innspill. Det er viktig å avklare forventninger til dette arbeidet.

Samhandlingsreformen beskrives best av det engelske ordet "The coordination reform".

I Norge har vi ikke hatt en helhetlig gjennomgang av dette viktige fagområdet siden "Hvis det haster". Når vi nå ser på helheten, må vi også forholde oss til e-helse bakteppet.

I tillegg må medisinsk utvikling og behandling integreres i systematisk tenkning. UK, Australia og Canada har mye god tenking der vi kan hente inspirasjon.

Det er behov for strategisk overbygning og en diskusjon rundt hva som gir bedre tjenester. Det er viktig å måle og målingen bør være målrettet. Den akuttmedisinske kjeden skal videreutvikles og tankene om hva kjeden representerer i en ny tjeneste under samhandlingsreformen skal utvides.

Ett nødnummer og felles sentral er viktige tema. Det er lite diskusjon knyttet til behov for rask intervensjon. I forbindelse med medisinsk nødmeldetjeneste er det et utviklingspotensial rundt samhandling i nettverk. Felles infrastruktur i helsetjeneste og mellom nødetatene blir et stort løft.

Det er viktig at pasientperspektivet og pasientforløp løftes tydeligere frem. Det kan hentes ideer fra England, eksempelvis etablering av felles vurderingsnettverk for å oppnå en god kjede og synergier i ulike deler av kjeden.

Som utviklingstrekk er man opptatt av samhandling og integrasjon, endringsmuligheter, kvalitet og måling. Måling må være meningsbærende for tjenesten. Det må være en åpen og anerkjennende kultur som gir rom for måling og forbedring.

Det stilles nasjonale krav til dokumentasjon og det er viktig med støttesystemer som sikrer kontinuerlige målinger. Dessuten er sammenhengende tjeneste et mål for helsedirektoratet.

## **Prehospital datafangst – internasjonale erfaringer, Daglig leder/ overlege, Jan Erik Nilsen, NAKOS**

- Lite er gjort siden Nou'en på 90 tallet, "Hvis det haster". Ser vi til andre land har noen gjort mye og kommet langt.
- Australia har tidsmål og kvalitetssystemer, audits og tiltak nasjonalt og lokalt. De har en annerledes kultur for kvalitetsarbeid.
- Dokumenter fra England har påvirket vår utvikling men vi har ikke fått til nok her.
- USA har fått til mye. North Carolina er kommet lengst i USA. Der tenker man «pasientens emergency», ikke helsetjenestens.
- Nederland har lovfestede responstider.
- Sverige har felles informasjonssystem som muliggjør ambulansjournal og kommunikasjon med eksterne registre.
- European emergency data project har definert "Key indicators" på samfunnets forbruk av akuttmedisinske tjenester. Det er definert "First hour quintet" for 5 tidskritiske akuttmedisinske tilstander. Det er basis for utvikling av kvalitetsindikatorer.
- Utvikling av datasystemer er organisasjonsutvikling. Data som samles kan brukes for prediksjonsanalyse på akuttmedisinsk behov. Det gjelder medisinske kvalitetsregistre og resultatdata. De som har innført dette kan flytte fokus til klinisk endepunkt og er da i modus for å drive kontinuerlig kvalitetsutvikling.
- Nyttig i Norge: etabler liste over hva vi trenger. De som får til mest har fått til noe på helseregister og kvalitetsregister.
- Når det gjelder kvalitetsindikatorer er vi ikke kommet så veldig langt. Vi ser etter brukbare enkeltvariabler. Vi er på steinaldernivå. Vi hopper på surrogatvariabler. Det er behov for gode forskningsprosjekter. Hvis vi skal snakke om kvalitet må vi slutte å se utelukkende på tid. Vi må se på outcome. Tid er også interessant men gir ikke nødvendigvis kvalitet. Men, tidsmålingene er viktige som en start i det å bygge infrastruktur for datafangst.
- Det å starte datainnsamling hjelper å bygge gode systemer. Det krever inngående diskusjoner å bli enige om variabler.

## **Bruk av data for styring av prehospitaler tjenester, Klinikksjef Jørgen Einerkjær og klinikkoverlege Jon Erik Steen-Hansen, Prehospital klinikk, Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark HF**

Data er basert på uttrekk fra Amis. Responstid er en viktig parameter. Det er blitt en endring i responstid etter flytting av ambulanser til nye stasjoner. Foretakene ligger godt an på responstid.

Det skjedde noe i 2011 som gav en markant økning i responstid. Det skyldes en underliggende vekst i aktivitet. Antall oppdrag og kjørte kilometer har vokst på 59 % mens kapasitet har økt med 9%. I timene 8-17 er det størst trafikk. Får nå nytt system for de mest hektiske timene.

Også natt til søndag og lørdag peker seg ut. Antall oppdrag setter agendaen når det gjelder transport. Har uendelig mye gode data. Bruker data til å følge fagutvikling. Følger medarbeidere og ser hvem som gjør hva og hva som fungerer bra. Data på medarbeideres aktivitet gir grunnlag for resertifisering på en del oppgaver.

Vestfold/Telemark har også levert data til det europeiske hjertestansregisteret.

Vestfold/Telemark har gjort mest ut av tilgjengelig materiale. Med lik implementering av Amis i andre foretak hadde flere fått dette til. Problemet for mange er å få data ut av Amis.

## **Nødnett – hva gir dette av styrings- og kvalitetsparametre? Avdelingsdirektør Steinar Olsen, Helsedirektoratet**

Hva skjer med responstid når belastning øker og hva er forskjell med hvilende vakt og våken vakt? Dette skal bli mulig å svare på når nødnett er innført.

- Man er nå i ferd med å bygge ut nødnett i hele landet med felles infrastruktur til alle etater. En del blir likt. Tidsfastsettelse og håndtering av samtaler som kommer inn blir lik.
- Det blir felles infrastruktur for tale og datameldinger mellom alle instanser med enhetlig format.
- Det blir Integrasjon mot journal i spesialisthelsetjenesten. Meldinger kan bevege seg mellom alle systemer.

- Løsningen har også statistikkpakke og rapportgenerator. Der kan man hente ut enhetlige trafikkdata.
- Det blir en enhetlig måte å finne ut hva som skjer i helsetjenesten på. Kjeden får standardiserte grensesnitt og datautveksling.
- Når det utvikles datasett og definisjonskatalog kreves en styrt prosess for konfigurasjon og bruk av nødnett for enhetlige valide data.
- Offisielle tall og planer for innføring av Nødnett finnes på direktorat for nødkommunikasjon sin side, men ting tar alltid lenger tid en beregnet.

## Nasjonal helseportal, Kjernejournal, E-resept, Divisjonsdirektør Christine Bergland, eHelse og IT, Helsedirektoratet

Innlegget handlet om 3 konkrete tema: e-resept, kjernejournal og helseportal.

Det er stor etterspørsel etter data inn i helseregistre. EPJ er ikke tilpasset dagens tjeneste. Man jobber ikke med Pleie og omsorgstjenesten på myndighetsnivå. Det trengs andre lover for personvern. Og det trengs samhandlingsarkitektur felles for sektoren.

Det pågår nå nasjonal innføring av **e-resept**. Prosjektet er ferdig i Hordaland og begynt i Vestfold. Løsningen fungerer bra for legekontorer og apotek. Det er en populær løsning. Det gir ny tilgang til informasjon og det er effektiviserende. Innføringen kan bli ferdig i slutten av 2012.

Multidose ligger ikke inne i utvikling. Det neste er at RHF må begynne å forskrive elektronisk. Helse-Vest er førstemann ut. Helse Sør-Øst kommer sist.

Gevinstrealisering ligger på legekontor i form av behov for mindre hjelpepersonell.

**Kjernejournal.** Utviklingen har et akuttmedisinsk fokus i første fase av innføring. Uplanlagte hendelser prioriteres i første fase. Skal tilbys helsepersonell i den akuttmedisinske kjede. Borgere får tilgang til de samme opplysningene som helsepersonell. Kritisk informasjon skal lagres i kjernejournal. Det er fastleger som skal velge ut og legge inn opplysninger. Løsningen blir ikke samtykkebasert, men man kan reservere seg fra å bli registrert i den.

Hovedsakelig vil helsepersonell ha lesetilgang. Det skal startes med å utvikle en pilot i 2013.

Kjernejournal baserer seg på å hente informasjon fra andre registre. Informasjonen lagres i 2 år.

Resepter forsvinner ut av reseptformidler, men kopieres inn i kjernejournal og lagres i 2 år.

Kjernejournal blir et eget IT system basert på ny teknologi. Ikke meldingsbasert. Data ligger der klart når man slår opp.

**Helseportal.** Samlet inngang for befolkningen på nett. Brukerorientert, inneholder det brukerne trenger.

## Nasjonale data fra prehospital tjeneste, fremtidig datafangst og behov for IKT-støtte. Seniorrådgiver Arne Lindstad og rådgiver Stian Aspenes, Helsedirektoratet

Det jobbes med Data fra den akuttmedisinske kjede gjennom to prosjekter. 1 Etablere innsamling av data fra AMK. 2 Registrering og innrapportering av ambulansedata.

Prosjekter gjennomføres i tett samarbeid med alle RHF.

1. **Innsamling av data** fra AMK, startet 1. jan 2011. Det har vært mange oppgaver å bryne seg på. Behov for felles plattform, valg av verktøy, avklare kontraktsforhold og behov for innkjøp. Nirvaco har laget ny rapportgenerator. NPR har laget system for å bearbeide data. Egen redaksjonsgruppe har fastsatt rapporteringsparametere, laget rapportmal og utarbeidet rapporter. To rapporter er laget: 22.6 og 1.11. Nasjonale data må baseres på samme kodeverk og definisjon av begreper. Det må være felles måte å registrere på. Det jobbes videre for å fastsette rapportering på fastsatte parametere.
2. **Innsamling av data fra ambulansetjenesten** Ambulansedataprojektet. Fremtidig datafangst er største utfordring som står foran oss. Målsettinger er i tråd med NPR forskriften.

Det er en koordineringsutfordring mellom KITH sitt arbeid med definisjonskatalog + arbeid med datafangst i ambulansedataprojektet. Datafangst er utfordrende pga ulike løsninger i bilene. Journalsystem for luftambulanser bør revideres. Det er ingen tekniske begrensninger, det handler om koordinering. Helhetlig pasientforløp starter i ambulansen. Man må tenke langsiktig og stort nok og ta hensyn til morgendagens kommunikasjonsløsninger. Rapporteringen til NPR skal være på individnivå. Det er planlagt å ha ferdig spesifisering i første halvdel av 2012 og det vil gjøres gradvis implementering av løsninger for rapportering.

## Behov for styringsparametere – sett fra primærhelsetjenestens side. Forsker II, PHd Erik Zakariassen, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Man må ha med styringsdata fra primærhelsetjenesten, men hva er definisjonen av akuttmedisin utenfor sykehus? Fastlegekontor og legevakter må være med å levere data for å gi et fullverdig bilde. I prosjekter har det foregått innsamling av data i 6 år fra 7 vaktårkommuner. Det har gitt kunnskap om omfang og aktivitet på legevakter i 7 legevaktdistrikt.

Flere variabler er samlet inn. Ikke nødvendigvis de mest interessante data, men de som er lette å samle inn.

I dag har man for eksempel ikke diagnosebeskrivelser i CPC kode. Det gjøres manuell plotting hver eneste dag. Sentrene som leverer data gjør det uten betaling. De må pleies. 85000 (akuttmedisinske) kontakter med primærhelsetjenesten er registrert. Dette kan gjøres til et formelt dataregistreringssystem og datasett kan utvides.

Data kan også komme via AMIS, AMK og akuttmottak. Det hadde vært fint å vite om legevakslege gjør nytte for seg men det trengs nye data for å dokumentere det.

Data som samles inn i dag er punchet manuelt. Fastleger ønsker ikke å gjøre det manuelt. Data bør kunne trekkes ut av fastlege journal. Da må man vite hva som inngår i begrepet akuttmedisin. Helsemyndigheter har en ekstrem vegring for å innføre forskrifter for legevakter i kommunene. Det finnes ingen forskrift om at kommuner skal drive aktivitetsregistrering. Datainnsamling må pålegges! Akuttmedisin må få sin plass i samhandlingsreformen. Da vil vi få en definisjon.

## Aktuelle prosjekter

### Kjernedata for akutt syke og skadde Forskningsjef, dr. med. Hans Morten Lossius og PHd-stipendiat Trine Staff, Forskningsavdelingen, Stiftelsen Norsk Luftambulansse.

Kjernedata i et forskningsperspektiv. Guidelines for viktige områder innen akuttmedisin har lavt evidensnivå pga alt for lite forskning (minst forskning av mange områder).

Det er spesielt komplisert å isolere effekt i akuttmedisin. Mange faktorer som påvirker hendelsesforløpet. Akuttmedisinske intervensjoner er komplekse. Vanskelige å velge kvalitetsindikatorer og outcome parametere. Man må ta tak i parameterne.

SNLA har 3 store prosjekt på ulike akuttmedisinske områder.

**Alvorlig skadde.** 35 kjernedata implementert i 3 nasjonale traumeregistre.

Stephen Sollid; avansert **luftveishåndtering**, 23 kjernedata basis for internasjonal multisenterstudie.

Andreas Kruger; **spesialistlegebemannet utrykningstjeneste**. 38 kjernedata. Del av omfattende prosjekt for monitorering av legebemannet utrykningstjeneste.

Nominell gruppeteknikk benyttes for å finne kjernedata. Metoden ligger også bak Utsteinsamlingene. Datadefinisjonsprosesser samler sammen folk med ulike registre og ulik erfaring, de gir ofte store uhandterlige sett med data. Det er viktig å få et håndterbart sett med data. Man burde fokusere på kjernedata. Identifiserte artikler har ikke rapportert på det som betyr noe, det kan man oppnå ved at jobbe med definisjon av kjernedata.

**Trine Staff:** Data fra trafikkulykker.

For å kunne forske på data og spore hva som har skjedd bør man ha en AMIS rapport pr hendelse, evt at flere rapporter er linket til hverandre. Arkivering under felles id er et viktig tema. Det er en mal for luftambulansetjenesten, men 7 maler for ambulansse.

AMK sentralene har ikke fullstendige opplysninger om ID på pasient så det kan være vanskelig å spore hva som har skjedd.

### Definisjonskatalog akuttmedisinsk kjede. Sjeffrådgiver Jostein Ven, KITH

KITH reviderer nå definisjonskatalogen for AMK- / LV-sentraler fra 1999. Definisjonskatalogen kan bli grunnlag for senere arbeid med kravspesifikasjon for IKT løsninger som utvikles.

Definisjonskatalogen brukes også som grunnlag for datasett. Den skal hindre ulik bruk av datasett. Helsefaglig innhold skal ikke defineres i katalogen. Kun evt på veldig overordnet nivå.

Det er jobbet mye med avgrensning av den akuttmedisinske kjeden og hva som skal inn i katalogen. Avgrensning i aktørbildet er ikke ferdig enda.

Bygger begrepsmodell med en overordnet teknisk måte å sette sammen et begrepssystem på. Vet ikke hvordan det skal jobbes videre med å gå fra begrepsmodell til informasjonsmodell.

### **Digital Penn Ambulansesjef Erlend Sundland, Akuttmedisinsk fagavdeling. For Gunnar Vangberg. Klinikk for anestesi og akuttmedisin, St. Olavs hospital HF.**

Amis har høy pålitelighet på virksomhetsdata. Medisinske data ikke så bra. 250 000 ambulansejournaler er lastet ned men de gir for dårlige medisinske data. Det er mye fritekstfelter noe som er umulig å telle.

Foretaket innførte ny ambulanse journal (papirbasert) i 2010 da de begynte med METS. I tillegg har de skaffet Digital Penn for fangst av data fra ambulansejournal.

Kjøp av digital penn er rimelig (3000 pr stk). Den er fleksibel, robust, krever lite opplæring. Kamera på penn tar 50 bilder pr sek. Konverteres til pdf fil. Pris programmering ca en million. Håper å få mer medisinske data. Pilot ble gjennomført i 2010. ROS viser få sikkerhetsutfordringer. Fullskala pilot på 5 stasjoner gjennomføres vinter 2012.

### **Medisinske kvalitetsregistre, behov for prehospital data. Prosjektleder Ingvild Tjelmeland, Nasjonalt hjertestansregister, NAKOS, Overlege dr.med./ seniorforsker i traumatologi**

#### **Torsten Eken, Traumeregisteret og Avd. for anesthesiologi, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus HF, Ullevål.**

Torsten Eken er overlege ved anesesiavdelingen OUS. Startet traumeregisteret for 11 år siden. En stor bruker av prehospital data. Nasjonalt traumeregister bygger mye på arbeidet de har gjort på OUS.

Traumeregisteret er et kvalitetsregister og et forskningsregister. Tid er ikke nødvendigvis en kvalitetsparameter.

Det kreves datakvalitet i alle ledd. Prehospital data brukes til forklaring. GCS, SBP og RR er helt sentralt for å vurdere overlevelse.

Strukturerte data er viktig og fritekster er vanskelig. Kryssbokser er et problem når man ikke har "ikke relevant" med. Kjernetdatasett må være lite nok til at det blir komplett. Datadefinisjoner må være bredt forankret ref Utstein prosessen.

Essensielt at prosesser kobles opp mot andre nasjonale prosesser, eks nasjonalt traumeregister. Prosjekter må forholde seg til kjernejournal, men kjernejournal må forholde seg til verden utenom kjernejournalprosjektet. Kjernejournalprosjektet må spørre verden rundt hva som skal inn i kjernejournal. Det må koble seg mot nasjonal IKT, kurveprosjektet i Helse Sør-Øst. Å snakke med andre prosjekter og tenke sammen fremmer kvalitet.

#### **Prosjektleder Ingvild Beathe Tjelmeland**

Kvalitetsregistre må ha en leder som ivaretar viktige oppgaver. Hjertestansregisteret ønsker data fra Amis, Utsteinprosess (hjertesans), ambulansejournal og defibrillator. Kan i dag ikke levere data tilbake til lokale registre grunnet lovverket.

Trenger register fordi vi mangler kunnskap om mange variable. Hjertestans er en kvalitetsindikator som går igjen i hele verden.

#### **Rett ressurs til rett tid på rett sted i rett antall". Avdelingsleder Rune Gehrken, Prehospitalt senter, Oslo universitetssykehus HF**

Helsedirektoratet, Innomed, NAKOS, AMK Oslo-Akershus har et prosjekt rundt ressursallokering. De vil koordinere ambulanser slik at de er nærmere der hvor det skjer når det skjer. Trenger et beslutningsstøtte system og ressursstyring med statistisk nøyaktighet. Vil kunne svare på spørsmål om: " Kan vi redusere antall AMK sentraler i Norge"?

Prosjekt ønskes forankret i hele helse-Norge.  
Hvordan kan de få frem noe som er til felles nytte i Norge?

### **BRIDGE-prosjektet Seksjonsoverlege Olav Eielsen, SUS RAKOS**

Data fra store hendelser. Trenger fornyelse, store aksjoner praktiseres på samme måte i dag som for 20-30 år siden. BRIDGE prosjektet ser på nye måter å håndtere store hendelser på.

### **Diskusjon plenum.**

Jan Erik Nilsen, NAKOS, debattleder. Arne Lindstad, Helsedirektoratet i panel.

Dagen har hatt mange innlegg med en rød tråd. Det er enighet om situasjonsanalysen. Spørsmålet er hva som er neste steg. Det ønskes innspill til strategi.

Dagen har gitt oversikt over flotte prosjekter og presentasjoner. Mye utvikling skjer. Er det kartlagt status for hva som skjer så man kan få koordinert prosjektene? 5 mil mennesker i Norge gjør at vi ikke er store nok til å drive utvikling over alt.

Det er behov for faste parametere fra den akuttmedisinske kjeden. Det finnes mange prosjekter innenfor den akuttmedisinske kjede som har til hensikt å utvikle verktøy for registrering og styring. Når disse implementeres legger de føringer for fremtidige dataløsninger og det er behov for å koordinere disse. Det er vanskelig å tilby en oppdatert kartlegging men folk oppfordres til å spørre seg rundt for å få informasjon om andre prosjekter.

Det kan etableres et nasjonalt fagråd for fagområdet. Helsedirektoratet mener dette er et aktuelt spørsmål som diskuteres i direktoratet, men det er ennå ikke tatt beslutning i denne saken.

Arbeidet som ble gjort i 99 og arbeid med definisjonskatalog er kontinuerlige prosesser, de krever et sekretariat eller et organ som holder tak i prosessene. Det kommer stadig nye begreper som trenger en definisjon.

Norsk Anestesiologisk Forening er opptatt av utvikling av faglige standarder, bla standard for transport av intensivpasienter. Uten standarder kommer vi ingen vei, men et slikt arbeid vil kunne utfordre budsjetter i RHF'ene.

Mye er fortsatt ugjort. Det er et ungt område. Det er etablert et fagråd i helse Sør-Øst for prehospitaltjenester og akuttmottak, men det er ikke enkelt å blande drift og klinikk. Pasientreiser ANS kan ha midler til å jobbe med prosjekter som dreier seg om transport mellom foretak.

Luftambulansetjenesten ANS kan gjøre visse nasjonal prosesser fordi de har mandat fra RHF'ene til det. Luftambulansetjenesten ANS jobber mot RHF'ene og ser hvor ulikt de tar ansvar for prehospitaltjenester. For å komme videre må man peke på RHF og AD møte. Det er nylig utarbeidet en nasjonal standard for luftambulanseleger der faglig, helse, og fysiske krav er definert.

Hjerte kar registeret viser at lovverket snur seg mot tilrettelegging for kvalitetsregistre og forskning.

Det er bevissthet om at det handler om gode og komplette data. Kjernejournal har ikke tatt inn over seg at de trenger data også fra sykehus (ikke bare fastleger).

Forskjellige begreper brukes og forstås forskjellig for eksempel begrepet akuttmedisin.

Rapportering fra AMIS prosjektet er starten for å få frem tall. Kristine Bergland sier, se fremover. Erik Normann sier vi må kunne høste automatisk registrerte data. Helsedirektoratet sin oppgave er å finne data for å styre tjenesten. Helsedirektoratet tar gjerne i mot råd og ser gjerne at det samarbeides.

Oppsummert: "akutt-helse-Norge" er enige om situasjonen og behovene. Vi har ikke rukket å diskutere alle løsningene og strategiene godt nok, men vi har fått demonstrert at mange gode prosjekter er underveis som vil gi resultater. Vi håper på nyttige resultater vi kan ta med videre. RHF'ene er viktig adressat i dette arbeidet. Det er grunn til å studere hva andre land har gjort. NAKOS vil gjerne delta i samtaler når de har kompetanse og kapasitet og de vil gjerne diskutere med Helsedirektoratet sentrale strategier som kan utvikles. Prehospital akuttmedisin ruver ikke i forhold til kreft og psykiatri. Fortsett dialog rundt strategi. Hold tak i hverandre for å utnytte pågående prosjekter. Sett mål, lær å krabbe før du kan gå. Skulle være mulig for Norge å fremstå annerledes i løpet av få år. NAKOS tar gjerne kommentarer og tilbakemeldinger.

Innomed, NAKOS og Helsedirektoratet vil vurdere en oppfølgingskonferanse i 2012,