

---

<b>Til</b>	Helse- og omsorgsdepartementet
<b>Dato</b>	30.04.2020
<b>Saksnr</b>	20/248
<b>Fra</b>	Direktoratet for e-helse
<b>Saksbehandler</b>	Siv Ingebrigtsen
<b>Ansvarlig</b>	Karl Vestli

---

# Innhold

<b>1</b>	<b>Om oppdraget</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrunnsinformasjon om e-ID</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Kjernejournal</b> .....	<b>7</b>
	3.1 Status .....	7
	3.2 Identifiserte forutsetninger og risiko .....	8
	3.3 Realistiske tidspunkter .....	8
<b>4</b>	<b>E-resept</b> .....	<b>9</b>
	4.1 Status .....	9
	4.2 Identifiserte forutsetninger og risiko .....	11
	4.3 Realistiske tidspunkter .....	12
<b>5</b>	<b>Helsenorge</b> .....	<b>13</b>
	5.1 Status .....	16
	5.2 Identifiserte forutsetninger og risiko .....	19
	5.3 Realistiske tidspunkter .....	21
<b>6</b>	<b>Grunndata</b> .....	<b>22</b>
	6.1 Status .....	23
	6.2 Identifiserte forutsetninger og risiko .....	23
	6.3 Realistiske tidspunkter .....	23
<b>7</b>	<b>HelseID</b> .....	<b>24</b>
	7.1 Status .....	24
	7.2 Identifiserte forutsetninger og risiko .....	24
	7.3 Realistiske tidspunkter .....	24

# 1 Om oppdraget

Forslag til lov om e-helse inneholder hjemmel for å gi forskrifter om at nærmere bestemte virksomheter i helse- og omsorgssektoren skal gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige i sin virksomhet.

§ 8 Plikt til å gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelige i virksomheten

Departementet kan gi forskrift om at følgende virksomheter skal gjøre de nasjonale e-helseløsningene nevnt i § 6 første ledd tilgjengelige i virksomheten:

- a) helseforetak
- b) kommuner og fylkeskommuner
- c) private virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med regionale helseforetak, helseforetak, kommuner eller fylkeskommuner
- d) private virksomheter som er godkjent for fritt behandlingsvalg etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.

Departementet kan gi forskrift om at apotek og bandasjister skal gjøre de nasjonale e-helseløsningene som nevnt i § 6 første ledd bokstav a og c tilgjengelige i virksomheten.

Departementet kan gi forskrift om plikten etter første og andre ledd, blant annet om hvilke tjenester plikten gjelder og når den skal gjelde for ulike virksomheter.

Lovforslaget § 9 gir hjemmel for å gi forskrift om plikt til å betale for nasjonale e-helseløsninger.

Direktoratet for e-helse har i tildelingsbrev for 2020 fått oppdraget:

Levere en vurdering av mulig innføringstidspunkt for virksomhetenes plikt til tilgjengeliggjøring av og betaling for de nasjonale e-helseløsningene e-resept, kjernejournal, helsenorge.no, helseD og grunndata innen 1. mai 2020, jf. departementets arbeid med forskriftsbestemmelsene.

Dette dokumentet svarer ut oppdraget. Direktoratet for e-helse har innhentet informasjon fra Norsk Helsenett SF i dette arbeidet.

Direktoratet har i tildelingsbrevet også fått følgende oppdrag:

Sørge for at det utarbeides nasjonale innføringsplaner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal og e-resept innen 15. oktober 2020. Innføringsplanene skal baseres på erfaring fra utprøving av løsningene og beskrive kostnader og konsekvenser for aktørene som skal ta løsningene i bruk. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Norsk Helsenett SF, de regionale helseforetakene, KS/kommunesektoren, leverandørene og andre relevante aktører i sektoren.

Vurderingene i dette dokumentet er basert på den informasjonen Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett har i dag. Flere detaljer vil være tilgjengelig når oppdraget med å utarbeide nasjonale innføringsplaner for kjernejournal og e-resept er ferdigstilt i oktober.

Direktoratet har underveis i arbeidet hatt to oppfølgingsmøter med Helse- og omsorgsdepartementet; 12. mars og 24. april.

Departementet har bedt direktoratet om å vurdere *realistiske* tidspunkt for innføringen av plikten. Direktoratet forstår dette som at løsningene må være klare til å bli innført, Norsk Helsenett må ha tilstrekkelig kapasitet til å bistå, og virksomhetene må få tilstrekkelig tid til å innføre for de grupper av personell som ennå ikke har innført løsningene. Det må også tas hensyn til identifiserte forutsetninger for at løsningene kan innføres. Samtidig må tidspunktene også kunne gi noe press på aktørene, for å få innført løsningene.

Departementet har også bedt om at direktoratet kun ser på mulig innføringstidspunkt for virksomhetenes plikt til tilgjengeliggjøring for de nasjonale e-helseløsningene. Departementet vil selv vurdere betalingsplikten.

I dokumentet benytter vi datoen 1.1.2021 som første mulige tidspunkt for innføring av plikt til å tilgjengeliggjøre de nasjonale e-helseløsningene. Datoen må tilpasses mulig tidspunkt for ikrafttredelse av bestemmelsene i forskriften.

## 2 Bakgrunnsinformasjon om e-ID

Både e-resept og kjernejournal krever at brukeren identifiserer seg med e-ID på høyt sikkerhetsnivå. En e-ID er et elektronisk identifikasjonsbevis for å legitimere brukere. Det finnes flere e-ID-løsninger som er mye brukt i Norge. Noen er basert på PKI, andre er basert på annen teknologi. Ved innlogging til offentlige tjenester på nett gjennom ID-porten kan innbygger velge mellom MinID, BankID på mobil, BankID, Buypass, Commfides eller Buypass ID i mobil. MinID kan benyttes for tjenester som krever sikkerhetsnivå betydelig, alle de øvrige kan også benyttes for tjenester som krever nivå høyt f.eks. ved innlogging på Helsenorge.

Personell som er autentisert med e-ID på tilstrekkelig sikkerhetsnivå lokalt, vil ved bruk av HelseID kunne få tilgang til nasjonale e-helseløsninger og andre systemer via én sikker pålogging (single Sign-On). HelseID vil også kunne videreformidle informasjon fra brukerens fagsystem for å bekrefte brukerens autorisasjon, herunder om brukeren er helsepersonell.

Det finnes mange ulike måter å håndtere innlogging på i helse- og omsorgstjenesten, og det er spesialisthelsetjenesten som er kommet lengst med å innføre bruk av e-ID blant sine ansatte. Alle rekvirenter av e-resept som jobber på sykehus, legekantor og legevakt bruker i dag smartkort fra leverandørene Buypass eller Commfides. Smartkortet benyttes også for tilgang til kjernejournal som brukes av over 22 000 helsepersonell.

En sentral problemstilling rundt videre innføring av e-resept og kjernejournal, er avklaringen av hvordan anskaffelse og bruk av e-ID skal håndteres for ansatte i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Et alternativ er at kommunen utstyrer sine ansatte med e-ID på nivå høyt til bruk i jobbsammenheng. De aller fleste har i dag en eller flere e-ID, og et alternativ kan derfor være at det også for helsepersonell tilrettelegges for bruk av privat e-ID, som BankID, i jobbsammenheng. Ved etableringen av ID-porten var bruk av privat e-ID i jobbsammenheng en debattert problemstilling. Innvendingene, særlig fra fagforeninger, var knyttet til risiko for eksponering av private opplysninger og kostnader. Vår forståelse er at disse innvendingene ikke lenger er relevante slik løsningene vil settes opp i helsesektoren. I regjeringens Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025, fremgår det at "retningslinjer for bruk av ansatt-ID bør inngå som en del av strategi for bruk av e-ID og e-signatur i offentlig sektor." Generell adgang til å benytte privat e-ID i jobbsammenheng, vil effektivt og tilnærmet kostnadsfritt løse en utbredelsesutfordring.

Akson Journal vil kreve e-ID nivå høyt for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste for at de skal kunne ta i bruk felles kommunal journal. Det ligger investeringskostnader til PKI-kort for 150 000 helsepersonell inne i estimatene for Akson, som påløper når kommunene tar i bruk felles kommunal journalløsning, dvs. fra 2025 og utover. Det er også lagt inn kostnader til drift- og forvaltning av kortene. Dette budskapet kan medføre en "vente på Akson" beslutning hos kommuner med stram økonomi, så modellen for Akson må hensynta kommuner som er tidlig ute med å etablere en slik infrastruktur. Dersom kommunene tar i bruk kjernejournal og/eller e-resept før de skal ta i bruk felles kommunal journal, vil deler av PKI-kostnaden som Akson har estimert bortfalle. Merk at KS i sitt høringssvar til utkastet til e-helselov påpekte at det bør avklares hvor mange kommuner og hvilke tjenester som skal innføres før Akson.

Det er også andre tilgjengelig alternative løsninger til PKI i markedet, men ikke så utbredt ennå. Investeringene som ligger i Akson er estimert med utgangspunkt i PKI.

## 3 Kjernejournal

Kjernejournal er en nasjonal e-helseløsning som er etablert for å øke pasientsikkerheten. I den enkeltes kjernejournal er et utvalg viktige opplysninger gjort tilgjengelige for helsepersonell med tjenstlig behov, uavhengig av hvor pasienten tidligere har mottatt helsehjelp. Dette bidrar til økt pasientsikkerhet i tilfeller der helsepersonellet mangler oppdaterte opplysninger i eget journalsystem, og særlig i situasjoner når pasienten møter helsetjenesten akutt.

Kjernejournal gjør at helsepersonell med tilgang til kjernejournal, kan få innsyn i nødvendig informasjon om pasienten, på tvers av helsetjenesten. Kjernejournal inneholder informasjon om personalia, familierelasjoner med kontaktinformasjon, informasjon om hvem som er personens fastlege og besøkshistorikk. Videre inneholder kjernejournalen viktige opplysninger om helsen til den enkelte innbygger, som for eksempel sykdomshistorikk, informasjon om alvorlige allergier eller overfølsomhetsreaksjoner, implantater, viktige behandlinger, sjeldne alvorlige tilstander og lignende. Kjernejournal inneholder også informasjon om alle legemidler som er utlevert til pasienten på resept i norske apotek de siste 3 år.

Det meste av informasjonen i kjernejournal hentes automatisk fra offentlige registre. I tillegg kan helsepersonell, i samråd med pasienten, registrere kritisk informasjon og spesielt viktige helseopplysninger, for eksempel allergier. Innbyggerne kan også selv legge inn opplysninger i kjernejournalen via innbyggerportalen helsenorge.no. Det arbeides med ny funksjonalitet som vil gjøre referanse til ytterligere informasjon og mulighet til lese bestemte journaldokumenter tilgjengelige. I første omgang vil epikriser og prøvesvar for spesialisthelsetjenesten bli tilgjengeliggjort.

### 3.1 Status

Kjernejournal er innført ved alle sykehus, alle legevakter og ved 90 prosent av fastlegekontorene. I tillegg har alle innbyggere fått tilgang til egen kjernejournal via Helsenorge.

Kjernejournal er ikke innført ved sykehjem og i hjemmetjenesten i kommunal helse- og omsorgstjeneste. De tre store journalleverandørene til disse områdene har overfor Direktoratet for e-helse meldt at de har utarbeidet integrasjon med kjernejournal eller har det i sine planer for 2020. NHN har pågående aktiviteter for utprøving og innføring av kjernejournal i sykehjem og hjemmetjenesten. Målsetningen er at per 1.1.2022 skal 50 % av Norges innbyggere bo i en kommune hvor kjernejournal er i bruk. Arendal, Halden, Lillehammer, Gausdal, Ringebu og Øyer kommune er nå i gang med kjernejournal, og ytterligere flere kommuner er planlagt å starte opp i 2020. Resterende kommuner skal komme i gang med løsningen de to påfølgende årene.

Utprøving og innføring av kjernejournal har hatt en stegvis tilnærming, hvor akuttmedisinsk kjede ble prioritert først. Dernest ble kommunale sykehjem og hjemmetjenesten prioritert. Det skal vurderes innføringstiltak for andre tjenester, herunder helsestasjoner og skolehelsetjenesten, men dette ligger foreløpig ikke inne i planene. I den forbindelse må det også sikres at aktuelle journalleverandører ivaretar integrasjonen med kjernejournal.

## 3.2 Identifiserte forutsetninger og risiko

Innføring av kjernejournal i kommunene har følgende avhengigheter:

- Kommunen må ha innført e-ID. NHN vurderer at halvparten av helsepersonell, tilsvarende ca. 25 000 personer, vil ha behov for dette.
- Kommunenes journalleverandører må ha integrert kjernejournal i sine løsninger.
- En selvbetjeningsløsning for HelselD, for enklere integrasjon og skalering, må komme på plass. For innføring av kjernejournal for de første kommunene, er HelselD integrert manuelt, noe som tar tid og er lite skalerbart for den videre innføringen i kommunene. Selvbetjeningsløsningen er planlagt ferdigstilt fra NHN i august 2020

Vesentlige risikomomenter for innføringen av kjernejournal er:

1. Finansiering av sentrale investeringer blir ikke prioritert. Dette omfatter:
  - Sentralt prosjekt for innføring av kjernejournal i sykehjem og hjemmetjenesten (2020-21), samt videreføring innen resterende kommunale tjenesteområder etter 2020
  - KS kompetansenettverk for e-helse (finansiering etter 2020)
2. Det blir forsinkelser i leverandørens integrasjon av kjernejournal i EPJ-løsningene
3. Finansiering av lokale investeringer blir ikke prioritert – kommuner venter med å innføre løsningene.

## 3.3 Realistiske tidspunkter

For fastleger og legevakt er kjernejournal allerede i bruk, så her kan plikt for å tilgjengeliggjøre og betale for løsningen gjelde fra 1.1.2021.

Det pågår aktiviteter for utprøving og innføring av kjernejournal i sykehjem og hjemmetjenesten. Disse aktivitetene sikter mot en 50 % dekning på landsbasis per 1.1.2022. Det er foreløpig ikke lagt planer for innføring ved helsestasjoner og i skolehelsetjenesten.

Det er grunn til å forvente at mange kommuner vil trenge tid til å forberede og gjennomføre innføring av kjernejournal innen tjenesteområdene som ikke allerede har innført løsningen. Derfor vurderer vi 1.1.2023 eller 1.1.2024 som aktuelle tidspunkter. Detaljer i dette kommer direktoratet tilbake til når de nasjonale innføringsplanene er utarbeidet, jf. oppdrag i tildelingsbrevet med frist 15. oktober.

Det har vært diskutert om tannleger skal få tilgang til kritisk informasjon ved forskrivning av legemidler og før narkose i forbindelse med tannbehandling, men det foreligger ingen planer for tilgjengeliggjøring av kjernejournal for tannleger.



<b>Aktør</b>	<b>Mulig tidspunkt for plikt til å tilgjengeliggjøre kjernejournal</b>
Spesialisthelsetjenesten inklusive avtalespesialister	1.1.2021
Fastleger	1.1.2021
Legevakt	1.1.2021
Sykehjem og hjemmetjenesten	1.1.2023 -1.1.2024
Skolehelsetjeneste og helsestasjoner	1.1.2023 -1.1.2024

## 4 E-resept

E-resept er en elektronisk samhandlingskjede for sikker overføring av reseptinformasjon. Løsningen reduserer risikoen for feil i rekvirering og utlevering av legemidler.

E-resept sørger for at den som rekvirerer resepten sender en elektronisk resept til reseptformidleren. Pasienten som har fått forskrevet reseptpliktige legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler, kan deretter henvende seg til hvilket som helst apotek for å få dette utlevert. E-reseptløsningen omfatter alle virksomheter som har en rolle ved elektronisk formidling av resepter og legemiddelopplysninger, og de systemene disse virksomhetene benytter. Løsningen omfatter rekvirenter (for eksempel fastleger, legevakter, sykehus), apotek, bandasjister, Statens legemiddelverk og Helfo.

E-resept bidrar til at helsepersonell har oversikt over pasientens gyldige resepter og at pasienter får oversikt over sine resepter via Helsenorge. Den nasjonale reseptformidlerløsningen bidrar til at både rekvirenter, apotek og innbyggere har tilgang til en oppdatert liste over pasientens resepter. Slik får helsepersonell bedre oversikt over pasientenes medisinbruk, risikoen for feil i forskrivning og utlevering reduseres, og pasientene kan selv velge fra hvilket apotek de ønsker å hente sine medisiner.

### 4.1 Status

E-resept er innført for fastleger, legevakter, sykehus, avtalespesialister, apotek, bandasjister, nettapotek og for noen tannleger. Over 90 prosent av alle resepter til mennesker er elektroniske, og det arbeides med innføring for flere rekvirentgrupper som vil bidra til å øke andelen av elektroniske resepter.

I dag benyttes i hovedsak to tilnærminger for at virksomhetene skal kunne koble seg til e-reseptkjeden for å få tilgang til e-reseptfunksjonalitet:

- Virksomhetenes EPJ-leverandører har utviklet e-reseptfunksjonalitet i egen legemiddelmodul og kobler seg til kjeden ved en direkte integrasjon mot Reseptformidleren.
- Virksomhetenes benytter seg av den sentralutviklede legemiddelmodulen Forskrivningsmodulen (FM) som er integrert i EPJ-systemene og kommuniserer med Reseptformidleren.

I tillegg er det to nye løsninger under utvikling og som kan benyttes for å gi virksomhetene e-reseptfunksjonalitet. Dette er:

- En sentral utviklet legemiddelmodul, Sentral forskrivningsmodul med brukergrensesnitt (SFM med GUI) som planlegges å erstatte den eksisterende forskrivningsmodulen (FM). Legemiddelprogrammet og SFM GUI prosjektet er under replanlegging og det er usikkerhet om dette blir realisert som opprinnelig planlagt.
- Et nytt teknisk grensesnitt (SFM Basis API) mellom EPJ-systemene og Reseptformidleren, Kjernejournal og Helfo.

Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har ikke innført e-resept, med unntak av Larvik kommune. Det gjenstår også å innføre e-resept for tannleger, jordmødre og helsesykepleiere som har begrenset forskrivningsrett.

Det gjenstår kun godkjenning av FM hos en markedsledende aktør for EPJ før e-resept kan innføres for tannleger.

Det gjenstår utvikling i journalsystemene som benyttes for jordmødre og helsesykepleiere. Hvis disse brukergruppene prioriteres av systemleverandørene og betalingsvilje fra kommunene, vil det være mulig å integrere disse løsningene til e-resept innen relativ kort tid.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten pågår det flere parallelle aktiviteter knyttet til eksisterende marked, Helseplattformen i Midt-Norge og Akson felles kommunal journal.

I det eksisterende markedet ønsker journalleverandører til sykehjem og hjemmetjeneste å ta i bruk Sentral forskrivningsmodul med brukergrensesnitt, før videre innføring. Denne er under utvikling hos NHN. Realistisk innføring av Sentral forskrivningsmodul med brukergrensesnitt er tidligst i perioden 2022 fram til og med 2024 med forbehold, se forutsetninger og risiko.

I Midt-Norge har kommunene mulighet til å fortsette med dagens EPJ-systemer eller benytte tilgjengelig opsjon som tilbys gjennom Helseplattformen. Innføring av løsning som tilbys gjennom Helseplattformen, og som er integrert med e-resept, er planlagt fra 2021. Innføringen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten avhenger av når den enkelte kommune benytter seg av opsjonen og hvilke avtaler som blir inngått.

Felles kommunal journalløsning (Akson) som vil tilby e-reseptfunksjonalitet, forutsatt vedtak og at planer overholdes, vil innføringen pågå i perioden fra 2025-30. Kommuner som velger å vente på Akson vil således få sen innføring av e-resept.

NHN tilbyr, eller har planer om å tilby, følgende integrasjonsalternativer mot e-resept. Tabellen under viser NHN's status for integrasjonsmulighetene, og når de er tilgjengelig for aktørene.

Aktør	Tidspunkt for NHN's plan for tilgjengeliggjøring av integrasjonsalternativer			
	Direkte integrasjon mot Reseptformidleren	SFM Basis API <sup>1</sup>	FM	SFM med GUI <sup>2</sup>
Spesialisthelsetjenesten – Sykehus	2011	Høsten 2021	2011	Ikke i planer
Spesialisthelsetjenesten – Avtalespesialister	2011	Høsten 2021	2011	Tidligst våren 2022
Fastleger	2011	Høsten 2021	2011	Tidligst våren 2022
Legevakt	2011	Høsten 2021	2011	Tidligst våren 2022
Apotek og bandasjister	2011	N/A	N/A	N/A
Tannhelsetjenesten	2011	Høsten 2021	2011	Tidligst høsten 2022
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	2011	Høsten 2021	2011	Tidligst høsten 2022
Sykehjem og hjemmetjeneste	2011	Høsten 2021	Ikke i planer	Tidligst våren 2022

Tabell, status tilgjengelighet for integrasjon mot e-resept.

## 4.2 Identifiserte forutsetninger og risiko

For at gjenstående aktører kan ta i bruk e-resept må den enkelte virksomhet:

- Være tilknyttet Helsenetten.
- Må ha en EPJ-leverandører som har integrert e-resept i sin løsning og som er godkjent i NHN's test- og godkjenningssprosess.
- Møte sikkerhetskrav, hvor det er krav om både identifikasjon og verifikasjon av behandlingssted og rekvirent. Rekvirenten må kunne identifisere seg med e-ID på høyt sikkerhetsnivå, noe som betyr at virksomhetene må sørge for at ansatte som skal bruke e-resept benytter e-ID.

Risikomomenter som kan påvirke videre innføring av e-resept:

- Sentral forskrivningsmodul med GUI er under replanlegging og kan bli forsinket eller stoppet.

<sup>1</sup> Replanlagt (Legemiddelprogrammet)

<sup>2</sup> Under replanlegging (Legemiddelprogrammet)

En endring i planer kan medføre at flere EPJ-leverandører må utsette implementering av e-resept funksjonalitet for sine kunder. Dette vil særlig påvirke brukergruppene som er knyttet til sykehjem- og hjemmetjenesten.

- FM benyttes som alternativ til SFM med GUI.  
For EPJ-leverandøren er eneste alternativ til egenutvikling av forskrivningsfunksjonalitet å benytte FM eller SFM med GUI. FM er en løsning som er planlagt til å utgå etter 31.12.2021, men tidspunktet vil forskyves dersom SFM med GUI forsinkes. FM har teknisk gjeld og har ikke nødvendig funksjonalitet for alle aktører. Det er forbundet ekstra forvaltningskostnad ved å videreføre FM.
- Manglende finansiering til å dekke kostnadene ved innføring av e-resept i sykehjem og hjemmetjeneste.  
En stor del av kostnaden knyttet til innføring av e-resept er lokale innføringskostnader som installasjon og opplæring. Dette er kostnader som ikke dekkes gjennom samfinansiering av drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene, og som må finansieres av kommunene.
- Enkelte kommuner kan vurdere at nytten ved innføring av e-resept i den enkelte virksomhet blir lavere enn kostnadene, og utsetter nødvendige investeringer til å ta e-resept i bruk.
- Kommuner og EPJ-leverandører avventer innføring av e-resept i påvente av Akson.
- Det blir et begrenset antall kommuner som benytter opsjonen i Helseplattformen eller at innføringen trekker ut i tid.

### 4.3 Realistiske tidspunkter

Basert på status, forutsetninger og risiko anbefaler E-helse følgende tidspunkter:

<b>Aktør</b>	<b>Mulig tidspunkt for plikt til å tilgjengeliggjøre e-resept</b>
Spesialisthelsetjenesten inklusive avtalespesialister	1.1.2021
Fastleger	1.1.2021
Legevakt	1.1.2021
Apotek og bandasjister	1.1.2021
Tannhelsetjenesten	1.1.2022 - 1.1.2023
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	1.1.2023
Sykehjem og hjemmetjeneste	1.1.2024

## 5 Helsenorge

Helsenorge er en nasjonal innbyggerportal med kvalitetssikret helseinformasjon, kombinert med digitale helsetilbud, selvbetjening, og en infrastruktur som muliggjør sikker kommunikasjon og samhandling mellom innbyggerne og aktørene i helse- og omsorgssektoren. Helsenorge er, og skal fortsatt være innbyggernes hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett, uavhengig av hvor man bor og hvilke helseaktører man har kontakt med.

Alle innbyggere har tilgang til generelle råd om helse og livsstil samt kvalitetssikret informasjon om sykdom/diagnose, helsehjelp og rettigheter på åpne sider på Helsenorge ([www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no)). Ved å logge seg inn får innbyggerne tilgang til tjenester som hjelper dem å følge opp sin egen helse og behandling. Foreldre og pårørende med fullmakt, kan også følge opp på vegne av andre.

Formålet med Helsenorge er å gjøre det enkelt og sikkert for innbyggerne å ha kontakt med helse- og omsorgstjenesten digitalt. Virksomheter i den offentlige helse- og omsorgstjenesten, aktører med offentlig avtale, for eksempel fastleger, avtalespesialister og private sykehus, og statlig helseforvaltning kan i dag benytte og tilby tjenester på Helsenorge.

Helsenorgeplattformen stimulerer også til at innovative helsetilbud raskere og enklere kan tas i bruk i sektoren. Det sikres ved at plattformen tilrettelegger for at private leverandører bidrar i det digitale helsetilbudet. Eksempler på private aktører som i dag deltar i helsetilbudet på Helsenorge er både journalleverandører, videoleverandører og aktører som utvikler apper, prateroboter eller verktøy for mestring. Dette gir aktørene mulighet til å lede innbyggerne videre inn i sine egne løsninger for eksempel videoløsning, pasientjournal, kartleggings- og behandlingsverktøy. Ved at Norge har en offentlig helseplattform for innbyggere, får helsenæringen, helsemyndigheter og tjenestene mulighet til å enkelt gjøre innovative digitale tilbud tilgjengelig. 3.partsleverandører får nytte av etablerte løsninger for blant annet varsling, dialog og samtykker, og Helsenorges fullmaktsløsning. Dette gjør det enklere for helsenæringen, grundere og innovatører å levere nye digitale tilbud. Når flere aktører går sammen om innbyggertjenestene gir det en gevinst for innbygger som får en samlet inngang til digitale helsetjenester og en opplevelse av helhet, oversikt og tilgjengelighet til helsetjenesten.

Innholdsmessig kan tjenestene på Helsenorge kategoriseres i:

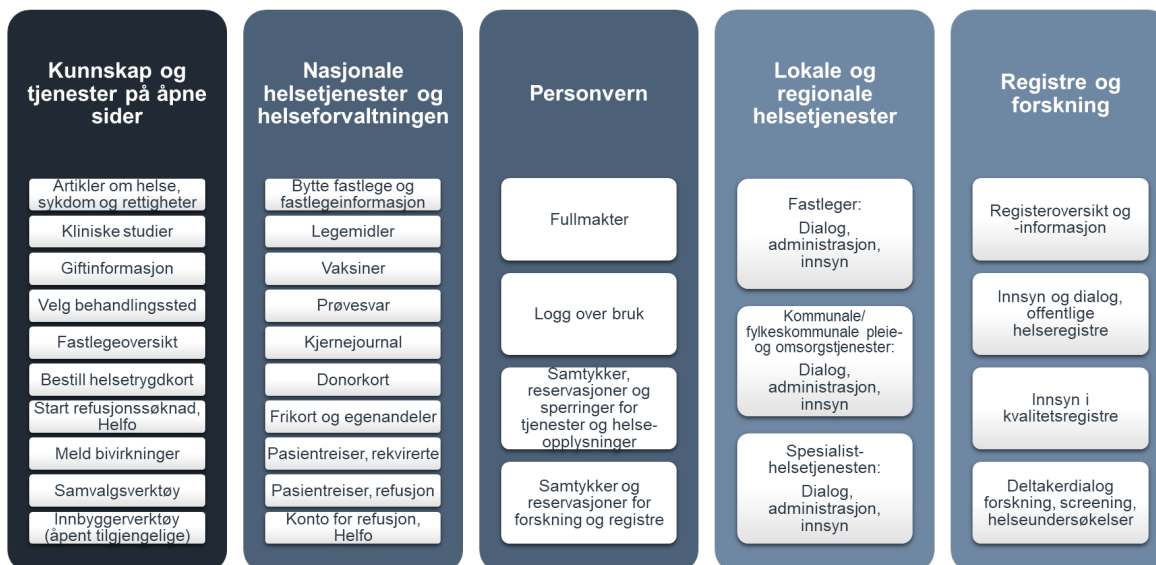
- **Rene informasjonstjenester som formidler helserelatert informasjon til innbyggerne.** Dette omfatter generelle råd om helse og livsstil samt kvalitetssikret informasjon om sykdom/diagnose, helsehjelp og rettigheter.
- **Digitale helse- og omsorgstjenester og dialogtjenester som den enkelte kan benytte for å følge opp egen helse og behandling.** Dette omfatter innsyn i egne helseopplysninger og kommunikasjon med den offentlige helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen, og kan deles inn videre i følgende kategorier:
  - Nasjonale helsetjenester, inkludert tjenester fra helseforvaltningen

- Personverntjenester
- Lokale og regionale helsetjenester
- Tjenester innen registre og forskning

Figuren nedenfor gir en oversikt over tjenestetilbudet på Helsenorge.

Helsenorge

## TJENESTEKATALOG



I søylen helt til venstre samles informasjonstjenester og andre tjenester som ikke krever innlogging.

Deretter følger to søyler med hhv. nasjonale helsetjenester fra den sentrale helseforvaltningen, og personverntjenester. Dette er tjenester som er basert på nasjonale fellesløsninger, og som alle innbyggere derfor har tilgang til. Enkelte tjenester fungerer selvstendig uten avhengigheter til enkeltaktører i sektoren. Et eksempel er Donorkort som ligger i kjernejournalen. Andre er avhengig av at flere aktører benytter en fellesløsning som ligger til grunn. Et eksempel er at innbygger gjennom den nasjonale legemiddeltjenesten vil ha tilgang til alle sine legemidler fra alle aktører som benytter e-resept. Tilsvarende gir den nasjonale frikorttjenesten oversikt over alle egenandeler som er rapportert inn fra aktørene i helsetjenesten.

Tjenestene i søylene "Lokale og regionale helsetjenester" og "Registre og forskning" er avhengig av at hver enkelt aktør tar dem i bruk, dvs. kobler seg mot innbyggertjenesten på Helsenorge. Dette gjelder

- primær- og spesialisthelsetjenesten med tjenester for dialog, administrasjon og innsyn
- aktører innenfor helseregistre og forskning med tjenester som ivaretar innbyggeres personvernrettigheter, slik som innsyn, samtykker og reservasjoner.

For at Helsenorge skal fungere som en felles inngangsport til helse- og omsorgstjenester på nett, må tjenester fra hver enkelt aktør i primær- og spesialisthelsetjenesten være tilgjengelig. Dette vil ivareta innbyggers behov for helhet og oversikt. Videre støtter det regjeringens mål om å gjøre det enklere for pasienter og pårørende å delta i beslutninger om egen helse og behandling og øke helsekompetansen i befolkningen.

For å gi innbyggere et likeverdig og helhetlig tjenestetilbud anbefaler vi at helseaktørene i primær- og spesialisthelsetjenesten tilgjengeliggjør følgende tre kategorier med innbygger-tjenester på Helsenorge, med innhold som beskrevet nedenfor:

### **Dialogtjenester som tilrettelegger for digital dialog mellom helsetjenesten og innbygger:**

- Helsekontakter gir informasjon om innbyggers kontaktpunkter i helsetjenesten med inngang til dialogtjenester som e-kontakt, e-konsultasjon og andre innbyggertjenester som kontakten tilbyr.
- Dialog/oppgaver omfatter fritekstmeldinger, skjemaoppgaver for utfylling, brev til innbygger med mer.
- Varsler motiverer innbygger til å logge inn for å finne ny informasjon eller oppgaver.

### **Administrative tjenester som hjelper innbygger å forstå og følge behandlingsforløpet sitt:**

- Henvvisninger gir informasjon om innbyggers henvvisninger til spesialisthelsetjenesten og tilhørende rettigheter.
- Timeavtaler gir informasjon om tid og sted for alle timeavtaler med helsetjenesten, med mulighet for administrasjon av avtalene.
- Digitale verktøy gir oversikt over ressurser som benyttes i behandlingsforløpet, for læring, kartlegging og behandling.
- Varsler forteller innbyggeren at det finnes ny timeinnkalling eller annet av betydning for behandlingsforløpet.

### **Innsynstjenester som gir innbygger innsyn i sine egne helseopplysninger:**

- Pasientjournal gir oversikt og tilgang til innholdet i pasientjournalene som innbygger har, samt informasjon om bruken av den.
- Prøvesvar gir informasjon om prøvene som innbygger har tatt, resultater og hvilken betydning de har.
- (Legemidler og vaksiner er relevante her, men ivaretas gjennom nasjonale fellesløsninger.)

Ved å samle inngangen til tjenester for dialog, administrasjon og innsyn på Helsenorge får innbygger dekket sitt behov for

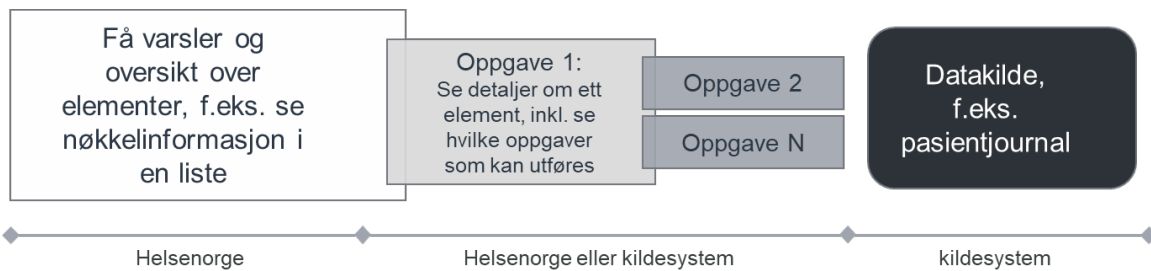
- a) Varsel når det skjer noe av betydning
- b) Oversikt over informasjon
- c) Mulighet for fordyping i enkeltelementer (eksempel: timeavtale), inkludert selvbetjening der det er relevant (eksempel: endre time).

Punkt a) og b) forutsetter at helseaktørene sender en notifikasjon med nøkkelinformasjon når det skjer noe som er relevant for innbyggertjenestene. Da kan Helsenorge foreta varsling i henhold til innbyggers profilinnstillinger og tilby oversiktsvisninger, dvs. samlet visning av elementer som hører sammen (eksempel: alle timeavtaler).

For punkt c) legges det opp til alternativer for arbeidsdeling mellom Helsenorge og kildesystemene. En kan velge om innbygger skal kunne gjennomføre helhetlige oppgaver (eksempel: endre time) innenfor Helsenorge basert på data- eller dokumentdeling med kildesystemet, eller om det skal gjøres et sømløst uthopp til en bakenforliggende løsning og utnytte funksjonalitet som tilbys der.

Med sømløst uthopp menes at

- innbyggers identitet overføres slik at ny innlogging ikke er påkrevd
- personverninnstillingene på Helsenorge gjelder, slik at innbyggeren kan følge opp på vegne av barn og fullmaktsgivere
- innbygger ledes direkte til den oppgaven som skal utføres, uten å måtte lete seg fram i et annet system.



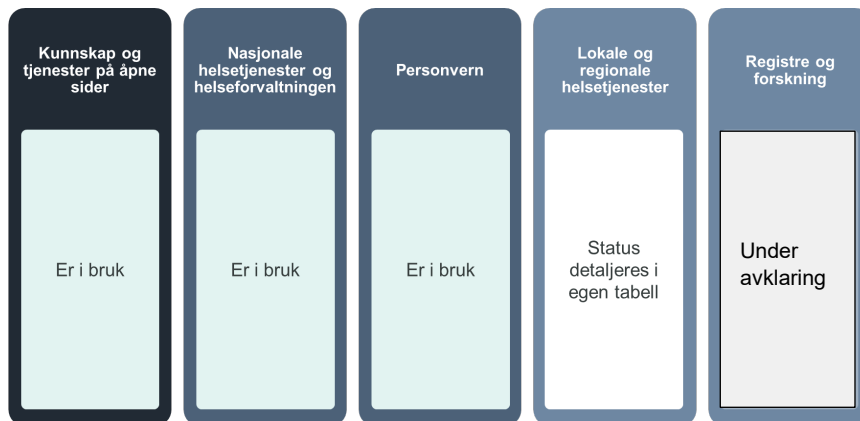
Figur 2 Alternativer for samspill mellom Helsenorge og helsetjenestens systemer. Uansett startes prosessen ved at Helsenorge mottar en notifikasjon med nøkkelinformasjon fra kildesystemet.

Alternativene for samspill mellom Helsenorge og helsetjenestens systemer legger til rette for fleksibilitet for virksomhetene når de skal gjøre tjenestene for dialog, administrasjon og innsyn tilgjengelige for innbygger. Hvilket alternativ den enkelt virksomhet velger bør ikke påvirke samfinansieringsmodellen. Forslaget til samfinansieringsmodell der regionale helseforetak og kommuner blir pålagt å betale for forvaltning og drift av bl.a. Helsenorge, er ikke en betaling for kjøp av tjenester. Det er en finansieringsmodell for en nasjonal løsning som understøtter spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvar for å levere helse- og omsorgstjenester til pasientene. Enkelte aktører som vurderer sømløst uthopp fra Helsenorge til egne systemer, f. eks. Helseplattformen, har tatt til orde for at det bør gi redusert pris.

## 5.1 Status

Alle innbyggere har som beskrevet ovenfor tilgang til kunnskap og tjenester på åpne sider, de nasjonale helsetjenestene fra helseforvaltningen, samt personverntjenester. Det er en forutsetning at alle helseaktørene benytter fellesløsningene som ligger til grunn, slik at innbyggerne opplever innholdet som komplett. Disse tjenestene er i bruk og kan samfinansieres fra 2021.





Figur 3 Overordnet status for utbredelse av tjenester på Helsenorge.

De lokale og regionale helsetjenestene er i dag ikke tilgjengelig for alle innbyggere, men er avhengig av hvor man bor og hvilke helseaktører man har kontakt med. Status fremstilles i tabellen under.

Utbredelse av tjenester innen registre og forskning er godt i gang og håndteres blant annet av Helsedataprogrammet. Det er foreløpig for tidlig å si noe om når det kan pålegges plikt til å tilgjengeliggjøre disse tjenestene, de er derfor ikke tatt med i tabellen under.

Tabell 2 Oversikt over status pr. april 2020 for utbredelse av lokale og regionale helsetjenester.

Tjeneste: Helseaktør:	Dialog	Administrasjon	Innsyn
	Tjenester som tilrettelegger for digital dialog mellom helse-tjenesten og innbygger	Tjenester som hjelper innbygger å forstå og følge behandlings-forløpet sitt	Tjenester som gir innbygger innsyn i sine egne helseopplysninger
Fastlegene	2021 fastleger og 428 fastlegekontorer tilbyr dialog med innbyggere. Det dekker over 40 prosent av befolkningen.  (Velge og bytte fastlege er dekket av nasjonal tjeneste.)	2021 fastleger og 428 fastlegekontorer tilbyr timebestilling og timeadministrasjon for innbyggere. Det tilsvarer over 40 prosent av befolkningen.	Ett legekontor (SiO) tilbyr forespørsel etter digital journalkopi.
Kommunehelse-tjenesten (helse og omsorg, helsestasjon og skolehelse-tjeneste)	53 kommuner tilbyr helsekontakter og dialog innenfor helse og omsorgstjenesten. Det dekker over 40 prosent av befolkningen.  Et fåtall kommuner planlegger pilotering av helsekontakter og dialog innenfor helsestasjon og	53 kommuner tilbyr oversikt over besøk i hjemmesykepleien med mulighet til å avbestille besøk. Det tilsvarer over 40 prosent av befolkningen.  Et fåtall kommuner planlegger pilotering	-

	skolehelsetjenesten i 2020. Dette vil gi tilgang for i overkant av 20 prosent av befolkningen. Eget initiativ mot ungdom vil også piloteres.	av timeløsning for helsestasjoner og skolehelsetjenesten i 2020. Dette vil gi tilgang til i overkant av 20 prosent av befolkningen. Eget initiativ mot ungdom vil også piloteres.	
Kommunale legevakter	-	-	-
Andre kommunale/ fylkes- kommunale aktører (fysio- og manuell-terapeuter, private psykologer, tannleger,...)	To tannlegesenter er i gang med å pilotere helsekontakt og dialog med sine pasienter i 2020.	To tannlegesenter er i gang med å pilotere timevisning og - administrasjon for sine pasienter i 2020.	
Spesialisthelsetjenesten (sykehus, DMS, DPS, BUP)	Helse Vest tilbyr helsekontakter og dialog, inkludert spørsmål knyttet til timeavtale. Helse Midt tilbyr dialog knyttet til timeavtale ved et bredt utvalg enheter. Helse Nord piloterer dialog knyttet til timeavtale ved utvalgte enheter i 2020.	Helse Vest tilbyr innsyn i henvisningsstatus og i timeavtaler, men uten varsel til innbygger. Helse Midt tilbyr timeavtaler for et bredt utvalg enheter, inkludert varsel til innbygger. Helse Nord tilbyr innsyn i henvisningsstatus og i timeavtaler ved et utvalg enheter, men uten varsel til innbygger.	Helse Vest tilbyr innsyn i pasientjournal og tilgangsllogg. Helse Nord tilbyr innsyn i pasientjournal og tilgangsllogg. Helse Sør-Øst tilbyr innsyn i pasientjournal og tilgangsllogg. Har tatt i bruk ny grunnmurskomponent for dokumentdeling. Helse Nord vil pilotere utvalgte prøvesvar i 2020.
Avtale-spesialistene	-	-	-

Per april 2020 har mer enn 40% av fastlegene tatt i bruk Digital dialog fastlege (DDFL) via Helsenorger. Det vil si 428 legekantor og 2021 fastleger, noe som dekker fastlegetjenestene til over 40 prosent av befolkningen. Dette gir mulighet for e-konsultasjon (tekstbasert) med fastlege, e-kontakt med legekantoret, reseptfornyelser og timebestilling

og -administrasjon. Enkle verktøy for kartlegging og triagering er inkludert. Flere fastleger benytter journalsystemer som også kan tilby pasienter å be om en digital journalkopi, og bestille videotimer via Helsenorge.

Fastleger som ikke har tatt i bruk DDFL, kan likevel gi generell informasjon til pasienter på Helsenorge via en meldingstekst, og de kan tilgjengeliggjøre en lenke til videoløsningen sin.

Pr. mars 2020 bor over 40 prosent av befolkningen i kommuner som har innført DigiHelse. DigiHelse gir mulighet for digital samhandling for pasient og pårørende (med fullmakt) med helse- og omsorgstjenesten, dette i form av sikker dialog og oversikt over avtaler med mulighet for avbestilling. Fokus har ligget på hjemmetjenester, men tilbudet kan benyttes også for andre tjenestetyper innen helse og omsorg, slik som psykisk helsetjeneste/rask psykisk helsehjelp.

Det pågår også arbeid med å utvikle funksjonalitet for å kunne ta i bruk samhandlings-tjenester via Helsenorge for helsestasjoner og i skolehelsetjenesten, dette i regi av DigiHelsestasjon. Dette gir mulighet for e-konsultasjon (tekstbasert) med behandler, e-kontakt med kontoret, og timebestilling og -administrasjon. Kommunene Oslo, Bergen, Stavanger og Haugesund vil ta disse tjenestene i bruk i løpet av 2020. Disse tjenestene vil da være tilgjengelig for i overkant 20% av befolkningen.

Alle regionale helseforetak har minst et digitalt selvbetjeningstilbud på Helsenorge.

Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt har tatt i bruk for eksempel timeløsning på Helsenorge, men løsningen er ikke implementert ved alle helseforetak og avdelinger. Helse Sør-øst har ikke tatt i bruk timeløsning via Helsenorge, men har planer om å starte innføring gradvis fra 2021. Helse Vest og Helse Nord har i tillegg tatt i bruk tjeneste for å vise henvisningsstatus.

Noen av helseregionene har også tatt i bruk dialogtjenester, mens andre har dialogtjenester i sine veikart fra 2020. Det utvikles en helhetlig nasjonal dialogtjeneste for spesialisthelsetjenesten i prosjektet DIS (Digitale innbyggertjenester - Spesialisthelsetjenesten). Løsningen skal piloteres i Helse Nord i 2021 og er planlagt implementert i alle de regionale helseforetakene.

Tjenester for innsyn i journal og tilgangslogg er tatt i bruk i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Det planlegges for at Lovisenberg sykehus kobler seg på løsningen i løpet av 2020.

Det pågår flere aktiviteter i DIS for utvikling av nasjonale løsninger, deriblant en løsning for innsyn i prøvesvar. Denne planlegges pilotert i Helse Nord. Videre pågår aktiviteter for å støtte videokonsultasjoner via Helsenorge som planlegges tatt i bruk i Helse Vest og Helse Nord. Løsningene som utvikles i DIS skjer i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og målet er å utvikle nasjonale komponenter som skal kunne tas i bruk av alle de regionale helseforetakene etter løsningene er pilotert.

## 5.2 Identifiserte forutsetninger og risiko

Det er identifisert et sett med forutsetninger for at den anbefalte utbredelsen av tjenester på Helsenorge kan gjennomføres på en hensiktsmessig måte, men dette er ikke en

forutsetning for å innføre virksomhetenes plikt til tilgjengeliggjøring av tjenester på Helsenorge.

- Et sett med tjenester er definert for å ivareta innbyggers behov for helhet og oversikt. Gjennom åpne og standardiserte grensesnitt (API) skal det legges til rette for verdiskapning ved at private aktører og leverandører kan gjenbruke felles funksjonalitet og infrastruktur. Åpne API er gjenbrukbare, sikre, godt dokumenterte og tilgjengelige programmeringsgrensesnitt som kan benyttes av alle relevante aktører uten diskriminerende og konkurransevridende vilkår. Selv om API er åpent, krever både utlevering og innhenting av taushetsbelagte opplysninger selvstendig hjemmelsgrunnlag.
- Dialogtjenester forutsetter at helsevirksomhetene deler informasjon om aktuelle kontaktpunkter med innbygger og at det finnes tilstrekkelig informasjon om virksomhetene i grunndata til å adressere riktig. I tillegg forutsettes åpne API for å tilgjengeliggjøre løsninger for utveksling av strukturerte data (skjema) og løsninger for videokommunikasjon.
- Tjenester for administrasjon forutsetter at helsevirksomhetene varsler innbygger om hendelser i pasientforløpet, slik at de får oversikt og kan følge med. I tillegg forutsettes åpne API for at leverandører skal kunne tilby sine digitale verktøy for læring, kartlegging og behandling.
- Tjenester for innsyn forutsetter at helsevirksomhetene tar i bruk felleskomponenter i grunnmuren for dokument- og datadeling for å gi innbygger innsyn i sine egne helseopplysninger som pasientjournaler, prøvesvar, legemidler og vaksiner.
- Utbredelse av tjenestene som er beskrevet over forutsetter gode rutiner for påkobling av nye helsevirksomheter. Dokumentasjon av krav til løsning, integrasjon og testing må tilgjengeliggjøres og etter utvikling må løsningen gjennom NHN's test- og godkjeningsprosess og bli godkjent for integrasjonen med Helsenorge.
- Grunnmurstiltakene som inngår i Akson blir gjennomført i perioden fra 2021 til 2024. Dette gjelder videreutvikling og bredning av HelseID, videreutvikling av personverntjeneste for datadeling, etablere felles grunndata og grunndatatjenester for personell og virksomhet og felles språk.
- Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper er gjennom digitaliseringsrundskrivet obligatoriske for statlig sektor, og anbefalte for kommunesektoren. For sentral helseforvaltning betyr det at Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper er obligatoriske, mens de er anbefalte for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det er spesielt prinsippene om å ta utgangspunkt i brukernes behov, del og gjenbruk data og del og gjenbruk løsninger som helsevirksomhetene må legge til grunn for å understøtte basistjenestene for dialog, administrasjon og innsyn.

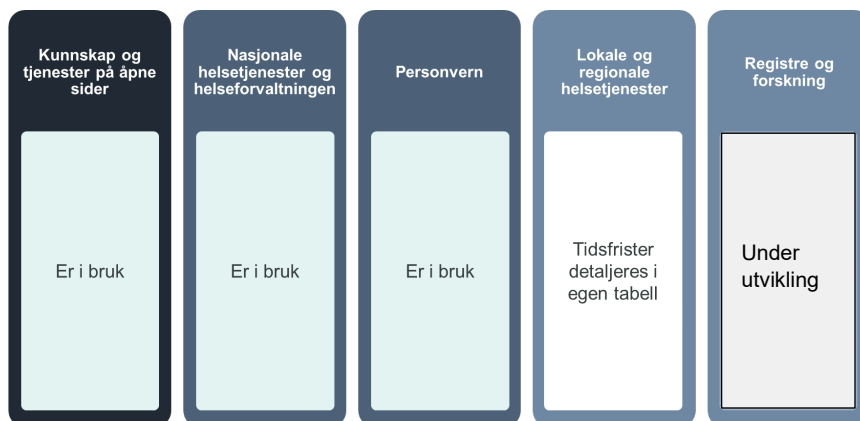
Det er tilsvarende identifisert et sett med mulige risikofaktorer:

- Helsevirksomhetene deltar ikke i samarbeidet og innbyggers behov blir ikke ivaretatt. Erfaring viser at det er betydelige barrierer mot dokument- og datadeling i helsesektoren i dag. Helsevirksomhetene er ikke omforent om løsningsvalg og leverandører av e-helseløsninger beskytter sine interesser gjennom konfidensialitetsavtaler eller andre begrensende vilkår og har lisensmodeller som ikke er tilpasset nye samhandlingsformer.

- Nødvendige felleskomponenter for dokument- og datadeling blir ikke gjort tilgjengelige for helsevirksomhetene som grunnmurskomponenter eller ikke tatt i bruk av andre årsaker. Dette kan skyldes manglende informasjon om løsningene eller manglende finansiering av felleskomponentene.
- Nødvendige tilpasninger til felleskomponenter og integrasjon med åpne tilgjengelige API i helsevirksomhetene stopper opp for Helsenorge på grunn av manglende finansiering.
- Akson blir utsatt eller stoppet slik at nødvendige grunnmurstiltak for å understøtte basistjenester for dialog, administrasjon og innsyn blir utsatt.
- Utbredelse av tjenestene stopper opp på grunn av mangelfulle prosesser for påkobling av nye helsevirksomheter.
- Informasjon deles ikke på grunn regelverk, manglende avtaler eller manglende mekanismer som sørger for at sensitive opplysninger ikke kommer på avveie.
- Innovasjon og næringsutvikling blir ikke ivaretatt på grunn av manglende åpne og standardiserte grensesnitt.

### 5.3 Realistiske tidspunkter

Som beskrevet under status har alle innbyggere tilgang til kunnskap og tjenester på åpne sider, de nasjonale helsetjenestene fra helseforvaltningen, samt personverntjenester. Det er en forutsetning at alle helseaktørene benytter fellesløsningene som ligger til grunn, slik at innbyggerne opplever innholdet som komplett. Disse tjenestene er i bruk og kan samfinansieres fra 2021.



Figur 4 Oversikt over tidspunkt for innføring av tjenester på Helsenorge

De lokale og regionale helsetjenestene er som beskrevet tidligere ikke tilgjengelig for alle innbyggere, men avhenger av hvor man bor og hvilke helseaktører man har kontakt med. Som beskrevet over er tjenester for registre og forskning under utvikling, men det er tidlig å si noe om tidspunkt for innføring. Disse tjenestene er derfor ikke en del av tabellen.

Basert på status, forutsetninger og risiko anbefales tidsfrister for pliktig innføring som fremstilt i tabellen under:

<b>Helseaktør:</b>	<b>Tjeneste:</b>	<b>Dialog:</b> Tjenester som tilrettelegger for digital dialog mellom helse-tjenesten og innbygger	<b>Administrasjon:</b> Tjenester som hjelper innbygger å forstå og følge behandlings-forløpet sitt	<b>Innsyn:</b> Tjenester som gir innbygger innsyn i sine egne helseopplysninger
Fastlegene		1.1.2022	1.1.2021	1.1.2022
Kommunehelse-tjenesten (helse og omsorg, helsestasjon og skolehelsetjeneste)		1.1.2021	1.1.2021	1.1.2022
Kommunale legevakter		1.1.2022	1.1.2022	1.1.2022
Andre kommunale/ fylkeskommunale aktører (fysio- og manuellterapeuter, private psykologer, tannleger,...)		1.1.2022	1.1.2022	1.1.2022
Spesialisthelsetjenesten (sykehus, DMS, DPS, BUP)		1.1.2022	1.1.2022	1.1.2022
Avtalespesialistene		1.1.2022	1.1.2022	1.1.2022

*Tabell 2 Oversikt over mulige tidspunkt for plikt til å tilgjengeliggjøre tjenester for dialog, administrasjon og innsyn for kommuner og regionale helseforetak.*

## 6 Grunndata

Grunndata er en løsning som gir sektoren tilgang til tjenesteinformasjon om person, personell og virksomhet. Grunndata er en felleskomponent i helsenetten og er en forutsetning for tjenester som identitetsforvaltning, sporbarhet og tilgangsstyring. Grunndata gir mulighet for blant annet søk, oppslag, lagring og distribusjon av informasjonen.

## 6.1 Status

Grunndata brukes av over 13 000 virksomheter. Grunndata benyttes også som informasjonskilde for kjernejournal, e-resept, hels norge, og HelseID.

**Alle kommuner** i Norge tilbyr pleie- og omsorgstjenester, legevaktjenester, fastlegetjenester, mm., som bruker meldingsutveksling og som er konsumenter av både person-, personell- og virksomhetsinformasjon fra grunndata.

**Alle fastleger** har en EPJ som er knyttet til meldingsutveksling i grunndata, for å sende henvisninger, epikriser, etc. til ulike aktører.

**Spesialisthelsetjenesten** representerer den største brukergruppen til grunndata. Grunndata er essensiell for rett adressering og utveksling av viktig informasjon mellom sykehus, poliklinikker, laboratorier, etc.

## 6.2 Identifiserte forutsetninger og risiko

Kvalitet og funksjonalitet varierer mellom de ulike grunndata-registrene i tjenestene.

Alle grunndatatjenestene er allerede i bruk i sektoren.

## 6.3 Realistiske tidspunkter

Både regionale helseforetak og kommuner benytter allerede i dag alle grunndatatjenestene. Det er derfor naturlig at tidspunktet for plikt til å tilgjengeliggjøre grunndata settes til 1.1.2021.

KS har i sitt høringssvar til ny e-helselov ytret ønske om en modell som innebærer at kommunene kun betaler for de enkelte registrene de benytter. Direktoratet viser til at KS benytter seg av alle grunndatatjenestene (person, virksomhet og personell). KS sitt forslag er heller ikke i tråd med foreslåtte finansieringsmodeller.

<b>Aktør</b>	<b>Mulig tidspunkt for plikt til å tilgjengeliggjøre grunndata</b>
Regionale helseforetak	1.1.2021
Kommuner	1.1.2021

# 7 HelseID

HelseID er en av felleskomponentene i Helsenettet, og skal sikre bedre tilgang til data og bidra til økt informasjonssikkerhet. HelseID understøtter identitets- og tilgangsstyring mellom aktørene i helsesektoren. I tillegg tilrettelegger HelseID for datadeling mellom en tjenestetilbyder og brukerorganisasjoner/aktører. HelseID bistår med å gjøre det tryggere og enklere å dele data. Løsningen er enhetlig og med autorativ informasjon som skal være oppdatert til enhver tid.

HelseID benyttes i dag av flere av de nasjonale e-helseløsningene og har et potensial for å bli benyttet av langt flere brukere. Personell som er autentisert med tilstrekkelig sikkerhetsnivå (e-ID) lokalt, vil ved bruk av HelseID kunne få tilgang til nasjonale e-helseløsninger og andre systemer via én sikker pålogging (single Sign-On). HelseID vil også kunne viderefremde informasjon fra brukerens fagsystem for å bekrefte brukerens autorisasjon, herunder om brukeren er helsepersonell.

## 7.1 Status

HelseID er i liten grad innført i kommunene, noe som først og fremst skyldes at få kommuner har innført e-ID med tilstrekkelig sikkerhetsnivå.

HelseID vil fremover tilgjengeliggjøres via innføring av kjernejournal, e-resept/SFM GUI og ny persontjeneste (MF Helse). Som nevnt tidligere er nå Arendal, Halden, Lillehammer, Gausdal, Ringeby og Øyer kommune i gang med kjernejournal i kommunene, og ytterligere kommuner er planlagt i løpet av 2020. Disse første kommunene benytter nå HelseID for autentisering av helsepersonell. HelseID er for disse kommunene integrert manuelt, noe som tar tid og er lite skalerbart for den videre innføringen i kommunene. Det er planlagt at HelseID skal utviklet en selvbetjeningsløsning for enklere integrasjon og skalering innen august 2020.

## 7.2 Identifiserte forutsetninger og risiko

Det er en forutsetning at kommunene innfører tilstrekkelig infrastruktur og sikkerhetsløsninger for e-ID.

Utvikling av HelseID selvbetjeningsløsning er en forutsetning for skalering av videre innføring av de nasjonale e-helseløsningene for kommunene.

## 7.3 Realistiske tidspunkter

HelseID ikke er en enkeltløsning som gir verdi i seg selv, men er en felleskomponent de andre e-helseløsningene bruker for autentisering og dokumentdeling. Plikt til tilgjengeliggjøring er avhengig av planene for innføring av de andre nasjonale e-helseløsningene. I forslag til ny e-hesellov er HelseID foreslått å inngå som en felleskomponent i Helsenettet.



<b>Aktør</b>	<b>Mulig tidspunkt for plikt til å tilgjengeliggjøre HelseID *)</b>
Regionale helseforetak	1.1.2021
Kommuner	1.1.2021

\*) Departementet bør vurdere om det skal være en plikt for alle å tilgjengeliggjøre HelseID, eller om det kun er betalingsplikten som skal inngå i forskriften. Dersom HelseID blir definert som en felleskomponent i Helsenet, bør betalingsplikten kunne inntre 1.1.2021.

