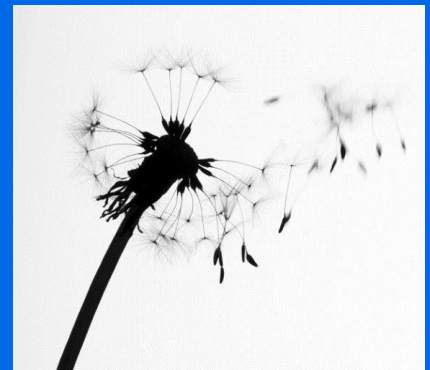




Direktoratet for
e-helse

Utredning om adressering av elektroniske meldinger



IE-1088

Tittel:

Utredning om adressering av elektroniske meldinger

Rapport nr.:

IE-1088

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Utgitt:

09/2022

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Publikasjonen kan lastes ned fra:

www.ehelse.no

Innhold

Sammendrag	4
1 Innledning	6
1.1 Standard for tjenestebasert adressering	6
1.2 Gjennomføring av utredningen	8
2 Elektronisk meldingsutveksling i dag	10
2.1 Omfang av meldingsutveksling i helse- og omsorgstjenesten.....	10
2.2 Tilgang til adresseinformasjon ved meldingsutveksling	11
2.3 EPJ-system	13
2.4 Prosesser ved elektronisk meldingsutveksling.....	13
2.5 Systemleverandører til private virksomheter.....	16
3 Problembeskrivelse av dagens praksis.....	17
3.1 Hovedfunn.....	17
3.2 Konsekvenser av at meldinger ikke kommer frem eller blir liggende ubehandlet ..	18
3.3 Omfang av problemene ved feilsendinger	20
3.4 Hva vi vil oppnå for å forbedre meldingsutvekslingen	21
4 Tiltak som kan bidra til å løse identifiserte problemer	23
4.1 Innføring av tjenestebasert adressering for private virksomheter.....	23
4.2 Forslag til tiltak uavhengig av konseptvalg	24
5 Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene	27
6 Forenklet samfunnsøkonomisk analyse.....	28
6.1 Vurderte konsept.....	28
6.2 Vurdering av ikke-prissatte virkninger for konseptene	29
6.3 Kostnader for konseptene	34
6.4 Nyttevirkninger og kostnader oppsummert – rangering av konseptene	38
6.5 Hvilke konsept anbefales	40
6.6 Forutsetninger for en vellykket gjennomføring.....	40
8 Referanser	42
Vedlegg A Intervju	45
Vedlegg B Juridiske rammer.....	48
Overordnet om virksomhetens ansvar og rammene for behandlingen av opplysninger	48

Sammendrag

Elektronisk meldingsutveksling er i dag den viktigste digitale måten virksomheter i helse- og omsorgstjenesten samhandler på. Meldingene sendes over Helsenettet der personopplysninger og pasientinformasjon utveksles på en trygg og lovlig måte. Alle som bruker Helsenettet, har plikt til å sørge for at de elektroniske adressene og annen relevant kontaktinformasjon i Adresseregisteret er riktig.

Standard for tjenestebasert adressering beskriver hvordan virksomheter i helse- og omsorgstjenesten skal registrere de elektroniske adressene sine. Ved tjenestebasert adressering skal det brukes standardiserte adresser som kalles tjenestetyper.

Standarden er anbefalt for fastlegeordningen og andre private virksomheter. Den er obligatorisk for øvrige virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som for eksempel helseforetak og kommuner.

Dette dokumentet er en utredning om elektronisk meldingsutveksling til og fra private virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Den beskriver utfordringer med hvordan adressering av meldinger skjer i dag. Videre skildrer den tre ulike konsepter for hvordan adressering bør gjøres i fremtiden. Kostnader og nytte er vurdert kvalitativt.

Et viktig tema i utredningen har vært adressering og taushetsplikt. Konklusjonen er at adresseringsmetoden ikke er avgjørende for om taushetsplikt og personvern blir ivaretatt i meldingsutvekslingen eller ikke. Taushetsplikt og personvern kan bli ivaretatt like godt med både med personbasert og tjenestebasert adressering. Det som er viktig er gode rutiner for mottak av meldingene og at IT-systemene har god funksjonalitet for tilgangskontroll.

Hovedproblemer med dagens adressering

Utredningen viser at det er to hovedproblemer med dagens adressering av elektronisk meldingsutveksling til private virksomheter:

- 1) meldinger blir sendt til feil mottaker, og
- 2) meldinger blir forsinket eller blir liggende ubehandlet hos mottakeren

Konsepter

Følgende konsepter er vurdert:

K0: Ingen videre tiltak på området – beholder dagens situasjon inkludert forskriftsendring fra 01.07.2021

K1: Obligatorisk innføring av tjenestebasert adressering, men standarden justeres slik at alle hjemmelshavere, legevikarer og LIS1 i fastlegetjenesten kan registreres personbasert + andre relevant tiltak

K2: Tjenestebasert adressering gjøres obligatorisk for alle + andre relevant tiltak. Fastleger er da de eneste som kan registreres som person i Adresseregisteret.

K3: Ingen endring på standard og forskrift. Standard for tjenestebasert adressering gjøres ikke obligatorisk for private virksomheter, men andre relevante tiltak gjennomføres.

Felles tiltak

Alle konseptene inneholder forslag til felles tiltak. De felles tiltakene kan bidra til økt kvalitet på meldingsutvekslingen, men effekten vil variere avhengig av konseptvalg

De felles tiltakene er:

- Økt bruk av eksisterende standarder i meldingsutvekslingen
- Utvikling av funksjonalitet tilsvarende Fastlegeknappen for kommunene
- Bruk av tjenestetypen «Fastlege, liste uten fast lege» for fastlegekontor
- Bedre mekanismer for korrekte oppføringer i Adresseregisteret
- Vasking av Adresseregisteret mot opplysninger om fastlegeordningen i Helfo
- Oppdatere mal fra Norm for informasjonssikkerhet og personvern om oppdatering og vedlikehold av registrerte adresser i Adresseregisteret

Konklusjon

Konsept K2 fremstår som mest samfunnsøkonomisk lønnsomt. Det bidrar til færrest feilsendinger og fører til spart tid for helsepersonell, spesielt i helseforetak. Videre har det den mest positive effekten på pasientsikkerheten og gir best orden i Adresseregisteret.

Etter utredningen ble ferdigstilt i juni 2021 har en faggruppe ved Direktoratet for e-helse gjort en helhetsvurdering for gjennomføring av konseptene.

Det ga følgende anbefaling:

De felles tiltakene for K1-K3 er viktige virkemidler for å få iverksatt uavhengig av forskriftsendring. K0 - ingen videre tiltak – anses derfor ikke som et alternativ.

- K1 innebærer en oppsplitting av fastlegene og de øvrige private aktørene, og er lite hensiktsmessig.
- K2 er det mest samfunnsøkonomiske konseptet, men også det med lengst tidsperspektiv og størst usikkerhet i forhold til gjennomføringen. Vi vet ikke hvorfor 23% av fastlegekontor allerede i dag er registrert i henhold til TBA eller hvilken forventet effekt de felles tiltakene vil ha. K2 anses derfor som lite formålstjenlig før de felles tiltakene er iverksatt og effekten målt.
- K3 har minst usikkerhet og kan gjennomføres raskt uten et større arbeid med forskriftsendring. Det har potensiale til å løse mye av dagens problemer og gjøre det enklere å gjennomføre en eventuell forskriftsendring på et senere tidspunkt.

Vi anbefaler derfor at konsept K3 gjennomføres og effekten av de felles tiltakene måles før en eventuelt ny vurdering av forskriftsendring.

Den faglige anbefalingen ble tatt til etterretning og direktoratet vedtok den 9. august 2022 å starte arbeidet med de felles tiltakene som utgjør konsept K3.

1 Innledning

Utredningen ble startet høsten 2020. Den handler om elektronisk meldingsutveksling til og fra private virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Tema i utredningen er hvordan adressering av meldinger skjer i dag og hvordan den bør foregå i fremtiden.

Dette omfatter blant annet å vurdere fortsatt bruk av personbaserte oppføringer i Adresseregisteret til Norsk helsenett [1] og hvilke konsekvenser det har for meldingsutvekslingen i helse- og omsorgstjenesten.

1.1 Standard for tjenestebasert adressering

1.1.1 Utvikling av standard for adressering

Riksrevisjonen gjennomførte en undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren som ble overlevert Stortinget 25. mars 2014 [2]. Rapporten pekte bl.a. på utfordringer med å finne korrekt mottaker i Adresseregisteret som en sentral årsak til at papirprosesser ikke var avviklet. Riksrevisjonen skrev «*Adressering av meldinger fungerer ikke tilfredsstillende*» (s. 8) og «*...noe under halvparten av helseforetakene og nær én tredel av fastlegene har vanskeligheter med å finne ønsket mottaker i Adresseregisteret...*» (s. 58).

Riksrevisjonen påpekte at dette medfører usikkerhet om hvorvidt de elektroniske meldingene kommer fram til ønsket mottaker, og bidrar til at det opprettholdes doble rutiner, der meldinger sendes både elektronisk og per papirbasert post.

Som en oppfølging av rapporten fra Riksrevisjonen etablerte Helsedirektoratet *Program Felles Infrastruktur og Arkitektur (FIA)*. Som et av mange tiltak for å bedre samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten, ble standard for tjenestebasert adressering utviklet.

Hensikten var å etablere én felles adresseringsmetode for å sikre enhetlig og trygg adressering av meldinger i helse- og omsorgstjenesten. Den ble utviklet gjennom ordinære standardiseringsprosesser og det ble gjennomført to høringer før den ble fastsatt.

1.1.2 Krav i standard for tjenestebasert adressering

Standarden består av tre deler [3] [4] [5]. Del 1 (HIS 1153-1:2016) inneholder termer og definisjoner, og her er målgruppen primært virksomheter som samhandler elektronisk over Helsenettet. Del 2 (HIS 1153-2:2016) har primært systemutviklere og driftspersonell som målgruppe, og spesifiserer krav til bruk av identifikatorer i den elektroniske meldingsutvekslingen. Del 3 (HIS 1153-3:2017) av standarden inneholder krav til bruk av tjenestetyper i den elektroniske meldingsutvekslingen.

Del 3 spesifiserer hvordan virksomhetene skal registrere sine elektroniske adresser i Adresseregisteret slik at avsender og mottaker enkelt kan identifiseres. Ved tjenestebasert adressering skal meldinger adresseres til standardiserte adresser, omtalt som *tjenestetyper*. Standarden innebærer at adressering av meldinger skjer på virksomhetsnivå og ikke til enkeltpersoner. Tjenestetypen for virksomheter for fastlege-tjenesten er imidlertid basert på fastlegens navn, kravet i standarden (AD3.7) er:

Lege som har inngått fastlegeavtale med kommunen skal registrere kommunikasjonsparter i Adresseregisteret med navn på den legen som har inngått fastlegeavtale med kommunen.

Hvis en fastlegehjemmel er ubesatt er kravet (AD3.8) at *Fastlege, liste uten fast lege* skal registreres i Adresseregisteret. For alle andre virksomheter skal det benyttes standardiserte

tjenestetyper. Tabell 1 viser eksempler på noen av tjenestetypene som er aktuelle å benytte for virksomheter.

Tabell 1 Eksempler på virksomheter og tjenestetyper

Eksempler på virksomheter	Eksempler på tjenestetyper for spesifikke virksomheter	Eksempler på tjenestetyper som kan registreres av alle virksomheter som tilbyr helsetjenesten
Helseforetak/ private sykehus	Akutt- og mottaksmedisin Nevrokirurgi Allergologi Øyesykdommer	Ergoterapi Fysioterapi Kiropraktikk Jordmortjeneste
Kommune	Legevakt Smittevern Legetjeneste ved sykehjem mv. Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)	Psykologtjeneste Fastlege, liste uten fast lege Primærhelseteam
Fastlege og annen privat aktør som yter helsehjelp	Navn på fastlege ¹ Allmenn tannhelse Kjeveortopedi	

1.1.3 Nasjonal koordinert innføring av tjenestebasert adressering

I regi av Norsk helsenett ble det gjennomført en nasjonal koordinert innføring av Standard for tjenestebasert adressering og Bruk av kontaktopplysninger [6]. Innføringsløpet ble avsluttet 1. juni 2020.

Et mål for innføringen var at 75 % av de elektroniske meldingene som brukes av helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten skulle ha korrekt adressering. 70% av alle meldingene ble korrekt adressert i mai 2020. Dette var en betydelig økning fra mai 2018 da kun 22 % av meldingene ble sendt uten adresseavvik. Det var også et mål at 80 % av virksomhetene skulle ha korrekt oppføring i Adresseregisteret i henhold til del 3 av standarden. Målet ble nådd for spesialisthelsetjenesten og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fastleger og andre private virksomheter har i begrenset grad tatt del 3 av standarden i bruk. For disse gruppene er personbasert oppføring i Adresseregisteret fortsatt mest utbredt [7].

1.1.4 Tjenestebasert adressering som obligatorisk standard

Tidligere forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten ble endret til forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger [8] den 01.07.2021.

¹ *Fastlege*: lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende jf. definisjon § 2 a i Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte en høring om endringer forskriften i 2020 [10]. I høringen foreslo de at standard for tjenestebasert adressering skulle bli obligatorisk. Det kom inn 18 høringssvar og de fleste var positive til endringsforslagene. Legeforeningen stilte imidlertid spørsmål om hvorvidt standarden ivaretar taushetsplikten. Foreningen mente at tjenestebasert adressering ville føre til at fastlegene ville få mer arbeidsbelastning og at de ville måtte bruke mer ressurser på å motta elektroniske meldinger.

Helse- og omsorgsdepartementet har etter behandling av høringssvarene lagt til grunn at det måtte gjøres en nærmere vurdering før standarden eventuelt kunne gjøres obligatorisk for private virksomhetsgrupper som fastleger, fysioterapeuter og avtalespesialister, samt for helseforvaltningen. Tjenestebasert adressering blir inntil videre *anbefalt* standard for disse virksomhetsgruppene.

For følgende virksomhetsgrupper er standarden obligatorisk jf. § 4 annet ledd:

Ved registrering av elektroniske adresser i adresseregisteret og ved adressering av meldinger skal tjenestebasert adressering benyttes, etter kravene i HIS 1153-1:2016, HIS 1153-2:2016 og HIS 1153-3:2017. Dette gjelder for helseforetak, private sykehus, virksomheter som yter medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester som nevnt i [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a](#) første ledd nr. 2, og virksomheter som yter tjenester som nevnt i [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2](#) første ledd nr. 1 til 3 og nr. 5 til 7.

§ 4 inneholder også krav om at alle virksomheter som er tilknyttet Helsenettet ved avtale med Norsk helsenett SF, skal sørge for å ha oppdatert informasjon om virksomhetens elektroniske adresser og annen relevant kontaktinformasjon i adresseregisteret i Helsenettet.

1.2 Gjennomføring av utredningen

Utredningen ble ledet av Direktoratet for e-helse og bestod av fagpersoner innen samfunnsøkonomi, informatikk, juss og helse. En representant for legeforeningen deltok på møter i arbeidsgruppen og Norsk helsenett bidro med intervjuene.

Det ble etablert en styringsgruppe for å sikre felles forståelse og forankring av metode i utredningen. Styringsgruppen var satt sammen av representanter fra Legeforeningen, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

Styringsgruppen har regelmessig blitt orientert om status i arbeidet. Den har gitt tilslutning til metode, innsamlet informasjon, hovedfunn og forslag til konsept og tiltak. Helsedirektoratet og Legeforeningen har også gitt innspill om aktuelle informanter i private virksomheter som fastlege, avtalespesialist og fysioterapeut.

1.2.1 Utredningsmetode

Utredningen er en forenklet samfunnsøkonomisk analyse og følger utredningsinstruksen [9] og Finansdepartementets rundskriv R109/21 for prinsipper og krav ved utarbeidelser av samfunnsøkonomiske analyser [10].

1.2.2 Intervju og informasjonsinnhenting

Det ble gjennomført over 40 semistrukturerte intervju med relevante brukere fra ulike virksomhetsgrupper og regioner for å sikre en representativ deltakelse. Deltakerne hadde ulik faglig bakgrunn med både helsefaglig og teknisk kompetanse. Alle som deltok fikk tilsendt referat fra intervjuet for korrigerende og godkjenning.

Intervjuene fokuserte på brukerreisen til de som sender og mottar meldinger til og fra private virksomheter. Informantene beskrev så detaljert som mulig hva de gjør for å finne riktig

mottaker og sikre at meldingen kommer korrekt frem. De beskrev hvilke steg de utførte og hvem i virksomheten som gjør hva. Tilsvarende ble det beskrevet hvilke steg som må gjøres på mottakersiden, dvs. hva de gjør for å sikre at meldingene blir håndtert korrekt.

Beskrivelsene til deltakerne ble fulgt opp med utdypende og konkrete spørsmål. Dette ble gjort for å sikre at direktoratet hadde en korrekt forståelse av det som gjøres og prosessene som oppstår. Deltakerne ble også spurt om å estimere tid og hyppighet for de manuelle prosessene som de beskrev. De ble også spurt om Adresseregisteret og utfordringer med tilganger og taushetsplikt. Intervjuguide og opplysninger om informanter finnes i

"Vedlegg A Intervju".

Det har også vært flere møter med Helfo/Helsedirektoratet om fastlegeordningen [11], samt Norsk helsenett om Adresseregisteret, statistikk og meldingsutveksling.

1.2.3 Juridiske rammer for utredningen – taushetsplikt og personvern

Etter anbefaling fra styringsgruppen tok Direktoratet for e-helse initiativ til dialog om juridiske avklaringer med Helsedirektoratet og Legeforeningen. Målet var å få klarhet i uenigheter og utfordringer og å få en felles forståelse for hva tjenestebasert adressering innebærer. Et viktig tema var om tjenestebasert adressering tilfredsstiller kravene til taushetsplikt.

Spørsmål om taushetsplikten har også tidligere tatt opp som tema i forbindelse med tjenestebasert adressering. I 2019 sendte Direktoratet for e-helse spørsmål om taushetsplikten til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet sendte vurderingene i et notat 06.12.19, "Juridiske problemstillinger ved innføring av nasjonal standard for tjenestebasert adressering". Arbeidsgruppen har lagt disse vurderingene til grunn i arbeidet med utredningen.

Legeforeningen har i notat 18.05.21 beskrevet innvendinger mot Helsedirektoratets vurdering, og særlig påpekt at tjenestebasert adressering:

- "utfordrer taushetsplikten og er i strid med prinsipper om minimering av personvernulemper, samt at ordningen ikke ivaretar lovfestede pasientrettigheter. Vi er også bekymret fordi TBA innebærer en flytting av administrative oppgaver til en fastlegeordning i krise, og som allerede er belastet med for mange oppgaver."

Innvendingene fra Legeforeningen er p.t. ikke vurdert på nytt av Helsedirektoratet av kapasitetsårsaker på grunn av koronaarbeid. Det er likevel arbeidsgruppens vurdering at adresseringsmetoden ikke er avgjørende for hvordan taushetsplikt og personvern blir ivaretatt i meldingsutvekslingen. Dette er i tråd med vurderingene til Helsedirektoratet. Taushetsplikt og personvern kan i prinsippet ivaretas fullt ut både ved personbasert adressering og tjenestebasert adressering, forutsatt at mottakeren har gode rutiner og at IT-systemene har funksjonalitet for å ivareta taushetsplikten.

Det sentrale er at dataansvarlig i virksomheten er forpliktet til å etablere nødvendige og tilstrekkelige rutiner og funksjonalitet for formidling av opplysningene og et system for tilgangsstyring som sikrer at informasjonen rutes dit den skal. Informasjonen skal være tilgjengelig for den som har et tjenstlig behov for den og utilgjengelig for andre. Dette gjelder uavhengig av adresseringsmetode.

Se *Vedlegg B Juridiske rammer* for nærmere omtale av virksomhetens ansvar og rammene for behandling av opplysninger.

2 Elektronisk meldingsutveksling i dag

I 2020 ble det sendt nesten 200 millioner medisinske elektroniske meldinger mellom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten [12]. Meldingsutveksling er den viktigste samhandlingsformen mellom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, og mellom helse- og omsorgstjenesten og andre som f.eks. NAV, Helfo, Folkehelseinstituttet og Norsk pasientregister.

2.1 Omfang av meldingsutveksling i helse- og omsorgstjenesten

Utredningen ser på mange-til-mange-meldinger der private virksomheter er mottaker og/eller avsender. Dette er elektroniske meldinger som benyttes for å formidle helseopplysninger mellom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, som f.eks. Henvisning og epikrise.

Virksomhetstyper som sender flest meldinger

Totalt ble det sendt over 47,8 millioner mange-til-mange-meldinger fra de aktuelle virksomhetstypene i 2020. Helseforetak og private sykehus sendte samlet sett flest meldinger, se Tabell 2.

Tabell 2 Elektroniske meldinger fra virksomheter i 2020. Kilde: NHN Meldingsteller

	Antall meldinger	Andel av totalen
<i>Fastlege og annen privat virksomhet</i>	9,83 millioner	21%
<i>Helseforetak og private sykehus</i>	25,55 millioner	53%
<i>Kommune og interkommunal virksomhet</i>	5,47 millioner	11%
<i>Private laboratorier og røntgeninstitutt</i>	6,97 millioner	15%

Virksomhetstyper som mottar flest meldinger

De samme virksomhetstypene mottok 50,8 millioner mange-til-mange-meldinger fra de aktuelle virksomhetstypene i 2020. Fastlege og annen privat virksomhet mottok flest elektroniske meldinger, totalt 66 % av meldingene. Oppsummering er vist i Tabell 3.

Tabell 3 Elektroniske meldinger til virksomheter i 2020. Kilde: NHN Meldingsteller

	Antall meldinger	Andel av totalen
<i>Fastlege og annen privat virksomhet</i>	33,41 millioner	66%
<i>Helseforetak og private sykehus</i>	7,38 millioner	15%
<i>Kommune og interkommunal virksomhet</i>	7,74 millioner	15%
<i>Private laboratorier og røntgeninstitutt</i>	2,29 millioner	4%

2.2 Tilgang til adresseinformasjon ved meldingsutveksling

Tilgang til korrekt adresseinformasjon er en forutsetning for en sikker og effektiv meldingsutveksling. Det er to registre som er viktige informasjonskilder for å finne korrekt informasjon: Adresseregisteret og Fastlegeregisteret.

2.2.1 Adresseregisteret

Adresseregisteret er et felles nasjonalt register for presis adressering ved utveksling av helseopplysninger som sendes elektronisk eller per post innen helse- og omsorgssektoren [1]. Adresseregisteret inneholder informasjon for å identifisere ulike mottakere og avsendere. Dette gjelder først og fremst utveksling av elektroniske meldinger, men også postforsendelser.

Det følger av forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger at alle virksomheter må sørge for at de elektroniske adressene som brukes til meldingsutveksling er korrekte². Dette betyr at det er den enkelte virksomhet sitt ansvar å vedlikeholde egen informasjon slik at den er riktig. Dette inkluderer også å deaktivere oppføringer i Adresseregisteret som ikke lenger er gjeldende.

Omfanget av personbaserte registreringer i Adresseregisteret

Gjennomgang av Adresseregisteret og informasjon fra informantene viser at det er uklart praksis for hvem som registreres med elektronisk adresse for private virksomheter. Noen virksomheter registrerer kun navn på leger, mens andre registrerer navn på alle ansatte med HPR-nummer som vikarer, turnusleger, sykepleiere, helsesekretærer osv.

I 2020 var det 17 098 personbaserte oppføringer i Adresseregisteret. De fleste personbaserte oppføringene var leger (10 000), fysioterapeuter (3427) og tannleger (1784). Annet helsepersonell som hadde flere enn 100 oppføringer var helsesekretærer, kiropraktorer, psykologer, sykepleiere og tannpleiere.

De personbaserte registreringene er fordelt på 4569 virksomheter. Ca. 12 % av personbaserte oppføringer er duplikater, det vil si at samme person er registrert med navn på to eller flere virksomheter. Noen personer er oppført med navn flere ganger i samme virksomhet.

For fastleger har det kommet frem at 23% av fastlegevirksomhetene kun har oppført lege med hjemmel i Adresseregisteret³. Dette betyr at de allerede i dag oppfyller kravene i standard for tjenestebasert adressering.

Integrasjon mellom Adresseregisteret og fagsystemene

Alle aktørene dvs. helseforetak, kommuner og private virksomheter har lokale adresseregistre i EPJ-systemene. Ved sending av meldinger velges mottakeradressene normalt fra lokale adresseregistre, ikke via direkte oppslag i Adresseregisteret. De lokale registrene er basert på Adresseregisteret, men det varierer hvor integrert Adresseregisteret

² § 4. Krav om oppdatert adresseinformasjon mv. Alle virksomheter som er tilknyttet helsenettet ved avtale med Norsk helsenett SF, skal sørge for å ha oppdatert informasjon om virksomhetens elektroniske adresser og annen relevant kontaktinformasjon i adresseregisteret i helsenettet.

³ Statistikk hentet ut ved å sammenlikne Fastlegeregisteret og Adresseregisteret. I stor grad omfatter dette legekantor med få fastleger.

er med det lokale adresseregisteret i EPJ-systemene. Dette er stort sett avhengig av systemleverandør, men de fleste systemene har synkronisering mellom det lokale registeret og Adresseregisteret en gang i døgnet.

2.2.2 Fastlegeregisteret

Helfo administrerer fastlegeordningen i IT-systemet FLO. Saksbehandlere og telefonveiledere i Helfo bruker FLO til å registrere opplysninger om leger, vikarer, legekontorer, pasientlister osv. Disse opplysningene er master for Fastlegeregisteret.

Fastlegeregisteret inneholder informasjon om fastleger, fastlegeavtaler og legekontor. Registeret viser også vikarer i fastlegetjenesten og hvem som er fastlege for den enkelte innbygger. Kommunen organiserer fastlegeordningen og inngår avtale med lege om deltakelse [13]. Kommunen melder inn endringer til Helfo.

Helsepersonell kan gjøre oppslag på pasientens fødselsnummer/d-nummer i Fastlegeregisteret og få opplysninger om pasientens fastlege og/eller vikarlege. Ved ubesatt hjemmel vil oppslaget i Fastlegeregisteret returnere "Liste uten fast lege".

Tilgang til registeret kan være via EPJ-systemet, webløsning eller en robotløsning som synkroniserer endringer i Fastlegeregisteret med lokalt adresseregister.

Helse- og omsorgsdepartementet har publisert Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 – 2024 [14]. Helsedirektoratet har ansvar for utvikling av foreslåtte tiltak, bl.a. finansiering og takstsystemene. Endringer kan ha betydning for opplysninger i fastlegeordningen, som igjen kan ha konsekvenser for hvilke opplysninger om fastlegeordningen som Fastlegeregisteret kan inneholde [15].

Bruk av Fastlegeregisteret

Helsepersonell i helseforetak har tilgang til Fastlegeregisteret via EPJ-systemet, og kan gjøre direkte oppslag på hvem som er pasientens fastlege basert på pasientens fødselsnummer/d-nummer.

I de fleste kommuner kan ikke helsepersonell gjøre oppslag i Fastlegeregisteret via EPJ-systemet, men enkelte kommuner har tatt i bruk en webløsning der de kan gjøre oppslag.. Kommunene må melde endringer til fastlegeordningen til Helfo når fastlegeavtaler inngås eller avsluttes. En lege kan ha flere fastlegehjemler, men kun én per kommune. Når en hjemmel er ubesatt, settes "Liste uten fast lege" hvis kommunen ikke melder inn navn på ny hjemmelshaver.

Legekontor i fastlegetjenesten har varierende tilgang til Fastlegeregisteret via EPJ-systemet, avhengig av hvem som er systemleverandør.

Fastlegeregisteret kan ikke benyttes for å finne navn på helsepersonell i andre kategorier som for eksempel avtalespesialister, psykologer, fysioterapeuter, tannleger m.fl.

Pasienter melder selv fastlegebytte til Helfo og kan maks bytte to ganger per år. Fastlegeregisteret oppdateres og distribueres den 1. i hver måned.

Statistikk fra Helsedirektoratet viser at mange bytter fastlege [16]. Totalt var det 1 049 743 legebytter i 2020. Dette betyr at nesten 20 % av innbyggerne byttet fastlege i løpet av 2020. Dette skjer ofte etter ønske fra pasienten (448 844 bytter i 2020, ca. 8,3 % av deltakerne i fastlegeordningen), men det skjer også som følge av endring i fastlegehjemler (600 899 bytter i 2020).

Det er en økning i antall ubesatte fastlegehjemler: 3,5 % pr. 31.12.2020 mot 2,5 % i 2019. Og det er flere pasienter som ikke har fastlege: Pr. 31.12.2020 har 2 % av innbyggerne plass på liste uten lege. Ett år tidligere var andelen 1,4 %.

2.2.3 Vedlikehold av adresseinformasjon

I flere virksomheter er det uklart hvem som har ansvar for at opplysningene i både de lokale adresseregistrene og i Adresseregisteret er korrekte. Det er for eksempel usikkerhet om det er leverandøren eller virksomheten som har dette ansvaret. Mange virksomheter og helsepersonell har et perifert forhold til bruk og oppslag i Adresseregisteret.

Vedlikehold og oppdatering av register med adresseinformasjon er krevende. Når det er flere registre med overlappende informasjon, er det risiko for at registrene ikke er i samsvar. Manglende integrasjon mellom lokale adresseregister, Fastlegeregisteret og Adresseregisteret kompliserer bildet. Enkelte EPJ-leverandører tilbyr kundene automatisk oppdatering av Adresseregisteret ved endringer av personellsituasjonen i virksomheten. Det synes imidlertid å være uklare ansvarsforhold mellom virksomhet og leverandør når det gjelder hvem som skal bestille og utføre oppdateringen av Adresseregisteret.

2.3 EPJ-system

Systemleverandørene leverer løsninger for pasientjournal og samhandling som brukes i meldingsutvekslingen. Helseopplysninger om pasienter håndteres i EPJ-systemet, og det er gjennom EPJ-systemet at helsepersonell får tilgang til slike helseopplysninger. Dette gjelder også helseopplysninger som mottas gjennom meldingsutveksling. Det er i EPJ-systemet at en melding blir produsert og gjort klar for sending.

Alle EPJ-leverandører oppgir at tilganger til EPJ-systemet, dvs. lese, skrive, rette, slette og så videre, gis basert på roller og tjenstlig behov for helsepersonell som jobber i virksomheten. Det er ingen av representantene i intervjuene, inkludert legene, som sier at tilganger og ivaretagelse av taushetsplikt i virksomheten er problematisk.

I EPJ-systemet logges åpning, lesing, utskrift og skriving. Loggene er tilgjengelige som rapporter. I alle EPJ-systemene er det mulig å sperre en hel journal eller deler av den for innsyn. Det er ikke mulig for avsenders EPJ-system å legge sperrer på en sendt melding, slik at den bare kan åpnes av en bestemt person i mottakende virksomhet. Det er dermed funksjonalitet i EPJ-systemet til mottakeren som må sørge for at bare helsepersonell med tjenstlig behov får tilgang til relevante helseopplysninger.

2.4 Prosesser ved elektronisk meldingsutveksling

Det er til dels store forskjeller i hvordan de forskjellige aktørene har organisert arbeidet med meldingsutveksling. Helseforetak, kommuner og til dels private sykehus har egne enheter og personell som har ansvar for IKT-driften og forvaltning av systemene. Dette inkluderer oppdatering av Adresseregisteret og overvåkning av meldingstrafikken. Private virksomheter har i mindre grad etablert et slikt støtteapparat. Meldingsovervåkning omfatter blant annet kontroll av transportkvitteringer og applikasjonskvitteringer.

Applikasjonskvittering [17] er en obligatorisk standard i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 5 første ledd nr. b. Standarden brukes for å bekrefte at en melding er mottatt og kan leses av mottakende fagsystem, eller varsle om feil i forbindelse med mottaket. En applikasjonskvittering kan være positiv, negativ eller manglende.

Positiv applikasjonskvittering betyr at ansvarlig helsepersonell kan behandle mottatt melding. Negativ applikasjonskvittering betyr at meldingen har feilet i mottaket og ikke kan behandles

videre. Ved manglende eller negativ applikasjonskvittering skal avsender iverksette tiltak for å identifisere hva som har gått feil i meldingsutvekslingen.

Tilbakemelding om feil i mottatt melding [18] er en obligatorisk standard i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 6 første ledd nr. 1. Den brukes for å varsle avsender av en melding om at mottakende virksomhet ikke kan eller skal behandle meldingen. Meldingen skal brukes for å varsle om feilsending eller teknisk feil med en melding som ikke fanges opp av negativ applikasjonskvittering og som er oppdaget etter at positiv applikasjonskvittering er sendt.

2.4.1 Valg av mottaker ved sending av meldinger

I helseforetak jobber ofte flere helsepersonellgrupper med å finne rett mottaker av en melding, spesielt helsesekretærer. Alle helseforetak har tilgang til Fastlegeregisteret og har faste prosedyrer for å gjøre oppslag i det for å finne ut hvem som er fastlege til en pasient. Etter å ha funnet fastlegen i Fastlegeregisteret velges han/henne som elektronisk adresse det lokale adresseregisteret. Dette gjøres selv om helseforetaket har lagret adresseopplysninger om mottakeren allerede, for eksempel fra henvisningen.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har ikke samme mulighet til å gjøre oppslag mot Fastlegeregisteret pga. manglende tilgang. Helsepersonell som produserer innholdet i en melding, velger også mottaker fra lokalt adresseregister og sender meldingen.

Avtalespesialister sier at det kan være utfordrende å finne rett mottaker, spesielt hvis pasienten har byttet fastlege. De må da ringe pasienten og spørre hvem som er fastlege før en elektronisk melding kan sendes. Adressering av meldinger til helseforetak oppgis å være enkelt fordi de er registrert som tjenester i Adresseregisteret.

Fastleger og annet helsepersonell synes det er enkelt å finne mottakere som er registrert som tjenester i Adresseregisteret, når de skal sende meldinger. De opplever at det kan være utfordrende å finne rett mottaker når de ikke er kjent med helsepersonell i virksomheter som er registrert som personer i Adresseregisteret.

Ingen av informantene i denne utredningen har fremhevet ønsker om at LIS1, vikarer, sekretærer, sykepleiere m.fl. må være registrert i Adresseregisteret.

2.4.2 Mottak av meldinger

Meldinger til helseforetak, private sykehus, avtalespesialister og kommunale helse- og omsorgstjenester

Meldinger til helseforetak og kommunale helse- og omsorgstjenester er adressert til tjenester i virksomheten. Behandling av innkomne meldinger medfører ofte manuell behandling avhengig av virksomhetens kompleksitet, vaktordninger, turnus, organisering og så videre. Disse virksomhetene har etablert interne rutiner og prosedyrer for hvordan det skal gjøres.

Helseforetak, private sykehus og avtalespesialister starter som regel med å følge opp en pasient etter at de har mottatt en henvisning om pasienten. Selv om henvisningen skulle være adressert til en person, for eksempel i et privat sykehus eller en avtalespesialist, rutes meldingen manuelt. Som oftest vil en helsesekretær sende den videre til behandleren som skal vurdere henvisningen.

Meldinger til fastlegekontorer

Ved fastlegekontorer kommer meldinger automatisk i "innboksen" i EPJ-systemet til legen som meldingen er adressert til, under forutsetning av at det tidligere er opprettet en

elektronisk pasientjournal på pasienten. Meldinger kan derfor komme i innboksen til tidligere ansatte.

Hvis pasienten eller mottakeren er ukjent må meldingen behandles manuelt. Det er ulik praksis for hvordan legekantorene behandler denne type meldinger, men helsesekretærene har ofte ansvar for manuell behandling av innkomne meldinger. Hvis pasienten er listepasient hos en annen fastlege ved legekantoret, rutes meldingen manuelt til denne fastlegens "innboks". Hvis meldingen er feilsendt, dvs. at pasienten ikke er listepasient hos noen ved legekantoret, kan meldingen bli slettet av legekantoret. I varierende grad gis det tilbakemelding til avsender om at meldinger er feilsendt. Det er vanligste er at det ikke gis noen tilbakemelding til avsenderen.

2.4.3 Årsaker til feil i meldingsutvekslingen

Feil i meldingsutvekslingen kan i stor grad relateres til utfordringer for avsender med å finne korrekt adresseinformasjon på mottaker. Grunnen til det kan f.eks. være at leger har flere oppføringer eller at helsepersonell i andre roller enn leger er registrert i Adresseregisteret.

Dagens praksis med personbasert oppføring i Adresseregisteret medfører derfor betydelig ressursbruk for helseforetak. De får vesentlig merarbeid både ved sending og mottak av meldinger, samt ved oppfølging av feil i meldingsutvekslingen.

Hvis avsenderen ikke kjenner til personene i en privat virksomhet som bruker personbasert registrering i Adresseregisteret, har man følgende muligheter:

- Ringe den private virksomheten for å få kontaktopplysninger før det kan gjøres oppslag i Adresseregisteret eller i lokalt adresseregister
- Ta utskrift av meldingen og sende per post til virksomheten
- Velge en vilkårlig person i Adresseregisteret eller i det lokale adresseregisteret som er registrert på den private virksomheten

Leger som har flere oppføringer i Adresseregisteret

Flere oppføringer av en lege i Adresseregisteret, det vil si en lege som er tilknyttet flere virksomheter, kan medføre at en velger feil mottaker når en melding skal sendes. Ved ubesatte hjemler i fastlegetjenesten er det problematisk å velge mottaker fordi avsender ikke vet hvilken person som kan være rett mottaker. Dette kan medføre at avsender velger en tilfeldig mottaker. Bytte av fastlege fører også til feilsendinger.

Vikarleger, helsesekretærer, sykepleiere m.fl. i Adresseregisteret

Praksisen med at fastlegekontor også registrerer annet helsepersonell i Adresseregisteret er utfordrende. Avsenderen har ikke mulighet til å vite eller kontrollere rollene som disse personene, dvs. vikarleger, helsesekretærer, sykepleiere m.fl. har i en virksomhet. Manglende oppdatering av register med adresseinformasjon, for eksempel leger som har sluttet, er også en kilde til feilsendinger.

Feilsendinger

Hvis avsenderen får varsel om at en melding er feilsendt må det brukes ekstra ressurser på å finne korrekt mottaker. Dette kan føre til forsinket oppfølging av pasienten og unødvendig tidsbruk. Forsinket helsehjelp til pasienten kan påvirke pasientsikkerheten.

Noen ganger får ikke avsenderen tilbakemelding om at en melding er feilsendt. Dette er også en trussel mot pasientsikkerheten.

Taushetsplikten kan brytes ved at en virksomhet som ikke har ansvar for oppfølging av helsehjelp til pasienten feilaktig mottar en melding.

2.5 Systemleverandører til private virksomheter

Leverandørene sier at de støtter både tjeneste- og personbasert adressering i sine EPJ-systemer. Én leverandør sier at de ikke kan støtte samtidig bruk.

EPJ-leverandører til private virksomheter støtter ikke i dag korrekt automatisk ruting av innkomne meldinger til helsepersonell som har ansvar for å behandle en gitt pasient. Korrekt automatisk intern ruting av mottatt melding forutsetter funksjonalitet i EPJ-systemet som er basert på pasientens ID. Dette vil sikre at meldingen rutes til den som er tildelt ansvar for pasienten.

2.5.1 EPJ-løftet

EPJ-løftet [19] er et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, Legeforeningen og EPJ-leverandører. Protokollen for EPJ-løftet beskriver flere tiltak som er relevante for adressering av meldinger, blant annet oppgavekontroll og fastlegeknappen.

Oppgavekontroll

Oppgavekontroll er et tiltak for strukturering av oppgaver i innboksen til legene. Det ivaretar noe funksjonalitet for å støtte tjenestebasert adressering.

Tiltaket innebærer en oversikt over oppgaver som skal følges opp. Tiltaket inkluderer også automatisk ruting av innkomne meldinger til helsepersonell som har oppfølgingsansvar for pasienten. Dette var planlagt i budsjettet til EPJ-løftet for 2021. I anbudsrunderen i 2019 for deler av samme funksjonalitet estimerte fire leverandører at utvikling ville koste totalt 4 millioner.

Det er viktig at EPJ-systemene får funksjonalitet for oppgavekontroll. Dette gjelder uavhengig av om tjenestebasert adressering blir innført for private virksomheter eller ikke.

Fastlegeknappen

Kravspesifikasjonen til Fastlegeknappen [20] ble utarbeidet av et prosjekt i EPJ-løftet. Bakgrunn for kravspesifiseringen er at det er tidkrevende for legene å finne hvem som er fastlege til en gitt person og kontaklinformasjon til fastlegen. Dette gjelder både når for sending av elektroniske meldinger og når det skal kommuniseres gjennom andre kanaler med disse.

Fastlegeknappen er en spørretjeneste der opplysninger om pasientens fastlege hentes fra fastlegeordningen, og fastlegens kontaklinformasjon, inkl. HER-id, hentes fra Adresseregisteret.

Ved søk i tjenesten Fastlegeknappen blir relevante adresseringsopplysninger om pasientens fastlege returnert. Det gjøres uten at man behøver foreta et eksplisitt søk på en bestemt person eller virksomhet i Adresseregisteret.

3 Problembeskrivelse av dagens praksis

Hovedfunn fra innsiktsfasen er at dagens adressering av elektroniske meldinger og oppfølging av feilsendte meldinger er ressurskrevende for helse- og omsorgstjenesten, spesielt for helseforetakene.

Personbasert adressering synes å medføre ekstra ressursbruk og er en kilde til feil i meldingsutvekslingen.

3.1 Hovedfunn

Det er to hovedproblemer med dagens praksis:

- 1) Meldinger blir sendt til feil mottaker
- 2) Meldinger blir forsinket eller liggende ubehandlet

3.1.1 Meldinger blir sendt til feil mottaker

Det er ulike årsaker til at meldingene blir sendt til feil mottaker:

Mottakeren er ukjent

- **Ubesatte hjemler:** Pasienten tilhører en fastlegeliste med ubesatt hjemmel. Adressen "Fastlege, liste uten fast lege" er ikke registrert på legekantoret som pasienten bruker. Avsenderen må velge en tilfeldig mottaker ved virksomheten.
- **Henvisningen er sendt av en legevikar eller LIS1:** Dette er ofte midlertidige stillinger. Adresseinformasjonen i henvisningen er ikke en sikker kilde til korrekt adresseinformasjon hvis det skal sendes en epikrise eller annen melding i retur.
- **Sammenblanding av roller som fastlege og legevaktlege:** Avsenderen kan bruke adresseinformasjon fra en tidligere mottatt henvisning der henviser er oppført som person. For eksempel kan den kommunale legevaktstjenesten bruke et EPJ-system som er tilknyttet et fastlegekontor. Adresseinformasjon i henvisningen fra legevakten kan bli oppfattet som en henvisning fra en fastlege ved dette legekantoret, selv om henvisende legevaktlege ikke er registrert der. Hvis helsepersonellet som svarer på henvisningen sender epikrisen tilbake til samme adresse vil meldingen kunne sendes til et fastlegekontor der verken legevaktlegen eller pasienten har tilknytning.

Feil i adresseregistre

- **Adresseregisteret er ikke oppdatert med korrekt informasjon.** Et eksempel på dette er at ansatte som har sluttet ikke er deaktivert i Adresseregisteret. Endringer av ansettelsesforhold i en virksomhet skjer hyppigere enn endringer av andre organisatoriske forhold. Dette er spesielt aktuelt for vikarer i midlertidige stillinger.
- **Lokale kopier av Adresseregisteret blir ikke synkronisert** hyppig nok
- **Manglende integrasjon** mellom Adresseregisteret, lokale adresseregister og Fastlegeregisteret
- **Uklart for virksomheten at de har ansvar for å oppdatere Adresseregisteret.** Det synes mer problematisk for små, private virksomheter som har:
 - lite bevisst forhold til at de selv har plikt til å oppdatere registeret
 - lite bevisst forhold til hva og hvem som er registrert

- lite kjennskap til hvordan det skjer og hvem som gjør det
- uavklarte ansvarsforhold mellom systemleverandør og virksomheten

Mange personregistreringer i Adresseregisteret gjør det vanskelig å finne rett mottaker

- **Adresseregisteret inneholder mange kategorier av helsepersonell** som gjør det uoversiktlig og vanskelig å finne rett mottaker
- **En person kan være oppført flere ganger i Adresseregisteret**, men på ulike virksomheter. Dette kan medføre at meldingen sendes til feil virksomhet.

Manglende mulighet til å kontrollere om riktig adresseinformasjon er funnet

- **Kun pasientrelasjon fastlege-pasient er mulig å kontrollere** i Fastlegeregisteret.
- **Ikke alle har mulighet til å kontrollere hvem pasientens fastlege er** i Fastlegeregisteret.
- **Flere kommuner har ikke tilgang til Fastlegeregisteret**, verken via EPJ-systemet eller web-løsning.
- **Legekantor i fastlegetjenesten har varierende tilgang til Fastlegeregisteret** via EPJ-systemet, avhengig av hvem som er systemleverandør.

3.1.2 Meldinger blir forsinket eller liggende ubehandlet

Årsaken til at meldingene blir forsinket eller liggende ubehandlet er at det mottakende systemet tar inn en feilsendt melding og sender positiv applikasjonskvittering til avsenderen uten å gi avsenderen beskjed om feilsendingen. Dette kan komme av at:

- **Fastlegen har sluttet, men er fortsatt registrert i EPJ-systemet.** En grunn kan være at virksomheten har behov for å sende oppgjør etter at personen har sluttet.
- **Pasienten har ikke lenger fastlege ved virksomheten**, men har fortsatt pasientjournal i systemet.
- **Mottakende virksomhet gir ikke tilbakemelding om at meldingen er feilsendt.** Dette kan for eksempel skje dersom fastlegen har sluttet og ingen overvåker meldingene i innboksen til denne legen.

3.2 Konsekvenser av at meldinger ikke kommer frem eller blir liggende ubehandlet

Konsekvenser av at elektroniske meldinger blir liggende ubehandlet i mottakende system eller at meldingene ikke kommer frem er mange. I *Tabell 4* oppsummerer vi de viktigste

konsekvensene for virksomheter som sender og mottar meldinger, pasienter og helsepersonell.

Tabell 4: Konsekvenser av at meldinger sendes feil eller blir liggende ubehandlet

Hvem blir berørt	Konsekvens	Beskrivelse
Avsender-virksomhet	Merarbeid og effektivitetstap	<p>Personbasert adressering medfører merarbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merarbeid før meldingen sendes for å hindre feilsending. <ul style="list-style-type: none"> ○ Ringe den private virksomheten for å få kontaktopplysninger før det kan gjøres oppslag i Adresseregisteret eller lokalt adresseregister ○ Ta utskrift av meldingen og sende per post • Oppfølging av feilsendte meldinger som kommer i retur • Avsender må bruke ekstra ressurser når applikasjonskvittering uteblir
Mottaker-virksomhet	Merarbeid og effektivitetstap	<p>Personbasert adressering medfører merarbeid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Når helsepersonell feilaktig mottar en melding i sin "innboks" må de bruke unødvendige ressurser på å behandle den. Dette betyr å gi tilbakemelding til avsender og eventuelt finne korrekt mottaker. • Merarbeid for å kontrollere at innbokser ikke inneholder ubehandlede meldinger til mottaker som ikke lenger har oppfølgingsansvar for pasient
	Risiko for brudd på taushetsplikt	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko for at sendt melding ikke kommer frem til mottaker som har ansvar for oppfølging av pasienten
Pasient	Redusert pasient-sikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko for at pasienten ikke får helsehjelp • Risiko for at pasienten får forsinket helsehjelp
	Redusert personvern	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko for at taushetsbelagte opplysninger gis til uvedkommende dersom meldingen sendes feil
Helse-personell som produserer meldingen	Redusert medarbeider-tilfredshet	<ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonell kan oppleve ubehag ved å være ansvarlig for valg av korrekt mottaker på sviktende grunnlag hvor de ender opp med å gjøre et tilfeldig valg av mottaker. • Helsepersonell opplever å være utrygg på om: <ul style="list-style-type: none"> ○ helseopplysninger kommer frem til riktig mottaker ○ de overholder taushetsplikten og helsepersonelloven
Helse-personell som mottar meldingen	Redusert medarbeider-tilfredshet	<ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonell kan oppleve å være utrygg på om: <ul style="list-style-type: none"> ○ de overholder taushetsplikten og helsepersonelloven når de får tilgang til helseopplysninger om en pasient som de ikke har ansvar for ○ de har tilgang til nødvendige helseopplysninger for å gi forsvarlig helsehjelp

3.3 Omfang av problemene ved feilsendinger

Omfanget av problemene er utfordrende å tallfeste og det mangler god statistikk for å beskrive omfanget for flere av problemene. Informantene har i den grad de har hatt mulighet sendt statistikk for en bestemt periode i deres virksomhet.

Helseforetakene sendte i 2020 ca. 8,5 millioner epikriser. Innsamlet statistikk tilsier at tall fra dokumententeret St. Olav er representative for helseforetakene. Dersom vi antar at 1% av disse meldingene krever merarbeid for å finne riktig adresse og 1% av meldingene krever merarbeid for oppfølging grunnet feilsending, og at det i snitt tar 5 minutter ekstra å behandle disse meldingene, vil det si at merarbeid for Helseforetakene er på over 14 000 timer per år. Dersom vi definerer ett årsverk til 1 695 timer, vil 14 000 timer tilsvare 8,3 årsverk.

Dette er et forsiktig estimat. Hvis tall fra Bergen Øyelegesenter legges til grunn hvor 2,35 % av meldingene krever merarbeid for å finne riktig adresse vil beregningene være mye høyere.

Andel feilsendinger i helseforetakene

Helse Vest IKT har for uke 37 i 2020 registrert at 1,26 % (131) av 10 364 sendte epikriser fra Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus hadde behov for manuell oppfølging. Årsaken var manglende applikasjonskvittering eller fordi meldingene var avvist. De fikk fem tilbakemeldinger om feil i mottatt melding.

Sykehuspartner i Helse Sør-Øst har rapportert for en fire ukers periode i 2020 (34, 35, 36, 37). OUS og SSHF (Sørlandet sykehus) sendte 124 753 epikriser hvorav 0,8 % (995) krevde manuell oppfølging. De fikk 232 tilbakemeldinger om feil i mottatt melding. Det har vært utfordrende å finne tallene (for mottak og sending), og tallene er heller ikke særlig sikre (mangelfulle rapporter fra DIPS). SSHF har innført prosedyrer for manuell kontroll som utføres av merkantilt personell av alle meldinger som sendes for å hindre feilsendinger.

Fra helseforetakene i Helse Nord ble det sendt 14 516 epikriser i perioden 8.9.2020 – 15.9.2020. Ved 1,2 % (173) av meldingene var det behov for manuell oppfølging.

For Helse Midt-Norge er det innhentet tall fra St. Olavs hospital. Dokumententeret ved St. Olavs hospital behandler og håndterer pasient- og saksdokumentasjon for St. Olavs hospital, og alle epikriser behandles av merkantilt personell før de sendes ut. Personell ved senteret har registrert årsaker til feilsendinger i uke 42 i 2020, samt en dag (14.10.2020) registrert epikriser som krever merarbeid for å finne riktig mottaker. Av 3700 epikriser var det totalt 94 feilsendinger noe som utgjør 2,54 %. 1,3 % (48) av feilsendingene er relatert til utfordringer med adressering som:

- Feil lege, men riktig legekantor
- Riktig lege, men feil legekantor (leger som er registrert ved flere legekantor)
- Feil lege og feil legekantor
- Henvisende lege og fastlege er registrert på samme legekantor
- Riktig lege og legekantor, men feil rolle (for eksempel henviser hadde legevaktstjeneste. Epikrise skal sendes til legevakt og ikke til fastlegekontoret som henviser tilhører)

De øvrige feilsendingene har årsaker som "*Pasient er ikke registrert i mottakersystemet (for eksempel pasient har byttet fastlege*", eller "*Pasient har 1.gangshenvisning til avtalespesialist*" (9), Feil kommune (8), Fødselsepikrise (25), Ønsker ikke kopi (sendt til kommune, pasienten er ikke bruker av tjenesten) (5).

Dokumentsenteret ved St. Olavs hospital sendte 736 epikriser den 14.10.2020. De registrerte at for 1,5 % (11) av epikrisene måtte det gjøres en ekstra innsats på for å finne riktig mottaker fordelt på to årsaker

- *Personen, dvs. mottaker er ikke tilknyttet fastlegekontrakt* (2)
- Oppslag på pasienten i Fastlegeregisteret gir "*Liste uten fast lege*" (9)

De anslår grovt (med stor usikkerhet) at det i gjennomsnitt tar 5 minutter ekstra per melding for å behandle disse meldingene.

Andel feilsendinger i kommunene

Det foreligger ikke noe statistikk fra kommunene om feilsendinger. Stavanger rapporterer at det i august 2020 ble sendt 1878 meldinger. 40 av disse mangler applikasjonskittering. De bruker ca. 1/2 stilling til oppfølging av meldinger (transportkittering eller at meldinger feiler ved sending) og ca. 1/8 stilling bruker meldingsansvarlig for oppfølging av manglende og feil i applikasjonskittering.

Andel feilsendinger for fastlegene

For fastlegene er statistikken mangelfull.

- Tillertorget Legesenter har registrert at de i uke 43 mottok 14 meldinger på ukjent pasient hvorav 5 omhandler pasient som ikke skal benytte/benytt fastlegetjeneste ved legesenteret. 9 meldinger omhandler pasient som skal benytte fastlegetjeneste ved legesenteret (nye pasienter som har byttet fastlege, nyfødte der mor benytter fastlege ved legesenteret).
- Austevoll Legesenter registrerte 14.10.2020 at 2 av 108 innkomne meldinger var feilsendt.
- Lillestrøm Legesenter (8 fastleger, 4 vikarer): Foreligger ikke statistikk for antall innkomne meldinger, men helsesekretær behandler manuelt 0-25 innkomne meldinger per dag.

Andel feilsendinger avtalespesialister

Bergen Øyelegesenter sendte 1829 epikriser i perioden 10.1.2021 - 1.2.2021. 2,64 % (47) av epikriser har en eller annen type feil. 2,35 % (43) av feilene ser ut til å være relatert til adressering; *Pasient finnes ikke i mottakersystemet* (28), *Feil indikator på mottaker* (org.nr., HPR-nummer, HER-id etc.) (6), *Mottaker eksisterer ikke i mottakersystemet* (6), *Mottaker blokkert* (3).

3.4 Hva vi vil oppnå for å forbedre meldingsutvekslingen

Det er utfordringer og feil i den digitale samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten som kan relateres til at personbasert adressering benyttes. Problemene som er beskrevet, danner utgangspunkt for hvilke mål som skal oppnås med de foreslåtte tiltakene i kapittel 4.

Samfunns mål for elektronisk meldingsutveksling:

Elektronisk meldingsutveksling skal bidra til god folkehelse og skal være trygt å bruke.

Effektmål for elektronisk meldingsutveksling:

1. Bidra til at taushetsbelagte opplysninger behandles på forsvarlig måte
2. Bidra til at pasienten får forsvarlig helsehjelp
3. Bidra til redusert ressursbruk ved adressering av meldinger som skal sendes til private virksomheter i helse- og omsorgstjenesten

4 Tiltak som kan bidra til å løse identifiserte problemer

4.1 Innføring av tjenestebasert adressering for private virksomheter

Standarden for Tjenestebasert adressering inneholder krav til hvordan aktørene skal registrere sine elektroniske adresser i Adresseregisteret. Ved tjenestebasert adressering skal meldinger adresseres til standardiserte adresser, omtalt som tjenestetyper. Bruk av standarden innebærer at adressering av meldinger skjer på tjenester på virksomhetsnivå, og ikke direkte til enkeltpersoner.

Del 3 av standarden inneholder krav til bruk av tjenestetypene. Navnet på en adresse vil være gitt av tjenestetyper definert i nasjonale kodeverk til formålet⁴. Standarden beskriver hvordan virksomheter skal registrere navn på egne adresser (kommunikasjonsparter) ut fra hvilken virksomhetstype de er (helseforetak/private sykehus, kommunal og interkommunale virksomheter, fastlege og annen privat aktør som yter helsehjelp, privat røntgeninstitutt, privat laboratorium, tannlege/tannhelse m.fl.).

Norsk helsenett publiserer veiledere for hvordan kundene skal registrere sin virksomhet og sine adresser (kommunikasjonsparter) i Adresseregisteret. Figur 1 illustrerer bruk av tjenestetyper for en privat virksomhet.

The screenshot shows the registration page for 'Norsk Helsenett Helsehus'. The interface is divided into several sections:

- Organisasjonsinformasjon:** Includes fields for 'Visningsnavn', 'Organisasjonsnavn', 'Organisasjonsnummer', 'Cyldighet', 'Virksomhetstype', 'Telefonnummer', and 'Hjemmeside'.
- Besøksadresse:** Includes 'Gateadresse' and 'Postnummer og sted'.
- HER-id:** 8135294
- CPPA:** With links for 'Vis CPPA' and 'Vis CPA-liste'.
- Kommunikasjonsparter:** A table listing communication partners with columns for 'Navn', 'Meldingsformat', and 'HER-id'. The table contains three entries: 'Allmenn tannhelse (offentlig og privat)', 'Fysioterapi', and 'Jordmortjeneste'. A red circle highlights this section.
- Buttons:** 'LEGG TIL' and 'INKLUDER OPGÅTTERTE' are visible below the table.

On the right side, there is a text box explaining the service area and listing the communication partners:

En virksomhet «Norsk Helsenett Helsehus» tilbyr tjenester for flere helsehjelpsområder. Hvert helsehjelpsområde benytter eget EPJ-system.

Kommunikasjonsparter for denne virksomheten registreres med tre tjenestetyper:

- Allmenn tannhelse (offentlig og privat)
- Fysioterapi
- Jordmortjeneste

En elektronisk melding som adresseres til et helseområde kommer inn i det aktuelle EPJ-systemet, og blir tilgjengelig for helsepersonell mottatt melding er aktuell for.

Figur 1 Eksempel på registrering av private virksomheter i Adresseregisteret⁵

For fastlegene vil betegnelsen på adressen (dvs. kommunikasjonsparten) være navnet til legen som har inngått fastlegeavtale med kommunen. Slik er kravene formulert (krav AD3.7 og AD3.8):

Lege som har inngått fastlegeavtale med kommunen skal registrere kommunikasjonsparter i Adresseregisteret med navn på den legen som har inngått fastlegeavtale med kommunen.

⁴ Kodeverk for alle tjenestetyper finnes på volven.no

⁵ Norsk helsenett Retningslinjer for kommuner og private virksomheter "Registrering av private virksomheter i Adresseregisteret"
<https://www.nhn.no/samhandlingsplattform/grunndata/adresseregisteret>

Virksomheter med ansvar for fastlegelister som er ubesatt, skal registrere «Fastlege, liste uten fast lege» fra kodeverk 8666 som kommunikasjonspart i Adresseregisteret.

Figur 2 viser et eksempel på registrering av adresser ved et legekantor som har to hjemler for fastlege som er besatt, og en ubesatt hjemmel.

The screenshot shows the registration page for 'Fastlegekontoret'. It includes a header with a home icon and the name 'Fastlegekontoret', and a 'REDIGER' button. The main content is divided into several sections:

- Organisasjonsinformasjon:**
 - Visningsnavn: Fastlegekontoret
 - Organisasjonsnavn: NORSK HELSENETT SF TROMSØ
 - Organisasjonsnummer: 887 950 342
 - Gyldighet: 20.06.2017 - 09.07.2021
 - Virksomhetstype: Fastlege og annen privat virksomhet som yter helsetjenester
- Besøksadresse:**
 - Gateadresse: Stakkevollvegen 55
 - Postnummer og sted: 9010 TROMSØ
- Postadresse:**
 - Gateadresse: Postboks 2623
 - Postnummer og sted: 9273 TROMSØ
- HER-id:** 129870
- EDI adresse:** ikkeenekte@adi.test.nhn.no
- Virksomhets sertifikat:**
 - Status: Aktivt
 - Idap: //ldap.buypass.no/dc=Buypass,dc=no,CN=Buypass%20Class%20%20CA?usercertificate;binary?sub?(&(OU=TESTSENTERET)(SN=994598759))
 - Table of certificates:

Type	Utstedt til	Gyldig fra	Gyldig til
Kryptering	NORSK HELSENETT SF	29.11.2018	18.01.2022
Signering	NORSK HELSENETT SF	29.11.2018	18.01.2022
- CPPA:** Vis CPP / Vis CPA-liste
- Kommunikasjonsparter:**
 - Search: Søk etter kommunikasjonspart
 - Table of communication partners:

Navn	Meldings- format	HER-id	Status
Fastlege, liste uten fast lege	@	8139886	VIS
Hansen, Sofie	@	8139885	VIS
TESTDAL, VAN	@	8139884	VIS

Figur 2 Et legekantor med tre hjemler for fastlege

4.2 Forslag til tiltak uavhengig av konseptvalg

Det foreslås noen tiltak som er aktuell å gjennomføre uavhengig av konseptvalg.

4.2.1 Tiltak for økt bruk av relevante eksisterende standarder

Det finnes flere eksisterende standarder som kan bidra til å løse deler av problemene. Det mangler statistikk for hvor mye de ulike standardene er tatt i bruk, men gjennom intervjuene er det avdekket at økt bruk av følgende standarder kan bidra positivt:

Standard for "Bruk av kontaktopplysninger"

"Bruk av kontaktopplysninger" [6] var en del av den nasjonale innføringen av tjenestebasert adressering. De fleste aktørene som har innført tjenestebasert adressering har tatt i bruk kontaktopplysninger. Dette tiltaket innebærer at det settes i gang aktiviteter for å sikre at resterende aktører også tar i bruk kontaktopplysninger.

Kontaktopplysninger er opplysninger om ansvarlig/utførende helsepersonell og/eller enhet. Dette er viktige opplysninger for at mottaker av en melding skal vite hvem som bør kontaktes i forbindelse med oppfølging og eventuelle spørsmål. Det er også mulig for avsender å oppgi ønsket behandler eller kontaktperson hos mottaker.

Bruk av kontaktopplysninger fører til at:

- Fastlege skal oppgis i henvisning og epikrise og kan oppgis i andre meldinger slik at mottaker slipper å søke opp hvem fastlegen er
- Navn på henvisende lege følger med i en epikrise og kan brukes til å koble epikrisen til korrekt behandler i mottakende EPJ-system (fastlege/vikar/LIS1)
- Angitt kontaktperson hos mottaker kan benyttes til å koble en melding til korrekt behandler i mottakende EPJ-system

Korrekt bruk av applikasjonskvittering og Standard for "Tilbakemelding om feil i mottatt melding"

I noen tilfeller følges ikke standarden for applikasjonskvittering [17], og det fører til at mottakeren ikke sender applikasjonskvittering. Det ser ut til at slike feil skyldes feil oppsett i mottakersystemet.

I en del tilfeller er applikasjonskvittering brukt korrekt, men det er manglende oppfølging i etterkant fordi det viser seg at mottaker likevel ikke er korrekt mottaker av en melding. I slike tilfeller skal avsenderen varsles, men det blir ikke alltid gjort. Det er nødvendig å etablere rutiner for hvordan feil skal varsles i slike tilfeller.

Varslingen skal i utgangspunktet gjøres med "Tilbakemelding om feil i mottatt melding" [18] som er en obligatorisk standard i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger. Standarden er svært nyttig og tidsbesparende å bruke i stedet for telefon når det er behov for å varsle at man er feil mottaker av en melding. Alle virksomheter har ikke implementert standarden, og inntil det er gjort må man varsle feil per telefon eller på annen måte.

Utfordringen i dag er at mange tilfeller der man er feil mottaker ikke varsles til avsender, selv om det er obligatorisk å bruke standarden. Muligheten for å varsle feil med meldingen "Tilbakemelding om feil i mottatt melding" er også lite kjent. En fastlege i EPJ-løftet sa at han oppdaget meldingen tilfeldig og dette er uheldig.

4.2.2 Det utvikles funksjonalitet for å ta i bruk Fastlegeknappen eller tilsvarende funksjonalitet for kommunene

Kommunene har behov for funksjonalitet spesifisert for Fastlegeknappen. De fleste kommuner har ikke tilgang til Fastlegeregisteret, verken manuelt eller via systemløsninger. Kommunene må vurdere om liknende funksjonalitet som Fastlegeknappen skal utvikles i deres EPJ-systemer og innføres for den kommunale helsetjenesten.

Bruk av slik funksjonalitet fører til at:

- Helsepersonell som skal sende en melding kan enkelt finne pasientens fastlege sin unike id i Adresseregisteret (HER-id)
- Helsepersonell slipper å være usikre på om de har korrekt adresseinformasjon fra mottatt melding eller lokalt adresseregister når de skal sende svarmelding (f.eks. epikrise)

4.2.3 Fastlegekontor må kunne registrere tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege" i Adresseregisteret

Tiltaket innebærer at alle legekantor med en eller flere ubesatte fastlegehjemler skal publisere *Fastlege, liste uten fast lege* som kommunikasjonspart under sin virksomhet i Adresseregisteret. Da vil avsender kunne sende en melding til denne adressen når pasienten tilhører en liste med ubesatt hjemmel. Avsender av meldingen slipper da å velge et tilfeldig navn i Adresseregisteret som mottaker.

EPJ-leverandørene må implementere tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege" og funksjonalitet som sørger for at mottatte meldinger fordeles til korrekt helsepersonell/behandler.

4.2.4 Bedre mekanismer for korrekte oppføringer i Adresseregisteret

Bedre datakvaliteten i Adresseregisteret

Tiltaket innebærer en gjennomgang av registrert adresseinformasjon i Adresseregisteret slik at oppføringene blir mest mulig korrekt i henhold til valgt konsept. Dette omfatter også at utdaterte adresser som ikke lenger er korrekte eller ikke skal brukes blir slettet.

Tydligere krav til registrering i Adresseregisteret

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 4 pålegger alle virksomheter tilknyttet Norsk helsenett SF å sørge for å ha oppdaterte elektroniske adresser i Adresseregisteret. Både pasientjournalloven og nevnte forskrift benytter begrepet "virksomhet". Som følge av mange ulike organisasjonsformer i helsesektoren, kan det fremstå usikkert hvem som er det egentlige pliktsubjektet, det vil si hvem som er ansvarlig for å oppfylle regelverkets krav. Dette gjelder særlig i tilfeller der ulike aktører (for eksempel enkeltmannsforetak) er samlokalisert, eventuelt også samarbeider om felles journal. Kriteriene for hvilke aktører som kan registreres som én virksomhet og hvilke som må registreres som separate virksomheter har vært noe uklare. Dette har bidratt til uklarheter, der virksomhet registrert i Adresseregisteret ikke nødvendigvis er den som er ansvarlig iht. § 4.

Virksomhetene er ikke godt nok informert om kravet til oppdaterte adresser, og det ser ut til å være uavklart hvem som skal sørge for oppdateringen. Noen leverandører tilbyr å holde Adresseregisteret oppdatert for sine kunder. Det er behov for tydelige avtaler mellom virksomhet og leverandør.

Det er behov for at Norsk helsenett, basert på regelverket og valgt konsept, publiserer tydelige veiledninger om registrering og oppdatering av informasjon i Adresseregisteret.

Tydelige veiledninger kan bidra til å løse disse problemene:

- Manglende tilgang til oppdatert adresseinformasjon
- At Adresseregisteret ikke er løpende oppdatert
- At melding er riktig adressert, men mottakeren er ikke lenger ansatt i virksomheten

Utvikling av kontrollmekanismer i Adresseregisteret

Utvikling av kontrollmekanismer i Adresseregisteret er avhengig av hvilket konsept som blir valgt. Hvis det blir ulike regler for registrering i Adresseregisteret for fastleger og andre

private virksomheter, har det betydning for hvilken virksomhetstype de skal tilhøre. Kontrollmekanismer må settes opp iht. reglene.

Hvis det opprettes en kobling mellom Adresseregisteret og Fastlegeregisteret, kan det for eksempel kontrolleres at ikke andre personer enn de som er oppført i Fastlegeregisteret får lov til å registrere person.

4.2.5 Vaske Adresseregisteret mot opplysninger om fastlegeordningen i Helfo

Tiltaket er aktuelt hvis flere personer enn fastlegene får være registrert i Adresseregisteret.

Opplysninger som Helfo har om fastlegeordningen inneholder bl.a. informasjon om leger med fastlegehjemmel og deres vikarer. Hvis Adresseregisteret vaskes mot disse opplysningene i Helfo vil tiltaket bidra til at vikarer som ikke lengre er virksomme fjernes fra Adresseregisteret.

4.2.6 Normen – utdypende veiledning om virksomhetenes oppgaver

Ved samarbeid mellom virksomheter om felles journal etter pasientjournalloven § 9, f.eks. mellom fastleger ved et legekantor, skal det inngås avtale mellom partene om:

- 1) hva samarbeidet omfatter
- 2) hvordan pasientens rettigheter skal ivaretas
- 3) hvordan helseopplysningene skal behandles og sikres
- 4) dataansvar

I Normens veileder "*Samarbeid mellom virksomheter om felles journal*" [21] gis det veiledning for etterlevelse av disse kravene. Det gis også en avtalemal med eksempler som kan benyttes i arbeidet. Både i veilederen og i avtalemalen kan det gis en nærmere beskrivelse av hvordan oppgaver og ansvar knyttet til registrering og oppdatering av adresser i Adresseregisteret kan fordeles mellom partene.

Det foreslås at det legges til et nytt punkt i avtalemalen som omhandler "*Oppdatere og vedlikeholde registrerte adresser i Adresseregisteret*".

5 Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene

De foreslåtte tiltakene reiser i hovedsak et prinsipielt spørsmål. Det er at fastleger ved innføring av standard for tjenestebasert adressering, får fortsette å stå registrert som person i Adresseregisteret, mens alle andre private virksomheter må gå over til rene tjenesteadresser.

En slik forskjellsbehandling av private virksomheter er normalt uønsket og noe man helst vil prøve å unngå. Grunnen til at denne forskjellsbehandlingen lar seg gjøre for fastleger, men samtidig ikke for andre private virksomhetsgrupper er at fastlegene som eneste virksomhetsgruppe gjennom fastlegeregisteret har en bestemt autorativ kilde, som kobler pasienten til en bestemt fastlege ved adressering av meldinger. Derfor lar det seg også gjøre å finne korrekt mottaker i virksomheten uten å ha personlig kjennskap til de som jobber der. Videre er det mulig å utvikle andre løsninger slik som fastlegeknappen for å effektivisere prosessen for avsender.

6 Forenklet samfunnsøkonomisk analyse

Det er gjennomført en forenklet samfunnsøkonomisk analyse hvor nytte og kostnader er vurdert kvalitativt. Som beskrevet i kapittel 3.3 foreligger det lite statistikk for å kunne tallfeste omfanget av merarbeid og kostnader knyttet til dagens praksis med personbasert adressering for private virksomheter. Mangelen på statistikk påvirker hvilke virkninger som har vært mulig å prissette, gitt ressursituasjonen i denne utredningen.

Det har også vært vanskelig å finne gode estimater for kostnader for de ulike tiltakene. Få private virksomheter har innført tiltakene foreslått i de ulike konseptene i dag og derfor er det få erfaringstall å ta utgangspunkt i. Vi har ved enkelte tilfeller noe beskrivende statistikk, men det er utfordrende å bruke statistikk fra enkeltvirksomheter til å generalisere for hele sektoren.

I sum mener vi at det ikke er grunnlag for å prissette virkningene og kostnadene i analysen. Det vil si at alle virkningene er vurdert som ikke-prissatte virkninger. I tilfeller der det foreligger enkel statistikk har den blitt brukt i vurderingen av den ikke-prissatte virkningen.

For å vurdere de ikke-prissatte virkningene har vi benyttet pluss minus metoden fra veileder for samfunnsøkonomiske analyser [22]. Vurderingene er beskrevet i kapitlene som følger.

6.1 Vurderte konsept

Følgende konsepter er vurdert:

K0: Ingen videre tiltak på området – beholder dagens situasjon inkludert forskriftsendring fra 01.07.2021

Standard for tjenestebasert adressering er obligatorisk for helseforetak, private sykehus, virksomheter som yter medisinske laboratorietjenester, virksomheter som yter radiologiske tjenester og kommunal helse- og omsorgstjeneste (unntatt fastlegeordning).

K0 innebærer at fastleger og andre private virksomheter ikke blir omfattet av forskriftskravet fra 01.07.2021. Dette betyr at disse virksomhetene kan velge om de vil fortsette med personbasert oppføring i Adresseregisteret, eller benytte anbefalt standard for tjenestebasert adressering.

Null-alternativet benyttes som referansealternativ i den videre analysen.

K1: Obligatorisk innføring av tjenestebasert adressering for alle private virksomheter, men fastlege, legevikar og LIS1 kan registreres som person i Adresseregisteret + felles tiltak

K1 inkluderer flere tiltak som til sammen vil bidra til å løse identifiserte problemer. Konseptet innebærer en obligatorisk innføring av tjenestebasert adressering for alle private virksomheter, men fastlege, legevikar, dele-lege og LIS1 kan registreres som person i Adresseregisteret.

Bruk av tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege" inngår i standarden.

Konseptet medfører at forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger må til ny behandling i Helse- og omsorgsdepartementet.

K2: Obligatorisk innføring av tjenestebasert adressering for alle private virksomheter + felles tiltak. Fastleger er da de eneste som kan registreres som person i Adresseregisteret.

K2 skiller seg fra K1 ved at konseptet innebærer tjenestebasert adressering for alle uten unntak. I K2 kan dermed ikke legevikarer og LIS1 stå oppført i Adresseregisteret.

Bruk av tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege" inngår i standarden.

Tiltaket medfører at forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger må til ny behandling i Helse- og omsorgsdepartementet.

K3: Ingen endring på standard og forskrift. Standard for tjenestebasert adressering gjøres ikke obligatorisk for private virksomheter, men de felles tiltakene gjennomføres.

Ingen endring på standard og forskrift. Standard for tjenestebasert adressering gjøres ikke obligatorisk for private virksomheter.

6.1.1 Felles tiltak

Følgende tiltak er felles for konsept K1, K2 og K3:

1. **Tiltak for økt bruk eksisterende standarder:** Vil redusere risikoen for at meldinger blir liggende ubehandlet. Avsender vil i større grad få tilbakemelding om feilsendte meldinger fordi applikasjonskvittering blir brukt på riktig måte. Det vil også gi mer effektiv tilgang til oppdatert adresseinformasjon om fastleger.
2. **Det utvikles funksjonalitet for å ta i bruk Fastlegeknappen** eller tilsvarende funksjonalitet for kommunene: Vil gi helse- og omsorgstjenesten i kommunen tilgang til oppdatert adresseinformasjon om alle fastleger.
3. **Alle fastlegekontor må kunne registrere tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege"** i Adresseregisteret: Vil gi mer oppdatert og korrekt informasjon i Adresseregisteret.
4. **Bedre mekanismer for orden i Adresseregisteret:** vil gi mer oppdatert og korrekt informasjon i Adresseregisteret.
5. **Vaske Adresseregisteret mot opplysninger om fastlegeordningen i Helfo:** vil gi mer oppdatert og korrekt informasjon i Adresseregisteret.
6. **Normen – utdypende veiledning om virksomhetenes oppgaver:** vil bidra til å redusere risiko for brudd på taushetsplikten.

Tiltakene bidrar på forskjellige måter til å oppfylle effektmålene: taushetsbelagte opplysninger behandles på forsvarlig måte, pasienten får forsvarlig helsehjelp og redusert ressursbruk ved adressering av meldinger.

Effekten av de felles tiltakene er avhengig av hvilket konsept tiltakene kombineres med. K2 vil sammen med de felles tiltakene bidra mest til å redusere kompleksiteten og antall oppføringer i Adresseregisteret.

6.2 Vurdering av ikke-prissatte virkninger for konseptene

Følgende virkninger er identifisert for konseptene:

1. Spart tid
2. Økt pasientsikkerhet
3. Redusert risiko for brudd på taushetsplikten
4. Bedre omdømme/tillit til helse- og omsorgstjenesten
5. Økte medarbeider-tilfredshet

6.2.1 Spart tid

Helsepersonell i virksomheter som sender meldinger til private virksomheter og private virksomheter som mottar meldinger fra andre, vil spare tid dersom tiltakene blir realisert.

Helsepersonell vil spare tid på grunn av:

- Redusert merarbeid med å finne riktig mottaker grunnet mer orden i Adresseregisteret
- Redusert merarbeid med oppfølging av feilsendte meldinger grunnet færre feilsendte meldinger

Tiltakene påvirker spart tid for helsepersonell forskjellig, avhengig av hvilken virksomhetsgruppe de tilhører: helseforetak, kommuner, fastleger, avtalespesialister og private sykehus.

Spart tid for Helseforetak

Helseforetak sendte over 25,5 millioner meldinger totalt og nesten 8,5 millioner epikriser i 2020. Minst 1% av epikrisene krever merarbeid for å finne riktig mottaker og ytterligere 1% av sendte epikriser krever merarbeid som følge av feilsending. Grovt anslått krever disse tilfellene minst 5 minutter ekstra saksbehandling pr melding.

I K1 antar vi at tiden for å finne riktig adresse vil reduseres med 1-2 minutter, grunnet mer orden i adresseregisteret. Og at antall feilsendte meldinger kun vil halveres, siden legevikarer og LIS1 fremdeles er oppført i adresseregisteret. For konsept 1 vil derfor spart tid ha middels betydning og middels omfang med en konsekvens lik: ++.

I K2 antar vi at tiden vil reduseres med 2-3 minutter og at antall feilsendte meldinger reduseres med $\frac{3}{4}$. Konsept 2 vil derfor ha stor betydning og middels omfang av spart tid, med en konsekvens lik: +++.

I K3 antar vi at tiden vil reduseres med 0-1 minutter og at antall feilsendte meldinger reduseres med $\frac{1}{4}$. Spart tid har derfor liten betydning og middels omfang for konsept 3, med en konsekvens lik: +.

Spart tid for kommuner

Kommuner sendte over 1,9 millioner epikriser og 330 000 henvisninger i 2020.

Kommunene har ikke de samme utfordringene som helseforetakene når det kommer til å finne riktig mottaker. De opererer ofte under mindre forhold og har mer kjennskap til fastlegene i kommunen. Mer orden og oppdatert informasjon i Adresseregisteret vil likevel bidra positivt. Kommunene er interessert i funksjonalitet tilsvarende Fastlegeknappen, som de mener kan spare tid når de skal finne riktig mottaker.

Konsekvensvurderingen er lik for alle konseptene. Betydningen for kommunen er middels. Omfanget av problemene er usikre, men inntrykket fra intervjuene er at omfanget er positivt, men lite. Konsekvensen blir derfor lik 0/+.

Spart tid for fastleger

Fastleger og andre private virksomheter mottok over 11,2 millioner epikriser i 2020. Fastlegene får en stor andel av disse. Det er totalt 1382 legekantor eller fastlegepraksiser per mars 2021 [16].

Det antas at det kan bli noe spart tid når fastleger sender meldinger til andre private virksomheter. Det er tidkrevende for fastleger å søke opp pasienters fastleger, men

Fastlegeknappen kan bidra til å redusere denne tidsbruken. Effekten er derfor antatt til å være liten sammenliknet med K0.

Det antas også at fastlegene vil få færre feilsendte meldinger grunnet mer orden i Adresseregisteret. Det er usikkert hvor mye tid de bruker på dette i dag. Det er tilfeller der feilsendte meldinger ikke følges opp.

Det er ikke grunnlag for å gjøre ytterligere vurderinger utover dette for spart tid for fastleger.

Spart tid for avtalespesialister og andre private virksomheter

Det er begrenset med statistikk over antall meldinger sendt/mottatt for denne gruppen. Det er registrert 3,2 millioner konsultasjoner hos avtalespesialister i 2020, og i de fleste av disse tilfellene medfølger det en epikrise. Bergen Øyelegesenter rapporterer at de mottar 2,6% feilsendte epikriser.

Avtalespesialister kan spare tid ved sending av meldinger til fastlegekontorer, på lik linje med helseforetakene. Det antas også at avtalespesialister og private sykehus vil få redusert merarbeid med oppfølging av feilsendte meldinger på lik linje med helseforetak.

Det private sykehuset Aleris har gått over til tjenestebasert adressering. De rapporterer at de sparer tid ved mottak av meldinger. Før brukte de 6-7 minutter per melding. Etter innføring av tjenestebasert adressering bruker de 3-4 minutter. Tidligere måtte de gå inn i hver enkelt lege sin innboks for å se og fordele innkomne meldinger. Nå kommer meldingene inn på gitte tjenester for så å bli fordelt til aktuell behandler.

Oppsummert konsekvensvurdering av spart tid for alle typer helsepersonell

K1: Middels betydning for ansatte i helseforetak. Det antas at også avtalespesialister kan spare tid i middels grad. Mindre effekter for kommunene, men betydningen er positiv. For fastlegene er det noe usikkert om de sparer tid, dette er i så fall tilknyttet sending av meldinger til andre private virksomheter.

Samlet vurdering av konsekvens: ++

K2: Stor betydning for ansatte i helseforetak. Det antas også at avtalespesialister kan spare tid i stor grad. Mindre effekter for kommunene, men betydningen er positiv. For fastlegene er det noe usikkert om de sparer tid, dette er i så fall tilknyttet sending av meldinger til andre private virksomheter.

Samlet vurdering av konsekvens: +++

K3: Liten, men positiv betydning for ansatte i helseforetak. Det antas at også avtalespesialister kan spare tid. Mindre effekter for kommunene, men betydningen er positiv. For fastlegene er det noe usikkert om de sparer tid, det er i så fall tilknyttet sending av meldinger til andre private virksomheter.

Samlet vurdering av konsekvens: +

6.2.2 Økt pasientsikkerhet

Tiltakene bidrar til økt pasientsikkerhet ved å redusere antall feilsendte meldinger og dermed redusere risikoen for at meldinger blir liggende ubehandlet.

Det finnes ikke statistikk over antall feilsendte meldinger og det er derfor vanskelig å vurdere effekten tiltakene har for pasientsikkerheten. Fra intervjuene har vi lært at feilsendte meldinger kan bli liggende ubehandlet uten at avsenderen får beskjed om at meldingen er

feilsendt. Feilsendinger kan bidra til at viktige opplysninger ikke kommer frem eller blir forsinket.

En av de største utfordringene for helseforetakene og kommuner er meldinger som skal sendes til lister med ubesatte hjemler. I mangel av en kjent mottaker blir ofte disse meldingene sendt til tilfeldige leger i mottakervirksomheten. Ved å innføre bruk av tjenestetypen "*Fastlege, liste uten fast lege*" vil problemet løses.

Tiltakene bidrar til å redusere risikoen for feilsendinger.

Pasientsikkerhet er en viktig faktor og selv få tilfeller av forsinkelser eller ubehandlede meldinger kan få katastrofale følger for enkeltpasienter.

Betydning: Selv få tilfeller av forsinkelser eller ubehandlede meldinger kan få katastrofale følger for enkeltpasienter. Økt pasientsikkerhet har derfor stor positiv betydning for enkeltpasient.

Omfang:

K1: Tiltakene i K1 bidrar til å redusere feilsendinger, men det er fortsatt mulig å føre opp vikarleger og LIS1 personbasert i Adresseregisteret. K1 kan bidra til å redusere antall feilmeldinger i et middels omfang.

Konsekvens: ++

K2: Tiltakene i K2 bidrar til å redusere feilsendinger siden bare fastleger står oppført personbasert i Adresseregisteret. K2 kan derfor bidra til å redusere antall feilmeldinger i et stort omfang.

Konsekvens: +++

K3: Tiltakene i K3 kan i noe grad bidra til å redusere antall feilsendinger, men det er fortsatt mange personbaserte oppføringer i Adresseregisteret og bruk av tjenestetypen "*Fastlege, liste uten fast lege*" er kun anbefalt. K3 kan derfor bidra til å redusere antall feilmeldinger i liten (men positiv) grad.

Konsekvens: +

6.2.3 Redusert risiko for å bryte taushetsplikten

Personbasert adressering vil isolert sett kunne redusere tilgangsbehovet for annet personell. Dette kan redusere risikoen for brudd på taushetsplikten så lenge meldingen er sendt til riktig mottaker. Taushetsplikten vil kunne brytes hvis meldingen blir sendt til feil person som følge av feil adressering.

Tjenestebasert adressering kan også redusere risikoen for brudd på taushetsplikten. Ved at det er enklere å finne rett mottaker reduseres risikoen for feilsendinger. Hvis EPJ-systemene mangler funksjonalitet for intern ruting av meldinger, kan taushetsplikten utfordres. Som for personbasert adressering, kan det være behov for manuelle rutiner hvis EPJ-systemene mangler funksjonalitet for tilgangsstyring og ruting av meldinger.

Det finnes ikke statistikk over antall feilsendte meldinger. Det fremkommer også av intervjuene at feilsendte meldinger kan bli liggende ubehandlet og at avsender i flere tilfeller ikke får tilbakemelding om at meldingen er feilsendt. I mangel på statistikk er det utfordrende å vurdere effekten tiltakene har for ivaretagelse av taushetsplikten, annet enn at det mest sannsynlig er en positiv effekt.

Tiltakene bidrar til å redusere risikoen for at meldinger gjøres tilgjengelig for andre enn personell med tjenstlig behov ved å redusere antall feilsendte meldinger. Noe som er av en stor betydning for enkelte pasienter og de som blir berørt av tiltaket.

K1: Fortsatt mulig å føre opp vikarleger og LIS1 i Adresseregisteret, men antall personer registrert vil gå ned og kan derfor bidra til bedre ivaretagelse av taushetsplikten. Det forutsetter korrekt adressering da feilsendinger kan utfordre taushetsplikten.

Effekten er usikker, men K1 kan bidra til å redusere feilsendinger og dermed bedre ivaretagelsen av taushetsplikten. Omfanget er derfor vurdert til middels positivt.

Med stor betydning og middels positivt omfang gir dette en konsekvens lik: +.

K2: Tiltakene i konsept 2 vil bidra til å redusere antall feilsendinger og dermed gi en bedre ivaretagelse av taushetsplikten enn i dag.

K2 kan bidra til å redusere antall feilmeldinger i stort omfang.

Dersom ikke anbefalte tiltak for bedre EPJ-funksjonalitet etableres, så kan tjenestebasert adressering utfordre taushetsplikten pga. mulig tilgangsbehov for flere personer i formidlingsprosessen.

Det er utfordrende å vurdere effekten tiltakene har for ivaretagelse av taushetsplikten, annet enn at det mest sannsynlig er en positiv effekt grunnet færre feilsendinger.

Konsekvens: +/-

K3: Som for K1: Personbasert adressering kan bidra til bedre ivaretagelse av taushetsplikt ved at færre personer har tilgangsbehov i formidlingsprosessen. Dette forutsetter korrekt adressering da feilsendinger kan utfordre taushetsplikten.

Tiltakene i K3 kan i noe grad bidra til å redusere antall feilsendinger, men bruk av tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege" er kun anbefalt.

K3 kan bidra til å redusere antall feilmeldinger i liten, men positiv grad.

Det er utfordrende å vurdere effekten tiltakene har for personvernet, annet enn at det mest sannsynlig er en positiv effekt grunnet færre feilsendinger.

Konsekvens: 0/+

6.2.4 Bedret omdømme/tillit til helse- og omsorgstjenesten

En effekt av færre feilsendte meldinger er at innbyggerne får økt tillit til helse- og omsorgssektoren. På den ene siden er tilliten allerede høy i dag, men tilliten kan skades dersom omfanget av feilsendte meldinger blir høyt. Tiltakene i alle konseptene vil bidra til å redusere antall feilsendte meldinger.

Det er utfordrende å vurdere omfang, annet enn at omfanget er positivt. Dersom en pasient opplever at en melding er feilsendt eller blir liggende ubehandlet kan det få stor betydning for tilliten til helse- og omsorgstjenesten for den pasienten.

Effekten er vurdert til samme konsekvens for alle konseptene. Omfang er ukjent, men betydningen er positiv, konsekvensen vurderes derfor til +.

6.2.5 Økt medarbeidertilfredshet

Alle konseptene bidrar til at helsepersonell får økt medarbeidertilfredshet ved at tiltakene gir:

- Økt trygghet om at nødvendige helseopplysninger kommer frem til riktig mottaker og at de har tilgang til nødvendige helseopplysninger for å gi forsvarlig helsehjelp
- Økt trygghet om at de overholder taushetsplikten og helsepersonelloven

Det er utfordrende å vurdere medarbeidertilfredshet, og total tilfredshet avhenger av mange faktorer i arbeidshverdagen. Det er imidlertid antatt at tiltakene har en liten, men positiv betydning for medarbeidertilfredshet.

Omfanget vil variere mellom konseptene hvor K1 bidrar i middels positiv grad, K2 i stor positiv grad og K3 i liten positiv grad.

Konsekvensene blir derfor:

K1: +

K2: ++

K3: 0/+

6.3 Kostnader for konseptene

Det er gjort forsøk på å hente inn kostnader for investering/utvikling, drift og forvaltning av tiltakene. Det viste seg at EPJ-leverandørene og virksomhetene som har innført tjenestebasert adressering ikke kan gi gode svar på dette. Det gis en beskrivelse av identifiserte kostnadsdrivere og en overordnet vurdering av kostnadsnivået. Vurderingene er basert på intervjuene i innsiktsfasen.

Følgende kostnadskategorier er vurdert:

- 1) Investeringskostnader
- 2) Drifts- og forvaltningskostnader

Kostnadene vil fordele seg ulikt på de berørte virksomhetsgruppene:

- Fastleger
- Avtalespesialister og andre private sykehus
- EPJ-leverandører
- Helseforetak
- Kommuner
- Norsk helsenett
- Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet

6.3.1 Investeringskostnader

Investeringskostnader for fastleger

For fastlegevirksomheter er investeringskostnadene i stor grad knyttet til:

Utviklingskostnader til funksjonalitet for tjenestebasert adressering (K1 og K2)

Tre av fem EPJ-leverandører har funksjonalitet som støtter tjenestebasert adressering. Det forventes uansett at alle EPJ-leverandørene utvikler funksjonalitet som støtter intern meldingsflyt, som del av tiltaket oppgavekontroll i EPJ-løftet. Det er usikkert om leverandørene belaster kundene ekstra for funksjonaliteten, eller om det dekkes av vedlikeholdsavtaler.

Innføringskostnader for å ta i bruk tjenestebasert adressering (K1 og K2)

Det er nødvendig å endre rutineene i virksomhetene som følge av ny funksjonalitet når tjenestebasert adressering innføres. Basert på erfaringer fra andre som har tatt i bruk tjenestebasert adressering er kostnadene lave. Pridok og Aleris rapporterer at innføringsaktiviteter er beregnet til noen dager. For legekantorene vil denne kostnaden være relativt liten sammenliknet med spart tid over flere år.

Innføringskostnader for å publisere kommunikasjonsparten "Fastlege, liste uten fast lege" under sin virksomhet i Adresseregisteret (K3)

I K3 anbefales det at fastlegevirksomheter med en eller flere ubesatte fastlegehjemler publiserer kommunikasjonsparten "*Fastlege, liste uten fast lege*" i Adresseregisteret. Det er ikke forventet at dette krever mye i investeringskostnader.

Investeringskostnader for helseforetak

Helseforetakene har allerede tatt i bruk tjenestebasert adressering. Det antas derfor at helseforetakene vil få små eller ingen investeringskostnader.

Investeringskostnader for kommuner

Kommunene benytter allerede tjenestebasert adressering, og vil dermed ikke ha noen implementerings- og innføringskostnader.

Dersom det utvikles funksjonalitet lik fastlegeknappen for kommunene, kan det komme noen implementerings- og innføringskostnader. Det forventes at investeringskostnaden blir lave for kommunene som ønsker å ta i bruk funksjonaliteten.

Investeringskostnader for avtalespesialister og andre private sykehus

Det vil være utviklings- og innføringskostnader for avtalespesialister og andre private sykehus ved overgang til tjenestebasert adressering. Kostnadene forventes å være lave.

Aleris har innført tjenestebasert adressering og de rapporterer at de har hatt lave kostnader ved innføringen. Leverandøren hadde ikke støtte for tjenestebasert adressering i utgangspunktet og Aleris spesifiserte selv krav til at leverandøren måtte få på plass nødvendig støtte. Kostnadene bestod hovedsakelig i utviklingstid.

Investeringskostnader for EPJ-leverandørene

For K1 og K2 må EPJ-leverandørene tilby funksjonalitet for tjenestebasert adressering. De fleste EPJ-leverandørene for fastlegene støtter tjenestebasert adressering allerede og for disse vil det ikke komme investeringskostnader for å kunne tilby funksjonalitet for tjenestebasert adressering. Én EPJ-leverandør for fastlegjetjenesten støtter ikke samtidig bruk av personbasert og tjenestebasert adressering og vil få ekstrakostnader. Det er vanskelig å estimere hva kostnadene vil bli fordi EPJ-systemene er ulike, men en leverandør har gjort noen anslag. Hos denne leverandøren jobbet to ansatte med dette på fulltid i 2-3 måneder.

EPJ-leverandørene vil få kostnader med å utvikle funksjonalitet for fastlegeknappen.

For funksjonalitet til fastlegeknappen for kommunene må EPJ-leverandørene tilpasse systemene. Det er ikke utredet hva dette vil kreve i utviklingskostnader.

For K3 må EPJ-leverandørene implementere tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege" og funksjonalitet som sørger for at mottatte meldinger fordeles til korrekt helsepersonell/behandler. Det er ikke utredet hva dette vil kreve i utviklingskostnader.

Investeringskostnader Norsk helsenett

I K1 må Norsk helsenett utvikle en løsning for å vaske Adresseregisteret mot felles kontaktregister i Helfo. For alle konseptene vil det være kostnader tilknyttet utvikling av mekanismer og retningslinjer for orden i Adresseregisteret. Disse kostnadene er ikke utredet per i dag.

Det forventes at kostnadene for Norsk helsenett vil være lave sammenliknet med nytten av spart tid over flere år.

Investeringskostnader for Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet

Ved endringer i standard, forskrift og annet regelverk må det påberegnes noen investeringskostnader.

Investeringskostnader oppsummert

Betydning:

I K1 vil det være investeringskostnader tilknyttet utvikling og innføring av tjenestebasert adressering, i tillegg til utvikling av en løsning for å vaske Adresseregisteret mot felles kontaktregister i Helfo og fastlege-funksjonalitet til kommunene.

I K2 vil det være investeringskostnader tilknyttet utvikling og innføring av tjenestebasert adressering og fastlege-funksjonalitet til kommunene.

I K3 må EPJ-leverandørene implementere tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege" Legekantor anbefales å publisere tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege" under sin virksomhet i Adresseregisteret.

Omfang:

For K1 og K2 er omfanget likt siden alle fastlegekontorer og andre private virksomheter som ikke har innført tjenestebasert adressering vil få noen kostnader. Samtidig støtter de fleste EPJ leverandørene allerede tjenestebasert adressering. Kommuner, Norsk helsenett, E-helse og HOD vil også påvirkes.

For K3 er omfang ukjent, det vil kun være anbefalt å ta i bruk tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege". Noen investeringskostnader må påregnes. Kommuner, Norsk helsenett, E-helse og HOD vil også påvirkes.

Konsekvens:

Sammenliknet med spart tid av K1 og K2 over tid, forventes investeringskostnadene å være lave. Og konsekvensen settes derfor til -, for begge konseptene.

For K3 forventes investeringskostnadene å være enda lavere og konsekvensen settes derfor til 0/-.

Usikkerhet:

Det er knyttet stor usikkerhet til investeringskostnadene og kostnader tilknyttet utvikling av en løsning for å vaske Adresseregisteret mot felles kontaktregister i Helfo og fastlege-funksjonalitet til kommunene er ikke utredet. Kostnadene med å implementere tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege" er heller ikke utredet.

6.3.2 Drifts- og forvaltningskostnader

Drifts- og forvaltningskostnader er vurdert etter hvordan de endrer seg sammenliknet med referansealternativet (K0).

Drifts- og forvaltningskostnader for fastlegevirksomheter

For fastlegevirksomheter vil de mest sentrale drifts- og forvaltningskostnadene være tilknyttet:

- **Nye arbeidsoppgaver grunnet tjenestebasert adressering for private virksomheter (K1 og K2)**

Dette er kostnader for nødvendige arbeidsoppgaver for tjenestebasert adressering og meldingsutveksling. Basert på erfaring fra andre virksomheter som har tatt i bruk tjenestebasert adressering krever ikke tjenestebasert adressering mer ressurser enn ved meldingsutveksling som adresseres til personer. Det er i hovedsak omlegging av eksisterende rutiner.

For fastlegekontor bør det påregnes noe ressursbruk til håndtering av tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege", men dette bør være lave kostnader så lenge det tas i bruk EPJ-funksjonalitet for automatisk ruting av meldinger til korrekt helsepersonell. Også i dag er det helsepersonell som må behandle meldingen som kommer inn i en tilfeldig innboks, dette taler for at det ikke er en endring i ressursbruk ved innføring av tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege".

I K1 vil meldinger til fastleger, vikarleger og LIS1 fortsatt komme direkte til innboksen til personen oppført i Adresseregisteret. Dette krever ikke endring i rutinene sammenliknet med i dag.

I K2 vil meldinger kun adresseres til tjenester hos mottaker. Dette kan kreve noe endring i interne rutiner og det kan medføre mer ressursbruk enn i dag. Dette avhenger av om virksomheten må behandle flere meldinger manuelt sammenliknet med K0. Dette avhenger også av om det benyttes EPJ-funksjonalitet for automatisk intern ruting av meldinger til korrekt helsepersonell (Oppgavekontroll). Det er også slik at 23% av fastlegevirksomhetene kun har oppført lege med hjemmel i Adresseregisteret. Disse fastlegevirksomhetene fungerer derfor i praksis som om de har innført tjenestebasert adressering.

Drifts- og forvaltningskostnader for EPJ-leverandører

Det forventes ingen endringer i kostnader for drift og forvaltning for EPJ-leverandører.

Drifts- og forvaltningskostnader for avtalespesialister og andre private sykehus

Som for fastleger. Det forventes få endringer i drift og forvaltning av tjenestene. Dette tar utgangspunkt i Aleris sine erfaringer med innføring av tjenestebasert adressering.

Drifts- og forvaltningskostnader for Norsk helsenett

Avhengig av hvilket konsept som velges, vil Norsk helsenett få oppgaver knyttet til drift og forvaltning av oppføringer i Adresseregisteret. K2 vil gi minst kostnader fordi det er det enkleste regelsettet som gir minst rom for tolkning.

Ved integrasjon av Adresseregisteret mot opplysninger om fastlegeordningen i Helfo vil det forventes litt kostnader.

Drifts- og forvaltningskostnader for helseforetak

Avhengig av hvilket konsept som velges, vil helseforetakene få endret oppgaver knyttet til drift og forvaltning. K2 og K1 vil bidra til mindre ressursbruk og dermed redusere kostnadene knyttet til å finne riktig mottaker og oppfølging av feilsendinger. K0 og K3 kan medføre økte kostnader fordi flere personer registreres i Adresseregisteret.

Drifts- og forvaltningskostnader for kommuner

Det forventes få eller ingen kostnader for drift og forvaltning for bruk av fastlegeknapp-funksjonalitet for kommunene.

Drifts- og forvaltningskostnader oppsummert

Betydning: Det vil være liten endring i drifts- og forvaltningskostnader for alle berørte aktører, sammenliknet med K0.

Omfang: For K1 og K2 vil kostnadene påvirke alle fastlegekontorer og andre private virksomheter som ikke har innført tjenestebasert adressering. Og flere EPJ-leverandører støtter allerede i dag tjenestebasert adressering. Mens for K3 er omfang ukjent og det vil kun være anbefalt å innføre tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege".

Konsekvens:

For K1 forventes det en svært liten endring i drifts- og forvaltningskostnadene sammenliknet med K0. Og størrelsen er relativ til vurderingen av spart tid. Konsekvensen er derfor vurdert til 0/-

For K2 forventes det en liten endring i drifts- og forvaltningskostnadene sammenliknet med K0. Og størrelsen er relativ til vurderingen av spart tid. Konsekvensen er derfor vurdert til –

For K3 forventes det en liten endring i drifts- og forvaltningskostnadene sammenliknet med K0. Og størrelsen er relativ til vurderingen av spart tid. Konsekvensen er derfor vurdert til 0/-

Usikkerhet:

Det er knyttet usikkerhet til bruk av oppgavekontroll som kan påvirke ressursbehovet for å rute meldinger internt, men det foreligger ikke presise estimater. Vurderingene er gjort på bakgrunn av intervjuer med EPJ-leverandører og Aleris som har innført tjenestebasert adressering

Kostnadene tilknyttet drift og forvaltning for fastlegevirksomheter avhenger av om de ender opp med å behandle flere meldinger manuelt etter innføring av tjenestebasert adressering, sammenliknet med K0. De vil få færre feilsendinger, men i K2 kan også flere meldinger komme inn i felles innboks hvis EPJ systemet ikke klarer å rute meldingen korrekt. F.eks. når en fastlege har vikar.

6.4 Nyttevirkninger og kostnader oppsummert – rangering av konseptene

Tabell 10 gir en oppsummering av konsekvensvurderingene og rangering ut ifra en samlet vurdering. Videre utdypning av rangeringen kommer under tabellen. Det forventes at nytten ved konsept K1 og K2 er høyere enn kostnadene og at de derfor er samfunnsøkonomisk lønnsomme. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til vurderingene. Kostnadsvurderingene er blant annet basert på mulighet for fastlegevirksomhetene til å ta i bruk tjenesten "Oppgavekontroll".

Tabell 2: Konsekvensvurdering av nyttevirkningene og kostnadene - oppsummert

	K1	K2	K3
Nyttevirkinger			
Spart tid	++	+++	+
Økt pasientsikkerhet	++	+++	+
Redusert risiko for å bryte taushetsplikten	+	+ / +++	0 / +
Bedret omdømme/tillitt	+	+	+
Økt medarbeidertilfredshet	+	++	0 / +
Kostnader			
Investeringskostnader	-	-	0 / -
Drifts- og forvaltningskostnader (endring relativt til K0)	0 / -	-	0 / -
Rangering av konseptene	2	1	3

Fordeling av nytte og kostnader hos berørte aktører

Helseforetak, private sykehus og kommunene har i stor grad innført og tatt i bruk tjenestebasert adressering. Dette innebærer også at virksomhetene allerede har gjort nødvendige endringer i EPJ-system og tilpasset organisatoriske rutiner for å håndtere tjenestebasert adressering ved meldingsutveksling.

Nytte- og kostnadsvurderingene viser derfor at en stor andel av kostnaden pålegges de private virksomhetene som eventuelt må innføre tjenestebasert adressering. Samtidig er de største gevinstene tilknyttet pasientsikkerhet og tidsbesparelser til aktører som er avsender av meldinger til de private virksomhetene. Det bør vurderes om dette er en riktig belastning på fastlegetjenesten og de andre private virksomhetene, og om det eventuelt bør etableres ordninger som fordeler kostnadene annerledes.

Konsept 2 er rangert som nummer 1 og er det konseptet som forventes å være mest samfunnsøkonomisk lønnsomt. K2 skiller seg fra K1 ved at konseptet innebærer tjenestebasert adressering for alle virksomheter slik at legevikarer og LIS1 ikke kan stå oppført personbasert i Adresseregisteret. Sammenliknet med referansealternativet (K0) oppnår K2 mest orden i Adresseregisteret, som igjen bidrar til mest spart tid for helsepersonell og mest positiv effekt for pasientsikkerheten.

For å oppnå den forventede samfunnsøkonomiske gevinsten kreves det at private virksomheter tar i bruk nødvendig EPJ-funksjonalitet for å sikre god intern arbeidsflyt ved mottak av meldinger. Dersom slik funksjonalitet ikke tas i bruk kan kostnadene ved K2 øke (ved at det er behov for manuelle rutiner) og den samfunnsøkonomiske gevinsten bli redusert. Dette er også viktig jf. juridiske betraktninger rundt sikkerhet ved mottak av meldinger. Uten slik funksjonalitet kan taushetsplikten utfordres.

K2 bidrar til færre feilsendinger sammenliknet med de andre konseptene (K1, K3 og K0). Dette gjør at K2 i større grad bidrar til å oppnå effektmålene fra kapittel 3.4. Det bidrar til at taushetsbelagte opplysninger behandles på en forsvarlig måte, at pasienten får forsvarlig helsehjelp og redusert ressursbruk.

Endringen i drifts- og forvaltningskostnadene vil trolig være høyere for K2. Disse avhenger av bruk av oppgavekontroll, som kan påvirke ressursbehovet. Kostnadene tilknyttet drift og forvaltning for fastlegevirksomheter avhenger av om de ender opp med å behandle flere meldinger manuelt etter innføring av tjenestebasert adressering, sammenliknet med K0. De vil få færre feilsendinger, men i K2 kan det også være flere meldinger som kommer inn i en felles innboks.

Konsept K1 er rangert på 2 plass. Her er usikkerheten rundt kostnadssiden mindre som følge av at vikarer og LIS1 får fortsette som i dag og stå personbasert som fastlegene, noe som reduserer behovet for å ta i bruk ny EPJ-funksjonalitet for fastlegekontorene. Samtidig vil nytten ved konsept K2 også være betydelig mindre som følge av at det kan bli vesentlig flere personbaserte adresser ved legekontorer, enn ved K2 der bare fastleger vil stå som personbasert adresse for legekontorer.

Det vil være noe kostnader knyttet til innføring av tjenestetypen "Fastlege, liste uten fast lege", men det er vurdert at både investering og driftskostnader vil være svært lave knyttet til dette.

Samlet sett vil derfor konsept K1 muligens ha litt lavere kostnader enn konsept K2, men samtidig vesentlig mindre nytte. Konsept K1 vil derfor være mindre samfunnsøkonomisk lønnsomt enn konsept K2.

Konsept K3 er rangert på 3 plass. Sammenliknet med K1 og K2 vil K3 ha mindre nytte. Dette henger sammen med at tjenestebasert adressering ikke innføres og ikke blir obligatorisk for private virksomheter. Det betyr at det i utgangspunktet ikke er noen kontroll med hvilke personer som registreres i Adresseregisteret for private virksomheter. Virksomhetene kan registrere leger og øvrig helsepersonell som personer i Adresseregisteret. Det medfører at K3 i mindre grad bidrar til bedre orden i Adresseregisteret. K3 vil ha positiv nytte sammenliknet med nullalternativet, men i mindre grad enn de andre konseptene.

6.5 Hvilke konsept anbefales

På bakgrunn av de samfunnsøkonomiske vurderingene av nytte og kostnad anbefales det at konsept 2 gjennomføres. Det er konseptet som er forventet å ha størst samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Og vil bidra til færrest feilsendinger, medfører til spart tid for helsepersonell spesielt i helseforetak, har størst positiv effekt på pasientsikkerheten og gir best orden i adresseregisteret.

6.6 Forutsetninger for en vellykket gjennomføring

For at gjennomføringen av det anbefalte konseptet K2 skal bli vellykket er det noen ting som må ivaretas.

Det vil være svært viktig at det settes i gang en kommunikasjonsprosess for å synliggjøre for sektoren hva tjenestebasert adressering vil si for private virksomheter. Spesielt viktig imot fastlegevirksomheter, som er den gruppen private virksomheter det sendes flest meldinger til og hvor det er lett å misforstå standarden. Siden fastleger som eneste virksomhetsgruppe skal fortsette å stå som person i adresseregisteret.

En bør også vurdere en videre kartlegging av mulige kostnader ved å gjøre standard for tjenestebasert adressering obligatorisk for private virksomheter. Det er blant annet knyttet stor usikkerhet til kostnadene for private virksomheter ved å ta standarden i bruk, spesielt siden 23% av fastlegevirksomheter allerede i dag ser ut til å oppfylle kravene til tjenestebasert adressering.

Godt samarbeid mellom alle de involverte aktørene vil også stå sentralt for en vellykket gjennomføring av tiltakene i det anbefalte konseptet K2. Spesielt for å sikre at nødvendig funksjonalitet i EPJ-systemene følger med innføringen av tjenestebasert adressering for å unngå at det oppstår manuelt merarbeid hos de private virksomhetene.

8 Referanser

- [1] Norsk helsenett, «Adresseregisteret,» [Internett]. Available: <https://register.nhn.no/Ar/>.
- [2] Riksrevisjonen, «Dokument 3:6 (2013-2014) Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og,» 25 Mars 2014. [Internett]. Available: <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2013-2014/riksrevisjonensundersokelseomelektroniskmeldingsutveksling.pdf>. [Funnet 19 Mai 2021].
- [3] Direktoratet for e-helse, «Tjenestebasert adressering del 1: Generelle krav (HIS 1153-1:2016)».
- [4] Direktoratet for e-helse, «Tjenestebasert adressering del 2: Identifikatorer ved elektronisk samhandling (HIS 1153-2:2016)».
- [5] Direktoratet for e-helse, «Tjenestebasert adressering del 3: Adressering (HIS 1153-3:2017)».
- [6] Direktoratet for e-helse, «Bruk av kontaktopplysninger i basismeldinger, dialogmelding og pleie- og omsorgsmeldinger HITS 1174:2017,» 2017. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/standarder/ikke-standarder/bruk-av-kontaktopplysninger-i-basismeldinger-dialogmelding-og-pleie-og-omsorgsmeldinger#Dokumentet%20gjelder%20f%C3%B8lgende%20standarder%3A>.
- [7] Norsk helsenett, «Sluttrapport for innføring av Tjenestebasert adressering,» [Internett]. Available: <https://www.nhn.no/samhandlingsplattform/innforing-av-e-helsestandarder/tjenestebasert-adressering/sluttrapport-for-innforing-av-tjenestebasert-adressering>.
- [8] Helse- og omsorgsdepartementet, «Forskrift om standarder og nasjonale e-hesløløsninger,» 1 Juli 2015. [Internett]. Available: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853>. [Funnet 7 September 2021].
- [9] Lovdata, «Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen),» [Internett]. Available: <https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2016-02-19-184?q=Utredningsinstruksen>.
- [10] Finansdepartementet, [Internett]. Available: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/fastel_r_109_2014.pdf.
- [11] Regjeringen, «Fastlegeordningen,» [Internett]. Available: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fastlegeordningen/id115301/>.

- [12] Norsk helsenett, «Meldingsteller,» [Internett]. Available: <https://meldingsteller.nhn.no/>.
- [13] Helse- og omsorgsdepartementet, «Forskrift om fastlegeordning i kommunene,» 1 Januar 2013. [Internett]. Available: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>. [Funnet 10 September 2021].
- [14] Helse- og omsorgsdepartementet, «Handlingsplan for allmennlegetjenesten,» 11 Mai 2020. [Internett]. Available: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/>. [Funnet 1 Juni 2021].
- [15] Helsedirektoratet, «Årsrapport for "Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024",» 20 Mai 2021. [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/arsrapport-for-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024-er-klar>. [Funnet 1 Juni 2021].
- [16] Helsedirektoratet, «Fastlegestatistikk,» [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk>.
- [17] Direktoratet for e-helse, «Applikasjonskittering v.1.1 (HIS 80415:2012),» 2012. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/applikasjonskittering-v1.1>.
- [18] Direktoratet for e-helse, «Tilbakemelding om feil i mottatt melding (HIS 1151:2006),» [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/tilbakemelding-om-feil-i-mottatt-melding>.
- [19] EPJ-løftet, [Internett]. Available: <https://ehelse.no/programmer/epj-loftet/epj-loftet-for-fastleger-og-avtalespesialister>.
- [20] EPJ-løftet, «Fastlegeknappen,» [Internett]. Available: https://ehelse.no/programmer/epj-loftet/epj-loftet-for-fastleger-og-avtalespesialister/_attachment/download/9a592019-26af-4439-b8d2-e99b1e26f269:7e69e9af21e2469193b43fd56524af4f66170dd6/EPJ-l%C3%B8ftet%20kravdokument%20Fastlegeknappen.pdf.
- [21] Norm for informasjonssikkerhet, «Samarbeid mellom virksomheter om felles journal - En veileder med avtaleeksempler,» 2016. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/normen/veiledere/veileder-med-avtaleeksempler-ved-samarbeid-om-felles-journal>. [Funnet 2 November 2021].
- [22] Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, «Veileder i samfunnsøkonomiske analyser,» [Internett]. Available: <https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Utreddinger/Veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser.pdf>.

- [23] Direktoratet for e-helse, «Tjenestebasert adressering,» [Internett]. Available: <https://ehelse.no/standarder/om-standardisering-i-e-helse/tjenestebasert-adressering>.
- [24] Statistisk sentralbyrå, [Internett]. Available: <https://www.ssb.no/>.
- [25] H.- o. omsorgsdepartementet, «Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (Lovdata.no),» 1999. [Internett]. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- [26] H.- o. omsorgsdepartementet, «Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven),» 2017. [Internett]. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107?q=helsetilsynsloven>.
- [27] Direktoratet for e-helse, «Høring: Standard for tjenestebasert adressering del 3: Tjenestetyper,» [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/horinger/horing-standard-for-tjenestebasert-adressering-del-3-tjenestetyper>. [Funnet 18. mai 2021].
- [28] Helse- og omsorgsdepartementet, «Høring - Ny e-helselov og endringer i IKT-standardforskriften,» 2020. [Internett]. Available: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---ny-e-helselov-og-endringer-i-ikt-standardforskriften/id2675404/>. [Funnet 19 Mai 2021].
- [29] Helse- og omsorgsdepartementet, «Rundskriv Informasjonshåndtering i spesialisthelsetjenesten,» 12 April 2019. [Internett]. Available: https://www.regjeringen.no/contentassets/2612793fd9274d42aea938cc9764f4d0/190412_rundskriv_informasjonsaandtering_spesialisthelsetjenesten.pdf. [Funnet 19 Mai 2021].
- [30] Helsedirektoratet, «Krav til elektronisk meldingsutveksling Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren,» 2012. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/normen/faktaark/krav-til-elektronisk-meldingsutveksling>. [Funnet 27 Mai 2021].
- [31] Helse- og omsorgsdepartementet, «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten,» 28 Oktober 2016. [Internett]. Available: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>. [Funnet 8 Juni 2021].
- [32] Helse- og omsorgsdepartementet, «Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven),» 22 Juli 1977. [Internett]. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>. [Funnet 8 Juni 2021].
- [33] Helse- og omsorgsdepartementet, «Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven),» 20 Juni 2014. [Internett]. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42?q=pasientjournalloven>. [Funnet 8 Juni 2021].

Vedlegg A Intervju

Intervjuguide

Hensikt med utredningen

Å finne en hensiktsmessig vei videre for adressering av elektronisk meldinger i kommunikasjon med private virksomheter

- Få forståelse av hvilke problemer som kan oppstå for å finne riktig adressat ved sending av meldinger til/fra private virksomheter i dag, hvor tidkrevende de er å håndtere og hvor ofte de oppstår
- Kartlegge dagens situasjon
 - for å finne riktig mottaker ved sending av melding
 - ved mottak av melding for å sikre at meldingene kommer riktig frem
- Finne omfanget på ev utfordringer/problemer og vurdere relevante tiltak

© Direktoratet for e-helse

Side 1

Om intervjuet



Todelt

- Beskrivelse av prosessen knyttet til adressering ved sending og mottak av meldinger
- Spørsmål knyttet til adressering av meldinger
 - som virksomheten din mottar
 - som virksomheten/du sender

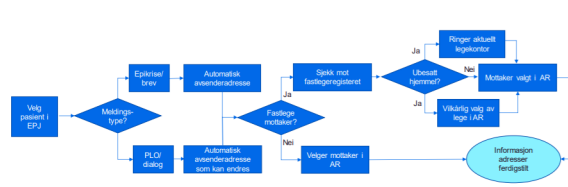
Tema

- Optimal flyt ved adressering av meldinger
- Automatisk prosesser for adressering
- Manuelle prosesser knyttet til adressering
- Feil i meldingsutvekslingen som adressering forårsaker

© Direktoratet for e-helse

Side 2

Finne korrekt mottaker for meldinger som sendes til private virksomheter



© Direktoratet for e-helse

Side 3

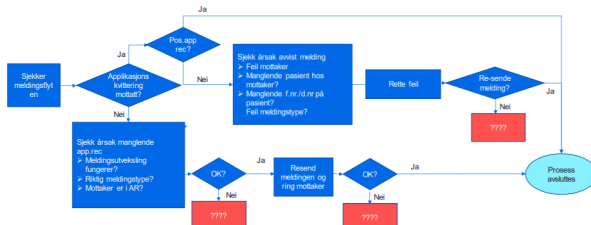
Ev oppfølgingsspørsmål- finne rett mottaker

- Gjennkjennbar prosess?
- Hva må gjøres for å finne riktig mottaker av meldingen?
 - Hvor mange meldinger som sendes krever manuell behandling for å finne riktig adressat?
 - Hvor mye tid tar det å finne riktig adressat?
 - Velges virksomhet hvis mottaker ikke er kjent? Eller velges det en tilfeldig person?
 - Er det mulig valg å send kun til virksomhet eller må person/tjeneste velges?
 - Hvis AR for fastlege inneholder annet helsepersonell enn fastleger, kan man da velge helsesekretær? Eller blir meldingen avvist?
- Sendes det meldinger til deaktiverte personer i AR?
 - Er flere i virksomheten involvert i å sende meldingen? Administrativ støtte for å ferdigstille adressering av meldingen?
 - Er adressering avhengig av meldingstype?
 - Skiller adressering til fastlegetenesten seg fra andre private virksomheter?
 - Har avsender mulighet for oppslag i fastlegeregisteret?
 - Hvilke forskjeller er det på private virksomheter når det gjelder å finne riktig adressat, f.eks. fastlegé kontra andre virksomheter?
 - I hvilken grad benyttes papirmeldinger hvis det benyttes?

© Direktoratet for e-helse

Side 4

Oppfølging av sendte meldinger



© Direktoratet for e-helse

Side 5

Ev. oppfølgingsspørsmål – sendte meldinger fra HF/kommuner

- Hvilke oppfølging har virksomheten på sendte meldinger (rutiner, hvem gjør hva)?
- Omfang av meldinger som kommer i retur?
- Hva gjøres med meldinger som kommer i retur?
- Årsaker til at meldinger kommer i retur? Hyppigste feil?
 - I hvor stor grad kan meldinger som kommer i retur tilskrives adressering?
- Kommer meldinger sendt til deaktiverte personer i AR i retur? Omfang? Hva gjøres ev?
- Tidsbruk på manuelle prosesser?

© Direktoratet for e-helse

Side 6

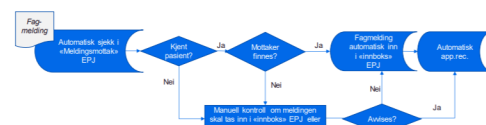
Elektroniske meldinger sendt fra fastlegekontor

- Hva må gjøres for å finne riktig mottaker av meldingen?
- Er flere i virksomheten involvert i å sende meldingen?
- Hvilke oppfølging har virksomheten på sendte meldinger (rutiner, hvem gjør hva)?
- Omfang av meldinger som kommer i retur?
- Hva gjøres med meldinger som kommer i retur?
- Årsaker til at meldinger kommer i retur?
- Tidsbruk på manuelle prosesser?

© Direktoratet for e-helse

Side 7

Mottak av elektronisk melding i private virksomheter



© Direktoratet for e-helse

Side 8

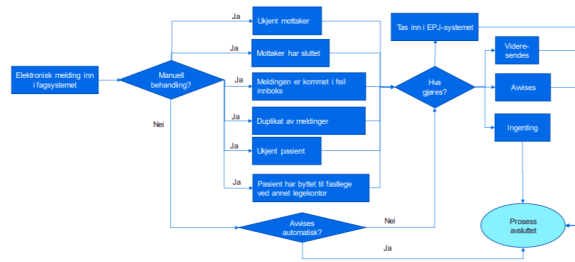
Ev oppfølgingsspørsmål – mottatte meldinger i «innboks»

- Har virksomheten faste rutiner/prosedyrer for mottak av meldinger?
- Automatisk sjekk av «innboks»?
 - Må noe gjøres manuelt?
 - Hvem gjør ev det?
- Hvem har tilgang til meldinger som kommer inn?
- Hvem gjør manuell kontroll hvis pasienten ikke er kjent eller mottaker ikke finnes?
 - Hva gjøres? Tidsbruk?
- Andel meldinger som kommer feil eller krever manuelt arbeid?
- Sendes det alltid kvittering på elektroniske meldinger?
- Mottar virksomheten meldinger i papirformat? Ev omfang? Hva gjøres?

© Direktoratet for e-helse

Side 9

Feil ved mottatt melding



© Direktoratet for e-helse

Side 10

Ev oppfølgingsspørsmål – manuell behandling av mottatte meldinger (legekontor)

Hva gjøres med meldingen hvis

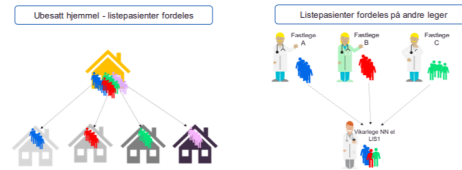
- ▶ pasienten ikke er kjent?
- ▶ den omhandler en tidligere pasient som har byttet fastlege
- ▶ mottaker ikke finnes?
- ▶ Meldingen kommer inn i feil innboks ved legesenteret?
- ▶ det kommer duplikat av meldinger (samme melding til flere leger eller annet helsepersonell ved samme legekontor)?

- Hva gjøres med meldinger som kommer til legesenteret der mottaker har sluttet?
- Hvor ofte oppdaterer legekantoret adresseinformasjon i Adresseregisteret?
- Hvem oppdaterer adresseinformasjon i Adresseregisteret?
- Har legekantoret faste rutiner?
- Får legekantoret meldinger adressert til personer som er deaktivert i AR?
- Andel meldinger som kommer feil eller krever manuelt arbeid?
- Tidsbruk på manuell behandling av elektroniske meldinger?

© Direktoratet for e-helse

Side 11

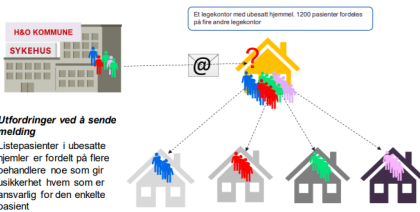
Ubesatte hjemler og bruk av vikarer



© Direktoratet for e-helse

Side 12

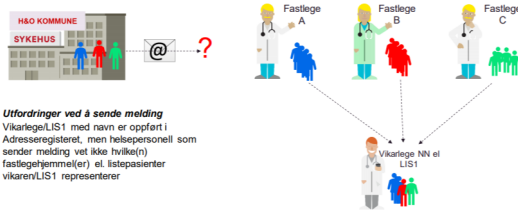
Case "Fastlegkontor med ubesatt hjemmel"



© Direktoratet for e-helse

Side 13

Case «Flere behandlere på samme listepopulasjon»



© Direktoratet for e-helse

Side 14

Tilganger i EPJ-systemet

- Hvem har tilgang til meldinger før signering
- Hvem har tilgang til å lese meldinger etter signering
- Hvem har tilgang til meldinger sendt på nivå 1 til virksomheten
- Hvilke type tilganger har personell ved et legekontor og hvordan er loggingen
- Er det mulig å blokkere mottak av meldinger fra enkelte kommunikasjonspartner for en periode
- Blir det sendt negativ app kvittering eller blir meldingen liggende på vent



© Direktoratet for e-helse

Side 15

Andre spørsmål/tema

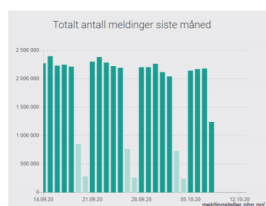
- Hvordan kan man stole på om AR er oppdatert?
- Hva er relevant informasjon i Adresseregisteret?
- Taushetsplikt og tilganger
- Hva gjøres med pasientfordeling i forbindelse med ferier, ubesatte hjemler, vikariat, LIS1 etc? (legekontor)
- Hvem har HF&kommuner behov for å adressere til ved et legekontor?
- Hvordan håndterer EPJ-systemet ubesatte hjemler og vikarer?
- Hvordan går arbeidsflyten i forhold til fravær, deling av liste med vikar?

© Direktoratet for e-helse

Side 16

Statistikk meldingsutveksling (EPJ-leverandørene)

- Kan EPJ-systemet ta ut statistikk på antall mottatte og sendte meldinger?
- Hvilke detaljeringsgrad er det ev mulig å ta ut statistikk på (kommunikasjonspartner, meldingstyper)
- Årsak til avvisinger
- Manuelle håndtering av innkomne meldinger



© Direktoratet for e-helse

Side 17

Leverandørpresentasjon (den enkelte EPJ-leverandør)

Tema


- Hvordan er de organisert, har de et eller flere journalsystem
- Hvem er brukerne, typisk kundegruppe
- Skybasert, lokalt system, hvordan blir systemet oppdatert

© Direktoratet for e-helse

Side 18

Fremtidige planer (EPJ-leverandørene)

- Tanker om automatisering av «meldingsmottak i EPJ»
 - Hva kan være mulig
 - Hvilke avhengigheter har ulike løsninger
 - Omkostninger
- Optimale flyten internt i systemet i framtiden



© Direktoratet for e-helse

I forbindelse med intervjuene ble informantene spurt om de kunne bidra med statistikk om meldingsutveksling i en avgrenset tidsperiode for eksempel en uke. Flere har etter intervjuet gjort det og angitt dato for statistikken som omhandler antall

- sendte epikriser (fra HF og avtalespesialist spurt)
- mottatte elektroniske meldinger (private virksomheter og avtalespesialist spurt)
- meldinger som har feilet ved mottak (alle)
- sendte elektroniske meldinger, alle typer (private virksomheter og kommuner)
- sendte henvisninger (avtalespesialist spurt)
- meldinger som har feilet ved sending med spesifisering ift manglende transportkvittering, app.rec, feilsendt (alle spurt)

De ble også bedt om å gi estimater på manuell ressursbruk for oppfølging av elektronisk meldingsutveksling i egen virksomhet (feks finne korrekt mottaker, feil sendinger mm).

Informantene har ulike muligheter til å fremskaffe statistikk, både i forhold til hvor arbeidskrevende det er, størrelsen på virksomheten og organisasjonens kompleksitet, samt hvilke muligheter de har for å ta ut statistikk fra EPJ-system og annet digitalt verktøy.

Informanter

- Representanter fra alle helseregioner: OUS, UNN, SSHF, Helse Vest IKT, Sykehuspartner, St. Olavs Hospital, Dokumentsenteret St. Olav, Helse Bergen
- Kommuner: Alta, Arendal, Austevoll, Balsfjord, Bergen, Gjøvik, Oslo, Sandefjord, Stavanger, Vefsn, Viken, Vågan
- Fastlegekontor: Austevoll Legekontor, Hå kommune legekontor, Lillestrøm legekontor, Senja legekontor, Tillertorget Legekontor, Torget Medisinske senter, Værøy legekontor
- Private sykehus: Aleris og Ibsensykehusene
- Avtalespesialist: Bergen Øyelegesenter
- Fysio- og manuell terapi: Bjørkelangen og Sortland
- Alle EPJ-leverandører som leverer til fastlegjetjenesten: Webmed, Pridok, CGM, Infodoc, Aspit

Vedlegg B Juridiske rammer

Overordnet om virksomhetens ansvar og rammene for behandlingen av opplysninger

Med unntak av pkt. 4-2 nedenfor, er omtalen i det følgende er i stor grad hentet direkte fra:

- "Juridiske problemstillinger ved innføring av nasjonal standard for tjenestebasert adressering" - Helsedirektoratets uttalelse 06.12.19
- Rundskriv HOD I-3/2019 om informasjonshåndtering i spesialisthelsetjenesten
- Kongelig resolusjon 01.03.19 – Fastsettelse av ny forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften)
- Veiledere til Normen:
 - o Veileder informasjonssikkerhet og personvern i små virksomheter
 - o Veileder for tilgangsstyring
 - o Veileder med avtaleeksempler ved samarbeid om felles journal

1 Pasientsikkerhet og personvern

All pasientbehandling forutsetter behandling av helseopplysninger om pasienten. God pasientsikkerhet krever at opplysninger lagres og deles mellom helsepersonell. Pasientsikkerhet handler om å unngå unødig skade på pasient som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Mangelfull informasjon og svikt i overganger innad og mellom helsetjenestenivå er dokumentert som en av de største risikoområdene for god pasientsikkerhet. Forholdet mellom pasientsikkerhet og den enkeltes personvern er balansert på et overordnet nivå i regelverket.

I pasientjournalloven er samspillet synliggjort i formålsbestemmelsen. Behandling av helseopplysninger skal skje på en måte som gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet, ved at relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte blir tilgjengelige for helsepersonell. Samtidig skal vernet mot at opplysninger gis til uvedkommende ivaretas.

Ivaretagelse av pasientens personvern vil samtidig være viktig for pasientsikkerheten, for eksempel ved at journalopplysningene er relevante, korrekte og oppdaterte. Videre er helsepersonellens taushetsplikt et viktig personvernelement, og en forutsetning for det nødvendige tillitsforholdet mellom pasienter og helsepersonell.

2 Taushetsplikt og deling av opplysninger

Helseopplysninger i pasientjournaler er taushetsbelagt informasjon og skal beskyttes i henhold til reglene om taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 21 flg. Taushetsplikt innebærer både en plikt til å tie og en plikt til å hindre at andre får tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Dette gjelder hvis ikke det er bestemt i lov eller i medhold av lov, at opplysningene kan eller skal gis videre.

Det følger av pasientjournalloven § 19 at relevante og nødvendige helseopplysninger skal være tilgjengelig for helsepersonell og annet samarbeidende personell, når det er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp for den enkelte. Forutsetningen er at dette skjer innenfor rammen av taushetsplikten og at pasienten ikke motsetter seg slik deling.

Helsepersonelloven §§ 25, 45 og 45a er eksempler på bestemmelser som åpner for tilgjengeliggjøring uten hensyn til taushetsplikten, og åpner for deling av opplysninger til personell som trenger opplysningene til ovennevnte formål. Disse unntakene er særlig relevante for elektronisk meldingsutveksling av opplysninger som omtalt i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren § 6.

3 Tilgangsstyring

Det kan være en utfordring for virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å organisere virksomheten slikt at taushetsplikten ivaretas samtidig som det legges til rette for deling av pasientopplysninger i aktuelle tilfeller og i nødvendig utstrekning, jf. pasientjournalloven § 19. Tilgangsstyring er derfor et viktig verktøy som skal sikre at tilgang til helseopplysninger kun gis til autorisert personell ved tjenstlig behov, jf. pasientjournalloven § 22 og pasientjournalforskriften § 13.

Mangelfull tilgangsstyring vil være i strid med virksomhetens plikt til å sikre at taushetsplikten ivaretas og kan også være i strid med virksomhetens plikt til å sørge for at nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige. Ved hjelp av riktig tilgangsstyring kan pasientopplysninger gjøres tilgjengelig for den som har tjenstlig behov for tilgang samtidig som opplysningene er utilgjengelige for andre – innenfor samme virksomhet. Dette forutsetter ikke bare gode IKT-løsninger, men også et velfungerende styringssystem i virksomheten.

4 Ansvar og organisering

4-1 Hvem er dataansvarlig?

Enhver behandling av helseopplysninger må kunne knyttes til en dataansvarlig, jf. pasientjournalforskriften § 3. Ingen kan behandle helseopplysninger uten at det er klart hvem som er dataansvarlig for behandlingen. Dataansvarlig er den som alene eller sammen med andre bestemmer formålet med behandlingen av opplysningene og hvilke midler som skal benyttes, jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 7.

Plikten til å føre pasientjournal, plikten til å utveksle helseopplysninger og taushetsplikt er lovpålagte plikter for helsepersonell. Dette innebærer ikke at det enkelte helsepersonell også blir dataansvarlig etter personvernforordningen. Det er virksomheten eller institusjonen som yter en bestemt tjeneste som innebærer behandling av helseopplysninger, som vanligvis bestemmer formålet med behandlingen av opplysningene og hvilke midler som skal benyttes og som derfor i utgangspunktet må anses som dataansvarlig. Dette vil eksempelvis være det enkelte helseforetak eller den enkelte kommune.

På fastlegesiden har Helsedirektoratet lagt til grunn at fastlegehjemmelen er utgangspunktet for virksomheten som drives (fastlegetjenestene som ytes). Fastlegehjemlene (fastlegetjenestene) vil være å anse som virksomheter – enten som private virksomheter med avtale med kommunen, eller som en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, dersom fastlegen er ansatt i kommunen. (ref. Helsedirektoratets vurdering 06.12.19). For ansvarsforholdene ved samarbeid mellom flere virksomheter, f.eks. flere fastleger ved et legekantor, se pkt. 4-4.

4-2 "Virksomhet" - pliktsubjektet

Som følge av mange ulike organiseringsformer i helsesektoren, kan begrepet "virksomhet" være utfordrende. Dette gjelder særlig i tilfeller der det inngås samarbeid om journal.

Når denne utredningen benytter begrepet "virksomhet" i slike samarbeidssituasjoner, er det gjerne samarbeidskonstellasjonen (gruppepraksisen/arbeidsfellesskapet/legekontoret) som omtales. Selv om det utad kan fremstå som at det er "Legekontoret" som er den ansvarlige virksomheten, vil det likevel være de enkelte dataansvarlige (f.eks. hver enkelt fastlege) som har felles ansvar og som alle er pliktsubjekter etter regelverket når det samarbeides om journal. Disse må avtale nærmere hvordan oppgavene praktisk skal fordeles, se pkt. 4-4.

4-3 Den dataansvarliges plikter

Det er den dataansvarlige som har ansvaret for at regelverket for behandling av helseopplysninger følges. Den dataansvarlige skal sørge for egnet informasjonssikkerhet, herunder tilgangsstyring, og etablere internkontroll. Dette korresponderer med krav til styringssystem etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Det er den dataansvarlige som har det daglige ansvaret for personvernet og informasjonssikkerheten. Oppgavene med å behandle helse- og personopplysningene kan delegeres til egne ansatte i virksomheten, eller til leverandører. Leverandøren blir da en databehandler som gjennomfører behandlingene av helse- og personopplysningene på vegne av dataansvarlig.

Normen har omfattende veiledningsmaterieell om ansvar, oppgaver og roller i forbindelse med personvern og informasjonssikkerhet, se særlig:

- Veileder informasjonssikkerhet og personvern i små virksomheter
- Veileder for tilgangsstyring
- Veileder med avtaleeksempler ved samarbeid om felles journal

4-4 Samarbeid om journal (felles dataansvar)

Små helsevirksomheter er organisert på ulike måter. Enkelte driver helt selvstendig. Noen går sammen med andre virksomheter og samarbeider om pasientjournalssystemer og andre fagsystemer. Noen virksomheter setter ut mesteparten av drift og vedlikehold til leverandører (databehandler), og noen har servere lokalt. Andre inngår løsninger for tilgang på tvers ved behov.

Uavhengig om det er aksjeselskap eller enkeltpersonforetak er det viktig å avklare dataansvar, roller, oppgaver og ansvar.

Når én virksomhet bestemmer formålet og hjelpemidlene for behandlingen av helse- og personopplysninger, er virksomheten dataansvarlig selv.

I de tilfellene det er to eller flere dataansvarlige, som f.eks. når flere fastleger, fysioterapeuter, psykologer mv. går sammen om å bestemme hva helse- og personopplysninger skal brukes til og hvilke system en velger å bruke vil de være felles dataansvarlige. Dette gjelder for alle typer systemer, enten det er felles pasientjournal, fagsystemer, kurveløsninger eller administrative systemer som e-postsystem. Når flere virksomheter går sammen om bruk av felles systemer skal de ansatte bare ha tilgang til helse- og personopplysninger ved tjenstlig behov. Felles pasientjournal innebærer at hver pasient har én journal innen samarbeidet. Helsepersonellet tilknyttet fellesskapet fører opplysninger kun i denne journalen.

Ved samarbeid om felles pasientjournal, skal dette reguleres i en skriftlig avtale, jf. pasientjournalloven § 9, som inneholder:

- Hva samarbeidet omfatter
- Hvordan pasientens rettigheter skal ivaretas

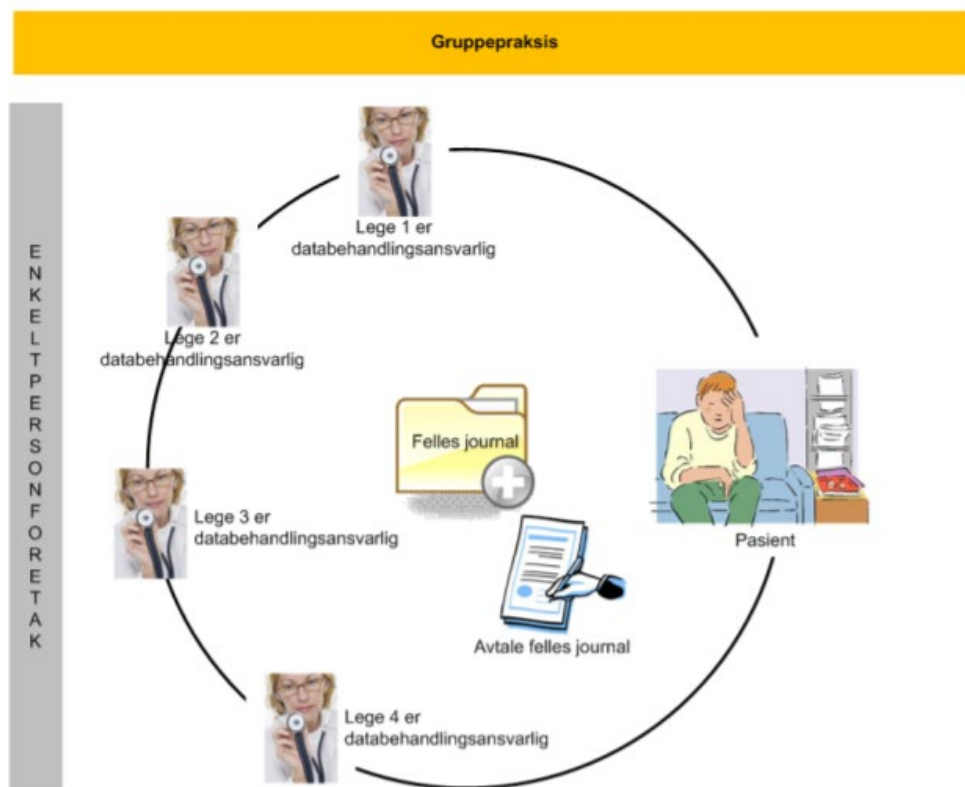
- Hvordan helseopplysninger behandles og sikres
- Dataansvar

Ved felles dataansvar har alle dataansvarlige en selvstendig plikt til å oppfylle pasientjournallovens krav. Dette betyr at dataansvaret ikke kan fordeles til en eller flere av avtalepartene mens andre blir sittende uten ansvar. De praktiske oppgavene som er knyttet til dataansvaret kan imidlertid fordeles mellom avtalepartene.

Normens veileder "*Samarbeid mellom virksomheter om felles journal*" illustrerer to ulike eksempler på slikt samarbeid, gruppepraksis og profesjonspraksis. I veilederen er det også gitt en generell avtalemal som kan benyttes ved inngåelse av slikt samarbeid og nærmere fordeling av ansvar og plikter.

(Veilederen benytter begrepet "databehandlingsansvarlig". Dette er det samme som "dataansvarlig", jf. begrepsendringen i helselovgivningen etter personvernforordningen.)

Eksempel 1 Gruppepraksis



Eksemplet viser en gruppepraksis som fremstår som en enhet utad der det er etablert en felles journal, enkeltpersonforetakene har ikke lenger egen pasientjournal og alle enkeltpersonforetakene er databehandlingsansvarlige:

- Det er inngått avtale om felles journal mellom enkeltpersonforetakene. Med etablering av avtalen om felles pasientjournal oppfyller man kravet iht. pasientjournalloven § 9.
- Fire ulike enkeltpersonforetak fra samme gruppe helsepersonell (Lege 1 – 4)
- Helsepersonellet fører i en felles journal

Eksempelsituasjonen gjør det enkelt for pasienten å få helsehjelp fra en annen behandler ved at denne behandleren kan få tilgang til pasientens journal.

Når alle enkeltpersonforetakene er databehandlingsansvarlige må det innarbeides klare prosedyrer i styringssystemet for informasjonssikkerhet slik at alle benytter de samme prosedyrene, og avtalen må gjenspeile kompleksiteten i ansvarsforhold knyttet til en slik modell.

Eksempelen illustrerer at alle er databehandlingsansvarlige, men at ansvaret for ulike oppgaver kan ivaretas av flere av legene som deltar i samarbeidet (databehandlingsansvarlig).

Eksempel 2 Profesjonssamarbeid



Eksempelen viser et profesjonssamarbeid der det er etablert en felles journal, enkeltpersonforetakene har ikke lenger egen pasientjournal, alle virksomhetene er databehandlingsansvarlige og én av virksomhetene representerer de databehandlingsansvarlige utad:

- Det er inngått avtale om felles journal mellom enkeltpersonforetakene. Avtalen løser behovet for hjemmel for behandling av helse- og personopplysninger
- Tre ulike enkeltpersonforetak som hver kommer fra forskjellige grupper helsepersonell
- Helsepersonellet fører i én felles journal

I dette eksemplet er enkeltpersonforetakene fra ulike grupper helsepersonell. Dette kan medføre at det oppstår ulikt behov for tilgang til og behandling av helse- og personopplysninger. Dette vil kunne stille funksjonelle krav til en felles journal (f.eks. at tilgangsstyringen tar hensyn til de ulike profesjonenes tjenstlige behov). Hvilke følger dette får for avtalen om felles journal, i det aktuelle samarbeidet, må avklares konkret.

Hvilken virksomhet for felles journal som representerer de databehandlingsansvarlige utad må avtales. Ansvar for ulike oppgaver kan ivaretas av den enkelte databehandlingsansvarlige.