



DigiHelsestasjon - Ungdomsløsningen

Sluttrapport ved BP5 Desember 2023

Saksnummer i 360:	Versjonsnummer: 1.1	
Godkjent dato:	Godkjent av Prosjekteier: Nadja Hindhammer, Oslo kommune	Utarbeidet av: Helle Wensberg Holte (Oslo kommune) og Martin Gulseth (NHN)

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.	Sammendrag.....	5
1.1	Ungdomsløsningen – noe for seg selv.....	5
1.2	Status ved endt prosjekt.....	8
1.3	Styringsgruppens vurdering av veien videre.....	9
2.	Om prosjektet: DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen.....	10
2.1	Bakgrunn og mål.....	10
2.2	Målgrupper.....	12
2.3	Organisering og gjennomføring.....	12
2.3.1	Prosjektstruktur.....	12
2.3.2	Utskiftning av personell.....	14
2.3.3	Prosjektets faser.....	14
2.4	Leveranser.....	15
2.5	Gevinster.....	16
3.	Finansiering og prosjektrekskap.....	17
4.	Sentrale erfaringer fra prosjekt.....	18
4.1	Eksterne rammebetingelser.....	19
4.2	eID for ungdom – og en prinsipiell diskusjon rundt behandlingsansvar.....	20
4.3	Behandlingsgrunnlag for mindreåriges personopplysninger.....	22
4.4	Personvernkonsekvensvurdering (DPIA).....	26
4.5	Forvaltningsmodell.....	26
5.	Sentrale erfaringer fra pilot.....	28
5.1	Rammer for gjennomføring.....	28
5.2	Kvantitative nøkkeltall oppsummert.....	29
5.3	Brukerinnsikt.....	31
5.3.1	3 av 4 opplever at Helsenorge-appen vil være nyttig, når de trenger hjelp.....	32
5.3.2	Et flertall vil anbefale andre å bruke Helsenorge-appen.....	32
5.3.3	Et flertall tror at helsesykepleier blir lettere tilgjengelig for dem, nå som de har Helsenorge-appen	33
5.4	Kvalitative nøkkelerfaringer oppsummert.....	35
5.5	Spesifikke utfordringsområder.....	36

5.5.1	MinID - Anskaffelse og innlogging	37
5.5.2	Innlogging og bruk for ungdom over 16år.....	38
6.	Måloppnåelse	39
7.	Restanser og Videreutviklingsbehov	41
7.1	Restanseliste.....	41
7.2	Prioriterte endringsønsker	41
8.	Identifiserte risikoer	43
9.	Veien videre etter endt prosjekt	45
9.1	Forvaltning.....	45
9.2	Nasjonal bredding.....	45
9.3	Innføring	47
9.3.1	Grunnleggende innføringstiltak (lav/moderat/høy innsats)	50
9.3.2	Mulige innføringstiltak (høy innsats).....	51
10.	Vedlegg	54

ENDRINGSHISTORIKK

Versjon	Dato	Aksjon	Produsent/ansvarlig
0.1	08.11.23	Opprettelse av mal	Helle W. H.
0.7	24.11.23	07-versjon oversendt prosjekteier (PE)	Helle W. H. + Martin G.
0.9	01.12.23	09-versjon oversendt styringsgruppen (SG)	Helle W. H. + Martin G.
1.0	08.12.23	Innspill fra SG-implementert, og 1.0 utkast oversendt SG	Helle W. H. + Martin G.
1.0	11.12.23	Siste SG-møte; sluttrapport godkjent med justeringer	Helle W. H. + Martin G.
1.1	20.12.2023	Endelig sluttrapport med vedlegg oversendt SG	Helle W. H. + Martin G.

DISTRIBUSJONSLISTE

Enheter/virksomheter
Styringsgruppen (SG)
Prosjekteier (PE), Oslo kommune (Byrådsavdeling for oppvekst og kunnskap/helse)
Helsedirektoratet
Kommunesektorens organisasjon (KS)

1. SAMMENDRAG

DigiHelsestasjon er et nasjonalt samarbeidsprosjekt (2018-2023) bygget på modellen for «Digi-prosjektene»; samarbeidsprosjekter mellom kommuner, KS, statlige virksomheter og systemleverandører. Oslo kommune v/Byrådsavdeling for oppvekst og kunnskap (OVK) har vært prosjekteier, og har hatt ansvaret for den daglige ledelsen av prosjektet.

Prosjektet har utviklet, testet og pilotert to nasjonale innbyggertjenester for den kommunale helsestasjons- og skolehelsetjenesten på Helsenorge, som skal være et digitalt supplement til den fysiske tjenesten, og gjøre kontakten mellom innbygger og tjenestene enkel og sikker. De to tjenestene er:

- (1) Basisløsningen (for innbyggere f.o.m. 16 år som representerer seg selv eller sine barn)
- (2) Ungdomsløsningen (for innbyggere f.o.m. 12 år som representerer seg selv)

Basisløsningen ble ferdig utviklet og pilotert av prosjektet i 2021, og har siden den gang blitt breddet på tvers av landet (per tid har over 120 kommuner tatt løsningen i bruk). Ungdomsløsningen ble satt i utvikling første kvartal 2021, og ble ferdig pilotert innen utgangen av oktober 2023.

Denne sluttrapporten omhandler leveransen av Ungdomsløsningen, og markerer avslutningen av DigiHelsestasjon-prosjektet i stort.¹

1.1 Ungdomsløsningen – noe for seg selv

Ungdomsløsningen er utformet for å tilby digitale tjenester til ungdom under 16 år via Helsenorge-appen, slik at de får mulighet til å komme i kontakt med Skolehelsetjeneste (SHT) og finne sin nærmeste Helsestasjon for ungdom (HFU) på en enkel, sikker og – nettopp – digital måte. I tillegg skal Ungdomsløsningen tilby de ansatte i tjenesten en enkel kommunikasjonskanal, slik at de kan nå ut med informasjon til ungdommen på hhv. ungdoms- og videregående skole på en effektiv måte. På denne måten får også ungdommen gjennom Ungdomsløsningen viktig informasjon fra skolehelsetjenesten rett på sin mobil.

Ungdomsløsningen er bygget som et eget «rom» på Helsenorge-appen, som er tilgjengelig for ungdom gjennom MinID-innlogging. Ungdomsløsningen gir, for første gang, innbyggere under 16 år tilgang på tjenester på Helsenorge. Det har vært en lang vei frem.

Prosjektet DigiHelsestasjon er et av prosjektene i det nasjonale DigiUng-programmet,² i tillegg til å være et av tiltakene i den nasjonale e-helseporteføljen, og har i utformingen av Ungdomsløsningen jobbet i tett samarbeid nettopp med DigiUng. Ved lanseringen av Ungdomsløsningen realiseres en del av målbildet til DigiUng, ved å tilby en *innlogget* tjeneste for ungdom som gjør det mulig å få *individuell tilpasset oppfølging* av helsesykepleier gjennom en digital inngangsport. Dette til forskjell fra anonyme tjenester utviklet

¹ Sluttrapporten for Basisløsningen ble levert ved årsskiftet 2021/2022, og kan leses i vedlegg 1; *Sluttrapport BP5, DigiHelsestasjon - Basisløsningen*.

² www.digiung.no

gjennom DigiUng, som ikke krever innlogging, men som dermed heller ikke gjør det mulig å følge opp ungdommen individuelt og spesifikt.

Ungdom over 16 år, som har begynt på videregående skole (VGS), har over tid – som innbyggere for øvrig - hatt tilgang på Helsenorge, med de funksjonalitetene som der er tilgjengelig for digital tilgang til de offentlige helsetjenestene. Med leveransen av Basisløsningen fikk de samme ungdommene også mulighet ved behov til å føre *sikker digital dialog* med jordmortjenesten, helsestasjon 0-5, skolehelsetjenesten (SHT) og helsestasjon for ungdom (HFU), og de fikk mulighet til å *administrere timene* sine når som helst hos de samme tjenestene (få oversikt over timene sine/be om time/avlyse time).

Den samme muligheten fantes ikke for ungdom på ungdomsskole, mellom 12-16 år. Disse ungdommene er imidlertid en prioritert brukergruppe for DigiUng, og for DigiUng har det vært av avgjørende betydning å utvikle en innlogget tjeneste – digital og trygg – også for denne brukergruppen.

Denne brukergruppen representerer imidlertid utfordringer både informasjonssikkerhetsmessig og personvernmessig; utfordringer som var kjent i en tidligfase av prosjektet, men hvis omfang ikke da ble identifisert. Utfordringene har bidratt til betydelig kompleksitet i arbeidet med Ungdomsløsningen, og til at man ved flere anledninger har vært nødt til å revurdere planene.

Grunnleggende sett er det de samme forholdene – sikkerhetshensyn og personvern hensyn – som har påvirket rammene for, og selve utviklingen av, den tekniske løsningen som nå er Ungdomsløsningen. De er også hovedårsaken til at Ungdomsløsningen per tid har begrenset funksjonalitet sammenlignet med Basisløsningen. Hovedforskjellen er at sistnevnte innehar *sikker digital dialog* (mulighet for utveksling av fritekst/potensielt «sensitive personopplysninger» (særlige kategorier av personopplysninger)), noe Ungdomsløsningen ikke har. Istedenfor har Ungdomsløsningen et enklere brukergrensesnitt, med tre tilgjengelige hovedfunksjonaliteter i Helsenorge-appen per tid:

1. Be om/avlys time hos skolehelsesykepleier (fysisk møte eller per telefon)
2. Finn din nærmeste helsestasjon for ungdom (HFU) i kart, herunder åpningstider og informasjon om tjenestetilbudet på den enkelte HFU
3. Få informasjonsmeldinger fra skolehelsesykepleier på skolen din

I opprinnelig mål bilde for Ungdomsløsningen lå det inne ønsker både om chat-funksjonalitet og mulighet for å bestille videosamtale med skolehelsesykepleier, i tillegg til telefon- og fysisk samtale. «Den digitale helsesykepleier» var visjonen. Ønskene ble vurdert opp imot sikkerhets- og personvernkrav basert på de tekniske og juridiske rammene som var identifisert for prosjektet i en tidligfase. I vurderingen ble det konkludert at Ungdomsløsningen verken hadde de tekniske/sikkerhetsmessige eller juridiske rammene som skulle til for å realisere «den digitale helsesykepleier» fullt ut:

- (1) Feide som valgt autentiseringsløsning («innloggingsløsning») var klarert på laveste sikkerhetsnivå, og var ikke sikker nok til å kunne utveksle sensitive personopplysninger (slik som helseopplysninger) i løsningen, og;
- (2) Særlige kategorier personopplysninger kunne formodentlig ikke deles i en *informasjonssamfunnstjeneste*, som Ungdomsløsningen ble definert til å være på bakgrunn av

personopplysningslovens nedre definerte aldersgrense på 13 år for å kunne samtykke på egne vegne til at egne personopplysninger behandles i en tjenestetransaksjon.³

Dermed ble det lagt opp til å *få til så mye som mulig* funksjonalitetsmessig, uten muligheter for å utveksle sensitive personopplysninger i løsningen (slik som gjennom chat og video).

Løsningen ble utviklet deretter, og våren 2022 skulle pilot endelig igangsettes i Bergen – etterfulgt av Oslo og Haugesund på høstparten – etter flere runder med forsinkelser i EPJ-leverandørleddet. Slik ble det ikke.

I forkant av den planlagte piloten kom det opp bekymringer i pilotkommunene knyttet til hhv. behandlingsansvar og behandlingsgrunnlag for løsningen. To utredninger ble igangsatt for å løse opp i stillstanden som oppstod.

Den første utredningen (november 2022-januar 2023) ble gjennomført av NHN, i tett samarbeid med prosjektleder for Ungdomsløsningen, og ble lagt fram for behandling i styringsgruppen i januar 2023. Den tok for seg autentiseringsløsningen, vurderte alternativer til Feide, og konkluderte med en anbefaling om å bytte fra Feide til MinID.⁴

Den andre utredningen (januar/februar 2023-mars 2023) ble gjennomført av en ad-hoc-etablert arbeidsgruppe bestående av ressurser fra NHN, Hdir og Oslo kommune, og ble lagt fram for behandling i styringsgruppen i mars 2023. I utredningen ble behandlingsgrunnlaget for mindreåriges personopplysninger i Ungdomsløsningen vurderte fra grunnen av, og arbeidsgruppen konkluderte med at «dagens delvis fragmenterte lovgivning og manglende praksis knyttet til mindreåriges samtykkekompetanse [til bruk av offentlige tjenester] bidrar til [vedvarende] usikkerhet ved om vi har et rettsgrunnlag for behandling av ungdommens personopplysninger i Ungdomsløsningen». Det ble anbefalt å legge til grunn for pilot at Ungdomsløsningen er en informasjonssamfunnstjeneste, herunder at ungdom f.o.m. 13 år kan samtykke til bruk av tjenesten i pilotperioden, parallelt med at videre regelverksfortolkning- og/eller -utvikling igangsettes. Dette for på sikt å sikre et tydeligere rettslig grunnlag for Ungdomsløsningen spesielt, og fremtidige digitale, offentlige tjenester for barn og unge generelt.

I begge tilfeller besluttet styringsgruppen det utredningene hadde anbefalt. Feide ble i løpet av vinteren 2023 byttet ut med MinID som autentiseringsløsning; en eID på sikkerhetsnivå betydelig («mellomste» sikkerhetsnivå). Og pilot ble endelig igangsatt medio april samme år i både Bergen, Oslo og Haugesund – med Ungdomsløsningen som en informasjonssamfunnstjeneste lagt til grunn. Pilot ble igangsatt under forutsetning av at Helsedirektoratet på kort sikt igangsatte videre fortolkningsarbeid på statlig hold, med mål om å rydde bort usikkerhet tilknyttet løsningens behandlingsgrunnlag så raskt som mulig.

Dette fortolkningsarbeidet konkluderte i oktober 2023 med at Ungdomsløsningen per tid *ikke* er en informasjonssamfunnstjeneste, men at aldersgrensene for samtykke til helsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven kan legges til grunn for behandling av personopplysninger i løsningen.⁵ Dette innebærer at ungdom ned i en alder av 12 år – det året de får helserettslig medbestemmelsesrett – kan

³ Senere ble det av prosjektet identifisert (jmf. kapittel 4.3) at det ikke er en informasjonssamfunnstjeneste *i seg selv* som forhindrer utveksling av særlige kategorier personopplysninger, men at denne regelen om 13-årsgrense for samtykke til informasjonssamfunnstjenester ikke kan brukes for å la 13-åringen samtykke til behandling av helseopplysninger.

⁴ Vedlegg 2, *Vurderingsgrunnlag innloggingsløsning for ungdom*.

⁵ Vedlegg 3, *Helsedirektoratet_Notat om prosess og rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger i DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen*.

Samtykke til at egne personopplysninger behandles i Ungdomsløsningen; altså at ungdom fra de er 12 år kan ta i bruk Ungdomsløsningen på Helsenorge-appen.

I det avgjørende notatet fra Helsedirektoratet ble det samtidig presisert at konklusjonen gjelder for løsningen slik den funksjonelt er satt sammen i dag, herunder hvilke personopplysninger som behandles til definerte formål per tid. Dersom løsningen utvides til nye formål eller behandling av flere personopplysninger, vil spørsmålet om behandlingsgrunnlag måtte vurderes på nytt.

Helsedirektoratet jobber derfor videre i forlengelsen av DigiHelsestasjon-prosjektet spesielt, og innenfor interessesfæren til DigiUng generelt, for å sikre et tydeligere rettslig grunnlag for behandling av mindreåriges personopplysninger i digitale, offentlige hjelpetjenester på lengre sikt.

1.2 Status ved endt prosjekt

DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen har ved endt prosjekt utviklet, testet og pilotert den første nasjonale, digitale innbyggertjenesten innenfor ungdomshelse i kommunene. Prosjektet har på ulike områder banet vei for prosjekter som kommer etter. Fordi Ungdomsløsningen er den første løsningen av sitt slag i DigiUng-sammenheng – altså den første av tjenestene som krever innlogging – har prosjektet i fellesskap med DigiUng måttet «ta støyten» gjennom upløyd mark, men også lagt forholdene til rette for videre digitalisering av offentlige hjelpetjenester rettet mot ungdom – både teknisk og juridisk.

På den ene siden er det etablert en plattform («Helsenorge for ungdom») med integrerte komponenter som fremtidige tjenester kan bygge videre på. På denne måten har prosjektet levert på den sentrale strategien som ble lagt for Ungdomsløsningen i utgangspunktet.⁶ På den andre siden har prosjektet håndtert komplekse problemstillinger knyttet særlig til mindreåriges personvern, men også informasjonssikkerhet/eID, som legger en presedens for etterfølgende tjenester rettet mot mindreårige. Svakheter og uklarheter i dagens regelverk er avdekket, og behovet for å tydeliggjøre det rettslige grunnlaget for behandling av mindreåriges personopplysninger i offentlige, digitale hjelpetjenester – på tvers av stat og kommune – er avklart.

Samtidig erkjennes det ved prosjektets slutt at Ungdomsløsningen, slik den per tid er utviklet, har forbedringspotensial. Særlig er det to barrierer for bruk og gevinstuttak, verifisert gjennom pilot, som gjør seg gjeldende i løsningen der vi nå står:

- (1) *Anskaffelse av MinID*: På grunn av dagens prosess for anskaffelse av MinID, er terskelen for å ta i bruk Ungdomsløsningen per tid betydelig. Å få den enkelte ungdom til å anskaffe på egenhånd, er både krevende og ineffektivt, og for å lykkes med å istandsette ungdommen til å ta i bruk løsningen er helsestasjons- og skolehelsetjenesten per tid avhengig av bistand enten fra foresatte, eller – slik prosjektet har vurdert og utforsket – skolen.
- (2) *Timeadministrasjon*: Det største og tydeligste videreutviklingsbehovet som har kommet ut av arbeidet med Ungdomsløsningen, er etablering av *reell timebestilling i timebok* for ungdommene. Slik løsningen fungerer nå, kan ungdommen kun be om en time hos skolehelsetykepleier, som sistnevnte finner en tid til, før timebekreftelse sendes i retur til ungdommen. Dette gjør at

⁶ Jmf. styringsdokumentet for Ungdomsløsningen; vedlegg 4.

ungdommen ikke kan velge en time som passer dem selv, og at de må vente på svar. Piloten har vist at dette gjør ungdommen delvis forvirret og utålmodig, og at timeadministrasjonen som kjernefunksjonalitet ikke oppleves brukervennlig nok.

Når det gjelder førstnevnte utfordring, jobber Digitaliseringsdirektoratet (Digdir) i samarbeid med DigiUng og andre statlige aktører for å ta ned ungdommens terskel for å skaffe seg MinID.⁷ Forbedringer ligger allerede er på trappene, som vil bidra til å lette anskaffelsen av MinID på kort sikt. Og når det gjelder sistnevnte utfordring, inngår denne i den prioriterte oversikten over videreutviklingsbehov som prosjektet leverer fra seg (jmf. kapittel 7) til gjeldende forvaltningsaktører for DigiHelsestasjon.⁸

Til tross for disse barrierene, er det gjennom pilot verifisert at Ungdomsløsningen fungerer som den skal (iht. kravene satt til leverandørene) – med unntak av enkeltfeil på EPJ-siden som følges opp av den enkelte prosjektkommune. Når nevnte restanser er lukket, og samtlige EPJ-leverandører er klare til å skalere, vurderer prosjektet at Ungdomsløsningen er teknisk klar til bruk nasjonalt. Dialog vil måtte føres i forlengelsen av prosjektet mellom aktørene i forvaltningsmodellen for DigiHelsestasjon, den enkelte kommune og EPJ-leverandørene med restanser for å avklare når nasjonal bredding kan og bør igangsettes for samtlige EPJ-er.

1.3 Styringsgruppens vurdering av veien videre

Prosjektet har levert på overordnet mandat og oppdrag. Den første nasjonale, digitale innbyggertjenesten innenfor ungdomshelse i kommunene er utviklet og pilotert. Underveis har prosjektet også løftet og behandlet viktige problemstillinger for videre utvikling av offentlig, digitale innbyggertjenester for barn og unge.

Prosjektet har identifisert og dokumentert videreutviklingsbehov til løsningen, og erkjenner at det foreligger barrierer som må tas ned for økt bruk og nytte av løsningen. Samtidig understrekes det at det har blitt lagt ned betydelige ressurser i arbeidet med Ungdomsløsningen, at det jobbes aktivt for å ta ned kjente barrierer, og at det vil være viktig for Ungdomsløsningens fremtid at løsningen tas i bruk ute i kommunene. Basert på brukernes tilbakemeldinger – både ungdommen og ansatte – som har vært med i pilot av løsningen, fremkommer det også at Ungdomsløsningen er ønsket, og at den bidrar til å gjøre helsestasjons- og skolehelsetjenesten lettere tilgjengelig for de som har MinID.

Prosjektets styringsgruppe vurderer det som viktig at:

1. Pilotkommunene i prosjektet arbeider for å innføre og ta i bruk Ungdomsløsningen slik den nå foreligger i sine respektive organisasjoner, og for å ta et aktivt forhold til løsningen i et videreutviklingsperspektiv.
2. Både de kommunale og statlige aktørene i forvaltningsstrukturen legger til rette for kontinuerlig videreutvikling av løsningen, herunder forenklet pålogging og forbedret timebestillingsfunksjonalitet.

⁷ Jmf. Vedlegg 5, *Uttalelse fra Digdir om eID for ungdom*.

⁸ Jmf. Vedlegg 6, *DigiHelsestasjon - Forvaltnings- og videreutviklingsmodell*

3. Helsedirektoratet tar et overordnet eierskap til videre utviklingsarbeid for Ungdomsløsningen, inkludert prosjektets liste over endringsbehov, og ser Ungdomsløsningen i sammenheng med videre utvikling innenfor rammene av DigiUng.
4. KS og NHN jobber for en stegvis bredding av Ungdomsløsningen, med samtidig fokus på å legge til rette for snarlig utvikling av prioriterte endringsbehov.

2. OM PROSJEKTET: DIGIHELSESTASJON – UNGDOMSLØSNINGEN

2.1 Bakgrunn og mål

DigiHelsestasjon ble påbegynt i 2018 som et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune (prosjekteier), Bergen kommune, Stavanger kommune, Haugesund kommune, Norsk Helsenett (NHN), HelseDirektoratet, Direktoratet for e-helse og Kommunesektorens organisasjon (KS). I samarbeidet har også de tre EPJ-leverandørene til helsestasjonstjenestene (Visma, CGM og Infodoc) deltatt, for utvikling av en helhetlig, integrert og nasjonal løsning som kan skalere på tvers av kommuner i hele landet.

Fra en tidligfase hadde prosjektet som mål å realisere digitale tjenester som skulle bidra til gevinster innenfor følgende områder:

- Svangerskaps- og barselomsorgen (jordmortjenesten og helsestasjon 0-5 år)
- Skolehelsetjenesten (SHT) og helsestasjon for ungdom (HFU)

Det lå ikke i utgangspunktet for prosjektet en plan om å levere to separate løsninger for å realisere disse gevinstene. Gjennom den innledende planleggingsfasen (august 2018-juni 2019) ble det imidlertid tydelig at prosjektet – for å kunne realisere nevnte gevinster – måtte levere de målsatte digitale tjenestene stegvis.

De sentrale premissene for det som utviklet seg til å bli to separate løsninger var:

- (1) At prosjektet fikk tilskuddsmidler fra det nasjonale DigiUng-programmet, og at prosjektet derfor måtte utvikle digitale tjenester spesifikt til ungdom.
- (2) At ungdommen selv skulle kunne ta i bruk tjenestene, uten behov for samtykke fra foreldre/foresatte.

Ved å realisere det som skulle bli Basisløsningen, ville prosjektet kunne levere delvis på begge overnevnte premisser. Når en innbygger/ungdom fyller 16 år, er vedkommende helserettslig myndig, og kan selv samtykke til å bruke Helsenorge på egne vegne. Det samme gjaldt riktignok ikke ungdommen mellom 12-15 år, selv om disse kan oppsøke SHT og HFU analogt uten foreldrenes samtykke, og det ble tidlig identifisert at det måtte tas særskilte hensyn til denne brukergruppen. Styringsgruppen besluttet derfor i juni 2019 at prosjektet først måtte sikre at det bygges en sikker løsning for innloggede tjenester for brukere over 16 år. I samme beslutning lå en «aksept» for å jobbe videre med en egen ungdomsløsning.

Et eget delprosjekt ble igangsatt i parallell med realiseringen av Basisløsningen for å utforske mulighetsrommet for ungdom under 16 år, og – hvis mulig – utvikle en egen løsning tilpasset ungdom f.o.m. 12 år. I september 2020 ble gjennomføringsfasen besluttet (BP3), og utviklingen av Ungdomsløsningen ble påbegynt tidlig året etter.

Ungdomsløsningen ble etterhvert utformet for å tilby digitale tjenester for ungdom f.o.m. 13 år (senere endret til 12 år, jmf. kapittel 4), slik at de får mulighet til å komme i kontakt med SHT og HFU på en enkel og sikker måte. Den nye tjenesten skulle være et digitalt supplement til det fysiske tjenestetilbudet, og skulle bidra til å øke synlighet og tilgjengelighet på tjenestene.

Å lykkes med dette var viktig. Av bakenforliggende drivere for å digitalisere helsestasjons- og skolehelsetjenestetilbudet for ungdom lå sentrale forhold som at disse innbyggerne er særskilt digitalt aktive, at deres evne til å bruke digitale tjenester er høy, og at deres forventninger til å bli tilbudt digitale alternativer er store, også innenfor helse.⁹ I tillegg understreket korona-pandemien i 2020 behovet for digitale tjenester rettet mot ungdom, og forespørselen etter nye alternativer for å komme i kontakt med tjenestene digitalt var blitt enda større.

En kartlegging av status tilknyttet de nevnte tjenestene tydeliggjorde også at *dagens situasjon* er preget av at kommunikasjon mellom innbyggerne og kommunens tjenester er basert på lapper, telefon og SMS. Ungdommene opplever at det kan være vanskelig å komme i kontakt med helsesykepleier på skolen og ansatte på HFU. Muligheter for å ta kontakt oppleves som utdaterte, og skaper høy terskel for grupper som ikke lett tar kontakt; være seg særskilt unge gutter, eller ungdom som ikke vil at andre skal vite at de møter helsesykepleier på skolen eller på HFU. Mange ungdom er heller ikke kjent med tilbudet fra SHT eller HFU.

Når Ungdomsløsningen innføres og tas i bruk ute i de kommunale tjenestene, vil *fremtidig situasjon* være kjennetegnet av at brukerne har mulighet for digital timebestilling i skolehelsetjenesten, i tillegg til at ungdom fra 16 år kan motta digital helsehjelp på Helsenorge. Brukerne får tilgang til kvalitetssikret informasjon om tjenestene (SHT og HFU) og tilhørende ansatte, og de får tilpasset helseinformasjon som gjør brukerne bedre rustet til å ta informerte beslutninger om egen helse. De ansatte skal i større grad kunne styre hverdagen sin, ved at forespørsler om time kommer via én digital kanal (journalssystemet, i deres tilfelle) og ikke via SMS eller andre flater. De vil kunne administrere timebestillinger direkte i EPJ, og få bedre forutsigbarhet. Ansatte vil ha mer kontroll på egen informasjon og informasjon om tjenestesteder de jobber i, i tillegg til at de vil få mulighet til å kommunisere direkte ut mot elever på skolen for å dele relevant helseinformasjon eller helserelevante aktiviteter på skolen.

⁹ Jmf. *Ungdomshelse i en digital verden (Del 1)*, Helsedirektoratet: [Hdir Rapportmal \(helsedirektoratet.no\)](https://helse.no/udir-rapportmal)

2.2 Målgrupper

De to primærmålgruppene for Ungdomsløsningen er:

- Ungdom mellom 12-25 år; hhv. året ungdom får helserettslig medbestemmelsesrett, og øvre aldersgrense for bruk av helsestasjon for ungdom (HFU).¹⁰
- De ansatte i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (SHT og HFU), som jobber med ungdom i målgruppen.

De to målgruppene omtales i rapporten som *brukere* av Ungdomsløsningen.

I arbeidet med å pilotere løsningen på den ene siden, og innføre den videre på den andre, er det også interessenter av særskilt viktighet som må involveres og aktiveres for å lykkes. Disse interessentene er:

- Ledelsen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Ledelsen på skolene, der ungdommen går
- Foreldre/foresatte til ungdommen

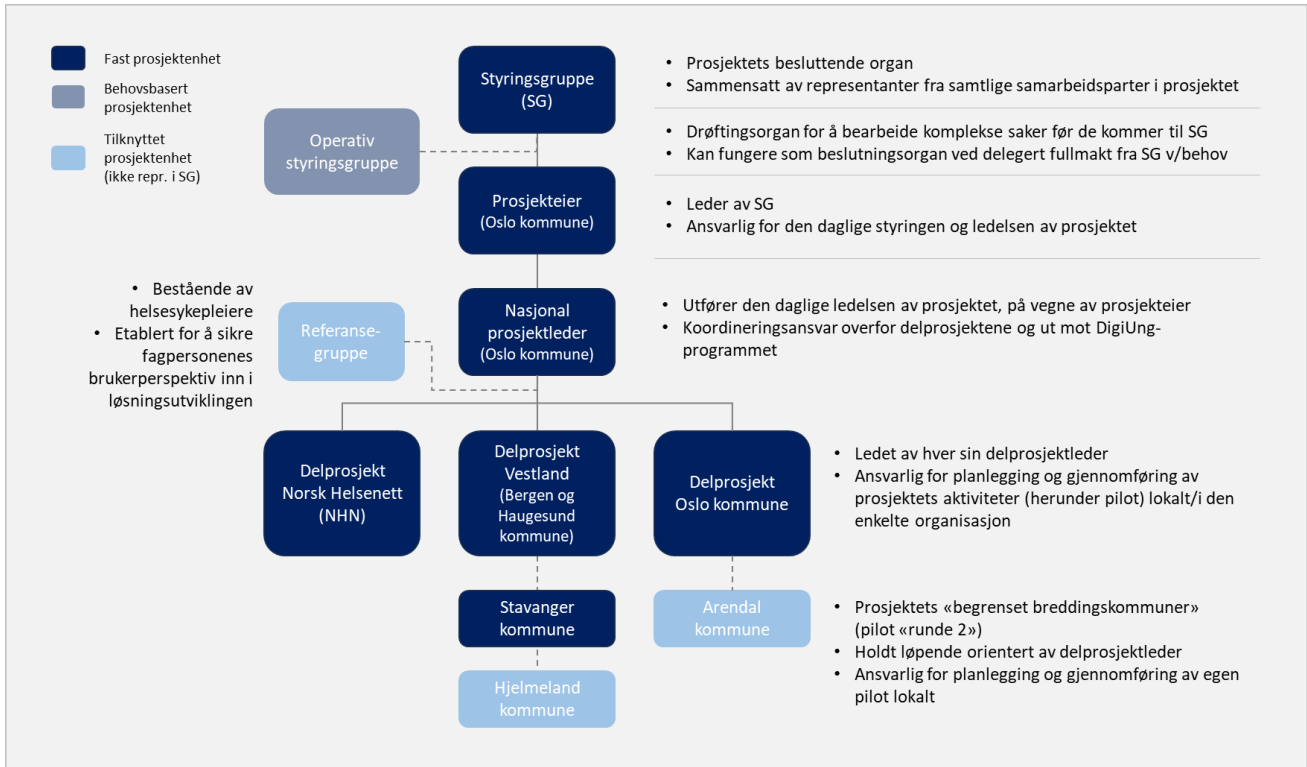
Mer om hvordan prosjektet anbefaler at det jobbes overfor disse målgruppene for å lykkes med innføring av løsningen slik den foreligger ved prosjektslutt (*as is*), kan leses i kapittel 9.1, *Nødvendige innføringstiltak (as is)*.

2.3 Organisering og gjennomføring

2.3.1 Prosjektstruktur

Prosjektet DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen har vært organisert med en egen styringslinje og tre separate delprosjekter (jmf. figur under).

¹⁰ Merk at nedre aldersgrense på 12 år har blitt justert ned fra 13 år, som i utgangspunktet lå til grunn for utviklingen av Ungdomsløsningen (jmf. kapittel 4). Det bemerkes samtidig at MinID utstedes til ungdom det (kalender)året de fyller 13 år.



Figur: Overordnet prosjektstruktur for DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen.

Styringsgruppen (SG) har som hovedregel møttes digitalt hver 6.-8. uke, og har som besluttsende myndighet styrt prosjektet gjennom konsensusbaserte beslutninger fra planlegging, via gjennomføring, til avslutning. Mellom møtene har de øvrige delene av prosjektet jobbet med (1) å operasjonalisere styringsgruppens beslutninger, og (2) fremarbeide nye underlag for drøfting og beslutning i styringsgruppen.

Operativ styringsgruppe (SG) har vært satt sammen av et utvalg representanter fra SG, og ble etablert i en tidligfase av prosjektet for å kunne ta beslutninger på vegne av SG ved behov mellom SG-møtene. Våren 2022 ble det gjennom saksbehandling i SG spesifisert at

Prosjekteier (Oslo kommune) har vært leder av SG, og har holdt i styringen av prosjektet mellom SG-møtene. I dette har ansvaret ligget for å løpende representere prosjektet i møte med interne og eksterne samarbeidsaktører, å håndtere hendelser løpende, og å følge opp nasjonal prosjektleder i den daglige ledelsen av prosjektet.

Nasjonal prosjektleder har ledet prosjektet på daglig basis, med rapporteringsansvar overfor hhv. prosjekteier og styringsgruppen. Prosjektleder har vært bindeleddet mellom prosjektets styrende organer og delprosjektene, og har i tett samarbeid med både prosjekteier og delprosjektlederne sørget for prosjektets gjennomføring iht. enhver tid gjeldende plan og beslutninger.

Hver av *delprosjektene* har hatt egne prosjektorganisasjoner, med stor grad av frihet til å strukturere prosjektarbeidet lokalt. Løpende samspill mellom delprosjektene har vært vesentlig gjennom alle prosjektets

faser for å sikre gjennomføring og fremdrift, og delprosjektlederne har møttes ukentlig på tvers gjennom hele prosjektperioden.

Arbeidet i de ulike delprosjektene har vært ulikt. Mens Delprosjekt NHN har stått ansvarlig for å *utvikle og teste* selve Ungdomsløsningen i Helsenorge-appen – i integrasjon med EPJ-ene (de kommunale fagsystemene) – har de to kommunale delprosjektene (Vestland og Oslo) hatt ansvaret for å planlegge og gjennomføre *piloten* av løsningen. Den enkelte kommune har også sittet tett på løsningsutviklingen overfor de respektive EPJ-leverandørene, og har hatt ansvaret for å følge opp og teste sistnevntes leveranser til kommunen iht. kontrakt.

Referansegruppen var operativ i utviklingsfasen av prosjektet, ble ledet av funksjonell arkitekt, og har bestått av fire helsesykepleiere (fagpersoner) som representerer hver sin prosjektkommune (Bergen, Haugesund, Stavanger og Oslo). De utvalgte fagpersonene jobber i skolehelsetjenesten (SHT) og helsestasjon for ungdom (HF) til vanlig, og har lang erfaring med helsefremmende arbeid overfor ungdom på ungdomsskole og videregående skole. Referansegruppen har vært en viktig ressurs ved innhenting av brukerinnsett fra tjenesten, men også fra ungdom, ifm. i løsningsutviklingen.

2.3.2 Utskiftning av personell

En risiko underveis i prosjektet har vært utskiftninger av personell i sentrale posisjoner, ved flere anledninger:

- Prosjekteierskapet har blitt holdt av tre ulike personer
- Nasjonal prosjektleder ble skiftet ut høsten 2021
- Delprosjektleder NHN ble skiftet ut ved årsskriftet 2022/2023, med en tredje, vikarierende prosjektleder inne i en 4-månedersperiode i 2023
- Delprosjektleder Vestland avsluttet sitt engasjement i juni 2022, og ble ikke erstattet
 - I stedet fikk Bergen kommune en egen prosjektleder, det samme gjorde Stavanger kommune, og Haugesund kommune fortsatte arbeidet videre uten prosjektleder, men med to dedikerte prosjektressurser.

Til tross for disse utskiftningene, og transaksjonskostnadene forbundet med dem, har prosjektet opprettholdt fremdriften underveis.

2.3.3 Prosjektets faser

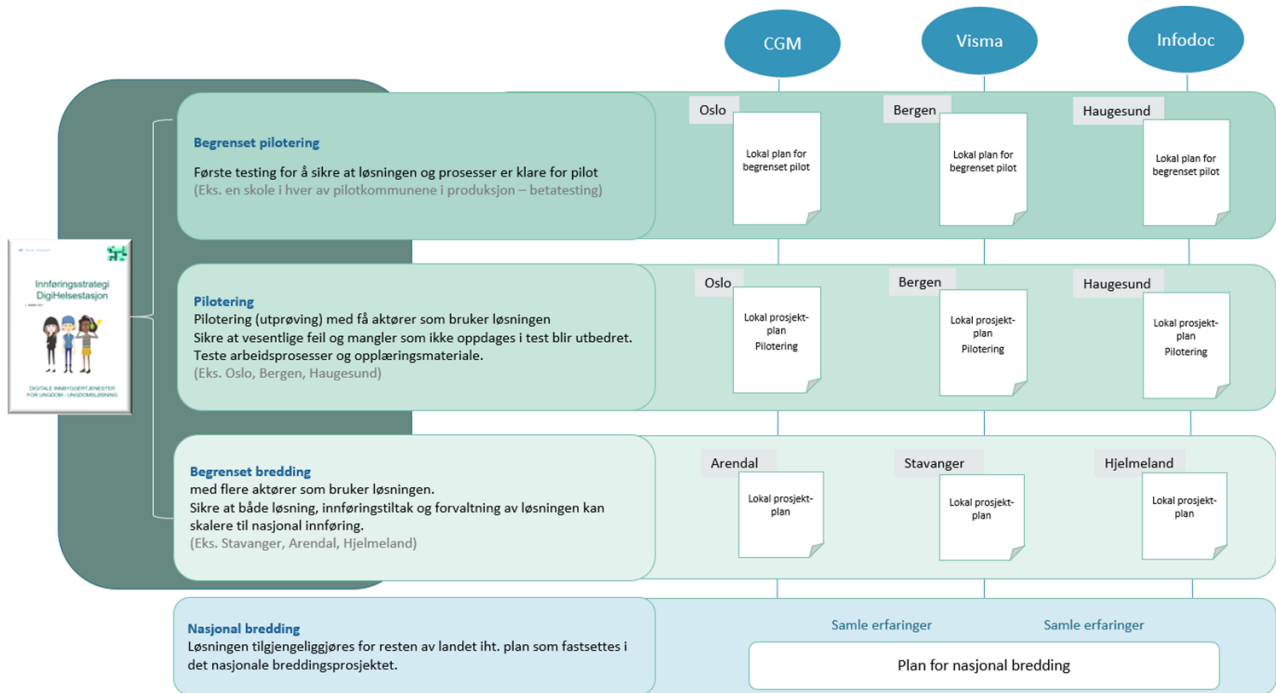
Prosjektet har overordnet blitt gjennomført iht. tradisjonell prosjektmetodikk, inndelt i tre hovedfaser: Planleggingsfasen, gjennomføringsfasen og avslutningsfasen.

Basert på innsikts- og utredningsarbeidet gjennomført i planleggingsfasen, var det innenfor selve gjennomføringsfasen at løsningen ble utviklet, testet – og dernest pilotert. Jmf. innføringsstrategien for

Ungdomsløsningen,¹¹ har piloteringen av løsningen også blitt gjennomført i ulike faser med ulike mål (jmf. figuren under).

Som figuren viser, faller fasene (1) *begrenset pilotering*, (2) *pilotering*, og (3) *begrenset bredding* innenfor rammene av prosjektet, mens fase (4) *nasjonal bredding* ligger utenfor prosjektets ansvarsområde.

Det bemerkes at de tre første fasene vil omtales videre i rapporten under fellesbetegnelsen *prosjektets pilot-/piloteringsfase*.



Figur: Overordnet skisse av prosjektets piloteringsfaser, deltakere og plantyper.

2.4 Leveranser

Hovedmålet med Ungdomsløsningen er å gjøre SHT og HFU mer synlig og lettere tilgjengelig for ungdom, og støtte tjenestens forebyggende arbeid innen ungdomshelse.

For å nå målsetningene, ble det i prosjektet utarbeidet behovskrav basert på kartlagte behov både blant ungdom og helsesykepleiere, som ble overlevert til leverandørene – NHN og EPJ-leverandørene – i form av brukerhistorier. Brukerhistoriene ble lagt til grunn for utviklingen av løsningens funksjonalitetsområder (leveranser).

Følgende leveranser har blitt prioritert utviklet og pilotert innenfor de budsjettmessige, tekniske og juridiske rammene av utviklingsprosjektet DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen:

¹¹ Vedlegg 7, *Innføringsstrategi_DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen*.

1. Timebestilling og -administrasjon hos SHT
 - a. Be om time (fysisk eller per telefon)
 - b. Se oversikt over timer (kommende, gjennomførte og avbestilte)
 - c. Automatisk varsling/påminnelse om time
 - d. Mulighet for å avlyse time (helt inntil timen starter)
 - e. Mulighet for å hente ut rapporter tilknyttet timebestilling/-administrasjon

2. «Finn frem-komponenten»: Finn en helsestasjon for ungdom (HFU)
 - a. Se alle tilgjengelige HFU-er i kartvisning
 - b. Få oversikt over hvilke HFU-er som ligger nærmest deg (med anvisning av avstand fra din posisjon)
 - c. Få oversikt over åpningstider på den enkelte HFU
 - d. Se kontaktinformasjonen til HFU-ene (besøksadresse og telefonnummer)

3. Redaktørløsningen
 - a. Et informasjonsverktøy for helsesykepleierne som jobber i SHT og HFU, som er integrert med Helsenorge for ungdom.
 - b. Gjør det mulig for den enkelte SHT/HFU å redigere relevant informasjon til ungdommen lokalt, og for ungdommen å motta kvalitetssikret (helse)informasjon fra tjenesten rett i Helsenorge-appen.
 - c. Her legges og redigeres informasjon om SHT/HFU og de ansatte som jobber der.
 - d. I tillegg gjør løsningen det mulig for helsesykepleierne på skolen å sende informasjonsmeldinger klassevis – direkte til Helsenorge-appen for ungdom.

Under kapittel 8 fremkommer videreutviklingsbehovene som er avdekket gjennom pilot, og som prosjektet vurderer som ønskelig å realisere etter prosjektet for at måloppnåelsen skal forsterkes og gevinster av Ungdomsløsningen skal kunne hentes mer effektivt ut på sikt.

2.5 Gevinster

For å kunne nå målene som er satt for løsningen på sikt, har prosjektet lagt ned et større arbeid med gevinstrelatert dokumentasjon (en overordnet gevinstanalyse) som danner grunnlag for videre gevinstoppfølging i den enkelte kommune i forlengelsen av prosjektet.¹²

Gevinstanalysen er levert i samarbeid med referansegruppen til ungdomsløsningen. Referansegruppen har bestått av fire helsesykepleiere som representerer hver sin kommunene som samarbeider i prosjektet DigiHelsestasjon (Bergen, Haugesund, Stavanger og Oslo). Fagpersoner i referansegruppen jobber i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom til vanlig, og har lang erfaring med helsefremmende arbeid mot ungdom på ungdomsskole og videregående skole. Referansegruppen har vært en viktig ressurs ved

¹² Jmf. vedlegg 8, *Gevinstanalyse_DigiHelsestasjon - Ungdomsløsningen*.

innhenting av brukerinnsikt i tjenesten, men også for rekruttering av ungdom for innhenting av brukerinnsikt ved ungdom fra 13 år.

Under følger en kort oppsummering av gevinstarbeidet som er utført i prosjektets regi, sammenfattet i gevinstanalysen:

- **Kartlegging og kategorisering av gevinsthypoteser:** Gevinsthypoteser er kvalifiserte vurderinger av hvilke effekter (gevinster) som forventes gjennom bruk av Ungdomsløsningen i kommunene på sikt. Disse er kartlagt og kategorisert av prosjektet i hhv. kvantitative gevinster (målbare gevinst med tall og statistikk fra eksisterende kilder) og kvalitative gevinster (gevinster som kvantifiseres ved hjelp av kvalitative metoder). Denne kategoriseringen av gevinsthypotesene er et første steg i gevinstrealiseringsarbeidet i kommunene, og danner grunnlaget til respektive gevinstoppfølgingsplaner.
- **Kartlegging av endringer og forutsetninger:** Prosjektet har levert, som en del av gevinstanalysen, en kartlegging av endringer og forutsetninger som skal til for å høste forventede gevinster. Kartleggingen er overordnet, og resultatet av en felles utredning i referansegruppen. Kommunepesifikke tiltak vil måtte identifiseres i den enkelte kommune.
- **Utarbeidelse av gevinstplan:** Gevinstplanen viser hvilke kvalitative og kvantitative gevinster som skal måles - hvordan. Gevinstplanen er forankret ved EPJ-systemansvarlige i pilotkommunerne som samarbeider i prosjektet (altså kommuner Bergen, Haugesund og Oslo), og er forankret hos NHN, slik at kommunene kan få tall og statistikk fra Helsenorge. Rapporter fra NHN skal bidra til å følge opp gevinst og gir innspill til kommunene om hvordan løsningen blir brukt.

3. FINANSIERING OG PROSJEKTREGNSKAP

Gjennom de ulike fasene av prosjektet, har prosjektet søkt, mottatt og benyttet finansiering fra ulike kilder. Helsedirektoratet - gjennom tilskuddsmidler fra DigiUng-programmet – har vært den sentrale finansieringskilden år for år. I tillegg har det vært behov for supplerende midler fra hhv. Medfinansieringsordningen, Oslo kommune (insentivmidler), og Statsforvalterne i hhv. Rogaland, Vestland, og Oslo og Akershus (prosjektskjønnsmidler). I 2022 bidro også prosjektkommunene med egenfinansiering for å dekke finansieringsgapet dette året.

Figuren under viser totaloversikten over finansieringskilder og overordnet regnskap for prosjektet DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen (alle kostnader *eksklusive* mva.).

Sluttrapport DigiHelsestasjon - Ungdomsløsningen

Finansieringskilder og overordnet regnskap - DigiHelsestasjon								
Finansieringskilde		2018	2019	2020	2021	2022	2023	Totalt
Direktoratet for e-helse	Difi Medfinansieringsordningen		2,769,857	9,730,143	2,500,000	-		15,000,000
Oslo Kommune	Hdir - øremerkede midler HOD				2,000,000	-		
Oslo Kommune	Hdir Tilskuddsordning Incentivordningen	2,900,000	7,078,643	9,700,000	21,900,000	11,500,000	10,700,000	63,778,643
Oslo Kommune	Prosjektskjønnsmidler				1,100,000	2,100,000		3,200,000
					1,450,000	-		1,450,000
Sum total finansiering		2,900,000	9,848,500	19,430,143	28,950,000	13,600,000	10,700,000	83,428,643
Regnskap		Regnskap 2018-2021				2,022	2,023	
DigiHelsestasjon - Basisløsningen		2,900,000	9,704,707	21,929,190	3,175,552	-	-	37,709,450
DigiHelsestasjon - Ungdomsløsningen					26,277,348	15,199,489	8,452,804	49,929,641
Estimat nasjonal innføring (Basis)					400,000			400,000
Estimat nasjonal innføring (Ungdom)								-
Sum total regnskap		2,900,000	9,704,707	21,929,190	29,852,901	15,199,489	8,452,804	88,039,091
Finansieringsgap		-	143,792	- 2,499,047	- 902,901	- 1,599,489	2,247,196	- 2,610,449

Figur: Totaloversikt, finansieringskilder og overordnet regnskap for DigiHelsestasjon, 2018-2023.

De totale prosjektkostnadene har i hovedsak dekket:

- Ressurser til analyse, konsept-/løsningsutredning og planlegging av prosjektet
- Nasjonal prosjektledelse
- Lokal prosjektledelse (Oslo, Vestland)
- Lokal prosjektdeltakelse (frikjøp i kommunene)
- Arkitekturplanlegging og -installering (funksjonelt og teknisk)
- Utvikling i EPJ-systemene
- Utvikling på Helsenorge
- Infrastruktur
- Testmiljø
- Testledelse
- Brukertest/prototyping
- Markedsmateriell
- Møte- og reisekostnader

4. SENTRALE ERFARINGER FRA PROSJEKT

Prosjektet DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen har gjennomgått flere faser, hvor uplanlagte hendelser har bidratt til utfordringer for prosjektet generelt, og for pilotkommunene spesielt. Som kapittelet vil beskrive, har prosjektets pilotering blitt utsatt gjentatte ganger på grunn av forsinkelser forårsaket både av eksterne faktorer (kapasitetsmangel og gjentatte forsinkelser i leverandørleddet) og interne faktorer (tekniske og juridiske prosesser tilknyttet klarering av løsning for pilot). Videre vil kapittelet belyse arbeidet med personvernkonsekvensvurdering (DPIA) i prosjektet, samt etablering av forvaltningsmodell for DigiHelsestasjon, som også har vært krevende, men viktig.

4.1 Eksterne rammebetingelser

DigiHelsestasjon-prosjektet har hatt en grunnleggende strategi om å lage nasjonale løsninger som kan tas i bruk av alle landets kommuner. Dette gjør prosjektet gjennom:

- Et nasjonalt samarbeidsprosjekt som er toppforankret både på kommunal og statlig side.
- Et aktivt valg om å gjenbruke nasjonale felleskomponenter (Helsenorge og ID-porten) og integrere disse mot alle de tre elektroniske pasientjournalssystemene (EPJ-ene) som benyttes innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten i landet.

Denne strategien har vært styrken i DigiHelsestasjon-prosjektet. Samtidig har valget gjort prosjektet sårbart på grunn av avhengighetene til Helsenorge og EPJ-leverandørene.

Opprinnelig prosjektplan for Ungdomsløsningen, som ble lagt sommeren 2020, tok utgangspunkt i at løsningen skulle utvikles i første kvartal 2021, med pilotoppstart sommeren 2021. Forutsetningene for den planen endret seg deretter flere ganger, forårsaket delvis av kapasitetsutfordringer på Helsenorge-siden, men primært på EPJ-siden:

- **Februar 2021: Første varsel om «endringer i eksterne rammebetingelser»**
 - Det meldes om kapasitetsutfordringer på *Helsenorge* grunnet arbeid med korona-tiltak. Opprinnelig plan for utviklingsarbeidet første kvartal 2021 blir skjøvet til andre og tredje kvartal 2021. Det ble bemerket at det også i ny plan forelå risiko for leveranse, dersom nye koronatiltak skulle ta kapasitet fra prosjektet og får høyere prioritet (noe som ikke skjedde).
 - Også fra EPJ-leverandørene varsles kapasitetsutfordringer som følge av arbeid med bl.a. løsning for koronavaksine. Opprinnelig plan for utvikling første kvartal 2021 ble skjøvet til tredje kvartal 2021. En vedvarende risiko for at EPJ-leverandørene ikke ville ha tilstrekkelig kapasitet til å kunne levere ferdig utvikling i tredje kvartal 2021, ble bemerket.
- **Juni 2021: Varsel om forskyvning av EPJ-leveransene til H1 2022**
 - Det meldes til siste styringsgruppemøte før sommeren at fagsystemleveransen av løsningen ikke vil ferdigstilles før første halvår 2022. En av EPJ-leverandørene planlegger for leveranse Q1 2022, de to andre i løpet av Q2 2022.
- **November 2021: Varsel om ytterligere forsinkelser fra EPJ-leverandør #1**
 - En av EPJ-leverandørene varsler at deres to leveranser som skulle blitt levert Q1 2022, skyves til Q2/Q3 2022. Dette grunnet kapasitetsmangel, og behovet for å prioritere opp andre leveranser i nasjonale prosjekter, på bekostning av Ungdomsløsningen. I dialogen mellom leverandør og prosjektet enes det om en leveransefrist for første leveranse i Q2 2022, og andre leveranse i Q4 2022.

- **Januar 2022: Varsel om ytterligere forsinkelser fra EPJ-leverandør #2**
 - Den andre av EPJ-leverandørene melder forsinkelser på 6-8 måneder, forårsaket av kapasitetsmangel. Løpende og tett dialog mellom prosjektet og leverandør følger de neste månedene, for nærmere å avklare videre fremdrift. Det enes om oppstart utvikling Q3 2022, og leveransefrist Q1 2023.
- **Februar 2022: Varsel om ytterligere forsinkelser fra EPJ-leverandør #1**
 - Ytterligere forsinkelser meldes på grunn av dataangrep før jul. Begge leveranser skyves til høsten 2022; den første Q2, den andre Q3.
- **Juni 2022: Siste varsel om forsinkelse fra EPJ-leverandør #2**
 - En siste forsinkelse meldes; leveranse skyves til april 2023.

Som følge av samtlige forsinkelser hos EPJ-leverandørene har det i prosjektet, og i EPJ-leverandørenes dialog med DigiUng, blitt vektlagt et behov for en tydeligere porteføljestyling fra de nasjonale samarbeidsprosjektene side. Større grad av forutsigbarhet for leverandørene og transparens i prioriteringene fra prosjektene er ønsket fra leverandørenes hold. Selv om ikke dette alene har vært årsaken til samtlige forsinkelser, har kapasitetsutfordringer på leverandørsiden knyttet til konkurrerende prosjekter i det offentlige gjort seg gjeldende, og det vil være behov fremover for å synkronisere utviklingen som involverer leverandørene i større grad.

Samtidig kan det fremover også være noe å hente for de nasjonale prosjektene i selve kontraktshåndteringen overfor EPJ-leverandørene. Cruxet vil være å finne den rette balansen mellom det som er juridisk forpliktende på den ene siden, og det reelle parternskapet på den andre, der partene sammen søker felles mulighetsrom.

4.2 eID for ungdom – og en prinsipiell diskusjon rundt behandlingsansvar

Hovedformålet med prosjektet DigiHelsestasjon - Ungdomsløsningen er å utvikle en tjeneste som gir ungdom under 16 år digital tilgang på individuell oppfølging fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I kjernen av dette ligger i dagens løsning ungdommens mulighet for å bestille time digitalt hos skolehelsetjenesten på egen skole, etterfulgt av den enkelte helsesykepleiers mulighet til å følge opp den spesifikke ungdommen individuelt. For å kunne ta i bruk denne typen individuelt tilpassede tjenester, der personlig informasjon utveksles, kreves en eID; en personlig, digital identitet. Denne eID-en kan brukes til å autentisere seg ved «inngangsdøra» (autentiseringsløsningen) til de digitale tjenestene.

Fram til produksjonssettingen av Ungdomsløsningen, har innbygger kun kunnet ta i bruk Helsenorge gjennom å autentisere seg med eID på høyeste sikkerhetsnivå (BankID, Buypass eller Commfides). På grunn av hovedregelen om at man må å være helserettlig myndig for å kunne ta i bruk Helsenorge på egne vegne, har det også kun vært mulig for innbyggere f.o.m. 16 år å logge seg inn i Helsenorge på denne måten.

Gjennom utviklingen av Ungdomsløsningen som et « eget rom » på Helsenorge, adskilt fra Helsenorges øvrige tjenester, har det imidlertid blitt etablert en egen vei inn til tjenesten for innbyggere under 16 år, som ikke krever BankID e.l., men en annen eID som ungdom under 16 har tilgang på.

For Ungdomsløsningen var det i utgangspunktet Feide som ble valgt som autentiseringsløsning; den samme løsningen som brukes i skolene i dag. Feide la på denne måten til rette for en lav terskel for bruk av Ungdomsløsningen, all den tid elever etablerer/får utdelt Feide-brukernavn og -passord ved skolestart, og gjerne bruker samme brukernavn og passord gjennom hele skoleløpet.

Det opprinnelige valget av Feide kom til basert på grundige utredninger til, og beslutning i, prosjektets styringsgruppe i forbindelse med beslutningspunktene BP2 og BP3 (hhv. beslutning om å starte planlegging og beslutning om å gjennomføre prosjekt) i 2020. I beslutningen ble det vektlagt at Feide hadde den primære fordelene av å være lett tilgjengelig for ungdommen. Den primære ulempen var at Feide representerte autentisering (« innlogging ») på laveste sikkerhetsnivå, som forhindret muligheter for utveksling av særlige kategorier av personopplysninger (eks. helseopplysninger) i løsningen.

Som del av utredningen, som ledet fram til valget av Feide, ble det sett på om også Ungdomsløsningen kunne baseres på BankID-innlogging, da enkelte banker utsteder BankID også til yngre brukere. Dette alternativet ble imidlertid valgt bort fordi (1) det kreves samtykke fra foreldre å skaffe seg BankID dersom man er under 18 år, (2) at ikke alle banker tilbyr BankID til ungdom under 16 år, og (3) at ungdom under 16 år heller ikke kan logge seg inn på Helsenorge med BankID. All den tid hele premisset for Ungdomsløsningen var at ungdommen selv skulle kunne samtykke til å bruke den, utgikk dermed BankID – og andre tilgjengelige løsninger – som alternativ.

Ungdomsløsningen ble dermed utviklet innenfor rammene av Feide som autentiseringsløsning, som – sammen med rettslig behandlingsgrunnlag (jmf. kapittel 4.3) – begrenset mulighetene for utveksling av særlige kategorier av personopplysninger i løsningen.

I planleggingen av pilotoppstart på vårparten 2022 i Bergen kommune, satte imidlertid Feide en effektiv stopper for piloten. Hver kommune er selvstendig dataansvarlig for informasjon i Feide. Når innbygger aksepterer vilkår for bruk ifm. innlogging til Ungdomsløsningen, utleveres informasjon fra den kommunale Feide-katalogen (skoleadministrativt system) til Helsenorge, og Norsk helsenett (NHN) får – iht. etablerte bruksvilkår for Helsenorge – dataansvaret for informasjonen som utleveres. Det viste seg imidlertid krevende å starte piloten i Bergen kommune med utgangspunkt i denne rolle- og ansvarsfordelingen.

Den tekniske løsningen med bruk av Feide som innlogging var etablert og ble begrenset brukertestet og pilotert i Bergen kommune i mai 2022, men videre pilot av løsningen ble ikke igangsatt. Årsaken var at det internt i kommunen ble stilt spørsmål ved om kommunen og NHN har databehandlingsansvar hver for seg i denne løsningen, med hvert sitt formål, slik bruksvilkårene for Helsenorge legger til grunn, eller om kommunen alene er dataansvarlig og NHN er databehandler. Et kompliserende element for kommunen var også at Feide som skoleadministrativt system var eiet av én styringslinje, mens de kommunale helsetjenestene – herunder DigiHelsestasjon – ble styrt og eid av en annen.

En databehandleravtale ble foreslått av Bergen kommune, som ville innebære at NHN ble databehandler på vegne av Bergen kommune, mens sistnevnte ville sitte med behandlingsansvaret alene. Da en egen databehandleravtale med Bergen kommune ville bryte med universell og standardisert praksis for Helsenorge, fremarbeidet gjennom lange og krevende forhandlingsprosesser i sektoren, landet NHN på at en slik databehandleravtale ikke kunne inngås i dette spesifikke tilfellet. Istedenfor så NHN etter mulige løsninger på utfordringen som hadde oppstått, for å unngå at prosjektet stoppet opp. Dermed ble mulig bytte av autentiseringsløsning fra Feide til MinID lansert, som også er tilgjengelig for ungdom f.o.m. 13 år.

Et bytte til MinID hadde den umiddelbare fordelen av å ikke kreve utlevering av data fra kommunens skoleadministrative system til Helsenorge. I tillegg hadde MinID fordelen av:

- Å ha gjennomgått betydelige forbedringer siden mulige autentiseringsløsninger sist ble vurdert i prosjektet.
- Å være eID på betydelig sikkerhetsnivå, med bedre beskyttelse av personopplysninger i løsningen, og potensielle muligheter for videreutvikling av funksjonalitet i løsningen.
- Å legge bedre til rette enn Feide (som kun er til bruk i utdanningssektoren) for videreutviklingen av sammenhengende, tverrsektorielle digitale tjenester for ungdom.

En utredning ble igangsatt i november 2022, for å sikre et kunnskapsbasert valg om eventuelt bytte av autentiseringsløsning for Ungdomsløsningen. NHN ledet arbeidet, og leverte utredningen til styringsgruppen i januar 2023.¹³

Styringsgruppen besluttet å bytte fra Feide til MinID, iht. utredningens anbefaling. Samtidig ble det erkjent at byttet fra «lavterskel» Feide til «noe mer tungvinte» MinID innebar en høyere terskel for bruk av tjenesten. Mens elever etablerer/får utdelt Feide-brukernavn og -passord ved skolestart, krever etablering av MinID-bruker at ungdommen selv bestiller et aktiveringsbrev hjem i posten, venter i opptil 10 dager på brevet, før de kan registrere seg med eget brukernavn og passord. I en helhetsbetraktning, ble imidlertid denne terskelen akseptert, på grunn av de andre fordelene ved å bytte autentiseringsløsning.

Den tekniske etableringen av Ungdomsløsningen med MinID som autentiseringsløsning ble dermed gjennomført i løpet av Q1 2023; i tide for oppstart pilot i løpet av Q2 samme år.

4.3 Behandlingsgrunnlag for mindreåriges personopplysninger

At mindreåriges personopplysninger skulle behandles i Ungdomsløsningen, ble tidlig identifisert som en utfordring juridisk sett i prosjektet. Idet pilot skulle igangsettes i Oslo kommune høsten 2022, ble også behandlingsgrunnlaget - som initielt ble lagt til grunn for løsningsutviklingen - problematisert. Dette igangsatte en prosess som krevde betydelige ressurser i form av kapasitet og kompetanse på tvers av prosjekt, kommune og stat gjennom prosjektets siste leveår.

¹³ Vedlegg 2, *Vurderingsgrunnlag innloggingsløsning for ungdom*.

De juridiske rammene (behandlingsgrunnlaget) for utviklingen av Ungdomsløsningen ble lagt i Ungdomsløsningens planleggingsfase. Utgangspunktet var – og er – at mindreårige (under 18 år) i utgangspunktet ikke har kompetanse til å samtykke til behandling av personopplysninger, med mindre noe annet er særlig bestemt (jmf. vergemålsloven §9, og merknaden til denne). For Basisløsningen gir helseerettslig myndighetsalder (16 år) den særlige bestemmelsen som kreves for at innbygger skal kunne samtykke til bruk av Helsenorge på egne vegne, herunder behandling av egne personopplysninger på Helsenorge. For Ungdomsløsningen var det imidlertid i en tidligfase av prosjektet en annen «unntaksbestemmelse» som ble identifisert og brukt for å kunne realisere løsningen, og det var personopplysningslovens regulering av 13 år som aldersgrensen for å kunne samtykke til bruk av *informasjonssamfunnstjenester* (jmf. personopplysningsloven §5). Dette er den aldersbestemte unntaksbestemmelsen som brukes av kommersielle aktører i dag, primært sosiale medier, for å behandle mindreåriges personopplysninger, og kravet til å kunne benytte denne unntaksbestemmelsen er at tjenesten som leveres (1) tilbys direkte til barn, og (2) er en informasjonssamfunnstjeneste.

Det var gjennom arbeidet i 2020 med hhv. teknisk løsningsbeskrivelse, funksjonell løsningsbeskrivelse og produktbeskrivelsen for Ungdomsløsningen,¹⁴ at Ungdomsløsningen ble definert som en informasjonssamfunnstjeneste (med 13 års aldersgrense for bruk). I likhet med begrensningene som lå implisitt i valgte eID (Feide), ble det av prosjektet tolket at denne unntaksbestemmelsen, som herved kom til anvendelse, la relativt trange rammer for selve utviklingen av Ungdomsløsningen. I produktbeskrivelsen (kap. 3.3) ble det presisert og vektlagt at: «Løsningen skal ha lav terskel for bruk uten utveksling av helseopplysninger eller andre sensitive opplysninger. For å sikre at det ikke utveksles sensitive opplysninger, vil det kun være bruk av pre-definerte valg ved interaksjon med løsningen fra ungdommen sin side. Løsningen begrenses til informasjonssamfunnstjenester».¹⁵

Etter at Ungdomsløsningen ble utviklet deretter, lå etterhvert forholdene til rette for at pilot skulle igangsettes. Først i Bergen kommune på vårparten 2022, deretter i Oslo kommune gjennom høsten 2022, og til slutt i Haugesund kommune gjennom første kvartal 2023. Da Bergen kommune ikke gikk i pilot som planlagt på grunn av utfordringene knyttet til Feide (jmf. kapittel 4.2 over), var det Oslo kommune som skulle først ut.

I Oslo kommune ble ikke behandlingsansvaret i forbindelse med bruk av Feide problematisert slik som i Bergen kommune på dette tidspunktet. Til gjengjeld ble det stilt spørsmål ved behandlingsgrunnlaget.¹⁶ Spørsmålene var flere, men var sentrert rundt lovanvendelsen som ledet til innretningen av Ungdomsløsningen som en informasjonssamfunnstjeneste:

¹⁴ Jmf. vedlegg 9, 10 og 11.

¹⁵ Ved prosjektslutt, og jmf. prosjektets senere utredning av behandlingsgrunnlag for Ungdomsløsningen, har det imidlertid fremkommet at det *ikke* er «unntaksbestemmelsen» om samtykke til bruk av informasjonssamfunnstjenester (pol. § 5) som i seg selv forhindrer behandling av særlige kategorier av personopplysninger (eks. helseopplysninger), men mangelen på en bestemmelse (i tillegg til autentiseringsløsning) som åpner for behandling av helseopplysninger for den aktuelle brukergruppen i tillegg.

¹⁶ Det bemerkes at Bergen kommune også stilte spørsmål til behandlingsgrunnlaget, men det var diskusjonene rundt behandlingsansvaret som i hovedsak satte en stopper for pilot i Bergen på daværende tidspunkt.

- *Samtykke* som behandlingsgrunnlag (GDPR, artikkel 6a) kunne synes rimelig på overordnet nivå som behandlingsgrunnlag for mindreåriges personopplysninger i Helsenorge-delen av løsningen,¹⁷ men var prosjektet sikre på at begrunnelsene for 13-års samtykkekompetanse – basert på unntaksbestemmelsen om *samtykke til bruk av informasjonssamfunnstjenester* – var riktig?
- Gitt at unntaksbestemmelsen synes å være innrettet mot kommersielle tjenester, jmf. Datatilsynets beskrivelser av denne,¹⁸ var prosjektet sikre på at bestemmelsen faktisk kan anvendes på *offentlige* tjenester?
- Og hvor var prosjektets vurderingsgrunnlag som eventuelt besvarte disse spørsmålene på tilstrekkelig og sporbart vis?

I prosessen som fulgte, ble det identifisert at de juridiske vurderingene som hadde blitt gjennomført i tidligfasen av prosjektet ikke hadde drøftet alternative argumenter for barns samtykkekompetanse i tilstrekkelig grad. I dialog mellom Oslo kommune som prosjekteier, Helsedirektoratet som premissgiver, og NHN som behandlingsansvarlig for Helsenorge, ble det besluttet å igangsette et nytt utredningsarbeid av løsningens behandlingsgrunnlag, for å kunne besvare spørsmålene som var blitt stilt. Styringsgruppen sluttet seg til dette i SG-møtet januar 2023.

En arbeidsgruppe ble etablert bestående av til sammen tre kjerneressurser, inkludert personvernjurist, og to støtteressurser, fra hhv. NHN, Hdir/DigiUng og Oslo kommune. I tillegg ble det spilt på ressurser internt i de ulike organisasjonene. Øvrige prosjektkommuner ble også invitert til å delta, men takket nei. Et betydelig arbeid ble lagt ned i å vurdere spørsmålet om mindreåriges samtykkekompetanse til Helsenorge-delen av Ungdomsløsningen på nytt, og i SG-møte primo mars la arbeidsgruppen fram sitt arbeid.¹⁹

Konklusjonen var at arbeidsgruppen ikke kunne identifisere et entydig svar på problemstillingen om Helsenorge-delen av Ungdomsløsningen kan tilbys til personer under 16 år med utgangspunkt i dagens rettskildetilstand, og at dagens delvis fragmenterte lovgivning og manglende praksis knyttet til mindreåriges samtykkekompetanse bidrar til usikkerhet ved om vi har et rettsgrunnlag for behandling av ungdommens personopplysninger i løsningen.

Deres anbefaling var likevel å legge til grunn for pilot at Ungdomsløsningen er en informasjonssamfunnstjeneste, herunder at ungdom f.o.m. 13 år kan samtykke til bruk av tjenesten i pilotperioden, men at videre regelverksfortolkning- og/eller -utvikling bør igangsettes på bemyndiget hold, utenfor prosjektet, i parallell. Dette for på sikt å sikre et tydeligere rettslig grunnlag for Ungdomsløsningen spesielt, og fremtidige digitale, offentlige tjenester for barn og unge generelt.

¹⁷ Det bemerkes at kommunens behandlingsgrunnlag her vurderes å være et annet; ikke *samtykke*, men *rettslig forpliktelse*.

¹⁸ Se «Samtykke til barns bruk av digitale tjenester» under [Behandlingsgrunnlag | Datatilsynet](#).

¹⁹ Vedlegg 12, *Arbeidsgruppens notat_Behandlingsgrunnlag for behandling av personopplysninger i DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen*.

Både Oslo kommune og Bergen kommune forankret tilnærmingen i respektiv administrativ ledelse, og innstilte på at resten av styringsgruppen også sluttet seg til arbeidsgruppens anbefaling - som de gjorde. Pilot ble igangsatt, under forutsetning av at Helsedirektoratet raskt igangsatte videre fortolkningsarbeid på statlig hold, med mål om å rydde bort usikkerheten tilknyttet løsningsens behandlingsgrunnlag så raskt som mulig.²⁰

Fortolkningsarbeidet ble ledet av Helsedirektoratet på delegert myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), og i veiledningsdialog med Datatilsynet som formell fortolkningsmyndighet. Arbeidet konkluderte i skriftlig notat á oktober 2023 med at Ungdomsløsningen *ikke* er en informasjonssamfunnstjeneste, men at aldersgrensene for samtykke til helsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven kan legges til grunn for behandling av personopplysninger i løsningen; nærmere bestemt bestemmelsen om at barn i noen unntakstilfeller kan gi samtykke alene fra de fyller 12 år, dersom det er særlige grunner til at barnet ikke ønsker at de med foreldreansvar skal få vite om det.²¹ Dette innebærer at ungdom ned i en alder av 12 år – det året de får helserettlig medbestemmelsesrett – kan samtykke til at egne personopplysninger behandles av Helsenorge; altså at ungdom fra de er 12 år kan ta i bruk Ungdomsløsningen på Helsenorge-appen.

I notatet ble det samtidig presisert at konklusjonen gjelder for løsningen slik den funksjonelt er satt sammen i dag, herunder hvilke personopplysninger som behandles til definerte formål per tid. Dersom løsningen utvides til nye formål eller behandling av flere personopplysninger, vil spørsmålet om behandlingsgrunnlag måtte vurderes på nytt.

Helsedirektoratet jobber derfor videre i forlengelsen av DigiHelsestasjon-prosjektet spesielt, og innenfor interessesfæren til DigiUng generelt, for å sikre et tydeligere rettslig grunnlag for behandling av mindreåriges personopplysninger i digitale, offentlige hjelpetjenester på lengre sikt. Den tverrdepartementale kjernegruppen for utsatte barn og unge vil bistå i arbeidet.

Prosjektet bemerker samtidig at problemstillingen lever videre, på grunn av fordelingen av behandlingsansvar i denne og sammenlignbare løsninger mellom hhv. Norsk Helsenett på den ene siden og kommunene på den andre. Problemstillingen om behandlingsgrunnlag ble stor akkurat i dette prosjektet, fordi det ikke er kommunene som tilbyr tjenesten direkte til innbygger, men også NHN via Helsenorge, samtidig som opplysningene som behandles er om mindreårige unge som ikke har samme muligheter til å samtykke til slik behandling som voksne. Som behandlingsansvarlig kan ikke NHN lene seg på kommunens behandlingsgrunnlag for behandling av disse opplysningene, slik kommunene gjør når mindreårige tar kontakt med skolehelsetjenesten via kanaler direkte til kommunen.

²⁰ Jmf. vedlegg 13, *Helsedirektoratet_Skriftlig uttalelse i saken om rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger i DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen.*

²¹ Vedlegg 3, *Helsedirektoratet_Notat om prosess og rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger i DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen.*

4.4 Personvernkonsekvensvurdering (DPIA)

En vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA) er en prosess som skal beskrive behandlingen av personopplysninger, og vurdere om den er nødvendig og proporsjonal, for et gitt tilfelle. Den skal også bidra til å håndtere de risikoene behandlingen medfører for den enkeltes rettigheter og friheter ved å vurdere dem og fastlegge risikoreducerende tiltak.

Det er den behandlingsansvarlige som har ansvaret for behandlingen av personopplysninger, og som også står ansvarlig for å vurdere personvernkonsekvensene av behandlingen.

En DPIA er *påkrevet*, før den aktuelle behandlingen av personopplysninger, *dersom* det er sannsynlig at behandlingen vil medføre høy risiko for fysiske personers rettigheter og friheter (i vårt tilfelle: ungdommen som avgir sine personopplysninger ifm. bruk av Helsenorge-appen). Den behandlingsansvarlige *kan* også foreta en DPIA, uten at nevnte krav innfris, basert på en «bør-vurdering» (snarere enn «må-vurdering»).

NHN gjennomførte i 2021 en forhåndsvurdering av behovet for DPIA for Helsenorge-delen av Ungdomsløsningen. Vurderingen konkluderte med at en DPIA ikke var nødvendig, da den aktuelle behandlingen ikke ville medføre høy risiko for den registrerte, herunder at det ikke skulle behandles særlige kategorier av personopplysninger i løsningen. En risiko- og sårbarhetsvurdering (ROS) av løsningen i stort ble imidlertid gjennomført, med bred deltakelse fra prosjektets kommuner.²²

Før Oslo kommune skulle igangsette sin pilot av Ungdomsløsningen våren 2023, vurderte Oslo kommune på sin side at deres bruk av løsningen fordret en personvernkonsekvensvurdering. Denne ble dermed gjennomført i perioden mars-april 2023 for den delen av løsningen som kommunen er definert som behandlingsansvarlig for (jmf. bruksvilkårene for Helsenorge). Vurderingene ligger fremdeles til behandling i Oslo kommune. De sentrale vurderinger vil kunne deles med kommunene, når disse er klare.

4.5 Forvaltningsmodell

Basert på erfaringer fra forvaltningen av kommunale e-helseløsninger på Helsenorge, initierte NHN våren 2021 et arbeid knyttet til å utarbeide en forvaltningsmodell for DigiHelsestasjon, som tok innover seg behov for forbedringer og en tydeligere rolleavklaring i forvaltningen av disse løsningene. Arbeidet skulle bli omfattende, med mange aktører involvert. Flere fremlegg for styringsgruppen skulle til, før SG i mai 2022 sluttet seg til:

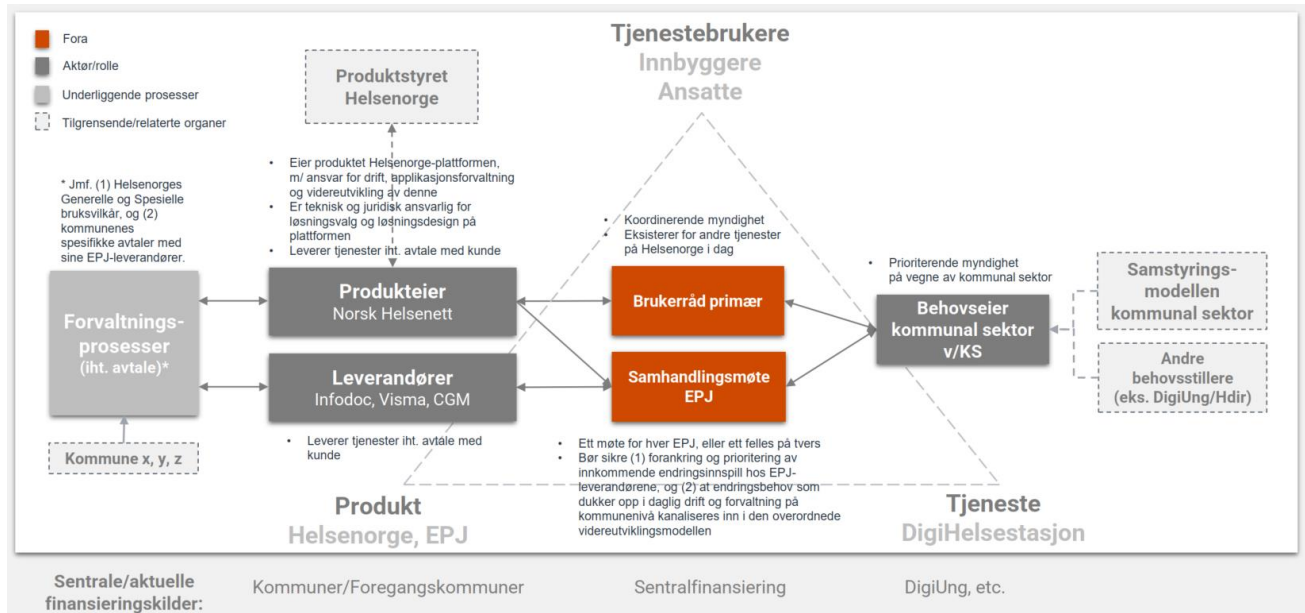
- Den skisserte forvaltningsmodellen for DigiHelsestasjon (vedlegg 6)
- Det grunnleggende premisset om at dette er en modell for utprøving

Forvaltningsmodellen beskriver sentrale aktører og fora i et overordnet system, og hvordan disse bør samhandle for et best mulig resultat. Det bemerkes at beslutningen i styringsgruppen begrenset seg til

²² ROS kan tilgjengeliggjøres på forespørsel til HNN.

Ungdomsløsningen, men at forvaltningsmodellen er den samme for hele DigiHelsestasjon (Basis- og Ungdomsløsningen) og øvrige kommunale e-helseløsninger som også inkluderer EPJ-leverandørene.

Skissen under viser hvilke aktører som inngår i forvaltningsmodellen, og hvordan disse forholder seg til hverandre i et videreutviklingsperspektiv; hvem som har hvilken rolle med hvilket ansvar for å sikre kontinuerlig videreutvikling av løsningene under forvaltning (her: Ungdomsløsningen).



I styringsgruppemøtesaken om forvaltningsmodell ble samtidig prosjektet bedt om å oppsummere erfaringene av modellen etter endt pilot og formidle dette til styringsgruppen. I prosjektets avslutningsfase har det blitt gjennomført møter med NHN og EPJ-leverandørene for å kartlegge deres erfaringer på operativt nivå med forvaltningsmodellen (tilsvarende møte med KS ble utsatt).

Det ble uttrykt at forvaltningsmodellen som ble besluttet i mai 2022 har svakheter som bør utbedres. Prosjektet ønsket at KS, NHN og Helsedirektoratet skulle gå i snarlig dialog om forvaltningsmodellen og en eventuell evaluering av denne, og KS har sammen med NHN tatt initiativ til en slik evaluering.

Dette er et arbeid som i skrivende stund fortsatt pågår, og som vil fortsette etter endt prosjekt, for å sikre kontinuerlig utvikling av modellen basert på reell bruk og behov.

5. SENTRALE ERFARINGER FRA PILOT

5.1 Rammer for gjennomføring

På grunn av overnevnte utfordringer knyttet til eksterne rammebetingelser, prosessen som førte til utskiftning av Feide til MinID, og – i særlig grad – usikkerheten knyttet til behandlingsgrunnlaget for mindreåriges personopplysninger i Ungdomsløsningen, har det vært krevende for prosjektet å sette Ungdomsløsningen i pilot.

I styringsgruppemøte primo mars 2023 ble det imidlertid besluttet å gå i pilot – Bergen, Oslo og Haugesund på vårparten; Stavanger, Arendal og Hjelmeland på høstparten - med utgangspunkt i følgende rammer/føringer:

- Pilot må gjennomføres og prosjektet må avsluttes senest innen utgangen av 2023.
- Prosjektets mål er å gå i pilot så snart som mulig. Det bør derfor legges til rette for at terskelen for å gå i pilot er så lav som mulig.
- Prosjektets omfang (scope) er å pilotere Ungdomsløsningen – først i én runde (Bergen, Oslo Haugesund), så i en annen (Stavanger, Arendal og Hjelmeland). Dette for å høste erfaringer, og for å sikre at feil og mangler blir utbedret, før løsningen gjøres tilgjengelig for nasjonal bredding.
- Det påligger pilotkommunene lokalt handlingsrom og selvstendig ansvar i planlegging og gjennomføring av pilot.
- Alle piloter må ikke rigges likt; det viktige er at pilotene på tvers av kommuner til sammen gir de erfaringene prosjektet trenger for å kunne slutføre utviklingsprosjektet.
 - Piloten må sikre at prosjektet får testet det som trengs å testes (teknisk/funksjonelt, prosessuelt, organisatorisk, metodisk, etc.).
 - Vi må totalt sett teste hvordan anskaffelsen av MinID i målgruppen fungerer/kan fungere for dette eksplisitte formålet (bruken av Ungdomsløsningen).

For å ta ned risiko i pilotgjennomføringen, ble det også besluttet at pilot skulle gjennomføres på et begrenset antall tjenestesteder, men på en så representativ brukermasse som mulig.

Til beslutningen ble det spesifisert at Oslo kommune, som også har fylkeskommunalt ansvar, ville ta hovedansvaret for å pilotere Ungdomsløsningen på VGS, i tillegg til på ungdomsskoler. Ellers ble pilotkommunene unntatt minimumskravet om å gjennomføre pilot både på ungdomsskole og på VGS, da en slik gjennomføring nettopp ville kreve prosessering overfor fylkeskommunene og således ville heve terskelen for å gå i pilot. Det ble imidlertid spesifisert at kommunene burde etterstrebe å gjennomføre pilot på tvers av klassetrinn, slik at prosjektet fikk testet anskaffelse av MinID blant brukere som ikke har MinID fra før.

Dette førte til at følgende antall pilotskoler gikk i pilot:

KOMMUNE	ANTALL SKOLER I PILOT	TRINN I PILOT	ANTALL KLASSER I PILOT
Bergen	2	10. trinn	2
Oslo	8	Ungdomsskole: 9.-10.trinn VGS: 1.-3. trinn	20-25
Haugesund	2 (før sommer) + alle (etter sommer)	Alle trinn Ungdomsskole: 8.-10.trinn VGS: 1.-3. trinn	
Stavanger	2	9. trinn	2
Arendal	1	10. trinn	2
Hjelmeland	1	8.-9. trinn	6

Bergen gjennomførte og avsluttet sin pilot innen sommeren 2023, mens Oslo og Haugesund forlenget sine piloter utover høsten – i parallell med Stavanger, Arendal og Hjelmeland - på grunn av utilstrekkelig aktivitet i løsningen før sommeren. Alle piloter ble lukket innen utgangen av oktober 2023, og styringsgruppen godkjente piloten i stort i styringsgruppemøtet primo november 2023, på grunnlag av:

- At prosjektet hadde innhentet tilstrekkelig grunnlag for å kunne vurdere løsningen iht. etablerte kriterier for pilot.²³
- At prosjektet hadde hentet nødvendige erfaringer, og identifisert mangler og utviklingsbehov ved løsningen.

5.2 Kvantitative nøkkeltall oppsummert

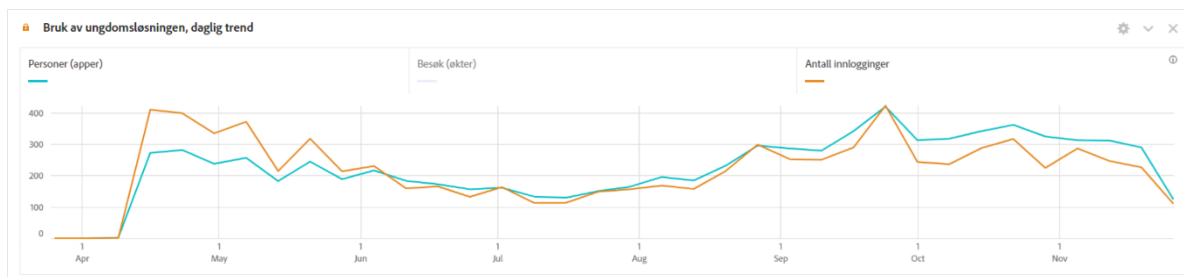
Under vil vi presentere noen overordnede nøkkeltall for Ungdomsløsningen. Samtidig er det viktig å presisere at disse nøkkeltallene ikke dekker alle behov for statistikk. Nøkkeltallene presenteres for å gi et overordnet bilde over bruk av løsningen.

Basert på antall innlogginger gjennom MinID kan vi gi et bilde av det totale omfanget brukere i Ungdomsløsningen. Tallene er hentet fra produksjonssetting av MinID primo april 2023 til 28. november 2023. Merk at bytte av mobil (innlogging med ulike enheter) representerer en feilkilde. Antall innlogginger inkluderer MinID, PIN og biometri.

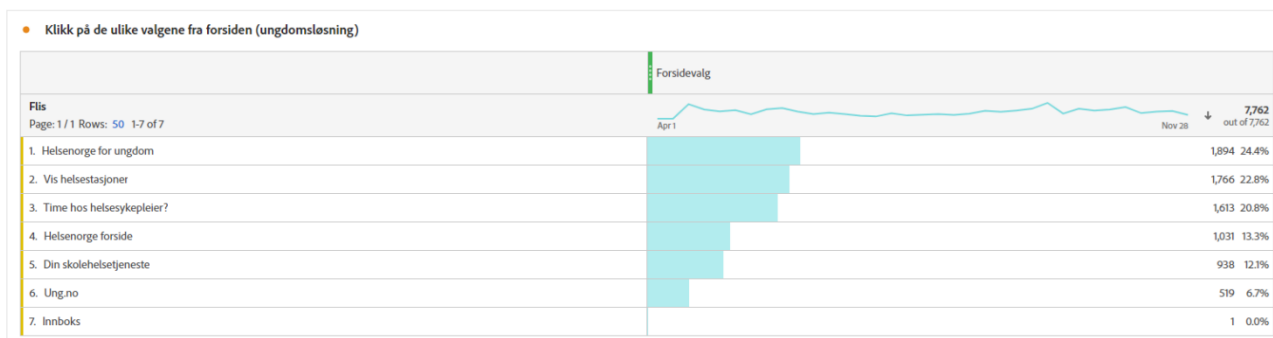
²³ Jmf. vedlegg 7, *Innføringsstrategi Ungdomsløsningen*, og etablerte tilleggskriterier knyttet til (1) verifisering av brukerflyt og (2) fravær av A-/B-feil i løsningen. Merk at pilot ble godkjent, til tross for enkeltfeil identifisert, under forutsetning av at disse ble utbedret iht. kontrakt mellom den enkelte EPJ-leverandør og kommune (som formell kontraktspart).

Sluttrapport DigiHelsestasjon - Ungdomsløsningen

Antall unike brukere	3 781
Antall innlogginger	7 860



Vi ønsker også å vise antall klikk på de ulike *flisene* i løsningen i samme tidsperiode. Dette for å gi et grovt bilde av hvilken funksjonalitet i løsningen som er mest besøkt. Den mest besøkte siden i løsningen siden april er informasjonssiden *Helsenorge for ungdom* med 1 894 klikk. Dette er en informasjonsside som beskriver rettigheter og tjenester for ungdom på Helsenorge. Videre følger *Vis helsestasjoner* med 1 766 klikk og *Time hos helsesykepleier* med 1 613 klikk. Merk her at "Din skolehelsetjeneste" i dag heter "Helsesykepleier".



I arbeidet med å teste funksjonalitet rundt timebestilling og kommunikasjon av meldinger fra helsesykepleier til elevmasser ble det gjennomført en pilotering i seks utvalgte kommuner. I tabellen under finner dere oversikt over totalt antall elever registrert i løsningen i løpet av pilotperioden fordelt på kommune, ungdomsskole og videregående skole.

	Oslo	Bergen	Haugesund	Stavanger	Hjelmeland	Arendal
Antall skoler	8	2	8	2	1	1
Antall elever registrert i løsningen (ungdomsskole)	187	125	75	53	7	24
Antall elever registrert i løsningen (VGS)	108		28	-	-	-
Totalt antall elever registrert i løsningen	295	125	103	53	7	24

Gjennom kartfunksjonen i Ungdomsløsningen («Finn frem-komponenten») kan ungdommen søke opp og finne informasjon om sin nærmeste HFU. En del av arbeidet i prosjektet har også vært å legge til rette for at flest mulig HFU-er er synlig, med oppdatert informasjon i løsningen. Per 1. desember 2023 er 1/3 av alle landets HFU-er registrert i Redaktørløsningen (110 av 327).

5.3 Brukerinnsikt

Ifm. pilot har det blitt gjennomført spørreundersøkelser blant ungdommene som har deltatt i Oslo kommune, Bergen kommune, Stavanger kommune og Arendal kommune. Antallet respondenter har vært lav, med unntak av i Oslo, relativt sett. Her har totalt 424 ungdommen svart på undersøkelsen, hvorav 280 på ungdomsskole og 144 på VGS. Under oppsummeres derfor den viktigste innsikten fra gjennomført brukerundersøkelse i Oslo kommune.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført ifm. klassebesøk gjennom pilot, der Helsenorge-appen ble lastet ned og testet i klasserommet (jmf. kapittel 5.5.1 under). Etter testingen av appen (som var frivillig), fikk ungdommen utdelt spørreundersøkelsen. Alle kunne besvare undersøkelsen; både de som hadde testet appen, og de som ikke hadde testet appen.

Ungdommen fikk spørsmål som både omfatter deres forhold til helsestasjons- og skolehelsetjenestene i kommunen/på skolen generelt, og om deres opplevelse av «ungdomstjenestene i Helsenorge-appen»

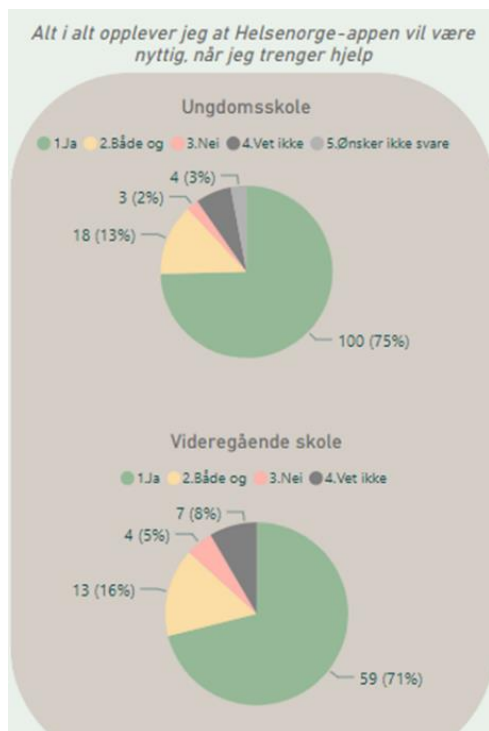
(Ungdomsløsningen) spesielt (hvis de hadde testet appen). For denne sluttrapportens kontekst, anses spørsmålene knyttet til følgende som mest relevant:

- 1) Er ungdommen interessert i å bruke Ungdomsløsningen?
- 2) Tror ungdommen at helsesykepleier vil bli lettere tilgjengelig for dem med Helsenorge-appen?

Overordnet indikerer responsen på spørreundersøkelsen av svarene på begge disse spørsmålene er ja, og at ungdomsskoleelevene gjennomgående gir en noe mer positiv respons (uten at forskjellene er statistisk signifikante).

5.3.1 3 av 4 opplever at Helsenorge-appen vil være nyttig, når de trenger hjelp

Under vises den totale responsen blant ungdommen som testet Helsenorge-appen gjennom pilot på påstanden: *Alt i alt opplever jeg at Helsenorge-appen vil være nyttig for meg, når jeg trenger hjelp.*

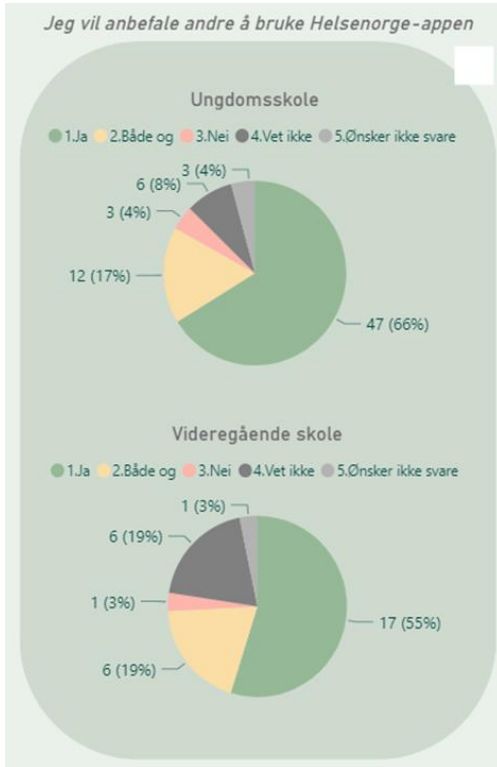


Som diagrammene viser, svarer 3 av 4 ungdomsskoleelever «ja» på dette spørsmålet. Nesten like mange VGS-elever svarer det samme. Nest største gruppe er de som har svart «både og», på hhv. 13% og 16%. Svært få svarer «nei»/ «vet ikke». Dette er en sterk indikasjon på at ungdommene som har deltatt i pilot av Ungdomsløsningen vurderer at løsningen vil være nyttig for dem, dersom/når de trenger hjelp.

Samtidig bemerkes det at det er noen lokale variasjoner i respons når det gjelder de to VGS-ene som har deltatt i spørreundersøkelsen. På den ene VGS-en svarer 35% ja på spørsmålet, mens 92% svarer ja på den andre. Det kan være flere årsaker til denne fordelingen, eks. hvor tilgjengelig helsesykepleier ellers oppleves å være på den aktuelle skolen.

5.3.2 Et flertall vil anbefale andre å bruke Helsenorge-appen

Under vises den totale responsen blant ungdommen som testet Helsenorge-appen gjennom pilot på påstanden: *Jeg vil anbefale andre å bruke Helsenorge-appen.*



Her svarer 66% av ungdomsskoleelevene «ja», mens 55% av VGS-elevne svarer det samme.

Hhv. 17% (ungdomsskole) og 18% (VGS) svarer «både og» som nest største gruppering. Så mange som 19% av VGS-elevne svarer «vet ikke», mens bare 8% av ungdomsskoleelevene gjør det samme. Kun et lite fåtall svarer «nei» begge steder.

Av dette kan det tolkes at et flertall av ungdommen som har deltatt i pilot er prinsipielt positive til Helsenorge-appen, uten at de enda har hatt muligheten til å bruke den over tid.

Det gjøres samtidig oppmerksom på at datakvaliteten tilknyttet dette spørsmålet er varierende, da dette spørsmålet først ble inkludert i spørreundersøkelsen på et senere tidspunkt, og ikke alle klassene som ble besøkt fikk dette spørsmålet. Derfor er også antallet respondenter innenfor hver svarkategori betydelig lavere enn ved forrige spørsmål, og svarene må tolkes med noe

mer varsomhet.

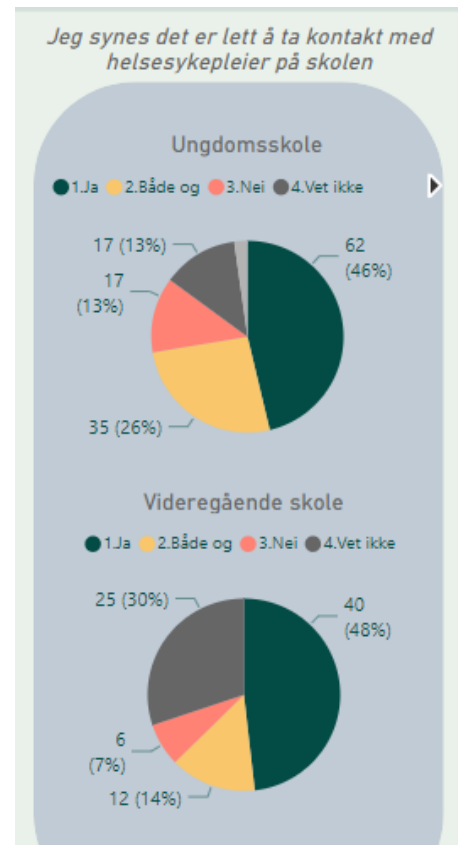
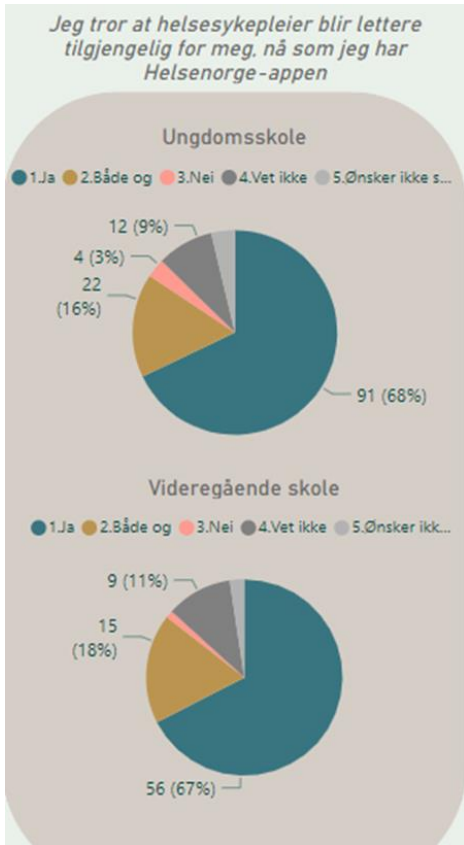
5.3.3 Et flertall tror at helsesykepleier blir lettere tilgjengelig for dem, nå som de har Helsenorge-appen

Under (t.v.) vises den totale responsen blant ungdommen som testet Helsenorge-appen gjennom pilot på påstanden: *Jeg tror at helsesykepleier blir lettere tilgjengelig for meg, nå som jeg har Helsenorge-appen.*

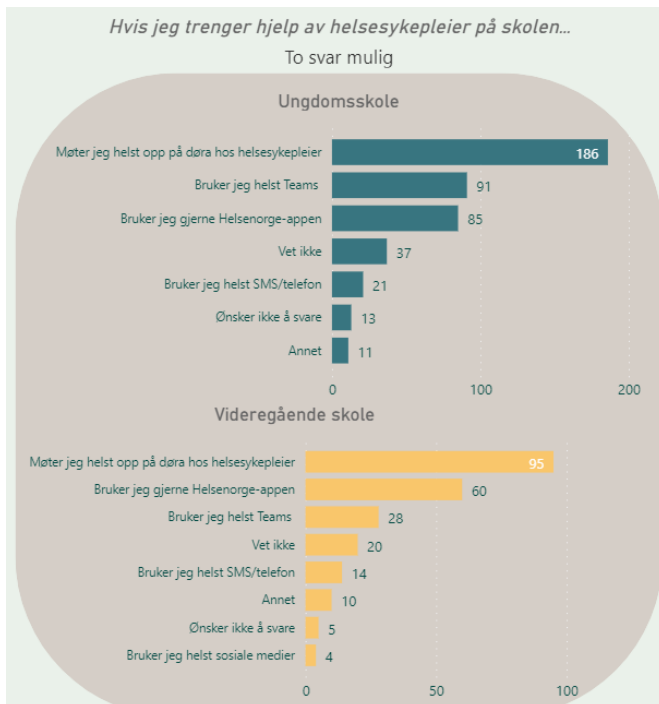
Responsen er her tilnærmet lik på tvers av ungdomsskole- og VGS-segmentet. Mens 68% blant de førstnevnte svarer «ja» på påstanden, gjør 67% det samme på VGS. Hhv. 16% og 18% svarer «både og», og 9% og 11% svarer «vet ikke». Svært få av respondentene svarer «nei».

Det kan være interessant å se disse svarene opp mot responsen (t.h. under) på påstanden *Jeg synes det er lett å ta kontakt med helsesykepleier på skolen*, som elevene fikk spørsmål om før de eksplisitt ble bedt om å vurdere ungdomstjenestene i Helsenorge-appen. Både på ungdomsskolene og VGS-ene svarer her under halvparten «ja» på påstanden, som kan indikere at Helsenorge-appen umiddelbart vurderes å lette tilgangen på helsesykepleier, sammenlignet med «normalsituasjonen» uten Helsenorge-appen.

At en betydelig andel, særlig på VGS, svarer «vet ikke» til denne påstanden, kan for øvrig være forårsaket av at mange av ungdommene ikke bruker/forholder seg til skolehelsetjenesten til vanlig.



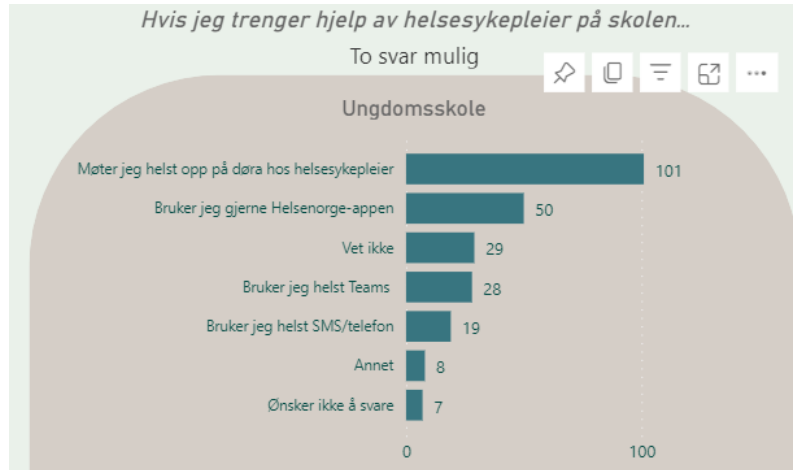
For å få ytterligere innsikt i ungdommenes respons på Helsenorge-appen, og hvordan dette spiller inn i det overordnede målet om å erstatte andre kanaler for innbyggerdialog med Helsenorge-appen, er det også særlig interessant å kjenne til svarene deres på spørsmålet om *hvilke kanaler/flater de foretrekker å bruke, hvis de trenger hjelp av helsesykepleier på skolen.*



De fikk mulighet til å velge to svaralternativer hver, og som figuren under (t.v.) viser, er det desidert flest både på ungdomsskolene og VGS-ene som først og fremst foretrekker å møte opp på døra til helsesykepleier.

Dernest viser totalen at Teams er det nest mest foretrukket alternativet på ungdomsskolene, mens Helsenorge-appen er nest mest foretrukket på VGS-ene.

Til dette må det imidlertid gjøres oppmerksom på at variasjonene på ungdomsskolene i dette tilfellet er betydelige, og at det særlig er én skole blant pilotskolene som påvirker vurderingene av alternativer. Kontrolleres tallene for denne skolen, er det Helsenorge-appen som flyter opp som nest mest foretrukne alternativ, mens Teams havner på «4. plass» (jmf. figuren t.h.). Helseesykepleier på denne skolen er åpen på at hun de siste årene, særlig ifm./etter covid-pandemien, har brukt Teams svært aktivt i hennes dialog med elevene, og at det således er å forvente at Teams er en av de to mest foretrukkede kanalene på denne skolen inntil videre (vedkommende har også vært blant de mest aktive for å promotere og bruke Ungdomsløsningen gjennom pilot).



5.4 Kvalitative nøkkelerfaringer oppsummert

Oppsummert gav piloten på tvers av samtlige pilotkommuner følgende nøkkelerfaringer.

Område	Bergen kommune Ikke endret siden siste rapportering (1. juni)	Haugesund kommune	Oslo kommune
MinID; bestilling, innlogging, annet	Fra klasseromsbesøk: <ul style="list-style-type: none"> Mange trengte hjelp med personnummer. Mange hadde glemt passordet til MinID. Noen synes det er vanskelig å forstå forskjellen på muligheter med Bank ID vs Min ID. 2-3 i hver klasse hadde tekniske problemer. «Vent på instruks på mobilen din». Mistet da interessen. 	<ul style="list-style-type: none"> Lite samarbeid med skolene for å skaffe MinID. Skolene skulle vært mer involvert. Elevene har ikke tilgang til kode som foreldre har fått pr brev. Noen foreldre kastet brev fra Minid pga. de trodde det var reklame/spam. Behov for samarbeid med skole/lærer/ foreldre for å skaffe MinID; Krevende for helseesykepleier å hjelpe hver enkelt elev. 	<ul style="list-style-type: none"> Piloten har tydeliggjort at MinID-innlogging utgjør en reell terskel for bruk av Ungdomsløsningen. Dagens prosess med å anskaffe MinID-bruker til ungdommen (v/hjelp av aktiveringsbrev tilsendt folkeregistrert adresse) krever betydelig grad av oppfølging. Behovet for å kunne skaffe MinID-bruker på en enklere måte er åpenbart og betydelig. Utprøvingen av «MinID on the fly» har vist at det er mulig å gjøre prosessen enklere, samtidig som nødvendig sikkerhet ivaretas.
Identifiserte utfordringer	Fra klasseromsbesøk: <ul style="list-style-type: none"> Noen påpekte at Helsenorge-appen har dårlig rating og dermed var lite interessant. 	<ul style="list-style-type: none"> Både helseesykepleier og elev har behov for å forklare avlysning av time. Mobilfrie skoler, ønsker via nettsider/pc. Elev må selv bytte klassestrinn og evt. skole ved skolestart. 	<ul style="list-style-type: none"> Per tid synes ikke Ungdomsløsningen å bidra til å ta ned terskelen for å oppsøke hjelp hos helseesykepleier; snarere tvert imot fremstår det som mer tungvint å benytte seg av Ungdomsløsningen enn å møte opp på døra/be om time over SMS eller Teams. Innføringen av Ungdomsløsningen gjør seg ikke selv; krever utstrakte tiltak både overfor helseesykepleiere og ungdommen for at løsningen skal bli tatt i bruk.
Identifiserte fordeler	<ul style="list-style-type: none"> Ungdom aktive og positive under oppstart, da helseesykepleiere var på besøk i alle klasser. Positive til app, var nysgjerrige og med. Mange lastet ned appen og registrerte seg; veldig raske. 	<ul style="list-style-type: none"> Søk/ informasjon om nærmeste HFU, ung.no og fastlege tilgjengelig. Redaktørløsningen oppleves positiv 	<ul style="list-style-type: none"> Ungdommen synes å være prinsipielt positive til Ungdomsløsningen (Helsenorge-appen), når de blir spurt om denne i gjennomført spørreundersøkelse. «MinID on the fly» har stort potensial til å ta ned terskelen for bruk.
Andre observasjoner/ kommentarer	<ul style="list-style-type: none"> Mange har bestilt og fått tildelt timer. Mange avbestilte timene; bidro til utprøving uten reelle behov. De som allerede følges opp, bruker gjerne appen. En del elever glemmer å avbestille time. Helseesykepleier må da sitte parat, noe som er dårlig bruk av tid. Noen vil ikke avbestille time, fordi de ikke kan oppgi grunn. 	<ul style="list-style-type: none"> Ungdommer som allerede bruker Helsenorge, ser ikke fordel med å benytte MinID-løsning, da de kan kommunisere med helseesykepleier i Helsenorge fra før. 	<ul style="list-style-type: none"> Forventes å bli vanskelig/uhensiktsmessig å bredde/innføre Ungdomsløsningen på VGS før «Enklere innlogging for 16+» er klar (Q4 23/Q1 24) <ul style="list-style-type: none"> Vanskelig for de over 16 år som allerede bruker Helsenorge å forstå hvorfor de skal logge seg inn i Ungdomsløsningen, hvorfor de trenger MinID (når de allerede har BankID), og hvordan de rent praktisk skal logge seg inn med MinID (vanskelig å forstå og finne fram til «full utlogging» før innlogging).

Sluttrapport DigiHelsestasjon - Ungdomsløsningen

Område	Stavanger kommune	Hjelmeland kommune	Arendal kommune
MinID; bestilling, innlogging, annet	<ul style="list-style-type: none"> De fleste ungdommer trenger veiledning fordi <ul style="list-style-type: none"> Ingen hadde MinID bruker fra før Husker ikke/kan ikke personnummer Har ikke med seg aktiveringsbrev på skolen Trenger støtte og veiledning i innlogging til HelseNorge Helseyskepleier bruker mye tid og ressurser på å hjelpe elevene med å bestille aktiveringsbrev og å aktivere av MinID-bruker. Hovedårsak – personnummer. Hvis vi skal kunne tilby denne tjenesten til ungdom, er det helt nødvendig med en enklere inngang til MinID, hvis ikke vil ikke tjenesten bli brukt. 	<ul style="list-style-type: none"> Mange av ungdommene trenger veiledning <ul style="list-style-type: none"> Husker/kjenner ikke personnummeret sitt Husker ikke MinID-passord Krevende ressursmessig og teknisk sett for helseyskepleierne å hjelpe elevene med å logge seg på Nødvendig at skolesiden hjelper til for å bestille og sette opp MinID-brukere <ul style="list-style-type: none"> Mail til skolene har ikke hatt tilstrekkelig effekt Informasjon hjem ikke fungert, foreldre hjelper ikke til. 	<ul style="list-style-type: none"> Rådgiver tok oppgaven med å bestille MinID, og elevene hadde i lekse å lære seg eget personnummer. De fleste hadde ikke aktivert MinID fra før. Fleere elever husket ikke personnummeret, og det ble tidkrevende å hjelpe enkelt elever med å finne dette, da kun en helseyskepleier hadde gjennomføringen med elevene.
Identifiserte utfordringer	<ul style="list-style-type: none"> Ungdom som har BankID bestiller ikke MinID, fordi de tror de kan logge inn med BankID Noen som har bestilt aktiveringsbrev mottar ikke dette før det har gått 2-3 uk. Risiko når elev som har lagt seg til på feil skole, bestiller time – mange ledd for å sende time til riktig skole/helseyskepleier Mobilfrie skoler; elever ser ikke tildelte timer eller meldinger fra helseyskepleier før skoledagen er slutt Har ikke lagringsplass på mobil/må få tillatelse fra foreldre til å laste ned apper 	<ul style="list-style-type: none"> Ikke mulig for helseyskepleier å vurdere en timeavlysning fra ungdommen; har behovet bortfalt, eller passer ikke timen? 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilfrie skoler – elever ser ikke tildelte timer eller meldinger fra helseyskepleier før skoledagen er slutt Ikke mulig for helseyskepleier å vurdere en timeavlysning fra ungdommen; har behovet bortfalt, eller passer ikke timen? Noen elever hadde utfordringer med å logge seg på Helsenorge, pga. tekniske feil med MinID.
Identifiserte fordeler	<ul style="list-style-type: none"> Elever er positive til digital timebestilling Ungdom blir kjent med HelseNorge før de fyller 16, og får tilgang til sin fastlege Ungdommene kan se når helseyskepleier er tilgjengelig på skolen 	<ul style="list-style-type: none"> Positive tilbakemeldinger fra ungdommer på: <ul style="list-style-type: none"> At det utvikles tjenester eksplisitt for dem At Helsenorge nå også er tilgjengelig for ungdom uten BankID Letter å be om time 	<ul style="list-style-type: none"> Elevene er stort sett positive til at dette er nok et tilbud tilrettelagt for dem. De er positive til at de kan finne egen fastlege og lokal HFU. Helseyskepleier kan nå ungdommene med relevant og kvalitetssikret informasjon
Andre observasjoner/kommentarer	<ul style="list-style-type: none"> Ved tekniske feil i on-boarding-prosessen hos MinID eller Helsenorge, mister ungdommen raskt interessen og motivasjon til å prøve igjen senere. 	<ul style="list-style-type: none"> Noen elever syntes det er dumt å ikke kunne skrive en liten kommentar på hva de ønsker hjelp til. Letter når den voksne vet noe om hva det handler om, får å få i gang samtalen. 	<ul style="list-style-type: none"> Ungdommene leser ikke personvernerklæringen. «Mister» ungdommene så fort det ble tekniske feil eller de som ikke hadde med aktiveringsbrevet.

5.5 Spesifikke utfordringsområder

Som de samlede, kvalitative erfaringene over viser (kapittel 5.4), er det særlig to utfordringsområder som har skilt seg ut gjennom piloten; (1) anskaffelse av og innlogging med MinID, og (2) pålogging og bruk for ungdom over 16 år.

Når det gjelder førstnevnte, bemerkes det at Digitaliseringsdirektoratet (Digdir) – som utsteder MinID i Norge – er gjort godt kjent med utfordringsbildet gjennom DigiUng-samarbeidet generelt, og i tett dialog med DigiHelsestasjon-prosjektet spesielt, gjennom 2023. Bergen kommune har tatt et særskilt ansvar og bidratt aktivt inn i formidlings- og forbedringsarbeidet overfor Digdir:

- Har testet og filmet egne brukeropplevelser med anskaffelse av MinID hos ungdom i målgruppen; tilgjengeliggjort for Digdir med stor interesse og oppmerksomhet internt i organisasjonen som resultat.
- Har gjennomført utvidet innsiktsarbeid med ungdom i målgruppen, og overlevert rapport til Digdir.
- Har vært deltaker i DigiUng-podden i møte med Digdir, for å diskutere forbedringsbehov knyttet til MinID for unge.²⁴

For å imøtekomme innsiktsarbeidet, og ta ned terskelen for bruk av Ungdomsløsningen – herunder også etterfølgende innloggingstjenester for ungdom – har Digdir igangsatt en rekke tiltak.²⁵ Først og fremst jobbes det med å forbedre brukeropplevelsene i eksisterende prosess knyttet til anskaffelse av MinID, uten at dette går på bekostning av sikkerhet. Dernest jobbes det videre med å teste, utvikle og skalere opp konseptet «MinID on the fly» / Local Registration Authority (LRA; mer om dette under).

²⁴ <https://www.digiung.no/post/eid-for-unge-en-vanskelig-nott-aa-knekke>

²⁵ Jmf. Vedlegg 5, Uttalelse fra Digdir om eID for ungdom.

5.5.1 MinID - Anskaffelse og innlogging

At MinID er en reell terskel for bruk av Ungdomsløsningen per tid, ble bekreftet gjennom pilot i samtlige pilotkommuner i perioden april-oktober 2023. Tidlig ble det klart at det er krevende å få ungdommen til å ta i bruk Helsenorge-appen, når de først må bestille MinID-aktiveringsbrev i posten. Og utfordringene starter allerede der:

- For å bestille brev, må ungdommen kjenne eget fødsels- og personnummer. Det er det mange som ikke gjør, og de må oppsøke hjelp for å få det.
- Når brevet er bestilt, må ungdommen vente i opptil 10 dager før det ankommer i posten på folkeregistrert adresse.
- I flere tilfeller har det skjedd at aktiveringsbrevet ikke dukker opp.
 - I noen tilfeller skjer dette fordi ungdommen bor et annet sted en folkeregistrert adresse
 - I andre tilfeller ankommer brevet likevel ikke, selv om folkeregistrert adresse er riktig
- Når brevet har dukket opp, er språket i brevet tilpasset voksne, og tungvint å forstå for ungdom helt ned i 13-års alder.
- Når ungdommen likevel forstår hva de skal gjøre med brevet, må de på ny legge inn fødsels- og personnummer ved registreringen av MinID-bruker. Mange har da glemt dette igjen, og trenger på nytt hjelp for å oppgi riktig nummer.
- Hvis ungdommen møter på andre tekniske sperrer (feilmeldinger), idet de registrerer seg/prøver å logge seg inn med etablert bruker, blir de oppfordret til å ringe brukerservice hos Digitaliseringsdirektoratet. Veldig få ungdommer i denne aldersgruppen har noen gang ringt en brukerservice, og vet ikke hvordan dette fungerer.

Oppsummert trenger ungdommen bistand til å skaffe seg MinID-bruker, slik prosessen med anskaffelse foreligger i dag, og det er ikke gitt *hvem* som skal/bør hjelpe ungdommen med dette. Ulike tilnærminger har blitt testet ut gjennom pilot av Ungdomsløsningen:

1. Ved at helsesykepleier (i dette spesifikke tilfellet) søker å bistå én og én ungdom.
2. Ved at helsesykepleier får innpass på skolen/hos lærere de har god kontakt med, og kan gå inn i enkeltklasser og bistå med å bestille brukere der.
3. Ved å etablere samarbeid med skolene på ledelsesnivå, slik at skolene kan bistå med å «massebestille» brukere klassevis.
4. Ved at skolene bistår med å informere og oppfordre foreldre/foresatte om bistand.

Fordi Bergen kommune kun piloterte på 10. trinn, der ungdommen allerede hadde MinID fra før,²⁶ ble ingen av disse tilnærmingene testet ut der. I en tidligfase av piloten i Oslo kommune og Haugesund kommune, til gjengjeld, ble det først lagt til grunn en tilnærming som i essens var basert på alternativene 1 og 4 over. Helsesykepleierne promoterte løsningen på ulike måter ute på skolene, og søkte å bistå/oppfordre elevene så godt de kunne med å skaffe seg MinID-bruker. I tillegg bistod skolene flere steder med å sende ut

²⁶ Dette skaffes på skolen på høstparten av skoleåret gjennom skolenes sedvanlige prosess for å skaffe elevene MinID-bruker ifm. søknad til VGS.

informasjon til foresatte om piloten, og viktigheten av at ungdommen skaffet seg MinID for å kunne bruke Helsenorge-appen for ungdom. Dette monnet ikke, og pilotene her ble av den grunn forlenget utover høsten.

Da piloten startet opp igjen på høsten, ble det dermed gått betydelig mer pro-aktivt til verks overfor skolene i de to kommunene, og i Oslo ble det gjennomført egne møter med skoleledelsen på samtlige pilotskoler, for å appellere til samarbeid om å «massebestille» MinID-aktiveringsbrev og sette opp -brukerne sammen med elevene ifm. med pilot (alternativ 3 over).

Fordi skolene på høstparten gjennomfører den samme prosessen for sine 10. klassinger vanligvis ifm. søknad til VGS, var skolene prinsipielt positive til å bistå. Ved å starte prosessen tidlig på høsten, kunne prosjektet og skolene sammen «slå to fluer i en smekk»; (1) elevene får skaffet seg MinID-bruker i god tid før søknadsprosessen for VGS startet på nyåret, og (2) de får samtidig muligheten til å logge inn i Helsenorge-appen ifm. pilot.

På flere skoler ble det igangsatt et koordinert arbeid gjennom lærerne i flere klasser – noen steder også på tvers av trinn – for å bestille aktiveringsbrevet sammen med elevene. Deretter kunne det dermed gjennomføres planlagte klasseromsbesøk ute på skolene i regi av prosjektet/helsesykepleier, hvor målet var tre-delt:

1. Sette opp MinID-bruker sammen med elevene (bare på ungdomsskolene)
2. Laste ned og logge inn i Helsenorge-appen
3. Teste funksjonaliteten inne i appen (med vekt på timebestilling, for å kunne teste den tekniske integrasjonsflyten i løsningen)

På denne måten gikk aktiviteten i løsningen betydelig opp i begge kommuner, og pilotene lyktes med å få teste det som var påkrevet.

I parallell ble det i Oslo kommune testet ut et eget konsept for en betydelig forenklet MinID-anskaffelses- og registreringsprosess, utviklet av Digitaliseringsdirektoratet (Digdir); det som i prosjektet har blitt kalt «MinID on the fly». Konseptet gjør det mulig å utstede MinID-bruker direkte og stedlig/lokalt – i dette tildelt ute på 2 skoler - uten behov for å bestille og motta aktiveringsbrev i forkant.

Utprøvingen av «MinID on the fly» i prosjektet har gitt gode indikasjoner på at det er mulig å gjøre prosessen enklere, samtidig som nødvendig sikkerhet i både anskaffelses- og innloggingsprosessen ivaretas.

5.5.2 Innlogging og bruk for ungdom over 16 år

Tidlig i piloten ble det identifisert at det er kronglete for ungdom over 16 år, som går på VGS, å ta i bruk Ungdomsløsningen («Helsenorge for ungdom»), som et tillegg til ordinære Helsenorge.

Ettersom disse ungdommene nettopp har tilgang på Helsenorge fra før, dersom de har BankID, er ikke ungdom over 16 år i kjernemålgruppen for Ungdomsløsningen. Løsningen har imidlertid blitt utviklet for at

også disse ungdommene skal kunne ta den i bruk, med det forenklete grensesnittet og tilleggsfunksjonaliteten som den tilbyr (bestill time med et tastetrykk, finn nærmeste HFU, les informasjon om og fra tjenesten), sammenlignet med Helsenorge for øvrig.

Per tid er det imidlertid flere utfordringer som står i veien for disse ungdommenes bruk av «Ungdoms-Helsenorge»:

- Selv om de fleste har MinID-bruker fra før, fordi denne ble brukt til å søke VGS, er det også flere som brukte BankID til å søke opptak VGS. Flere VGS-elever har derfor ikke MinID.
- Mange uttrykker også at de heller ikke forstår hvorfor de trenger MinID, når de har BankID. Piloten har i flere tilfeller vist at ungdom som har BankID ikke bestiller MinID, fordi de tror de kan logge inn med BankID.²⁷
- Det er ikke mulig enda å bevege seg sømløst mellom ordinære Helsenorge (med BankID-innlogging) og «ungdomsrommet» på Helsernorge (med MinID-innlogging).²⁸
- Hvis de allerede har logget inn og brukt Helsenorge-appen med BankID fra før, må de derfor logge seg fullt ut av appen, før de kan logge seg inn i ungdomsrommet med MinID. Det er ikke intuitivt å skjønne hvordan dette gjøres.
- I tillegg er det mange av ungdommene som ikke forstår hvorfor de skal bruke ungdomsrommet, når de kan bruke ordinære Helsenorge.

Piloten har oppsummert gitt et inntrykk av – om ikke statistisk signifikant - at nytten av Ungdomsløsningen er noe mindre på VGS enn på ungdomsskolene (når ungdommen først har fått til å logge seg inn med MinID), og at det forventes å bli vanskelig/uhensiktsmessig å innføre Ungdomsløsningen på VGS før NHN-leveransen «Enklere innlogging for 16+» er klar.

Enklere innlogging for de over 16 år er under utvikling per tid, og NHN vurderer dette til å være tilgjengelig i første kvartal 2024. Endringen innebærer at ungdom over 16 år kan logge inn på høyt sikkerhetsnivå, eks. med BankID, og få tilgang til både hjelpetjenestene for ungdom i appen og andre helsetjenester for voksne.

6. MÅLOPPNÅELSE

Prosjektet DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen har utviklet de første nasjonale, digitale innbyggertjenestene innenfor ungdomshelse i kommunene, og har samtidig banet vei for videre digitalisering av tjenester innenfor dette området – både teknisk og juridisk.

Mer konkret har prosjektet levert en nasjonal løsning med tilnærmet lik funksjonalitet for alle landets innbyggere i målgruppen (12-25 år). Brukerfunksjonaliteten som er levert gjennom prosjektet er tilgjengeliggjort for innbygger i Helsenorge-appen, mens de ansatte kan bruke sitt EPJ-system som de ellers

²⁷ Merk at dette også gjelder ungdom under 16 år på ungdomsskole, som har BankID.

²⁸ Merk at NHN allerede jobber med en løsning for dette, «Enklere innlogging for 16+», som forventes lansert tidlig i 2024.

bruker i hverdagen. De tre EPJ-leverandørene har valgt å løse noe av funksjonaliteten (behovskravene) ulikt, uten at det har gått ut over kvaliteten på sluttproduktet. I tillegg har de ansatte fått et eget informasjonsverktøy som gjør det mulig for dem å informere ungdommen direkte om forhold de har behov for, uten å måtte gå via skole/andre instanser.

Med utgangspunktet i målene satt for *fremtidig situasjon* med Ungdomsløsningen (jmf. kapittel 2.1, *Bakgrunn og mål*), vurderer prosjektet at prosjektets leveranser har ført til følgende måloppnåelse per tid:

Prosjektets hovedmål	Vurdering av måloppnåelse
Prosjektets overordnede mål er å etablere digitale innbyggertjenester for ungdom fra 12 år og oppover knyttet til skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom på en nasjonal plattform for alle landets kommuner.	Mål oppnådd.
Ungdomsløsningens delmål	Vurdering av måloppnåelse
Ungdommen har mulighet for digital timebestilling i skolehelsetjenesten, i tillegg til at ungdom fra 16 år kan motta digital helsehjelp på Helsenorger.	Mål oppnådd. Det bemerkes samtidig at autentiseringsløsningen påvirker ungdommenes tilgang.
Ungdommen får tilgang til kvalitetssikret informasjon om tjenestene (SHT og HFU) og tilhørende ansatte.	Mål oppnådd.
Ungdommen får tilpasset helseinformasjon som gjør brukerne bedre rustet til å ta informerte beslutninger om egen helse.	Mål oppnådd.
De ansatte skal i større grad kunne styre hverdagen sin, ved at forespørsler om time kommer via én digital kanal (journalssystemet, i deres tilfelle) og ikke via SMS eller andre flater.	Mål ikke enda oppnådd; (1) etablerte vaner/rutiner ikke enda endret/påvirket, samtidig som (2) dagens timebestillings-funksjonalitet i løsningen gjør det vanskelig å flytte og administrere timer, uten at SMS/Teams benyttes i tillegg.
De ansatte vil kunne administrere timebestillinger direkte i EPJ, og få bedre forutsigbarhet.	Mål delvis oppnådd; på grunn av overnevnte må timebestillinger fremdeles administreres indirekte i flere tilfeller, og forhåndsbestilling gir ikke nødvendigvis opplevelsen av mer forutsigbarhet i arbeidshverdagen til helsesykepleierne (denne påvirkes i stor grad av flere faktorer).
De ansatte vil ha mer kontroll på egen informasjon og informasjon om tjenestesteder de jobber i, i tillegg til at de vil få mulighet til å kommunisere direkte ut mot elever på skolen for å dele relevant helseinformasjon eller helserelevante aktiviteter på skolen.	Mål oppnådd.

Som oversikten viser, er det fremdeles et lite stykke igjen til full måloppnåelse for Ungdomsløsningen. For å komme dit, kreves aktiv gevinstoppfølging i den enkelte kommune, samt at de mest kritiske videreutviklingsbehovene som er identifisert for løsningen realiseres.

7. RESTANSER OG VIDEREUTVIKLINGSBEHOV

7.1 Restanseliste

Prosjektet har i all hovedsak levert på avtalt funksjonalitet, og piloten har verifisert/validert at Ungdomsløsningen i stort fungerer som den skal. Det er allikevel enkelte tekniske restanser knyttet til to av EPJ-leverandørene som er beskrevet i egen restanseliste nedenfor. Restansene følges opp individuelt mellom aktuell kommune og EPJ. Mens enkelte av feilene vurderes av EPJ-leverandør å være stedsspesifikke (påvirker ikke skalerbarheten i EPJ-en), vurderes andre som mer generelle (vil gjelde alle kunder med samme EPJ). Det er vesentlig at de generelle feilene er utbedret før samtlige EPJ-leverandører kan skalere nasjonalt. De stedsspesifikke feilene må være rettet, før løsningen kan innføres i den aktuelle kommunen.

Haugesund kommune og Infodocs vurderinger av om gjeldende restanser påvirker bruk på kort og lang sikt, må gjøres tilgjengelig for forvaltningsaktørene i forlengelsen av prosjektet.

Restanse	Ansvarlig	Frist	Kommentar
Ikke enda mulig for 0-brukere (ungdom uten journal) å bestille time gjennom Ungdomsløsningen	Haugesund kommune/Infodoc	21. des	Feil (generelle) under utbedring; ligger i sprint som skal være ferdig i desember.
Feil i timebokvisning for helsesykepleier	Haugesund kommune/Infodoc	Snarest	Feil under utbedring; forventes løst innen kort tid. Usikkert om feilen er generell eller stedsspesifikk.
Feil i rapport «timer bestilt via ungdomsløsning»	Oslo kommune/CGM	Snarest	Feil (stedsspesifikk) under utbedring; forventes løst innen kort tid.
Manglende filtreringsvalg på «Timeønske ungdom» i rapport «Helsenorgemeldinger»	Oslo kommune/CGM	Snarest	Feil (stedsspesifikk) under utbedring; forventes løst innen kort tid.

7.2 Prioriterte endringsønsker

I arbeidet med Ungdomsløsningen har partene erfart og dokumentert ytterligere behov for videreutvikling av løsningen. Dette er behov som er samlet inn og beskrevet både før, under og etter pilotering av løsningen. Disse behovene er samlet i en egen tabell over endringsønsker som ligger vedlagt sluttrapporten.²⁹

²⁹ Jmf. vedlegg 14, *Endringsønsker DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen*.

I avsluttende fase av prosjektet ble det gjennomført en workshop for å diskutere, komplimentere og prioritere endringsønsker i løsningen. Denne workshopen ble gjennomført heldigitalt med bred deltakelse fra prosjektets samarbeidende parter. En liste over prioriterte endringsønsker følger i tabellen under. Merk at listede endringsønsker ikke står i prioritert rekkefølge, men viser totaloversikten over endringsønskene som har blitt prioritert opp av prosjektet; de som vurderes som viktigst å realisere for å skape ytterligere verdi av løsningen.

	Endringsønsker registrert av prosjektet	Kommentar	Grovt anslag av Helsenorge-omfang på endringsønske
E1	Velge ledig tidspunkt fra timebok i HN-app	Mulighet for å sette av ledig tid i timebok per skole og per helsesykepleier i EPJ Funksjonalitet i HN-app for at ungdom kan velge ledige tidspunkter og prosess for å få bestilt en time "in real time" Tilbakemeldinger fra pilot (jmf. klasseromsbesøk, spørreundersøkelse blant ungdom og helsesykepleiere) at dette er høyt prioritert	Helsenorge vurderer at dette til en oppgave med en høy grad av usikkerhet. Oppgaven krever samhandling med alle aktører og har flere mulige løsningsforslag. Helsenorge vurderer at endringsønsket bør konkretiseres i felles workshop mellom et utvalg kommuner, behovseier, NHN og aktuell EPJ. Helsenorge vurderer oppgaven for "usikker" til å gi et grovt anslag på økonomisk ramme per tid.
E2	Mulighet for å flytte en time (som vil avlyse den gamle timen automatisk)	Ses i sammenheng med ny timebokfunksjonalitet.	Følges delvis opp i andre Helsenorge-oppdrag. Venter med anslag på økonomisk ramme.
E3	Mulighet for å melde timeønske - gjerne med årsak til timeønske - hvis de ikke finner ledig tid i kalenderen		Helsenorge har funksjonalitet som kan gjenbrukes, men krever noe utvikling i app. Vurderes til lav innsats/omfang. 100 000 – 200 000 kr.
E7	Begrense mulighet for å forespørre time til kun én forespørsel av gangen	Mange av ungdommene som har vært med å teste løsning i pilot, får ikke med seg at timeforespørsel er sendt, og sender nye forespørsler gjentatte ganger, mens de	Helsenorge vurderer dette til oppgave med medium arbeidsomfang. Det er flere mulige løsningsalternativer med ulikt omfang. Helsenorge antar at enkleste vei til målet

		<p>venter på å få tildelt time. Dette gjør at innboksen til helsesykepleier hopper seg opp med flere timeforespørsler fra samme person, og siden det ikke nå går an å avvise en timeforespørsel, må alle timeforespørselene i prinsippet behandles. Det burde være slik at ungdommen kun kan forespørre time én gang i påvente av tildeling av time, og at det tydeligere enn i dag fremkommer i appen at timeforespørsel er sendt og behandles.</p>	<p>kan gjennomføres innenfor en ramme på 100 000 – 300 000 kr.</p> <p>Kan gjennomføres uten endringer på EPJ-siden.</p>
E9	<p>Mulighet for å gi begrunnelse for avlysning av time (begge veier; både for helsesykepleier og ungdom)</p>	<p>Gjerne standardtekster (eks. Sykdom, etc.)</p>	<p>Dette er en oppgave som krever koordinering med EPJ, samt felles etablerte standardtekster. Helsenorge vurderer at arbeidet krever medium innsats. 200 000 – 400 000 kr.</p>
E10	<p>Push-varsel om timeavtale samme morgen som dagen for avtalen</p>	<p>Helsesykepleieres tydelige tilbakemelding/hypotese: Push-varsel et døgn i forveien av avtalen er for lenge; flere vil da likevel glemme avtalen neste dag.</p>	<p>Må sees i sammenheng med eksisterende push-varsel/påminnelse. Dette vurderes som en oppgave med lavt omfang. Pluss/minus 100 000 kr. Forutsetning at det kun gjelder for app.</p>

8. IDENTIFISERTE RISIKOER

Ved prosjektets slutt, identifiserer prosjektet fire risikoer, som bør følges opp av ansvarlige parter, dersom Ungdomsløsningen skal gi ønskede effekter. Disse vises i tabellen nedenfor.

Sluttrapport DigiHelsestasjon - Ungdomsløsningen

RISIKO	ALVORLIGHETS-GRAD Vurdering av sannsynlighet og konsekvens før tiltak	BESKRIVELSE	TILTAK
Løsningen skaleres ikke nasjonalt		<ul style="list-style-type: none"> • Samtlige EPJ-leverandører har ikke enda ferdigstilt sine restanser (jmf. kap. 8.1); må håndteres før løsningen kan tas i bruk på tvers av landet. • Prosessen med å skaffe seg MinID-bruker for ungdommen er såpass krevende at løsningen ikke enda skaleres blant sluttbrukerne uten nødvendige innføringstiltak. • Forenklet prosess for MinID-anskaffelse er under utvikling, men vil ikke være nasjonalt skalerbar før tidligst i løpet av 2024. 	<ul style="list-style-type: none"> • Den enkelte prosjektkommune følger opp restanser iht. kontrakt. • Den enkelte kommune iverksetter målrettede innføringstiltak for å sikre at brukerne evner å ta løsningen i bruk. • DigiUng understøtter og følger opp Digdir i utviklingen av «MinID on the fly» / Local Registration Authority (LRS).
Identifiserte/prioriterte videreutviklingsbehov blir ikke realisert		<ul style="list-style-type: none"> • Ulike EPJ-leverandører kan ha ulike forutsetninger for, og ulike ambisjoner om, å realisere behov. • Finansieringsmodell per tid ikke tydelig definert/etablert; kan bli krevende å sikre finansiering til videreutvikling av løsningen etter endt prosjekt. • Fordi prosjektet har fått signaler om at det kan ligge videreutviklingsmidler i DigiUng til Ungdomsløsningen for neste år, vurderes imidlertid sannsynligheten for at identifisert risiko inntreffer som moderat på kort sikt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Følges opp av aktørene i etablert forvaltningsstruktur.
Løsningen blir ikke innført i kommunene		<ul style="list-style-type: none"> • Enhver teknologi som anskaffes i en organisasjon/virksomhet krever innføring for at den skal kunne nyttiggjøres, og at anskaffelsen skal gi verdi. • Ungdomsløsningen er intet unntak, og piloten har tydeliggjort at løsningen krever målrettede innføringstiltak for at den skal brukes, og brukes riktig, av begge brukergrupper; ungdom og tjenesteanstatte. • Hvis kommunene kun anskaffer løsningen, uten å iverksette nødvendig innføringstiltak, vil ikke 	<ul style="list-style-type: none"> • Innføringsbehov og aktuelle/nødvendige tiltak spesifiseres eksplisitt i prosjektets sluttrapport; følges opp av KS som breddingsansvarlig etter endt prosjekt. • Den enkelte kommune iverksetter innføring lokalt for å sikre at løsningen blir tatt i bruk, og brukes riktig.

		gevinster (effekter av løsningen) kunne hentes ut.	
Gevinstarbeidet blir ikke fulgt opp i kommunene		<ul style="list-style-type: none"> • Det er ikke uvanlig at organisasjoner/virksomheter mister fokus på gevinstrealisering, når et prosjekt avsluttes. • Det er ulik grad av erfaring på tvers av kommuner, når det gjelder arbeid med å følge opp gevinster utenfor prosjekt (i linjen). Mangel på ressurser og kompetanse kan føre til at gevinstarbeidet i den enkelte kommune blir liggende brakk. 	<ul style="list-style-type: none"> • Den enkelte prosjektkommune legger lokale gevinstoppfølgingsplaner i forlengelsen av prosjektet. • KS som breddingsansvarlig følger opp overfor kommune-Norge for øvrig.

9. VEIEN VIDERE ETTER ENDT PROSJEKT

9.1 Forvaltning

Ved prosjektslutt avvikles prosjektets styringsgruppe og Oslo kommunes prosjekteierskap for DigiHelsestasjon i stort, og Ungdomsløsningen overleveres til aktørene i etablert forvaltningsstruktur; hhv. KS som behovseier, NHN som produkteier for Helsenorge, og EPJ-leverandørene som produkteier for de kommunale fagsystemene.

Overnevnte aktører er i dialog for å avklare hvordan de skal jobbe sammen fremover for å sikre kontinuerlig forbedring av etablert forvaltningsmodell.

9.2 Nasjonal bredding

Det er KS som har det nasjonale breddingsansvaret for Ungdomsløsningen etter endt prosjekt. Når løsningen skal breddes i KS' regi, eventuelt i hvilken rekkefølge, vurderes i et porteføljeperspektiv av prioriteringsutvalget for e-helseløsninger i den kommunale samstyringsstrukturen på digitaliseringsområdet.

Uavhengig av KS, vil også EPJ-leverandørene – avhengig av hvor raskt respektive restanser er lukket - selge løsningen på eget initiativ overfor sine kunder (kommuner). Dette står de fritt til å gjøre, og vil i så måte være en viktig bidragsyter til å sikre at Ungdomsløsningen blir tilgjengelig over hele landet, for de kommunene som ønsker å ta løsningen i bruk.

Per tid foreligger det, slik denne sluttrapporten har påpekt, enkeltrestanser av ulik kritikalitet hos to av tre EPJ-leverandører som må lukkes, før løsningen er klar til bruk nasjonalt. Det forventes at disse vil lukkes innen utgangen av 2023, og følges opp av den enkelte kommune.

Ellers er det som tidligere påpekt særlig to barrierer for bruk og gevinstuttak av løsningen, som kommunene gjøres oppmerksomme på. Det dreier seg om dagens prosess for anskaffelse av MiniID til ungdommen (som har bidratt til høy terskel for bruk og høy innsatsfaktor for å lykkes gjennom pilot), og om dagens løsning for timeadministrasjon (som gjør at ungdommen ikke enda kan velge en time de selv ønsker). Disse barrierene er imidlertid ingen hindring for å bredde – og innføre – dagens løsning, med tilhørende funksjonalitet og verdi. Snarere vil det på nasjonalt hold, og i den videre forvaltningen av løsningen, jobbes for å ta ned disse barrierene, i parallell med at løsningen tilgjengeliggjøres for kommunene nasjonalt.

Når det gjelder prosessen for anskaffelse av MinID, jobber Digdir allerede med forbedringer som vil komme Ungdomsløsningen – og ikke minst ungdommen – til gode både på kort og noe lengre sikt. Hvilke forbedringer, med hvilken tidshorisont, fremkommer av tabellen under. Det er viktig å være klar over at tiltakene som leveres på kort sikt ikke har blitt testet gjennom pilot av Ungdomsløsningen i DigiHelsestasjon-prosjektet, og at det forventes at disse vil gjøre det enklere for ungdom allerede på kort sikt å anskaffe MinID, til forskjell fra dagens prosess, som prosjektet har hentet sine erfaringer fra.

Når det gjelder tiltaket på lengre sikt – som handler om å forenkle hele MinID-anskaffelsesprosessen for ungdom i stort – *har* dette blitt testet ut gjennom pilot i DigiHelsestasjon-prosjektet (i Oslo kommune), med stort hell. Det forventes at dette tiltaket vil være banebrytende, når det er klart for nasjonal skalering, og at det vil ha stor effekt mtp. å «masse-istandsette» ungdom i kommunene til å bruke Ungdomsløsningen og andre digitale hjelpetjenester fra det offentlige, som benytter MinID som autentiseringsløsning.

FORBEDRINGILTAK	BESKRIVELSE	FORVENTET FERDIGSTILLELSE	ANSVARLIG
PÅ KORT SIKT			
Forbedret bestillings- og registreringsflyt og nytt aktiveringsbrev for MinID	Innsiktsarbeid viser at dagens bestillings- og registreringsflyt (på web og i app) for MinID-bruker ikke gir brukeren tilstrekkelig informasjon for å forstå de ulike stegene i prosessen. Digdir har med utgangspunkt i dette laget et nytt aktiveringsbrev og klikkbar prototype for ny og forbedret flyt for å skaffe seg MinID, som er testet og verifisert av ungdom i målgruppen.	Implementert innen utgangen av januar 2024	Digdir
Forbedret løsning for innlogging og nytt passord for MinID	MinID får i desember ny løsning for innlogging og nytt passord. De nye løsningene har et nytt design, og er tilpasset tilbakemeldingene fra DigiUngs testpanel, samt brukertester og ekspertgjennomgang av universell utforming.	Desember 2023	Digdir
Informasjon til lærere og rådgivere om MinID-anskaffelse	Del 1: Digdir går nå igjennom nettsidene til MinID, korrigerer feil og legger inn nytt innhold. Informasjons-artikkel til rådgivere og lærere om hvordan de kan hjelpe elever med å skaffe	Del 1: Ferdigstilt Del 2: Ikke tidfestet	Digdir

	<p>seg MinID, er publisert på MinID.no.</p> <p>Del 2: På sikt er målet å utvikle informasjonen til å bli en beste praksis/ steg-for-steg guide for å skaffe MinID i skolen. Vi vil involvere ressurser fra pilot-skolene i dette arbeidet.</p>		
PÅ LENGRE SIKT			
<p>Ny prosess for anskaffelse av MinID: MinID LRA (Local Registration Authority)</p>	<p>Elever må i dag gjennom to steg for å skaffe seg MinID. Eleven må først bestille et aktiveringsbrev. Først etter at brevet er mottatt, kan eleven registrere MinID.</p> <p>Digdir tester nå en mulighet for at MinID kan utstedes i skolen, uten utsendelse av brev. I denne forbindelse gjennomførte Digdir i oktober utprøvinger av lokal utstedelse av MinID på Engebråten skole og Ellingsrud skole i Oslo. Vi sitter igjen med et positivt inntrykk av at tiltaket tar ned en viktig barriere for elever og lærere, gjennom at MinID utstedes og aktiveres i én prosess (uten utsendelse av brev i posten). Tiltaket gjør det enklere for elever å skaffe seg MinID, og for lærere/rådgivere å hjelpe elever i prosessen. 7. og 8. desember tester vi ut funksjonaliteten for utstedelse av MinID på Rå skole, Slåtthaug skole og Lynghaug skole i Bergen kommune. I denne omgang er hovedformålet med piloten å teste om vi klarer å få til en god nok ID-kontroll i skolen iht. regulatoriske krav. Derne vil det planlegges for en utvidet pilot, før videre utvikling og skalering kan finne sted.</p>	<p>Planen for neste år mht. lokal utstedelse av MinID i skolen, er ennå ikke endelig avklart.</p> <p>Det Digdir gjør i 2024 (hvis planen holder) er å videreutvikle systemet for LRA som vi kan bruke i en utvidet pilot. Utrulling etter dette er avhengig av hvordan piloten går, samarbeid med Udir, og av om det er vilje til å rulle ut dette i kommunene. Ev. finansiering fra Helsedirektoratet/DigiUng vil bidra til bedre og raskere realisering.</p>	<p>Digdir + Udir + kommunene</p>

Når det gjelder videreutvikling på endringsbehovet knyttet til timebestilling i Ungdomsløsningen, vil det variere fra EPJ-leverandør til EPJ-leverandør hvor raskt dette kan realiseres. Gitt finansiering og prioritet hos kommunene, har én av leverandørene til løsningen gitt tilbakemelding om at behovet vil kunne realiseres på høstparten 2024. Kompleksiteten i behovet vil imidlertid påvirke tidsestimatet. De øvrige EPJ-leverandørene har enda ikke avgitt tidsestimater for mulig realisering av angitt behov.

9.3 Innføring

Så snart samtlige EPJ-restanser er ferdigstilt, vurderer prosjektet at Ungdomsløsningen er klar til bruk, slik løsningen nå foreligger (*as is*).

Når kommunene skal ta stilling til (1) *hvorvidt/når de skal anskaffe*, og (2) *hvordan de skal innføre*, ser prosjektet *overordnet* fire valgmuligheter, på bakgrunn av løsningens status per tid:

0. Kommunen(e) velger å ikke anskaffe Ungdomsløsningen; heller ingen innføring («0-alternativet»).
1. Kommunen(e) kan vente med å anskaffe og innføre til forbedringsarbeid er ferdigstilt og sentrale endringsbehov er realisert.
2. Kommunen(e) kan anskaffe løsningen as is og innføre den stegvis.
3. Kommunen(e) kan anskaffe løsningen as is og innføre den fullskala fra start.

I tabellen under vises prosjektets vurderinger av hvordan disse tre valgmulighetene vil kunne slå ut for kommunen(e) mtp. hvor mye innsats som vil kreves (innsatsfaktor), til hvilken nytte (gevinstuttak), når (tidshorisont).

Hva gjelder gevinstuttak, legges det til grunn at potensialet for uttak blir større etter hvert som forbedringstiltak og endringsbehov realiseres. Muligheter for et «høyt» gevinstuttak forventes derfor når MiniID-forbedringer og sentrale endringsbehov realiseres. Dersom løsningen innføres og tas i bruk på kort sikt, as is, kan det forventes at potensialet for gevinstuttak til sammenligning er noe lavere, fordi fruktene av forbedringer og videreutvikling enda ikke kan høstes. Det bemerkes imidlertid at flere MiniID-forbedringstiltak allerede vil kunne utnyttes på kort sikt (jmf. 10.2 over).

Det vektlegges samtidig at gevinstuttak også påvirkes av *hvordan* løsningen innføres, og at en høy innsatsfaktor også vil påvirke gevinstuttaket. Jo mer omfattende innføringstiltak, jo større kan gevinstuttaket forventes å bli, både på kort og lengre sikt. Dette innebærer også at gevinstene som allerede ligger latent med dagens funksjonalitet (jmf. kapittel 7. *Måloppnåelse*) vil kunne hentes ut på kort sikt med god innføring. Ved lavere innsats (færre/nedskalerte innføringstiltak), må det forventes at det tar lengre tid før de allerede latente gevinstene kan hentes ut.

Det bemerkes at tidsestimatene for hhv. kort og lengre sikt er usikre, men at de baseres på erfaringer og forventninger der prosjektet nå står. Tidsramme for gevinstuttak på lengre sikt (*) er avhengig av tilgjengelig finansiering av endringsbehov og leverandørens tidsplaner. Angitt gevinstuttak på lengre sikt (**) vil også være avhengig av innsatsfaktoren på innføringstiltakene på sikt.

VALGMULIGHET	INNSATSFAKTOR (AS IS/PÅ KORT SIKT)	GEVINSTUTTAK (AS IS/PÅ KORT SIKT; 3MND-1 ÅR)	GEVINSTUTTAK (TO BE/PÅ LENGRE SIKT; 1-3 ÅR)*
0	Ikke anskaffe og innføre	Ingen	Ingen
1	Vente med å anskaffe og innføre til forbedringsarbeid er ferdigstilt endringsbehov er realisert	Ingen	Høyt**
2	Anskaffe as is og innføre stegvis	Lav	Moderat/høyt**
		Moderat	Høyt**
3	Anskaffe as is og innføre fullskala fra start	Høy	Moderat/Høyt

Tabell: Kommunenes overordnede valgmuligheter for anskaffelse og innføring av Ungdomsløsningen.

Når det gjelder nettopp den sentrale *innsatsfaktoren*, defineres denne ut ifra omfanget på innføringstiltakene som (kan) iverksettes:³⁰

- **Ingen innsatsfaktor:** Ingen tiltak iverksettes.
- **Lav innsatsfaktor:** Vil innebære grunnleggende og nødvendige innføringstiltak overfor de ansatte i tjenesten (og deres ledere), herunder informasjon og opplæring (jmf. 10.3.1 under). I liten/mindre grad iverksettes tiltak overfor ungdommen, utover lavterskel informasjonstiltak (distribusjon av informasjonsmateriell). Innføringsløpet baserer seg på prinsippene om at (1) ungdommen anskaffer MinID på egenhånd/ev. med bistand fra foreldre/foresatte, og at (2) bruken av løsningen blant ungdom etableres organisk over tid. Skolene får ikke noe ansvar for å bistå i innføringen.
- **Moderat innsatsfaktor:** Vil innebære innføringstiltak overfor begge primærmålgruppene for Ungdomsløsningen; ungdom i målgruppen (12-25) og de ansatte i tjenesten (og deres ledere). Det er særlig tiltakene overfor ungdommen som her avgjør nivået på innsatsfaktoren.

Et innføringsløp med moderat innsatsfaktor vil også basere seg på prinsippene om at (1) ungdommen anskaffer MinID på egenhånd/ev. med bistand fra foreldre/foresatte, og at (2) bruken av løsningen blant ungdom etableres organisk over tid. Til forskjell fra et innføringsløp med lav innsatsfaktor, vil imidlertid moderat innsats (innføring) overfor ungdommen typisk kunne innebære klasseromsbesøk på tvers av klasser og skoler, for å orientere om løsningen, i tillegg til både lavterskel/øvrige former for informasjonstiltak (eks. distribusjon av informasjonsmateriell, stands, veiledning gjennom 1:1-konsultasjon hos skolehelsesykepleier, etc.).

Et godt samarbeid mellom skolehelsetjeneste og skolen vil være fordelaktig/nødvendig med denne tilnærmingen, og en forankring i god tid hos skoleledelsen av planlagte aktiviteter overfor klassene anbefales på det sterkeste.

- **Høy innsatsfaktor:** Vil innebære tiltak overfor de to primærmålgruppene for Ungdomsløsningen (ungdommen og de ansatte i tjenesten), med ekstra vekt på å «masse-istandsette» ungdommen til å ta i bruk Ungdomsløsningen.

Et innføringsløp med høy innsatsfaktor vil, slik prosjektet vurderer det, basere seg på prinsippene om at (1) skolene får et dedikert ansvar for å bistå elevene med å anskaffe MinID-bruker f.o.m. 8. trinn på ungdomsskolene, og at (2) kommunen i større grad tilrettelegger aktivt for bruken av løsningen blant ungdom.

³⁰ Hvilke *forutsetninger* ulike kommuner har for å iverksette innføringstiltak, vurderes ikke her. Disse forutsetningene vil imidlertid variere stort avhengig av flere faktorer, slik som kommunens styringslinjer, størrelse, økonomi, kapasitet og kompetansetilfang, etc.

En nærmere omtale av mulige tiltak under et «høy-innsats»-innføringsløp følger under (kapittel 10.3.2), basert på erfaringene som prosjektet har gjort seg gjennom pilot.

Hvilken av disse tilnærmingene som er anbefalt, vil avhenge av den enkelte kommunes ambisjonsnivå. Piloten gjennom prosjektet har vist at en høy innsatsfaktor er påkrevet dersom full effekt skal kunne hentes ut av løsningen slik den nå foreligger. Samtidig kan en stegvis tilnærming være å foretrekke for flere kommuner; både prosjektkommuner og andre. Kommunen vil da kunne starte i det små med å tilby løsningen som det tross alt har blitt lagt ned betydelige ressurser i å utvikle, og Helsenorge kan som et minimum tilbys til ungdommene i kommunene, uten at dette nødvendigvis krever betydelig innsats. På denne måten vil de da også kunne tilby en tjeneste de er pålagt å gi til sine innbyggere, digitalt. De ungdommene som da har eller klarer å skaffe seg MinID kan ta i bruk løsningen, mens de som ikke har det, oppsøker tjenestene på «gamlemåten».

Med en slik stegvis tilnærming, der ungdommene kun gradvis kobler på og tar i bruk løsningen, er det samtidig viktig å være klar over at informasjonsfunksjonaliteten i Ungdomsløsningen – til forskjell fra timebestillingsfunksjonaliteten – får mindre verdi, og helsesykepleierne får lite insentiv og nytte av å bruke Redaktørløsningen.

Under beskrives tiltak nærmere (grunnleggende og mulige) for å innføre Ungdomsløsningen slik den nå foreligger (*as is*). Dette supplerer innføringsstrategien som er utarbeidet av prosjektet, og som det kan hentes betydelig med inspirasjon fra.³¹

Hvordan innføringsarbeidet eventuelt bør organiseres i den enkelte/på tvers av kommuner, beskrives ikke. Prosjektet anbefaler på overordnet nivå at det opprettes en lokal prosjekt-/ressursgruppe som vil ha ansvaret for å planlegge og gjennomføre innføringen. Det bemerkes samtidig at KS har utarbeidet en felles modell for innføring på tvers av kommuner, og at denne vil kunne være hensiktsmessig å bruke på innføringen av Ungdomsløsningen. Dette følges opp av KS som behovseier, sammen med NHN, ved prosjektslutt.

9.3.1 Grunnleggende innføringstiltak (lav/moderat/høy innsats)

For å jobbe målrettet og systematisk med innføring, er det fornuftig å ta utgangspunkt i erfaringsbaserte metoder for innføring og endringsledelse. Slike metoder favner bredt, og dekkes på langt nær av tiltak som her beskrives. Et førende prinsipp under nevnte metoder er imidlertid at ledere har et særskilt ansvar for å drive innføring med tilhørende endringsprosesser fremover, og at der er deres jobb å sikre at deres ansatte – i tillegg til dem selv - tar eierskap til det som skal innføres. Uten eierskap i disse sentrale leddene, er sannsynligheten for å mislykkes med innføring stor.

I kontekst av Ungdomsløsningen, bør derfor det overordnede ansvaret for innføringen ligge på ledelsen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, da det er deres ansatte som må eie løsningen som en del av sin tjenesteutøvelse. Dette innebærer at innledende innføringsaktiviteter først bør rettes mot ledelsen. Deretter

³¹ Vedlegg 7, *Innføringsstrategi_DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen*.

bør det jobbes gjennom ledelsen for å etablere eierskap til løsningen og mobilisere de ansatte til å (1) ta løsningen i bruk, og (2) jobbe med innføringsaktiviteter ut mot ungdommen (dersom disse iverksettes). De ansatte må fungere som løsningens fremste representanter, og vil kreve oppfølging deretter.

Mulige tiltak på overordnet nivå:

- Gjennomfør én eller flere dedikerte samlinger med aktuelle ledere for å forankre, og etablere deres eierskap til, Ungdomsløsningen i en tidligfase.
- Planlegg innføringsaktivitetene overfor de ansatte sammen med ledelsen.
- Innføringsaktivitetene overfor de ansatte bør som et minimum bestå av – i kronologisk rekkefølge:
 - Informasjon om, og kommunikasjon rundt, *hva* Ungdomsløsningen er og *hvorfor* den skal innføres.
 - Opplæring i Ungdomsløsningens funksjonalitet.
 - Oppfølging av den ansattes faktiske bruk av løsningen i hverdagen.
 - Forsterkende tiltak (eks. nye runder med opplæring) ved behov.
- Merk at det er beste-praksis (jmf. erfaringsbaserte metoder) å først etablere de ansattes forståelse for *hva* og *hvorfor* (eks. gjennom egne informasjonsmøter e.l. med de ansatte), før opplæring igangsettes.

Gjennom innføringen er det ledelsens oppgave å:

- **Forstå** hva Ungdomsløsningen er, og hva denne innebærer for tjenesten generelt og de ansatte spesielt.
- **Oversette til/kommunisere med** medarbeiderne om hva Ungdomsløsningen er, hvorfor den skal innføres, og hva den vil bety for deres arbeidshverdag.
- **Lede** medarbeiderne aktivt gjennom ved å ta eierskap til løsningen og hvordan denne påvirker hverdagen, sette krav til medarbeiderne og måle utviklingen.

Det er medarbeidernes oppgave å:

- Delta på oppsatte innføringsaktiviteter.
- Bidra i planlegging av eventuelle innføringsaktiviteter overfor ungdommen.
- Utføre eventuelle innføringsaktiviteter overfor ungdommen.

9.3.2 Mulige innføringstiltak (høy innsats)

Piloten av Ungdomsløsningen viste at innføringstiltak rettet mot ungdommen i form av informasjonsmateriell, stands, klasseromsbesøk for å informere om løsningen, etc. ikke var tilstrekkelig alene for å få ungdommen til å ta i bruk løsningen, utover enkelttilfeller. En viktig erkjennelse i denne sammenheng var og er at det vil ta tid før ungdommen kobler behov til kjennskap, og at det er naturlig at kjennskap til løsningen ikke umiddelbart lar seg konvertere til reell bruk av løsningen.

Samtidig ble det tydelig gjennom pilot, på tvers av pilotkommuner, at den reelle terskelen for bruk ikke var manglende kjennskap til løsningen som sådan, men i enda større grad behovet for å bestille/ha MinID-bruker for å kunne logge seg inn. Et tydelig funn fra pilot er også at ungdommen ned i aldersgruppen vi her snakker

om (12/13 år og oppover) *ikke* skaffer seg MinID på egenhånd, og at de trenger bistand for å skaffe seg MinID-bruker, slik prosessen for anskaffelse foreligger i dag.

For å istandsette ungdommen i den enkelte kommune til å ta i bruk Ungdomsløsningen, kan det derfor være nødvendig å iverksette tiltak for å bistå ungdommen med anskaffelse av MinID-bruker. Behovet for tiltak gjelder særlig for ungdommen på ungdomsskoler, ettersom ungdom over 16 år (VGS-elever) innen kort tid (Q1 2024) forventes å få tilgang til Ungdomsløsningen gjennom BankID.

Det er naturlig at hovedansvaret for å nå ut til ungdommen med nødvendige tiltak vil ligge på den lokale helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og at de ansatte i skolehelsetjenesten på ungdomsskolene får et utøvende ansvar.

Å trekke på bistand fra foreldre/foresatte vil være naturlig i innføringsarbeidet overfor ungdommen. For å nå ut til dem, kan bistand fra skolene være påkrevet i form av:

- At skolene gir innpass til skolehelsepsykeleierne på foreldremøter på skolen
- At informasjonsmeldinger går ut til foreldre/foresatte
- Andre lokale, foreldrerettede tiltak

Mer overordnet viser erfaringene fra pilot at det er krevende å istandsette ungdommene til å ta i bruk Ungdomsløsningen, uten at skolene generelt inngår som en sentral aktør i innføringen. Et avgjørende suksesskriterium for en fullskala innføring vil derfor være at skoleledelsen på den enkelte skole forpliktes fra sentralt hold i kommunen til å bistå i innføringen av Ungdomsløsningen generelt, og i MinID-anskaffelsen for elevene spesielt.

Særlig anses det som nødvendig under denne tilnærmingen at skolene bistår med «massebestilling» av MinID-aktiveringsbrev sammen med elevene på tvers av klasser, og at bestillingen ikke bare konsentreres om 10. klassingene (som trenger MinID for å søke VGS tidlig på året), men at samtlige ungdomsskoleelever – f.o.m. 8. trinn – tilbys bistanden som trengs. På denne måten vil også ungdom som ikke får bistand hjemme, tilbys denne.

For nærmere informasjon om MinID, og hvordan dette anskaffes og aktiveres, anbefales det å gå til www.minid.no.

Når MinID-aktiveringsbrev er bestilt og ankommet elevene (kan ta opptil 10 dager), anbefales det også som et videre innføringstiltak å planlegge for at skolehelsepsykeleier, rådgiver på skolen og/eller lærer (avhengig av lokale forhold) setter av opptil én klasse-/klokke time i hver klasse for å:

1. Sette opp MinID-bruker sammen med elevene, på bakgrunn av aktiveringsbrev som er tilsendt elevene i posten
 2. Laste ned og logge inn i Helsenorge-appen
 3. Teste funksjonaliteten inne i appen, for å gjøre elevene kjent med denne
-

Det bemerkes at klasseromsbesøk som innføringstiltak også vil være å anbefale overfor VGS-elevne, uten at MinID-anskaffelse er en del av tiltaket.

Det understrekes avslutningsvis at Digdir jobber med å forenkle prosessene for anskaffelse av MinID for ungdom, og at dette utviklingsarbeidet vil kunne påvirke hvordan det er mest hensiktsmessig å gjennomføre innføringstiltakene overfor ungdommen på noe lengre sikt. Særlig vil konseptet *MinID on the fly* / Local Registration Authority (LRA), når dette er ferdig utviklet og klar til nasjonal ibruktagelse (anslagsvis i løpet av 2024/2025), innebære en betydelig forenkling av prosessen, som vil gjøre overnevnte innføringstiltak knyttet til massebestilling av MinID-aktiveringsbrev overflødig.

Behovet for at skolene inngår som aktiv bidragsyter i å skaffe ungdommen MinID, vil imidlertid ikke bare stå fast, men kan forventes å bli ytterligere forsterket, når LRA iverksettes.

10. VEDLEGG

Nr.	Tittel
1	Sluttrapport BP5 DigiHelsestasjon – Basisløsningen
2	Vurderingsgrunnlag innloggingsløsning for ungdom
3	Helsedirektoratet_notat om prosess og rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger i DigiHelsestasjon - Ungdomsløsningen
4	Styringsdokument DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen
5	Uttalelse fra Digdir om eID for ungdom
6	DigiHelsestasjon – forvaltings- og videreutviklingsmodell
7	Innføringsstrategi_DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen
8	Gevinstanalyse_DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen
9	Teknisk løsningsbeskrivelse – Ungdomsløsningen
10	Funksjonell løsningsbeskrivelse – Ungdomsløsningen
11	Produktbeskrivelse – Ungdomsløsningen
12	Arbeidsgruppens notat_Behandlingsgrunnlag for behandling av personopplysninger i DigiHelsestasjon - Ungdomsløsningen
13	Helsedirektoratet_Skriftlig uttalelse i saken om rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger i DigiHelsestasjon - Ungdomsløsningen
14	Endringsønsker DigiHelsestasjon – Ungdomsløsningen