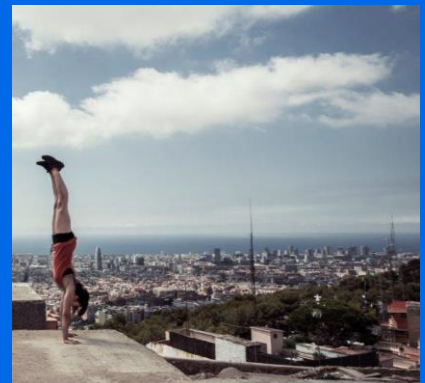




Direktoratet for
e-helse

Årsrapport for Direktoratet for e-helse 2017



Publikasjonens tittel:

Årsrapport for Direktoratet for e-helse 2017

Utgitt:

1. mars 2018

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130 OSLO

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

Innhold

1. Leders beretning	4
2. Introduksjon til virksomheten og hovedtall	7
2.1 Omtale av virksomheten og samfunnsoppdraget.....	7
2.2 Omtale av organisasjon og ledelse	7
2.3 Utvalgte hovedtall.....	8
3. Årets aktiviteter og resultater	10
3.1 Samlet vurdering av prioriteringer, ressursbruk, resultater og måloppnåelse.....	10
3.2 Resultater og måloppnåelse på oppdrag og styringsparametere	11
3.3 Status for fellesføring for 2017	27
3.4 Status for Forhold av betydning for Direktoratet for e-helse i 2017	31
3.5 Nye oppdrag gjennom året.....	35
3.6 Forvaltningsoppgaver i henhold til hovedinstruks	41
3.7 Ressursfordeling og resultater.....	44
3.8 Utvikling og resultater for nasjonale løsninger som direktoratet forvalter	46
4. Styring og kontroll i virksomheten.....	61
4.1 Direktoratets overordnede vurdering av styring og kontroll i virksomheten	61
4.2 Porteføljestyring	61
4.3 Sikkerhet, personvern og beredskap	61
4.4 Økonomi	63
4.5 Arbeidsmiljø og likestilling	64
5. Vurdering av fremtidsutsikter.....	65
6. Årsregnskap	68
Ledelseskommentarer.....	68
Prinsippnote årsregnskapet.....	70
Bevilgningsrapportering	70
Artskontorapportering.....	71

1. Leders beretning

Vi blir stadig eldre og sykdomsbildene blir mer komplekse som følge av nye behandlingsmetoder og økt levealder. En umiddelbar konsekvens av denne utviklingen er at det fra 2025 vil være en stor underdekning av helsepersonell. Samtidig vil det finansielle handlingsrommet i offentlig sektor minske. De offentlige kostnadene øker, lavere produktivitetsvekst, mindre skatteinntekter og redusert inntekt fra oljesektoren og oljefondet vil øke presset på offentlige finanser og vil i sum bidra til å redusere handlingsrommet i offentlig sektor.

Digitalisering er ett av virkemidlene som skal til for å løse fremtidens utfordringer. For at digitaliseringen skal gjennomføres mest mulig effektivt, må vi vite hvor vi skal og hva som er de beste tiltakene. Derfor har Direktoratet for e-helse i 2017 lansert Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. Sektoren stiller seg bak strategien. Den peker på seks strategiske områder. *Digitalisering av arbeidsprosesser, Bedre sammenheng i pasientforløp, Bedre bruk av helsedata og Helsehjelp på nye måter* er fire funksjonelle områder som har en direkte verdi for helse- og omsorgstjenesten. *Felles grunnmur for digitale tjenester og Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne* er strategiske områder som er grunnleggende forutsetninger for å lykkes med digitaliseringen generelt.

Realiseringen av Én innbygger - én journal ligger til grunn for den nasjonale e-helsestrategien. I 2017 har Direktoratet anbefalt et veikart for denne realiseringen. Direktoratet anbefaler at det nasjonale målbildet om en felles nasjonal løsning for EPJ/PAS bør ligge fast. Realiseringen av målbildet bør de neste årene skje gjennom tre strategiske og parallelle tiltak: Etablering av Helseplattformen i region Midt-Norge, etablering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste og videreutvikling av eksisterende løsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Arbeidet med beslutningsunderlaget for anskaffelse av en nasjonal kommunal løsning er planlagt levert i 2018.

På vei mot Én innbygger – én journal må vi heller ikke glemme å utvikle og forbedre de nasjonale fellestjenestene vi allerede har. Dette bidrar både til gevinster for innbyggerne og sektoren på kort og mellomlang sikt, og er et viktig bidrag til den standardisering og samordning som den fremtidige nasjonale plattformen er avhengig av.

Et grunnleggende prinsipp i den nasjonale e-helsestrategien er at det som kan løses nasjonalt, skal løses nasjonalt. De nasjonale tjenestene er i vekst. Det var 1750 millioner oppslag i grunndata i 2017. Dette er en økning på over 200 prosent fra året før. Antall besøk på helsenorge.no var 18,7 millioner. Dette er en økning på seks millioner besøk fra 2016. I fjor var det syv millioner besøk på selvbetjeningstjenestene, en økning på 116 prosent sammenliknet med 2016. Kjernejournal ble innført nasjonalt og det ble rekvirert 25,8 millioner e-resepter i fjor.

Samtidig er det potensiale for ytterligere vekst i bruken av nasjonale løsninger. Realiseringen av tjenester på helsenorge.no er ulikt for regionene. For eksempel har innbyggere i vest og nord innsyn i journal, mulighet for å se informasjon om time og sende melding til sykehus om man har spørsmål eller ønsker å endre time. Direktoratet for e-helse har nær dialog med

Øvrige regionale helseforetak om etablering av tilsvarende tjenester på plattformen. Her er det viktig at det iverksettes tiltak i 2018 for å sikre at alle innbyggerne i Norge har tilgang på gode digitale tjenester.

Gjennom prosjektet DigiHelse har direktoratet samarbeidet tett med Bergen, Oslo og kommunene på Øvre Romerike om digitale løsninger for pasienter og pårørende på helsenorge.no. I første leveranse er det utviklet digitale tjenester for dialog mellom brukere/pårørende og ansatte i hjemmetjenesten, visning av avtaler med mulighet for avbestilling, samt varsling av gjennomførte besøk. Løsningene som piloteres i Oslo og Bergen kommune vil innføres i andre kommuner fra april 2018.

Arbeidet med Helsedataprogrammet har hatt høy prioritet i 2017. Programmet er etablert i nært samarbeid med Norges Forskningsråd. Helsedataprogrammet involverer sektoren bredt og gjennomføres i samarbeid med bl.a. Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, kommunesektoren, Norges forskningsråd, Statistisk sentralbyrå, universitets- og høyskolesektoren samt næringslivet. Programmet har som hovedmål å etablere felles tjenester for forskere og andre brukere, for å gi enklere og sikrere tilgang til og kobling av data. Helsedataprogrammet skal gi mer effektiv registerforvaltning, mer innovasjon og næringsutvikling, enklere innrapportering av helsedata til helseregistrene, bedre datakvalitet og bedre personvern og informasjonssikkerhet.

Direktoratet har samarbeidet tett med Helsedirektoratet og KS i arbeidet med Nasjonalt velferdsteknologi-program. Programmet nådde en viktig milepæl første halvår i 2017. Omlag 200 kommuner er nå i en implementeringsfase og skal innføre ny teknologi og tjenester innenfor helse og omsorg. Direktoratet arbeider for å realisere felles nasjonal plattform og infrastruktur på velferdsteknologiområdet. Prosjektet er nå i en gjennomføringsfase hvor det samarbeides tett med Oslo kommune som er første prosjekt som skal validere plattformens funksjonalitet.

I forbindelse med utarbeidelsen av nasjonal e-helsestrategi, er det laget produktstrategier for de nasjonale e-helseløsningene. Ambisjonsnivået er høyt. Det er også forventningene. Kostnadene knyttet til investering i nye løsninger og forvaltning, drift, vedlikehold og videreutvikling av eksisterende løsninger vil øke betydelig fremover dersom ambisjonene skal virkeliggjøres.

Helse- og omsorgssektoren bruker rundt 12 milliarder kroner per år på IKT. Disse fordeler seg med ca. 8,5 milliarder kroner i spesialisthelsetjenesten og ca. 3 milliarder kroner i primærhelsetjenesten. På nasjonalt nivå bruker vi rundt 600 millioner kroner til nasjonale løsninger. Dersom vi skal realisere gode og sammenhengende tjenester, må vi bruke pengene våre på en annen måte. Direktoratet for e-helse har i 2017 foreslått og anbefalt for Helse- og omsorgsdepartementet nye finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak. Vi foreslår at det etableres obligatorisk samfinansiering fra aktørene i sektoren av nasjonale tiltak. Dette vil bidra til at investeringene som skjer regionalt og lokalt får større effekt. Aktørene i sektoren er blant annet avhengige av en nasjonal grunnmur med felleskomponenter som for eksempel kodeverk og terminologi, administrative registre og løsninger for informasjonssikkerhet. Vi bør også legge til rette for løsninger som for eksempel deling av dokumenter og legemiddelinformasjon på tvers i sektoren. Direktoratet anser dagens finansieringsmodeller som den største hindringen for økt gjennomføringsevne for digitalisering i helse- og omsorgssektoren.

Anbefalingene i rapporten "Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak"¹ må sees i sammenheng med anbefalingene direktoratet ga i rapporten om "IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren"². Her ble det blant annet pekt på behovet for en nasjonal leverandørfunksjon innenfor e-helse. De viktigste grunnene til dette er krav til stordriftsfordeler, effektiv leveransekraft samt utnyttelse av begrensede menneskelige og finansielle ressurser. En nasjonal tjenesteleverandør skal ha ansvar for utvikling, forvaltning og drift. Tjenesteleverandøren vil også ha en rolle i forbindelse med utvikling og anskaffelse av nasjonale løsninger. Rapporten om IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren pekte også på viktigheten av at det etableres en felles grunnmur for digitale tjenester. Dersom ambisjonene på e-helseområdet skal realiseres, er det avgjørende at arbeidet med grunnmuren for digitale tjenester får prioritet og finansieres.

Direktoratet for e-helse leverte også en rapport vedrørende informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører³. Rapporten redegjør for at det ikke er grunnlag for å konkludere med at noen typer tjenester aldri kan overlates til private leverandører. Det må imidlertid alltid foretas en risikovurdering av alle tjenester som kan gi tilgang til pasientinformasjon. Direktoratet for e-helse mener at helse- og omsorgssektoren generelt må ha en relativt lav risikoappetitt. Bruken av markedet vil være viktig for å realisere den nasjonale e-helsestrategien og for å skape innovative løsninger.

Oslo, 1. mars 2018



Direktør, Direktoratet for e-helse

¹ *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/13/Rapport%20-%20Finansieringsmodeller%20for%20nasjonale%20e-helsetiltak.pdf>

² *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren*: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/12/Rapport%20-%20IKT-organisering%20i%20helse-%20og%20omsorgssektoren.pdf>

³ *Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgstjenesten*: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/21/Informasjonssikkerhet%20ved%20bruk%20av%20private%20leverandører%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten.pdf>

2. Introduksjon til virksomheten og hovedtall

2.1 Omtale av virksomheten og samfunnsoppdraget

Direktoratet for e-helse er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og ble etablert 1. januar 2016 som et fagdirektorat og myndighetsorgan. Vårt samfunnsoppdrag er å bidra til én helhetlig og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som utnytter de teknologiske mulighetene og involverer innbyggere. Målene er å skape bedre resultat av helsehjelp, bedre utnyttelse av kapasitet og ressurser – og med dette bidra til bedre helse.

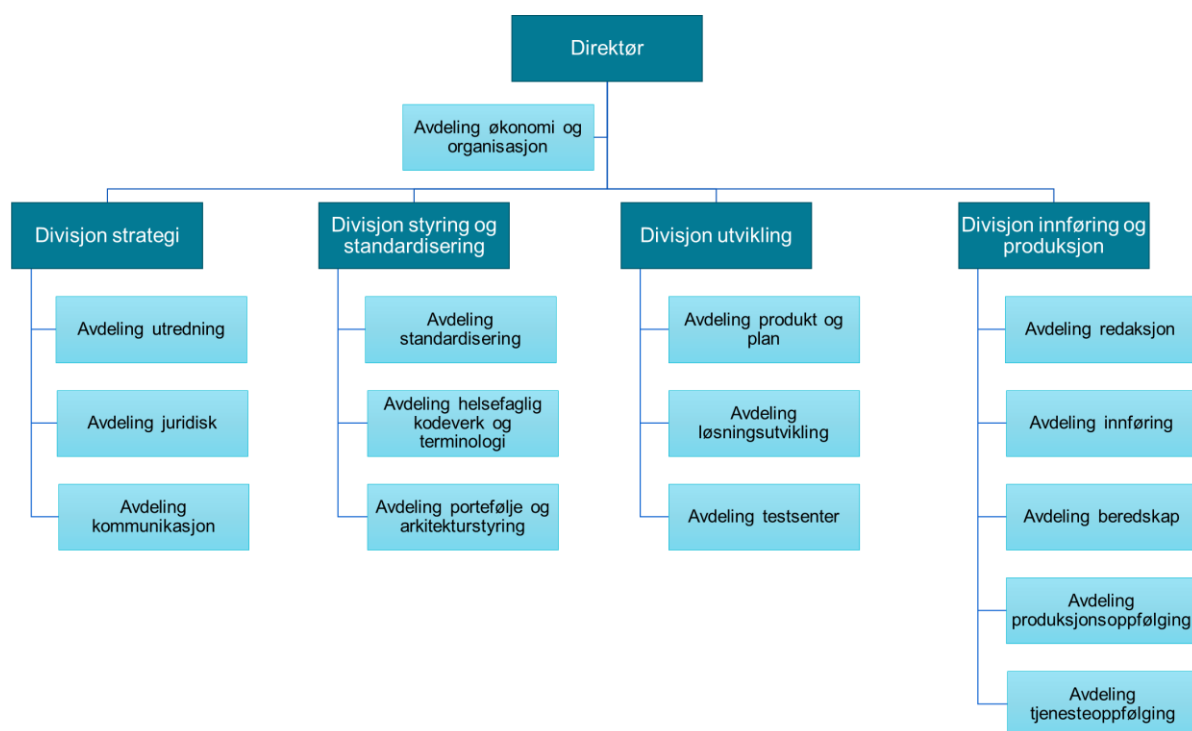
Visjonen vår er å skape et enklere helse-Norge. Som myndighet skal direktoratet ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i hele helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal etablere standarder, forvalte og realisere digitale, nasjonale e-helseløsninger som forenkler og forbedrer helse- og omsorgssektoren. Vi skal også bidra til at den nasjonale utviklingen av e-helse danner grunnlag for nyskaping, innovasjon av helsetjenester og næringsutvikling.

Direktoratet skal følge med på teknologitrender som kan påvirke utviklingen av e-helse, og gi råd og veiledning på området. Vi skal være nasjonalt normerende, sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og ha ansvar for utredningsoppdrag innenfor direktoratets fagområder.

Dialog og involvering av innbygger, helsetjenesten og leverandører skal legges til grunn for vår utvikling av nasjonale e-helsetjenester. Direktoratet skal ha bred kontaktflate. Gjennom samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljøer, leverandører og interesseorganisasjoner skal direktoratet bidra til å skape en mer effektiv helsetjeneste med høy kvalitet.

2.2 Omtale av organisasjon og ledelse

Direktoratet for e-helse har 316 ansatte fordelt på 314,4 årsverk (per 31.12.2017) og ledes av direktør Christine Bergland. Direktoratet har hovedkontor i Oslo, og én avdeling i Trondheim. Direktoratet er organisert i fire divisjoner med tilhørende avdelinger. Avdeling økonomi og organisasjon rapporterer til direktør.



Figur: Organisasjonskart for Direktoratet for e-helse per 1.1 2018.

2.3 Utvalgte hovedtall

Utvalgte hovedtall	Totalt
Årsverk og antall ansatte	
Antall årsverk*	314,4
Antall ansatte**	316
Antall ansatte justert for permisjoner	305,9
Økonomiske tall***	
Samlet tildeling over statsbudsjett (millioner kroner)	587,8
Utnyttelsesgrad av tildeling****	95 %
Utnyttelsesgrad av tildeling kap. 701 post 01 og 21****	99%
Lønnsandel av driftsutgifter	42,1 %

* Antall årsverk er per 31.12.17 basert på ansettelsesforpliktelse

** Antall ansatte er per 31.12.17 basert på ansettelsesforpliktelse

*** Grunnlaget for de økonomiske nøkkeltallene er hentet fra årsregnskapet for 2017

**** Utnyttelsesgrad av tildeling er justert for merinntekt

Volumtall for nasjonale løsninger

Direktoratet for e-helse utvikler og forvalter nasjonale løsninger, hvor målet hele tiden er enkle og sikre e-helsetjenester. Helsenorge.no ble etablert i 2011. Her kan innbyggerne finne

kvalitetssikret informasjon om sykdommer, behandling, helseråd og rettigheter. Totalt var det i 2017 i overkant av 18,7 millioner besøk på helsenorge.no. Dette er en økning på 47,2 prosent sammenliknet med året før.

Det er flere selvbetjeningstjenester tilgjengelig på helsenorge.no⁴. I 2017 var det 7 millioner besøk på selvbetjeningstjenestene, en økning på 116 prosent sammenliknet med 2016.

E-resept og kjernejournal er virkemidler for å understøtte målet om enkle og sikre digitale tjenester for helsepersonell. E-resept gir tryggere legemiddelbruk og færre feil ved forskrivninger og utleveringer. Andelen legemidler som utleveres på bakgrunn av e-resepter er økende. Over 4,2 millioner e-resepter ble utlevert i desember 2017 mot rundt 4,1 millioner året før.

Kjernejournal er en digital løsning som samler viktige helseopplysninger og gjør dem tilgjengelig både for innbygger og helsepersonell. Per desember 2017 var det opprettet kjernejournal for 5,3 millioner innbyggere, mot 4,1 millioner i utgangen av 2016. Antall forskjellige helsepersonell som har gjort oppslag har mer enn doblet seg fra 5 700 per 1. desember 2016 til 12 400 ett år senere.

Volumtall for nasjonale løsninger		
Kjernejournal	2016	2017
Totalt antall innbyggere med kjernejournal	4,1 millioner	5,3 millioner
Antall forskjellige helsepersonell totalt som har gjort oppslag i kjernejournal per 1. desember	5 700	12 400
Antall oppslag i kjernejournal per uke per 1. desember	5 500	7 700
E-resept	2016	2017
Totalt antall rekvirerte e-resepter årlig	24,1 millioner	25,8 millioner
Antall rekvirentvirksomheter	2 000	2 132
Andel solgte pakninger på e-resept ⁵ per 1. desember	88 %	91,1%
Grunndata (Helseadministrative registre) ⁶	2016	2017
Trafikkøkning fra året før	336 %	207 %
Totalt antall oppslag	845 millioner	1750 millioner
Helsenorge.no		
Besøk på helsenorge.no i løpet av året	12,7 millioner	18,7 millioner
Innlogginger på selvbetjeningsløsninger	3,2 millioner	7 millioner

⁴ Beskrivelse av tjenester på helsenorge.no: <https://helsenorge.no/om-min-helse/tjenester>

⁵ Kilde: Apotekenes bransjestatistikk

⁶ Her inngår helseadministrative registre, blant annet Adresseregisteret, Fastlegeregisteret, Kopi av folkeregisteret

3. Årets aktiviteter og resultater

3.1 Samlet vurdering av prioriteringer, ressursbruk, resultater og måloppnåelse

I 2017 har vi lagt vekt på nasjonal styring og økt gjennomføringsevne. Strategidokumenter er utarbeidet, nye nasjonale prosesser er under etablering, arenaer for diskusjon og beslutningstaking er videreutviklet, nye virkemidler er utredet og følge-med-rollen er styrket. Gjennom dette arbeidet har vi lagt viktige grunnsteiner for å styrke direktoratets myndighetsrolle og vår evne til strategisk styring.

I mars 2017 ble nasjonal strategi og handlingsplan for e-helse (2017-2022) overlevert Helse- og omsorgsdepartementet. Med lanseringen av strategien – sektorens felles strategi – befestet aktørene det langsiktige målbildet for *Én innbygger – én journal*. Samtidig har vi utarbeidet en handlingsplan med konkrete innsatsområder og mål som skal bidra til å realisere strategien.

En gjennomgang av handlingsplanen viser at 3/4 av tiltakene er påbegynt. Strategien oppleves med andre ord som relevant blant aktørene, og vil ha god fart inn i 2018. Hovedvekten av tiltakene hører til under de strategiske områdene *Felles digital grunnmur* og *Nasjonal styring og økt gjennomføringsevne*. Aktiviteten på disse områdene er forutsetninger for å realisere målene på de resterende, funksjonelle områdene og tilhørende tiltak med direkte, verdiøkende effekt for tjenesten. Det tydelige fokuset og innsatsen på de grunnleggende utfordringene betyr at vi er godt i gang med å bygge et solid fundament for realiseringen av *Én innbygger – én journal*.

Direktoratet tar, i tråd med vår rolle og vårt samfunnsoppdrag, et betydelig ansvar for de muliggjørende tiltakene. De funksjonelle tiltakene er i stor grad fordelt på de øvrige aktørene i helse- og omsorgssektoren. Det er også her gevinstene etter hvert vil høstes i form av digitalisering av arbeidsprosesser, bedre sammenheng i pasientforløp, bedre utnyttelse av helsehjelp og nye måter å utøve helsehjelp. Strategien og arbeidet med å realisere denne er dermed med på å tydeliggjøre rolle- og ansvarfordelingen på e-helseområdet. Det skaper grobunn for gjensidig tillit og effektiv ressursbruk og arbeidsfordeling mellom aktørene.

Med etableringen av den nasjonale styringsmodellen for e-helse har Direktoratet tatt en tydelig pådriverrolle for e-helseutviklingen. Styringsmodellen er blitt en arena der aktørene kan samle seg rundt en felles målsetting om å utvikle gode e-hesløsninger til innbyggerens beste. Samtidig er det stor takhøyde for å utveksle meninger. Det er sterke gjensidige avhengigheter innenfor e-helseområdet. Det er derfor uvurderlig at helse- og omsorgssektoren i fellesskap enes om anbefalinger og prioriteringer. Den nasjonale styringsmodellen er et unikt utgangspunkt for å samle sektoren om nasjonale løft. I 2017 arbeidet vi for å styrke styringsmodellen gjennom å definere tre nasjonale prosesser: strategiprosess, porteføljestyring og forvaltningsstyring. Dette vil i samspill med nasjonal arkitekturstyring bidra til å tydeliggjøre behovene for, og prosessen rundt strategisk styring av e-helse nasjonalt.

Direktoratet leverte i oktober rapporten "Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet" til HOD. Rapporten anbefaler prioriteringer for forskning og kunnskapsutvikling på vårt område. Som en del av vår fagrolle vil Direktoratet for e-helse aktivt viderefremme forskningsbehovene. Da kan vi på sikt høste resultater i form av mer strategisk relevant kunnskap som kan understøtte kunnskapsbasert politikk og praksis.

Sakene som er behandlet i den nasjonale styringsmodellen i 2017 tyder på at evnen til felles, strategisk beslutning på e-helseområdet er i modning. Direktoratet har i 2017 utredet viktige og komplekse saker knyttet til informasjonssikkerhet, finansiering og IKT-organisering. Rapportene er behandlet i den nasjonale styringsmodellen. Det skjerper presisjonsnivået og gir økt tyngde til direktoratets anbefalinger til HOD. Det videre arbeidet på disse områdene vil forme den strategiske retningen og utviklingsfarten for e-helseområdet. Viktige stikkord er *nasjonal tjenesteleverandør, samfinansieringsmodell, veikart for Én innbygger – én journal og veikart for grunnmur*.

Diskusjonene i den nasjonale styringsmodellen har skapt en økende bevissthet rundt hva som må være de prioriterte innsatsområdene i strategiperioden. EPJ-satsingen i kommunene er særlig viktig for digitalisering av arbeidsprosesser; arbeidet med innbyggertjenester og Pasientens legemiddelliste for bedre sammenheng i pasientforløp; Helsedataprogrammet i bedre bruk av helsedata; Velferdsteknologisk knutepunkt for helsehjelp på nye måter; finansieringsmodell og felles digital grunnmur for nasjonal styring og økt gjennomføringsevne.

Informasjonssikkerhet og personvern har stått på dagsorden gjennom 2017. EUs nye personvernforordning (GDPR), som etter planen blir norsk lov fra mai 2018, krever forberedelser. Direktoratet har vurdert de nasjonale e-hesløsningene opp mot de nye kravene. Veiledning av sektoren om det nye regelverket er påbegynt og videreføres i 2018, blant annet med utarbeidelse av maler og sjekklister som deles på ehelse.no. Rapporten om informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgstjenesten fikk mye medieoppmerksomhet. Budskapet om at informasjonssikkerhet er et ledelsesansvar og krever helhetlige risikovurderinger, har nådd ut i sektoren. Direktoratet vil styrke sin fagrolle innen informasjonssikkerhet ved å videreutvikle Normen og andre normerende tiltak, og ved å satse ytterligere på kompetanseheving.

Direktoratet har i 2017 vært aktivt til stede på sentrale fagpolitiske arenaer, som den nasjonale e-helsekonferansen EHiN, "Arendalsuka" og Aftenpostens digitaliseringskonferanse, for å bidra til å sette e-helse på den politiske agendaen, og skape rom for en faktabasert offentlig debatt.

Direktoratet for e-helse har i 2017 ivaretatt kravene til leveranser som ble gitt i tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet. Under redegjør vi for status med forklaring på de enkelte målene, styringsparameterne og oppdragene i tildelingsbrevet.

3.2 Resultater og måloppnåelse på oppdrag og styringsparametere

I dette kapitlet beskrives det nærmere hvordan Direktoratet for e-helse har løst oppgavene som ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i tildelingsbrevet for 2017 og hva som er

status på de gitte styringsparameterne. Under hvert av hovedmålene er det også beskrevet oppgaver og status på oppdrag som er gitt gjennom året, samt oppgaver som fremgår av hovedinstruksen.

Hovedmål 1: Én innbygger - én journal

Tekst i tildelingsbrev:

Målet for arbeidet med én innbygger – én journal er en felles, nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, beslutning- og prosessstøtte og pasient-/brukeradministrasjon. Pasienten skal settes i førersetet. Innbyggerne og helsepersonell skal ha tilgang til én samlet journal.

Regjeringen har besluttet at arbeidet med én innbygger – én journal skal gjennomføres som en utviklingsretning med stegvise selvstendige prosjekter som styres overordnet nasjonalt. Som et første steg gjennomføres det regionale utprøvningsprogrammet Helseplattformen i Helse Midt-Norge RHF.

Som et ledd i utviklingsretningen er det behov for å se på gode nasjonale løsninger for kommunene. Det skal vurderes om det kan etableres en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgssektor som en del av utviklingsretningen mot én innbygger – én journal. Arbeidet må skje i tett samarbeid med kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten, øvrige nasjonale fagmyndigheter og pasient- og brukerorganisasjoner.

For å nå målet om én innbygger – én journal skal det etableres samarbeid mellom Helseplattformen og det nasjonale planarbeidet på de områder som kan ha betydning for den nasjonale utviklingsretningen. Det nasjonale planarbeidet skal på selvstendig grunnlag vurdere behov og realiseringsmuligheter av en eventuell felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, basert blant annet på erfaringer fra arbeidet med Helseplattformen.

Overordnet vurdering: Status for arbeidet med hovedmålet

Arbeidet i 2017 har omfattet utarbeidelse av et veikart for realisering av målbildet for én innbygger – én journal, behovskartlegging og løsningsbeskrivelse for kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt bidrag til Helseplattformen i Midt-Norge. Veikartet ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2018.

Arbeidet med beslutningsunderlaget for anskaffelse av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste er planlagt levert i 2018. Realisering av en nasjonal kommunal løsning og de øvrige strategiske tiltakene stiller store krav til nasjonale løsninger for samhandling. En nasjonal journalløsning for kommunesektoren krever for øvrig etablering av nye modeller for styring, organisering og finansiering, samt en sterkere nasjonal tilnærming til helsefaglig standardisering og standardisering av arbeidsprosesser. Måloppfyllelse for kommunesektoren stiller også krav til videreutvikling av eksisterende løsninger og sterkere IKT-styring i spesialisthelsetjenesten.

Direktoratet har et godt samarbeid med Helseplattformen. Det gjenstår avklaringer av arbeidsomfang og behov innen «nasjonale særtema», og det kan synes som om dette arbeidet vil øke i omfang i 2018 og etter at Helseplattformen har inngått kontrakt i 2019. Det er fortsatt en risiko for at det vil komme opp problemstillinger og behov som ikke kan svares ut av Direktoratet for e-helse innen tidsrammen Helseplattformen ønsker. Bidraget til Helseplattformen vil fortsette i 2018.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Utarbeide et veikart for den samlede gjennomføringen av arbeidet med én innbygger – én journal. Veikartet må også inkludere de områder som krever nasjonale beslutninger i forbindelse med Helseplattformen. Arbeidet må gjennomføres i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet og i samarbeid med de regionale helseforetakene og ha kommunal deltakelse.</i>	Ferdigstilt

Direktoratet anbefaler at det nasjonale målbildet om en felles nasjonal løsning for EPJ/PAS bør ligge fast. Realiseringen av målbildet bør de neste årene skje gjennom tre strategiske og parallelle tiltak: etablering av Helseplattformen i region Midt-Norge, etablering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert gode løsninger for samhandling og videreutvikling av eksisterende løsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Anbefalingene kan innebære en vesentlig forenkling av dagens komplekse systemlandskap hvor relevant pasientinformasjon ikke er lett tilgjengelig for relevant helsepersonell. Anbefalingene innebærer ikke en overgang til ett, felles journalsystem på tvers av alle virksomheter og tjenestenivå. En vellykket realisering av de strategiske tiltakene og god oppfyllelse av det nasjonale målbildet stiller store krav til nasjonale løsninger for samhandling.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Videreføre arbeidet med forslag til gjennomføringsstrategi for realisering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Strategien skal omfatte oppdeling av utviklingsretningen og fremdriftsplan, anbefalinger knyttet til styring roller og ansvar, kontrakts-/anskaffelsesstrategi, anbefaling om fremtidig drift- og forvaltningsmodell, samt kostnadsoverslag, gevinstplan og finansieringsplan.</i>	I henhold til plan

Arbeidet med beslutningsunderlag for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (inkludert fastleger) bekrefter og forsterker kommunesektorens selvstendige behov for bedre løsninger. Mer aktivitet og ansvar i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mer komplekse sykdomsbilder, demografisk utvikling, økt press på offentlige finanser, og økte forventninger fra innbygger gir et stort og tidskrittisk behov for nye løsninger for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dagens løsninger vurderes allerede som en risiko for pasientsikkerhet og kvalitet og det er behov for løsninger med bedre funksjonalitet som tilrettelegger for bedre samhandling og økt informasjonsdeling. Ikke minst den demografiske og teknologiske utviklingen gjør at kommunesektoren opplever det som tidskrittisk å få bedre løsninger på plass. Direktoratet har arbeidet tett med KS og kommunesektoren om å beskrive behov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. 44 kommuner og over 200 personer har vært involvert i arbeidet.

Direktoratet har et godt samarbeid med Helseplattformen og deltar i programstyret og helsefaglig referansegruppe. Det gjenstår avklaringer av arbeidsomfang og behov innen «nasjonale særtema», og det kan synes som om dette arbeidet vil øke i omfang i 2018 og etter at Helseplattformen har inngått kontrakt i 2019. Det er fortsatt en risiko for at det vil komme opp problemstillinger og behov i Helseplattformen som ikke kan svares ut av Direktoratet for e-helse innenfor den tidsrammen Helseplattformen ønsker. Bidraget til Helseplattformen vil fortsette i 2018.

En komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli. I desember leverte direktoratet et tillegg til rapporten med vurdering av de regionale helseforetakenes evne til å samordne IKT-utviklingen og forslag til tiltak for å sikre en mer enhetlig utvikling av IKT.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Følge med på de regionale helseforetakenes utvikling av IKT-systemer og deres samarbeid om dette, samt om utviklingen støtter opp under målbildet for én innbygger – én journal.</i>	I henhold til plan

I perioden 2014-2017 har spesialisthelsetjenestens måloppfyllelse innen IKT vært høy. Samlet har spesialisthelsetjenesten likevel IKT-løsninger med varierende og mangelfull funksjonalitet. En hovedutfordring er mangelfull informasjonsutveksling mellom virksomheter og tjenestenivå. Dette er en risiko for pasientsikkerhet og kvalitet. Løsningene er til hinder for realisering av helsepolitiske mål om pasientens helsetjeneste og helhetlige og koordinerte pasientforløp på tvers av tjenestenivåer og virksomheter. Politiske mål og innbyggernes forventninger om en koordinert og sammenhengende helsetjeneste vil ikke kunne oppfylles uten en mer helhetlig og koordinert utvikling av fremtidens IKT-løsninger. Direktoratet for e-helse er positiv til at foretaksgruppene i Nord, Vest og Sør-Øst skal arbeide mot et felles samordnet PAS/EPJ for de tre regionene med et felles grensesnitt mot nasjonale løsninger.

Spesialisthelsetjenesten har ikke oppnådd økt grad av samordning og vekst i antallet felles prosjekter og løsninger. Innsatsen på nasjonalt nivå for helhetlige løsninger har ikke økt siden 2015. Felles ambisjoner i nasjonale planer innen for eksempel meldingsutveksling, felleskomponenter, kodeverk og terminologier, informasjonssikkerhet og legemiddelfeltet blir ikke realisert som følge av dette. Det er derfor viktig at Helse- og omsorgsdepartementet følger opp anbefalingene om obligatoriske samfinansiering.

Hovedmål 2: Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger og effektiv støtte for sin oppgaveløsning

Tekst i tildelingsbrev:

Det er et mål at nye digitale tjenester understøtter helhetlig pasientforløp. Digitale tjenester skal være lette å forstå og lette å bruke.

Digitale tjenester skal gi gode, effektive og brukervennlige tjenester. Innbyggerne skal ha mulighet til å foreta egne registreringer og samhandle med helsepersonell. Helsepersonell skal ha rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige pasientopplysninger uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk og trenger helsehjelp.

Helsepersonell har behov for IKT-verktøy som gir tilgang til oppdatert kunnskap og beslutnings- og prosessstøtte på en enkel og brukervennlig måte. Gode elektroniske pasientjournalssystemer som er tilrettelagt for digital kommunikasjon skal hjelpe helsepersonell med å stille riktig diagnose, planlegge behandlingsforløp og forskrive og administrere legemidler.

Hvilke legemidler en pasient bruker eller har brukt er viktige helseopplysninger. Det er behov for en felles infrastruktur som gjør legemiddelopplysninger tilgjengelig fra både den kommunal helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det skal

etableres en nasjonal legemiddelliste for pasienter i Norge, jf. Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse. Nasjonal implementering av multidose er en forutsetning for dette. I tillegg er det et mål at legemiddelinformasjon skal gjøres tilgjengelig for nasjonale registre.

Overordnet vurdering: Status for arbeidet med hovedmålet

Kjernejournal er innført i akuttmedisinsk kjede - ved alle sykehus, AMK-sentraler, legevakter og rundt 85 prosent av legekantorene. I 2018 starter arbeidet med å gi innsyn i journaldokumenter på tvers av virksomheter (for eksempel epikrise) i kjernejournal.

Kommunale institusjoner og hjemmetjeneste har så langt ikke vært inkludert i de nasjonale innføringsløpene for kjernejournal og e-resept og helsepersonell har ikke tilgang på oppdaterte legemiddelopplysninger om sine brukere, utover det som formidles via elektronisk meldingsutveksling, telefon, faks og papirbaserte utskrifter og epikriser. Videre innføring av e-resept, multidose og kjernejournalfunksjonalitet skal bidra til å realisere pasientens legemiddelliste. Prosjektet har etablert dialog med sektor for å kartlegge behov og nødvendig tilpasning av funksjonalitet i nasjonale løsninger og EPJ. Det blir videre prioritert å følge opp leverandør og kommuner som benytter dagens forskrivningsmodul for å sikre utprøving og innføring av denne. Det vil gi kommuner som benytter dette systemet støtte for e-resept (herunder pågående regelverksendringer), multidose og etter hvert Pasientens legemiddelliste (PLL).

I dag lagres pasientens legemiddelliste hos den enkelte behandler, uten at denne kan deles på tvers av behandlere. Det finnes således ingen felles legemiddelliste for pasienter i Norge i dag. Prosjekt Pasientens legemiddelliste (PLL) vil løse dette på kort- til mellomlang sikt ved å gjenbruke dagens løsninger (e-resept og kjernejournal) med noen tilpasninger. Det forutsetter at løsningene tas i bruk og at nødvendig funksjonalitet er implementert. Regelverksendringer ble besluttet i statsråd 8.12.17, men det er ikke besluttet når den endelig skal tre i kraft. Tilpasning av nasjonale fellesløsninger og hos eksterne EPJ-leverandører er igangsatt, samt at det jobbes med å etablere nasjonale faglige råd (alternativt rundskriv til forskrift) for bruk av pasientens legemiddelliste. Dette arbeidet vil fortsette i 2018.

Direktoratet for e-helse har i 2017 utredet ulike løsninger for helsekort for gravide, men anbefaler at det ikke etableres en egen løsning for dette. Behovene bør ses i et helhetlig perspektiv og tas videre i arbeidet med nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

På sikt vil etablering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (jf. hovedmål 1), samt etablering av Helseplattformen i Midt-Norge og videreutvikling av eksisterende løsninger i spesialisthelsetjenesten i Nord, Vest og Sør-Øst gi en vesentlig forbedring i dagens komplekse systemlandskap. Helsepersonell vil få bedre og mer effektiv verktøystøtte for å yte helsehjelp.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Starte arbeidet med etablering av elektronisk helsekort for gravide som skal være tilgjengelig for helsepersonell og den gravide selv</i>	Anbefaling oversendt HOD

Direktoratet har utredet ulike løsninger for hvordan et elektronisk helsekort for gravide kan realiseres. Tiltaket involverer mange aktører og det vil være behov for utvikling av felleskomponenter og med kompleks integrasjon. Også en minimumsløsning vil ta flere år og ha en betydelig kostnad. Gevinstene her er også usikre, og vil ikke kunne erstatte en papirløsning. Direktoratet leverte sin anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet i november/desember, der det anbefales å se behovene i et helhetlig perspektiv og jobbes videre med i initiativet for en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Anbefalingen støttes av Den norske legeforening, Den norske jordmorforening og NSF jordmorforbundet.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Utrede behov for nødvendige endringer i reseptformidleren for å redusere gyldighetsperioden for antibiotikaresepter, i tråd med tiltak i handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med Statens Legemiddelverk.</i>	Ferdigstilt

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med Statens Legemiddelverk utarbeidet løsningsforslag for å ivareta behovet for å redusere gyldighetsperioden for antibiotikaresepter, i tråd med handlingsplan mot antibiotikaresistens. Endringene er behandlet i e-resept-endringsråd i november 2017 med krav til EPJ om implementering "så raskt som mulig".

Påkrevde endringer i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek §3-4 tredde i kraft 1.1.2018, men kan først tas i bruk for e-resepter når nødvendige endringer i EPJ-systemer og Forskrivningsmodulen er implementert, jf. nevnte løsningsforslag.

Etter planen skal funksjonaliteten leveres i Forskrivningsmodulen mai 2018 og vil gradvis innføres utover høsten 2018 for de aktørene som benytter denne. For fastlege-EPJ vil funksjonaliteten etter planen leveres til akseptansetest hos Direktoratet for e-helse i løpet av 2018 med tilhørende innføringsløp i etterkant av godkjenning. For de regionale helseforetakene som ikke benytter Forskrivningsmodulen, er det foreløpig ikke lagt noen plan for når endringen vil implementeres i deres i EPJ.

For å få bedre kontroll over endringsløp i e-reseptløsningen, har Direktoratet for e-helse i 2017 jobbet med å konseptutrede mulighet for å videreutvikle dagens forskrivningsmodul (Sentral forskrivningsmodul/SFM) slik at den kan benyttes av alle rekvirentvirksomheter som skal kommunisere med Reseptformidleren. SFM vil oppfylle alle nødvendige forskrifter, inkludert endret rekvirerings- og utleveringsforskrift.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Fullføre innføring av kjernejournal i akuttmedisinsk kjede.</i>	Ferdigstilt

Kjernejournal er innført i akuttmedisinsk kjede og gir helsepersonell med tjenstlig behov tilgang til viktig informasjon om pasienten. Løsningen er innført ved alle sykehus, AMK-sentraler, legevakter og rundt 85 prosent av legekantorene.

Det gjøres rundt 12.000 oppslag i kjernejournal hver uke (en økning på 100 prosent) og hver dag bruker rundt 1.100 helsepersonell kjernejournal (desember 2017). 21.000 innbyggere har fått registrert kritisk informasjon (en økning på 100 prosent).

Av 5,3 millioner innbygger har litt under 1 promille reservert seg fra kjernejournal. 150.000 innbyggere har registrert sin kontaktinformasjon og 42.000 har registrert sin sykdomshistorie.

Prosjektet vil ikke nå måltallet på 250.000 innbyggere med registrert kritisk informasjon. Det er nødvendig å etablere tett integrasjon med EPJ og utrulling til PLO for å sikre dette. Den funksjonaliteten i kjernejournal som er mest etterspurt fra helsetjenesten er innsyn i journaldokumenter på tvers av virksomheter (eksempelvis siste epikrise). Disse tiltakene vil starte i 2018.

Pasientens legemiddelliste

Regelverksendringene for å kunne realisere Pasientens Legemiddelliste ble vedtatt i statsråd 8. desember, og vil etter planen tre i kraft i løpet av 2018.

Direktoratet for e-helse er i gang med å utvikle de nasjonale løsningene (Reseptformidleren, Forskrivningsmodulen, Kjernejournal og helsenorge.no) for å støtte Pasientens Legemiddelliste, og dette arbeidet vil fortsette frem til høsten 2018.

For at aktuelle leverandører skal kunne oppdatere sine legemiddelmoduler til å ha støtte for Pasientens Legemiddelliste, ble det i 2017 startet et arbeid med å oppdatere e-resept kravspesifikasjon for Pasientens Legemiddelliste. Dette arbeidet vil fortsette i 2018.

En medisinskfaglig arbeidsgruppe som ble etablert i 2017 har jobbet med grunnlag for å gi nasjonale faglige råd og veiledning om bruk av Pasientens Legemiddelliste. Dette arbeidet vil fortsette i 2018.

Hovedmål 3: Innbyggere skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tjenester for forebygging, mestring, involvering og selvbestemmelse

Tekst i tildelingsbrev:

Digitale tjenester bidrar til å gi brukerne bedre oversikt over og innflytelse på egen helse og behandling. Dette legger grunnlaget for en endret pasient- og brukerrolle. Pasientens helsetjeneste skal være utgangspunkt for utviklingen av digitale tjenester til innbyggerne.

Den nasjonale helseportalen, www.helsenorge.no, er en felles inngang til offentlige helsetjenester på nett. På helsenorge.no skal innbyggerne få tilgang til digitale tjenester som skal bidra til å gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere og oversiktlig for innbyggerne. Det er et mål at innbyggerne har tilgang til egne helseopplysninger og mulighet for digital dialog med helsepersonell.

Det skal legges til rette for økt bruk av velferdsteknologi og mobil helseteknologi i hele helse- og omsorgstjenesten. Slike teknologiske hjelpemidler kan gi innbyggerne bedre mulighet til å mestre eget liv og helse, bidra til at flere kan føle seg trygge i eget hjem og redusere behov for hjemmetjenester og antall innleggelser på sykehus. Det er et mål at trygghetsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenesten innen 2020. I 2017 skal tyngdepunktet i prosjektet for trygghetsskapende teknologi flyttes fra utprøving, og pilotering over til innføring og spredning i nye kommuner. Teknologien åpner også for nye måter å behandle og følge opp pasienter og innbyggere på. Teknologi for oppfølging av personer med

kroniske sykdommer skal prøves ut i kommunene Trondheim, Stavanger, Oslo og Sarpsborg i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og leverandører. Prosjektet skal danne grunnlag for nasjonal innføring. Det skal følges med på effekter og gevinster underveis. Det er et mål at løsningene er universelt utformet slik at alle uavhengig av alder, funksjonsevne og utdanningsnivå kan ta de i bruk, jf. Regjeringens handlingsplan for universell utforming (2015-2019).

Pasientrettighetsdirektivet er implementert i Norge, og inneholder mål om grensekryssende helsetjenester. EU-kommisjonen har lansert Connecting Europe Facility (CEF) for å finansiere utvikling av infrastruktur og tjenester som understøtter utveksling av informasjon over landegrensene innenfor flere tjenesteområder. Første utlysning innen e-helse var november 2015. Kommisjonen har varslet en ny utlysning innen e-helse i løpet av 2017, for etablering av nasjonale kontaktpunkter for utveksling av oppsummerte pasientopplysninger og e-resepter over landegrensene. Norge er investor i CEF og det er et mål at norske pasienter har tilgang til tilsvarende digitale, grensekryssende tjenester som pasienter og innbyggere fra andre europeiske land. Dette må sees i sammenheng med implementering av EU forordningen om eID og tillitstjenester for elektronisk transaksjon i det indre marked (eIDAS). EU forordningen er helt sentral for å sikre at helseopplysninger kan utveksles over landegrensene, men også internt i sektoren. Det er behov for en tydelig nasjonal arkitekturstyring for å sikre at nye e-helse løsninger ivaretar de nye sikkerhetskravene.

Overordnet vurdering: Status for arbeidet med hovedmålet

Det har vært en betydelig vekst i innbyggers bruk av helsenorge.no i 2017, spesielt på innloggede tjenester. I 2017 var det 7 millioner besøk på selvbetjeningstjenestene, en økning på 116 prosent sammenliknet med 2016.

Det er etablert en viktig ny kanal for digital dialog, samhandling og selvbetjening mellom innbygger/pårørende og kommunale pleie- og omsorgstjenester. Dette åpner for nye dialogtjenester i årene framover. Helsenorge.no vant kåringer innen brukervennlighet og sikkerhet i 2016. Fokus på disse områdene er videreført i 2017.

Tjenestetilbudet har hatt en moderat utvikling 2017. Utbredelse av eksisterende innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegene går saktere enn ønsket. Spesielt i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge er det et stort potensial for gevinster gjennom ytterligere bredding av innbyggerrettede tjenester. Tydeligere krav og rammevilkår for digitale helsetjenester kan gi raskere framdrift. I tillegg er det ventet at tilrettelegging av API-grensesnitt og åpne data kan bidra til økt innovasjon og spredning av nye tjenester.

Helsehjelp på nye måter ved bruk av velferdsteknologi er et prioritert område i Nasjonal strategi for e-helse i perioden 2017-2022. Etablering av et velferdsteknologisk knutepunkt, som gjør det mulig med automatisk datadeling mellom velferdsteknologiske løsninger og kommunenes journalsystem, vil gi høyere kvalitet i informasjonshåndteringen og en mer effektiv arbeidshverdag for helsetjenesten. Velferdsteknologi og knutepunktet legger til rette for innovasjon og utvikling av nye tjenester som også inkluderer markedet og næringslivet på nye måter.

Styringsparametere	Status
Innen 1. juni ha vurdert og gitt anbefaling om norsk deltakelse i Be He @lthy – Be mobile skal videreføres i 2018.	Ferdigstilt

Direktoratet for e-helse oversendte rapport med anbefaling i juni 2017 etter behandling i Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse sine ledermøter. Departementet gav sin tilbakemelding i august. I tråd med dette besluttet Direktoratet for e-helse å videreføre secondement (hospitering) frem til oktober 2018 samt forlengelse av partnerskapsavtalen med ITU og WHO i 2019 (avsluttes oktober 2019). Denne tilnærmingen ble avklart i dialog med WHO og ITU.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Innen 1. april i samarbeid med Helsedirektoratet fremlegge et felles forslag til organisering og gjennomføringsplan av velferdsteknologiprogrammet frem mot 2020.</i>	Ferdigstilt

Direktoratet for e-helse oversendte en rapport på dette oppdraget innen fristen. Både Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse behandlet saken i sine ledermøter. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt formelt svar på rapporten, som blant annet innbefattet to nye leveransebestillinger til 1. november. Det ene var en plan for nytt utprøvningsprosjekt for medisinsk avstandsoppfølging, og det andre var en plan for forvaltning og finansiering av et nasjonalt velferdsteknologisk knutepunkt. Begge disse leveransene ble levert innen fristen.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Påbegynne arbeidet med å realisere felles nasjonal plattform og infrastruktur på velferdsteknologiområdet. Plattformen skal legge til rette for raskere innføring og innovasjon ved å knytte løsninger fra ulike leverandører sammen og gjøre informasjonen tilgjengelig for aktørene i behandlingsskjeden.</i>	I rute

Arbeidet er i rute. Revidert realiseringsstrategi ble behandlet og godkjent i direktoratets ledermøte den 22. august 2017.

Prosjektet er nå i en gjennomføringsfase hvor det samarbeides tett med Norsk Helsenett og Oslo kommune, som er første kommune som skal ta i bruk knutepunktet. Ytterligere to kommuneprojekter har underskrevet samarbeidsavtaler: Bærum kommune og "110-Telemark" som omfatter Skien, Bamble og Porsgrunn. Disse kommuneprojektene representerer et mangfold på velferdsteknologisiden og på EPJ-leverandørsiden.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram nådde en viktig milepæl første halvdel av 2017. Om lag 200 kommuner er nå i en implementeringsfase og skal innføre ny teknolog og tjenester innenfor helse og omsorg.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Ha fremlagt, innen søknadsfristen, beslutningsunderlag angående norsk deltakelse i det CEF-finansierte EU-prosjektet eHealth DSI, som skal etablere nasjonale kontaktpunkter for utveksling av oppsummerte pasientopplysninger og e-resepter over landegrensene.</i>	Ferdigstilt

Direktoratet for e-helse leverte en evaluering til Helse- og omsorgsdepartementet før sommeren. Direktoratet for e-helse anbefalte at vi ikke deltar i EU-prosjektet eHealth DSI.

Hovedmål 4: Oppdaterte og tilgjengelige data for kunnskapsbasert planlegging, styring, kvalitetsforbedring og helseovervåkning

Tekst i tildelingsbrev:

Oppdaterte og tilgjengelige helsedata skal understøtte de økende kravene til kunnskap i helse- og omsorgssektoren og legge til rette for bruk av registerdata til styring, finansiering, beredskap, kvalitetsforbedring, helseanalyse og forskning.

Utvikling av felles løsninger på tvers av registrene skal prioriteres. Målet er å bidra til mer effektiv ressursbruk gjennom helhetlig innsats i sektoren. Dette innebærer å harmonisere informasjonsmodeller, utvikle felles tekniske løsninger, innføre standardiserte tekniske tjenestegrensesnitt på registrene, få på plass felles analyseverktøy og gjenbruke data fra registrene som grunnlag for utvikling av ny kunnskap på områder der det i dag mangler.

Overordnet vurdering: Status for arbeidet med hovedmålet

Det er avdekket et stort gevinstpotensiale som vekker stor interesse for Helsedataprogrammet på tvers av flere sektorer. Data i norske helseregistre er en unik ressurs for forskning og et internasjonalt fortrinn. Løsninger for enklere og sikrere tilgang på helsedata vil gi grobunn for mer og bedre helseforskning, mer innovasjon og næringsutvikling. Bedre bruk av helsedata til styring og administrasjon vil også føre til mer kunnskapsbaserte helsetjenester og riktigere ressursbruk i helsetjenesten.

Helsedataprogrammet har i 2017 etablert og kommet godt i gang med flere prosjekter som jobber mot hovedmålet.

Prosjekt Fellestjenester har skissert et mål bilde for fellestjenester for helseregistre, og det er startet utvikling av innbyggertjenester, personvernkomponent og oppføringsregister. Flere fellestjenester er under planlegging og skal prioriteres i samarbeid med registermiljøene.

Prosjekt Standardisering har i 2017 utredet API for helseregistre, der versjon 1.0 er klar for høring tidlig i 2018. Samtidig utredes felles arkitekturprinsipper for helseregistrene. Prosjektet samarbeider med Program for kodeverk og terminologi om oversikt og harmonisering av metadata og felles referanseterminologi for helseregistrene.

Prosjekt Helseanalyseplattformen startet i 2017 konseptvalgutredning for en Helseanalyseplattform, der både analyseverktøy og gjenbruk av data for registrene er sentrale elementer i utredningen av ulike mulige konsepter.

Realisering av gevinstene forutsetter tilstrekkelig finansiering av helsedataprogrammet og forpliktelser i sektoren for gjennomføring av tiltak og endringer.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Etablere et program for helseregistre for utvikling av fellesløsninger på tvers av registrene, jf. oppdrag i tillegg til tildelingsbrev for 2016.</i>	I henhold til plan

Helsedataprogrammet er etablert i henhold til disse oppdragene. Forankring og samarbeid med sentrale interessenter og samarbeidspartnere er sikret gjennom programorganisasjonen og andre samarbeidsflater. Programmet har en kommunikasjonsplan, basert på interessentanalysen.

Programmet leverte 1. oktober et forslag til prioritering av fellestjenester og tekniske tjenestegrensesnitt og bidro også med annet grunnlag til departementet til arbeidet med styringssignaler for 2018.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Innen 1. juli legge frem en plan for etablering av plattform for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata i regi av programmet med utgangspunkt i Folkeregisteret, Dødsårsaksregisteret, Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og personidentifiserbare legemiddeldata, samt andre relevante kilder for helsedata.</i>	Ferdigstilt

Plan for etablering av helseanalyseplattform ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 30. juni 2017.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Innen 1. oktober utarbeide forslag til en modell for fordeling av kostnader ved utvikling av fellesløsninger, jf. oppdrag i tildelingsbrev for 2016 om å levere forslag til modeller for felles finansiering av nasjonale e-helsetiltak.</i>	Ferdigstilt

Det er utarbeidet rapport med anbefalinger om finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak og bruk av finansiering som virkemiddel i digitalisering. Nasjonalt e-helsestyre har gitt sin tilslutning til rapporten, og rapporten er overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet for e-helse understøtter Helse- og omsorgsdepartementet i arbeidet med å operasjonalisere prinsippene i ny finansieringsmodell. Det arbeides i tillegg videre med å detaljere prinsippene, blant annet opp mot mulig etablering av en Nasjonal Tjenesteleverandør.

Hovedmål 5: Styring, organisering og finansiering av e-helse skal gi målrettede og effektive leveranser

Tekst i tildelingsbrev:

Nasjonal styringsmodell for e-helse skal være innrettet slik at digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren skjer gjennom effektiv utnyttelse av sektorens samlede ressurser. Det er et mål at nasjonale fora som Nasjonalt e-helsestyre, Prioriteringsutvalget (Nuit) og Fagutvalget (Nufa) bidrar til tydelige og omforente krav til utarbeidede prosjekt- og gevinstrealiseringsplaner. Samordnede bestillinger sikrer bedre arbeidsdeling mellom offentlige aktører og leverandørmarkedet. Likebehandling av leverandører i utvikling av nye tjenester og løsninger skal følge av en leverandørstrategi.

En nasjonalt forankret e-helsestrategi med tilhørende handlingsplan for 2017-2020 er vesentlig for en felles retning i sektoren for utvikling av e-helsetiltak i tråd med de politiske målsetningene og de helsefaglige behovene i sektoren. Nasjonal porteføljestyling av e-helsetiltak er nødvendig for å understøtte realisering av strategien. Målet er å øke gjennomføringsevnen i utvikling og utbredelse av prioriterte e-helsetiltak gjennom utvikling av nye finansierings- og leveransemodeller.

Felles behov i helse- og omsorgssektoren bør løses gjennom økt satsning på nasjonale fellesløsninger der det er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Ansvar og eierskap til felles nasjonale løsninger skal følges opp med forslag til modeller for finansiering, drift og forvaltning i en nasjonal forvaltningsstyringsprosess.

Det er behov for en tydelig nasjonal arkitekturstyring for å redusere kompleksitet og møte behovet for økt informasjonsdeling i sektoren.

Gvinstrealisering av e-helsetiltak er avhengig av at styring og gjennomføring er basert på et godt kunnskapsgrunnlag og forskningsresultater. Det er et mål å øke den tverrfaglige forskningen med utgangspunkt i helse, teknologi, samfunnsvitenskap m.m. Direktoratet for e-helse skal arbeide for at e-helse inngår i utdanningen av helsepersonell og ledere.

Overordnet vurdering: Status for arbeidet med hovedmålet

Nasjonal styringsmodell for e-helse er videreutviklet i 2017. Denne omfatter fora og prosesser hvor aktørene i helse- og omsorgssektoren involveres for å koordinere den nasjonale e-helseutviklingen. Nasjonal styringsmodell samler sektoren i nasjonale fora som er basert på «samstyring» mellom statlige og kommunale aktører. Den inkluderer Fagutvalget (NUFA), Prioriteringsutvalget (NUIT) og Nasjonalt e-helsestyre. Det er gjennomført seks møter i Nasjonalt e-helsestyre, fem møter i NUFA og tre møter i NUIT i 2017.

Foraene er involvert i tre prosesser på nasjonalt nivå: strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring. Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 er levert og har fått tilslutning fra Nasjonalt e-helsestyre. Nasjonal porteføljestyling bidrar til bedre, felles ressursutnyttelse. Den er i henhold til plan og legger til grunn nasjonal e-helsestrategi 2017-2022, og det arbeides med å tydeliggjøre omforente prosjekt- og gvinstrealiseringsplaner i henhold til oppdraget. Den nasjonale e-helseporteføljen for 2017 inneholdt 35 prosjekter/programmer av nasjonal betydning. Samlet var budsjettammen for 2017 cirka 557 MNOK.

I tillegg til Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 har Nasjonalt e-helsestyre tilsluttet seg følgende saker i 2017:

- Veikart for realiseringen av «En innbygger – en journal»
- Prioriteringskriterier for Nasjonal e-helseportefølje 2018
- Velferdsteknologisk knutepunkt
- Tilleggsoppdrag: IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren
- Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak
- Ny leder av produktstyret for helsenorge
- Nasjonal e-helseportefølje 2018

Nasjonal forvaltningsstyring er fortsatt under etablering. I 2017 er det etablert et produktstyre for nasjonale e-helsestandarder med representasjon fra tjenesteeiere og andre aktører i helse- og omsorgssektoren. Formålet med produktstyret for nasjonale e-helsestandarder er blant annet å sikre en helhetlig utvikling av nasjonale e-helsestandarder.

Nasjonal arkitekturstyring

Forarbeidet med etablering av nasjonal arkitekturstyring startet i 2017. Utarbeidelse av prosesser og metode for etableringen ferdigstilles tidlig i 2018. Målbilde og veikart for realisering av En innbygger - én journal ble utarbeidet i 2017 (ferdigstilt januar 2018), og vil fungere som styringsgrunnlag for den nasjonale arkitekturstyringen.

EPJ-løftet

EPJ-løftet er et samarbeidsprogram mellom Direktoratet for e-helse og Legeforeningen som ble etablert etter normaltariffoppgjør mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Legeforeningen i 2014.

Programmet skal bidra til utvikling av IKT-verktøy for fastleger og avtalespesialister for å øke kvaliteten og sikkerheten i pasientbehandlingen. Det skal understøtte samhandling og

informasjonsformidling mellom aktører i helse- og omsorgssektoren og føre til mer effektiv ressursbruk.

I 2017 tilkom også et EPJ-løft for fysioterapeutene etter samme modell som EPJ-løftet.

EPJ-løftet består av flere prosjekter og tiltak der krav til funksjonalitet baseres på myndighetenes og brukernes behov. Løsningene som utvikles kan brukes av alle EPJ-system.

I EPJ-løftet er det etablert prosesser for balansering, oppfølging og gjennomføring av prosjekter fra idé til realisering i nært samarbeid med Senter for kvalitet i legekantor (SKIL), brukerrepresentanter, leverandører og nasjonale myndigheter. EPJ-løftet gjennomfører prosjekter på kort- og mellomlang sikt. Programmet er et strategisk virkemiddel for økt gjennomføringsevne, og et eksempel på hvordan leveranser kan styres og finansieres for å bidra til å realisere e-helse på en rask og kostnadseffektiv måte.

I 2017 har de viktigste leveransene fra programmet vært:

- Anskaffelser av flere prosjekter som støtter opp om bedre bruk av helsedata, deriblant:
 - Utvelgelse av pasienter for legemiddelgjennomgang og tilrettelegging for notat vedr. legens vurdering ved interaksjoner, dato for siste samstemming og legemiddelgjennomgang.
 - Utvelgelse av pasienter som bør vaksineres for influensa og/eller pneumokokk
 - Ibruktakelse av ICPC2-beriket som inneholder ICD-10 termer
 - Forenklet innrapportering fra avtalespesialister
 - Beslutningsstøtte sykemeldingslengder
- Anskaffelser av flere prosjekter som støtter opp om bedre sammenheng i pasientforløp, deriblant:
 - Melding med vedlegg
 - Dialogmelding lege-lege
 - Overvåkingsverktøy for rekvirerte undersøkelser
 - Redigeringsverktøy for Tidligere sykdommer
 - Finn fastlege
- Kartlagt behov og igangsatt anskaffelser av funksjonalitet som støtter prosjektene primærhelseteam og oppfølgingsteam

Det foregår også et omfattende arbeid i tett samarbeid med Helsedirektoratet med å tilrettelegge for struktur i EPJ og enkel beslutningsstøtte for å bedre kvaliteten i henvisninger.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Utarbeide forslag til organisering av en nasjonal leverandørfunksjon for anskaffelse, forvaltning og drift av felles nasjonale IKT-løsninger i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet må ses i sammenheng med én innbygger – én journal, fellestjenester for helseregistre og arbeidet med å realisere en nasjonal plattform og infrastruktur for velferdsteknologi.</i>	Ferdigstilt

Direktoratet for e-helse har i forbindelse med tillegg til tildelingsbrev nr. 1 for 2017 - IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren, utarbeidet en rapport til Helse- og

omsorgsdepartementet som også svarer ut det ovennevnte oppdraget. Se kapittel 3.5 for nærmere beskrivelse.

Spesielle oppdrag	Status
<p><i>Innen 1. september ha utformet forslag til prioriterte behov for forskning og utvikling på e-helseområdet inkludert følgeforskning, som gjenspeiler nasjonale kunnskapsbehov. Behovene skal ta utgangspunkt i nasjonal e-helse strategi og handlingsplan, og forslag skal utformes i dialog med Nasjonalt fagutvalg og relevante aktører som Forskningsrådet, de regionale helseforetakene, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, KS og HelseOmsorg21-rådet.</i></p>	<p>Ferdigstilt</p>

Direktoratet leverte i oktober 2017 rapporten *Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet* til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten ble utarbeidet på basis av en bred innspillsrunde blant sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren og i forskningssystemet. Rapporten peker på fire prioriterte områder for e-helseforskning, herunder følgeforskning på én innbygger – én journal, forskning på innbyggernes erfaringer og behov, forskning på effekter av e-helsetiltak og kunnskapsoppsummeringer. Arbeidet ble lansert på den nasjonale e-helsekonferansen EHiN. Direktoratet viderefører arbeidet i tråd med oppdrag i TB2018. Her ber Helse- og omsorgsdepartementet Direktoratet for e-helse: *Følge opp rapporten om nasjonale kunnskapsbehov ved å konkretisere direktoratets arbeid for å styrke kunnskapsgrunnlaget.* Direktoratet vil følge bredt med på kunnskapsutviklingen på området, og legger også opp til videre samarbeide med Nasjonalt senter for e-helseforskning. Vi vil samarbeide gjennom samarbeidsavtale i det enkelte prosjekt, mellom Direktoratet for e-helse og NSE og ved Direktoratet for e-helses deltakelse i styringsgruppen for NSE. Senteret skal utvikles til å bli en sentral leverandør av forskning og utredning på prioriterte områder i Nasjonal strategi for e-helse. Tett oppfølging av senteret er en forutsetning for dette.

Hovedmål 6: Nasjonal IKT-infrastruktur og felleskomponenter ivaretar behovet for sikker digital kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren

Tekst i tildelingsbrev:

Det er behov for at digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren i større grad realiseres gjennom utvikling av felles tjenester på nasjonale plattformer slik at sektorens samlede ressurser benyttes mest mulig effektivt.

Nasjonale e-helsetjenester bidrar til å redusere kompleksitet og møte behovet for økt informasjonsdeling. Det er et mål at tjenestene utvikles etter felles nasjonale arkitekturprinsipper og vedtatte standarder som gjør at informasjon kan gjenbrukes og gjøres tilgjengelig. Nasjonale plattformer skal tilrettelegges for innovasjon og utvikling av nye tjenester basert på åpne grensesnitt. Det er et mål at nasjonale plattformer skal bidra til innovasjon og næringsutvikling.

Felles nasjonal sikkerhetsinfrastruktur ligger til grunn for sikker digital kommunikasjon i helse- og omsorgstjenesten. Videreutvikling av helseadministrative registre med god datakvalitet og tydelig ansvarsfordeling er viktig i dette arbeidet.

IKT-standarder og helsefaglige terminologier og kodeverk må utvikles og forvaltes gjennom Direktoratet for e-helse sin myndighetsrolle. Forvaltningen må skje i nært samarbeid med helsefaglige miljøer i sektoren og i avklart samarbeid med

Helsedirektoratet. Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren skal videreutvikles og oppdateres i sammenheng med utvikling av behov i helse- og omsorgstjenestene. Det er et mål at faglige begrepsdefinisjoner som ligger til grunn for registrering av opplysninger i nasjonale helseregistre inngår i den nasjonale forvaltningen av helsefaglige terminologier og kodeverk. Kodingskvaliteten skal forbedres gjennom arbeid med opplæring i medisinsk koding.

Overordnet vurdering: Status for arbeidet med hovedmålet

Direktoratet for e-helse har i 2017 både initiert og videreført flere prosjekter som understøtter hovedmålet om sikker digital kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren.

I samarbeid med sektoren har direktoratet utarbeidet og innført en nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester for elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Forvaltningsmodellen tydeliggjør myndighetsrollen, den enkelte virksomhet og leverandørs rolle og ansvar, samt at den bidrar til en mer effektiv koordinering av endringer i dagens samhandlingsløsninger. Modellen vil være sentral i å få aktører til å ta i bruk nasjonal samhandlingsarkitektur. Prosessen benyttes ved innføring av fastsatte standarder for Tjenestebasert adressering og Henvisning, for å sikre at disse standardene raskest mulig blir innført og kan tas inn i IKT-forskriften.

For å kunne legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling på åpne grensesnitt ble det våren 2017 utarbeidet en produktstrategi for API for Direktoratet for e-helses nasjonale løsninger. Det er også gjennomført et konseptarbeid for hvordan et API økosystem kan realiseres og hvordan direktoratet med dette kan bidra til innovasjon og næringsutvikling.

Videre har direktoratet etablert en produktstrategi for helseadministrative registre (2017 – 2020). Strategien speiler behovene i Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan og er godt forankret med sektoren. Historisk sett har registre blitt forvaltet separat, og for å heve kvaliteten og imøtekomme økende bruk av grunndata i sektoren er det essensielt å etablere en felles forvaltningsmodell for registrene. En enhetlig styring vil understøtte målet om tydelig ansvarsfordeling på dette området.

Kodeverk og terminologi er komponenter i felles grunnmur for digitale løsninger. SNOMED-CT er under utprøving som felles standard terminologi i helsesektoren, og gjør det mulig å koble mangfoldet av eksisterende kodeverk med hverandre, som en forutsetning for å ta i bruk avansert prosess- og beslutningsstøtte. Prosesser for oversettelse, mapping, endringer og tilføyelser til terminologien er definert, og det er etablert prosesser for lisensadministrasjon. Direktoratet er i gang med å lage og distribuere opplæringsmateriell.

Styringsparametere	Status
<i>Innen 1. oktober oversende rapport som viser status for det pågående arbeidet med tekniske standarder, samt felles standardisert kodeverk og terminologi.</i>	I rute

Statusrapport om arbeidet med tekniske standarder, felles standardisert kodeverk og terminologi, samt IKT-forskriften ble levert innen 1. oktober 2017. Statusrapporten ble fulgt opp gjennom egne møter med Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet i 2017. Dette er også fulgt opp i tildelingsbrevet til Direktoratet for e-helse for 2018.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Etablere mål for felles tekniske standarder, samt standardisert terminologi og kodeverk for helse- og omsorgssektoren. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene og representanter fra kommunene, og ses i sammenheng med én innbygger – én journal.</i>	I rute

Produktstyre for e-helsestandarder og fellestjenester ble etablert i 2017. Henvisning 2.0 og standard for tjenestebasert adressering ble fastsatt som standarder i 2017, og inngår nå som anbefalte standarder i Referansekatalogen. Direktoratet vil i samarbeid med Norsk Helsenett jobbe videre i 2018 med innføring av standardene i henhold til roller og ansvar beskrevet i Nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder.

Direktoratet har gjennomført vurderinger av aktuelle internasjonale standarder og utarbeidet anbefalinger for bruk av disse. Vurderingene vil være utgangspunkt for arbeid i 2018 med å etablere veikart og planer for eksisterende standarder og overgang til internasjonale standarder.

Standardisering av informasjonsinnhold gjennom felles informasjonsmodeller og realisering gjennom internasjonale standarder som støtter ulike samhandlingsmodeller er viktig for å oppnå målene i Nasjonal e-helsestrategi. Dette vil legge til rette for enklere utvikling og mer effektiv integrasjon av e-helseløsninger, samt bedre muligheter for registrering og gjenbruk av pasientdata i og mellom journalsystemer, registre og andre løsninger.

I løpet av 2017 er det gjennomført vurderinger av aktuelle terminologier og kodeverk innen områdene tannhelse, sykepleiepraksis og medikasjon, samt vurdering av SNOMED CT som referanseterminologi i helse- og kvalitetsregistre. Vurderingene vil være utgangspunkt for å etablere veikart og planer for kodeverk og terminologi, basert på etablerte standarder, for å understøtte samhandling og nasjonale og regionale satsninger som Én innbygger – én journal, Helseplattformen og Helsedataprogrammet.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Anbefale og sørge for tekniske fellesløsninger for å understøtte forvaltning, lagring og publisering av kodeverk og terminologi.</i>	I rute

IKT-støtte for kodeverk er anskaffet i henhold til plan. Kontrakt med CareCom om leveranse av HealthTerm er signert, og implementering av løsning og forbedret forvaltningsprosess gjennomføres i 2018. Behovsavklaring for IKT-støtte for terminologi (SNOMED CT) er under utarbeidelse.

Spesielle oppdrag	Status
<i>Gjøre nødvendige forberedelser for innføring av EUs personvernforordning i 2018, herunder vurdere nødvendige tiltak i egen virksomhet og for sektoren for øvrig. Arbeidet skal gjennomføres i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.</i>	I henhold til plan

Forberedelser til innføring av EUs personvernforordning gjennomføres som et prosjekt i direktoratet (GDPR-prosjektet). Prosjektet utførte tidlig sommeren 2017 en kartlegging av direktoratets behandling av personopplysninger i de nasjonale e-helseløsningene og i

direktoratet for øvrig. Basert på kartleggingen ble det gjennomført en grundig GAP-analyse for å identifisere tiltak som må på plass før nytt personvernregelverk trer i kraft. Forslag til tiltak og prioritering ble levert i november 2017.

Prosjektets kommunikasjonsplan som inneholder strategi og informasjonstiltak rettet mot sektoren ble utarbeidet i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet. Flere av informasjonstiltakene ble gjennomført før årsskiftet og skal fortsette til 25.mai 2018 – datoen det antas at EUs personvernforordning trer i kraft.

Prosjektet omfatter også et delprosjekt som jobber med å videreutvikle Normen i tråd med kravene i den nye personvernforordningen. Delprosjektet er etablert for å sikre Normens tilgang til nødvendig kompetanse i GPDR-prosjektet. Arbeidet skjer i regi av Normen selv. Forslag til oppdatert versjon av Normen (hoveddokument) er under arbeid.

Spesielle oppdrag	Status
Gjennomføre en pilot av SNOMED CT i tannhelsetjenesten.	I rute

Pilot av SNOMED CT i tannhelsetjenesten er organisert som et prosjekt innenfor Program for Kodeverk og Terminologi (PKT). Det gjennomføres i samarbeid med Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Midt-Norge.

Målet med prosjektet er å samle inn strukturerte data med bruk av SNOMED CT fra tannhelsejournaler til forskningsformål. I 2017 ble Norge medlem av SNOMED Int., og fikk tilgang til SNOMED CT. Det ble gitt ut et internasjonalt refset for rapportering av tannhelsedata basert på det norske arbeidet. Videre er det utviklet informasjonsmodell. Grunnlag for datainnsamlingen og lokal lagring av data basert på SNOMED CT er startet. Det gjenstår enkelte avklaringer for transport av data, og innsamling til sentralt datavarehus (etablert i 2017) vil bli gjennomført i 2018.

I løpet av 2017 er det også lagt grunnlag for videre strukturering av tannhelsejournalen og oversettelse av enkelte områder innenfor tannhelse. Målet er å endre fra bruk av fritekst til standardiserte termer fra SNOMED CT, og deretter benytte også disse til innsamling av data.

3.3 Status for fellesføring for 2017

Tekst i tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse skal arbeide systematisk med å utnytte tildelte ressurser bedre og øke produktiviteten. Digitalisering av arbeidsprosesser og tjenester (digitalt førstevalg) er et sentralt virkemiddel i dette arbeidet, sammen med f.eks. omorganisering, prosessforbedring og annen bruk av teknologi. I årsrapporten skal Direktoratet for e-helse gjøre rede for iverksatte og planlagte effektiviseringstiltak. Det skal her fremgå at tiltak som inneholder digitalisering av arbeidsprosesser og tjenester er særlig vurdert. Det skal også gjøres rede for hvordan effektiviseringsgevinstene av tiltakene hentes ut, slik at de kan omdisponeres til prioriterte områder.

Direktoratet for e-helse ble etablert i 2016 og er i en kontinuerlig prosess med å implementere og revidere prosesser, rutiner og organisering. Vi vurderer fortløpende oppgaveporteføljen og organiseringen for å sikre at den er optimal.

Det arbeides kontinuerlig med prosessforbedring i prosjekt- og utviklingsmetodikk. Videre jobber vi kontinuerlig med porteføljestyling og har i år etablert prosjekt for arkitekturstyring. Det arbeides også med en forenkling av avtalene med de ulike aktørene i sektoren, og går over til mer standardiserte bruksvilkår.

Rapporten om IKT-organisering, som ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet november 2017, foreslår å etablere en nasjonal tjenesteleverandør med organisatorisk utgangspunkt i Norsk Helsenett – og forslag om å overføre deler av direktoratets portefølje (nasjonale løsninger). "De viktigste grunnene til dette er krav til stordriftsfordeler, effektiv leveransekraft, samt utnyttelse av begrensede menneskelige og finansielle ressurser." Disse er nærmere omtalt i årsrapporten under tilleggsoppdrag.

Direktoratet for e-helse understøtter utviklingen av digitale tjenester ved å tilby rike selvbetjenings- og dialogmuligheter for innbygger gjennom helsenorge.no. Når Direktoratet for e-helse har kommunikasjon med innbyggere, er det i hovedsak relatert til de nasjonale løsningene direktoratet forvalter; kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. For disse løsningene er det etablert digitale selvbetjeningstjenester på helsenorge.no der innbyggere selv kan utføre oppgaver digitalt, for eksempel for å melde feil i kjernejournal eller håndtere samtykker og fullmakter.

Direktoratet for e-helse har begynt å overføre nye saksbehandlingsoppgaver til 800HELSE, med mål om å bygge videre på etablerte kanaler for innbyggerhenvendelser, samtidig som direktoratet kan utnytte eksisterende ressurser mer effektivt gjennom forvaltning av nye nasjonale tjenester utover mottak av 1. linje-innbyggerhenvendelser.

For 2017 håndterte Direktoratet for e-helse 5068 innbyggingsaker mot 3273 innbyggingsaker i 2016, gjennom interne rutine- og prosessforbedringer.

Modernisering av Folkeregisteret

Tekst i tildelingsbrev:

Skatteetaten fortsetter i 2017 prosjektet for å modernisere Folkeregisteret, jf. omtale i Prop. 1 S (2016-2017) for Finansdepartementet. Moderniseringen krever også endringer i helse- og omsorgssektorens grensesnitt mot Folkeregisteret slik at sektoren kan sende opplysninger digitalt til Folkeregisteret. Helse- og omsorgssektoren skal i 2017 derfor prioritere arbeidet med å etablere nødvendige IKT-grensesnitt i samarbeid med Skatteetaten. Det er satt av inntil 5 mill. kroner til helse- og omsorgssektorens arbeid med dette i Skatteetatens kostnadsramme for prosjektet. Helse- og omsorgssektoren må også gjøre tilpasninger for å kunne benytte opplysningene fra et modernisert Folkeregister. Helse- og omsorgssektoren skal i 2017 derfor fortsette å utrede hvordan et modernisert Folkeregister kan utnyttes i sektorens oppgaveløsning. Direktoratet for e-helse har ansvar for å koordinere helsesektorens arbeid og følge opp Skatteetatens planer for moderniseringsarbeidet. Direktoratet for e-helse utreder i tillegg bruk av felles hjelpenummer i helse- og omsorgssektoren for unikt å identifisere pasienter som ikke har et kjent identifikasjonsnummer.

Direktoratet for e-helse etablerte i 2016, i samarbeid med sektorens aktører, prosjekt for modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren. Prosjektet samarbeider med Skatteetatens prosjekt. Konseptrapport ble godkjent av sektorens styringsgruppe i mars 2017. Gjennomføringsfasen startet oktober 2017 og program "MF Helse" er i gang med å utvikle løsning for digital innrapportering om dødsfall til folkeregisteret. Direktoratet

viderefører arbeidet i tråd med oppdrag i tildelingsbrev 2018. Programmet planlegger utprøving av digital innrapportering av dødsmeldinger i løpet av året. Sektorens behov knyttet til konsum av folkeregisterdata skal utredes nærmere. Dagens sentrale folkeregister skrur etter planen av i løpet av 2019 og eksisterende filformater utfases i løpet av 2021. Helse- og omsorgssektoren må være i stand til å bruke modernisert folkeregister innen dette tidspunktet. Utviklings- og innføringstakten avhenger av fremtidig finansiering og prioritering i helse- og omsorgssektoren.

Kartlegging av virksomheter og øvrige aktørers opplevelse av Direktoratet for e-helse

Tekst i tildelingsbrev:

I 2017 skal Direktoratet for e-helse kartlegge hvordan samarbeidende virksomheter og øvrige aktører i helse- og omsorgstjenesten opplever virksomheten. Direktoratet for e-helse står fritt til selv å velge metode for kartleggingen. På bakgrunn av kartleggingen skal Direktoratet for e-helse vurdere og eventuelt ta initiativ til tiltak som kan forbedre tjenesten.

Direktoratet for e-helse var i 2017 med i en undersøkelse av omdømme i befolkningen: Ipsos sin årlige profilundersøkelse blant norske etater og organisasjoner. Undersøkelsen er besvart av 1020 personer i perioden 12. mai til 5. juli. Totalt er 88 etater med, hvor 17 av disse er direktorater. Blant disse 17 havner Direktoratet for e-helse nederst på totalinntrykk. I tillegg til totalinntrykk er respondentene også spurt om hvordan etatene skårer på fire faktorer: samfunnsansvar, effektivitet og økonomisk styring, åpenhet og informasjon, kompetanse og fagkunnskap.

At vi havner nederst i totalinntrykk – 17 prosent har et godt totalinntrykk - skyldes hovedsakelig at 45 prosent verken har et godt eller dårlig inntrykk av oss. Når 27 prosent i tillegg synes det er helt umulig å svare, havner vi i kategorien anonym. Det er antagelig naturlig fordi vi er såpass nye. Å skape et godt inntrykk kan ta tid.

I 2018 planlegger vi å gjennomføre den samme Ipsos-undersøkelsen for å se om det skjer en endring i omdømmet. I tillegg planlegges en egen undersøkelse som vil rette seg mer spesifikt mot Direktoratet for e-helses brukere og målgrupper.

Administrative forhold

Tekst i tildelingsbrevet:

Alle statlige virksomheter skal ta i bruk digital post til innbyggere. Dette gjelder utsending av post til innbyggere som har valgt digital postkasse og som ikke har reservert seg. Altinn skal benyttes for digital post fra forvaltningen til næringsdrivende. Overgangen fra papirbasert post til digital post vil gi besparelser for statlige virksomheter, bl.a. i form av reduserte portokostnader. For å realisere deler av disse gevinstene, foreslår regjeringen en samlet reduksjon på 196,3 mill. kroner i 2017. For Helse- og omsorgsdepartementet innebærer dette at budsjettforslaget for 2017 isolert sett er redusert med 9,6 mill. kroner.

Direktoratet for e-helse understøtter utviklingen av digitale tjenester ved å tilby rike selvbetjenings- og dialogmuligheter for innbygger gjennom hels norge.no. Når Direktoratet for e-helse har kommunikasjon med innbyggere, er det i hovedsak relatert til de nasjonale løsningene direktoratet forvalter, som kjernejournal, e-resept og hels norge.no. For disse løsningene er det etablert digitale selvbetjeningstjenester på hels norge.no der innbyggere selv kan utføre oppgaver digitalt, for eksempel for å melde feil i kjernejournal eller håndtere samtykker og fullmakter.

I tillegg kan innbyggere henvende seg til saksbehandlere for å få hjelp. De som henvender seg via brev, får svar i brev, da de har rett på svar i samme kanal som de har henvendt seg. Det har ikke vært prioritert å knytte saksbehandling til digital postkasse, da det allerede eksisterer digitale selvbetjeningstjenester.

For at aktørene i helse- og omsorgssektoren skal kunne avvikle lokale print og papirprosesser er det etablert en felles varslings- og videreformidlingstjeneste i tilknytning til helsenorge.no. Denne tjenesten sorterer innkommende meldinger slik at innbyggere som er aktive på helsenorge.no får kommunikasjonen der, mens andre kan få den videreformidlet via Difis digitale postkassetjeneste eller som ordinær brevpost. Flere helseaktører har planer om å ta videreformidlingstjenesten i bruk i løpet av 2018.

Tjenestesenter for anskaffelser, IKT, arkiv/dokumentforvaltning

Tekst i tildelingsbrev:

Tjenestesenter i regi av Norsk Helsenett SF etableres med virkning fra 1.1.2017, og skal være fullt etablert senest 1.1.2018. Direktoratet for e-helse skal inngå tjenesteavtaler med tjenesteseneteret, som regulerer kjøp av og brukerbetaling for basistjenester og tilleggstjenester.

Direktoratet signerte i desember 2017 en avtale med Norsk Helsenett (NHN) for levering av tjenester innenfor områdene IKT, anskaffelser og arkiv. Alle anskaffelser og IKT-tjenestene direktoratet mottar leveres nå fra NHN Tjenestesenter.

Tjenestene for IKT og anskaffelser har vært under etablering i 2017. Full effekt er ikke realisert ennå. Det forventes forbedret effekt av disse tjenestene i 2018.

Arkivtjenesten skal etableres for direktoratet 01.06.2018. I 2017 har direktoratet kjøpt daglig arkivdrift og drift av applikasjoner fra Helsedirektoratet.

Fullservicemodell for lønn, regnskap og reiseadministrasjon

Tekst i tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse skal ha fullservicemodell for lønn, regnskap og reiseadministrasjon i regi av DFØ med virkning fra 1.1.2017.

Direktoratet for e-helse ble fullservicekunde av DFØ på lønn, regnskap og reiseadministrasjon pr. 01.01.17. Direktoratet har beholdt eget tidsregistreringssystem. Dette vurderes nærmere i 2018.

Helseforvaltningens HR-forum

Tekst i tildelingsbrev:

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for etableringen av Helseforvaltningens HR-forum innen utgangen av første kvartal 2017. Dette forumet skal legge til rette for standardisering av HR-systemer i alle etater, kompetansedeling, opplæring og erfaringsutveksling, og være arena for informasjonsutveksling i relevante HR-tema og når det gjelder kundeforhold til eksterne tjenesteleverandører.

Direktoratet for e-helse skal bidra til prosess for etableringen og skal være representert v/HR-leder i HR-Forumet.

I mai 2017 ble HR-samarbeidsforum for alle underliggende enheter under Helse- og omsorgsdepartementet etablert. Det skal rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet. HR-sjefen i Direktoratet for e-helse har deltatt på alle møtene i forumet. Direktoratet for e-

helse har bidratt faglig inn i HR-forumet, bl.a. i prosjekt for anskaffelse av nytt rekrutteringssystem og rekrutteringsbistand.

Intern sikkerhet og beredskap

Tekst i tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse skal oppfylle kravene til sikkerhetsarbeid iht. lov av 20. mars 1998 nr. 10 om forebyggende sikkerhetstjeneste og tilhørende forskrifter. Direktoratet for e-helse skal sikre objekter innenfor eget ansvarsområde etter forskrift om objektsikkerhet, jf. sikkerhetsloven.

Helsedirektoratet forestår, etter delegasjon fra departementet, nasjonal koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats og iverksette nødvendige tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet. Direktoratet for e-helse skal kunne håndtere krise-, katastrofe- og krigssituasjoner med basis i egen organisasjons ansvar og ressurser og skal bidra inn i den koordinerte innsatsen når Helsedirektoratet har fått delagasjon. Direktoratet for e-helse forutsettes å ha gode rutiner og en klar rollebevissthet i forhold til departementet, andre virksomheter i helseforvaltningen, helse- og omsorgstjenesten og øvrige sektorer i de situasjoner som kan oppstå. Departementet viser til Nasjonal helseberedskapsplan, arbeidet med sikkerhetsloven og graderte planverk.

Det er utarbeidet nødvendige prosedyrer og rutiner for å tilfredsstillere sikkerhetsloven med tilhørende forskrifter. Det jobbes med å implementere disse i Direktoratet for e-helses styringssystem for sikkerhet. Ingen av de nasjonale e-hesløsningene som Direktoratet for e-helse forvalter er p.t. klassifisert av departementet som skjermingsverdig objekter.

Rutiner for sikkerhetsklarering og autorisasjon er på plass, og direktøren har gjennomført autorisasjonssamtale med departementet. Det er satt i gang sikkerhetsklarering og autorisering av eget personell, og vi har som mål å ferdigstille dette medio 2018.

Beredskapsorganisasjonen er ytterligere styrket gjennom etableringen av en egen avdeling for beredskap. Det er utarbeidet en overordnet samlet risiko- og sårbarhetsanalyse for sikkerhet, informasjonssikkerhet, personvern og beredskap.

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med Helsedirektoratet og Norsk Helsenett (inkludert HelseCERT) etablert rutiner for effektiv håndtering av IKT-hendelser i helsesektoren. Det er gjennomført flere tiltak for å styrke samarbeidet med NHN, HelseCERT og Helsedirektoratet. Direktoratet for e-helses rolle i å understøtte Helsedirektoratets krisehåndtering er tydeliggjort.

3.4 Status for Forhold av betydning for Direktoratet for e-helse i 2017

Nasjonal koordinering og styring av e-helseområdet

Tekst i tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse skal sørge for nasjonal koordinering og styring av e-helseområdet. Staten skal realisere digitale løsninger som forenkler og forbedrer helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse skal ha en bred kontaktflate og bidra til en effektiv helsetjeneste med høy kvalitet.

Det vises til omtale under kapittel 3.2, "Hovedmål 5: Styring, organisering og finansiering av e-helse skal gi målrettede og effektive leveranser".

Innovative offentlige anskaffelser

Tekst i tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse skal, i størst mulig grad, benytte markedet til utvikling av nye tjenester og løsninger. Regjeringen legger til rette for økt strategisk bruk av offentlige anskaffelser for å fremme innovasjon, jf. nytt regelverk for offentlige anskaffelser som trer i kraft 1.1.2017. Direktoratet for e-helse bes om å benytte innovative offentlige anskaffelser der dette er relevant.

Direktoratet for e-helse søker å benytte markedet til å videreutvikle eksisterende tjenester og til å utvikle nye. Helsedataprogrammet, Velferdsteknologiprogrammet og den nasjonale innbyggerplattformen, helsenorge.no bidrar alle til å understøtte nyskaping, bedre tjenester og næringsutvikling. Det vurderes å benytte innovative anskaffelser som anskaffelsesform der dette er mulig. I forvaltningen av de fleste av våre nasjonale tjenester benyttes markedet i utstrakt grad, men arbeidet ledes av Direktoratet for e-helse.

Formidling av kunnskap og innsikt i e-helserelaterte tema

Tekst i tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse skal formidle kunnskap og innsikt i e-helserelaterte tema og bidra til en kunnskapsbasert offentlig debatt. Direktoratet for e-helse skal arbeide målrettet med å spre informasjon om digitale tjenester til både helsepersonell og innbyggere. Dette inkluderer å vurdere behovet for etablering av nasjonale arenaer, konferanser mv.

Direktoratet for e-helse har i 2017 opprettet en strategisk følge-med-funksjon som vil arbeide med innhenting og formidling av kunnskap i Direktoratet for e-helse og i helse- og omsorgssektoren for øvrig. Det arbeides videre i 2018 med et kunnskapsgrunnlag til forvaltning av Nasjonal e-helsestrategi og som en felles faglig referanseramme for aktører i helse- og omsorgssektoren.

E-helse har også brukt EHiN som nasjonal konferansearena for e-helseområdet. Direktoratet har bidratt til programkomiteens arbeid i samarbeid med IKT Norge og andre aktører, og prioritert deltakelse på konferansen. Styret for IKT Norge har vedtatt ny organisasjons- og eierskapsstruktur for EHiN 2018 og senere. Direktoratets deltakelse, rolle og medvirkning i konferansen skal vurderes i 2018.

Oppfølging av Digitaliseringsrundskrivet m.m.

Tekst i tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse skal følge opp målene i Meld. St. 27 (2015-2016) Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet og Innst. 84 S (2016-2017). Videre skal Direktoratet for e-helse følge opp pålegg og anbefalinger vedrørende digitalisering i statlige etater, slik det fremkommer i Digitaliseringsrundskrivet (Rundskriv H-09/16 fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet).

Direktoratet for e-helse arbeider aktivt innen mange målområder i Meld. St. 27. Blant annet understøtter direktoratet utviklingen av digitale tjenester ved å tilby rike selvbetjenings- og dialogmuligheter for innbygger gjennom helsenorge.no.

Nytt digitaliseringsrundskriv (H-7/17) er behandlet i direktoratet og ansvar er delegert. Prosjektmetode er basert på Difis prosjektveiviser. Nasjonale felleskomponenter benyttes der

dette er hensiktsmessig, for eksempel benyttes ID-Porten og Kontakt- og reservasjonsregisteret i forbindelse med digitale innbyggertjenester. Direktoratet samarbeider tett med kommunesektoren både ved planlegging og realisering av e-helse-løsninger og tiltak.

Nyskaping, bedre tjenester og næringsutvikling

Tekst i tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse skal bidra til at den nasjonale utviklingen av e-helse danner grunnlag for nyskaping, bedre tjenester og næringsutvikling, jf. Forsknings og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21 og regjeringens handlingsplan for oppfølging av denne.

Direktoratet for e-helse bidrar til å understøtte og stimulere til nyskaping gjennom ulike aktiviteter. Direktøren for e-helse er medlem av HO21-rådet. Direktoratet for e-helse ledet arbeidsgruppen for helsedata. Gruppens arbeid ble avsluttet i 2017. Direktoratet har gitt innspill i møter i regi av Nærings – og fiskeridepartementet og Helse – og omsorgsdepartementet.

Helsedataprogrammet, Velferdsteknologiprogrammet og den nasjonale innbyggerplattformen, helsenorge.no bidrar alle til å understøtte nyskaping, bedre tjenester og næringsutvikling.

Gjennom tette og hyppige kontakter og bred møtevirksomhet i forbindelse med EPJ-løftet, Helsedataprogrammet, Velferdsteknologiprogrammet og helsenorge.no søkes det å stimulere markedet og bruk av privat næringsliv. Velferdsteknologiprogrammet har i perioden avholdt to store, åpne, leverandørmøter i 2017, en rekke bilaterale møter med enkelte leverandører. I tillegg jobber vi tett med leverandører tilknyttet de kommuneprosjektene som er valgt ut i forbindelse med fase 1 av realisering av knutepunkt. Helsedataprogrammet avholdt et stort leverandørmøte i 2017, med etterfølgende 1:1-møter med dem som ønsket dette, til sammen 25 møter. Videre har Helsedataprogrammet invitert åpent i markedet alle leverandører som ønsker det til å levere forslag til Proof of concepts på løsninger for hva som kan være mulig å få til i realiseringen av en Helseanalyseplattform. EPJ-løftet har hyppig og langsgående kontakt med de ulike EPJ-leverandørene i markedet.

API-strategi er utarbeidet. API-er er et programmeringsgrensesnitt som gir brukere og utviklere tilgang til spesifikke data. Helsedataprogrammet og Velferdsteknologiprogrammet vil legge til rette for tredjepartstjenester basert på en slik tilnærming. Fram mot mars 2018 gjennomføres en konseptfase for videre realisering av denne strategien. Konseptrapporten vil levere anbefaling for realisering i to spor: ett for anskaffelse/etablering av en API-løsning, og ett spor for hvordan direktoratet med dette kan bidra til innovasjon og næringsutvikling. Det må avklares hvilket ambisjonsnivå Direktoratet for e-helse kan og bør ha for å kunne lykkes med dette. Prosjektet har ikke finansiering til å fortsette til planfasen i 2018, og dette må eventuelt tas opp igjen i 2019.

Direktoratet for e-helse vil i løpet av 2018 realisere et velferdsteknologisk knutepunkt som skal gjøre det enklere for leverandører av velferdsteknologiske løsninger å kunne tilby datautveksling med kommunenes eksisterende fagsystem/EPJ. Leverandører av velferdsteknologiske løsninger trenger da kun å integrere seg mot dette knutepunktet én gang for å kunne tilby datautveksling til alle kommunale EPJ-er. Terskelen for å nå behovene som kommunene har definert innen velferdsteknologi senkes gjennom å tilby et slikt

knutepunkt for leverandører av alle størrelser. Dette gjør det igjen mulig for leverandører å nå større salgsvolum raskere, med mindre behov for tilpasninger per kunde, og er med på å stimulere til realisering av nye løsninger innenfor helsenæringen, også internasjonalt. Helsedataprogrammet ble etablert i 2017, med bred deltagelse fra helse- og forskningssektor og næringsliv. Programmet utvikler fellestjenester for helseregistre og har startet en utredning som i 2018 skal konkludere med valg av konsept for en helseanalyseplattform. Dette har stort potensiale for innovasjon og næringsutvikling ved bedre utnyttelse og analysemuligheter av helsedata. Det videre arbeidet er avhengig av ekstern finansiering.

Den nasjonale portalen for innbyggertjenester, helsenorge.no, har gjennom 2017 utviklet og lansert flere digitale tjenester i tett samarbeid med aktører i helse – og omsorgssektoren og i helsenæringen. Helsenorgeplattformen er imidlertid ikke tilrettelagt for omfattende bruk av eksterne aktører i tjenesteutvikling og -ytelse. Direktoratet for e-helse har derfor utarbeidet Satsningsforslag – Digitale innbyggertjenester, som beskriver behov for teknisk tilretteleggelse for omfattende bruk av eksterne aktører i tjenesteutvikling og -ytelse. Helse- og omsorgsdepartementet ga i september 2016 oppdrag til Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse om å utrede og anbefale et fremtidig innovasjonssystem for helse- og omsorgstjenestene, der «målet for et fremtidig nasjonalt innovasjonssystem er å skape nye løsninger i møte med framtidens helse- og omsorgsutfordringer, og mer effektive og brukerorienterte helse- og omsorgstjenester». Helsedirektoratet ledet arbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet presiserte i ettertid at oppdraget skal knyttes til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet ble etter leveranse i januar 2017 gitt et nytt, avgrenset mandat. Direktoratet for e-helse ble deretter involvert november 2017. Innspill fra Direktoratet for e-helse til denne rapporten er blant annet at det er et behov for videre arbeid med å beskrive Direktoratets rolle, bidrag og bruk av virkemidler i forbindelse med et slikt innovasjonssystem. Bakgrunnen for dette behovet er arbeidet med å etablere nasjonal tjenesteleverandør. I tillegg kommer føringer fra tildelingsbrevet for 2018, som slår fast at Direktoratet for e-helse skal legge til rette for innovasjon.

Personvern og informasjonssikkerhet

Tekst i tildelingsbrev:

Innbyggerne skal ha tillit til at opplysninger blir behandlet og lagret på en trygg og sikker måte. Personvern og informasjonssikkerhet skal være en integrert del av forvaltning, drift og utvikling av nasjonale e-helseløsninger. Informasjonssikkerheten skal ivaretas med utgangspunkt i vurdering av risiko og sårbarhet, og følges opp gjennom internkontroll. Årsrapporten skal redegjøre for direktoratets arbeid på området.

God styring, gjennomføring, og kontroll av informasjonssikkerheten og personvernet er en forutsetning for å levere gode og sikre e-helseløsninger som befolkningen har tillit til. Direktoratet for e-helse har derfor iverksatt flere nye tiltak og forbedret eksisterende i 2017. Det henvises til punkt 4.3 for mer informasjon. Her redegjøres det for direktoratets arbeid på området.

Oppfølging av helseregisterstrategien

Tekst i tildelingsbrev:

Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020 (helseregisterstrategien) skal bidra til bedre utnyttelse, bedre kvalitet og enda sikrere håndtering av data i de nasjonale helseregistrene. Departementet har i 2016 gjennomført en intern evaluering av helseregisterstrategien som grunnlag for å styrke gjennomføringskraften på helseregisterfeltet. Direktoratet for e-helse får ansvar for å lede arbeidet med å følge opp helseregisterstrategien gjennom et program for utvikling av fellesløsninger for registrene. Det skal etableres en

styringsgruppe for programmet med representanter fra Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene og med representasjon fra kommunesektoren. Styringsgruppen skal forelegge saker av strategisk betydning for Nasjonalt e-helsestyre. Arbeidsutvalget, som er etablert i tilknytning til helseregisterprosjektet, videreføres som arena for samarbeid mellom helseregistermiljøene. Helseregisterstrategien skal følges opp gjennom nasjonal porteføljestyling og den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Organisering og styringsmodell for Helsedataprogrammet er etablert i henhold til oppdraget. I løpet av 2017 er programmet bygget opp med en organisasjon som til sammen involverer nærmere 130 personer fra virksomhetene som har vært involvert i det tidligere arbeidet med helseregisterstrategien, sammen med virksomheter også fra forskningsmiljø og næringsliv.

3.5 Nye oppdrag gjennom året

Det er mottatt tolv tillegg til tildelingsbrev i 2017. Ingen av oppdragene ble gitt med tilhørende midler. Det har medført at enkelte planlagte aktiviteter har blitt nedprioritert. Blant annet ble arbeidet med arkitekturstyring og videreutvikling av e-resept forsinkes i henhold til opprinnelig plan. Videre ble omfang av prosjekt for API-utvikling og forvaltning av grunndata redusert. Utover dette ble forvaltningskostnader for Kjernejournal minimert ytterligere.

Under følger oppdrag i tildelingsbrev som det er naturlig å rapportere på i årsrapporten, og det rapporteres på status for arbeidet med disse oppdragene.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 1 - IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren

Tillegg til tildelingsbrev nr. 1 består av fem deloppdrag

1. *Direktoratets rolle: Det er behov for å vurdere en styrking av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse.*
2. *Leverandørfunksjon direktoratets løsninger: Det er behov for å avklare ansvar for utvikling, drift og forvaltning av nasjonale fellesløsninger i direktoratet.*
3. *Leverandørfunksjon for én innbygger – én journal: Det er behov for å avklare ansvar for utvikling, drift og forvaltning av løsninger for én innbygger – én journal.*
4. *Vurdering av dagens portefølje i direktoratet: Vi ber Direktoratet for e - helse vurdere om deler av porteføljen som i dag ligger i Direktoratet for e - helse kan eller bør flyttes til andre aktører*
5. *Analyse av RHF-enes samarbeid: Departementet ber om at komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT - området fra 2014 oppdateres. Vi ber om at utkast oversendes innen 1. juni 2017 og at rapport ferdigstilles innen 1. juli 2017.*

Rapporten "IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren" ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 15. november 2017 etter tilslutning i Nasjonalt e-helsestyre. Rapporten anbefaler økt gjennomføringsevne gjennom nasjonal styring av e-helse og etablering av felles leverandørfunksjon i helse- og omsorgssektoren.

Rapporten viser til at helse- og omsorgssektoren mangler robuste finansieringsmodeller for å realisere helsepolitiske mål ved digitalisering. Det henvises til egen rapport for nærmere anbefalinger knyttet til nye finansieringsmodeller for å ivareta livsløpskostnadene til

nasjonale løsninger samtidig som myndighetsoppgaver sikres. I mellomtiden bør samfinansiering videreføres.

Videre peker rapporten på behovet for felles grunnmur for digitale tjenester for økt, sikker og effektiv samhandling mellom aktørene, nasjonale helsedata av god kvalitet, samt for næringsutvikling og innovasjon.

Den angir at det i dag er få juridiske virkemidler for å sikre at e-helseløsninger blir tatt i bruk, og at det er behov for å utvikle og ta i bruk juridiske virkemidler.

Rapporten anbefaler at nasjonal styringsmodell bør videreutvikles. Nasjonal styringsmodell for e-helse inkluderer nasjonale prosesser for strategi, porteføljestyling, forvaltningsstyring og arkitekturstyring.

I tillegg argumenterer rapporten for styrking av nasjonale fagmyndigheter, spesielt innen områdene strategi, helsefaglig standardisering, arkitektur, personvern og informasjonssikkerhet.

Rapporten anbefaler etablering av nasjonal leverandørfunksjon innen e-helse for nasjonale løsninger. Dette begrunnes i hovedsak i krav til stordriftsfordeler, effektiv leveransekraft, samt utnyttelse av begrensede menneskelige og finansielle ressurser. En nasjonal tjenesteleverandør skal ha ansvar for utvikling, forvaltning og drift. Tjenesteleverandøren vil også ha en rolle i forbindelse med utvikling og anskaffelse av nasjonale løsninger.

Anbefalinger vedrørende konsekvenser for direktoratets oppgaveportefølje belyses avslutningsvis i rapporten.

Veikart for realiseringen av målbildet for Én innbygger – én journal ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 15. januar 2018. Rapporten peker på behovet for en nasjonal tjenesteleverandør som sikrer effektiv etablering og implementering av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (inkludert fastlegene). Rapporten gir anbefalinger for videre fremdrift.

En komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli. I desember leverte direktoratet et vedlegg til hovedrapporten med vurdering av de regionale helseforetakenes evne til å samordne IKT-utviklingen og forslag til tiltak for å sikre en mer enhetlig utvikling av IKT. Vurderingene ble gjort med utgangspunkt i foretaksgruppens to rapporter fra oktober *Felles plan – neste generasjon PAS/EPJ* og *Felles plan for utvikling av nye tjenester og løsninger* (Vest, Nord, Sør-Øst)

Tillegg til tildelingsbrev nr. 2 -Fra pseudonymt reseptregister til direkte personidentifiserbare legemiddeldata

Tekst i tillegg til tildelingsbrev:

Departementet viser til [...] oppdrag til Folkehelseinstituttet om å vurdere datakilder og behov for tekniske løsninger for en overgang fra et pseudonymt reseptregister til direkte personidentifiserbare legemiddeldata til sekundærbruk. Direktoratet for e-helse får med dette i oppdrag å bidra i arbeidet og sikre at det forankres i helsedataprogrammet.

Rapport om referansearkitektur og fellestjenester for helseregistre

Tekst i tillegg til tildelingsbrev:

Rapporten er en oppfølging av oppdrag i tildelingsbrevet for 2016 om å utrede referansearkitektur for nasjonale helseregistre. Departementet mener at rapporten gir et godt grunnlag for helsedataprogrammets arbeid med å utvikle fellesløsninger på tvers av registrene og videre utredning av alternative løsninger for en helseanalyseplattform.

Direktoratet får i oppdrag å:

- følge opp anbefalingene i rapporten gjennom det videre arbeidet med helsedataprogrammet og helseanalyseplattform, jf. tildelingsbrevet for 2017*
- legge til rette for realisering av kortsiktige gevinster knyttet til utvikling av fellestjenester og bruk av felles tekniske tjenestegrensesnitt i registrene*
- legge fram et forslag til prioritering av fellestjenester og tekniske tjenestegrensesnitt innen 1. oktober som grunnlag for departementets arbeid med styringssignaler for 2018*

Departementet vil understreke betydningen av at arbeidet forankres både i ledelsen, IKT-miljøene og i helsefagmiljøene i etater og regionale helseforetak, og at direktoratet har en strategi for kommunikasjon og dialog med aktørene.

Helsedataprogrammet er etablert i henhold til disse oppdragene. Forankring og samarbeid med sentrale interessenter og samarbeidspartnere er sikret gjennom programorganisasjonen og andre samarbeidsflater. Programmet har en kommunikasjonsplan, basert på en interessentanalyse.

Programmet leverte 1. oktober et forslag til prioritering av fellestjenester og tekniske tjenestegrensesnitt og bidro også med annet grunnlag til departementet til arbeidet med styringssignaler for 2018.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 3 - Informasjon på helsenorge.no om uønskede hendelser – oppfølging av forslag fra Arianson-utvalget

Tekst i tillegg til tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse har i brev av 15. desember 2016 anbefalt at forslaget fra Arianson-utvalget om å samle informasjon om uønskede hendelser på en side på helsenorge.no, i første omgang følges opp gjennom en redaksjonell utvidelse av innholdet og at innholdet struktureres i form av en veiviser. På lengre sikt anbefaler direktoratet at det utvikles en personlig rettighetsveileder i tråd med utkast til fremtidig målbilde for helsenorge.no. Departementet ber om at Arianson-utvalgets forslag følges opp i tråd med denne anbefalingen.

Nytt informasjonsinnhold på helsenorge.no om pasienters rettigheter ved uønskede hendelser ble ferdig i oktober 2017. Det er nå enklere å finne informasjon om retten til å klage for den som ikke har fått oppfylt sine rettigheter som pasient, eller som ikke har mottatt de helse- eller omsorgstjenestene de har krav på. Innholdet er utarbeidet i samarbeid med Fylkesmannen, Helseklage, Helfo og Norsk pasientskadeerstatning.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 4 - informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører

Tekst i tillegg til tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse gis i oppdrag å identifisere og foreslå gode rutiner for å sikre at de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører etterleves.

Direktoratet skal som del av oppdraget utarbeide en overordnet status for bruk av nasjonale og internasjonale leverandører av tjenester som kontinuerlig eller episodisk arbeider inn mot virksomhetens datasystemer og under hvilke betingelser dette skjer.

Det skal videre utarbeides et sett med kriterier eller betingelser som bidrar til at denne formen for tjenester skjer på en ansvarlig måte og i tråd med de til enhver tid gjeldende krav.

Det er i denne sammenheng også relevant å vurdere om det er tjenester som ikke bør overlates til private underleverandører. Spesielt har departementet sett behov for at det sees på hvilke situasjoner og hvordan det eventuelt bør og kan skilles mellom norske, EØS-baserte og globale underleverandører, herunder behovet for å se på forholdet mellom helsetjenesten og sikkerhetsloven.

Rapport ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 30.11.17 (innenfor utsatt frist). I tråd med føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet bygger rapporten på innspill og bidrag fra et stort antall aktører fra helse- og omsorgssektoren, kompetansemiljøer, fag- og pasientorganisasjoner og IKT-næringen. Det er også mottatt faglig, nyttig innspill utenfor helse- og omsorgssektoren, for eksempel fra Finanstilsynet.

Hovedkonklusjonen fra rapporten er at Direktoratet for e-helse mener det ikke er grunnlag for å konkludere med at noen typer tjenester aldri kan overlates til private leverandører. Det må imidlertid alltid foretas en risikovurdering av alle tjenester som kan gi tilgang til pasientinformasjon, og Direktoratet for e-helse mener at helse- og omsorgssektoren generelt må ha en relativt lav risikoappetitt.

Det ble videre foreslått en rekke tiltak og forbedringsområder, blant annet i form av rutiner og kriterier for bruk av private leverandører. Sentrale punkter er god og reell ledelsesforankring og styring, helhetlig risikovurdering, og at det er behov for kompetanse – ikke minst bestillerkompetanse i sektoren. Sentrale tiltak som foreslås er avklaring av databehandlingsansvar mellom regionale helseforetak og helseforetak og oppdatering av Normen.

Rapporten inneholder også en overordnet status for dagens bruk av private leverandører i spesialisthelsetjenesten og blant fastlegene. Den opprinnelige ambisjonen var også å foreta en kartlegging blant kommunene, men dette måtte utgå da det var vanskelig å få svar fra mange nok kommuner.

Arbeidet med rapporten og ikke minst lanseringen fikk en del mediaoppmerksomhet. Lanseringen skjedde i tilknytning til Normkonferansen 2017.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 6 – Samvalgsverktøy

Tekst i tillegg til tildelingsbrev:

Helse- og omsorgsdepartementet gir med dette Direktoratet for e-helse i oppdrag å lede og ha sekretariatsansvaret for "faggruppe samvalg". Faggruppen skal ha en sentral rolle i å ivareta kvalitetskriterier knyttet til utviklede samvalgsverktøy og etablere et kvalitetssikringssystem av disse verktøyene for publisering på helsenorge.no. Gruppen skal sikre at verktøyene ivaretar kvalitetskravene for helsenorge.no. I tillegg skal gruppen ha ansvaret for å vurdere endringsønsker i malen for samvalgsverktøy på helsenorge.no.

Faggruppen skal ha deltagelse fra de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Det legges som en forutsetning at deltagere i gruppen finansierer egen deltagelse.

Helsedirektoratet har utviklet kvalitetskriterier for beslutningsstøtte som skal ligge til grunn for samvalgsverktøyene. Ansvaret for å vedlikeholde disse kvalitetskravene skal fortsatt ligge i Helsedirektoratet. Helsedirektoratet må sikre at det faglige innholdet i verktøyene er i tråd med Helsedirektoratets nasjonale normerende dokumenter på området.

Direktoratet for e-helse har etablert en faggruppe for samvalg. Det er utarbeidet et mandat for faggruppen i tråd med oppdraget i tildelingsbrevet. Helsedirektoratet og helseregionene har utnevnt deltagere til gruppen.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 7 – Utvikling av kodeverk for patologi

Tekst i tillegg til tildelingsbrev

Direktoratet for e-helse skal i samarbeid med Helsedirektoratet utvikle prosedyrekodeverk for patologi. Kodeverket skal klassifisere arbeidsprosessene klinisk og danne grunnlag for dokumentasjon av utført patologisk aktivitet. I tillegg til kliniske behov skal kodeverket også kunne benyttes som grunnlag til aktivitetsbasert finansiering.

Vi ber om at Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse i fellesskap utarbeider en plan for arbeidet med å utarbeide prosedyrekodeverk for patologi og aktivitetsbasert finansiering som skal basere seg på dette arbeidet. Kodeverket skal være ferdig innen 1. mai 2018.

Arbeidet med å utvikle prosedyrekodeverk for patologi er organisert som et samarbeidsprosjekt i Program for kodeverk og terminologi (PKT) med representanter fra Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene.

Prosjektet vil ferdigstille en konseptutredning i februar 2018. Det er identifisert en risiko for at kodeverket og tilhørende finansieringsordning ikke kan ferdigstilles innen 01.01.2019. Konsekvens og tiltak dersom risikoen inntreffer vil bli utredet og presentert sammen med konseptutredningen.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 8 - Legemiddelinformasjon til pasienter fra myndighetene

Tekst i tillegg til tildelingsbrev:

Det er behov for enkel og forståelig legemiddelinformasjon til pasienter. Kontaktpunktet har anbefalt at det utarbeides standarder for slik legemiddelinformasjon. Helse- og omsorgsdepartementet gir derfor Direktoratet for e-helse, i samarbeid med Legemiddelverket, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, i oppdrag å utarbeide en standard for kortfattet, pasientrettet legemiddelinformasjon. Frist for arbeidet settes til 1. desember 2017.

Direktoratet for e-helse skal også utarbeide en teknisk løsningsbeskrivelse for digitalisering av kortfattet pasientrettet informasjon. Frist for dette oppdraget settes til 1. juli 2018.

Direktoratet for e-helse har høsten 2017 i samarbeid med Helsedirektoratet, Legemiddelverket og Folkehelseinstituttet utredet en standard for legemiddelinformasjon til innbyggere. Rapport med tilråding ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2017. Forslaget til informasjonsstandard er sendt på høring i sektoren, med frist 1. mars 2018.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 9 - arbeidsgruppe for arbeidet knyttet til teknisk løsning for organdonasjon

Tekst i tillegg til tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse leverte i henhold til oppdraget en vurdering av mulige løsningsalternativer den 1. juli 2017. Direktoratet konkluderte i sin vurdering med at en elektronisk løsning for registrering av ønske om organdonasjon relativt enkelt kan realiseres i egen kjernejournal. Direktoratet for e-helse pekte på at det fremdeles gjenstår enkelte faglige og juridiske avklaringer før endelig løsningsalternativ ferdigstilles.

Helse- og omsorgsdepartementet ber med dette Direktoratet for e-helse om å gå videre med å realisere en elektronisk løsning for å registrere ønske om organdonasjon i egen kjernejournal.

Vi ber Direktoratet for e-helse i løpet av høsten 2017 nedsette en arbeidsgruppe for å starte dialogen knyttet til utforming av teknisk løsning for organdonasjon i egen kjernejournal. Arbeidsgruppen bør bestå av de viktigste interessentene på området.

I samarbeid med Stiftelsen organdonasjon, pasientorganisasjoner og nasjonalt fagnettverk for organdonasjon har Direktoratet for e-helse høsten 2017 utarbeidet en løsningsbeskrivelse for registrering av digitalt donorkort i kjernejournal, inklusiv varsling til pårørende.

Målsettingen med tjenesten er å gi innbygger mulighet til å registrere et donorkort digitalt – og dermed sitt samtykke til organdonasjon - i sin kjernejournal via www.helsenorge.no, og mulighet til å informere pårørende om standpunktet. Helsepersonell får informasjon i pasientens kjernejournal om at vedkommende har samtykket til organdonasjon, hvem pasienten har oppgitt som pårørende og at pårørende er varslet om dette standpunktet. Det legges opp til at løsningen vil være tilgjengelig for innbyggere i løpet av 1. halvår 2018.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 10 - oppdrag om å tilgjengeliggjøre nettsiden om kliniske studier på helsenorge.no

Tekst i tillegg til tildelingsbrev:

Direktoratet for e-helse skal i samarbeid med Helsedirektoratet vurdere og gjennomføre tiltak for at nettsiden kliniskestudier.helsenorge.no blir lettere å finne og mer tilgjengelig for pasienter og helsepersonell. Frist for oppdraget er: 1 oktober 2017.

I november 2017 lanserte helsenorge.no ny temaside om kliniske studier, helsenorge.no/kliniske-studier. Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Oslo Universitetssykehus har samarbeidet om både oppbyggingen og innholdet. Den nye temasiden inneholder to nye artikler og 15 direkteinnganger til kliniske studier innen ulike diagnosegrupper. Kliniske studier er blitt optimalisert for større synlighet og tilgjengelighet, både i Google, i internsøk og navigasjon på helsenorge.no. Dermed er det blitt enklere for pasienter og helsepersonell å finne informasjon om kliniske studier og hvilke som pågår. I 2018 vil det bli jobbet med å gjøre tekstene om hver enkelt studie mer forståelig, og en ytterligere forbedret løsning på helsenorge.no.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 11 - Oppdrag om gjennomføring av utvidet konsept innen arkiv

Tekst i tillegg til tildelingsbrev:

Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Statens strålevern og Direktoratet for e-helse gis med dette oppdrag om, sammen med NHN, å planlegge for og iverksette overføring av hele arkivfunksjonen til tjenestesenteret i NHN senest innen 1.6.2018. Det forventes ikke at det etableres en felles Noark-løsning innen dette tidspunktet. Fremdriftsrapport og risikoanalyse for overføringen skal utarbeides av NHN i samarbeid med etatene, og oversendes HOD senest 1.5.2018. I tillegg skal alle virksomheter sammen med NHN utrede og planlegge for felles Noark-løsning med tilhørende fremdriftsrapport og risikoanalyse, som oversendes av NHN til HOD innen utgangen av 2018.

Direktoratet for e-helse har deltatt i planleggingen av overføring av hele arkivfunksjonen til tjenestesenteret i NHN. I 2017 har Direktoratet for e-helse kjøpt daglig arkivdrift fra Helsedirektoratet og hadde en ansatt med arkivansvar.

Vi planlegger en tilsvarende organisering når arkivtjenester skal leveres av NHN.

3.6 Forvaltningsoppgaver i henhold til hovedinstruks

Nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester

Nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester for elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten⁷ er utarbeidet for å sikre en tydeligere og mer

⁷ <https://ehelse.no/publikasjoner/nasjonal-forvaltningsmodell-for-e-helsestandarder-og-fellestjenester-for-elektronisk-samhandling-i-helse-og-omsorgstjenesten>

effektiv nasjonal forvaltning innen området. Forvaltningsmodellen beskriver nasjonale fora for styring og koordinering, og en forvaltningsprosess med tilhørende ansvarsmatrise. Forvaltningsmodellen har i 2017 vært under innføring, i tråd med Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017 - 2022. Produktsstyre for e-helsestandarder er etablert for å sikre god og sektorforankret styring i forvaltning av e-helsestandarder. Det har i 2017 vært avholdt fire møter.

Forvaltningsmodellen ligger til grunn for ansvarsfordeling, prosess og samhandling mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett (NHN). Samarbeidsavtaler er inngått mellom Direktoratet for e-helse og NHN innen sentrale områder av modellen. NHN har på oppdrag fra Direktoratet for e-helse i 2017 levert konsekvens- og kost/nyttevurdering i forbindelse med utredning av standarden *Henvising v.2.0.* og påbegynt utarbeidet med en nasjonal plan for innføring av *Standard for tjenestebasert adressering.*

Referansekatalogen

Referansekatalogen⁸ for e-helse inneholder en oversikt over e-helsestandarder og andre kravdokumenter for IKT-systemer som enten er obligatoriske for helse- og omsorgstjenesten med hjemmel i forskrift, eller er anbefalt av offentlig myndighet. Dette inkluderer både standarder som Direktoratet for e-helse eier, og som andre myndighetsorganer som f.eks. NAV, Helfo, Folkehelseinstituttet eier.

Forvaltningsarbeidet innebærer å sørge for at Referansekatalogen er oppdatert og korrekt til bruk for sektoren. I tillegg ytes andre støttefunksjoner som å besvare spørsmål og behandle søknader knyttet til forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.

I 2017 er 7 nye standarder lagt til i referansekatalogen, 28 eksisterende standarder er oppdatert og en ny versjon av NPR-meldingene er tilgjengelig. Det er behandlet 7 søknader knyttet til forskriften om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.

Kodeverk

Direktoratet for e-helse har ansvar for forvaltning og drift av kodeverk i Norge. Tjenesten *Kodehjelp* skal støtte sektoren i vanskelige spørsmål vedrørende koding. Tiltaket vil sørge for å forbedre kodingskvaliteten på sikt. I korte trekk var antallet nye henvendelser til kodehjelp uendret fra 2016 til 2017, på 1400. Antallet behandlede saker var også stabilt, mens gjennomsnittlig svartid i 2017 ble redusert med ytterligere 30 prosent fra året før.

Samarbeid med forskning

Direktoratet leverte i oktober 2017 rapporten *Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet* til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten ble utarbeidet på basis av en bred innspillsrunde blant sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren og i forskningssystemet. Rapporten peker på fire prioriterte områder for e-helseforskning, herunder følgeforskning på én innbygger – én journal, forskning på innbyggernes erfaringer og behov, forskning på effekter av e-helsetiltak og kunnskapsoppsummeringer. Arbeidet ble lansert på den nasjonale e-helsekonferansen EHiN. Direktoratet viderefører arbeidet i tråd med oppdrag i TB2018, hvor Helse- og omsorgsdepartementet ber Direktoratet for e-helse om å følge opp rapporten om nasjonale kunnskapsbehov ved å konkretisere direktoratets arbeid for å styrke kunnskapsgrunnet.

⁸ <http://ehelse.no/referansekatalogen>

Informasjonssikkerhet

Direktoratet for e-helse har en myndighets- og premissgiverrolle overfor helse- og omsorgssektoren innen informasjonssikkerhet. Direktoratet har ansvaret for sekretariatet for Norm for informasjonssikkerhet.

Direktoratets sektorrettede arbeid med informasjonssikkerhet har i 2017 i stor grad skjedd gjennom Normarbeidet og arbeidet med tilleggsoppdrag 4. Den årlige Normkonferansen ble arrangert med ny deltakerrekord. Det er utgitt nye og reviderte veiledere som dekker temaer som bl.a. tilgangsstyring og informasjonssikkerhet i velferdsteknologi. I tillegg til fagkurs for kommuner i Orkdal og Oslo, er det også gjennomført kurs rettet mot de medisinske-tekniske fagmiljøene i alle helseregioner med nær 300 deltakere. Det er likevel arbeidet med tilpasning av Normen til EUs personvernforordning (GDPR) som har hatt høyest prioritet. Styringsgruppen for Normen har uttrykt at det er ønskelig med en revidert bransjenorm på plass så fort som mulig etter at GDPR trer i kraft 25.05.18. Videre har Normsekretariatet samarbeidet med KINS, Datatilsynet, DIFI og senter for IKT i utdanningen om NYPE-turneen – en foredragstur om GDPR som tar sikte på å nå bl.a. rådmenn og nye personvernombud i kommunene.

Høringer

Direktoratet for e-helse har mottatt og vurdert 46 høringsbrev i 2017 og gitt 22 uttalelser publisert på www.ehelse.no. Direktoratet er i økende grad ført opp som fast høringsinstans. Noen uttalelser har bidratt til offentlig debatt om utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

E-helse i utdanning

Direktoratet for e-helse har samarbeidet med og kartlagt aktørene i UoH- sektor for å bringe e-helse som kompetansemål inn i studieplanene. Direktoratet har gitt anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende utdanningskapasitet som inkluderer e-helse, digitaliserings- og IKT-kompetanse i helsefagutdanningene. Direktoratet for e-helse har bidratt til undervisningen i Nasjonalt topplederprogram, lederprogrammet for primærhelsetjenesten ved Høgskolen BI og LIS-utdanninger som allmen- og samfunnsmedisin. Direktoratet samarbeider med RHF-ene for å inkludere e-helse i e-læringsportalene. Direktoratet for e-helse vil følge opp igangsatt arbeid med å bringe e-helse ytterligere inn i grunn-, videre- og etterutdanningene.

Internasjonalt samarbeid

Direktoratet deltar i internasjonalt samarbeid gjennom Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD), Den europeiske union (EU), Verdens helseorganisasjon (WHO), Den internasjonale telekommunikasjonsunion (ITU) og Nordisk Ministerråd. I 2017 har Direktoratet for e-helse videreført sitt internasjonale samarbeid innenfor de overnevnte aktørene. Gjennom året har Direktoratet for e-helse blant annet videreført arbeidet i Europakommisjonens prosjekt Joint Action to Support the eHealth Network (JAseHN) som er inne i sitt avslutningsår. Videre har Direktoratet videreført arbeidet i det internasjonale rammeverksprogrammet Be He@lthy – Be Mobile som gjennomføres i regi av WHO og ITU. Målet er å redusere for tidlig død som følge av ikke-smittsomme sykdommer med 25 prosent innen 2025. Oppdraget er organisert under det Nasjonale velferdsteknologi-programmet. I desember 2017 debuterte Direktoratet med deltakelse i Helsedirektoratets WHO-forum. I etterkant bidro Direktoratet med saksdokumenter knyttet til velferdsteknologi og m-helse.

Representasjonsbesøk

Direktoratet for e-helse møtte helsekomiteen i Forbundsrepublikken Tyskland arrangert av Helse- og omsorgsdepartementet og i samarbeid med Legemiddelverket i mai 2017. Nasjonal styringsmodell og e-resept var hovedtema. Det finske Social- og helsevårdministeriet besøkte Norge i oktober som oppfølging av statsbesøket i 2016. Nasjonal e-helseløsninger, Én innbygger – én journal og Helsedata ble særlig adressert i møtene.

Direktoratet for e-helse har deltatt på ledernivå ved HIMSS- konferansen i Orlando (USA), Gartner- konferansen i Barcelona (Spania) og EU- møte om e-health (MALTA). I oktober 2017 deltok Direktoratet på den danske e-helsekonferansen E-sundhedobservatoriet og presenterte Norges nasjonale e-helsestrategi og Én innbygger – én journal.

Direktoratet for e-helse møtte Chief Clinical Information Officer mr. Keith McNeil fra NHS England under EHiN- 2017. Tema var digital transformasjon og ledelse av dette i helsesektoren, herunder etableringen av lærestol for utdanning av CCIO i NHS.

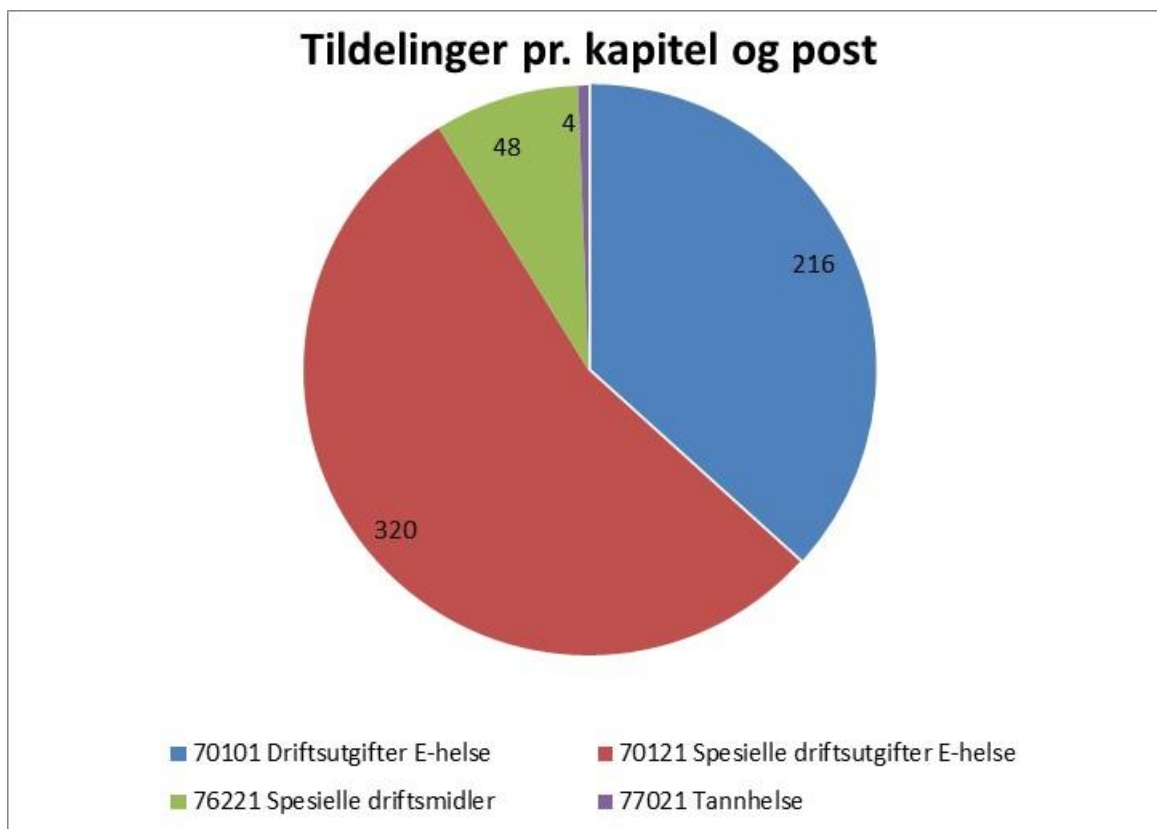
3.7 Ressursfordeling og resultater

Tildeling for 2017, samt årsrapporten, viser at Direktoratet for e-helse har hatt et høyt aktivitetsnivå.

Av direktoratets tildelte midler brukes noe over halvparten på forvaltning av de nasjonale løsningene. Disse omfatter drift og utvikling av kjernejournal, helsenorge.no, e-resept, grunndata og meldingsutveksling. Resterende brukes i hovedsak på utredningsarbeid knyttet til programmene, samt myndighetsutøvelse. De største programmene i 2017 var Program for felles infrastruktur (FIA), Én innbygger – én journal, Helsedataprogrammet, Velferdsteknologiprogrammet og Program for kodeverk og terminologi. Arbeidet knyttet til myndighetsutøvelse omfatter standardisering, kodeverk og terminologi, nasjonal styringsmodell, norm for informasjonssikkerhet, juridiske vurderinger og hørings svar.

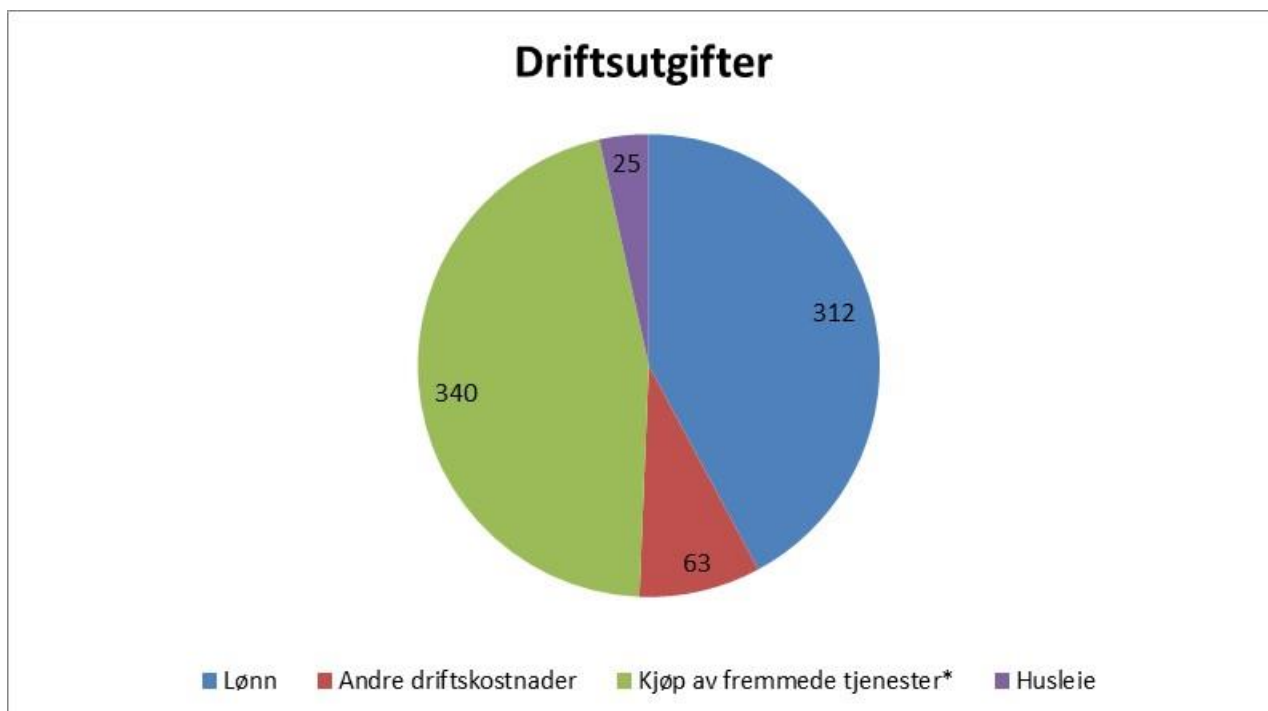
3.7.1 Tildeling og driftsutgifter

Tildelinger over statsbudsjett var kr 587,8 mill. i 2017. Se diagrammet nedenfor for fordeling per kapittel og post.



I tillegg hadde Direktoratet for e-helse inntekter pålydende kr 255,5 millioner kroner fra eksterne aktører i helsesektoren knyttet til den nasjonale porteføljen og forvaltning av nasjonale løsninger.

Diagrammet under viser driftsutgiftene fordelt på hovedutgiftsposter:



*Består hovedsakelig av kjøp av tjenester til utviklingsoppgaver, drift av nasjonale e-helseløsninger og drift av interne IKT-løsninger

Direktoratet for e-helse har stort behov for konsulenter i forbindelse med flere større utviklingsprosjekter. Bruk av konsulenter er en bevisst strategi for Direktoratet for e-helse. Den gir virksomheten fleksibilitet fordi Direktoratet for e-helse er en prosjektorganisasjon med endrede oppgaver fra år til år, noe som igjen krever ulike typer kompetanse. Jevn flyt av kompetanse utenfra gjør at direktoratet bedre evner å fornye og forbedre sin interne kompetanse. Konsulentbruk er en av flere måter å stimulere det private leverandørmarkedet på. I tillegg gir konsulentbruk større fleksibilitet ved endringer av oppgaveportefølje mellom Direktoratet for e-helse og andre aktører.

Det vises til ledelseskomentaren i del VI Årsregnskapet for nærmere forklaringer og vurderinger av vesentlige forhold ved direktoratets årsregnskap.

3.8 Utvikling og resultater for nasjonale løsninger som Direktoratet for e-helse forvalter

3.8.1 Kjernejournal

Kjernejournal er en elektronisk løsning som samler viktige helseopplysninger og gjør dem tilgjengelig for både innbyggere og helsepersonell. Dette er opplysninger som det er viktig at helsepersonell kjenner til ved behandling av en pasient, for eksempel alvorlige allergier, spesielle tilstander og bruk av legemidler. Kjernejournal gir tryggere helsehjelp og utgjør et supplement til de vanlige pasientjournalene hos fastlege, legevakt og sykehus. Innbyggere kan selv se sin kjernejournal på helsenorge.no, samt legge inn egne opplysninger.

Endringer som er gjort i 2017

I 2017 har Direktoratet for e-helse fokusert på innføring. Hele befolkningen har per mars 2017 fått kjernejournal. Kjernejournal er innført i akuttmedisinsk kjede. Det ble gjennomført en rekke oppgaver innenfor applikasjonsforvaltning – både tekniske forbedringer og funksjonelle forbedringer. De tre viktigste forbedringene er:

1. Kjernejournal har startet arbeidet med å gjøre data tilgjengelig via tjenestegrensesnitt (API) i tillegg til via portalen. Første leveranse er tjenestegrensesnitt for legemidler som blant annet er et behov i realisering av pasientens legemiddelliste.
2. Kjernejournal tilbyr en forbedret innsynstjeneste ved integrasjon med personvernkomponenten. Gjennom dette har foreldre med foreldreansvar fått digitalt innsyn i sine barns (0-12 år) kjernejournal. Det er også tilrettelagt for at innbyggere med fullmakt, kan få digitalt innsyn i fullmaktsgivers kjernejournal. Verger med vergefullmakt vil også kunne gis digitalt innsyn.
3. Kjernejournal er tilpasset bruk av HelselD. Dette er nødvendig for potensielt å få færre pålogginger til kjernejournal og er i tillegg nødvendig for å kunne innføre kjernejournal i pleie- og omsorgstjenesten. Integrasjonen med HelselD gir forbedringer slik at pålogget helsepersonell kan knyttes til den virksomheten de arbeider i selv om virksomheten benytter kommunens overordnede virksomhetssertifikat. Det å kunne identifisere brukerstedet, for eksempel et sykehjem, er en forbedring som er nødvendig for å ivareta personvernkrav om å logge i innbyggers brukslogg "hvem" og "fra hvilken virksomhet" oppslaget er gjort.

Innføringstakt

Direktoratet for e-helse samarbeider med de regionale helseforetakene om innføringsplaner for kjernejournal. Løsningen innføres samtidig til innbyggere, sykehus, legevakter og legesentre.

Utprøving av kjernejournal startet høsten 2013 i Trondheim og deretter i Stavanger våren 2014. Helse Vest innførte kjernejournal i hele sin region våren 2015, Helse Midt-Norge høsten 2015 og Helse Nord i 2016. Helse Sør-Øst begynte høsten 2015 og har ferdigstilt innføringen i 2017.

Tabell: Innføringen av kjernejournal, antall innbyggere, kommuner og helseforetak 2013-2016:

Kjernejournal er innført til (antall):	2014	2015	2016	2017
Innbyggere (av 5,2 millioner)	0,7	2,5	4,1	5,3
Kommuner (av 426) ⁹	47	233	356	426
Helseforetak (av 20)	2	8	16	20

Kilde: [Kjernejournal](#), [Direktoratet for e-helse](#)

Andel helsevirksomheter som har tatt i bruk kjernejournal

Innføring av nasjonale e-helseløsninger tar tid, da det er mange beslutningstakere og virksomheter involvert. I tillegg krever nye løsninger en viss teknisk tilrettelegging. Det er stor variasjon i virksomhetenes teknologiske plattformer og driftskompetanse.

Per 31. desember 2017 hadde 86 prosent av landets fastlegekontorer og 100 prosent av landets legevakter (av en viss størrelse, omfatter ikke legekontorer med legevaktfunksjon) tatt i bruk kjernejournal.

Bruk av kjernejournal blant helsepersonell

Per 1. desember 2017 hadde 12 426 helsepersonell tatt i bruk kjernejournal. Hver uke i 2017 ble det gjennomsnittlig gjort cirka 7 700 oppslag i kjernejournal. I november 2017 ble det gjennomsnittlig gjort cirka 10 600 ukentlige oppslag.

Registrering av kritisk informasjon i kjernejournal

Med kjernejournal blir en ny nasjonal standard for kritisk informasjon benyttet. Kritisk informasjon er et system med varsling av opplysninger som kan få avgjørende betydning for valg av helsehjelp. Alle leger har mulighet til å registrere kritisk informasjon for sine pasienter. I tillegg kan psykologer registrere psykiatrisk kriseplan, samt at sykepleiere i spesialavdelinger kan gjøre enkelte registreringer, eksempelvis kjemoterapi og pacemaker. Det antas at rundt 4-5 prosent (250 000) av landets innbyggere har kritisk informasjon som bør registreres. Per 1. desember 2017 har 21 000 innbyggere fått lagt inn kritisk informasjon i sin kjernejournal..

Innbyggers oppslag og registreringer i kjernejournal

På helsenorge.no kan innbyggerne logge seg inn for å se innholdet, samt registrere utvalgte opplysninger i sin kjernejournal. Per 1. desember 2017 hadde over 1 176 000 innbyggere sett på sin kjernejournal. Av disse slo 93 prosent opp på sine legemidler/resepter, 56 prosent på kritisk informasjon og 47 prosent på loggen over helsepersonell som har vært inne på

⁹ Kjernejournal er innført til legevakter og fastlegekontor.

deres kjernejournal. I november 2017 slo rundt 156 000 unike innbyggere opp sine legemidler/resepter.

Opplysninger som kan registreres av innbyggeren selv er kontaktpersoner, kommunikasjonsbehov og sykdomshistorie. Hver innbygger kan legge inn flere opplysninger. Per 1. desember 2017 hadde totalt 172 000 innbyggere lagt inn informasjon i egen kjernejournal.

Tabell: Antall innbyggere som har registrert ulike typer informasjon i sin kjernejournal* 2014-2017:

	2014	2015	2016	2017
Totalt antall innbyggere som har lagt inn informasjon	3 361	42 882	95 207	174 862
Type informasjon				
Kontaktpersoner	3 252	37 100	80 694	147 697
Kommunikasjonsutfordringer (syn, hørsel, tale eller språk)	65	563	1 233	5 729
Egenregistrert sykdom	716	10 606	22 142	40 836

* En innbygger kan legge inn flere opplysninger.
Kilde: Kjernejournal, Direktoratet for e-helse

Innbyggeres bruk av personverninnstillinger i kjernejournal

Innbyggerne kan velge å reservere seg mot kjernejournal, legge inn sperringer, blokkeringer, samt sette opp varslingsprofil. 5 043 innbyggere hadde per desember 2017 aktivt reservert seg fra kjernejournal, en endring fra 3 955 i desember 2016.

Beskrive overordnet hva som er planlagt de nærmeste årene, og hva som skal til for å realisere dette.

Kjernejournal er nå i økende grad tatt i bruk, men tilbakemeldingene fra helsetjenesten tilsier at det er et sterkt behov for å tilby kjernejournal tettere integrert i EPJ-systemet. Direktoratet for e-helse vil derfor fortsette arbeidet med å utvikle API i 2018. Ved at EPJ-systemet får informasjonen strukturert fra kjernejournal, slipper helsepersonell å kopiere opplysninger mellom de to systemene. Det åpner også muligheten for at EPJ automatisk kan gi beslutningsstøtte, samstemme opplysninger m.m. Arbeidet krever at kjernejournal publiserer API og at helsevirksomhetene bestiller tilpasning av sitt EPJ-system for bruk av API. Dette anses som det viktigste virkemiddelet for å øke registreringsgraden av kritisk informasjon i kjernejournal. Dette fordi en slik videreutvikling betyr at registrering av kritisk informasjon skjer en gang i EPJ-systemets brukerflate mens systemet sørger for at informasjonen lagres både til lokal EPJ og til nasjonal kjernejournal. API-et vil også tilby EPJ å hente kritisk informasjon fra kjernejournal som andre virksomheter har lagret i kjernejournal og lagre dette i lokal EPJ.

En annen hovedtilbakemelding fra sektoren er at helsepersonell må kunne få innsyn i journaldokumenter på tvers av virksomheter og nivåer. Nå som innbygger gis innsyn i journal risikerer helsepersonell å ha tilgang på færre opplysninger enn pasienten. I 2018 vil Direktoratet for e-helse starte planlegging av innsynsprosjekt, men er avhengig av at minst ett regionalt helseforetak deltar i arbeidet. Konseptet baserer seg på gjenbruk av XDS infrastruktur som allerede er etablert i forbindelse med innsyn i journal for innbygger.

3.8.2 E-resept

E-resept er et viktig bidrag til modernisering av legemiddelforvaltningen og til bedre samhandling i helsetjenesten. Løsningen gir tryggere legemiddelbruk, fordi omfanget av feil ved rekvirering og utlevering reduseres. Det har vært en gradvis innføring av e-resept fra 2011. Våren 2017 ble innføring av e-resept i helseforetakene slutført.

Reseptformidleren og Forskrivningsmodulen (FM) er tilrettelagt også for andre aktører, som tannlege og kommunal- helse og omsorgstjeneste. For å sikre at løsningen innføres og gevinstene kan hentes ut, fordrer det i dag at EPJ-leverandørene integrerer FM eller utvikler e-reseptfunksjonalitet i sine system samt at virksomhetene tar funksjonaliteten i bruk.

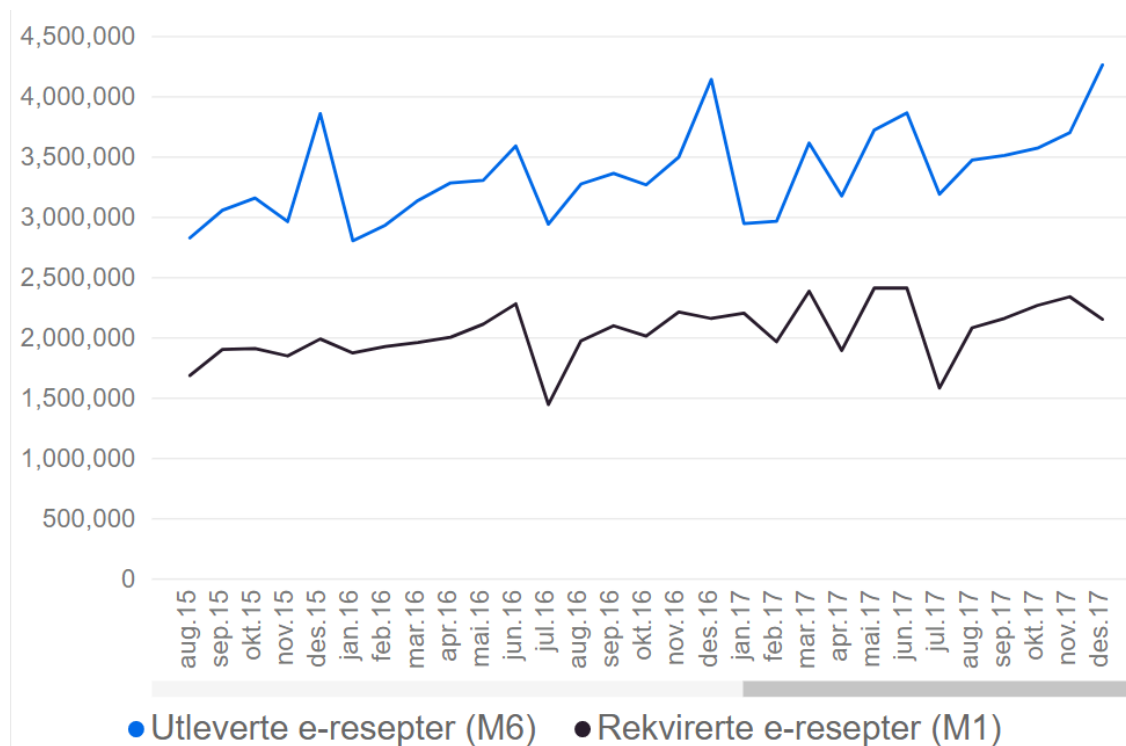
Det er siden våren 2013 jobbet kontinuerlig med å tilpasse e-reseptløsningen for også å inkludere støtte for multidose. Dette krever tilpasning i alle systemene i e-reseptkjeden og det har vist seg vanskelig å komme i mål med nødvendige endringer, særlig i fastlegenes-EPJ-systemer. I løpet av 2017 har imidlertid én EPJ ferdigstilt sin multidosefunksjonalitet og utprøving og innføring for leger som bruker dette EPJ-et vil gjennomføres i løpet av 2018.

Innføring av multidose for alle aktørene (EPJ) i e-resept samt at e-resept også tas i bruk i kommunal- helse og omsorgstjeneste er imidlertid en forutsetning for Pasientens legemiddelliste og et sentralt mål i både e-resepts produktstrategi og nasjonal strategi og handlingsplan for e-helse (2017-2022). Videre er det erfart at det er krevende å få gjennomført endringer i e-resepts verdikjede, da det fordrer at alle aktørene utvikler påkrevde endringer. I 2017 er det derfor gjennomført et konseptarbeid som har utredet mulige virkemidler for å oppnå nevnte gevinster på legemiddelfeltet. Det er besluttet å videreutvikle dagens forskrivningsmodul, samt gjøre det obligatorisk for virksomheter i e-reseptløsningen å kommunisere via denne. Formålet er å sikre forskrivningsfunksjonalitet av høy kvalitet til alle virksomheter i e-reseptkjeden og sikre at nødvendige aktørgrupper tar e-resept i bruk. Videre vil den sentrale forskrivningsmodulen (SFM) gi en mer fleksibel e-reseptløsning hvor også fremtidige endringsbehov enklere kan innfris.

Rekvireringer og utleveringer

Antall rekvirerte og utleverte e-resepter øker fordi flere legekantor, sykehus og helseforetak tar i bruk løsningen.

I desember 2017 ble det rekvirert over 2,1 millioner e-resepter. Samtidig ble det utlevert over 4,2 millioner reseptpliktige legemidler eller medisinsk forbruksmateriell. Det kan være flere utleveringer tilknyttet én e-resept.



Figur: Antall rekvirerte og utleverte e-resepter til desember 2017 (kilde: Reseptformidleren, M1 og M6).

Per desember 2017 utgjør e-resepter fra spesialisthelsetjenesten 11,3 prosent av totalantallet e-resepter.



Figur: Andel e-resept rekvirert i spesialisthelsetjenesten, mai 2015 – desember 2016 (kilde: Reseptformidleren, M1).

Nettapotek og nettbandasjist

Fra 1. januar 2016 ble det tillatt å sende reseptpliktige legemidler fra apotek til kunder i hele landet. Nettapotek-tjenesten ble lansert 19. oktober 2016 med tre leverandører. Gjennom

2017 har andel oppslag i Reseptformidleren via nettapotek økt jevnt. 28 834 innbyggere logget seg på et nettapotek og så på sin reseptliste i desember 2018. Det er én ny leverandør som jobber med å koble seg opp på løsningen for nettapotek i tillegg til de tre som tok løsningen i bruk ved oppstart. Videre er også nettjenesten tilpasset slik at også bandasjistene kan utvikle løsning for netthandel med kommunikasjon med Reseptformidleren.

3.8.3 Grunndata

Grunndata er en viktig byggestein i grunnmuren for å sikre enhetlig og lik informasjonsflyt innen helsesektoren i dag og er en samling av sentrale felles informasjonstjenester for helse- og omsorgssektoren. Porteføljen av informasjonstjenester eies av Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Norsk Helsenett (NHN), og plattformen driftes av sistnevnte.

De ulike informasjonstjenestene inneholder administrativ informasjon om person, personell, virksomhet og referansedata. Grunndata er en felles løsning med tette koblinger og avhengigheter. Tjenestene tilbyr søk, oppslag, lagring og distribusjon. Det er svært høye krav til tilgjengelighet, responstider og kvalitet i tjenestene. Grunndata skal være sannhetskilden som helsesektoren har tillit til.

I løpet av 2017 ble det etablert en produktstrategi (2017–2020) som speiler behovene i Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan. Produktstrategien er forankret med sektoren. Viktige tiltak, som enhetlig virksomhetsstruktur og nasjonale autorisasjonskilder har ikke blitt prioritert i NUIT. Dette innebærer at fremdriften på arbeidet forskyves i forhold til anbefalingene i produktstrategien. Behovet for å ta ned teknisk gjeld er stigende. Dette arbeidet skyves nå i tid.

Historisk sett er registre med administrative grunndata forvaltet enkeltvis. I dag leverer Grunndata administrative data i én enhetlig løsning som primært leverer konsumtjenester til sektoren, nasjonale e-helseløsninger og andre. For å sikre tydelige roller og ansvar, er det viktig å få besluttet en felles styrings- og forvaltningsmodell for grunndataplattformen.

I løpet av 2017 har grunndataplattformen hatt en økning i antall oppslag på 207 prosent mot 2016. Vi forventer en ytterligere vekst og har estimert dette til å bli 2,2 milliarder oppslag i 2018. Gjennom de to siste årene har veksten totalt sett vokst med 565 prosent. Økende bruk av Grunndata-tjenestene gir et økt antall komplekse utbedringsbehov fra sektoren som forventes å stige i årene fremover.

Grunndata har i løpet av de to siste årene opplevd en vekst på 565 prosent i antall oppslag. Dette stiller store krav til responstid og tilgjengelighet for sektoren. Norsk Helsenett har fått oppdraget med å levere en Høytilgjengelighetsplattform og har siden 2014 arbeidet med å levere denne for å ivareta robustheten. Dette arbeidet vil kunne være kritisk for å håndtere veksten som er forventet i bruk av Grunndata.

3.8.4 Helsenorge.no

Helsenorge.no er den offentlige helseportalen for innbyggere i Norge. Produktstyret for helsenorge.no har i 2017 utarbeidet produktstrategi med mål for hvordan plattformen skal skape verdi for innbyggere; helsesektoren; næringsliv, forskere og innovatører og samfunnet. Målene er:

- Bedre samhandling: Helsenorge.no skal gi bedre muligheter for samhandling mellom helseaktører og innbyggere. Innbyggere skal oppleve bedre sammenheng i pasientforløp på tvers av ulike behandlere.
- Fremme helse: Tjenestene skal muliggjøre et bedre helsetilbud med økt kvalitet. Løsningene skal støtte forebygging, folkehelse og bedre effekt av behandling - ved at behandlere får bedre forutsetninger for samhandling og at pasienter kan ta mer aktivt del i egen behandling og gode valg om egen helse.
- Forenkle helsesektoren: Helsenorge.no skal gi mer effektiv innbyggerdialog og muliggjøre frigjøring av ressurser for helsetjenestene og helseforvaltningen.
- Bidra til innovasjon: Helsenorge.no skal, i tett samarbeid med leverandører, næringsliv, sektoren og innbyggere, tilrettelegge for et rikt tilbud av kvalitetssikrede digitale helsetjenester. Det skal bli enklere for innovatører/forskere som vil tilby flere og mer verdifulle helserelaterte, digitale tjenester.

De viktigste fokusområdene de nærmeste årene skal i henhold til nasjonal handlingsplan for e-helse være:

1. Økt utbredelse av eksisterende tjenestetilbud
2. Utvikle og innføre nye digitale innbyggertjenester for å involvere innbygger i helsehjelpen
3. Stimulere til innovasjon

Endringer i utbredelse og tilgjengelighet i 2017

I 2017 økte bruken av kunnskapsinnholdet på åpne sider på helsenorge.no med 47 prosent og bruk av selvbetjeningsløsninger med 116 prosent. I snitt er det 50.000 besøk til åpne sider og 20.000 pålogginger daglig. Det gir betydelige ressursbesparelser for helse- og omsorgssektoren at innbyggere kan se status på henvisninger, sjekke resepter eller bytte fastlege.

Man ser også konkrete gevinster av etablerte løsninger. Ett eksempel på dette er selvbetjeningstjenesten Mine pasientreiser, som ble lansert i oktober 2016 og som gjør det mulig for pasienten å søke digitalt om refusjon for gjennomførte pasientreiser. Tjenesten har medført at en viktig pasientrettighet har blitt lettere tilgjengelig for folk flest. Antall søknader for reiser uten rekvisisjon viser en betydelig vekst etter innføring av digital selvbetjeningsløsning og innføring av forenklede dokumentasjonskrav. I tillegg er helseforetakenes kostnader til saksbehandling redusert som følge av at flere søker elektronisk og at saksbehandling og kontroll i større grad kan gjennomføres maskinelt.

Det har vært noe vekst i antall behandlere som tilbyr digitale samhandlingsløsninger på helsenorge.no i 2017.

- Fastlegene: Ved årsslutt tilbød ca.150 fastleger digital dialog via helsenorge.no mot 33 ved starten av 2017. En av de tre store journalleverandørene for fastlegene tilbyr DDFL (Digital dialog fastlege) for alle sine fastlegekunder. De to andre melder at de jobber med å stabilisere eller klargjøre løsningene før de vil tilby DDFL til sine fastlegekunder.
- Helse- og omsorgstjenestene i kommuner som Oslo, Bergen og Øvre Romerike gjennomførte nødvendig utvikling i de tre journalene som brukes i kommunene og startet pilotering av digitale tjenester i 2017.
- Spesialisthelsetjenesten:
 - Helse Nord og Helse Vest har jobbet med forbedringer i eksisterende tjenester for innsyn i pasientjournal, tilgangslogg, henvisninger og timeavtaler.

- Helse Vest har lansert informasjon om kontaktlege, flere muligheter for digital dialog med behandler og gjennomfører pilot for unge kronikere.
- Helse Midt-Norge har utviklet støtte for visning og varsling om timeavtaler (lansert for pilotavdeling i februar 2018).
- Helse Sør-Øst har igangsatt et prosjekt for digitale innbyggertjenester. Prosjektet gjennomfører forberedelser for å tilby innsyn i pasientjournal via helsenorge.no i løpet av 2018.
- Avtalespesialister: ingen tjenester eller aktivitet i 2017

Ny innholdsstrategi for helsenorge.no

19. juni 2017 ga Produktstyret for helsenorge.no sin tilslutning til ny innholdsstrategi 2017-2020. Strategien er utarbeidet gjennom et prosjekt ledet av Direktoratet for e-helse med representanter for de største bidragsyterne på innholdssiden. Disse er Helsedirektoratet, Helfo, Oslo universitetssykehus, Folkehelseinstituttet og Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten.

Strategien peker ut en klar retning og definerer roller, ansvar og krav til kvalitet. Det er lagt opp en treårsplan for å heve kvaliteten på innholdet. Videre skal det utvikles bedre redaktørverktøy, etableres en innholdsbank og tilbys et godt API, slik at kvalitetssikret innhold kan benyttes på tvers i sektoren og av private aktører.

Innholdsstrategien bidrar til forutsigbarhet for aktører som bidrar med innhold, til effektivisering av arbeidet med pasientinformasjon i helsesektoren og til at brukere kan være trygge på at helsenorge.no holder høy faglig kvalitet.

Videreutvikling av tjenestetilbudet på helsenorge.no i 2017

Investeringene i videreutvikling av tjenestetilbud via helsenorge.no var lavere i 2017 enn i 2016, men det ble likevel lansert viktige nye innbyggertilbud. Spesielt viktige nye områder i 2017 var:

- Helse- og omsorgstjenestene i kommunene har etablert innbyggertjenester på helsenorge.no og piloterer bruk av helsenorge i helsetjenestene i kommunen. Det er etablert støtte i de tre journalsystemene som benyttes i kommunene.
- Nye løsninger for register, forskning og helseundersøkelser er etablert. Folkehelseinstituttet (FHI), Helsedataprogrammet og nytt KPR-register har videreutviklet felleskomponenter som støtter samtykkehåndtering, gir innsikt i hvilke helseregistre som har informasjon om deg og gjennomføring av helseundersøkelser.
- Helse Vest gjennomfører en pilot der unge i aldersgruppen 13-15 år kan bruke digitale tjenester i samråd med foreldre og behandlere. Dette er et viktig bidrag til å avklare rammer og muligheter for digitale tilbud for unge.

Aktiviteten i spesialisthelsetjenesten har vært betydelig hemmet på grunn av forsinkelser i utviklingen av sentrale EPJ-systemer.

Tabellen under gir en mer detaljert oversikt over endringer i enkelttjenestene på helsenorge.no i 2017.

Tjeneste	Endringer i 2017
Nasjonale tjenester	
Kvalitetssikret informasjon	Kvalitetssikring og vedlikehold av informasjon om forebygging, helse, sunnhet, sykdom, behandling og pasientrettigheter; Enklere å finne informasjon om kliniske studier; Utvidet

Tjeneste	Endringer i 2017
	informasjon om pasientrettigheter og klageadgang.
Velg behandlingssted	Ingen større endringer
Nasjonale kvalitetsindikatorer	Ingen større endringer
Helsetrygdkort	Ingen større endringer
Meld bivirkninger	Ingen større endringer
Vaksiner	FHI og helsenorge.no har forberedt for å flytte "Mine vaksiner"-tjenesten inn på helsenorge.no
E-resept	Forberedelser for en fullverdig legemiddeltjeneste på helsenorge.no med informasjon fra Reseptformidleren og Kjernejournal (muliggjør avvikling av den tidlige "Mine Resepter" tjenesten med kun informasjon fra Reseptformidleren)
Egenandeler	Ingen større endringer
Kjernejournal	Enklere tilgang til å gjøre endringer i egen kjernejournal via relevante innganger på helsenorge.no
Pasientreiser	Reise med tillegg; forbedre bilagsopplastning; klage på vedtak; søknad med fullmakt; søknad pårørende; søknad ledsager
2. Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten	
Timer	Mindre forbedringer
Henvisninger	Mindre forbedringer
Pasientjournal inkl tilgangsløgg	Forbedringer og lansering av tilgangsløgg i Helse Vest (tilgjengelig i Helse Nord fra 2016)
Dialog og kontakter	Forbedringer og vise kontaktlege og muligheter for dialog med flere behandlere i Helse Vest
3. Digitale innbyggertjenester i primærhelsetjenesten	
Dialogtjenester kommune	Lansering av nytt tilbud om samhandling med helse- og omsorgstjenestene i kommunen.
Dialogtjenester fastlege	Ny funksjonalitet: Ulike timetyper, eks hastetimer og timer hos andre enn fastlege
Fastlegeinformasjon	Ingen større endringer
Bytte fastlege/ fastlegeordningen	Mulighet til å stå på venteliste
4. Digitale innbyggertjenester for registre forskning og samvalg	
Samvalgsverktøy	Etablert mandat og deltagere fra regionene og Helsedirektoratet til faggruppe for samvalg. Diverse forbedringer i malen for samvalgsverktøy på helsenorge.no.
Registerinfo og -dialog	Forberedelser for dialog og samtykkehåndtering for KPR; utsending av prøvesvar til forskningsdeltager i HUNT; mulighet til å dele resultater med fastlege; oppføringsregister og informasjon om forskningsprosjekter for HUNT/Helsedataprogrammet;
Deltakerdialog forskning	Forberedelser for utsending av folkehelseundersøkelse

Deling og stimulering til innovasjon

I samarbeid med Helsedirektoratet og i dialog med leverandører, forskere, behandlere og brukere har Direktoratet for e-helse analysert og beskrevet muligheter for å bruke digitale tjenester innen psykisk helse. Det har resultert i anbefalinger om infrastruktur og løsninger for å gjøre det enklere å bruke ulike digitale verktøy i behandlingen. Det har vært gjennomført leverandørmøter og en RFI som del av analysearbeidet.

Nye felleskomponenter utvikles slik at de tilrettelegger for bruk i tilknytning til eksisterende dialogtjenester. Nye innovative helsetilbud og spesialiserte løsninger for innsamling av data og interaksjon med innbygger kan hektes på helsenorge.no. Men det er nødvendig med noe videreutvikling både teknisk og praktisk for å realisere målsettingene som beskrives i produktstrategi for API.

- Felleskomponenter for digitale skjema er etablert i 2017. De støtter skjema og datautveksling og er tilrettelagt for innovative løsninger der aktører kan benytte ulike skjemasoftware, og i fremtiden apper eller måleapparater i datainnsamlingen.
- Ny sikkerhetsmodell med bruk av sikkerhetstoken – styrket sikkerhetsarkitektur i integrasjoner, kan også støtte bruk av eksterne apper og ulike digitale helseteknologier i innbyggertjenestene.

Det er en utfordring at det kreves både tekniske løft, retningslinjer og et tilgjengelig forvaltningsapparat for å kunne ha mange innovative løsninger knyttet til de nasjonale e-helsetjenestene.

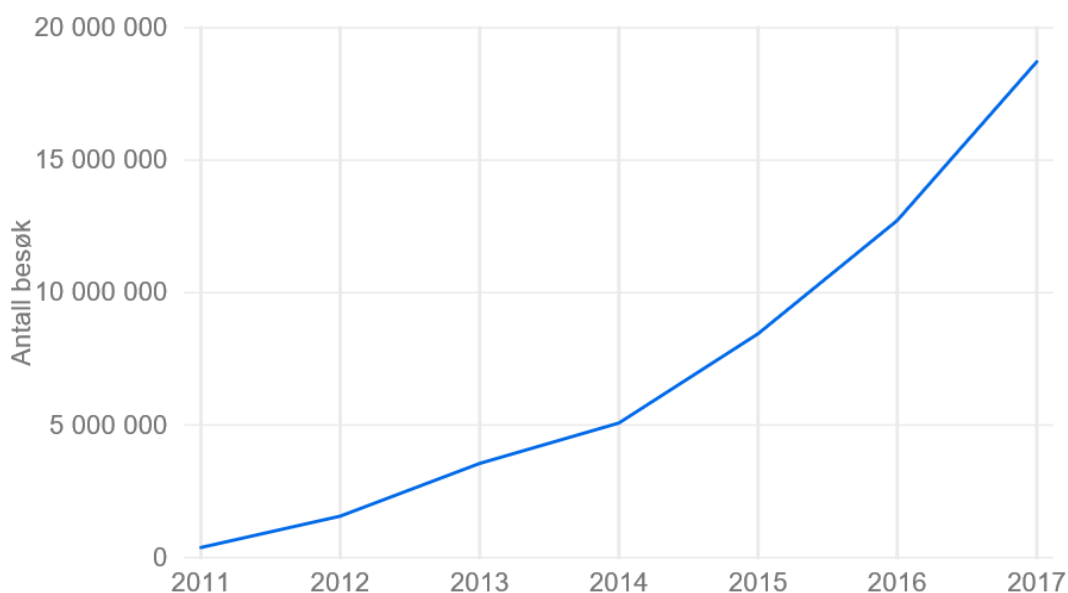
Hva kreves for å realisere målsettingene for digitale innbyggertjenester

Aktivitetsnivået innen både bredding, videreutvikling og tilrettelegging for innovasjon er lavere enn nødvendig for å innfri målene i produktstrategien for helsenorge.no. Spesielt tar det lenger tid enn ønsket å få økt utbredelse av tjenester i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegene. Manglende finansiering medfører at det er satt i gang få aktiviteter for å stimulere til innovasjon.

Å lansere digitale helsetilbud og samhandlingsformer krever beslutninger, prioritering og aktiviteter hos et stort antall aktører. Mange er usikre på kravene om digitale innbyggertilbud, hva det innebærer, hva man forplikter seg til, og hva det vil koste. Det gjør at bredding av tilbud går for sakte, og at det er insentiver for å vente på at noen andre tar ansvar for ønsket videreutvikling. Tydeliggjøring av krav om netthelsetjenester, rammevilkår og finansieringsmodeller er en forutsetning for raskere utbredelse av relevante samhandlingstjenester på helsenorge.no.

Antall besøk på helsenorge.no

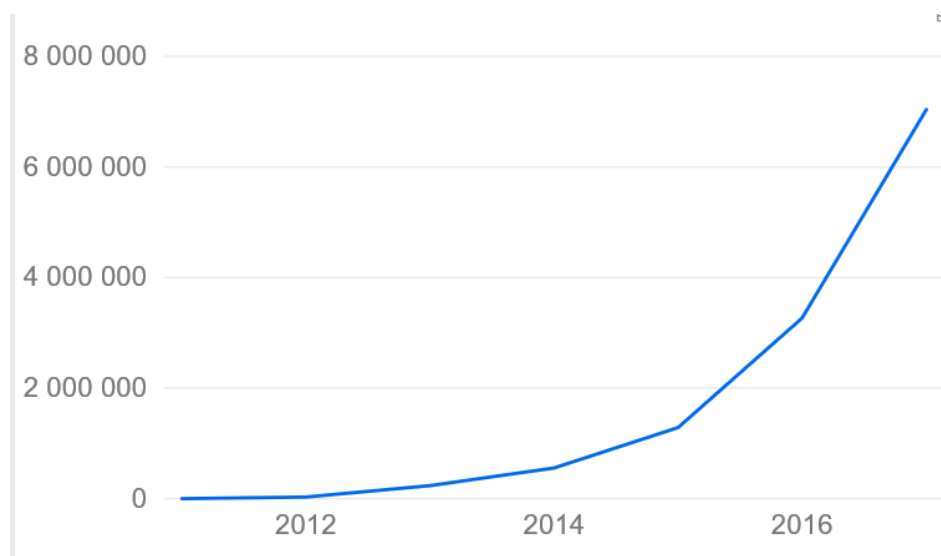
For 2017 hadde helsenorge.no i overkant av 18,7 millioner besøk til sammen.



Figur: Antall besøk på helsenorge.no. 2011-2017.

Bruk av innloggede tjenester

Helsenorge.no hadde mer enn dobling i antall innlogginger fra 3,2 millioner innlogginger i 2016 til rundt 7 millioner i 2017.



Kilde: ID-porten, DIFI

Figur: Antall innlogginger på helsenorge.no. 2011-2017.

Minevaksiner.no

Tjenesten Mine vaksiner lar innbyggere se vaksinasjonsstatus for seg selv og egne barn under 16 år. Man kan også skrive ut vaksinasjonskort på norsk og engelsk. Tjenesten leveres av Folkehelseinstituttet (FHI) og lenkes fra helsenorge.no. Mine vaksiner hadde 213 000 innlogginger til sammen i 2017.

Mineresepter.no

Mineresepter.no gir innbyggere oversikt over egne aktive resepter, legemidler de har fått utlevert hos apotek og antall utleveringer som er gjort.

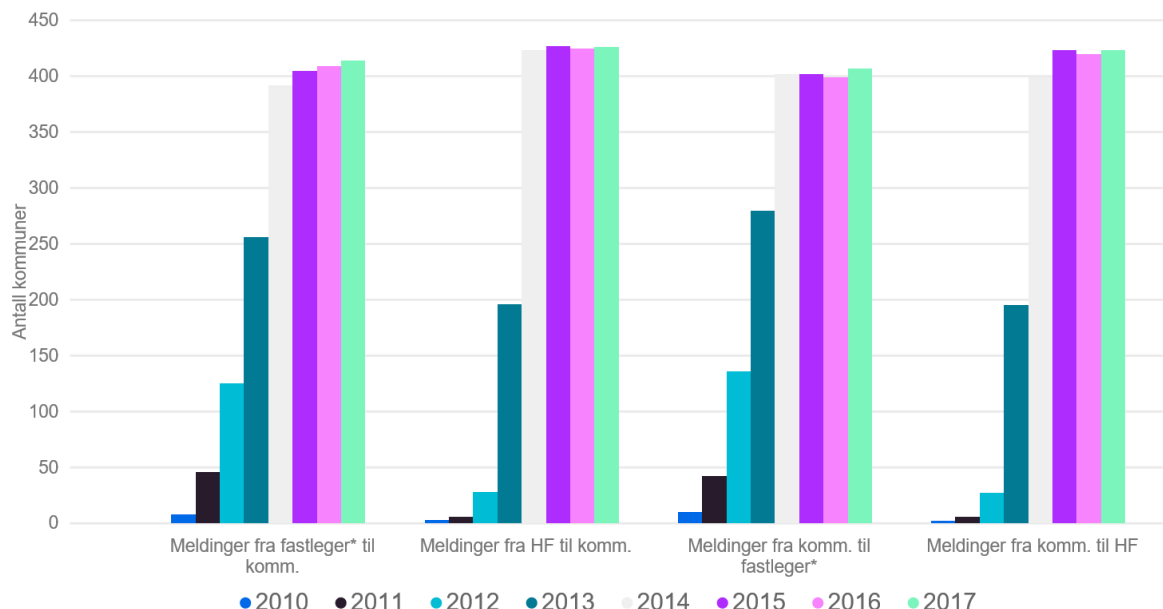
Mineresepter.no hadde i overkant av 2,86 millioner innlogginger i 2017.

3.8.5 Meldingsutveksling

Meldingsutveksling er en elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Kommunikasjon mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, fastleger og helseforetak (HF) skjer gjennom standardiserte meldinger via Helsenetttet og er dermed et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er tilkoblet Helsenetttet. På mange områder har elektroniske meldinger erstattet papirforsendelser. Eksempelvis er elektroniske henvisninger, epikriser, laboratoriesvar og automatisk frikort nå tatt bredt i bruk.

Antall kommuner med elektronisk meldingsutveksling



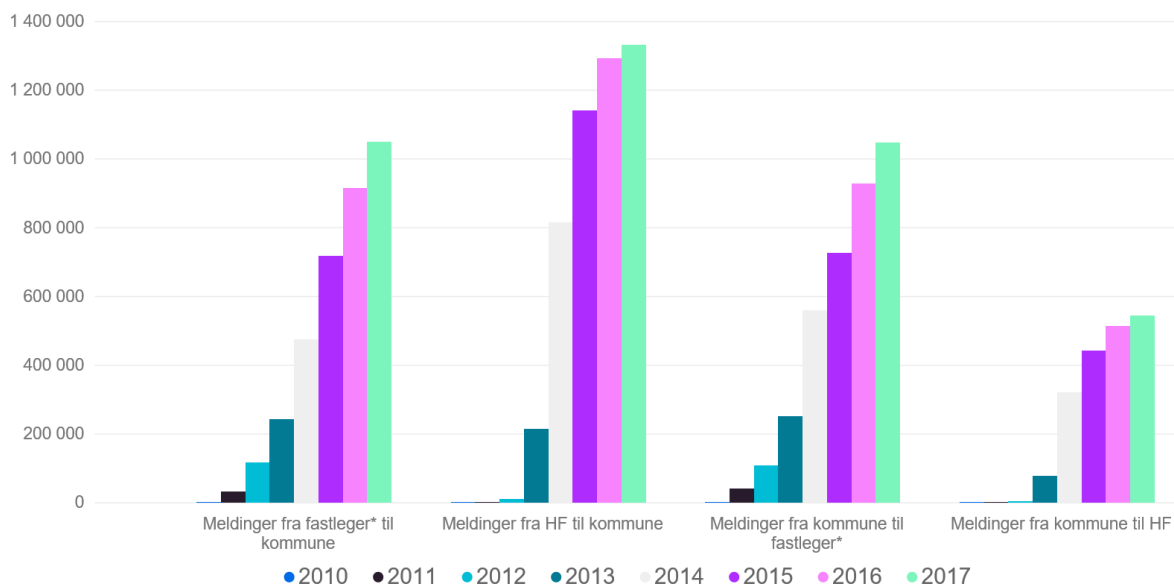
*Inkluderer også blant annet fysioterapeuter og avtalespesialister ("Privatpraktiserende autorisert helsepersonell").

Kilde: Norsk Helsenet (NHN)

Figur: Antall kommuner med elektronisk meldingsutveksling for utvalgte typer meldinger 2010-2017.

Antall sendte pleie- og omsorgsmeldinger

Antall pleie- og omsorgsmeldinger økte i perioden fra 2010-2017. I 2017 ble de fleste meldingene (rundt 1,33 millioner meldinger) sendt fra helseforetak/private sykehus til kommuner. Fra kommuner til helseforetak/private sykehus ble det sendt rundt 0,54 millioner meldinger. Fra kommuner til fastleger og fra fastleger til kommuner var det rundt 1 million meldinger fra hver.



*Inkluderer også blant annet fysioterapeuter og avtalespesialister ("Privatpraktiserende autorisert helsepersonell").

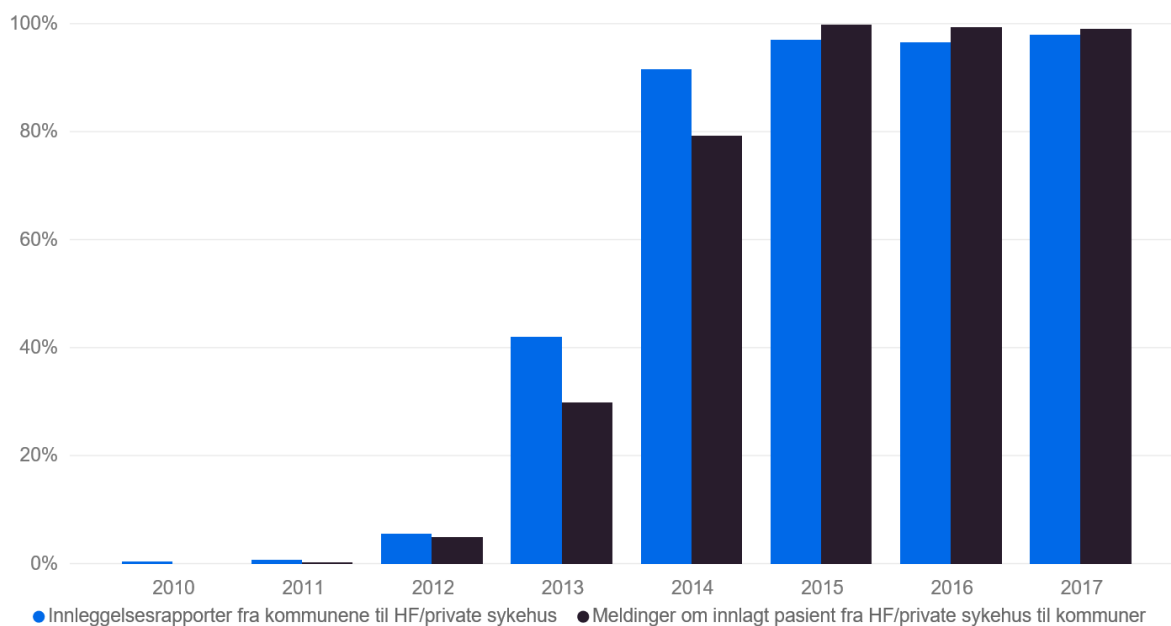
Kilde: Norsk Helsenett (NHN)

Figur: Antall sendte pleie- og omsorgsmeldinger 2010-2017.

Melding om innlagt pasient

Ved innleggelse av en pasient på sykehus skal det etter samtykke sendes elektronisk melding om innleggelsen til pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Dette gjelder for pasienter som allerede har et tilbud fra pleie- og omsorgstjenesten eller for pasienter som med stor sannsynlighet vil få behov for slike tjenester. Hvis pasienten allerede har tilbud om pleie- og omsorgstjenester, skal kommunen respondere med å sende en elektronisk innleggingsrapport.

I 2017 sendte nær alle kommuner innleggingsrapporter til helseforetak/private sykehus (98 prosent). Nær alle kommuner mottok også melding om innlagt pasient fra helseforetak og private sykehus (99 prosent).



Kilde: Norsk Helsenett (NHN)

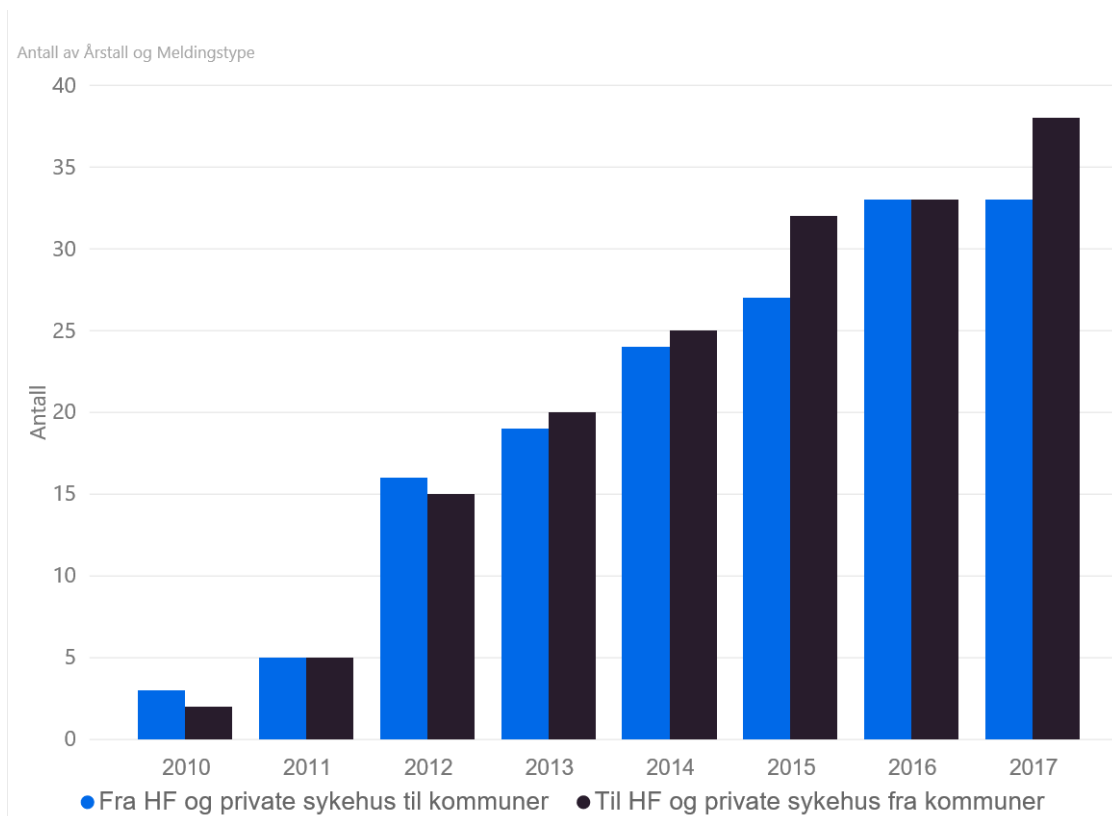
Figur: Andel kommuner som sender og mottar utvalgte helse- og omsorgsmeldinger til helseforetak og private sykehus 2010-2017.

Pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner

I 2017 utvekslet alle helseforetakene pleie- og omsorgsmeldinger med kommunene.

Helseforetakene har hatt støtte for dette siden 2014 og flere private sykehus har nå også tatt i bruk pleie- og omsorgsmeldinger.

I perioden 2014 til 2017 har det vært en økning fra 25 til 38 helseforetak og private sykehus som har utvekslet meldinger.



Kilde: Norsk helsenett (NHN)

Figur 4: Antall helseforetak og private sykehus som utveksler elektroniske helse- og omsorgsmeldinger med kommuner 2010-2016:

4. Styring og kontroll i virksomheten

4.1 Direktoratets overordnede vurdering av styring og kontroll i virksomheten

Direktoratet for e-helse har i all hovedsak nådd resultatkravene som er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Styring og kontroll av virksomheten vurderes som tilstrekkelig god, men det er samtidig fokus på å oppnå forbedringer. Direktoratets arbeid med porteføljestyring, sikkerhet, personvern og beredskap har hatt prioritet. I tillegg er det besluttet at det skal settes i gang et internt arbeid med å utrede en ny økonomimodell for Direktoratet for e-helse. Hensikten er å erstatte manuelle prosesser og dermed bidra til å redusere risiko for feil i økonomioppfølgingen.

Direktoratet for e-helse har fastsatt instruks for arbeid med internrevisjon. Instruksen er i henhold til kravene i R-117. Arbeidet vil gjennomføres ved kjøp av internrevisjonstjenester.

4.2 Porteføljestyring

En vesentlig del av oppdragene som er gitt til Direktoratet for e-helse blir løpende fulgt opp gjennom porteføljestyring. Denne styringsfunksjonen er i 2017 videreutviklet til å bli en sentral del av virksomhetsstyringen. Porteføljestyringen er en integrert del av budsjett- og virksomhetsplanleggingsprosessen. Den benyttes både som et styringsverktøy for løpende prioritering og balansering av tiltak, oppfølging og risikovurdering, samt som et verktøy for mer helhetlig analyse.

Ledergruppen i Direktoratet for e-helse får månedlig porteføljestatusrapporter, samt prognoser for økonomi til vurdering. I 2017 har 34 utviklingstiltak blitt fulgt opp gjennom direktoratets porteføljestyring. Direktoratets porteføljestyring er tett knyttet opp til den nasjonale porteføljestyringen. Metode og malverk fra DIFIs prosjektveiviser legges til grunn når prosjekter i direktoratet skal planlegges og gjennomføres.

I porteføljen rapporteres det på prosjektenes overordnede status. Per desember 2017 var det ingen prosjekter i rød sone. 32 prosent av prosjektene var i gul sone, mens 68 prosent var i grønn sone. Helsetilstanden i porteføljen forverret seg i perioden mai til august, men bedret seg siste halvdel av 2017.

4.3 Sikkerhet, personvern og beredskap

God informasjonssikkerhet og godt personvern er en forutsetning for å levere gode og sikre e-hesløsninger som befolkningen har tillit til. Flere nye tiltak har blitt iverksatt i 2017.

Sikkerhetsorganisasjonen i Direktoratet for e-helse har blitt styrket. Det har blitt ansatt en sikkerhetssjef med overordnet ansvar for sikkerhetsområdet. Det ble også besluttet å styrke fagområdet med ytterligere kompetanse, og det ble ansatt to nye erfarne ressurser som primært skal jobbe innenfor digitale innbyggertjenester og med helseanalyseplattformen.

Sikkerhetssjefen og personvernombudet har jevnlig møter med direktøren i Direktoratet for e-helse.

Et oppdatert og moderne ledelsessystem for informasjonssikkerhet i henhold til anerkjent standard er under arbeid, og flere sentrale dokumenter ble utarbeidet og godkjent i 2017. Direktoratet for e-helse har blant annet valgt å prioritere arbeidet med risikostyring. Gjennom dette arbeidet ble det tydeliggjort roller og ansvar, og prosess for gjennomføring i henhold til internasjonale standarder. Det blir jevnlig gjort risikovurderinger på sikkerhetsområdet. Vurderingene gjøres på flere nivåer i organisasjonen, og følges opp og rapporteres til hensiktsmessige ledernivåer. Vi gjennomgår kvartalsvis avvik av sikkerhetshendelser for å verifisere at restavvik er fjernet.

I den nasjonale sikkerhetsmåned (oktober) ble det gjennomført flere presentasjoner og andre aktiviteter for å styrke sikkerhetskompetanse og sikkerhetskultur. Aktivitetene ble godt mottatt. Andre tiltak for å høyne sikkerhetskultur og styrke sikkerhetskompetanse er identifisert og vil bli iverksatt.

Direktoratet for e-helse har ansvar for at det gjennomføres internkontroll og sikkerhetsrevisjoner av de nasjonale e-helseløsningene. Etter revisjonen av de nasjonale e-helsetjenestene helsenorge.no og e-resept, har direktoratets fagressurser iverksatt ytterligere forbedringer på sikkerhet- og personvernområdet. Utover dette ble det i 2017 besluttet å anskaffe en uavhengig revisjon også av kjernejournal og grunndata, av et eksternt selskap. Revisjonen begynte januar 2018.

Innebygd personvern og informasjonssikkerhet er viktig for å oppnå et godt sikkerhets- og personvernnivå. Direktoratet for e-helse har utarbeidet metoder for dette som er integrert i direktoratets prosjektmetodikk, basert på Difis prosjektveiviser.

Direktoratet for e-helse fikk i tildelingsbrevet for 2017 i oppgave å "gjøre nødvendige forberedelser for innføring av EUs personvernforordning i 2018, herunder vurdere nødvendige tiltak i egen virksomhet og for sektoren for øvrig. Arbeidet skal gjennomføres i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet". På bakgrunn av dette ble det etablert et prosjekt med interne ressurser hvor man kartla prosesser og systemer som behandler personopplysninger i E-helse. Videre utførte prosjektet også en GAP-analyse hvor man så på behov for tilpasninger i de nasjonale e-helseproduktene og i Direktoratet for e-helse for øvrig i henhold til GDPR-kravene. I tillegg hadde prosjektet ansvar for kartlegging av behov for tilpasninger og oppdatering av Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren. Prosjektet etablerte også en kommunikasjonsplan, for intern bruk, samt ut mot sektoren for øvrig.

Det er opprettet halvårlige kontaktmøter med Datatilsynet. Kontaktmøtene er en arena hvor Direktoratet for e-helse kan orientere om aktuelle saker og diskutere problemstillinger. Tidlig involvering og dialog med Datatilsynet skal bidra til å sikre godt samarbeid med tilsynet, og at det utvikles og forvaltes gode løsninger som ivaretar personvernet og informasjonssikkerheten på best mulig måte.

Direktoratet for e-helse har sendt tre avviksmeldinger til Datatilsynet i 2017. I Datatilsynets vurdering av avviksmeldingene vektlegges det i all hovedsak hvordan Direktoratet for e-helse iverksetter og følger opp de tiltakene som ble skissert i de ulike meldingen. Sakene vil av den grunn ikke følges opp av Datatilsynet.

For de nasjonale e-helseløsningene, er det gjort flere tiltak for å styrke 24/7-beredskapen og sikre en robust hendelseshåndtering. Kontinuitetsplaner for de nasjonale e-helseløsningene og beredskapsplanen for virksomheten er revidert og oppdatert. Det er etablert et opplærings- og øvingsregime. Direktoratet for e-helse har øvet både spesifikke funksjoner i beredskapsorganisasjonen, samt kriseutvalget. All øving er gjort som en del av et etablert regime, og inngår i et strukturert arbeid med kontinuerlig forbedring. Beredskapsorganisasjonen er ytterligere styrket gjennom etableringen av en egen avdeling for beredskap.

Det er gjennomført flere tiltak for å styrke samarbeidet med NHN, HelseCERT og Helsedirektoratet. Direktoratet for e-helses rolle i å understøtte Helsedirektoratets krisehåndtering er tydeliggjort.

4.4 Økonomi

Fra 01.01.17 ble Direktoratet for e-helse fullservicekunde av Direktoratet for økonomistyring (DFØ) for regnskap, lønn og reiseadministrasjon etter beslutning av regjeringen i 2016 for å legge til rette for mest mulig effektiv ressursbruk i forvaltningen. Direktoratet har beholdt eget tidsregistreringssystem. Dette vurderes nærmere i 2018.

I 2017 har økonomiavdelingen i direktoratet arbeidet med etablering av interne regnskapsrutiner, blant annet basert på at Direktoratet for e-helse ble fullservicekunde av DFØ 01.01.17. Dette arbeidet fortsetter i 2018.

Økonomistyringen i direktoratet er basert på at hver divisjon har en dedikert controller som månedlig utarbeider økonomirapportering til divisjonsledelsen. Økonomirapporteringen inneholder regnskap, budsjett og prognose, samt utvalgte nøkkeltall som årsverk og sykefravær. Rapporten sammenstilles på direktoratsnivå, og behandles i ledermøtet til Direktoratet for e-helse.

Direktoratet for e-helse er en prosjektorganisasjon hvor alle ansatte fører timer i henhold til hvilke prosjekter og/eller aktiviteter man jobber med. De økonomiske systemene er derimot ikke tilrettelagt for å ivareta denne informasjonen automatisk, og det er et stort manuelt arbeid å sette sammen månedlige prosjektrapporter med interne og eksterne timer, samt direkte prosjektkostnader. De interne timene er heller ikke reflektert i regnskapet i form av en kalkulatorisk timekostnad, men i form av lønnskontoering som det ikke er praktisk mulig å endre i takt med den reelle timeføringen. Direktoratet for e-helse har derfor besluttet at det i 2018 skal settes i gang et internt arbeid med å utrede en ny økonomimodell som ivaretar at timeføringen blir reflektert i regnskapet automatisk. Ny økonomimodell er avhengig av hvilke løsninger DFØ kan tilby innenfor området.

Direktoratet for e-helse er en av virksomhetene i staten med høyest andel e-faktura (EHF). I 2017 var hele 93 prosent av mottatte fakturaer i Direktoratet for e-helse elektroniske.

4.5 Arbeidsmiljø og likestilling

I 2017 har sentrale funksjoner som vernetjenesten, medbestemmelsesapparatet (MBA) og arbeidsmiljøutvalget (AMU) funnet sin form og gjort viktig arbeid.

Direktoratet for e-helse har et hovedverneombud med vara. Lokasjonene i Oslo og Trondheim har egne verneombud og vara. MBA har hatt månedlige møter og blant annet behandlet budsjettprosesser, strategiarbeid og organisasjonsendringer. AMU har hatt fire møter og behandlet etableringen av bedriftsidrettslag og velferdsutvalg. Sistnevnte opprettes tidlig i 2018. AMU har også vært involvert i utarbeidelse av retningslinjer for konflikthåndtering, varslingsrutiner og retningslinjer for atferd i kontorlandskap. I tillegg har AMU revidert Direktoratet for e-helses IA-mål- og handlingsplan. De har i tillegg vurdert hvordan Direktoratet for e-helse på best mulig måte kan kartlegge fysiske og psykososiale arbeidsforhold. AMU har også regelmessig gjennomgått statistikk for sykefravær, overtid og fleksitid.

Det gjennomsnittlige sykefraværet i 2017 var 5,9 prosent. Langtidsfraværet var høyere enn korttidsfraværet. I samsvar med regelverket har Direktoratet for e-helse arbeidet med å følge opp og tilrettelegge for langtidssykemeldte.

I tilknytning til medarbeiderundersøkelsen fra høsten 2016 har divisjonene i 2017 utformet handlingsplaner og fulgt opp tiltak. Det planlegges å gjennomføre ny medarbeiderundersøkelse i 2018.

Per 31.12.2017 var det 316 ansatte i Direktoratet for e-helse. 58 prosent var kvinner og 42 prosent var menn. Det var tre kvinner og to menn i ledergruppen.

5. Vurdering av fremtidsutsikter

I takt med den teknologiske utviklingen øker befolkningens forventninger til digitale tjenester. Digitalisering av helse- og omsorgstjenesten vil bidra til å realisere *pasientens* helsevesen. Nasjonal e-helsestrategi vektlegger at digitalisering av helse- og omsorgstjenesten skal bidra til at den oppleves enklere, bedre og mer helhetlig for innbyggerne. Pasienter vil i årene fremover få muligheter til en mer aktiv rolle og ta større ansvar for mestring av egen helse og sykdom.

Med en stadig eldre befolkning med flere sammensatte sykdomsbilder enn før øker behovet for mer spesialisert og koordinert helsetjeneste. Digitalisering av helse- og omsorgstjenesten vil bidra til bedre sammenheng i pasientforløpene. Det må sikres kontinuitet i ansvarsovergangene når pasienter behandles ved ulike enheter. Det skal særlig tilrettelegges for at legemiddelopplysninger deles gjennom hele pasientforløpet på tvers av organisatoriske enheter. Viktige helseopplysninger om pasienten skal deles i den akuttmedisinske kjede. Raskere og enklere tilgang på journalopplysninger skal bidra til økt pasientsikkerhet, økt kvalitet i behandlingen og redusere administrativ byrde for helsepersonell.

Den teknologiske utviklingen gir nye muligheter. Den gjør at helsehjelp kan gis på nye måter. Nasjonal e-helsestrategi peker på at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene. Dette vil for eksempel kunne redusere behovet for fysisk oppmøte og øke kvaliteten i tjenestene. Foreløpig er mesteparten av satsingen på dette området i primærhelsetjenesten. I årene fremover vil spesialisthelsetjenesten innføre løsninger som for eksempel gjør at spesialiserte tjenester leveres i pasientens hjem. Vi må også regne med økt bruk av teknologi som gjør det mulig med avstandsoppfølging av kronisk syke.

Nasjonal e-helsestrategi peker også på digitalisering av arbeidsprosesser som et strategisk område. Elektroniske pasientjournaler skal utvikles i retning av én gjennomgående journalløsning for hele helsetjenesten. Prosjektene som skal sikre dette pågår både i Midt-Norge, i de tre øvrige RHF-ene samt på nasjonalt nivå for kommunene. Her skal det investeres mange milliarder kroner til sammen i større anskaffelser. Det er viktig at løsningene som velges knyttes sammen på en måte som gjør at vi etablerer en helhetlig helsetjeneste. Det vil derfor være behov for en samlet innsats knyttet til samhandlingsløsninger og én felles grunnmur. De nye løsningene stiller store krav til helsefaglig standardisering på tvers av virksomheter for å sikre helhetlige pasientforløp. Dette utfordrer nasjonale fagmyndigheter til å ta en mer aktiv rolle, i samarbeid med virksomhetene og helsepersonell. Risikoen ved disse prosjektene er relativt høy og innebærer stor omveltning i måten helsetjenesten jobber på. Vi må derfor regne med stor oppmerksomhet og perioder med uro fra både politisk nivå, helsepersonell og innbyggere. Anskaffelsene utfordrer også dagens leverandørmarked og vi må regne med debatt om veivalgene.

Innrapportering og uthenting av data fra helseregistre skal forenkles, og det skal tilbys sammenstilte helsedata og avansert analysefunksjonalitet på tvers av helsedatakilder. Bedre bruk av helsedata vil gi muligheter for helseanalyse, forskning, kvalitetsforbedring, ledelse, innovasjon og næringsutvikling. For å oppnå disse målene er det viktig at innsatsen har en

tverrsektoriell tilnærming. Dette krever nye måter å jobbe på i alle ledd, herunder i departementene.

Mulighetene som ligger i digitalisering av helsetjenesten er store. Automatiseringsløsninger, i kombinasjon med løsninger som tilbyr avansert analyse og kunstig intelligens, antas å bli sentrale komponenter i en fremtidig helsetjeneste. For å lykkes, må grunnleggende forutsetninger være på plass. Det er behov for bedre IKT-ressursbruk i helse- og omsorgssektoren og de helsepolitiske målene krever at vi satser mer på nasjonale fellesløsninger. I dag finansieres en stor del av kostnadene til nasjonale e-helsetiltak gjennom Helse- og omsorgsdepartementets årlige budsjettbevilgninger til Direktoratet for e-helse. Dagens finansieringsmodell er ikke skalerbar over tid. Den mangler insentiver til riktig og kostnadseffektiv utvikling og bruk av nasjonale e-helseløsninger. For å realisere ambisjoner og tiltak det er tilslutning til, er det nødvendig å innføre nye finansieringsmodeller som tilrettelegger for at sektoren i større grad bidrar til finansiering av fellesløsninger.

Realiseringen av satsingsområdene bør gradvis gjennomføres på nye måter. Dette vil påvirke aktørenes roller og ansvar. Nye finansieringsmodeller som er mer langsiktige og helhetlige vil påvirke IKT-organiseringen i helse- og omsorgssektoren. Tilsvarende vil økt innsats for fellesløsninger påvirke roller og ansvar. Direktoratet har foreslått at det etableres en Nasjonal tjenesteleverandør med organisatorisk utgangspunkt i NHN. Den nasjonale tjenesteleverandøren skal ha ansvar for utvikling, forvaltning og drift. Tjenesteleverandøren vil også ha en rolle i å utvikle og anskaffe nasjonale løsninger. Bruk av markedet er en viktig forutsetning for å realisere ambisjonene i e-helsestrategien. Det vil også være behov for andre organisatoriske endringer. Det er derfor viktig at helsesektoren er innstilt på større endringer som gjennomføres gradvis.

For at direktoratet skal opptre som et myndighetsorgan som sektoren og leverandørene har tillit til og opplever at gir merverdi, må direktoratet være i kontinuerlig endring. Direktoratet for e-helse bør styrke sin rolle innenfor strategiområdet, blant annet for å sikre at sammenstilt kunnskap og analyser i større grad kan legges til grunn for strategiske beslutninger. For å møte behovet i sektoren, bør Direktoratet for e-helse styrke sin nasjonale rolle innen personvern og informasjonssikkerhet som sektorens rådgivende fagorgan. I tillegg bør Direktoratet for e-helse styrke sin nasjonale rolle innen arkitektur, e-helsestandarder, kodeverk og terminologi for å sikre effektiv og god informasjonsflyt i sektoren.

Det er nødvendig å styrke arbeidet med en felles grunnmur for digitale tjenester. Dagens grunnmur er mangelfull og dekker ikke behovene for felleskomponenter og grunnmurselementer fremover. Det må settes i gang tiltak for å utvikle nasjonal arkitektur og nasjonale fellestjenester som skal bidra til å realisere løsninger og tjenester som oppleves helhetlige og sammenhengende. En felles grunnmur for digitale tjenester omfatter arkitektur, standarder, terminologi og helsefaglige kodeverk, kritisk IKT-infrastruktur som Helsenetten og felles byggeklosser for samhandling, informasjonssikkerhet og personvern. Byggeklossene i den felles grunnmuren vil utvikles over tid samtidig som det vil etableres nye.

I årene fremover er det viktig at digitalisering er en grunnleggende del av all utvikling i helsesektoren. Digitalisering som fenomen bør inn som en dimensjon allerede i utdanningen av helsepersonell. Ledere i helsesektoren må beherske feltet slik at virksomhetene de leder er i stand til å innføre digitale løsninger og nye arbeidsprosesser, herunder bidra til nye pasientroller. I sentralforvaltningen er det viktig å bygge ned silotenkning som for eksempel

mellom primær- og spesialisthelsetjenester. Det er også viktig at finansieringen av helsetjenestene skjer på en måte som bidrar til at digitaliseringen gir gevinster.

Digitaliseringen vil innebære store endringer på alle områder og det følger med både muligheter og trusler. Mulighetene er knyttet til økt kvalitet og effektivitet. Digitaliseringen kan gi oss en helsetjeneste som er i stand til å møte morgendagens utfordringer. Kostnadene knyttet til digitalisering er imidlertid enorme og det kreves solide kompetansemiljøer for å sikre kvalitet i utviklingen. I tillegg utfordrer digitaliseringen personvern og informasjonssikkerhet på en ny måte. Det er viktig at helsesektoren tar disse områdene på alvor.

6. Årsregnskap

Ledelseskommentarer

Formål

Direktoratet for e-helse ble er et fagdirektorat og myndighetsorgan som ble opprettet i 2016, og er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Vår visjon er et enklere helse-Norge. Vårt samfunnsoppdrag er å bidra til en helhetlig og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som utnytter de teknologiske mulighetene, og involverer innbyggere for å bidra til bedre helse, bedre resultat av helsehjelp og bedre utnyttelse av kapasitet.

E-helse fører regnskap i henhold til kontantprinsippet, slik det framgår av prinsippnoten til årsregnskapet. Årsregnskapet utgjør del VI av årsrapporten til Direktoratet for e-helse.

Bekreftelse

Årsregnskapet er avlagt i henhold til bestemmelser om økonomistyring i staten, rundskriv R-115 fra Finansdepartementet, og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet i instruks om økonomistyring. Regnskapet gir et dekkende bilde av Direktoratet for e-helses disponible bevilgninger, regnskapsførte utgifter, inntekter, eiendeler og gjeld.

Vurderinger av vesentlige forhold

I 2017 har Direktoratet for e-helse samlet disponert tildeling på utgiftssiden á kr 587 827 000. Det er avgitt to belastningsfullmakter á kr 2 500 000 og á kr 400 000, jf. bevilgningsrapporteringen og note B, hvor kun én er benyttet pålydende kr 2 362 717. Det er mottatt fire belastningsfullmakter; kapittel 540, post 25 pålydende kr 7 500 000 hvor kr 7 499 538 er benyttet, kapittel 765, post 21 pålydende kr 1 000 000 og kr 2 200 000 hvor til sammen kr 2 499 054 er benyttet, samt kapittel 762.21 pålydende kr 250 000 som er benyttet i sin helhet.

Samlet tildeling på inntektssiden er kr 70 000 000. I henhold til tildelingsbrev kan Direktoratet for e-helse overskride bevilgning over kapittel 701, post 01 og 21 mot tilsvarende merinntekter over kapittel 3701, post 02.

Den totale utnyttelsesgraden av tildelingene, justert for merinntekt, er 95 prosent. Utnyttelsesgraden av tildelingene til kapittel 701, post 01 og kapittel 701, post 21 justert for merinntekt er 99 prosent.

Merutgiften for kapittel 701 Direktoratet for e-helse post 01 driftsutgifter ble kr 9 348 590. For kapittel post 701 Direktoratet for e-helse 21 spesielle driftsutgifter har Direktoratet for e-helse merutgifter på kr 170 689 159. Etter justering for avgitte belastningsfullmakter og inntekter fra eksterne prosjekter har Direktoratet for e-helse en mindreutgift på kr 5 441 422 for kapittel 701 post 01 og 21 som søkes overført til neste år i henhold til beregninger i note B.

Mindreutgiften for kapittel post 762 lege og fysioterapi – EPJ-løftet 21 på kr 32 531 038 skyldes at takstforhandlingene med Legeforeningen gjelder for avtaleåret 2017/2018.

For inntektskapittel 3701 diverse inntekter E-helse ble merinntekten kr 185 479 171 som skyldes utgiftsrefusjon knyttet til eksterne prosjekter.

Utbetalinger til lønn og sosiale utgifter beløp seg til kr 311 926 186, jf. opplysninger i note 2.

Lønnsandel av driftsutgiftene er på 42,1 prosent.

Sum andre utbetalinger til drift utgjorde kr 428 180 369, jf. oversikt over andre utbetalinger til drift i note 3. Den største utgiftsposten er kjøp av konsulenttjenester og utgjorde 79 prosent av den totale utbetalingen. Bruk av konsulenter er en bevisst strategi for Direktoratet for e-helse. Den gir virksomheten fleksibilitet fordi Direktoratet for e-helse er en prosjektorganisasjon med endrede oppgaver fra år til år, noe som igjen krever ulik type kompetanse. Jevn flyt av kompetanse utenfra gjør at Direktoratet for e-helse bedre evner å fornye og forbedre sin interne kompetanse, og konsulentbruk er en av flere måter å stimulere det private leverandørmarkedet på. Nest største post er leie av maskiner, inventar og liknende, og utgjorde 7 prosent, hvor igjen drift av kjernejournal er den største oppgaven.

Det ble i 2017 utbetalt kr 2 822 826 til ulike investeringer som primært er finansiert ved bruk av tildelte midler på kapittel 701 post 01. Investeringene er hovedsakelig knyttet til inventar, IT-maskinvare og lisenser.

Mellomværende med statskassen utgjorde per 31.12.16 kr 13 520 479, jf. note 8. Oppstillingen av artskontorrapporteringen viser hvilke eiendeler og gjeld mellomværende består av. Hovedårsaken til årets bevegelse i mellomværende på kr. 23 025 903 skyldes at mottatt forskuddsbetaling er inntektsført i 2017, og ikke balanseført som i 2016. Endringen er et resultat av Riksrevisjonens anbefalinger i forbindelse med at Riksrevisjonen gav Direktoratet for e-helse konklusjon med forbehold grunnet balanseføring i Riksrevisjonens beretning til Direktoratet for e-helse i 2016.

Tilleggsopplysninger

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet for Direktoratet for e-helse. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per d.d., men vi antar at revisjonsberetningen er klar i løpet av 2. kvartal 2018. Beretningen er unntatt offentlighet fram til Stortinget har mottatt Dokument 1 fra Riksrevisjonen, men vil bli publisert på Direktoratet for e-helses nettside så snart dokumentet er offentlig.

Oslo, 1. mars 2018



Christine Bergland

Direktør, Direktoratet for e-helse

Prinsippnote årsregnskapet

Årsregnskapet for Direktoratet for e-helse er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten ("bestemmelsene"), fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 1. januar 2017. Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, nærmere bestemmelser i Finansdepartementets rundskriv R-115 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av eget departement.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter en øvre del med bevilgningsrapportering og en nedre del som viser beholdninger virksomheten står oppført med i kapitalregnskapet. Oppstillingen av artskontorapporteringen har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter og en nedre del som viser grupper av kontoer som inngår i mellomværende med statskassen.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen og artskontorapporteringen er utarbeidet med utgangspunkt i bestemmelsene punkt 3.4.2 – de grunnleggende prinsippene for årsregnskapet:

- a) Regnskapet følger kalenderåret
- b) Regnskapet inneholder alle rapporterte utgifter og inntekter for regnskapsåret
- c) Utgifter og inntekter er ført i regnskapet med brutto beløp
- d) Regnskapet er utarbeidet i tråd med kontantprinsippet

Oppstillingene av bevilgnings- og artskontorapportering er utarbeidet etter de samme prinsippene, men gruppert etter ulike kontoplaner. Prinsippene korresponderer med krav i bestemmelsene punkt 3.5 til hvordan virksomhetene skal rapportere til statsregnskapet. Sumlinjen "Netto rapportert til bevilgningsregnskapet" er lik i begge oppstillingene. Alle statlige virksomheter er tilknyttet statens konsernkontoordning i Norges Bank i henhold til krav i bestemmelsene pkt. 3.8.1. Ordinære forvaltningsorgan (bruttobudsjetterte virksomheter) tilføres ikke likviditet gjennom året. Ved årets slutt nullstilles saldoen på den enkelte oppgjørskonto ved overgang til nytt år.

Bevilgningsrapportering

Bevilgningsrapporteringen viser regnskapstall som Direktoratet for e-helse har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet som Direktoratet for e-helse har fullmakt til å disponere. Oppstillingen viser alle finansielle eiendeler og forpliktelser Direktoratet for e-helse står oppført med i statens kapitalregnskap. Kolonnen *samlet tildeling* viser hva virksomheten har fått stilt til disposisjon i tildelingsbrev for hver kombinasjon av kapittel/post.

Mottatte fullmakter til å belaste en annen virksomhets kombinasjon av kapittel/post (belastningsfullmakter) vises ikke i kolonnen for samlet tildeling, men er omtalt i note B til bevilgningsoppstillingen. Utgiftene knyttet til mottatte belastningsfullmakter er bokført og rapportert til statsregnskapet, og vises i kolonnen for regnskap.

Avgitte belastningsfullmakter er inkludert i kolonnen for samlet tildeling, men bokføres og rapporteres ikke til statsregnskapet fra virksomheten selv. Avgitte belastningsfullmakter bokføres og rapporteres av virksomheten som har mottatt belastningsfullmakten og vises

derfor ikke i kolonnen for regnskap. De avgitte fullmaktene framkommer i note B til bevilgningsrapporteringen

Artskontorrapportering

Artskontorrapporteringen viser regnskapstall Direktoratet for e-helse har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Note 8 til artskontorrapporteringen viser forskjeller mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen.

Noter og oppstillinger

Oppstilling av bevilgningsrapportering

Oppstilling av bevilgningsrapportering 31.12.2017

Utgiftskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2017	Merutgift (-) og mindreutgift
0701	Driftsutgifter E-helse	01			215 743 000	225 091 590	-9 348 590
0701	Spesielle driftsutgifter E-helse	21			320 284 000	488 610 443	-168 326 443
0540	Digitale innbyggertjenester-hjemmbaserte	25			0	7 499 538	
0762	Spesielle driftsmidler	21			48 300 000	15 768 962	32 531 038
0765	Forprosjekt "Digitale verktøy innen psyki"	21			0	2 499 054	
0770	Tannhelse	21			3 500 000	3 497 856	
1633	Nettoføringsordningen for mva i staten	01			0	90 444 406	
<i>Sum utgiftsført</i>					587 827 000	833 411 848	

Inntektskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2017	Merinntekt og mindreinntekt(-)
3701	Diverse inntekter E-helse	02			70 000 000	255 479 171	185 479 171
5309	Tilfeldige inntekter i staten	29			0	396 076	
5700	Arbeids giveravgift	72			0	38 252 421	
<i>Sum inntektsført</i>					70 000 000	294 127 669	

<i>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</i>						539 284 179	
Kapitalkontoer							
60094301	Norges Bank KK /innbetalinger					241 291 947	
60094302	Norges Bank KK/utbetalinger					-803 602 029	
707017	Endring i mellomværende med statskassen					23 025 903	
<i>Sum rapportert</i>						0	

Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)							
					31.12.2017	31.12.2016	Endring
707017	Mellomværende med statskassen				-13 520 479	-36 546 381	23 025 903

Note A – Forklaring av samlet tildeling utgifter

Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter			
Kapittel og post	Overført fra i fjor	Årets tildelinger	Samlet tildeling
70101	5 000 000	210 743 000	215 743 000
70121	9 879 000	310 405 000	320 284 000
76221	28 300 000	20 000 000	48 300 000
77021		3 500 000	3 500 000
Sum	43 179 000	544 648 000	587 827 000

Note B – Forklaring til brukte fullmakter og beregning av mulig overførbart beløp til neste år

Kapittel og post	Stikkord	Merutgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre iht. avgitte belastningsfullmakter(-)	Merutgift(-)/ mindreutgift etter avgitte belastnings-fullmakter	Merinntekter / mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt	Omdisponering fra post 01 til 45 eller til post 01/21 fra neste års bevilgning	Innsparinger(-)	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
0701.01		-9 348 590		-9 348 590	0			-9 348 590	[5% av årets tildeling i note A]	-9 348 590
0701.21	"kan overføres"	-168 326 443	-2 362 717	-170 689 159	185 479 171			14 790 012	[5% av årets tildeling i note A]	14 790 012
0762.21		32 531 038		32 531 038				32 531 038	[5% av årets tildeling i note A]	32 531 038
0770.21		0		0				0		
xxxx70				0	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell		
xxxx75	"overslagsbevilgning"			0	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell		

*Maksimalt beløp som kan overføres er 5% av årets bevilgning på driftspostene 01-29, unntatt post 24 eller sum av de siste to års bevilgning for poster med stikkordet "kan overføres". Se årlig rundskriv R-2 for mer detaljert informasjon om overføring av ubrukte bevilgninger.

Forklaring til bruk av budsjettfullmakter

Mottatte belastningsfullmakter

Stikkordet «kan overføres»

Stikkordet «kan benyttes under»

Stikkordet «overslagsbevilgning»

Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre): Det er avgitt 2 belastningsfullmakter til Helsedirektoratet pålydende kr. 2.500.000 og 400.000, hvor kun den først er benyttet med kr. 2.362 717.

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter: For kappost 70101 og 70121 har direktoratet for e-helse tillatelse til å overskride bevilgningen mot tilsvarende merinntekter. Merinntektene er ikke fordelt pr. kappost slik at overførbart beløp for disse to kappostene må sees i sammenheng. Tilsammen blir dette kr. 5 441 422 som mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten.

Fullmakt til å overskride investeringsbevilgninger mot tilsvarende innsparing under driftsbevilgninger under samme budsjettkappittel

Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger til investeringsformål mot tilsvarende innsparing i de tre følgende budsjettår

Innsparing i regnskapsåret som følge av bruk av fullmakt til å overskride driftsbevilgninger til investeringsformål mot tilsvarende innsparing i de tre følgende budsjettår

Romertallsvedtak

Mulig overførbart beløp

Oppstilling av artskontorrapportering

Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2017

	Note	2017	2016
Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetalinger fra gebyrer	1	0	0
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	25 098 786	7 073 254
Salgs- og leieinnbetalinger	1	230 380 385	161 719 895
Andre innbetalinger	1	0	0
<i>Sum innbetalinger fra drift</i>		255 479 171	168 793 149
Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetalinger til lønn	2	311 926 186	239 842 598
Andre utbetalinger til drift	3	428 180 369	333 742 508
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		740 106 555	573 585 106
Netto rapporterte driftsutgifter		484 627 384	404 791 958
Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Innbetaling av finansinntekter	4	0	0
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		0	0
Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet			
Utbetaling til investeringer	5	2 822 826	2 126 071
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8B	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	38 061	44 475
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		2 860 887	2 170 546
Netto rapporterte investerings- og finansutgifter		2 860 887	2 170 546
Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.	6	1 897	0
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		1 897	0
Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten			
Utbetalinger av tilskudd og stønader	7	0	0
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		0	0
Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *			
Gruppelivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		394 179	354 322
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		38 252 421	29 927 633
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		90 444 406	65 578 584
<i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		51 797 805	35 296 629
Netto rapportert til bevilgningsregnskapet		539 284 179	442 259 132

Oversikt over mellomværende med statskassen **

	2017	2016
Eiendeler og gjeld		
Fordringer	0	0
Kasse	0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank	0	0
Skyldig skattetrekk	-12 129 470	-12 041 363
Skyldige offentlige avgifter	-1 402 942	-807 677
Annen gjeld	11 933	-23 697 341
Sum mellomværende med statskassen	8	-13 520 479

* Andre ev. inntekter/utgifter rapportert på felleskapitler spesifiseres på egne linjer ved behov.

** Spesifiser og legg til linjer ved behov.

Note 1 – Innbetalinger fra drift

	31.12.2017	31.12.2016
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
Sum innbetalinger fra gebyrer	0	0
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Tilskudd fra EU	1 594 063	1 833 718
Motkonto mot konto 2900	23 504 723	5 239 536
Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer	25 098 786	7 073 254
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Eksterne refusjonsinntekter	205 378 924	135 397 020
Tilfeldige inntekter (diverse inntekter post 01-29)	25 001 461	26 322 874
Sum salgs- og leieinnbetalinger	230 380 385	161 719 895
<i>Andre innbetalinger</i>		
Sum andre innbetalinger	0	0
Sum innbetalinger fra drift	255 479 171	168 793 149

Note 2 – Utbetalinger til lønn

	31.12.2017	31.12.2016
Lønn	249 155 608	217 547 100
Arbeidsgiveravgift	38 252 421	29 927 633
Pensjonsutgifter*	29 328 056	1 679 728
Sykepenger og andre refusjoner (-)	-9 472 496	-12 565 541
Andre ytelser	4 662 596	3 253 678
Sum utbetalinger til lønn	311 926 186	239 842 598
Antall årsverk:	316	306

Note 3 – Andre driftsutgifter

	31.12.2017	31.12.2016
Husleie	25 485 867	23 682 814
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	82 157	176 873
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	4 597 416	3 856 238
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	558 223	200
Mindre utstysanskaffelser	2 278 914	3 644 958
Leie av maskiner, inventar og lignende	30 143 888	28 141 094
Kjøp av fremmede tjenester	339 750 361	248 522 660
Reiser og diett	8 161 914	7 561 603
Øvrige driftsutgifter	17 121 628	18 156 069
Sum andre utbetalinger til drift	428 180 369	333 742 508

Note 4 – Finans

Note 4 Finansinntekter og finansutgifter

	31.12.2017	31.12.2016
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	0	0
Annen finansinntekt	0	0
Sum innbetaling av finansinntekter	0	0

	31.12.2017	31.12.2016
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	38 061	44 475
Valutatap	0	0
Annen finansutgift	0	0
Sum utbetaling av finansutgifter	38 061	44 475

Note 5 – Utbetalinger til investeringer og kjøp av aksjer

Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer

	31.12.2017	31.12.2016
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	1 774 650	13 060
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Beredskapsanskaffelser	0	0
Infrasstruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	1 048 176	2 113 011
Sum utbetaling til investeringer	2 822 826	2 126 071

	31.12.2017	31.12.2016
<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
Sum utbetaling til kjøp av aksjer	0	0

Note 6 – Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten

Note 6 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten

	31.12.2017	31.12.2016
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	1 897	0
Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten	1 897	0

Note 7 – Tilskuddsforvaltning

Note 7 Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten

	31.12.2017	31.12.2016
Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten	0	0

Note 8 – Sammenheng statskassen

Note 8 Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen.

Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen

	31.12.2017	31.12.2017	
	Spesifisering av bokført avregning med statskassen	Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	Forskjell
Finansielle anleggsmidler			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0	0	0
Sum	0	0	0
Omløpsmidler			
Kundefordringer	5 736 372	0	5 736 372
Andre fordringer	0	0	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
Sum	5 736 372	0	5 736 372
Langsiktig gjeld			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
Sum	0	0	0
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld	-10 213 229	0	-10 213 229
Skyldig skattetrekk	-12 129 470	-12 129 470	0
Skyldige offentlige avgifter	-1 815 953	-1 402 942	-413 012
Annen kortsiktig gjeld	11 933	11 933	0
Sum	-24 146 719	-13 520 479	-10 626 241
Sum	-18 410 347	-13 520 479	-4 889 869

* Virksomheter som eier finansielle anleggsmidler i form av investeringer i aksjer og selskapsandeler fyller også ut note 8 B

Del B Spesifisering av investeringer i aksjer og selskapsandeler

Aksjer	Ervervsdato	Antall aksjer	Eierandel	Stemmeandel	Årets resultat i selskapet	Balansført egenkapital i	Balansført verdi i
						selskapet	regnskap*
Selskap 1							
Selskap 2							
Selskap 3							
Balansført verdi 31.12.2017							0

* Investeringer i aksjer er bokført til anskaffelseskost. Balansført verdi er den samme i både virksomhetens kontospesifikasjon og kapitalregnskapet.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Postadresse

Postboks 6737
St. Olavs plass
0130 OSLO