



Direktoratet for  
e-helse

# Årsrapport for Direktoratet for e-helse 2018



**Publikasjonens tittel:**

Årsrapport for Direktoratet for e-helse 2018

**Utgitt:**

27. februar 2019

**Utgitt av:**

Direktoratet for e-helse

**Kontakt:**

postmottak@ehelse.no

**Postadresse:**

Postboks 221 Skøyen, 0213 Oslo

**Besøksadresse:**

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

# Innhold

<b>1. Leders beretning .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Introduksjon til virksomheten og hovedtall.....</b>	<b>6</b>
2.1 Omtale av virksomheten og samfunnsoppdraget.....	6
2.2 Omtale av organisasjon og ledelse .....	6
2.3 Utvalgte hovedtall.....	7
<b>3. Årets aktiviteter og resultater .....</b>	<b>10</b>
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 2018 .....	30
3.5 Nye oppdrag gjennom året.....	34
3.6 Forvaltningsoppgaver i henhold til hovedinstruks .....	39
3.7 Ressursfordeling og resultater.....	43
3.8 Utvikling og resultater for nasjonale løsninger .....	45
3.9 Meldingsutveksling.....	57
<b>4. Styring og kontroll i virksomheten.....</b>	<b>59</b>
4.1 Internrevisjonens vurdering av styring og kontroll av virksomheten .....	59
4.2 Porteføljestyring .....	59
4.3 Sikkerhet, personvern og beredskap.....	60
4.4 Økonomi .....	61
4.5 Arbeidsmiljø og likestilling .....	62
<b>5. Vurdering av fremtidsutsikter.....</b>	<b>64</b>
<b>6. Årsregnskap .....</b>	<b>66</b>
Ledelseskommentarer.....	66
Prinsippnote årsregnskapet.....	68
Bevilgningsrapportering .....	68
Artskontorapportering.....	69

# 1. Leders beretning

Digitalisering og effektivisering av helse- og omsorgssektoren vil kreve flere fellesløsninger. Direktoratet for e-helse skal være en viktig pådriver for disse. Som myndighet skal direktoratet ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i hele helse- og omsorgssektoren.

Nasjonal e-helsestrategi<sup>1</sup> ble lansert i 2017 og er helse- og omsorgssektorens felles strategi. Strategien samler aktørene om en felles utviklingsretning for IKT og digitalisering hvor det langsiktige målbildet er én innbygger – én journal. Strategien skal realiseres gjennom seks satsingsområder. I 2018 nådde vi viktige milepæler på alle disse områdene.

Våren 2018 ferdigstilte direktoratet konseptvalgutredningen for en felles journal- og samhandlingsløsning for kommunene<sup>2</sup>. Løsningen er ett av tre tiltak i veikartet for satsingsområdet *Digitalisering av arbeidsprosesser*. En moderne EPJ-løsning vil gi innbygger en mer helhetlig helsetjeneste og helsepersonell i kommunene vil få et bedre arbeidsverktøy. Høsten 2018 gikk anbefalingen gjennom en ekstern kvalitetssikring. Ekstern kvalitetssikrer mener konseptvalgutredningen er basert på en grundig behovsanalyse som tydelig viser at tiltaket er nødvendig, og anbefaler at forprosjektet settes i gang så raskt som mulig.

Helsedataprogrammet er et sentralt tiltak som skal bidra til å realisere satsingsområdet *Bedre bruk av helsedata*. I 2018 ble [helsedata.no](https://ehelse.no) lansert. Portalen gjør at forskere og andre brukere får enklere tilgang til helsedata. Videre ble det gjennomført en konseptvalgutredning for Helseanalyseplattformen<sup>3</sup> hvor alternativet Analyseøkosystemer ble anbefalt som teknisk utviklingsretning. Helseanalyseplattformen skal gi bedre, raskere, rimeligere og sikrere tilgang til helsedata på tvers av helseregistre og andre relevante datakilder. Plattformen skal gjøre komplette helsedata enkelt tilgjengelig for helseanalyse, styring, administrasjon, forskning, innovasjon og næringsutvikling. Ved å realisere et økosystem for helsedataanalyse, er ambisjonen å prøve ut og utvikle ny teknologi, slik som kunstig intelligens, maskinlæring, smarte algoritmer og fremtidsrettet analyse.

IKT og digitalisering gjør det mulig å yte *Helsehjelp på nye måter*. Helse- og omsorgstjenesten bruker i større grad teknologi for å yte helse og omsorg på avstand. Tjenester som eKonsultasjon, velferdsteknologi og hjemme-monitorering fra sykehus gjør hverdagen for pasienter og pårørende enklere. Helsenæringen er i stor vekst og vi kan forvente ytterligere innovasjon i årene fremover. Det fordrer en tydelig myndighetsrolle som skaper gode rammebetingelser for innovasjon og setter tydelige krav til kvalitet og sikkerhet. Den rollen skal Direktoratet for e-helse ta.

For å tilrettelegge for *bedre sammenheng i pasientforløpene*, er det særlig viktig å følge opp legemiddelfeltet systematisk og bidra med god IKT-støtte for helsepersonell og innbyggere. Det pågår en rekke initiativ og prosjekter som enten forbedrer eksisterende løsninger eller som skal levere nye løsninger. Direktoratet for e-helse har opprettet et

<sup>1</sup> Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022: [https://ehelse.no/Documents/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20handlingsplan/Nasjonal%20e-helsestrategi%202017-2022%20\(PDF\).pdf](https://ehelse.no/Documents/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20handlingsplan/Nasjonal%20e-helsestrategi%202017-2022%20(PDF).pdf)

<sup>2</sup> Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste: <https://ehelse.no/Documents/En%20innbygger%20-%20en%20journal/KVU%20c3%89n%20innbygger%20-%20c3%a9n%20journal%20Nasjonal%20c3%b8sning%20kommunal%20helse-%20og%20omsorgstjeneste.pdf>

<sup>3</sup> Konseptvalgutredning for Helseanalyseplattformen: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/27/Konseptvalgutredning%20for%20Helseanalyseplattformen.pdf>

program for å digitalisere legemiddelområdet. I 2018 har arbeidet med pasientens legemiddelliste vært prioritert. Pasientens legemiddelliste skal gi en oppdatert oversikt over legemidler som hver enkelt pasient bruker. Det er viktig å øke satsingen på dette feltet i årene fremover for å nå de politiske målsettingene om økt pasientsikkerhet.

*Felles grunnmur for digitale tjenester* er en forutsetning for kostnadseffektiv, sikker og enklere utvikling, bruk og forvaltning av digitale samhandlingsløsninger. Direktoratet har i 2018 laget en plan for å utvikle Grunnmuren. Planen er godt forankret i sektoren. Nå starter arbeidet med å sikre at eksisterende byggeklosser blir tatt i bruk og videreutviklet, samtidig som nye skal komme til.

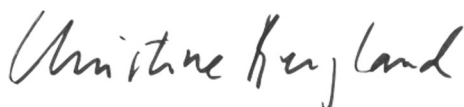
For å styrke leveransen på e-helseområdet, anbefalte vi i fjor å etablere en nasjonal tjenesteleverandør<sup>4</sup>. Parallelt pekte vi på behovet for at vi som Direktorat styrker vår myndighetsrolle og bidrar til tydelige og forutsigbare rammer for e-helseutviklingen. Det er nå satt i gang en rekke omstillingstiltak som samlet vil bidra til sterkere *Nasjonal styring og økt gjennomføring*.

Det er stor enighet i helse- og omsorgssektoren om at e-helsestrategien beskriver de riktige innsatsområdene. Samtidig er det ikke økonomisk handlingsrom for å gjennomføre alt samtidig. Direktoratet vil i 2019 legge frem forslag til en prioritert handlingsplan for Nasjonalt e-helsestyre. Aktørene vil i fellesskap ta ansvar for prioriteringen. Det haster med å få på plass nye, forutsigbare finansieringsmodeller slik at tiltakene som prioriteres faktisk kan realiseres samtidig som man sikrer forsvarlig og bærekraftig forvaltning av de nasjonale løsningene.

Helse- og omsorgssektoren er i full gang med å digitaliseres. Den teknologibaserte helsenæringen utvikler seg raskt. Kompleksiteten på e-helseområdet er høy. Dette setter stadig nye krav både til vår kunnskap og hvordan vi løser samfunnsoppdraget. Det trengs et solid kunnskapsgrunnlag som gir legitimitet til nødvendige prioriteringer. Direktoratet skal være det sentrale fagorganet for digitalisering av helse- og omsorgssektoren. I 2018 leverte vi for første gang en rapport med utviklingstrekk for e-helseområdet<sup>5</sup>. Rapporten skaper en felles faglig referanseramme for samstyring.

Selv om vi ikke er i mål, er vi på god vei til å bli den pådriveren vi må være for at helse- og omsorgssektoren skal lykkes med digitalisering.

Oslo, 27. februar 2019



Direktør, Direktoratet for e-helse

<sup>4</sup> Rapport IE-1031: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/32/Beslutningsunderlag%20for%20ny%20e-helseorganisering%20og%20nasjonal%20tjenesteleverandør.pdf>

<sup>5</sup> Utviklingstrekk 2018: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/26/Utviklingstrekk%202018%20-%20beskrivelser%20av%20drivere%20og%20trender%20relevante%20for%20e-helse.pdf>

## **2. Introduksjon til virksomheten og hovedtall**

### **2.1 Omtale av virksomheten og samfunnsoppdraget**

Direktoratet for e-helse er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. 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.

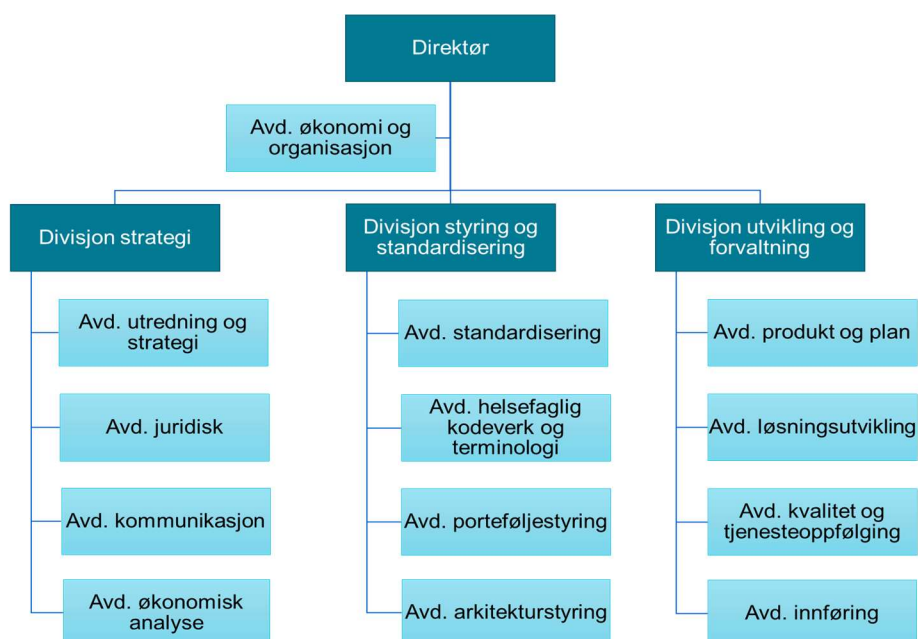
Visjonen vår er å skape et enklere helse-Norge. Som myndighet skal direktoratet ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i hele helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal etablere standarder, forvalte og realisere digitale, nasjonale e-helseløsninger som forenkler og forbedrer helse- og omsorgssektoren. Vi skal også bidra til at den nasjonale utviklingen av e-helse danner grunnlag for nyskaping og 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 327 ansatte fordelt på 324,8 årsverk (per 31.12.2018) og ledes av direktør Christine Bergland. Direktoratet har hovedkontor i Oslo, og ett kontor i Trondheim. Direktoratet er organisert i tre divisjoner med tilhørende avdelinger. Avdeling økonomi og organisasjon rapporterer til direktør.



Figur: Organisasjonskart for Direktoratet for e-helse per 31.12. 2018.

## 2.3 Utvalgte hovedtall

Utvalgte hovedtall		
Årsverk og antall ansatte	2017	2018
Antall årsverk*	314,4	324,8
Antall ansatte**	316	327
Antall årsverk justert for permisjoner	305,9	314,3
Økonomiske tall***	2017	2018
Samlet tildeling over statsbudsjett (millioner kroner)	587,8	860,8
Utnyttelsesgrad av tildeling****	95 %	95 %
Utnyttelsesgrad av tildeling kap. 701 post 21, kap. 744 post 01 og kap. 744 post 21	99 %	99 %
Lønnsandel av driftsutgifter	42,1 %	38,3 %

\* Antall årsverk er per 31. desember basert på ansettelsesforpliktelse

\*\* Antall ansatte er per 31. desember basert på ansettelsesforpliktelse

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

\*\*\*\* Utnyttelsesgrad av tildeling er justert for merinntekt

<b>Volumtall for nasjonale løsninger</b>			
<b>Helsenorge.no</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Besøk på helsenorge.no i løpet av året	12,7 mill.	18,7 mill.	25,6 mill.
Innlogginger på selvbetjeningsløsninger	3,2 mill.	7 mill.	12 mill.
<b>E-resept</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Totalt antall rekvirerte e-resepter årlig	24,1 mill.	25,8 mill.	26,6 mill.
Antall rekvirentvirksomheter	2 000	2 132	2 176
Andel solgte pakninger på e-resept <sup>6</sup> per 1.desember	88 %	91,1%	92 %
<b>Kjernejournal</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Antall forskjellige helsepersonell totalt som har gjort oppslag i kjernejournal per 1.desember	5 700	12 400	16 500
Antall oppslag i kjernejournal per uke per 1.desember	5 500	7 700	14 000
<b>Grunndata<sup>7</sup></b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Totalt antall oppslag	845 mill.	1 750 mill.	2 400 mill.
Trafikkøkning fra året før	336 %	207 %	37 %

### 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 2018 i overkant av 25,6 millioner besøk på helsenorge.no. Dette er mer enn dobling av antall besøk fra 2016.

Det er flere selvbetjeningstjenester tilgjengelig på helsenorge.no<sup>8</sup>. I 2018 var det rundt 12 millioner besøk på selvbetjeningstjenestene, en økning på 70 prosent sammenliknet med 2017. Økningen fra 2016 til 2018 er på 275 prosent.

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. Totalt ble det rekvirert 26,6 millioner e-resepter i 2018. Andel e-resepter av totalt antall resepter var per 1. desember 2018 på 92 prosent.

Kjernejournal er en digital løsning som samler viktige helseopplysninger og gjør dem tilgjengelig både for innbygger og helsepersonell. Alle innbyggere i Norge har fått opprettet

<sup>6</sup> Kilde: Apotekenes bransjestatistikk

<sup>7</sup> Grunndata består av informasjonstjenester som inneholder administrativ informasjon om person, personell og virksomhet.

<sup>8</sup> Beskrivelse av tjenester på helsenorge.no: <https://helsenorge.no/om-min-helse/tjenester>



kjernejournal. Per 1. desember 2018 har rundt 16 500 forskjellige helsepersonell gjort oppslag, en økning på rundt 33 prosent siden samme tid i 2017.

Grunndata består av informasjonstjenester som inneholder administrativ informasjon om person, personell og virksomhet. Grunndata er en felles løsning med tette koblinger og avhengigheter. Tjenestene tilbyr søk, oppslag, lagring og distribusjon. Antall oppslag var i 2018 totalt på 2,4 milliarder. Det innebærer en økning på over 1,5 milliarder oppslag per år sammenliknet med 2016.

## 3. Årets aktiviteter og resultater

### 3.1 Samlet vurdering av prioriteringer, ressursbruk, resultater og måloppnåelse

Direktoratets prioriteringer og ressursbruk i 2018 var i tråd med målene i Nasjonal strategi og plan for e-helse (2017-2022). Strategien ble utviklet sammen med sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren, og fikk sin tilslutning i Nasjonalt e-helsestyre. Strategien beskriver seks satsningsområder som samlet vil realisere det langsiktige målbildet for Én innbygger – én journal:

- Digitalisering av arbeidsprosesser
- Bedre sammenheng i pasientforløp
- Bedre bruk av helsedata
- Helsehjelp på nye måter
- Felles grunnmur for digitale tjenester
- Nasjonal styring og økt gjennomføringsevne

Innsatsen på disse seks satsningsområdene beskrives i mer detalj i de enkelte fagregnskapene nedenfor. Overordnet kan vi se tilbake på 2018 som et år der flere milepæler ble nådd, og der strategien befestet sin posisjon som et samlende og retningsgivende prosjekt for helse- og omsorgssektoren og innsatsen som legges ned i IKT og digitalisering.

Strategi utvikles ikke i et vakuum. For å sikre en strategi som er relevant, oppdater og virkningsfull for aktørene er det nødvendig å se mål og virkemidler i lys av bevegelser i omgivelsene. Med utgangspunkt i en analyse av drivere og trender for e-helse ble det i 2018 gjort en gjennomgang og vurdering av målene i strategi og plan. Funnene ble forelagt aktørene i styringsmodellen. Strategien i stort står seg godt. Samtidig ble det pekt på behovet for å innarbeide og løfte innsatsen på enkelte områder. For det første ba aktørene om å tydeliggjøre innbyggeren som en aktiv deltaker i utvikling og bruk av e-helseløsninger. For det andre, ønsket aktørene økt fokus på rammebetingelser og virkemidler for innovasjon og næringsutvikling. For det tredje, så de behovet for et løft for informasjonssikkerhet, beredskap og personvern. Disse tre områdene er nå innarbeidet og løftet i oppdatert strategi og plan.

Som fagregnskapet i denne årsrapporten viser, er det god fart på arbeidet med å realisere strategien. Viktige milepæler er nådd på alle de seks satsningsområdene. Bredden av helse- og omsorgssektorens virksomheter og personellgrupper er engasjert i arbeidet. Gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse møtes aktørene kontinuerlig for å skape felles forståelse, ta strategiske veivalg og gjøre prioritering. Det er essensielt for den videre strategiske fremgangen at vi opprettholder fellesskapet som styringsmodellen institusjonaliserer. Det er også viktig å videreutvikle tilhørende nasjonale prosesser for

strategi-, portefølje-, arkitektur- og forvaltningsstyring for å sikre helhetlige beslutningsunderlag.

Gjennom arbeidet med satsningsområdene og de milepælene som er nådd har også forutsetningene for videre strategisk måloppnåelse blitt tydeligere. Det handler om å utvikle virkemidler for prioritering, finansiering og organisering.

Fremover må vi forvente å prioritere hardere. Vi trenger gode kriterier og prosesser som gjør at aktørene som investerer i og høster gevinster av nasjonale e-helsetiltak kan gjøre dette i fellesskap og slutter opp om prioriteringene som blir gjort. Vi må videre igangsette de rette tiltakene i rett rekkefølge. Det fordrer at vi har tilgang til relevant kunnskap om avhengigheter og effekter på tvers av innsatsområdene i strategien, og på tvers av aktørene i praksisfeltet. For å få til det må vi utvikle solide fag- og analysemiljøer, og vi må stille krav til oss selv og de vi samarbeider med om at kunnskap blir aktivt brukt i beslutningsprosesser. Oppslutningen rundt felles strategi og prioritering av planen må utnyttes. Til det trengs gode finansieringsmodeller slik at felles vilje til innsats kan omsettes til økt gjennomføring i tråd med nasjonale mål.

I tillegg til strategisk prioritering og finansiering, er det behov for organisatoriske grep. Vi trenger en profesjonell leveransekraft og vi trenger en tydelig fagmyndighet og premissgiver for utviklingen. Arbeidet som nå skjer i parallell med etablering av en nasjonal tjenesteleverandør og videreutvikling av Direktoratet for e-helses samfunnsoppdrag, roller og virkemidler, blir viktig i året som kommer. Det er et stort engasjement for oppgavene som venter. Vi er fortsatt et ungt direktorat, men med det siste års utvikling rundt EPJ og samhandlingsløsninger, helsedata, nye tjenestemodeller og grunnmur har vi oppnådd mye som vi nå skal bygge videre på for å realisere de ambisiøse målsetningene vi har for én innbygger – én journal.

Direktoratet for e-helse har i 2018 i all hovedsak ivaretatt kravene til leveranser som ble gitt i tildelingsbrevene 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 2018 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 hovedinstruks for Direktoratet for e-helse.

### 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, beslutnings- og prosesstøtte og pasient- og brukeradministrasjon. Innbyggerne og helsepersonell skal ha tilgang til én samlet journal. Arbeidet med én innbygger – én journal er omfattende og langvarig og må gjennomføres med stegvise selvstendige prosjekter som styres overordnet nasjonalt.*

*Det langsiktige arbeidet følges opp gjennom jevnlig rapportering av status, og i dialog med departementet slik at eventuelle nye behov eller forutsetninger som endrer gjeldende planer følges opp.*

*Helseplattformen i Midt-Norge er et selvstendig prosjekt som gir mulighet for en regional utprøving av det nasjonale målbildet. Direktoratet for e-helse er representert i prosjektstyret og i helsefaglig referansegruppe for prosjektet.*

### **Overordnet vurdering: Status for arbeidet med hovedmålet**

Direktoratet for e-helse har utarbeidet en konseptvalgutredning (KVU) som vurderer mulige konsepter for etablering av en nasjonal journalløsning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utredningen ble overlevert i juli 2018, og er ett av de tre strategiske tiltakene i veikartet for å realisere det overordnede målbildet for Én innbygger – én journal.

Direktoratet anbefalte, med tilslutning fra Nasjonalt e-helsestyre, at det etableres en løsning for helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Målet er at alle kommuner og selvstendig næringsdrivende avtaleparter til kommunene, utenfor Midt-Norge, tar i bruk løsningen. Det anbefalte konseptet er vurdert som samfunnsøkonomisk mest lønnsomt, og har den høyeste mål- og kravoppnåelsen. Fra et innbyggerperspektiv vil konseptet gi høyest oppfyllelse av ambisjonen om Én innbygger – én journal og vesentlig bidra til en mer helhetlig og koordinert helsetjeneste og mer effektiv ressursbruk.

Høsten 2018 ble det på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet gjennomført en kvalitetssikring (KS1) av konseptvalgutredningen. Ekstern kvalitetssikrer anbefaler at konsept 7, en nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling, velges. Dette er i tråd med anbefalingen i konseptvalgutredningen.

Direktoratet har et godt samarbeid med Helseplattformen. Det har i 2018 vært omfattende møtevirkosomhet mellom Helseplattformen og Direktoratet for e-helse, herunder:

- representasjon i Helseplattformens programstyre og helsefaglige referansegruppe
- håndtering av nasjonale temaområder, med hovedvekt på kodeverk og terminologi, legemiddelområdet, grunnmur og pasientportal
- samarbeid og erfaringsutveksling knyttet til det nasjonale målbildet én innbygger – én journal, inkludert felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste med helhetlig samhandling

Samarbeidet vil fortsette i 2019 og ut innføringsperioden for Helseplattformen. 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.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Utarbeide et styrings- og beslutningsunderlag for en nasjonal løsning for pasientjournal og pasientadministrasjon for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Løsningen skal være integrert med spesialisthelsetjenesten.</i>	Ferdigstilt (KVU og KS1)

Helse- og omsorgsdepartementet har i tillegg til tildelingsbrev nr. 1 presisert at oppdraget for 2018 er å utarbeide en konseptvalgutredning (KVU) for å løse behov knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste,

og for samhandlingen med øvrig helsetjeneste. Konseptvalgutredningen ble levert i juli 2018. Ekstern kvalitetssikring ble gjennomført høsten 2018 og kvalitetssikrer oversendte sin rapport (KS1) til departementet i desember.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Følge opp arbeidet med alternative tilnærminger for deling av helseinformasjon mellom ulike aktører, og med nasjonale løsninger og registre. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med de regionale helseforetakene.</i>	Pågår

Direktoratet har ferdigstilt arbeidet med meldingsstandarder, og etablert målarkitektur for dokumentdeling. Arbeidet med grunnlaget for datadeling samt uttesting av dokumentdeling vil bli videreført inn i 2019. Arbeidet gjøres i tett samarbeid med alle relevante aktører i sektoren.

## **Hovedmål 2: Digitale tjenester til innbyggere og helsepersonell**

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.*

*Helsenorge.no er innbyggernes felles inngangsport til offentlige helsetjenester på nett. Målet er å utvide det digitale tilbudet av helsetjenester. Direktoratet for e-helse bistår Helsedirektoratet med faglige råd og veiledning knyttet til utredning av videre samordning av digitale helseinformasjonstjenester rettet mot ungdom. Det er et mål at helsenorge.no tilrettelegges slik at private leverandører kan lage nye verdikjæpende tjenester for innbyggerne. Dette vil bidra til at nye tjenester kan etableres raskere og skape innovasjon og næringsutvikling.*

*E-resept og multidose bidrar til økt pasientsikkerhet gjennom enklere og tryggere håndtering av legemidler i helsesektoren. Det er et mål å etablere en felles, nasjonal oversikt over pasientens legemiddelbruk. En oppdatert oversikt over legemidlene som*

*hver enkelt pasient skal bruke er et viktig tiltak for å øke pasientsikkerheten på legemiddelområdet.*

*Kvaliteten på svangerskapsomsorgen i oppfølgingen av gravide før fødsel økes gjennom å erstatte dagens papirbaserte helsekort med en elektronisk løsning. En elektronisk løsning må være tilgjengelig for helsepersonell som driver svangerskapsomsorg i primær- og spesialisthelsetjenesten og den gravide.*

*Nasjonalt velferdsteknologiprogram har som mål at bruk av velferdsteknologi og mobil helseteknologi skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenesten. En viktig del av arbeidet er å legge til rette for trygg og sikker datautveksling mellom velferdsteknologiske løsninger og relevante fagsystemer i helsesektoren.*

*Norge deltar i eHealth Network, som er opprettet av Europakommisjonen for å understøtte implementering av pasientrettighetsdirektivet. Direktoratet for e-helse deltar på ekspertnivå i Joint Action for å bidra til effektive løsninger for utveksling av pasientopplysninger mellom land i Europa.*

### **Overordnet vurdering: Status for arbeidet med hovedmålet**

For de nasjonale e-helseløsningene, helsenorge, kjernejournal og e-resept, utvikles det jevnlig nye og forbedrede tjenester for å understøtte mål om helhetlig pasientforløp. Digitale tjenester skal være lette å forstå og lette å bruke og det er derfor stort fokus på å involvere både innbyggere og helsepersonell i utviklingen av nye tjenester. I 2018 var det stor vekst i bruk av løsningene, både av helsepersonell og innbyggere.

I likhet med tidligere år har det vært en betydelig vekst i innbyggers bruk av helsenorge.no, spesielt for innloggede tjenester. Totalt var det i 2018 i overkant av 25,6 millioner besøk på helsenorge.no, og 12 millioner besøk på selvbetjeningstjenestene. Det var 36 prosent flere besøk og 70 prosent flere innlogginger enn i 2017. Ved utgangen av året hadde 2,3 millioner innbyggere opprettet et personlig helsearkiv på helsenorge.no. Dette er et arkiv hvor innbygger kan lagre dokumenter og vedlegg fra helsetjenesten på helsenorge.no

Innbyggerenes digitale tilbud utvides når nye helseaktører tar i bruk eksisterende digitale tjenester på helsenorge.no, og når det etableres nye digitale tjenester.

I 2018 er det kommunehelsetjenestene som har gitt flest innbyggere et bedre tilbud. Ved utgangen av 2018 bruker 1 av 3 fastleger helsenorge.no for digital pasientkontakt og om lag hver fjerde innbygger bor i en kommune der pleie- og omsorgstjenestene samhandler via helsenorge.no. I spesialisthelsetjenesten har Helse Midt pilotert timeadministrasjon og Helse Sør-Øst har forberedt for blant annet journalinnsyn i 2019. Innbyggere som bor i region Helse Nord og i Helse Vest har fremdeles tilgang på flest digitale tjenester via helsenorge.no.

Viktige nye tjenester på helsenorge.no i 2018:

- Forbedret visning av legemidler og mulighet for å vise elektroniske multidosemeldinger, samt funksjonalitet for innbygger for å kunne blokkere helsepersonells tilgang til resepter.
- Etablering av verktøy er et nytt område som tilretteleger for at et bredt utvalg av aktører (private og offentlige) kan levere digitale lærings- og mestringstilbud. Rask psykisk helsehjelp i Bærum kommune blir først ut med verktøy som kan avhjelpe søvnevansker.
- Mulighet til å registrere samtykke til organdonasjon og opprette donorkort.

- Bedre støtte for helseforskning og helsedata. Herunder støtte for fylkeshelseundersøkelser, innsyn i medisinsk fødselsregister og sysvak.
- Endringer i samtykke og fullmaktsstruktur som gjør det mulig å involvere pårørende på ønsket måte og oppfyller krav i GDPR.

Det er gjort ulike forberedelser for å bedre det digitale helsetilbudet for unge. Helse Vest har gjennomført en pilot for unge kronikere der barn/ungdom selv har fått tilgang til utvalgte digitale tjenester. Det er i samarbeid med Helsedirektoratet og ung.no gjort forberedelser for å bedre innbyggers tilgang til helseinformasjon. Prosjektet DigiHelsestasjon gjennomføres som et nasjonalt samarbeidsprosjekt, og skal utvikle de første nasjonale digitale innbyggertjenestene innenfor helsestasjon, skolehelsetjenesten og ungdomshelse i kommunene. Oslo kommune leder prosjektet og har etablert et samarbeid med Bergen kommune, Haugesund kommune og Stavanger kommune, KS og Direktoratet for e-helse. Prosjektet har tett dialog med de tre EPJ-leverandørene for helsestasjonstjenesten.

Kjernejournal har i 2018 hatt en positiv utvikling ved at løsningen har en god økning i antall oppslag fra helsepersonell. Det er fortsatt for liten registrering av kritisk informasjon for de pasientene dette gjelder. I 2018 er det utviklet et API for tett integrasjon til EPJ for at legene skal kunne registrere kritisk informasjon via EPJ, uten å måtte dobbeltregistrere informasjon i egen portal. Dette skal sikre at leger har mulighet for effektiv og sikker registrering av kritisk informasjon. Gevinster ved tiltaket avhenger av at virksomhetene bestiller støtte for API hos sine leverandører av journalsystemer.

I 2018 startet arbeidet med å etablere en ny tjeneste i kjernejournal for å kunne gi innsyn i journaldokumenter på tvers av virksomheter, regioner og omsorgsnivåer. Det pågår et samarbeid med Helse Sør-Øst for å kunne pilotere innsynsløsningen for helsepersonell (se kapittel 3.8.1 for ytterligere detaljer).

Formålet med pasientens legemiddelliste er å etablere en nasjonal, oppdatert oversikt over legemidler som hver enkelt pasient bruker. De nasjonale løsningene for både innbygger og helsepersonell, samt flere EPJ, er forberedt med støtte i forhold til iverksettelse av regelverksendring for personvernmekanismene (fra samtykke til reservasjon) 1.1.2019.

Forventet effekt av denne endringen vil være økt pasientsikkerhet gjennom reduksjon i antall uaktuelle resepter, som er en viktig forberedelse til pasientens legemiddelliste.

Sentral forskrivningsmodul er under utvikling. Dette er et viktig virkemiddel for å sikre raskere endringstakt hos EPJ innen forskrivning og sikre høyere kvalitet i forskrivning, og dermed bedre kvalitet i e-resept. Pasientens legemiddelliste vil ha stor nytte av at Sentral forskrivningsmodul er tatt i bruk av fastleger, kommunal pleie og omsorg samt spesialisthelsetjenesten.

Et nytt EPJ-system for fastleger ble i 2018 klar med løsning for multidose i e-resept, og utprøvingen startet opp i flere kommuner og vil fortsette i 2019. Multidose i e-resept er viktig for å oppnå tryggere legemiddelbehandling til multidosepasienter. I tillegg bygger pasientens legemiddelliste på denne løsningen, og utprøving av multidose i e-resept kan derfor gi viktige erfaringer til den videre prosessen for pasientens legemiddelliste.

<b>Styringsparameter</b>	<b>Status</b>
Status på bruk av kjernejournal i pleie- og omsorgstjenestene, med vurdering av effekter og måloppnåelse.	Utprøving er ikke startet.

Kommunal pleie- og omsorgstjeneste mangler fortsatt teknisk mulighet til å ta i bruk kjernejournal, og Direktoratet for e-helse jobber i samarbeid med kommunerepresentanter for at EPJ-leverandørene skal utvikle støtte for kjernejournal-portalen i 2019. Dette er viktig for å kunne ta ut det fulle gevinstpotensialet av kjernejournal – herunder gevinster knyttet til innsyn i journaldokumenter på tvers av omsorgsnivåene.

30 kommuner har meldt interesse for dialog om utprøving av Kjernejournal-portalen.

Pleie- og omsorgstjenesten utgjør et stort antall virksomheter og helsepersonell. Effektiv innføring fordrer at tilgangsstyringen i HelselD er skalerbar. Tilgangen krever autentisering på sikkerhetsnivå 4, og kommunene har i liten grad tatt i bruk slik sikkerhetsinfrastruktur. Kjernejournal vil være blant de første løsningene som tas i bruk i kommunal omsorgstjeneste som krever dette sikkerhetsnivå. Tilbakemeldinger fra kommunene er at disse kostnadene medfører at innføringen vil ta tid, og at kjernejournal vil tas i bruk gradvis i den enkelte kommunes virksomheter.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Starte innføring av kjernejournal i pleie- og omsorgstjenestene.</i>	Under arbeid

Direktoratet for e-helse startet i 2018 med mobilisering av kommunene og avtaleinngåelse med et utvalg utprøvkommuner. Etter planen skal utprøvingen starte i 2019.

Se forøvrig punktet over.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>I samarbeid med de regionale helseforetakene utvikle teknisk løsning for samtykke til organdonasjon i kjernejournal og gjøre nødvendige tekniske endringer på helsenorge.no. Utviklingen sees i sammenheng med den nasjonale informasjonskampanjen for organdonasjon.</i>	Ferdigstilt

En løsning for registrering av samtykke for organdonasjon er utviklet på helsenorge.no med registrering i Kjernejournal. Informasjon om organdonasjon og pårørende vises for helsepersonell i kjernejournal. Ved utgangen av januar 2019 har i underkant av 200.000 innbyggere registrert seg som donor.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Lede arbeidet med pasientens legemiddelliste i tråd med gjeldende planer. Roller og ansvar for utvikling, drift og forvaltning av løsningen skal avklares i samarbeid med relevante aktører.</i>	Pågår

Forskriftsendringer for å tilrettelegge for pasientens legemiddelliste trådte i kraft 1.1.19. Arbeidet med pasientens legemiddelliste i 2018 har omfattet spesifikasjoner og tilrettelegging av de nasjonale løsningene til regelverksendringene. Flere EPJ-systemer er endret i tråd med personvernendringene, men det gjenstår fremdeles utvikling i to EPJ-er som må følges opp i 2019.

Det er gjort tilpasninger i nasjonale løsninger for å tilrettelegge for Pasientens legemiddelliste (PLL). Forskrivningsmodulen er integrert med Kjernejournal for strukturert legemiddelinformasjon for ikke-rekvirenter. Helsenorge.no er tilrettelagt med funksjonalitet for



at innbyggere kan blokkere helsepersonell fra innsyn, logg over rekvirent, samt visning av PLL til innbygger. Visning av legemiddellisten er i dag kun gjeldende for pasienter som inngår i multidose i e-resept, men funksjonaliteten ligger klar til PLL innføres.

PLL-prosjektet har gjennomført møter med medisinsk faglig arbeidsgruppe gjennom hele året. Gruppen har kommet med nødvendig grunnlag og anbefalinger for å kunne gå i gang med utarbeidelse av veileder for PLL. Dette arbeidet er imidlertid satt på vent som følge av manglende ressurser i Helsedirektoratet til ledelse av arbeidet, og manglende budsjett i E-helse til å delta i arbeidet i 2019. Regelverksendringene for pasientens legemiddelliste trådte i kraft 1.1.19, og informasjonskampanje mot innbygger og helsepersonell startet opp i januar. Prosjektet har etablert samarbeid med Helse Vest og Bergen kommune om oppstart av begrenset utprøving av PLL fra 2020.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Gjennomføre utprøving av en nasjonal løsning (knutepunkt) for datautveksling mellom velferdsteknologiske løsninger og relevante fagsystemer. Utprøvingen skal skje i samarbeid med Helsedirektoratet, Norsk Helsenett SF og aktuelle kommuner. Det skal innen 1. oktober 2018 utarbeides rapport basert på erfaringene som gir anbefaling om videre arbeid.</i>	Rapport ferdigstilt. Utprøvingen er forlenget.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram leverte 1.oktober 2018 en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om å videreføre utprøvingen av nasjonalt knutepunkt-tjeneste for velferdsteknologi frem til 1.oktober 2019, for å prøve ut nasjonale standarder sammen med flere kommuner, leverandører og pasientjournalssystemer.

I Tillegg til tildelingsbrev nr. 14. ga departementet direktoratet i oppdrag å videreføre arbeidet i tråd med de overordnende anbefalingene i rapporten med konkrete justeringer.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Direktoratet for e-helse skal i løpet av 2018 i samarbeid med Helsedirektoratet etablere ny løsning for kliniske studier på helsenorge.no, som erstatter dagens nettside kliniskestudier.helsenorge.no. Arbeidet baseres på forbedret løsning for publisering av kliniske studier i regi av Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten. Nettsiden skal også inneholde informasjon om nasjonal ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine behandlingsmuligheter, enten etablert eller utprøvende, i Norge eller utlandet.</i>	Ferdigstilt

Ny, mer brukervennlig løsning for Kliniske studier er utviklet og opprettet. Ca. 300 kliniske studier i Norge er omtalt. Innholdet leveres av Helsedirektoratet og Oslo universitetssykehus. Siden gir bred informasjon om Ekspertpanelet, med bl.a. hva de gjør, hvem ordningen er til for og hvordan bli henvist til vurdering.

### **Deltakelse i eHealth Network**

eHealth Network er EU-kommisjonens organ for adopsjon av retningslinjer og standarder på e-helsefeltet i EU. Helse og omsorgsdepartementet (HOD) representerer Norge med observatørstatus i eHealth Network sine møter to ganger i året. Direktoratet for e-helse har en saksforberedende rolle, og bisitter HOD i møtene. I 2018 har eHealth Network sitt fokus vært konsentrert om sluttleveransene fra og avslutning til det andre CEF-finansierte e-helseprosjektet kalt Joint Action Supporting eHealth Network (JAseHN), som var ledet av

Østerrike. Norge deltok i flere arbeidsgrupper i dette prosjektet, både innenfor områdene standardisering, oppsummerte pasientopplysninger og e-resept, samt eID. I tillegg har oppstarten av det nye og siste CEF-finansierte prosjektet blitt viet mye oppmerksomhet i eHealth Network. Dette ledes av Portugal, og bærer navnet eHAction. Norge deltar også i dette prosjektet. Med bakgrunn i et særskilt initiativ fra EU-kommisjonen sin side, har eHealth Network også arbeidet med tematikken rundt standardformater for utveksling av EPJ-basert pasientinformasjon på tvers av landegrensene i EU. Norge har ved Direktoratet for e-helse vært en aktiv deltager i arbeidsgruppen som ble opprettet med det formål å konkretisere en slik standard.

### **Elektronisk helsekort for gravide**

Direktoratet for e-helse har vurdert ulike løsninger for realisering av elektronisk helsekort for gravide, men arbeidet er mer komplisert enn først antatt. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer ulike alternativer for videre fremdrift for elektronisk helsekort for gravide, herunder å inkludere det i arbeidet med Én innbygger – én journal for å sikre en helhetlig løsning. Helse Midt-Norge RHF har i foretaksprotokollen for 2018 fått oppdrag om å sørge for at svangerskapsomsorg inngår i arbeidet med Helseplattformen i Trøndelag og Møre og Romsdal.

## **Hovedmål 3: Oppdaterte og tilgjengelige helsedata**

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 for eksempel styring, finansiering, beredskap, kvalitetsforbedring, helseanalyse, næringsutvikling og forskning.*

*Helsedataprogrammet er etablert for å bidra til bedre utnyttelse, bedre kvalitet, enklere innrapportering og sikrere håndtering av data i de nasjonale helseregistrene. Helsedataprogrammet skal bidra til å harmonisere informasjonsmodeller, utvikle felles tekniske løsninger, innføre standardiserte tekniske tjenestegrensesnitt for registrene, etablere felles analyseverktøy og gjenbruke data fra registrene. En forutsetning for å nå målene er arbeidet med å utvikle nasjonal terminologi og helsefaglige og administrative kodeverk som pågår parallelt med programmet.*

*Helsedataprogrammet skal bidra til realisering av fellestjenester og utvikling av en helseanalyseplattform. Programmet skal prioritere arbeid med å ta i bruk fellesløsninger for personverntjenester og innbyggertjenester for helse- og kvalitetsregistrene. Programmet skal bidra til harmonisering og interoperabilitet mellom helse- og kvalitetsregistrene for at data i større grad skal kunne analyseres på en effektiv måte på tvers av datakilder.*

### **Overordnet vurdering: Status for arbeidet med hovedmålet**

Helsedataprogrammet har i 2018 jobbet innenfor en godt etablert og velfungerende programorganisasjon som innebærer tett samarbeid med berørte virksomheter. Programmet har god fremdrift og jobber bevisst med prioriteringer basert på gevinstpotensial og nytte.

Programmet leverte våren 2018 en konseptvalgutredning, der utviklingsretningen "Analyseøkosystem" ble anbefalt som konsept for Helseanalyseplattformen. Utviklingsretningen skal realiseres trinnvis, med separate leveranser som på ulike måter bidrar mot målene for programmet og kan gi tidlige gevinster. Helsedataprogrammet har

allerede i 2018 startet realisering av flere leveranser som bidrar mot hovedmålet. Flere av leveransene er beskrevet under "Spesielle oppdrag" nedenfor.

I tillegg til utredninger og implementering av tidlige versjoner av tekniske tjenester, er forberedelser til nye forvaltningsmodeller for helseregistrenes fellesløsninger også påbegynt. Utover de spesielle oppdragene beskrevet nedenfor er også arbeidet med en forvaltningsorganisasjon for metadatatjenester påbegynt, og det forberedes til lansering av en nasjonal variabel- og metadatakatalog.

<b>Resultatkrav</b>	<b>Status</b>
<p><i>Følgende nasjonale fellestjenester er utviklet for registrene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Innsynsløsning på helsenorge.no for innbyggere mot utvalgte helseregistre og kvalitetsregistre.</i></li> <li>• <i>Utsending av anmodning om samtykke til forskning til innbygger via helsenorge.no</i></li> <li>• <i>Formidling av skjemaer til innbyggere på helsenorge.no.</i></li> <li>• <i>Sikker filoverføringstjeneste mellom registre, og ved utlevering av data til forsker</i></li> </ul>	<p><i>Påbegynt og delvis tatt i bruk</i></p>

Første steg med innbyggertjenester ble realisert våren 2018, med løsning for innsyn i to sentrale helseregistre på helsenorge.no.

Det er startet et arbeid med løsning for å sende ut anmodning om samtykke til forskning, samt formidling av skjemaer til innbyggere på helsenorge.no. Løsninger realiseres i 2019.

En tjeneste for filoverføring mellom registre og fra registre til forskere ble anskaffet i 2018 og er klar til implementering.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<p><i>Utrede og forberede anskaffelse av helseanalyseplattformen og etablere en portal for helseanalyse.</i></p>	<p>Ferdigstilt</p>

Helsedataprogrammet leverte våren 2018 en konseptvalgutredning, der utviklingsretningen "Analyseøkosystem" ble anbefalt som konsept for Helseanalyseplattformen. Utviklingsretningen skal realiseres trinnvis, med separate leveranser som på ulike måter bidrar mot målene og kan gi tidlige gevinster.

Første versjon av portalen helsedata.no ble lansert i mars, med fokus på informasjon og veiledning om hvordan man søker om tilgang til data fra ulike helseregistre. En oppdatert versjon av helsedata.no, med variabelutforsker som ny funksjonalitet, ble lansert i september.

I november fikk Helsedataprogrammet utlyst anskaffelse av et felles søknads- og saksbehandlingssystem for tilgang til data fra helseregistre.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<p><i>Utrede og foreslå en modell for felles prioritering av helseregisterløsninger og helseanalyse til nasjonal porteføljestyling.</i></p>	<p>Ferdigstilt</p>

Helsedataprogrammet leverte i desember 2018 rapporten "Felles prioritering av helseregisterløsninger"<sup>9</sup>. Rapporten gir i hovedsak to anbefalinger:

1. Inkludere relevante prosjekter fra helseregistrene i den nasjonale porteføljen og styringsmodellen for e-helse
2. Definere Helseanalyseplattformen og tilknyttede nasjonale tjenester som en nasjonal løsning, og etablere et tilhørende produktstyre

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Utvikle og pilotere nye fellestjenester for helseregistre i utvalgte helse- og kvalitetsregistre.</i>	Påbegynt

Flere løsninger rettet mot innbyggere er under utvikling. Løsning for innsyn i to sentrale helseregistre ble lansert på helsenorge.no i 2018, og forberedelser for innsynsløsning for flere registre pågår. Samtidig pågår planlegging og forberedelser for løsninger for samtykke/reservasjon for flere registre og screeningprogrammer.

## Hovedmål 4: Styring, organisering og finansiering av e-helse

Tekst i tildelingsbrev:

*Direktoratet for e-helse ivaretar den strategiske styringen og samordningen på e-helseområdet, og skal gjennom sin pådriverrolle legge til rette for gode prosesser som bidrar til samarbeid i utvikling av felles løsninger og trygg samhandling.*

*Den nasjonale styringen av e-helseområdet skal være innrettet slik at digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren skjer gjennom effektiv utnyttelse av sektorens samlede ressurser. Felles behov i helse- og omsorgssektoren løses der det er mulig gjennom felles løsninger. Det er viktig at felles prosesser gjennomføres med utgangspunkt i modeller som sikrer reell innflytelse fra alle aktører som omfattes av prioriteringer og beslutninger. Som eier av nasjonale tjenester og løsninger tar Direktoratet for e-helse et helhetlig ansvar på vegne av sektoren, og sikrer utvikling gjennom god forankring i etablerte styringsmodeller. Direktoratet for e-helse tilrettelegger for at nasjonale prosjekter gjennomføres i henhold til Difis prosjektveiviser. Samfunnsøkonomiske analyser ligger til grunn for utvikling av nye tjenester og løsninger.*

*Målene i én innbygger – én journal og behovet for gode IKT-verktøy krever en videreutvikling og styrking av organisering og modeller for finansiering. Gjennom en sterkere myndighetsrolle og en tydeligere bruk av relevante virkemidler tilrettelegger Direktoratet for e-helse for en forutsigbar IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren. Drift og forvaltning av nasjonale løsninger ligger som en hovedregel utenfor myndighetsrollen.*

*Det er et mål at utviklingen av e-helseområdet i økende grad baseres på sammenstilt kunnskap og analyser. Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet sikres i økende grad gjennom følgeforskning av store IKT-prosjekter, forskning på innbyggernes erfaringer og behov, forskning på effekter av e-helsetiltak og systematiske kunnskapsoppsummeringer.*

### Overordnet vurdering: Status for arbeidet med hovedmålet

<sup>9</sup> Rapporten er publisert her: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/38/Rapport%20-%20Felles%20prioritering%20av%20helseregisterløsninger%20-%20Helsedataprogrammet.pdf>

Nasjonal styringsmodell er etablert for å styrke gjennomføringsevnen av IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten og består av Nasjonalt e-helsestyre, NUIT (Prioriteringsutvalget) og NUFA (Fagutvalget). Det er gjennomført åtte møter i Nasjonalt e-helsestyre i 2018, hvor fire var ekstra møter. Det ble avholdt tre møter i NUIT og fire i NUFA.

De nasjonale utvalgene involveres i tre hovedprosesser på nasjonalt nivå; strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring. Som en del av forvaltningen av Nasjonal e-helsestrategi har Direktoratet utarbeidet en strategisk plan for e-helse for perioden frem mot 2022. Inneværende strategi er blitt oppdatert. Strategisk plan er presentert og tilsluttet i NUIT og Nasjonalt e-helsestyre, med innspill om å utarbeide kriterier og prosess for å prioritere innsatsområdene i planen. Nasjonalt e-helsestyre tilsluttet seg også Nasjonal e-helseportefølje for 2019. Porteføljen har økt betraktelig, og omfatter nå 52 prosjekt/program med en budsjetttramme i 2019 på NOK 1,1 milliarder.

Andre saker som Nasjonalt e-helsestyre har gitt sin tilslutning til i 2018 er Én innbygger - én journal og Konseptvalg for realisering av en nasjonal kommunal løsning for pasientjournal og helhetlig samhandling. Nasjonalt e-helsestyre har engasjert seg sterkt i arbeidet med ny e-helseorganisering og etableringen av en nasjonal tjenesteleverandør, og har gitt sin tilslutning til anbefalingene som ble overlevert til Departementet i august 2018.

Plan for utvikling av felles grunnmur, gitt i oppdragsbrevet fra HOD, har vært grundig behandlet i utvalgene i 2018. I tillegg til drøfting og orientering i møtene har NUIT- og NUFA-medlemmene gitt viktige bidrag i to innspillsrunder. Nasjonalt e-helsestyre stilte seg bak behovet for Felles grunnmur, og støttet planen beskrevet i Plan for utvikling av felles grunnmur.

Forvaltningsstyringen er i 2018 fremdeles under etablering, og vil bli et viktig arbeid fremover i forbindelse med etableringen av en nasjonal tjenesteleverandør.

### **Nasjonal arkitekturstyring**

Utarbeidelse av prosesser og metode for etablering av nasjonal arkitekturstyring ble ferdigstilt og publisert i 2018. Planene legger opp til en operasjonalisering og styrking av arbeidet på området gjennom 2019.

Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan konkretiserer arkitekturstyring som et av flere virkemidler for å oppnå nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne. Nasjonal arkitekturstyring skal integreres i nasjonal styringsmodell for e-helse, understøtte prosessene for strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring, og ha en god involvering og forankring i sektoren.

Nasjonal arkitekturstyring har som formål å bidra til en koordinert og enhetlig IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren som understøtter den ønskede strategiske retningen for e-helse. Riktige arkitekturvalg skal styrke gjennomføringsevnen og gi bedre samlet måloppnåelse.

Nasjonal arkitekturstyring skal utøves basert på fastsatte arkitekturprinsipper, referansearkitekturer, standarder, målbilder og veikart og annet nasjonalt styringsgrunnlag. Dette inngår i felles grunnmur for digitale tjenester. Videre skal Nasjonal arkitekturstyring involveres i valg av overordnede rammer og retning som påvirker den samlede e-helseutviklingen, for å kunne etablere gode rammebetingelser for IKT-utviklingen i en tidlig fase.

I tillegg skal nasjonal arkitekturstyring involveres i valg av overordnede rammer og retning som påvirker den samlede e-helseutviklingen, for å kunne etablere gode rammebetingelser for IKT-utviklingen i en tidlig fase. Arkitekturstyringen skal utføres i tett samarbeid med sektor, både i direkte dialog med aktørene og gjennom ulike fora.

### **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 å utvikle 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 bidra til mer effektiv ressursbruk.

I 2017 tilkom også et EPJ-løft for fysio- og manuellterapeuter etter samme modell som EPJ-løftet.

EPJ-løftet består samlet 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 legekontor (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 tiltak kan styres og finansieres for å realisere e-helse på en rask og kostnadseffektiv måte.

I 2018 har de viktigste leveransene fra programmet vært:

- Konesjonsavtale om bilde i EPJ (fastlege, avtalespesialister, fysio- og manuellterapeuter)
- Konesjonsavtale med leverandør for etablering av praksisprofiler for fastlegene. Anskaffelsen ble gjort i samarbeid med Helsedirektoratet, slik at Direktoratet for e-helse fikk funksjonalitet for utplukk (risikostratifisering) av pasienter for oppfølging til sitt prosjekt oppfølgingsteam
- Kartlagt behov og igangsatt anskaffelser av funksjonalitet som støtter strukturert informasjon i EPJ, henvisning 2.0 og integrasjon med henvisningsveiledere. Det foregår også et arbeid i tett samarbeid med Helsedirektoratet med å tilrettelegge for struktur i EPJ og enkel beslutningsstøtte for å bedre kvaliteten i henvisninger
- Prosjektet har hatt et høyt trykk på prosjekter som er i utvikling, forbereder konseptfaser på nye prosjekter og har tett kontakt med leverandørmarkedet, brukergrupper og SKIL om e-læringskurs og rapportarbeid på gevinstrealisering
- For den samme gruppen har det på EPJ-løftets initiativ vært en prosess for økt bevisstgjøring om de muligheter som ligger i bruk av Helse-ID for etablert og planlagt funksjonalitet i EPJ. Den tette kontakten har etterlatt positive signaler om at utviklingstakten hos EPJ-leverandørene vil kunne ta seg opp i 2019
- EPJ-løftet har bidratt inn i arbeidet med å kartlegge og løse utfordringer rundt innføring av tjenestebasert adressering på fastlegkontor

## Kunnskapsbehov

Direktoratet for e-helse har en strategisk følge-med-funksjon som arbeider med innhenting og formidling av kunnskap i Direktoratet for e-helse og i helse- og omsorgssektoren for øvrig. I 2018 har direktoratet arbeidet videre med å etablere kunnskapsgrunnlaget til forvaltning av Nasjonal e-helsestrategi og som en felles faglig referanseramme for aktører i helse- og omsorgssektoren. Utviklingstrekkrapport 2018<sup>10</sup> er et eksempel som inngår i revisjon av Nasjonal strategi for e-helse og handlingsplan. Direktoratet for e-helse har lagt vekt på forankring av kunnskapen og revisjonsprosessen med aktørene i sektoren og de nasjonale fora for e-helse (NUFA, NUIT og NEHS). Utviklingstrekkrapport 2019 er en oppfølging og blir lansert tidlig i 2019.

<b>Resultatkrav</b>	<b>Status</b>
<i>Utvide Nasjonal e-helsemonitor med minimum tre nye indikatorer.</i>	To nye indikatorer etablert.

Nasjonal e-helsemonitor<sup>11</sup> monitorerer følgende områder:

- Helsenorge.no – besøk, bruk av tjenester
- E-resept – hvem rekvirerer, antall, med mer
- Kjernejournal – bruk og utbredelse
- Elektronisk meldingsutveksling – hvilke meldinger, mellom hvem, hvor mange

I løpet av 2018 er det etablert indikatorer for:

- Veiledning helsenorge.no (tidligere 800HELSE) – antall henvendelser med mer
- Pasientreiser – andel digitalt registrerte versus papirbaserte søknader

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Kartlegge og vurdere status på utviklingen av digitalisering i helse- og omsorgssektoren gjennom e-helsemonitor, og foreslå mulige indikatorer for måling av effekt av IKT-løsningene.</i>	Gjennomført

I løpet av 2018 er det også arbeidet med indikatorer for:

- IKT nøkkeltall for RHF og sentrale virksomheter (publiseres våren 2019)
- Innbyggerundersøkelse om e-helse tjenester og bruk (publiseres våren 2019)

For 2019 planlegges indikatorer for:

- Klinikerundersøkelse om e-helsetjenester og bruk blant fastleger og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten
- IKT-sikkerhet - i spesialisthelsetjenesten
- Nasjonal e-helseportefølje - kartlegge investeringsnivået på IKT i helsesektoren
- Kliniske applikasjoner - en oversikt over applikasjonslandskapet for applikasjonene i helseregionene og i kommunen

<sup>10</sup> Utviklingstrekkrapport 2018: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/26/Utviklingstrekk%202018%20-%20beskrivelser%20av%20drivere%20og%20trender%20relevant%20for%20e-helse.pdf>

<sup>11</sup> Nasjonal e-helsemonitor: <https://ehelse.no/e-helsekunnskap/statistikk/nasjonal-e-helsemonitor>

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Bistå departementet i arbeidet med å følge opp rapportene om IKT-organisering og finansieringsmodeller. Departementet vil konkretisere oppdraget i eget brev.</i>	Gjennomført

Det vises til rapportering under Tillegg til tildelingsbrev nr. 3 IKT-organisering (kap. 3.5 i årsrapporten).

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Følge opp rapporten om nasjonale kunnskapsbehov ved å konkretisere direktoratets arbeid for å styrke kunnskapsgrunnlaget.</i>	Gjennomført

Direktoratet har i 2018 fulgt opp rapporten på Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet. Gjennom samarbeidsavtale med Nasjonalt senter for e-helseforskning og deltakelse i senterets styringsgruppe har Direktoratet spilt inn nasjonale kunnskapsbehov i utvikling av senterets strategi og handlingsplan. Direktør for Direktoratet for e-helse er medlem i HelseOmsorg21-Rådet, og bidrar her til å sette behov, muligheter og betingelser for IKT-basert forskning og innovasjon på agendaen. Direktoratet har også deltatt i Kommunenes strategiske forskningsorgan i utredningen av et nytt forskningssystem for kommunal helse og omsorgssystem. I rapporten som er utarbeidet synliggjøres utfordringer og muligheter for forskning på IKT og digitalisering av helse og omsorg. Rapporten ligger til behandling i Rådet som vil avgi sin anbefaling til HOD.

## **Hovedmål 5: Nasjonal IKT-infrastruktur for sikker digital kommunikasjon**

Tekst i tildelingsbrev:

*Innbyggerne skal ha trygghet for at helseopplysninger blir behandlet på en trygg og sikker måte slik at personvernet ivaretas. Innbyggerne skal ha mulighet til å styre tilgang til egne opplysninger og hvordan disse blir behandlet. Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren er et viktig virkemiddel for å sikre at krav til personvern og informasjonssikkerhet etterleves.*

*Informasjonssikkerhetsarbeidet i sektoren følger råd og veiledning fra Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM), herunder NSMs grunnprinsipper for IKT-sikkerhet og Helhetlig IKT-risikobilde 2017.*

*Helse- og omsorgssektoren er avhengig av at helsefaglige opplysninger dokumenteres, formidles, forstås og brukes entydig på tvers av ulike IKT-systemer. En felles nasjonal grunnmur for digitale tjenester omfatter arkitektur, tekniske standarder, helsefaglig terminologi og kodeverk og grunndata. Informasjonssikkerhet og personvern inngår som en integrert del i den nasjonale grunnmuren.*

*Internasjonale kodeverk, terminologier og standarder fases inn der det er relevant. Den nasjonale arkitekturstyringsprosessen understøtter strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring. Nasjonal arkitekturstyring skal bidra til å utvikle den nasjonale grunnmuren slik at den understøtter forutsetningene for målene i én innbygger - én journal. Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren sikrer enhetlig og felles bruk av standarder.*



### Overordnet vurdering: Status for arbeidet med hovedmålet

Direktoratet for e-helse har i 2018 både initiert og videreført flere prosjekter som understøtter hovedmålet om sikker digital kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren.

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med Norsk Helsenett (NHN) og virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten utarbeidet og implementert en nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester for elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Formålet med modellen er å sikre at myndighetene har en tydelig nasjonal styring, effektiv forvaltning av standardene og nasjonal koordinering av endringer i samhandlingsløsningene på tvers av sektoren. Forvaltningsmodellen tydeliggjør virksomhetenes ansvar med å ta standardene i bruk.

Et produktstyre for e-helsestandarder er etablert og tatt i bruk, og er viktig for forvaltningsmodellen. Produktstyret har deltakere fra ulike deler av helse- og omsorgstjenesten, og bidrar til å sikre felles prioriteringer og forankring av beslutninger. Dette inkluderer beslutning om at virksomhetene skal ta nye standarder i bruk. Forvaltningsmodellen ivaretar implementering av nasjonale krav og standarder ved at det etableres nasjonale innføringsplaner i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten og dens leverandører. Norsk Helsenett har i samarbeid med Direktoratet for e-helse en pådriverrolle i innføring av standardene. Sektoren tilslutter seg til innføringsplanene via produktstyret, og NHN koordinerer innføringen i henhold til planene.

<b>Styringsparameter</b>	<b>Status</b>
<i>Status på oppdatering av Norm for informasjonssikkerhet i forhold til EUs personvernforordning og rapport om informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører.</i>	Gjennomført

Versjon 5.3 av Normen ble godkjent av styringsgruppen 31.mai 2018. I denne versjonen har Normen fått ny struktur, den er gjennomgått for å sikre at det ikke er motstrid mellom Normen og nytt lovverk og enkelte artikler fra GDPR er innarbeidet. Normen versjon 5.3 trådte i kraft 20.7.2018.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Innen 1. oktober levere plan for utvikling av felles grunnmur. Arbeidet med planen skal sørge for at tema av nasjonal karakter fra arbeidet med Helseplattformen og øvrig arbeid med én innbygger – én journal følges opp.</i>	Gjennomført

Plan for utvikling av felles grunnmur<sup>12</sup> ble levert innen utsatt frist i henhold til avtale. Formålet med felles grunnmur for digitale tjenester er å legge til rette for enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå. Sammenfallende behov skal ha felles løsninger for å understøtte e-helseløsninger. Disse vil bidra til raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Felles grunnmur skal være forutsigbar og tilgjengelig for alle i sektoren.

<sup>12</sup> Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/39/Plan%20for%20utvikling%20av%20felles%20grunnmur%20for%20digitale%20tjenester%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf>

Felles grunnmur består av kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur. Dette er byggeklosser som løser felles behov én gang.

Byggeklosser i grunnmuren vil ses i sammenheng med tverrsektorielle, nasjonale felleskomponenter som er utenfor grunnmuren. Eksempler på dette er HelsED som benytter ID-porten, og grunndata som gjenbraker informasjon fra folkeregisteret. Det er behov for koordinert utvikling og forvaltning av Felles grunnmur i takt med sektorens behov. Arbeidet må ha god forankring i sektoren. Det er også viktig at næringslivet blir involvert slik at Felles grunnmur blir et effektivt virkemiddel for innovasjon og næringsutvikling.

Hensikten med planen er å forklare behovet for Felles grunnmur og hvilken nytte den vil ha. Planen tydeliggjør også hva Felles grunnmur inneholder ved å gi en samlet oversikt over tiltak med tilhørende kostnadsestimater for utvikling og forvaltning. Det er ikke besluttet finansiering for alle tiltakene i denne planen, men planen peker på områder som må prioriteres og finansieres.

I det videre arbeidet skal planen benyttes som et verktøy i nasjonal portefølje- og arkitekturstyring. Den blir revidert årlig slik at nye felles behov blir inkludert, og slik at strategiske beslutninger gjenspeiles i planen.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>I dialog med departementet følge opp rapport om informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører.</i>	Påbegynt

I rapporten som ble lansert 30.11.2017 stadfestet Direktoratet for e-helse at det ikke er grunnlag for å konkludere med at noen typer tjenester aldri kan overlates til private leverandører. Det er en viktig forutsetning at det blir gjort grundige risikovurderinger, og at helse- og omsorgssektoren generelt bør ha lav risikoappetitt.

Viktige tiltak fra rapporten, som vil innarbeides i Normen 6.0 i 2019, omfatter å sikre god og reell ledelsesforankring, og å sørge for tilstrekkelig kompetanse samt helhetlig risikostyring.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Innen 1. mars vurdere behovet for og mulig innretning på gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyse for helse- og omsorgssektorens IKT-sårbarheter (jf. Helsedirektoratets rapport Overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger i helse- og omsorgssektoren).</i>	Gjennomført

Oppdraget er utført. Direktoratet for e-helse anbefaler at det gjennomføres en risiko- og sårbarhetsanalyse for helse- og omsorgssektorens IKT-sårbarheter og at det særlig fokuseres på tiltak og oppfølging av disse, da risikoer innenfor IKT-området i helsesektoren, og årsaker til disse, allerede er velkjente og godt dokumenterte. Direktoratet foreslår en stegvis tilnærming, der det legges opp til at det ved hvert steg må gjøres en revurdering om det er hensiktsmessig å gå videre med prosjektet og hvilket steg som da skal være det neste. Ved å sette seg ambisiøse endemål, tenke helhetlig, og samtidig redusere størrelse og ambisjonsnivå i den enkelte del av prosjektet, blir risikoen lavere og gevinstene kan realiseres raskere. Helse- og omsorgsdepartementet støtter direktoratets vurdering og anbefaling om en tilnærming med stegvis gjennomføring.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Ferdigstille og vedta nødvendige IKT-standarder for elektronisk samhandling i samarbeid med regionale helseforetak og kommuner.</i>	Gjennomført

Direktoratet for e-helse har siden 2014 fastsatt alle nødvendige standarder for å ivareta elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetak, kommuner og fastleger. Det er ingen kjente behov som tilsier at nye nasjonale standarder må utarbeides for at papirutiner eller parallelle rutiner skal kunne avvikles.

Følgende standarder for elektronisk meldingsutveksling er fastsatt:

- Standard for tjenestebasert adressering
- Henvisning 2.0 som også støtter henvisning innad og mellom helseforetak
- Status på henvisning, for å kunne gi tilbakemelding på statusen for vurdering av henvisning
- Helsefaglig dialog, for dialog mellom helsepersonell

*Tjenestebasert adressering* skal bidra til enhetlig og robust adressering og sikre at elektroniske meldinger kommer frem til riktig mottaker. Standarden har blant annet krav til bruk av Adresseregisteret, krav til hvordan adresseringsinformasjon skal oppgis i meldingene og krav til lik bruk av adresser på tvers av virksomhetene.

*Henvisning 2.0* støtter elektronisk henvisning innad og mellom helseforetak, ikke bare fra primær- til spesialisthelsetjenesten som i tidligere standarder. Dette vil bedre pasientsikkerheten ved at papirbasert utveksling kan avskaffes ved alle typer henvisning. Standarden har støtte for vedlegg slik at bilder og tekstfiler kan utveksles elektronisk.

*Status på henvisning* benyttes for å sende en tilbakemelding til henvisende instans med informasjon om resultatet etter vurdering av mottatt henvisning. Standarden har støtte for vedlegg. Et eksempel på vedlegg kan være kopi av pasientbrev som sendes til henviser.

*Helsefaglig dialog* kan benyttes for elektronisk dialog mellom helsepersonell. Standarden kan benyttes for avklaring og dialog rundt pasienter som er kjent for både avsender og mottaker («lavterskelkontakt»). Standarden har støtte for vedlegg.

Hovedmålet framover vil være å få innført standardene hos alle aktørene i sektoren.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Innen 9. april foreslå hvordan forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren kan benyttes som et strategisk verktøy for IKT-utviklingen i sektoren. Arbeidet skal skje i dialog med departementet.</i>	Gjennomført

Direktoratet for e-helse leverte notat med forslag til Helse- og omsorgsdepartementet 16. april 2018. Notatet inneholder en gjennomgang av områder der direktoratet ser behov for sterkere virkemidler for å kunne lykkes med nasjonal styring av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Det beskriver også et overordnet bilde av utviklingen i behovene fremover, og hvilke krav det kan være nødvendig å stille til aktørene i helse- og omsorgssektoren for å styrke gjennomføringsevnen og sikre mer effektiv utnyttelse av e-helse som verktøy for sektoren.

I notatet foreslås det at forskriftens virkeområde utvides slik at det kan fastsettes krav på fagområder som har stor betydning for utviklingen på e-helseområdet.

Dette inkluderer:

- Krav til bruk av referansearkitektur og informasjonsmodeller
- Krav til bruk av nasjonale kodeverk og terminologier
- Krav til bruk av felles grunndata
- Krav til bruk av nasjonale felleskomponenter for helse- og omsorgssektoren
- Krav til informasjonssikkerhet og styring av tilgang til helseopplysninger
- Godkjenning av programvare for meldingsutvekslingen

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Sikre at det foreligger planer for implementering av EUs personvernforordning, The General Data Protection Regulation (GDPR), for løsninger Direktoratet for e-helse har eierskap til.</i>	Gjennomført

Utdrag fra tekst i tildelingsbrev 2017:

*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.*

Direktoratet for e-helse etablerte et GDPR-prosjekt våren 2017 som hadde som mål å forberede direktoratet og sektoren for øvrig for innføring av GDPR. Aktivitetene i prosjektet ble delt opp i tre spor: Tiltak internt i direktoratet, oppdatering av Normen og kommunikasjonsiltak.

### **1. Internt i direktoratet**

Direktoratet praktiserer en høy standard når det gjelder ivareta personvern og informasjonssikkerhet, noe som blant annet har resultert i at Kjernejournal vant Datatilsynets pris for innebygd personvern i praksis 2017.

Direktoratet har stort fokus på og jobber kontinuerlig med innebygd personvern for alle de nasjonale e-helseløsningene. For å oppfylle nye krav i GDPR, jobbes det systematisk og grundig med å detaljere kravene. Detaljeringen av tiltak i GDPR-prosjektet har derfor vært ganske omfattende. Dette har vært en bevisst tilnærming for å sikre at alle de nasjonale e-helseløsningene oppnår en god standard for innebygd personvern og personvern som standardinnstilling.

Det ble gjennomført en GAP-analyse og identifisert totalt 110 tiltak som skulle gjennomføres i de nasjonale e-helseløsningene (Kjernejournal, e-resept, helsenor.no og grunndata) og i avdelinger i direktoratet som behandler personopplysninger. I tillegg ble det identifisert 6 tiltak som ble vurdert som hensiktsmessige å ta inn som en del av GDPR-prosjektet (ekstratiltak). Identifisering av tiltak var en lang og krevende prosess med involvering av fagressurser fra forskjellige kompetansemiljøer i direktoratet. Flere av tiltakene krever teknisk utvikling i de nasjonale e-helseløsningene.

De fleste av de 116 tiltakene ble gjennomført innen 25.mai 2018. Alle tiltakene på avdelingsnivå ble gjennomført innen 1.juli 2018. Gjenstående tiltak behandles fortløpende i de nasjonale e-helseløsningene på produktnivå. Tiltak som ikke er gjennomført innen 2018 eller tiltak som er forsinket, skyldes blant annet behov for omfattende forankring i sektoren,

behov for nyutvikling i produktene og i infrastruktur eller avhengigheter til annet pågående arbeid i direktoratet.

Innføring av krav i GDPR i de nasjonale e-helseløsningene og direktoratet for øvrig har vært enhetlig og godt koordinert. Direktoratet har sikret god implementering av GDPR for løsninger som direktoratet har eierskap til. Direktoratet er bevisst i sin rolle som premissgiver for digitalisering og den generelle teknologiske utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Direktoratets etterlevelse av GDPR og hvordan dette løses i de nasjonale e-helseløsningene vil kunne påvirke utviklingen av e-helseløsninger generelt og dermed også ivaretagelsen av personvern og informasjonssikkerhet i sektoren. På denne måten bidrar direktoratet til konsistent implementering av GDPR i sektoren.

## **2. Normen**

Direktoratet for e-helse er sekretariat for Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Ny personopplysningslov, forordningen og ny helselovgivning er driverne bak et tilpasnings- og utviklingsarbeid som ble satt i gang for Normen tidlig i 2017. Sekretariatet og styringsgruppen for Normen så også behovet for å modernisere Normen i både innhold og struktur. Dette omfatter å sikre at Normens krav er i overensstemmelse med nytt lovverk, utvide Normens område til å omfatte mer personvern og å oppdatere Normen med nye krav tilpasset den teknologiske utviklingen.

Versjon 5.3 av Normen ble godkjent av styringsgruppen 31.mai 2018. I denne versjonen har Normen fått ny struktur, den er gjennomgått for å sikre at det ikke er motstrid mellom Normen og nytt lovverk og enkelte artikler fra GDPR er innarbeidet.

Versjon 5.3 ble gjort gjeldende samtidig som ny personopplysningslov trådte i kraft. Normens navn ble endret for å synliggjøre at omfanget utvides til også å omfatte personvern. Normens fulle navn er nå Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten.

## **3. Kommunikasjon**

Kommunikasjon internt og til sektoren har vært en viktig del av GDPR-prosjektet. GDPR inneholder mange bestemmelser som er kompliserte og lite tilgjengelige. Mange av kravene under GDPR er nye og krever kompetanse innenfor både jus, personvern og sikkerhet for å kunne implementeres i IKT-systemer og -prosesser som behandler personopplysninger. Det vil derfor kreve god fagkompetanse for å forstå hva dette kompliserte regelverket betyr for den enkelte virksomhet og helse- og omsorgssektoren. I tillegg inneholder GDPR tungt og delvis uklart språk. Dette gjør det utfordrende å sette seg inn i det nye regelverket. Mange i sektoren er usikre på hva GDPR innebærer for dem. Direktoratet og Normen har mottatt mange henvendelser fra sektoren om GDPR.

GDPR-prosjektet utarbeidet kommunikasjonsplan i dialog med HOD. Kommunikasjonsplanen inneholdt klare mål for kommunikasjon, målgrupper, budskap, kanaler og tiltak.

I tillegg til kommunikasjon internt i direktoratet, ble det gjennomført kommunikasjonstiltak mot sektoren som for eksempel GDPR-seminarer spisset mot

sektorens behov, foredrag i strategiske kanaler, informasjon og forankring i viktige fora, publisering av artikler spisset mot sektorens behov på ehelse.no og publisering av verktøy for god implementering av GDPR på ehelse.no.

Gjennom GDPR-prosjektet har direktoratet bidratt til en enhetlig fortolkning av GDPR. Prosjektets informasjons- og veiledningsarbeid i sektoren har bidratt til at kompliserte bestemmelser i GDPR blir enklere tilgjengelige og virksomhetene i sektoren har fått hjelp til å forstå hva bestemmelsene betyr for deres behandling av personopplysninger. Sektoren har også fått flere verktøy for god implementering av GDPR.

<b>Spesielle oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Bistå sektoren i overgang til ny EU-forordning for eID og tillitstjenester (eIDAS) og i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet bidra til at lovverk og forskrifter i helse- og omsorgstjenesten blir oppdatert.</i>	Under arbeid

Direktoratet for e-helse avga i februar 2019 høringssvar til høringen om implementering av gjennomføringsrettsakter til eIDAS-forordningen fra Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) og implementering av gjennomføringsrettsakter til eIDAS-forordningen, nytt rammeverk for identifikasjon og sporbarhet, og ny selvdeklarasjonsforskrift fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD).

### 3.3 Status for felleføring for 2018

Tekst i tildelingsbrev:

#### **Anskaffelser**

*Offentlige oppdragsgivere har som innkjøpere av varer og tjenester et særskilt ansvar for å motvirke arbeidslivskriminalitet. Det forventes at offentlige virksomheter går foran i arbeidet med å fremme et seriøst arbeidsliv. Direktoratet for e-helse skal ved tildeling av oppdrag og i oppfølging av inngåtte kontrakter sikre at deres leverandører følger lover og regler. Direktoratet skal i årsrapporten redegjøre for resultater fra oppfølging av inngåtte kontrakter og hvordan virksomhetens anskaffelser er innrettet for å ivareta dette hensynet.*

Det er utarbeidet rutiner basert på Difis anbefalinger for anskaffelser og for oppfølging av kontrakter for å motvirke arbeidslivskriminalitet, samt egen rutine for oppfølging av avtaler innenfor bransjer med allmenngjort tariff, herunder også ivaretagelse av påse-plikten.

Ved anskaffelser skal det foretas en risikovurdering for å avdekke risiko for arbeidslivskriminalitet og/eller sosial dumping innenfor bransjen anskaffelsen gjelder. Avdekkes slik risiko, skal det stilles egnede kvalifikasjonskrav samt at det oppstilles kontraktsvilkår for oppfølging av sosialt ansvar. Rutinen inneholder også hvordan tilbudene i konkurransen skal vurderes med henblikk på sosial dumping.

Ved oppfølging av inngåtte kontrakter skal kontrakter i risikobransjer følges opp spesielt, leverandøren skal rapportere jevnlig og Direktoratet for e-helse skal etterleve påse-plikten. Ut fra egenrapportering eller andre avvik, skal det avholdes avklaringsmøter med leverandøren eller det kan gjennomføres stedlig kontroll.

Ved mistanke om sosial dumping skal det søkes profesjonell hjelp, enten hos Arbeidstilsynet eller ved å benytte rammeavtalene for bistand til oppfølging av sosialt ansvar. Avdekkes det sosial dumping, skal saken meldes Arbeidstilsynet, i særlige grove tilfeller skal forholdet meldes til politiet. Det skal videre vurderes om kontrakten skal sies opp. Kontraktsvilkårene som ble satt i utlysningen, kommer da til anvendelse.

Ved oppfølging av inngåtte kontrakter i risikobransjer i 2018 ble det ikke gjort funn som vekker mistanke om arbeidslivskriminalitet/sosial dumping hos noen av Direktoratet for e-helse sine leverandører.

Tekst i tildelingsbrev:

**Lærlinger**

*Regjeringen har satt ambisiøse mål i regjeringsplattformen for inntak av lærlinger i offentlige virksomheter. Det er et krav til alle statlige virksomheter å knytte til seg minst én lærling, og det skal vurderes hvert år om virksomheten kan øke antall lærlinger og tilby opplæring i nye lærefag. For å styrke en felles innsats skal statlige virksomheter knytte seg til opplæringskontoret OK stat eller et annet opplæringskontor som vil bistå virksomhetene med oppfølging av lærlingene. Departementet ber om at Direktoratet for e-helse vurderer muligheter for å ta inn lærling(er) i virksomheten.*

Muligheten for å ta inn lærlinger ble vurdert i 2017, i samarbeid med opplæringskontoret for statlige virksomheter i Oslo og Akershus (OK stat). Konklusjonen ble at direktoratet ikke kan godkjennes som lærebedrift innen fagene som ble anbefalt (IKT service og kontor- og administrasjon). Forholdene som gjør at direktoratet ikke kan godkjennes som lærebedrift har ikke endret seg i 2018. Det er derfor ikke blitt gjort noen ny vurdering.

Tekst i tildelingsbrev:

**Seminar for delegasjon fra Kina**

*Norge har i 2017 gjenopptatt samarbeidsavtalen med Kina. E-helse er et av temaene i avtalen og det er planlagt et besøk fra Kina for et seminar om e-helse tidlig høst 2018. Direktoratet for e-helse skal bistå i planlegging og gjennomføring av seminaret, både administrativt og faglig.*

Seminaret ble i april 2018 utsatt på ubestemt tid fra kinesisk side grunnet ønske om å konkretisere tema for seminaret nærmere, før de kan vurdere deltakelse og tema fra sin side.

Tekst i tildelingsbrev:

**Beredskap**

*Det skal implementeres ny Nasjonal helseberedskapsplan og Sivilt beredskapssystem (SBS) for helsesektoren. Videre skal Direktoratet for e-helse delta i arbeidsgruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet og gjennomføre nødvendige tiltak for å kunne implementere ny sikkerhetslov når den trer i kraft.*

Departementet fastsatte ny versjon av Nasjonal helseberedskapsplan 1. januar 2018. Direktoratet for e-helse har implementert ny versjon. Direktoratet for e-helse har deltatt i alle møter om ny sikkerhetslov hvor vi har vært invitert.

En vurdering om hvorvidt direktoratet støtter opp under en eller flere grunnleggende nasjonale funksjoner, samt kartlegging av hvilke verdier direktoratet forvalter som kan være

av avgjørende betydning for å opprettholde grunnleggende nasjonale funksjoner, ble oversendt HOD november 2018.

Direktoratet planlegger å gjennomføre en verdivurdering av de nasjonale e-helseløsningene direktoratet forvalter i første halvdel av 2019.

Tekst i tildelingsbrev:

***Bidra i arbeidet med utarbeidelse av helse- og sykehusplan***

*Det skal i løpet av 2019 legges fram en nasjonal helse- og sykehusplan. Planen skal være regjeringens operative redskap for å realisere en bærekraftig spesialisthelsetjeneste. Direktoratet for e-helse skal bistå Helse- og omsorgsdepartementet i planarbeidet.*

Teknologisk utvikling innebærer at stadig flere tjenester kan ytes til pasientene utenfor sykehus. For mange pasienter vil dette gi et bedre tjenestetilbud samtidig som det kan bidra til en mer bærekraftig utvikling av helsetjenesten. Denne utviklingen krever at de som har ansvaret for å tilby tjenestene (RHF og kommunene) og de som har ansvar for å fastsette rammer og forvalte nasjonale virkemidler (Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk) foretar nødvendige tilpasninger innenfor sine ansvarsposisjoner. Disse tilpasningene må i tillegg være koordinert. Direktoratet leverte forslag til en plan i 2018 for bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter. Direktoratet skal følge opp denne planen jf. rapport IS-2770 som leveranse til Nasjonal helse- og sykehusplan.

Videre bidrar direktoratet med juridisk og teknisk bistand på kunstig intelligens og helsedata inn mot helse- og sykehusplanen i 2019, og bistår med hvilke grunnmuselementer som må realiseres opp mot tjenesten sine behov.

Tekst i tildelingsbrev:

***Oppfølging av saker fra Riksrevisjonen***

*Direktoratet for e-helse skal gjøre seg kjent med Dokument 3:5 (2016-2017) Riksrevisjonens undersøkelse om medisinsk kodepraksis i helseforetakene, og videreføre pågående arbeid med relevante tiltak for å understøtte anbefalinger i rapporten innenfor direktoratets ansvarsområde.*

*Det vises til Dokument 1 (2017 – 2018) fra Riksrevisjonen, herunder Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 11. august. Direktoratet for e-helse skal utrede tiltak for å forbedre EPJ-systemene som bidrar til at automatiserte kontroller i større grad blir innebygd i behandlernes EPJ-systemer. Direktoratet for e-helse skal samarbeide med Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har fått et eget oppdrag å utrede nærmere hvilke helserefusjonsområder som bør prioriteres med tanke på forbedringer i regelverket som grunnlag for bedre automatiske kontroller i KUHR. Plan for tiltak skal presenteres innen 1. mai 2018.*

I tråd med føringer har Direktoratet for e-helse i fellesskap med Helsedirektoratet utredet hovedutfordringer og mulige, mer omfattende, tilnærminger til problemstillingene. Det er også vurdert hvilke refusjonsområder som bør prioriteres ved en videre satsing på området. Utredningen er levert i et notat i juni til Helse- og omsorgsdepartementet, etter avtalt utsettelse for Helsedirektoratet.



Tekst i tildelingsbrev:

**Modernisering av Folkeregisteret**

*Skatteetaten fortsetter i 2018 arbeidet med å modernisere Folkeregisteret, jf. omtale i Prop. 1 S (2017-2018) for Finansdepartementet. Hovedprosjektet har varighet til og med 2019. Moderniseringen av registeret forutsetter også endringer i helse- og omsorgssektorens grensesnitt og oppgradering av egne IKT-systemer mot Folkeregisteret, slik at sektoren kan sende og motta opplysninger digitalt fra Folkeregisteret. Det er bevilget 20 mill. kroner som inngår i tildelingen på kap. 701 post 21 til modernisert register i helse- og omsorgssektoren for 2018. Direktoratet for e-helse har ansvar for å koordinere helsesektorens arbeid og følge opp Skatteetatens planer for moderniseringsarbeidet.*

Direktoratet for e-helse har i 2018 etablert løsning for melding om dødsfall sammen med Folkehelseinstituttet, som har bygget tilsvarende løsning for melding om dødsårsak. Løsningene er prøvd ut ved Oslo Universitetssykehus, Hamar sykehus og ved sykehjem i Gjøvik og Halden kommune. Tilbakemeldingene har vært positive og Skatt har avsluttet sin del av prosjektet. Prosjektet har gjennom året samarbeidet tett med Skattedirektoratet, Kommunenes Sentralforbud (KS) og Nasjonal IKT (NIKT) om helsetjenestens overgang til nytt folkeregister. Arbeidet med å kartlegge helsesektorens behov og krav til løsning er startet. Løsning for melding om fødsel har vært nedprioritert grunnet mangelfull finansiering.

Tekst i tildelingsbrev:

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

*I 2018 skal Direktoratet for e-helse kartlegge hvordan virksomheter direktoratet samarbeider med og øvrige aktører i helse- og omsorgstjenesten opplever virksomheten.*

Direktoratet for e-helse har gjennomført en kvalitativ omdømmeundersøkelse. Kartleggingen har lagt vekt på omgivelsenes oppfatninger om Direktoratet for e-helses rolleforståelse, produksjon og involvering i gjennomføringen av nasjonale prosjekter. Hensikten har vært å hente inn data om omgivelsenes holdninger til Direktoratet for e-helse.

Hovedfunnet var at Direktoratet for e-helse har et godt omdømme. Det er bred enighet blant respondentene om at direktoratet spiller en viktig samfunnsmessig rolle:

- Sørger for helhetlig strategi for å digitalisere helsesektoren
- Bidrar til pasientsikkerhet
- Sikrer standarder

Det kom også fram at aktørene ønsker mer involvering fra direktoratet innen tjenesteutvikling, styringsstruktur og prioriteringer av prosjekter.

Resultatene blir benyttet som underlag i direktoratets strategiprosesser. På bakgrunn av kartleggingene skal Direktoratet for e-helse vurdere og eventuelt ta initiativ til tiltak som kan forbedre tjenestene. Resultatene vil også brukes internt som grunnlag for tiltak og som bidrag til kommunikasjonsplan og operative tiltak.

### 3.5 Nye oppdrag gjennom året

Det er mottatt 16 tillegg til tildelingsbrev i 2018. Under følger status for oppdrag i tillegg til tildelingsbrev som det er naturlig å rapportere på i årsrapporten.

#### Tillegg til tildelingsbrev nr. 1 – én innbygger – én journal

Utdrag av tekst i tillegg til tildelingsbrev:

*...oppdraget for inneværende år innebærer å utarbeide en konseptvalgsutredning (KVU) for å løse behov knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og for samhandlingen med øvrig helsetjeneste.*

Direktoratet for e-helse leverte i juli en konseptvalgutredning for å løse behov knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og for samhandling med øvrig helsetjeneste. Det vises til status for Hovedmål 1, kap. 3.2, for nærmere beskrivelse.

#### Tillegg til tildelingsbrev nr. 2 - Helse-dataprogrammet

Utdrag av tekst i tillegg til tildelingsbrev:

*Departementet viser til tildelingsbrev for 2018 der direktoratet har fått i oppdrag å utrede og forberede anskaffelse av helseanalyseplattformen og etablere en portal for helseanalyse. Departementet ber om at direktoratet som del av dette oppdraget, utreder alternative løsninger for tilgangsfvalterfunksjonen og organisatorisk forankring av helseanalyse-plattformen, jf. anbefalingen i rapporten fra Helsedatautvalget.*

*Departementet viser til direktoratets forslag til finansieringsmodell for tekniske fellesløsninger for helseregistre i notat av 3. oktober 2017. Departementet ber om at direktoratet følger opp anbefalingen med å beregne kostnadene for de syv fellestjenestene, anslår hvordan forslaget vil slå ut for ulike type registre og eventuelt vurdere justeringer i modellen dersom den gir utilsiktet effekter på kostnadsfordelingen. Videre ber vi om en plan for innføring av finansieringsmodellen med utgangspunkt i arbeidet med å innføre fellesløsningene hos de ulike registrene.*

Helse-dataprogrammet har besvart begge disse oppdragene i 2018:

- *Rapport med utredning av alternative løsninger for tilgangsfvalterfunksjonen og organisatorisk forankring av Helseanalyseplattformen<sup>13</sup> ble levert 1. desember 2018.*

Rapporten beskriver en fremtidig forvaltningsorganisasjon som består av en løsningseierfunksjon for Helseanalyseplattformen og en tilgangsfvalterfunksjon. Løsningseierfunksjonen vil forestå strategiske eierskaps- og forvaltningsstyringsfunksjoner for Helseanalyseplattformen som en nasjonal løsning. Tilgangsfvalterfunksjonen vil være en nasjonal service- og førstelinjetjeneste for forskere og andre brukere av helsedata til sekundærformål. Tilgangsfvalteren skal

---

<sup>13</sup> Rapporten er publisert her:

[https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/36/Alternative%20l%20sninger%20for%20tilgangsfvalterfunksjonen%20og%20organisatorisk%20forankring%20av%20Helseanalyseplattformen.pdf](https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/36/Alternative%20l%20l%20sninger%20for%20tilgangsfvalterfunksjonen%20og%20organisatorisk%20forankring%20av%20Helseanalyseplattformen.pdf)

veilede, gjennomføre saksbehandling av søknader og treffe vedtak om tilgang til helsedata.

Fire alternative organisatoriske løsninger blir utredet i rapporten. Alternativene skiller i hovedsak mellom hvordan tilgangsforvalterfunksjonen er integrert med løsningseierfunksjonen, og hvilken organisatorisk plassering funksjonene får. Det konkluderes ikke i rapporten med en anbefalt modell.

- *Rapporten Finansiering av framtidige fellestjenester for helseregistre<sup>14</sup> ble levert 1. november 2018.*

Rapporten anbefaler at innsyns- og samtykketjenestene på helsenorge.no, samt filoverføringstjenesten, finansieres gjennom en felles finansieringsmodell der de sentrale helseregistrene og de nasjonale kvalitetsregistrene deltar. Det bør være obligatorisk å bidra med finansiering og implementere løsningene. Samtidig bør registrene sikres innflytelse knyttet til forvaltning og videreutvikling av løsningene, og videre prioritering.

De løsningene som i dag finansieres gjennom oppgjørsordningen foreslås ikke endret. Metadatakatalogen og forbedringer av grunndata foreslås heller ikke finansiert gjennom denne finansieringsmodellen. Det anbefales at de nasjonale kvalitetsregistrene deler sine kostnader på samme måte som de gjør i oppgjørsordningen. Det anbefales at de sentrale helseregistrene fordeler sin andel av kostnadene etter en kombinasjon av flat sats og antall årsverk knyttet til datautlevering. For enkelte registre vil ikke fellestjenestene være aktuelle, og da vil de heller ikke inngå i finansieringsmodellen.

### **Tillegg til tildelingsbrev nr. 3 IKT-organisering**

Utdrag av tekst i tillegg til tildelingsbrev:

*Departementet gir med dette direktoratet i oppdrag å følge opp rapporten IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren i nært samarbeid med Norsk Helsenett SF gjennom å:*

- *Utrede og foreslå en forretningsmodell for den nasjonale tjenesteleverandøren*
- *Utrede og foreslå organisering, finansieringsmodell og selskapsform med utgangspunkt i forretningsmodellen og handlingsrommet innenfor reglene om anskaffelser og offentlig støtte*
- *Utrede konsekvenser for Direktoratet for e-helses myndighetsrolle, inkludert en nærmere beskrivelse av tjenesteeierrollen*
- *Anbefale hvilke oppgaver som bør legges til tjenesteleverandøren og utarbeide en plan for når de enkelte oppgavegrupper bør overføres*
- *Utrede økonomiske og administrative konsekvenser, inkludert økonomiske konsekvenser for kommunene*
- *Gjennomføre en overordnet vurdering av risiko og sårbarhet og økonomiske forutsetninger for virksomheten*

<sup>14</sup> Rapporten er publisert her: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/34/Helsedataprogrammet%20-%20Finansiering%20av%20framtidige%20fellestjenester%20for%20helseregistre.pdf>

*Utredningsarbeidet skal ta utgangspunkt i anbefalingen om å etablere en leverandørfunksjon for nasjonale e-helseløsninger med organisatorisk utgangspunkt i Norsk Helsenett SF.*

Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett leverte i september 2018 rapporten Anbefaling om ny e-helseorganisering og etablering av en nasjonal tjenesteleverandør<sup>15</sup>. Anbefalingene innebærer tre tiltak; videreutvikling av etablerte styringsmodeller på e-helseområdet til helhetlige samstyrings- og eierstyrings-modeller, nye finansieringsmodeller, og til sist, ny organisering av ressursene gjennom etablering av en nasjonal tjenesteleverandør og videreutvikling av myndighetsrollen i Direktoratet for e-helse. Sammen skal tiltakene sikre bedre helhet og koordinering av innsatsen på e-helseområdet.

## **Tillegg til tildelingsbrev nr. 5 - E-konsultasjon hos fastlege**

Utdrag av tekst i tillegg til tildelingsbrev:

*Direktoratet for e-helse gis med dette i oppdrag å utrede tekniske muligheter for og konsekvenser av å innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon (video, tekst, bilde). Utredningen skal inkludere en vurdering av hvilke muligheter som finnes på området i det private leverandørmarkedet, inkludert hvordan det kan legges til rette for at private leverandører skal kunne tilby sine tjenester i det offentlige tjenestetilbudet. Departementet ber Direktoratet for e-helse særlig om å vurdere hvordan markedsaktørens løsninger kan realiseres på helsenorge.no.*

Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet har gjennom parallelle oppdrag om e-konsultasjon (video, tekst og bilde) levert rapporten *E-konsultasjon hos fastlege og legevakt* 1. desember 2018. For raskere nasjonal utbredelse av e-konsultasjon i fastlegeordningen og gevinstrealisering (samfunnsnytte), anbefales systematisk bruk av bl.a. teknologiske, organisatoriske, juridiske, økonomiske og pedagogiske virkemidler i kombinasjon.

For å legge til rette for mer hensiktsmessig bruk for fastlege og legevakt, anbefaler direktoratene at e-konsultasjon bør likestilles med fysisk konsultasjon. Legens vurdering av hva som er medisinsk faglig forsvarlig legges til grunn for valg av konsultasjonsform. Det anbefales at e-konsultasjon følge-evalueres tett for å sikre faglig forsvarlig bruk.

Rapporten gir anbefalinger om en innførings- og tidslinje for perioden 2019-2020, både for tekst- og videobasert konsultasjon. Anbefalingene krever finansiering av foreslåtte tiltak.

Direktoratet for e-helse har hatt nær dialog med private leverandører og gir anbefalinger om hvordan markedsaktørens løsninger kan realiseres på helsenorge.no.

## **Tillegg til tildelingsbrev nr. 6 – Oppdrag om diagnosekoder på antibiotikaresepter**

Utdrag av tekst i tillegg til tildelingsbrev:

*Innføring av diagnosekoder på antibiotikaresepter er vedtatt av Stortinget, under behandling av dokument 8:2 S (2014-2015) og Innst. 156 S (2014-2015), og inngår som et tiltak i Handlingsplanen mot antibiotikaresistens i helse- og omsorgstjenesten.*

<sup>15</sup> Rapport IE-1031: <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/32/Beslutningsunderlag%20for%20ny%20e-helseorganisering%20og%20nasjonal%20tjenesteleverandør.pdf>

*Tiltaket vil kreve at forskrivende lege angir hvilken diagnose et antibiotikum er forskrevet for, og at denne informasjonen rapporteres til myndighetene på en måte som ivaretar personvernet.*

*Direktoratet for e-helse har i tidligere vurderinger og i samarbeid med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet foreslått tre aktuelle løsningsalternativer for implementering av tiltaket:*

- 1. Diagnosekoden sendes rett fra rekvirent til Reseptregisteret, ikke via resepten.*
- 2. Diagnosekoden vedlegges resepten, men meldingsformatet for e-resept endres ikke*
- 3. Meldingsformatet for e-resept endres og utvides med et eget felt for diagnosekode.*

Helse- og omsorgsdepartement har gitt Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse i oppdrag å vurdere kostnader, risiko og behov for endringer for de ulike alternativene. Folkehelseinstituttet er bedt om å ta hovedansvaret for å utrede alternativ 1 (i *Tillegg til tildelingsbrev nr.7 – Diagnosekoder*, 31.5.2018) og Direktoratet for e-helse om å ta hovedansvaret for å utrede alternativ 2 og 3 (i *Tillegg til tildelingsbrev nr. 6 - Oppdrag om diagnosekoder på antibiotikaresepter*, 28.5.2018). Utredningen skal gjøres i samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Legemiddelverket.

I dialogen mellom Direktoratet for e-helse og FHI ble det enighet om å samkjøre utredningene inn i en felles leveranse som svarer ut alle løsningsalternativene samlet. Oppdraget ble besvart iht. fristen 1.desember 2018.

Utredningen anbefaler at alternativ 2 prioriteres som løsningsalternativ for å realisere diagnosekoder for antibiotikaresepter. Når e-resept oppgraderes til en ny meldingsversjon, anbefales det at e-resepten utvides med et eget felt for diagnosekoden.

Krav om påføring av diagnosekoder ved rekvirering av antibiotikaresepter vil med anbefalt alternativ medføre behov for å gjennomføre endringer i løsningen og i deler av samhandlingskjeden som utgjør e-resept. Dette alternativet er likevel det alternativet som samlet vurderes som minst kostbart og med lavest risiko. I tillegg tar det kortest tid å gjennomføre

Utredningen er til vurdering hos Helse- og omsorgsdepartement.

## **Tillegg til tildelingsbrev nr. 7 – Oppdrag om å bistå Helse Sør-Øst med informasjonstiltak og teknisk løsning for nyfødtscreeningen**

Utdrag av tekst i tillegg til tildelingsbrev:

*Ansvar for etablering av teknisk løsning og informasjonstiltak knyttet til oppfølging av Stortingets vedtak om varig lagring av nyfødtscreening er lagt til Helse Sør-Øst. Direktoratet for e-helse får med dette i oppdrag å bistå Helse Sør-Øst med å få på plass nødvendige løsninger.*

Høsten 2018 har det vært jevnlig dialog med Helse Sør-Øst, OUS og Nyfødtklinikken for å avdekke løsningsbehov og spesifisere løsningen for Nyfødtscreening i tråd med nasjonale innbyggertjenester på helsenorge.no. Direktoratet for e-helse har vært drivende i dette arbeid og bistått klinikken, OUS og HSØ med å finne gode løsningsalternativer. Det vil være behov

for at Direktoratet for e-helse lager en midlertidig løsning da Helse Sør-Øst ikke vil ha nødvendig funksjonalitet for å ta tjenestene i bruk i tide. Direktoratet planlegger og arbeider for å få nødvendig funksjonalitet for å registrere samtykke og informere innbyggere på plass til 2.juni 2019. Forbedret løsning ferdigstilles høsten 2019.

## **Tillegg til tildelingsbrev nr. 9 - Enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon**

Utdrag av tekst i tillegg til tildelingsbrev:

*Direktoratet for e-helse bes, i samråd med de regionale helseforetakene, FHI, Helsedirektoratet, KS og Statens legemiddelverk, om å gjøre en overordnet vurdering av mulige tiltak for realisering av enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon i den samlede helse- og omsorgstjenesten. Vurderingene skal munne ut i et mandat for konseptfasen, herunder forslag til videre prosess på området og hvordan en eventuell konseptvalgutredning bør gjennomføres.*

Direktoratet for e-helse fikk i oppdrag 22. juni 2018 i samråd med de regionale helseforetakene, FHI, Helsedirektoratet, KS og Statens legemiddelverk å gjøre en overordnet vurdering av mulige tiltak for å realisere enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon i den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Vurderingen ble levert 15. november 2018 og munnet ut i et mandat for konseptfasen, herunder forslag til videre prosess på området og hvordan en eventuell konseptvalgutredning bør gjennomføres.

Som del av arbeidet, ble det utarbeidet en overordnet oversikt over sektorens behov knyttet til enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon og relevante e-helsetiltak på legemiddelområdet, herunder arbeidet med terminologi og kodeverk. Oversikten gir en kort beskrivelse av status, organisering og avhengigheter mellom tiltakene, og inkluderte både primærbruk (som forskrivning, ordinerings og ekspedering) og sekundærbruk (som rapportering til registre, administrasjon og analyse) av data. Videre er behovet for tekniske tilpasninger i de nasjonale e-helseløsningene og behovet for et sentralt forvaltningsregime for strukturerte legemiddeldata, vurdert.

## **Tillegg til tildelingsbrev nr. 11 – Statsstøtterettslige vurderinger og IKT-organisering**

Utdrag av tekst i tillegg til tildelingsbrev:

*Departementet ber om direktoratets syn på de statsstøtterettslige vurderingene som skal ligge til grunn for en planlagt dialog med ESA i september.*

*I tillegg ber departementet om at direktoratet beskriver de nasjonale tjenestene som er anbefalt overført til en nasjonal tjenesteleverandør og gir en utførlig vurdering av om statsstøtteregele får anvendelse på disse.*

*Departementet gir direktoratet i oppdrag å anslå drifts- forvaltnings- og vedlikeholdskostnader for eksisterende nasjonale tjenester som er anbefalt samfinansiert av sektoren. Anslagene bør gjøres for 2018, 2019 og 2020, spesifiseres per tjeneste og inkludere tjenester i regi av både direktoratet og Norsk Helsenett SF. Tallmaterialet skal brukes som grunnlag for overordnet vurdering av økonomiske konsekvenser av en ny finansieringsmodell for aktørene i sektoren.*

Oppdraget relaterer til en dialog departementet har innledet med ESA med sikte på en mulig notifisering av de nasjonale e-helseløsningene. Direktoratet oversendte direktoratets støtterettslige vurderinger til departementet 27. august og 6. september. Den siste delleveransen inneholdt også en beskrivelse av de nasjonale løsningene som er anbefalt overført til en nasjonal tjenesteleverandør. Advokater hos Kluge Advokatfirma AS med spesialisering i statsstøtterett har, i henhold til tildelingsbrevet, vært involvert i arbeidet. På anbefaling fra disse, ble det også avtalt med departementet at de første vurderingene og løsningsbeskrivelsene skulle begrenses til overordnede beskrivelser og så suppleres etter behov i dialog med ESA. Direktoratet har understøttet departementet løpende også etter leveransen 6. september, og supplerende skriftlige innspill ble oversendt departementet 14. og 29. november.

1. november leverte Direktoratet og Norsk Helsenett en rapport som anslo driftsforvaltnings- og vedlikeholdskostnader for eksisterende nasjonale tjenester som er anbefalt samfinansiert av sektoren. Tallene danner grunnlag for en overordnet vurdering av økonomiske konsekvenser av en ny finansieringsmodell for aktørene i sektoren.

## **Tillegg til tildelingsbrev nr. 15 – Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse**

Utdrag av tekst i tillegg til tildelingsbrev:

*Helse- og omsorgsdepartementet viser til rapport fra Direktoratet for e-helse av 31. august 2018 med anbefalinger om ny e-helseorganisering med tilhørende styrings- og finansieringsmodell.*

*I det videre arbeidet har departementet behov for en nærmere konkretisering av direktoratets rolle som faglig rådgiver, premissgiver/iverksetter og pådriver. Videre har departementet behov for en konkretisering av hvilke oppgaver og ansatte med tilhørende kostnader som anbefales overført til nasjonal tjenesteleverandør med utgangspunkt i Norsk Helsenett SF.*

*Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Norsk Helsenett SF.*

Direktoratet for e-helse har startet arbeidet med å tydeliggjøre myndighetsrollen, og arbeidet vil fortsette frem til leveransefristen 26.2.19. Samarbeidet med Norsk Helsenett SF sikres ved å etablere en styringsgruppe for leveransen, hvor ledelsen fra begge organisasjoner deltar. Det er i tillegg etablert en prosjektgruppe og referansegruppe med deltakelse fra NHH og Direktoratet for e-helse.

## **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 omsorgstjenesten<sup>16</sup> er utarbeidet for å sikre en tydeligere og mer effektiv nasjonal forvaltning innen området. Forvaltningsmodellen beskriver nasjonale fora for*

<sup>16</sup> <https://ehelse.no/publikasjoner/nasjonal-forvaltningsmodell-for-e-helsestandarder-og-fellestjenester-for-elektronisk-samhandling-i-helse-og-omsorgstjenesten>

styring og koordinering, og en forvaltningsprosess med tilhørende ansvarsmatrise. Forvaltningsmodellen har i 2018 hatt første år i drift, 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 2018 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 2018 levert konsekvensutredning i forbindelse med en nasjonal plan for innføring av *Standard for tjenestebasert adressering* samt *Henvisning 2.0*.

### **Referansekatalogen**

Referansekatalogen<sup>17</sup> for e-helse inneholder en oversikt over e-helsestandarder og andre kravdokumenter for IKT-systemer som er obligatoriske for helse- og omsorgstjenesten med hjemmel i forskrift, eller anbefalt av offentlig myndighet. Dette inkluderer standarder som Direktoratet for e-helse eier, og andre myndighetsorganer som f.eks. NAV, Helfo og Folkehelseinstituttet.

Forvaltningen av Referansekatalogen skal sikre at innholdet er oppdatert og korrekt. I tillegg ytes andre støttefunksjoner som å besvare spørsmål og behandle søknader knyttet til forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.

I 2018 ble 3 nye standarder lagt til i referansekatalogen, 26 eksisterende standarder er oppdatert og en ny versjon av NPR-meldingene er gjort tilgjengelig. Det ble behandlet 27 søknader om unntak fra forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten og besvart 8 spørsmål om forskriften.

### **Satsing på «Felles språk»**

Direktoratet for e-helse har i 2018 besluttet at man etter utprøvsperioden fortsatt vil bruke SNOMED CT som er den foretrukne helsefaglige terminologien i Norge. Innføringsstrategi for SNOMED CT er utarbeidet og beskrevet i målbilde og veikart for felles språk. Felles språk er definert som et system hvor forskjellige terminologier, kodeverk og registervariabler settes i sammenheng med hverandre for å bidra til at informasjonen kan gjenbrukes etter å være registrert én gang, og hvor de forskjellige terminologier og kodeverk benyttes til det formålet de er tenkt.

Målbilde og veikart for Felles språk skal forankres i helsesektoren, i de nasjonale e-helseforaene (NUFA, NUIT, NEHS) og i HOD i løpet av 2019.

### **Kodeverk**

Direktoratet for e-helse har ansvar for forvaltning og utvikling av helsefaglige kodeverk og terminologi. E-helse eier per i dag ti helsefaglige kodeverk<sup>18</sup> med hovedvekt innenfor diagnoser, prosedyrer og laboratoriefag. Forvaltningen omfatter oppdatering og revisjon i forbindelse med nye behov som følger av medisinsk utvikling, behov for feilretting eller tekstendringer. Nye versjoner av nasjonale helsefaglige kodeverk er publisert i tråd med

<sup>17</sup> <http://ehelse.no/referansekatalogen>

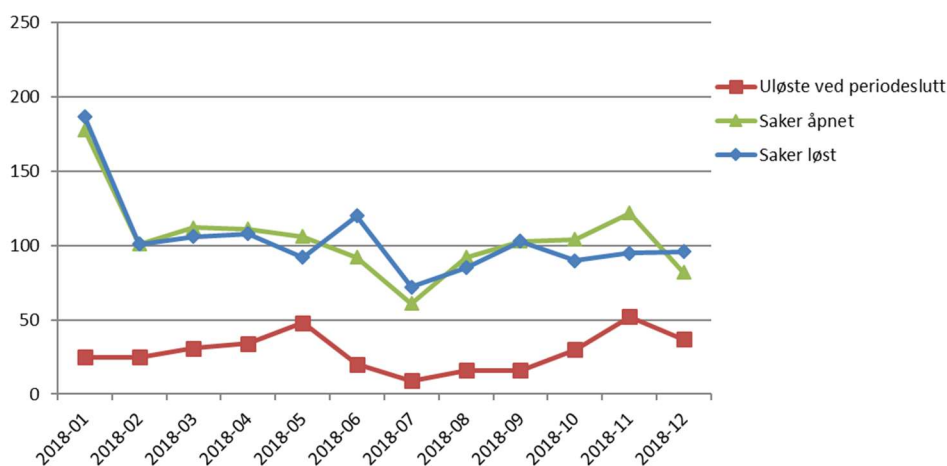
<sup>18</sup> <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/helsefaglige-kodeverk>



plan. For kodeverkene er det i 2018 revidert ca. 3 700 koder, i tillegg er det gjort ca. 14 000 enkle oppdateringer i kodene til bruk for registrering i psykisk helsevern for barn og unge.

Nye koder for aktivitetsregistrering i patologilaboratorier (A-PAT) overtas av forvaltning fra 2019<sup>19</sup>. Direktoratet for e-helse tilrettelegger for god kodingskvalitet med kodeveiledning og e-læringskurs. Det er utviklet ni e-læringskurs om koding i spesialisthelsetjenesten.

Veiledningstjenesten [kodehjelp@ehelse.no](mailto:kodehjelp@ehelse.no) støtter sektoren ved vanskelige spørsmål om koding. Grafen viser at det er god sammenheng mellom antall saker løst i forhold til variasjon i antall saker som mottas:



### Nytt system for forvaltning og publisering av kodeverk

Med bakgrunn i behovet for forbedret IKT-støtte, på både kort og lang sikt for kodeverk og terminologi, ble systemet HealthTerm anskaffet i 2017. Direktoratet har i 2018 jobbet tett med leverandør for å implementere løsningen i tråd med krav og behov. Løsningen er spesialdesignet for kodeverksforvaltning og vil bidra til effektivisering og kvalitetsforbedring i forvaltningen, samt sørge for at kodeverkene kan tilbys ut til sektoren via ulike tjenester og format. Løsningen vil i første omgang benyttes til forvaltning av administrative og helsefaglige kodeverk, terminologier og registervariabler. HealthTerm ble tatt i bruk for noen kodeverk i desember 2018 og vil utvikles videre for å understøtte kodekatalog i 2019.

### Terminologi

I 2018 har forvaltningen jobbet med å forankre og bygge opp satsingen på bruk av felles standardisert terminologi.

Et norsk senter for helsefaglig terminologi er under oppbygning. Senteret skal ivareta internasjonale forpliktelser knyttet til området. Det er videre levert et samlet grunnlag for etableringen av dette senteret med utkast til implementeringsveiledning, oversettelse og forvaltningsdokumenter. Rekrutteringsprosesser ble startet med første tilsetting i 2018.

I Program for kodeverk og terminologi ble verdilister (referansesett i SNOMED CT) for rapportering av sentrale tannhelsesdata levert. Verdilistene ble implementert i det største journalsystemet i Norge. Dokumenterte tester viste gode resultater for eksport av kjernedata for tannhelse, basert på en uforandret arbeidsflyt.

<sup>19</sup>Tillegg til tildelingsbrev 2017 nr.7 – utvikling av kodeverk for patologi

Kodeverk for aktivitetsregistrering innen patologi (A-PAT) ble levert i 2018, som Helsedirektoratet skal benytte til å etablere en aktivitetsbasert finansiering. Direktoratet for e-helse vil bidra i dette arbeidet i 2019.

I samarbeid og dialog med Helseplattformen og registermiljøene er det gjennomført kartlegging av registervariabler for harmonisering mellom registre, og for vurdering av muligheter for automatisk innrapportering fra elektronisk pasientjournal til registre. Hjerneslagregisteret er gjennomgått særlig nøye som grunnlag for analyse av hele verdikjeden; fra der data oppstår til sekundærbruk i forskning. Arbeidet videreføres i 2019.

### **Informasjonssikkerhet**

Normens viktigste leveranse i 2018 har vært Normen 5.3. Denne versjonen omfatter en fullstendig restrukturering av Normen, sentralt innhold fra den nye personvernforordningen, samt språklige forbedringer. Normen 5.3 trådte i kraft 20.7.18, og dokumentet er oversendt Datatilsynet med søknad om godkjenning som godkjent adferdsnorm etter personvernforordningens regler. Arbeidet med videre oppdatering av Normen fortsetter fram mot versjon 6.0, som etter planen skal publiseres i november 2019. Faktaark og veiledere vil oppdateres fortløpende.

Styringsgruppen har videre vedtatt en ny strategi for Normen 2019-2021. Her vektlegges det at Normen fortsatt skal være helse- og omsorgssektorens felles krav, verktøy og arena for informasjonssikkerhet og personvern. Prioriterte målgrupper skal være ledelse, leverandører og databehandlere samt små virksomheter. Prioriterte temaområder er pasient- og brukerrettigheter/ personvern, leverandørkrav og – oppfølging, i tillegg til sekundærbruk.

### **Høringer**

Direktoratet for e-helse har mottatt og vurdert 27 høringsbrev i 2017 og relevante hørings svar er publisert på [www.ehelse.no](http://www.ehelse.no). Direktoratets hørings svar dekker en stor bredde av problemstillinger som forslag til forskriftsendringer på registerområdet, innspill til kommende stortingsmelding om helsenæringen, om primærhelseteam, statistikklovutvalget, digitalt grenseforsvar, IKT sikkerhet og digital kompetanse og e-helse i grunnutdanningene på universitets- og høyskolenivå.

Direktoratet for e-helse har i 2018 selv sendt ut to høringsbrev om standarder, kodeverk og referanse katalog (henvisning og kortfattet pasientrettet legemiddelinformasjon)

### **E-helse i utdanning**

Direktoratet for e-helse har i 2018 videreført arbeidet fra 2017 for å få digital kompetanse og kunnskap om e-helse som læringsutbytte i grunn-, videre- og etterutdanningene på høyskole- og universitetsnivå. I dette arbeidet har direktoratet hatt nytte av nettverkene vi har etablert sammen med undervisningssektoren siden 2016. I lederutdanningen (e.g. helse- og omsorgstjenestene i primær og topplederprogrammet i spesialist) er tilbakemeldingen at digitalisering og e-helse i større grad blir ivaretatt i undervisningen.

Kunnskapsdepartementet har for 2018 og 2019 sendt ut forslag om nye retningslinjer for bachelor og profesjonsutdanningen i helse-, omsorg- og sosialfagene i tråd med forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (RETHOS I+II). Direktoratet for e-helse har i 2018 prioritert dette arbeidet for å bidra til at digitale ferdigheter, kunnskap og kompetanse blir implementert via retningslinjene for det enkelte fag og i undervisningen til

den enkelte undervisningsinstitusjon (se vårt hørings svar datert 1. august 2018 om bachelor-utdanningene til Kunnskapsdepartementet).

Direktoratet for e-helse, Legemiddelverket, Helsedirektoratet og de medisinske fakulteter har samarbeidet for at legemiddellære og elektronisk legemiddelhåndtering blir del av undervisningen for medisinske utdanningskandidater. Dette samarbeidet videreføres i 2019 og utvides til å inkludere universitetenes institutter for allmenmedisin, samfunnsmedisin og sykepleieutdanninger. Direktoratet har også knyttet kontakt med flere universiteter på fagområdene ingeniør- og informatikkutdanningen. Vi erfarer at disse institusjonene ønsker at digitalisering av helse- og omsorg blir undervisningstema i teknologifagene.

Direktoratet for e-helse er medlem av EHiN sin programkomite. I 2017 og 2018 har vi bidratt til at "Digital ledelse" er blitt fast programspor under konferansen.

### **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 2018 har Direktoratet for e-helse videreført sitt internasjonale samarbeid innenfor de overnevnte aktørene. Det ble blant annet gjennomført et nordisk standardiseringsseminar i regi av Nordisk Ministerråd sin e-helsegruppe i København (Danmark) i august. I 2018 ble Europakommisjonens nye treårige prosjekt på e-helse, eHAction (Joint Action to Support the eHealth Network) startet opp. Direktoratet deltar her inn i en arbeidspakke som omhandler teknologitrender og sitter også som medlem av styringsgruppen. Videre har Direktoratet for e-helse 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 velferdsteknologiprogrammet.

### **Representasjonsbesøk**

Direktoratet for e-helse deltok som en del av statsrådets delegasjon til Shanghai og Beijing (Kina) i april 2018, arrangert av Helse- og omsorgsdepartementet. Hovedtema for besøket var erfaringsutveksling på bruk av e-helse og muligheter for næringssamarbeid på helseteknologi.

Direktoratet for e-helse har deltatt på ledernivå ved HIMSS-konferansen i Las Vegas (USA), HIMSS-konferansen i Barcelona (Spania) og Gartner-konferansen i Barcelona (Spania).

## **3.7 Ressursfordeling og resultater**

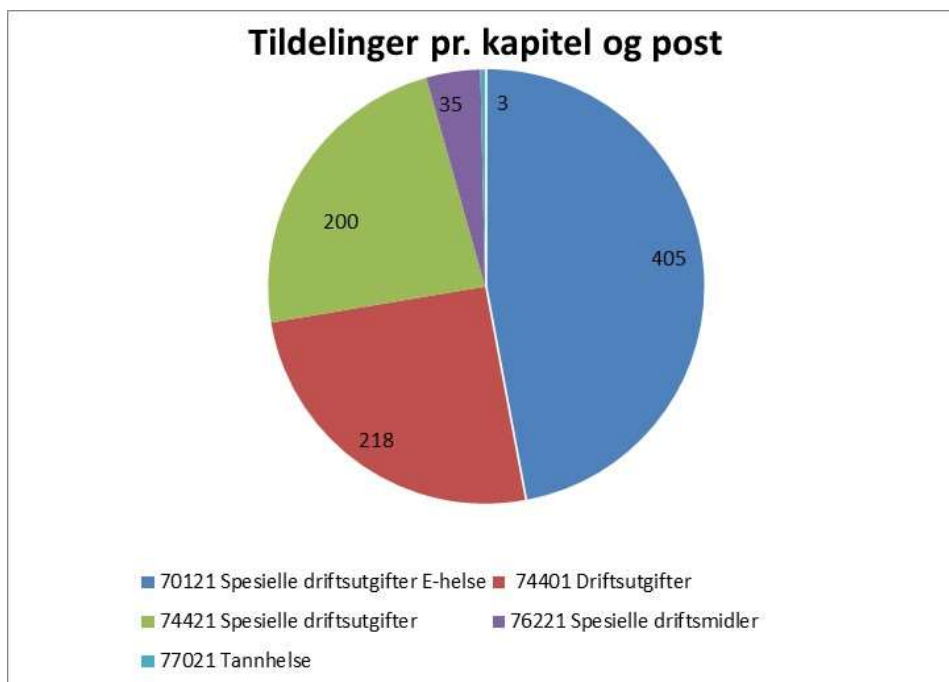
Tildelinger og belastningsfullmakter for 2018 har gitt Direktoratet for e-helse mulighet til et høyt aktivitetsnivå som beskrives i årsrapporten.

Ca. 50 prosent av forbruket i 2018 knytter seg til forvaltning av de nasjonale løsningene. Dette omfatter drift og utvikling av kjernejournal, helsenorge.no, e-resept og grunndata. Resterende brukes i hovedsak på utredningsarbeid knyttet til programmene, samt myndighetsutøvelse. De største programmene i 2018 var Helsedataprogrammet, Program for felles infrastruktur (FIA), Én innbygger – én journal, Modernisert folkeregister, Program for kodeverk og terminologi og Velferdsteknologiprogrammet. Arbeidet knyttet til

myndighetsutøvelse omfatter standardisering, kodeverk og terminologi, nasjonal styringsmodell, norm for informasjonssikkerhet, juridiske vurderinger og høringssvar.

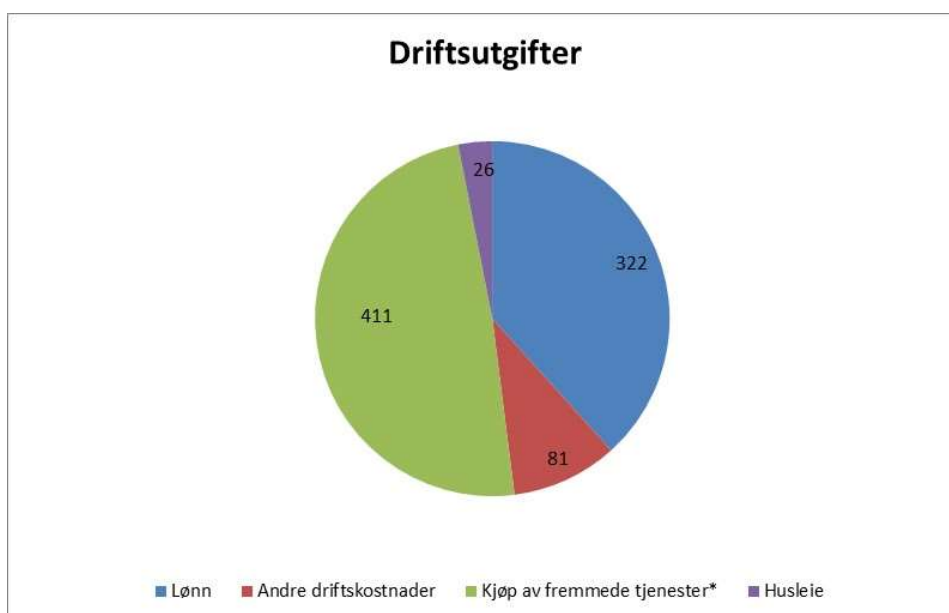
### 3.7.1 Tildeling og driftsutgifter

Tildelinger over statsbudsjett var på kr 860,8 mill. i 2018. Se diagrammet nedenfor for fordeling per kapittel og post.



Kap.post 701.21 pålydende 405,0 mill.kr. er inklusivt et inntektskrav på 270,4 mill.kr. (kapittel og post 3701.02).

Diagrammet under viser driftsutgiftene fordelt på hovedposter:



\*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

### 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 er et supplement til de vanlige pasientjournalene hos fastlege, legevakt og sykehus. Innbyggere kan selv se sin kjernejournal på [helsenorge.no](http://helsenorge.no), samt legge inn egne opplysninger.

#### Endringer som er gjort i 2018

I 2018 har Direktoratet for e-helse hatt fokus på applikasjonsforvaltning og strategiske initiativ i produktstrategien. De tre viktigste initiativene er:

- Kjernejournal har ferdigstilt utviklingsarbeidet som gjør legemidler og kritisk informasjon tilgjengelig via tekniske tjenestegrensesnitt (API), i tillegg til via portalen. Tjenestegrensesnitt for legemidler bidrar til å understøtte realisering av pasientens legemiddelliste. Tjenestegrensesnitt for kritisk informasjon bidrar til å tettere integrere kritisk informasjon fra kjernejournal i pasient-journalsystemet. Gevinster ved tiltaket avhenger av at virksomhetene bestiller støtte for API hos sine leverandører av journalsystemet.
- Kjernejournal skal tilby visning av pasientens journaldokumenter for helsepersonell – på tvers av virksomheter, regioner og omsorgsnivåer. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med de fire regionale helseforetakene, legeforeningen og kommunenes sentralforbund. Utviklingen startet i 2018. Helse Sør-Øst er primær samarbeidspartner og vil prøve ut løsningen for journalinnsyn sammen med Direktoratet for e-helse høsten 2019.
- Kjernejournal skal innføres i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse startet i 2018 med å mobilisere kommunene og fikk avtale med et utvalg utprøvkommuner. Etter planen skal utprøvingen starte i 2019. Initiativet er avhengig av videreutvikling av HelseID for skalerbar løsning som kan identifisere virksomheter tilknyttet en kommune.

#### Innføringstakt

Direktoratet for e-helse har ferdigstilt innføring av kjernejournal for innbyggere og i akuttmedisinsk kjede i 2017 og har ikke hatt innføringsaktiviteter mot sektoren i 2018. Utprøving i kommunal pleie- og omsorgstjeneste starter i 2019.

### Bruk av kjernejournal blant helsepersonell

Per 31. desember 2018 hadde 16 665 helsepersonell tatt i bruk kjernejournal og dette utgjør en økning på 34 prosent sammenlignet med forrige år.

I 2018 ble det gjennomsnittlig gjort cirka 14 000 oppslag i kjernejournal per uke. Dette er en økning på 82 prosent sammenlignet med gjennomsnittlig antall oppslag per uke i 2017.

### 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 om kjemoterapi og pacemaker.

Det antas at rundt 5 prosent (265 000) av landets innbyggere har kritisk informasjon som bør registreres. Per 31. desember 2018 har ca. 40 000 innbyggere fått lagt inn kritisk informasjon i sin kjernejournal. Dette er en økning på 90 prosent i forhold til 2017, men utgjør kun ca. 15 prosent av estimert antall personer med kritisk informasjon.

### Innbyggers oppslag og registreringer i kjernejournal

På helsenorge.no kan innbyggerne logge seg inn og se innhold, samt registrere utvalgte opplysninger i sin kjernejournal. Per 31. desember 2018 hadde over 1 860 000 innbyggere sett sin kjernejournal. Det er en økning på 53 prosent fra 2017. Av totalt antall innbyggere som har åpnet sin kjernejournal har 90 prosent sett på sine legemidler, 58 prosent på kritisk informasjon, 57 prosent har sett på oversikten over sine besøk i spesialisthelsetjenesten og 37 prosent på loggen over helsepersonell som har vært inne på deres kjernejournal.

Opplysninger som kan registreres av innbyggeren selv er kontaktpersoner, kommunikasjonsbehov og sykdomshistorie. Hver innbygger kan legge inn flere opplysninger. Per 31. desember 2018 hadde totalt ca. 313 000 innbyggere lagt inn informasjon i egen kjernejournal.

Tabell: Antall innbyggere som har registrert ulike typer informasjon i sin kjernejournal\*

	2014	2015	2016	2017	2018
Totalt antall innbyggere som har lagt inn informasjon	3 361	42 882	95 207	174 862	312 920
Type informasjon					
Kontaktpersoner	3 252	37 100	80 694	147 697	231 081
Kommunikasjonsutfordringer (syn, hørsel, tale eller språk)	65	563	1 233	5 729	12 384
Egenregistrert sykdom	716	10 606	22 142	40 836	57 717
Digitalt donorkort	-	-	-	-	120 013

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

### Innbyggers bruk av personverninnstillinger i kjernejournal

Innbyggerne kan velge å reservere seg mot kjernejournal, legge inn sperringer, blokkeringer, samt sette opp varslingsprofil. 5 311 innbyggere hadde per 31.12 2018 aktivt reservert seg fra kjernejournal, en endring fra 5 064 i 2017.

### **Hva skal til for å realisere plan for de nærmeste årene?**

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. Særlig er dette et viktig virkemiddel for å øke registreringsgraden av kritisk informasjon i kjernejournal. 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. Direktoratet for e-helse har levert tekniske grensesnitt for legemidler og kritisk informasjon i 2018, men det er avgjørende for gevinstrealiseringen at virksomhetene nå bestiller tett integrasjon fra EPJ-leverandørene.

Innsyn i pasientens journaldokumenter er viktig for å gi helsepersonell bedre beslutningsgrunnlag i behandlingssituasjoner og kontekst til annen pasientinformasjon i kjernejournal, som legemiddelhistorikk og oppføring av kritisk informasjon. Utveksling av journaldokumenter i en sikker løsning hever også informasjonssikkerheten og personvernet til den enkelte når man kan gå bort fra å dele slike opplysninger over telefon, fax eller post. For at Direktoratet for e-helse og sektoren skal lykkes, er det avgjørende at aktørene gjør journaldokumenter tilgjengelig for deling i lokale eller regionale dokumentarkiv (XDS). Virksomhetene må støtte norsk metadataprofil (IHE XDS.b) og sørge for at journalsystemene knytter seg til den nasjonale infrastrukturen for dokumentdeling (XCA).

Pleie- og omsorgstjeneste mangler fortsatt teknisk mulighet til å ta i bruk kjernejournal, og Direktoratet for e-helse jobber i samarbeid med kommunerepresentanter for at EPJ-leverandørene skal utvikle støtte for kjernejournal-portal i 2019. Dette er viktig for å kunne ta ut det fulle gevinstpotensialet av kjernejournal – herunder gevinster knyttet til innsyn i journaldokumenter på tvers av omsorgsnivåene. Kjernejournal skal også bidra til å realisere pasientens legemiddelliste og skal gi helsepersonell tilgang til både legemiddelopplysninger og legemiddelreaksjoner fra kjernejournal i sentral forskrivningsmodul.

Pleie- og omsorgstjenesten utgjør et stort antall virksomheter og helsepersonell. Effektiv innføring fordrer at tilgangsstyringen i HelselD er skalerbar. Tilgangen krever autentisering på sikkerhetsnivå 4, og kommunene har i liten grad tatt i bruk slik sikkerhetsinfrastruktur. Kjernejournal vil være blant de første løsningene som tas i bruk i kommunal omsorgstjeneste som krever dette. Tilbakemeldinger fra kommunene er at disse kostnadene medfører at innføringen vil ta tid, og at kjernejournal vil tas i bruk gradvis i den enkelte kommunes virksomheter.

### **3.8.2 E-resept**

E-resept er en elektronisk samhandlingskjede for sikker overføring av reseptinformasjon. Den reduserer risikoen for feil i forskrivning og utlevering av legemidler, og oppfylder strenge krav til sikkerhet og personvern. Kjeden omfatter rekvirenter (på f.eks. legekontor, legevakter, sykehus), apotek og bandasjister. I tillegg er også Statens legemiddelverk, Helfo og Reseptformidleren en del av kjeden. Reseptinformasjonen går gjennom Reseptformidleren der Direktoratet for e-helse er dataansvarlig. E-resept er et viktig bidrag til modernisering av legemiddelforvaltningen og til bedre samhandling i helsetjenesten.

### **Innsatsområde i 2018**

I 2018 har Direktoratet for e-helse hatt fokus på applikasjonsforvaltning og strategiske initiativ i produktstrategien. De viktigste initiativene er:

- Kvalitet i e-resept-prosjektet. Prosjektets hovedmål har vært å øke datakvaliteten i reseptformidleren (RF). Prosjektet gjennomførte en rekke identifiserte forbedringstiltak innenfor fire hovedområder:
  - A- Kunnskapsdeling og holdningsskapende arbeid
  - B- Opplæring
  - C- Bedre funksjonalitet i EPJ-systemene
  - D- Juridiske rammer

Flere av tiltakene er langsiktige og følges videre opp i forvaltningen. Prosjektet er avsluttet og vurderes som vellykket. Funksjonelle krav til EPJ-systemene vil ivaretas gjennom Sentral forskrivningsmodul (SFM) og gjennom kravstilling av rekvirentspesifikasjonene for de systemer som utvikler e-resept funksjonalitet selv.

- Redusere gyldighetstid på resept. Rekvirent skal ha mulighet til å sette kortere gyldighetstid på resept som et virkemiddel for å oppnå lavere forbruk av antibiotika i helsetjenesten. Endret rekvirerings- og utleveringsforskrift ble iverksatt 1.1.2018, hvor det er gjort unntak for de som ikke har støtte for tilpasset funksjonalitet i EPJ<sup>20</sup>. For å tilpasse e-resept til denne endringen, må det tilrettelegges i FEST og i EPJ/FM og det kreves i utgangspunktet en samtidighet i implementasjonen hos aktørene i verdikjeden for at gevinstene skal kunne realiseres. Status per 18.01.19 er som følger:
  - Kravspesifikasjonen ble besluttet 29.11.2017. Kravdokumentet (Rekvirentspesifikasjon v6.2) ble publisert 19.12.17.
  - Legemiddelverket har gjort nødvendige tilpasninger i FEST-filen og kan publisere denne når det gis klarsignal.
  - Det er flere EPJ-leverandører som i løpet av 2018 har gjort nødvendige investeringer og tilpasset endret funksjonalitet, men det er fortsatt to som ennå ikke har levert støtte for denne endringen.
- Sentral forskrivningsmodul (SFM). SFM vil erstatte dagens Forskrivningsmodul (FM). SFM er et viktig virkemiddel for å realisere pasientens legemiddelliste (PLL), for å realisere nasjonal innføring av Multidose, for å effektivisere endringshåndtering i e-reseptkjeden og for å innføre kvalitetshevende tiltak i e-resept. Prosjektet videreføres i 2019 og inngår nå i et nylig etablert program for legemiddelområdet i e-helse. Etter planen skal første EPJ-leverandør klargjøres for utprøving i 2019. Initiativet er blant annet avhengig av videreutvikling av HelseID, det etableres nasjonal standard for bruk av FHIR og videreutvikling av Reseptformidleren.
- Utarbeide bruksvilkår for rekvirent og utleverer virksomheter. Denne aktiviteten videreføres i 2019 og er planlagt ferdigstilt i første kvartal. Det er også planlagt å utarbeide bruksvilkår for leverandører som inngår i e-reseptkjeden.
- Det er satt i gang et prosjekt for å innføre ny standard for tjenestebasert adressering. Prosjektet er i startfasen og hovedmålet er å kartlegge konsekvenser som følge av den nye standarden, foreslå tiltak, spesifisere endringsbehov og etablere en plan for innføring av den nye standarden i e-resept. Hvis det er mulig, skal Reseptformidleren videreutvikles i 2019 for å understøtte denne nye standarden.

<sup>20</sup> <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kortere-gyldighet-pa-antibiotikaresepter/id2580622/>



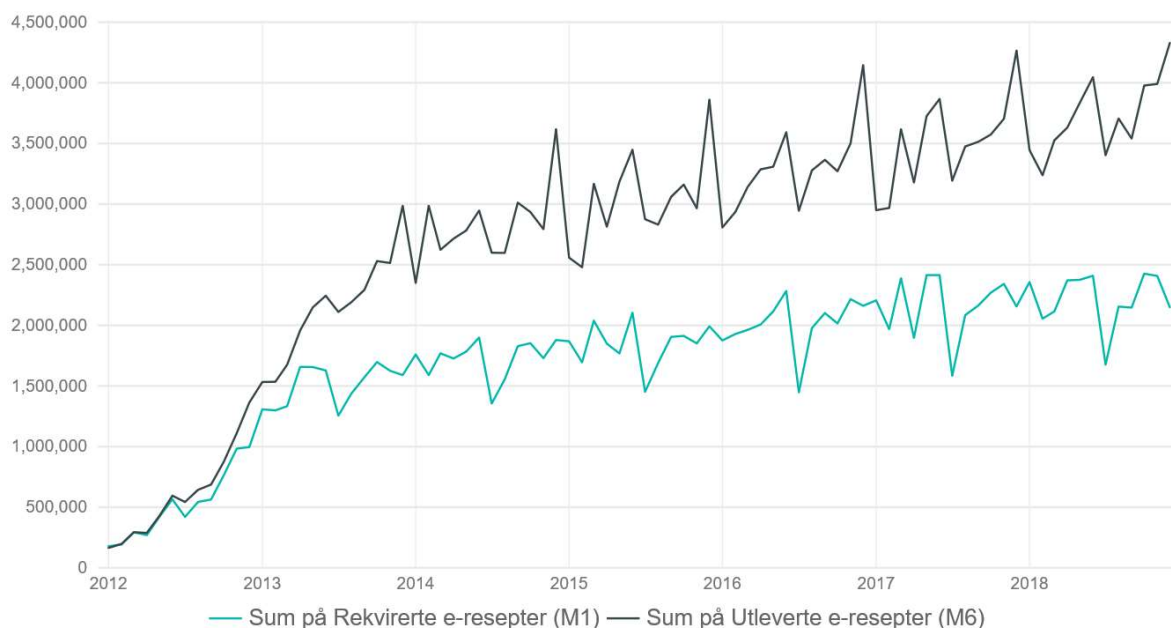
- Forvaltning av e-resept, Forskrivningsmodul og Reseptformidleren. Det er flere tiltak som har hatt stort fokus i forvaltningen av produktet:
  - Sikkerhet. Det er implementert flere risikoreduserende tiltak i Reseptformidleren. Det er også etablert en risikobehandlingsplan som er et viktig verktøy for å kontinuerlig jobbe med og ha fokus på sikkerhet i løsningen. Arbeidet videreføres i 2019.
  - Understøtte innføring av en ny bransjeløsning for apotek, Eik. Det pågår et arbeid for å tydeliggjøre e-reseptkravene på apotek og det jobbes med å tydeliggjøre godkjenningsprosessen for Eik. Dette arbeidet videreføres i 2019.
  - Sikre test og godkjenning av nye aktører og leverandører som tar i bruk e-resept. Dette gjelder blant annet tannleger og e-resept i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Arbeidet videreføres i 2019.
  - Innsynstjenesten mineresepter.no ble stengt høsten 2018. Innsynstjenesten tilbys via legemiddeltjenesten på helsenorge.no.
  - Forskrivningsmodul (FM) vil etter hvert erstattes av SFM. Hovedfokus på videreutvikling av løsningen i 2018 har vært å utvikle støtte for PLL, HelselD, forskriftsendringer, feilrettinger og forbedringer. Det jobbes også med å spesifisere løsning for integrasjon av elektronisk kurve i Helse Vest. Videreutvikling av løsningen i 2019 vil være preget av å ferdigstille PLL-funksjonalitet, integrasjon av elektronisk kurve i Helse Vest og implementere nødvendige endringer og feilrettinger for å forvalte en robust løsning.
  - Hovedfokus for videreutviklingen av Reseptformidleren (RF) i 2018 var å implementere PLL-funksjonalitet, inkludert forskriftsendringen knyttet til overgangen fra samtykke til reservasjon ved oppslag i RF. Det er i tillegg implementert en rekke sikkerhetstiltak, det ble spesifisert funksjonalitet for å understøtte SFM og det ble implementert flere feilrettinger og forbedringer. Videreutvikling av løsningen i 2019 vil være preget av å ferdigstille PLL-funksjonalitet, utvikle SFM-funksjonalitet og implementere flere endringer og feilrettinger for å forvalte en sikker og robust løsning.
  - Fjerne støtte for versjon 2.4 av e-reseptmeldingene. E-resept meldingsversjon 2.5 ble spesifisert og godkjent i e-resepts endringsråd i 2013. Det ble da avtalt planer for innføring i 2014. Status i dag er at samtlige aktører kommuniserer på gjeldende meldingsformat med unntak av en EPJ-leverandør.

### **Multidose**

Det er siden våren 2013 jobbet kontinuerlig med å tilpasse e-reseptløsningen for 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. 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). Ved årsskiftet 2018/2019 var det 12 legekontorer, 53 leger, 4 multidoseapotek og 520 multidosepasienter i utprøving. SFM er et virkemiddel for å ferdigstille innføring av Multidose og Pasientens legemiddelliste. SFM er i utviklingsfasen og det er planlagt å klargjøre første EPJ-leverandør for utprøving i 2019.

### **Rekvireringer og utleveringer**

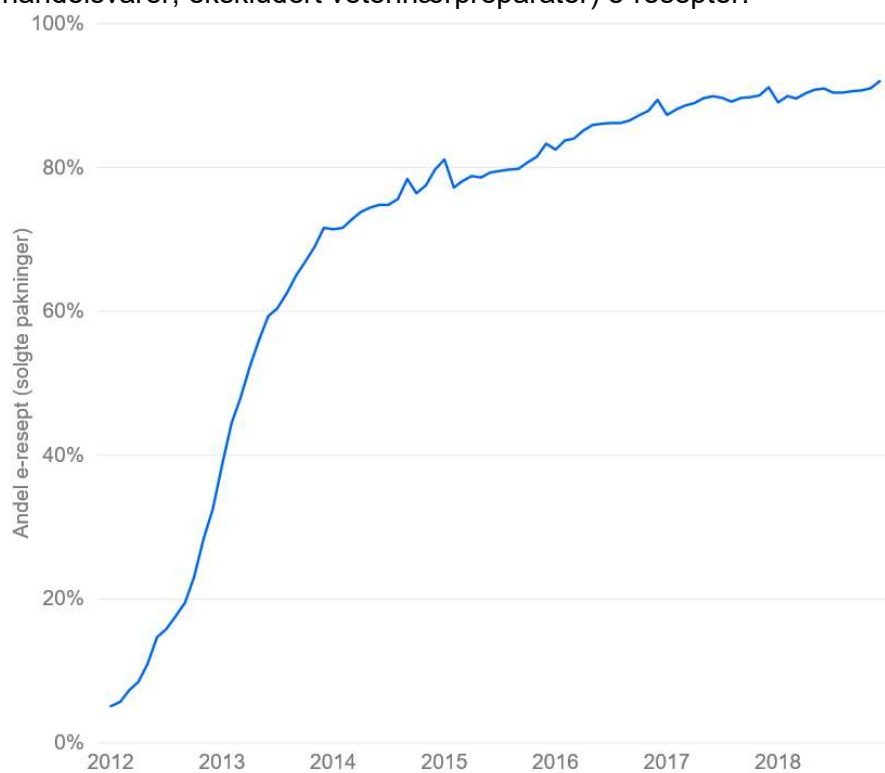
I desember 2018 ble det rekvirert over 2,1 millioner e-resepter. Samtidig ble det utlevert over 4,3 millioner e-resepter.



Figur: Antall rekvirerte og utleverte e-resepter. 2012-2018 (kilde: Reseptformidleren).

### Økning i bruk av e-resept

Det har vært en stadig økning i bruken av e-resept siden innføringen i 2011. Mot slutten av 2018 var over 92 prosent av alle utleverte pakninger av humane legemidler (inkludert handelsvarer, ekskludert veterinærpreparater) e-resepter.



Figur: Andel solgte pakninger på e-resept. 2012-2018. (Kilde: Apotekenes bransjestatistikk)

### Andel e-resept rekvirert i spesialisthelsetjenesten

Per desember 2018 utgjorde e-resepter fra spesialisthelsetjenesten 12,1 prosent av det totale antallet e-resepter.



Figur: Andel e-resept (M1) rekvirert i spesialisthelsetjenesten. Mai 2015 – desember 2018 (kilde: Reseptformidleren).

### 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 2018 har andel oppslag i Reseptformidleren via nettapotek økt jevnt. 39 912 innbyggere logget seg på et nettapotek og så på sin reseptliste i desember 2018.

### 3.8.3 Grunndata

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

De ulike informasjonstjenestene inneholder administrativ informasjon om person, personell og virksomhet. 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. Produktstrategien er forankret med sektoren. Det er i 2018 startet et arbeid med å revidere produktstrategien for å tydeliggjøre behovene for å realisere strategien og få en finansieringsmodell og styringsmodell knyttet til produktet. Det pekes på behovet for en ny grunndataplattform som er modernisert, robust, har høy tilgjengelighet, understøtter personvern/GDPR-kravene og som kan levere nye tjenester knyttet til person, personell og virksomhet.

Viktige tiltak, som enhetlig virksomhetsstruktur og nasjonale autorisasjonskilder er foreløpig ikke blitt prioritert. Behovet for å ta ned teknisk gjeld er stigende.

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 helhetlig styrings-, forvaltnings- og finansieringsmodell for Grunndata.

I løpet av 2018 har grunndataplattformen hatt en økning i antall oppslag på 37 prosent mot 2017. Gjennom de to siste årene har veksten totalt vært på 284 prosent. Økende bruk og stadig sterkere avhengigheter til Grunndata-tjenestene gir et økt antall komplekse utbedringsbehov fra sektoren. Det gjøres fortløpende tiltak for å optimalisere trafikken fra kopiering til mer online bruk av tjenestene, som kan ta ned det totale omfanget av data. Dette vil krevet en mer robust og tilgjengelig grunndataplattform.

### 3.8.4 Helsenorge.no

Helsenorge.no er den offentlige helseportalen for innbyggere i Norge. Produktstyret for helsenorge.no har i 2018 fulgt opp realiseringen av produktstrategiens målsetninger og fokusområder. 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 frigjøre 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 strategiske fokusområdene er:

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

I de følgende avsnittene beskrives framdriften innen hvert av de strategiske fokusområdene.

#### **Fokusområde 1: Økt utbredelse av eksisterende tjenestetilbud**

I 2018 økte bruken av kunnskapsinnholdet på åpne sider på helsenorge.no med 37 prosent og bruken av selvbetjeningsløsninger med 71 prosent. I snitt var det 70 000 besøk til åpne sider og 32 000 pålogginger daglig. Det gir betydelige ressursbesparelser for helse- og omsorgssektoren at innbyggere kan administrere timer og hjemmebesøk, se status på henvisninger, sjekke resepter eller bytte fastlege digitalt.

Man ser også konkrete gevinster av etablerte løsninger. Ett eksempel på dette er e-konsultasjoner for fastleger. Noen pasienter opplever det som mye enklere å beskrive sin helsetilstand og helseutfordringer når man kan gjøre det skriftlig, hjemmefra og i eget tempo. Flere fastleger beskriver at bruken av helsenorge.no frigir kapasitet i venterom og gir økt fleksibilitet. Det går over 20 000 meldinger fra fastleger til pasienter via helsenorge.no hver måned.

Veksten i antall behandlere som bruker helsenorge.no i 2018 har vært:

- Fastlegene: Ved årsslutt tilbød ca. 1592 fastleger digital dialog (opp fra 150 fastleger i slutten av 2017 og 33 ved slutten av 2016). To av de tre store leverandørene støtter innbyggertjenester på helsenorge.no og tilbyr det til sine fastlegekunder. Den siste tilbyr ikke helsenorge.no til sine fastlegekunder.
- Pleie- og omsorgstjenestene i et økende antall flere kommuner tar i bruk helsenorge.no for samhandling med innbyggere. Oslo, Bergen og Øvre Romerike har ferdigstilt nødvendig utvikling i de tre journalene som brukes i pleie- og omsorg. Ved årsslutt bor en av fire innbyggere i en kommune som samhandler med brukere og pårørende via helsenorge.no.
- Spesialisthelsetjenesten:
  - Helse Vest har gjennomført pilot for unge kronikere der ungdom selv bruker digitale tjenester for kontakt med behandlere på sykehuset.
  - Helse Midt-Norge har pilotert støtte for visning og varsling om timeavtaler, og mulighet for å endre time.
  - Helse Sør-Øst har videreført forberedelser for ulike digitale innbyggertjenester. Prosjektet er forsinket i forhold til opprinnelig plan, så lansering av nye tilbud skjer i 2019.
  - Avtalespesialister: ingen prosjekter eller aktivitet i 2018.

Det er gjennomført en rekke tiltak for å gjøre løsningene mer robuste etter hvert som bruken av dem øker.

## **Fokusområde 2: Videreutvikle tjenestetilbudet på helsenorge.no i 2018**

Investeringene i å videreutvikle tjenestetilbudet via helsenorge.no var lavere i 2018 enn i 2017 (og i 2016), men det ble likevel lansert viktige, nye innbyggertilbud. Spesielt viktige nye områder i 2018 var:

- Støtte for felles legemiddelliste og lovendring som innebærer at innbygger kan blokkere helsepersonells tilgang til resepter.
- Etablering av verktøy som et nytt område på helsenorge.no. Utviklingen er gjort slik at det legges til rette for at et bredt utvalg av aktører (private og offentlige) kan levere digitale lærings- og mestringstilbud. Rask psykisk helsehjelp i Bærum kommune blir først ut med verktøy som kan avhjelpe søvnvansker. Videre utvikling av tilbudet og stimulering av helsenæring som kan produsere og levere tilbud kan kreve endringer i innkjøps- og finansieringsmodeller.
- Mulighet til å registrere samtykke til organdonasjon og opprette donorkort.
- Bedre støtte for helseforskning og helsedata. Herunder støtte for fylkeshelseundersøkelser, innsyn i medisinsk fødselsregister og sysvak.
- Endringer i samtykke og fullmaktstruktur som gjør det mulig å involvere pårørende på ønsket måte og oppfylle krav i GDPR.

Det skjer også forberedende analyser av behov og mål for nye tjenester. Det er blant annet gjort ulike forberedelser for å bedre det digitale helsetilbudet for unge. Helse Vest har

gjennomført en pilot for unge kronikere der barn/ungdom selv har fått tilgang til utvalgte digitale tjenester. Det er i samarbeid med Helsedirektoratet og ung.no gjort forberedelser for å bedre informasjonstilbudet til unge. Prosjektet DigiHelsestasjon gjennomføres som et nasjonalt samarbeidsprosjekt, og skal utvikle de første nasjonale digitale innbyggertjenestene innenfor helsestasjon- og skolehelsetjenesten og ungdomshelse i kommunene. Oslo kommune leder prosjektet, og har etablert et samarbeid med Bergen kommune, Haugesund kommune og Stavanger kommune, KS og Direktoratet for e-helse. Prosjektet har etablert tett dialog med de tre EPJ-leverandørene for helsestasjonstjenesten.

Som utgangspunkt for videre utvikling av tjenester er det etablert målbilder for Personlig kunnskapssenter, Symptomoppfølging og digitale prøvesvar. Støtte for helhetlig håndtering av digital kommunikasjon, inkludert viderefremidling til post/digipost/ebox for de som ikke benytter Helsenorge og muligheter for håndtering av strukturerte data/skjema er også videreutviklet i 2018.

Det pågår arbeid med tiltak som skal sikre god kvalitet og effektive arbeidsprosesser for kunnskapsinnholdet på helsenorge.no.

Tabellen under gir en mer detaljert oversikt over endringer i enkelttjenestene på helsenorge.no i 2018.

Tjeneste	Endringer i 2018
<b>Nasjonale tjenester</b>	
<b>Kvalitetssikret informasjon</b>	Kvalitetssikring og vedlikehold av informasjon om forebygging, helse, sunnhet, sykdom, behandling og pasientrettigheter; Forbedret tilgang til informasjon og oppdatering av informasjon om kliniske studier i samarbeid med Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (FNSP); Informasjon om ekspertpanel; Utvidet informasjon om pasientrettigheter og klageadgang.
<b>Velg behandlingssted</b>	Ingen større endringer
<b>Nasjonale kvalitetsindikatorer</b>	Ingen større endringer
<b>Helsetrygdkort</b>	Ingen større endringer
<b>Meld bivirkninger</b>	Ingen større endringer
<b>Vaksiner</b>	Folkehelseinstituttet har avviklet den opprinnelige "Mine vaksiner"-tjenesten og den er flyttet inn under "Vaksiner" på helsenorge.no. Mulighet til å skrive ut vaksinasjonskort er lagt til. Bedre brukeropplevelse, universelt utformet og en unngår ekstra pålogging.
<b>Legemidler</b>	En helhetlig legemiddeltjeneste er realisert på helsenorge.no med informasjon fra både Reseptformidleren og Kjernejournal (den tidlige frittstående "Mine Resepter"-tjenesten med kun informasjon fra Reseptformidleren er avviklet). Mulighet for å blokkere tilgang til resepter for helsepersonell.
<b>Egenandeler</b>	Ingen større endringer
<b>Kjernejournal</b>	Mulighet for å registrere donorkort

Tjeneste	Endringer i 2018
Pasientreiser	Klagefunksjonalitet og forenklinger i søknad
<b>2. Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten</b>	
Timer	Løft på arkitektur for timeadministrasjon og pilot for Helse-Midt
Henvisninger	Ingen større endringer
Pasientjournal inkl. tilgangslogg	Ingen større endringer
Dialog og kontakter	Åpnet for dialog med fastlege på vegne av barn 12-16 år
Skjema (ny)	Tatt i bruk ulike skjema for egenregistrering for fødende og bestilling av hjemmetester
<b>3. Digitale innbyggertjenester i primærhelsetjenesten</b>	
Dialogtjenester kommune	Ny støtte gjør det mulig å varsle utførte hjemmebesøk og siste EPJ er godkjent og klar
Dialogtjenester fastlege	Ny funksjonalitet: Helsenorge-integrasjonene støtter at EPJ kan publisere ulike timetyper, f.eks. hastetimer, videotimer, og mulighet for andre kontakter enn fastlege (som i primærhelseteam)
Fastlegeinformasjon	Ingen større endringer
Bytte fastlege/ fastlegeordningen	Ingen større endringer
<b>4. Digitale innbyggertjenester for registre forskning og samvalg</b>	
Samvalgsverktøy	Faggruppe for samvalg er opprettet. Det er besluttet en prosess for kvalitetssikring av verktøy.
Registerinfo og -dialog	Innsyn i medisinsk fødselsregister og sysvak, forberedelser for generisk registeringsinnsynstjeneste og håndtering av samtykker
Deltakerdialog forskning	Utsending av folkehelseundersøkelser

### Fokusområde 3: Stimulere til innovasjon

Overordnet for fokusområdet har framdriften vært mer begrenset enn ønsket. Det skyldes at utviklingsaktiviteter på helsenorge.no er finansiert av de ulike aktørene i sektoren. Med begrensede midler har aktørene prioritert de to foregående områdene. Men det har vært noe viktig aktivitet.

I samarbeid med Helsedirektoratet og i dialog med leverandører, forskere, behandlere og brukere har Direktoratet for e-helse etablert arkitektur for lærings- og mestringstjenester. Løsningene er basert på analyser av 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.

Nye felleskomponenter utvikles slik at de tilrettelegger for bruk i tilknytning til eksisterende dialogtjenester. Produktstrategien krever at nye innovative helsetilbud og spesialiserte løsninger for innsamling av data og interaksjon med innbygger skal kunne hektes på helsenorge.no. Men det er nødvendig med noe videreutvikling og praktisk tilrettelegging for å realisere målet om at private aktører i større omfang kan bidra med verdikjende tjenester.

Eksempler på aktiviteter som åpner for at private helseløsninger kan hektes på og fungere i samspill med helsenorge.no er:

- Felleskomponenter for digitale skjema er videreutviklet i 2018. 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.
- Felleskomponenter for verktøy – læring og mestring er etablert slik at et mangfold av ulike leverandører kan bidra til et rikt tilbud av verktøy.

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.

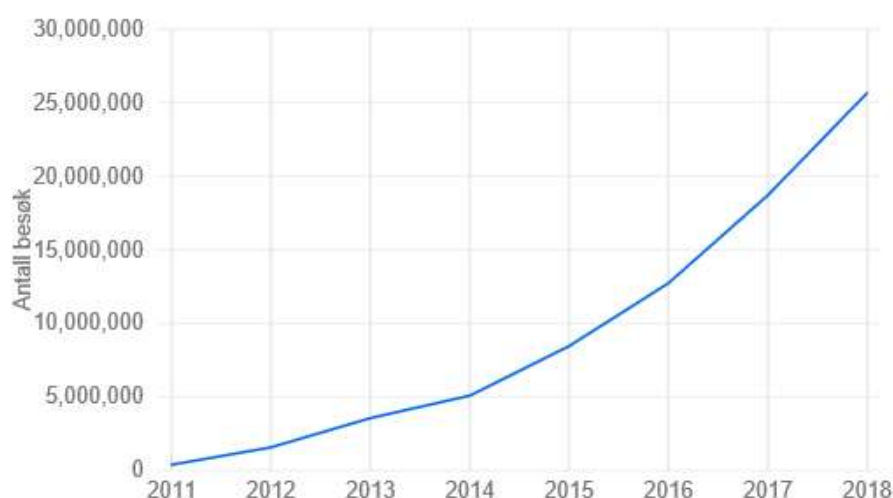
### Hva kreves for å realisere målene for digitale innbyggertjenester?

Aktivitetsnivået for å nå ut bredt, videreutvikle og legge til rette for innovasjon er lavere enn ønsket for å kunne innfri målene i produktstrategien for helsenorge.no. Spesielt tar det lenger tid enn ønsket å få økt utbredelse av tjenester i spesialisthelsetjenesten. Manglende finansiering gjør 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 unødvendig sakte. Fordi den som går foran med etablering av nye tjenester må ta investeringen, lønner det seg lokalt å vente på at noen andre tar ansvar for ønsket videreutvikling. Å gjøre kravet om netthelsetjenester, rammevilkår og finansieringsmodeller tydeligere, er en forutsetning for raskere utbredelse av relevante samhandlingstjenester på helsenorge.no.

### Antall besøk på helsenorge.no

Totalt hadde helsenorge.no i overkant av 25,6 millioner besøk i 2018, mot 18,7 millioner besøk i 2017.

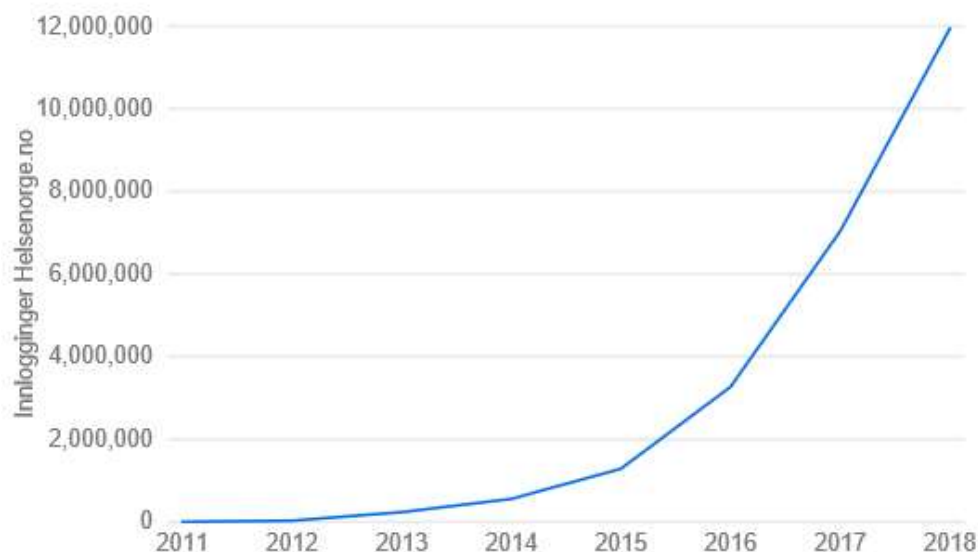


Figur: Antall besøk på helsenorge.no. 2011-2018.



### Bruk av innloggede tjenester

Helsenorge.no hadde nesten 12 millioner innlogginger i 2018 fra rundt 7 millioner i 2017.



Figur: Antall innlogginger på helsenorge.no. 2011-2018. Kilde: ID-porten, DIFI

### Vaksiner

Tjenesten 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. Bruk av tjenesten økte til nesten 800 000 i 2018, fra 213 000 i 2017. Årsaken til økningen skyldes sannsynligvis at tjenesten våren 2018 ble flyttet fra minevaksiner.no til helsenorge.no.

### Legemidler

Tjenesten Legemidler gir innbyggere oversikt over egne aktive resepter, legemidler de har fått utlevert hos apotek og antall utleveringer som er gjort. Legemidler hadde i overkant av 5 millioner besøk i 2018, mot 2,9 millioner innlogginger i 2017. Årsaken til økningen skyldes sannsynligvis at tjenesten våren 2018 ble flyttet fra mineresepter.no og til helsenorge.no.

## 3.9 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 Helsenettet og er dermed et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

Det sendes flere ulike typer meldinger i helsenettet, blant annet henvisninger, epikriser, rekvisisjoner og svar, pleie- og omsorgsmeldinger og ulike kvitteringer og systemmeldinger.

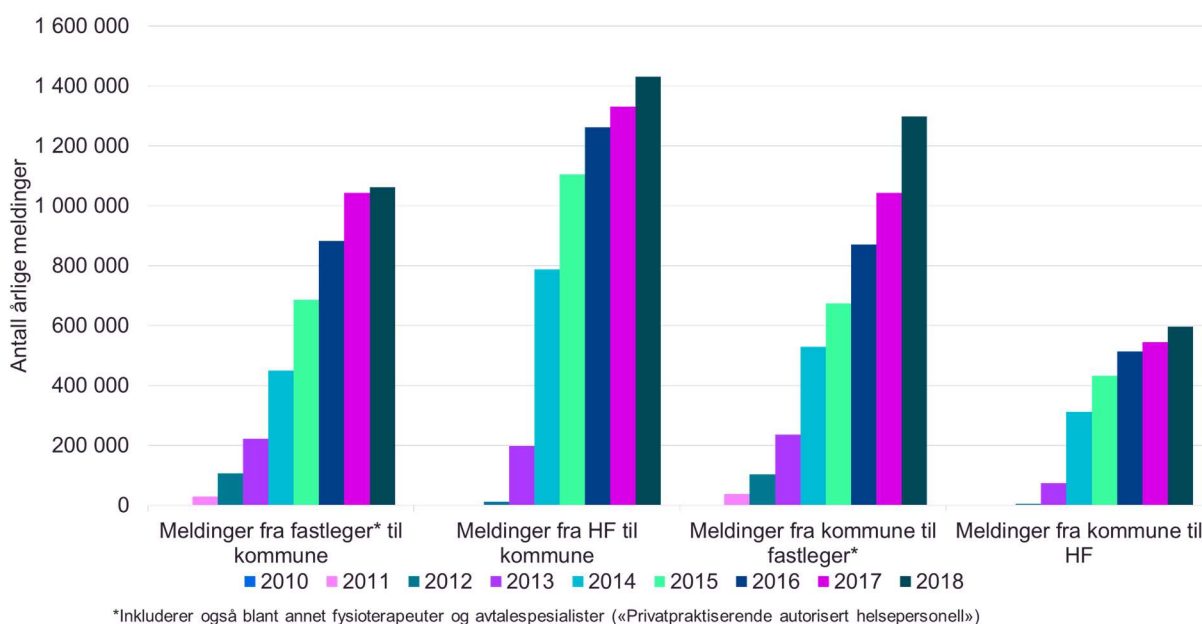
Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er tilkoblet Helsenettet og kan dermed utveksle meldinger til og fra hverandre. På mange områder har elektroniske meldinger erstattet papirforsendelser. Eksempelvis er elektroniske henvisninger, epikriser, laboratoriesvar og automatisk frikort nå tatt bredt i bruk.

Totalt ble det i 2018 utvekslet 211 millioner meldinger, mot 214 millioner i 2017. Nedgangen skyldes i hovedsak at det er foretatt endringer i måten meldinger relatert til frikort utføres på, i

den hensikt å forenkle samhandlingen og øke meldingskvaliteten. Til tross for nedgang i totalt antall medisinske meldinger, ser vi en jevn økning i de andre kategoriene for meldinger. Blant annet var det en økning i antall basismeldinger som henvisninger, epikriser og lab, fra 33 millioner i 2017 til 36 millioner i 2018.

### Antall sendte pleie- og omsorgsmeldinger

Antall pleie- og omsorgsmeldinger økte i perioden fra 2010-2018. I 2018 ble det sendt rundt 1,4 millioner meldinger fra helseforetak/private sykehus til kommuner. Fra kommuner til helseforetak/private sykehus ble det sendt rundt 0,6 millioner meldinger. Fra kommuner til fastleger ble det sendt rundt 1,3 millioner meldinger, og fra fastleger til kommuner ble det sendt rundt 1 million meldinger.



Figur: Antall sendte pleie- og omsorgsmeldinger 2010-2018. Kilde: Norsk Helsenett (NHN)

### Andre eksempler:

#### 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 innleggelsesrapport.

I 2018 kan tilnærmet alle kommuner sende innleggelsesrapporter til helseforetak/private sykehus og motta melding om innlagt pasient fra helseforetak og private sykehus.

#### Pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner

Alle helseforetakene kan nå utveksle 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.

## 4. Styring og kontroll i virksomheten

### 4.1 Internrevisjonens vurdering av styring og kontroll av virksomheten

Internrevisjonen gir en vurdering av styring og kontroll basert på observasjoner i samtaler med ledergruppen, ansatte, gjennomføring av risikoworkshop, pågående revisjoner og i den løpende informasjonen de har tilgang til (som etterspurte dokumenter, ledermøter og offentlig tilgjengelig informasjon).

Direktoratet inngikk i 2018 en avtale om internrevisjon med en uavhengig aktør. For 2018, har internrevisor i samarbeid med ledergruppen gjennomført en risikovurdering av Direktoratet for e-helse på overordnet nivå. Gjennomgangen innebar også en vurdering av ønsket kontrollnivå. Internrevisor har med utgangspunkt i risikovurderingen utarbeidet årsplan for internrevisjonen. I dialogen med administrasjonen og gjennomgang av dokumentasjon er internrevisor alltid observant i forhold til eventuelle indikasjoner på svakheter i internkontrollen.

Virksomheten har vært i en oppbyggingsfase med etableringen av direktoratet og samtidig vært underlagt krav til leveranser. Internrevisorens vurdering er at Direktoratet for e-helse er bevisst på hvilke risikoer som er viktige å håndtere, og er villig til å gjøre prioriteringer for å følge opp disse. Etter internrevisors foreløpige vurdering, har direktoratet lagt grunnlaget for en god kontrollkultur og etablering av en internrevisjon som «tredje forsvarslinje» viser et bevisst arbeid for å styrke internkontrollen.

Internrevisor har ikke opplevd at ledelsen har akseptert et nivå av risiko som har ligget høyere enn det internrevisor vurderer å være forsvarlig.

### 4.2 Porteføljestyring

En vesentlig del av oppdragene som er gitt til Direktoratet for e-helse blir utført som prosjekter, og dermed fulgt opp av porteføljestyring. Denne styringsfunksjonen er i 2018 videreutviklet på basis av det internasjonale metoderammeverket Management of Portfolios (MoP).

Følgende er eksempler på forbedringer i 2018:

- Mer fokus i de månedlige statusrapportene på felles utfordringer på tvers av prosjektene, samt tiltak relatert til disse
- Anvendelse av nasjonale prioriteringskriterier ved prioritering av direktoratets egen portefølje
- Hyppigere avstemming mellom prioritering av egen portefølje og budsjettprosessen i direktoratet
- Tydeliggjøring av beslutningsprosessen ved faseoverganger i prosjektene, jf. Difis prosjektveiviser

De største utfordringene i prosjektporteføljen er at utbredelse av de nasjonale e-helseløsningene tar tid. Dette skyldes i hovedsak at det er krevende å koordinere

innføringsaktiviteter og systemleveranser i en sektor med komplekse ansvarsforhold og styringslinjer.

I desember 2018 besto Direktoratet for e-helses portefølje av 44 prosjekter. Av disse var 24 prosjekter eid av direktoratet selv, mens 20 prosjekter var bestilt utvikling fra andre aktører i helse- og omsorgssektoren. Samlet budsjett for prosjekter eid av direktoratet var på 410 millioner. De tre største prosjektene var Helsedataprogrammet, Program Felles Infrastruktur og Arkitektur (FIA) og Én innbygger – én journal: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Direktoratets porteføljestyring er tett knyttet til nasjonal porteføljestyring og nasjonal styringsmodell for e-helse. Metode-, prosess- og kompetanseutvikling er i 2018 blitt mer samordnet, og Direktoratet for e-helse har styrket rollen som pådriver for å synliggjøre tiltak i helse- og omsorgssektoren som bidrar til å realisere nasjonal e-helsestrategi.

### **4.3 Sikkerhet, personvern og beredskap**

God informasjonssikkerhet og godt personvern er en forutsetning for å levere gode og sikre e-helseløsninger som befolkningen har tillit til. Flere nye tiltak på informasjonssikkerhets- og personvernområdet har blitt satt i gang i 2018.

Sikkerhet- og personvernorganisasjonen i Direktoratet for e-helse har blitt styrket ytterligere. Det har blitt ansatt et fulltidsansatt personvernombud iht. krav i ny personvernforordning. Det er ansatt en ny sikkerhetsleder og en ny sikkerhetsrådgiver for produktområdet helsenorge.no. Sikkerhetssjefen og personvernombudet har faste månedlige møter med direktøren i Direktoratet for e-helse.

Det videre arbeidet med ledelsessystemet for informasjonssikkerhet i henhold til ISO 27001, har resultert i et solid og moderne rammeverk tilpasset dagens trussel- og risikobilde. Blant annet er risikostyringen prioritert og godt forankret i virksomheten med rapportering opp til øverste ledernivå.

Direktoratet for e-helse har i sikkerhet- og personvernmåned (oktober) gjennomført flere presentasjoner og andre aktiviteter for å styrke kompetanse og kultur innenfor sikkerhet, beredskap- og personvern. Aktivitetene ble godt mottatt. I 2018 har direktoratet innført obligatorisk introduksjonskurs i informasjonssikkerhet og personvern for både ansatte og konsulenter.

Direktoratet for e-helse har ansvar for at det gjennomføres internkontroll og sikkerhetsrevisjoner av de nasjonale e-helseløsningene. Det gjøres jevnlig egenkontroll, revisjoner og inntrengningstester. Dette er et område som er prioritert. I 2018 utførte et eksternt selskap en uavhengig revisjon av produktområdene kjernejournal og grunndata. Som resultat av denne revisjonen, ble det satt i gang ytterligere forbedringer på sikkerhet- og personvernområdet. Kjernejournal vant i februar 2018 Datatilsynets pris for "Innebygd personvern i praksis 2017".

Avvik og sikkerhetshendelser blir gjennomgått hvert kvartal for å sikre at restavvik er fjernet, og for å analysere rotårsak og vurdere om det er behov for ytterligere tiltak.

Direktoratet for e-helse gjennomfører halvårlige direktør- og kontaktmøter med Datatilsynet. I møtene drøftes konkrete problemstillinger knyttet til direktoratets nasjonale e-helseløsninger og programmer. Tidlig involvering og dialog med Datatilsynet bidrar til 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 2018. I tilbakemeldingene direktoratet har mottatt fra Datatilsynet, har tilsynet vektlagt hvordan Direktoratet for e-helse iverksetter og følger opp de tiltakene som ble skissert i de ulike avviksmeldingene. I disse sakene vil Datatilsynet av den grunn ikke følge opp avviksmeldingene nærmere.

Som svar på oppdrag i tildelingsbrev, har Direktoratet for e-helse vurdert om det er behov for en risiko- og sårbarhetsanalyse for helse- og omsorgssektorens IKT sårbarheter, og hvordan denne skal gjennomføres. Departementet støtter direktoratets forslag om en stegvis tilnærming.

For de nasjonale e-helseløsningene, er det gjort flere tiltak for å styrke 24/7-beredskapen og sikre en robust hendelsehåndtering. Direktoratet for e-helse har et strukturert øvingsregime som inkluderer opplæring og øving på taktisk, operativt og strategisk nivå. I 2018 er det gjennomført øvelser av ulik kompleksitet og omfang, inkludert øvelser som involverte sentrale samarbeidsaktører. Alle øvelser evalueres og det utarbeides tiltak som følges opp og implementeres. Direktoratet har også gitt bistand til oppbygging av beredskapsorganisasjon, og planlagt og gjennomført øvelser hos samarbeidsparter. Vi har også vært med å planlegge Nato-øvelsen Trident Juncture, hvor det ble høstet nyttige erfaringer i samspill med helsesektoren.

Direktoratets beredskapsplanverk og kontinuitetsplanene for de nasjonale e-helseløsningene er videreutviklet etter funn og forbedringsarbeid i forbindelse med evaluering av øvelser og hendelser. Direktoratet har implementert ny versjon av Nasjonal helseberedskapsplan.

Vi jobber kontinuerlig med å sikre gode rutiner for hendelsehåndtering og beredskap ivaretas i hele livssyklusen til tjenester og produkter.

## 4.4 Økonomi

Direktoratet for e-helse er fullservicekunde av Direktoratet for økonomistyring (DFØ) for regnskap, lønn og reiseadministrasjon. Direktoratet har beholdt eget tidsregistreringssystem. Det er planlagt å gå over på DFØ sitt tidsregistreringssystem i 2019.

I 2018 har økonomiavdelingen i direktoratet arbeidet videre med å etablere og utvikle interne regnskapsrutiner. Det er innført forenklede arbeidsprosesser for organisasjonens kontering av fakturaer, hvor kapittel og post automatisk blir utredet av oppgavekoden.

Økonomistyringen i Direktoratet for e-helse 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 vårt.

Det har vært en ledig controllerstilling i direktoratet i store deler av 2018. Vi har ikke lyktes med å rekruttere eller finne en vikar, til tross for flere forsøk. På bakgrunn av dette har det blitt harde prioriteringer i arbeidsoppgavene som tilhører den ledige stillingen. Nye tiltak for å få tak i en ressurs fortsetter i 2019.

Direktoratet for e-helse er en prosjektorganisasjon hvor alle ansatte fører timer i henhold til hvilke prosjekter og/eller aktiviteter de jobber med. Økonomisystemene er 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 lønnskoning som det ikke er praktisk mulig å endre i takt med den reelle timeføringen. I 2018 har derfor Direktoratet for e-helse laget prinsipper for ny økonomimodell som skal sørge for at timeføringen blir reflektert i regnskapet automatisk. Ny økonomimodell er avhengig av hvilke løsninger DFØ kan tilby innenfor området. Direktoratet for e-helse er pilotkunde av DFØ innenfor prosjektstyringsområdet. Vi arbeider nært sammen med DFØ for å sikre at tilbudte løsninger dekker behovene som er avdekket i arbeidet med ny økonomimodell.

Direktoratet for e-helse er en av virksomhetene i staten med høyest andel e-faktura (EHF). I 2018 var hele 94 prosent av mottatte fakturaer i Direktoratet for e-helse elektroniske.

## 4.5 Arbeidsmiljø og likestilling

Arbeidsmiljøet ble i 2018 kartlagt gjennom en medarbeiderundersøkelse og HMS-møter. Handlingsplaner ble utarbeidet og fulgt opp. 93 prosent av de ansatte svarte på medarbeiderundersøkelsen. Det er en generell positiv utvikling siden forrige undersøkelse, særlig innenfor tema knyttet til ledelse. Jobbengasjementet er fortsatt høyt, men har gått litt tilbake siden 2016.

Bedriftshelsetjeneste ble etablert i 2018. Tjenesten er blitt benyttet til rådgivning, arbeidsplassvurderinger, ergonomirunder, samtaler og influensavaksinerings. Bedriftshelsetjenesten er også representert i arbeidsmiljøutvalget, som har hatt fire møter. Sentrale tema var sykefravær, bedriftshelsetjeneste samt oppfølging av HMS-møter og medarbeiderundersøkelse. Vernetjenesten ble utvidet slik at det nå er verneombud i hver divisjon. Det ble gjennomført HMS-kurs for nye verneombud og medlemmer i arbeidsmiljøutvalget. IA samarbeidsutvalg har gjennomført to møter og oppdatert IA mål- og handlingsplan. Medbestemmelsesapparatet har hatt jevnlig møter og har blant annet behandlet budsjettprosesser, strategiarbeid og organisasjonsendringer. Velferdsutvalg ble etablert og har gjennomført en rekke aktiviteter.

Måltallet for sykefravær i direktoratet er 4 prosent. Akkumulert sykefravær for 2018 var 5,7 prosent, hvor 3,9 prosent var langtidsfravær og 1,8 prosent korttidsfravær. Det har vært fokus på oppfølging og tilrettelegging for langtidssykemeldte.

Pr. 31.12.2018 var det 327 ansatte i direktoratet. 60 prosent var kvinner og 40 prosent var menn. Det var 20 kvinnelige ledere i direktoratet og 16 mannlige. Tre kvinner og to menn satt i topplergruppen.

### **Inkluderingsdugnad**

Det vises til Tillegg til tildelingsbrev nr. 12 og rundskriv H-3/18 om regjeringens inkluderingsdugnad og fem prosentmålet for de statlige virksomhetene.

Ved ordinære rekrutteringsprosesser har direktoratet for e-helse rutiner for særskilt vurdering av søkere som har oppgitt nedsatt funksjonsevne eller innvandrerbakgrunn. I rapporteringsperioden har det vært 27 nyansettelser, hvor tre hadde innvandrerbakgrunn. Ingen av de nye medarbeiderne oppga nedsatt funksjonsevne i søknaden. Det er heller ikke kommet frem informasjon om nedsatt funksjonsevne i etterkant. Én av de nyansatte har hull i CV, slik dette er definert av KMD. I rapporteringsperioden har ingen medarbeidere gått fra administrativ til fast stilling.

Direktoratet ønsker å bidra til å nå fem prosentmålet og vi ser at vår rekrutteringsrutine bør forbedres. Den bør i større grad sikre at personer med nedsatt funksjonsevne eller hull i CV blir motivert til å søke stillinger hos oss og får styrket sin mulighet til å gå videre i prosessen. Når situasjonen ligger til rette for det, vil direktoratet vurdere å tilby arbeidstrening via IA-plass eller traineeprogram.

## 5. Vurdering av fremtidsutsikter

Økt velstand, globalisering, medisinsk- og medisinskteknologisk utvikling, høyere levealder og digitalisering av samfunnet er med på å endre norsk helsetjeneste. For å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og bedre ressursbruk, er det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i teknologi på en bedre måte.

Den digitale utviklingen er gjennomgripende og gir behov for å tenke nytt rundt tradisjonelle roller og ansvar i digitaliseringsarbeidet. Dagens beslutnings- og finansieringsstrukturer er fragmentert. Verdiskaping i et helhetlig samfunnsperspektiv fanges ikke opp av virksomhetsperspektivet til den enkelte aktør. Fremover er det nødvendig at aktørene innen helsesektoren tenker og arbeider mer helhetlig i utøvelsen av eget ansvar, og det er behov for å løse flere oppgaver i fellesskap.

Anbefalingene om en *ny e-helseorganisering* innebærer tre tiltak:

- Videreutvikle etablerte styringsmodeller på e-helseområdet til helhetlige samstyrings- og eierstyrings-modeller
- Etablere nye finansieringsmodeller
- Ny organisering av ressursene ved å etablere en nasjonal tjenesteleverandør og videreutvikle myndighetsrollen i Direktoratet for e-helse

Sammen skal tiltakene sikre bedre helhet og koordinering av innsatsen på e-helseområdet.

I nasjonal e-helsestrategi planlegges det å realisere nye, store nasjonale e-helseløsninger, som felles journal og samhandlingsløsning (nasjonal kommunal løsning), helseanalyseplattformen, felles grunnmur og velferdsteknologisk knutepunkt. Direktoratet mener det er nødvendig å etablere en nasjonal tjenesteleverandør fordi dette vil gi en profesjonell og skalerbar leverandør for utvikling, drift og forvaltning av eksisterende og fremtidige nasjonale e-helseløsninger. Bruk av markedet er en viktig forutsetning for å realisere ambisjonene i e-helsestrategien.

Samtidig må direktoratets myndighetsrolle styrkes for å møte behovet i sektoren. Direktoratet må ta en tydeligere rolle som sektorens rådgivende fagorgan innen personvern og informasjonssikkerhet. Videre må direktoratets nasjonale rolle innen arkitektur, e-helsestandarder, kodeverk og terminologi styrkes. Direktoratet for e-helse bør også styrke sin rolle innenfor strategiområdet og innenfor samfunnsøkonomisk analyse. Det er viktig for blant annet å sikre at sammenstilt kunnskap og analyser i større grad kan legges til grunn for strategiske beslutninger.

Endret organisering, finansiering og styring er ikke alene tilstrekkelig for å realisere de uttalte ambisjonene innen e-helse. Den totale økonomiske rammen til e-helsetiltak må over tid utvides fra dagens nivå. I tillegg må midler til utvikling og anskaffelser, som en naturlig følge av mer nasjonal samordning, gradvis omfordeles fra lokalt til nasjonalt nivå.

Videre er det nødvendig å styrke arbeidet med en felles grunnmur for digitale tjenester. Dette er viktig forutsetning for å realisere ambisjonene på e-helseområdet. Formålet med å etablere en felles grunnmur for digitale tjenester er å legge til rette for enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå. Sammenfallende behov skal ha felles løsninger for å understøtte e-helseløsninger. Disse vil bidra til raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering i helse- og omsorg



Innføring av ny e-helseorganisering og etablering av en felles grunnmur for digitale tjenester, er viktige forutsetninger for å lykkes i digitaliseringsarbeidet. De vil være viktige bidrag for å nå ambisiøse mål innen definerte strategiske områder som bedre sammenheng i pasientforløp, helsehjelp på nye måter, digitalisering av arbeidsprosesser og bedre bruk av helsedata.

## 6. Årsregnskap

### Ledelseskommentarer

#### Formål

Direktoratet for e-helse (E-helse) 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 går frem av prinsippnoten til årsregnskapet. Årsregnskapet utgjør del VI av årsrapporten til 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 E-helses disponible bevilgninger, regnskapsførte utgifter, inntekter, eiendeler og gjeld.

#### Vurderinger av vesentlige forhold

I 2018 har E-helse samlet disponert tildelingen på utgiftssiden á kr 860 796 000, inklusivt inntektskrav pålydende kr 270 400 000.

Det er mottatt ni belastningsfullmakter pålydende til sammen kr 20 978 000 hvor kr 18 766 769 er benyttet:

Kap.post	Pålydende	Benyttet
0762.21	128 000	128 000
0540.25	5 000 000	4 823 433
0540.25	5 000 000	3 441 641
0765.21	5 800 000	5 799 818
0762.21	2 600 000	2 411 058
0762.21	550 000	386 698
0740.21	500 000	500 000
0714.21	1 200 000	1 198 754
0740.21	200 000	77 367
<b>Sum</b>	<b>20 978 000</b>	<b>18 766 769</b>

Samlet tildeling på inntektssiden er kr 270 400 000. I henhold til tildelingsbrevet, kan E-helse overskride bevilgning over kap. 701, post 01 og 21 mot tilsvarende merinntekter over kap. 3701, post 02.

Den totale utnyttelsesgraden av tildelingene, justert for merinntekt, er 95 prosent. Utnyttelsesgraden av tildelingene til kap. 701, post 21, kap. 744, post 01 og kap. 744 post 21, justert for merinntekt og midler til EPJ-løftet 2018/2019, er 99 prosent.

Mindreutgiften for kapittel og post 701.21, spesielle driftsutgifter E-helse, er på kr 22 946 889 etter at det er justert for merinntekter fra eksterne prosjekter, kapittel og post 3701.02. Kr 20 000 000 av mindreutgiften tilhører tildeling til EPJ-løftet 2018/2019. For avtaleåret 2018/2019 går EPJ-løftet over kapittel og post 701.21, mens det for avtaleåret 2017/2018 gikk over kapittel og post 762.21. Beløpet på kr 22 946 889 søkes overført til neste år iht. beregninger i note B.

Mindreutgiften for kapittel og post 744.21 beløper seg til kr 9 171 704, og søkes overført til neste år iht. beregninger i note B.

Mindreutgiften for kapittel og post 762.21 knyttet til lege og fysioterapi – EPJ-løftet 2018, som er pålydende kr 12 425 573, skyldes lav utviklingstakt hos noen av leverandørene. Det er nye aktører som har trådt inn i markedet. Dette har ført til at enkelte av de etablerte leverandørene ikke har prioritert egen produktutvikling og funksjonalitet som EPJ-løftet etterspør.

For inntektskapittel 3701, diverse inntekter E-helse, ble merinntekten på kr 4 568 485. Dette skyldes utgiftsrefusjoner til eksterne prosjekter.

Utbetalinger til lønn og sosiale utgifter beløp seg til kr 321 736 288, jf. opplysninger i note 2. Lønnsandel av driftsutgiftene er 38,3 prosent.

Summen av andre utbetalinger til drift utgjorde kr 518 183 142, jf. oversikt over andre utbetalinger til drift i note 3. Den største utgiftsposten er kjøp av konsulenttjenester og utgjorde 86 prosent av totalutbetalingen. Bruk av konsulenter er en bevisst strategi for E-helse. Den gir virksomheten fleksibilitet fordi direktoratet 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 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 husleie, og utgjorde 5 prosent.

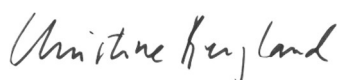
Det ble utbetalt kr 1 982 989 til ulike investeringer, hovedsakelig knyttet til lisenser og inventar.

Mellomværende med statskassen utgjorde pr 31.12.18 kr 15 257 938, jf. note 8.

## Tilleggsopplysninger

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet for Direktoratet for e-helse. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per d.d., men revisjonsberetningen antas å foreligge i løpet av 2. kvartal 2019. Beretningen er unntatt offentlighet fram til Stortinget har mottatt Dokument 1 fra Riksrevisjonen, men vil bli publisert på E-helses nettside så snart dokumentet er offentlig.

Oslo, 27. februar 2019



Christine Bergland  
Direktør Direktoratet for e-helse

## Prinsippnote årsregnskapet

Årsregnskapet 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 artskontorrapporteringen 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 artskontorrapporteringen 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 artskontorrapportering 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 E-helse har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet som E-helse har fullmakt til å disponere. Oppstillingen viser alle finansielle eiendeler og forpliktelser E-helse står oppført med i statens kapitalregnskap. Kolonnen sin samlede tildeling viser hva virksomheten har fått 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 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

Utgiftskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2018	Merutgift (-) og mindreutgift
0701	Spesielle driftsutgifter E-helse	21			404 983 000	386 604 596	18 378 404
0744	Driftsutgifter	01			217 813 000	220 136 200	-2 323 200
0744	Spesielle driftsutgifter	21			200 300 000	191 128 296	9 171 704
0540	Digitale innbyggertjenester-hjembaserte	25		B	10 000 000	8 265 074	1 734 926
0714	Oppdrag i forbindelse med prosjektet "Bar"	21		B	1 200 000	1 198 754	1 246
0740	Avtalespesialister inn i Velg behandlingss	21		B	700 000	577 367	122 633
0762	Spesielle driftsmidler	21			34 700 000	22 274 427	12 425 573
0762	Spesielle driftsmidler	21		B	3 278 000	2 925 756	352 244
0765	Forprosjekt "Digitale verktøy innen psykis	21		B	5 800 000	5 799 818	182
0770	Tannhelse	21			3 000 000	3 000 027	-27
1633	Nettoføringsordningen for mva i staten	01			0	111 862 977	
<i>Sum utgiftsført</i>					881 774 000	953 773 292	

Inntektskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Samlet tildeling*	Regnskap 2018	Merinntekt og mindreinntekt(-)	
3701	Diverse inntekter E-helse	02		270 394 000	274 962 485	4 568 485	
5309	Tilfeldige inntekter i staten	29		0	483 992		
5700	Arbeidsgiveravgift	72		0	39 470 551		
<i>Sum inntektsført</i>					270 394 000	314 917 028	

<i>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</i>						638 856 264
<b>Kapitalkontoer</b>						
60094301	Norges Bank KK /innbetalinger				285 259 546	
60094302	Norges Bank KK/utbetalinger				-922 378 351	
707017	Endring i mellomværende med statskassen				-1 737 459	
<i>Sum rapportert</i>						0

<b>Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)</b>							
					31.12.2018	31.12.2017	Endring
707017	Mellomværende med statskassen				-15 257 938	-13 520 479	-1 737 459

\* Samlet tildeling skal ikke reduseres med eventuelle avgitte belastningsfullmakter. Se note B for nærmere forklaring.

Note B: Mottatte belastningsfullmakter

## Note A – Forklaring av samlet tildeling utgifter

<b>Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter</b>			
<b>Kapittel og post</b>	<b>Overført fra i fjor</b>	<b>Årets tildelinger</b>	<b>Samlet tildeling</b>
74401	6 300 000	211 513 000	217 813 000
74421		200 300 000	200 300 000
70121		404 983 000	404 983 000
77021		3 000 000	3 000 000
76221	32 700 000	2 000 000	34 700 000
<b>Sum</b>	<b>39 000 000</b>	<b>821 796 000</b>	<b>860 796 000</b>

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

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(-) / mindre utgift etter avgitte belastningsfullmakter	Merinntekter / mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt	Omskipning fra post 01 til 45 eller til post 01/21 fra neste års bevilgning	Innsparinger(-)	Sumgrunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
0701.21	"kan overføres"	18 378 404	0	18 378 404	4 568 485			22 946 889	[5% av årets tildeling i note A]	22 946 889
0744.01		-2 323 200	0	-2 323 200	0			-2 323 200	[5% av årets tildeling i note A]	-2 323 200
0744.21	"kan overføres"	9 171 704	0	9 171 704	0			9 171 704	[5% av årets tildeling i note A]	9 171 704
0762.21		12 425 573	0	12 425 573	0			12 425 573	[5% av årets tildeling i note A]	12 425 573
0770.21		-27	0	-27	0			-27	[Som årets og fjorårets tildeling]	0
0540.25	Mottatt belastningsfullmakt	1 734 926	0	1 734 926	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell		
0714.21	Mottatt belastningsfullmakt	1 246	0	1 246	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell		
0740.21	Mottatt belastningsfullmakt	122 633	0	122 633	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell		
0762.21	Mottatt belastningsfullmakt	352 244	0	352 244	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell		
0765.21	Mottatt belastningsfullmakt	182	0	182	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:

Direktoratet for e-helse har mottatt 9 belastningsfullmakter for kap.postene 0540.25, 0714.21, 0740.21, 0762.21 og 765.21 på tilsammen 20.978.000 mill.kr. Av disse har direktoratet brukt 18 766 769 mill.kr.

For kap.post 0540.25 er det mottatt to belastningsfullmakter fra Difi pålydende 5 000 000 mill.kr. hver. For den ene belastningsfullmakten knyttet til digital førrettsforvaltning er det brukt 3 441 641 mill.kr. Prosjektet er tildelt midler fra Difi på 15 000 000 mill.kr. i perioden 2018-2020 (5 000 000 mill.kr. pr. år).

Belastningsfullmakter utover de som er mottatt fra Difi, er mottatt fra Helsedirektoratet.

#### Stikkordet «kan overføres»:

Bevilgning for kapittel og post 0701.21 og 0744.21 er gitt med stikkordet "kan overføres", og beløpet inngår som en del av mulig overførbart beløp.

#### Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre):

Det er ikke avgitt belastningsfullmakter i 2018.

#### Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter:

Direktoratet for e-helse har tillatelse til å overskride bevilgningen for kap.post 701.21 mot tilsvarende merinntekter over kap.post 3701.02.

#### Kap.post 744.01 og 744.21:

Det er et merforbruk pålydende 2 323 200 mill.kr. for kap.post 744.01, og et mindreforbruk for kap.post 744.21 pålydende 9 171 704 mill.kr.. Oppgavene som er bokført på kap.post 744.01 og 744.21 henger sammen. Når disse kap.postene sees sammen skyldes det samlede mindreforbruket EIEJ.



# Oppstilling av artskontorrapportering

## Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2018

	Note	2018	2017
<b>Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetalinger fra gebyrer	1	0	0
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	1 308 672	25 098 786
Salgs- og leieinntekter	1	273 653 812	230 380 385
Andre inntekter	1	0	0
<i>Sum inntekter fra drift</i>		274 962 485	255 479 171
<b>Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetaling til lønn	2	321 736 288	311 926 186
Andre utbetalinger til drift	3	518 183 142	428 180 369
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		839 919 430	740 106 555
<b>Netto rapporterte driftsutgifter</b>		<b>564 956 946</b>	<b>484 627 384</b>
<b>Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetaling av finansinntekter	4	0	0
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		0	0
<b>Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetaling til investeringer	5	1 982 989	2 822 826
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8B	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	7 896	38 061
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		1 990 885	2 860 887
<b>Netto rapporterte investerings- og finansutgifter</b>		<b>1 990 885</b>	<b>2 860 887</b>
<b>Innkrevning svirkosomhet og andre overføringer til staten</b>			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.	6	78 158	1 897
<i>Sum innkrevning svirkosomhet og andre overføringer til staten</i>		78 158	1 897
<b>Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>			
Utbetaling av tilskudd og stønader	7	0	0
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		0	0
<b>Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *</b>			
Grupplivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		405 834	394 179
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		39 470 551	38 252 421
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		111 862 977	90 444 406
<i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		71 986 592	51 797 805
<b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>		<b>638 856 264</b>	<b>539 284 179</b>
<b>Over sikt over mellomværende med statskassen **</b>			
<b>Eiendeler og gjeld</b>		<b>2018</b>	<b>2017</b>
Fordringer		0	0
Kasse		0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank		0	0
Skyldig skatte trekk		-13 228 240	-12 129 470
Skyldige offentlige avgifter		-2 065 597	-1 402 942
Annen gjeld		35 899	11 933
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	8	<b>-15 257 938</b>	<b>-13 520 479</b>

\* 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

	31.12.2018	31.12.2017
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
<b>Sum innbetalinger fra gebyrer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Tilskudd fra EU	1 308 672	1 594 063
Motkonto mot konto 2900	0	23 504 723
<b>Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer</b>	<b>1 308 672</b>	<b>25 098 786</b>
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Eksterne refusjonsinntekter	273 653 812	205 378 924
Tilfeldige inntekter (diverse inntekter post 01-29)	0	25 001 461
<b>Sum salgs- og leieinnbetalinger</b>	<b>273 653 812</b>	<b>230 380 385</b>
<i>Andre innbetalinger</i>		
<b>Sum andre innbetalinger</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Sum innbetalinger fra drift</b>	<b>274 962 485</b>	<b>255 479 171</b>

## Note 2 – Utbetalinger til lønn

	31.12.2018	31.12.2017
Lønn	257 799 431	249 155 608
Arbeidsgiveravgift	39 470 551	38 252 421
Pensjonsutgifter*	29 518 123	29 328 056
Sykepenger og andre refusjoner (-)	-9 698 031	-9 472 496
Andre ytelser	4 646 214	4 662 596
<b>Sum utbetalinger til lønn</b>	<b>321 736 288</b>	<b>311 926 186</b>
<b>Antall år sverk:</b>	<b>325</b>	<b>314</b>

## Note 3 – Andre driftsutgifter

	31.12.2018	31.12.2017
Husleie	26 007 428	25 485 867
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	0	82 157
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	4 959 622	4 597 416
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	545 035	558 223
Mindre utstyrskaffelser	2 219 396	2 278 914
Leie av maskiner, inventar og lignende	20 083 626	30 143 888
Kjøp av fremmede tjenester	443 362 680	339 750 361
Reiser og diett	7 390 749	8 161 914
Øvrige driftsutgifter	13 614 608	17 121 628
<b>Sum andre utbetalinger til drift</b>	<b>518 183 142</b>	<b>428 180 369</b>

## Note 4 – Finans

	31.12.2018	31.12.2017
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	0	0
Annen finansinntekt	0	0
<b>Sum innbetaling av finansinntekter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

	31.12.2018	31.12.2017
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	7 896	38 061
Valutatap	0	0
Annen finansutgift	0	0
<b>Sum utbetaling av finansutgifter</b>	<b>7 896</b>	<b>38 061</b>

## Note 5 – Utbetalinger til investeringer og kjøp av aksjer

	31.12.2018	31.12.2017
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	1 399 779	1 774 650
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Bereidskapsanskaffelser	0	0
Infrastruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	583 209	1 048 176
<b>Sum utbetaling til investeringer</b>	<b>1 982 989</b>	<b>2 822 826</b>

	31.12.2018	31.12.2017
<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
<b>Sum utbetaling til kjøp av aksjer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## Note 6 – Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten

	31.12.2018	31.12.2017
Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929)	78 158	1 897
<b>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>	<b>78 158</b>	<b>1 897</b>

## Note 7 – Tilskuddsforvaltning

	31.12.2018	31.12.2017
<b>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## Note 8 – Sammenheng statskassen

### Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen

	31.12.2018	31.12.2018	Forskjell
	Spesifisering av bokført avregning med statskassen	Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	
<b>Finansielle anleggsmidler</b>			
Inves teringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0	0	0
<b>Sum</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
Kund efordringer	6 519 167	0	6 519 167
Andre fordringer	0	0	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
<b>Sum</b>	<b>6 519 167</b>	<b>0</b>	<b>6 519 167</b>
<b>Langsiktig gjeld</b>			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<b>Sum</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld	-9 242 767	0	-9 242 767
Skyldig skattetrekk	-13 228 240	-13 228 240	0
Skyldige offentlige avgifter	-2 091 070	-2 065 597	-25 473
Annen kortsiktig gjeld	35 899	35 899	0
<b>Sum</b>	<b>-24 526 178</b>	<b>-15 257 938</b>	<b>-9 268 240</b>
<b>Sum</b>	<b>-18 007 011</b>	<b>-15 257 938</b>	<b>-2 749 073</b>

\* 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

Ervervsdato	Antall aksjer	Eierandel	Stemmeandel	Årets resultat i selskapet	Balansført egenkapital i	Balansført verdi i
					selskapet	regnskap*
<i>Aksjer</i>						
Selskap 1						
Selskap 2						
Selskap 3						
<b>Balansført verdi 31.12.2018</b>						<b>0</b>

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





