



Direktoratet for
e-helse

Årsrapport 2019

Direktoratet for e-helse



Publikasjonens tittel:

Årsrapport for Direktoratet for e-helse 2019

Utgitt:

28. februar 2020

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

| | |
|---|-----------|
| 1. Leders beretning | 4 |
| 2. Introduksjon til virksomheten og hovedtall | 6 |
| Omtale av virksomheten og samfunnsoppdraget | 6 |
| Omtale av organisasjon og ledelse | 6 |
| Utvalgte hovedtall | 7 |
| Volumtall for nasjonale løsninger | 8 |
| 3. Årets aktiviteter og resultater | 9 |
| Hovedmål 1: Én innbygger - én journal | 9 |
| Hovedmål 2: Digitale tjenester til innbyggere og helsepersonell | 10 |
| Hovedmål 3: Oppdaterte og tilgjengelige data for kunnskapsbasert planlegging, styring, kvalitetsforbedring og helseovervåkning | 20 |
| Hovedmål 4: Styring, organisering og finansiering av e-helse skal gi målrettede og effektive leveranser | 23 |
| Hovedmål 5: Nasjonal IKT-infrastruktur og felleskomponenter ivaretar behovet for sikker digital kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren | 27 |
| Fellesføringer | 35 |
| Tillegg til tildelingsbrev | 37 |
| Forvaltningsoppgaver | 40 |
| Ressursfordeling og resultater | 44 |
| 4. Styring og kontroll i virksomheten | 46 |
| Porteføljestyring | 46 |
| Sikkerhet, personvern og beredskap | 47 |
| Økonomi | 48 |
| Arbeidsmiljø og likestilling | 49 |
| 5. Vurdering av fremtidsutsikter | 51 |
| 6. Årsregnskap | 52 |
| Ledelseskommentarer | 52 |
| Prinsippnote årsregnskapet | 54 |
| Noter og oppstillinger | 56 |

1. Leders beretning

De siste årene er det etablert nasjonale, digitale tjenester i helsesektoren. Befolkningen har fått helsenorge.no der de blant annet kan se egen journal og ha digital dialog med legen. Kjernejournal er tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten, og breddes nå i kommunene. Over 90 prosent av legemidlene forskrives via e-resept. Dette reduserer risikoen for feil i legemidler. Grunndata sikrer informasjonsflyt av oppdatert og enhetlig informasjonsgrunnlag i helsesektoren. Meldingsutveksling, og etter hvert også dokument- og datadeling, øker samhandlingsevnen blant aktørene. Totalt var det hele 4,3 milliarder oppslag på grunndataplattformen. Til sammenlikning var det 845 millioner oppslag i 2016.

En nylig utgitt OECD-rapport¹ trekker frem at helsesektoren ligger 10-15 år bak andre sektorer når det gjelder digitalisering. Den peker på strukturer som er nedarvet fra en før-digital-tid som forklaring på at digitaliseringen går tregt sammenliknet med andre sektorer. Organisering, finansierings- og styringsmodeller og lover er barrierer for den digitale transformasjonen i helsesektoren.

I 2019 er det gjennomført og planlagt viktige strukturelle endringer som vil bidra til å katalysere den digitale transformasjonen i sektoren. For det første er det gjennomført en *ny organisering av e-helseområdet*. De nasjonale løsningene e-resept, kjernejournal, grunndata og helsenorge.no er overført fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF (NHN) med virkning fra 1. januar 2020. Målet med overføringen er å reddyke direktoratets rolle som myndighet og skape en profesjonell nasjonal tjenesteleverandør i NHN. Dette gir økt kraft til digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren.

For det andre er det lagt frem *forslag om ny e-hesellov*. Lovforslaget legger til rette for en bedre nasjonal samordning av e-helseutviklingen. Dette er avgjørende for å skape en sammenhengende og effektiv helse- og omsorgstjeneste. Lovforslaget legger også til rette for at de nasjonale e-hesellovningene og standardene raskere tas i bruk. Dette vil bidra til bedre samhandling og helhetlige pasientforløp, og sikre gevinster for både helsepersonell og innbyggere/pasienter. Virkemidlene for å nå målene om økt samhandling er i stor grad sammenfallende med virkemidlene for å nå målet om økt innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren. Det pekes ofte på virkemidler som nasjonal samordning, felles arkitektur, standardisering og felles infrastruktur. Dette sikrer effektiv og enhetlig samhandling på tvers av forvaltningsnivåer gjennom enhetlig utveksling og deling av data, og det legger til rette for at leverandører som skal utvikle nye løsninger og tjenester vet hvilke krav og retningslinjer som gjelder.

For det tredje er *finansieringsmodellene* justert. Det er etablert et teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-hesellovninger som skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-hesellovningene kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenettet.

¹Health in the 21st Century - Putting Data to Work for Stronger Health Systems
<http://www.oecd.org/health/health-in-the-21st-century-e3b23f8e-en.htm>

For det fjerde videreutvikles *Nasjonale styringsmodell for e-helse*. For noen sentrale områder skal det etableres sektorsammensatte områdeutvalg. Områdeutvalgene skal understøtte den nasjonale styringsmodellen. Ved å delta i områdeutvalgene skal sektoren bidra til å definere strategisk retning for området og prioritere tiltak basert på sektorens samlede behov. I tillegg skal utvalgene bidra til å utarbeide planer i sektoren, følge opp gjennomføring og effektiv innføring av tiltak slik at gevinster kan hentes ut. Nasjonalt e-helsestyre har besluttet at Områdeutvalg for digital samhandling er det første områdeutvalget som skal etableres.

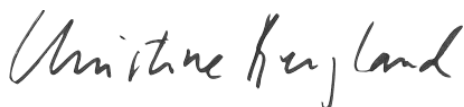
Direktoratet har hatt viktige leveranser på en rekke andre strategiske områder i 2019. Helsedataprogrammet har etablert en nettportal med informasjon og veiledning om kilder til helsedata og et felles søknadsskjema på tvers av helseregistrene for forskere og andre som søker om helsedata til sekundærbruk (helsedata.no). I samarbeid med helseregistrene har programmet også etablert en midlertidig serviceorganisasjon for behandling av søknader om data (Helsedataservice). I løpet av 2020 vil programmet gjennomføre en anskaffelse av data- og analysetjenester og starte etableringen av Helseanalyseplattformen – en nasjonal plattform for helseanalyse.

Bedre bruk av helsedata fordrer mer konsistent kodeverk og terminologi – et felles språk. Direktoratet for e-helse jobber langsiktig for å skape struktur og etablere rutiner for å sikre oppdaterte helsefaglige koder og terminologi av høy faglig kvalitet og relevans. Det pågår for tiden et omfattende arbeid mellom Helseplattformen i Midt-Norge og Direktoratet for e-helse for å innføre den internasjonale terminologistandarden SNOMED CT for beskrivelse av utførte prosedyrer.

Arbeidet med å gjennomføre et forprosjekt knyttet til helhetlig samhandling og felles kommunal journal har vært prioritert i 2019. Konseptet har fått arbeidsnavnet Akson. Akson skal gi helhetlig samhandling og en felles journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Felles kommunal journalløsning innebærer at helsepersonell i kommunene jobber i en felles journalløsning. Dette betyr at blant annet legevakt, fastleger, hjemmetjenesten og helsestasjoner bruker samme løsning med brukerflater tilpasset deres behov. Målbildet for helhetlig samhandling skal gi innbyggere og helsepersonell i sykehus, kommuner og fastleger bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt og legge til rette for bedre samhandling med andre statlige og kommunale tjenester, som for eksempel Nav og barnevern. Forprosjektet skal levere sin rapport 1. mars 2020.

Digitalisering av legemiddelområdet har vært et annet prioritert område for Direktoratet for e-helse i 2019. Legemiddelprogrammet er etablert med bred involvering fra sektoren. Arbeidet med pasientens legemiddelliste pågår. 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.

Oslo, 28. februar 2020



Direktør, Direktoratet for e-helse

2. Introduksjon til virksomheten og hovedtall

Omtale av virksomheten og samfunnsoppdraget

Direktoratet for e-helse er et forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og har nasjonal myndighet som faglig rådgiver, pådriver og premissgiver på e-helseområdet.

- Som faglig rådgiver har Direktoratet for e-helse ansvar for å holde seg orientert om e-helseutviklingen og gi råd til Helse- og omsorgsdepartementet og helse- og omsorgssektoren.
- Som pådriver har Direktoratet for e-helse ansvar for at sektoren er samordnet og er i tråd med nasjonale e-helsestrategier, planer og tiltak slik at nasjonale helsepolitiske mål kan nås.
- Som premissgiver har Direktoratet for e-helse ansvar for å utarbeide krav og rammevilkår for e-helseutviklingen.

Samfunnsoppdraget til Direktoratet for e-helse er å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å understøtte effektive og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Direktoratet for e-helse skal legge til rette for nasjonal samordning og en helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling.

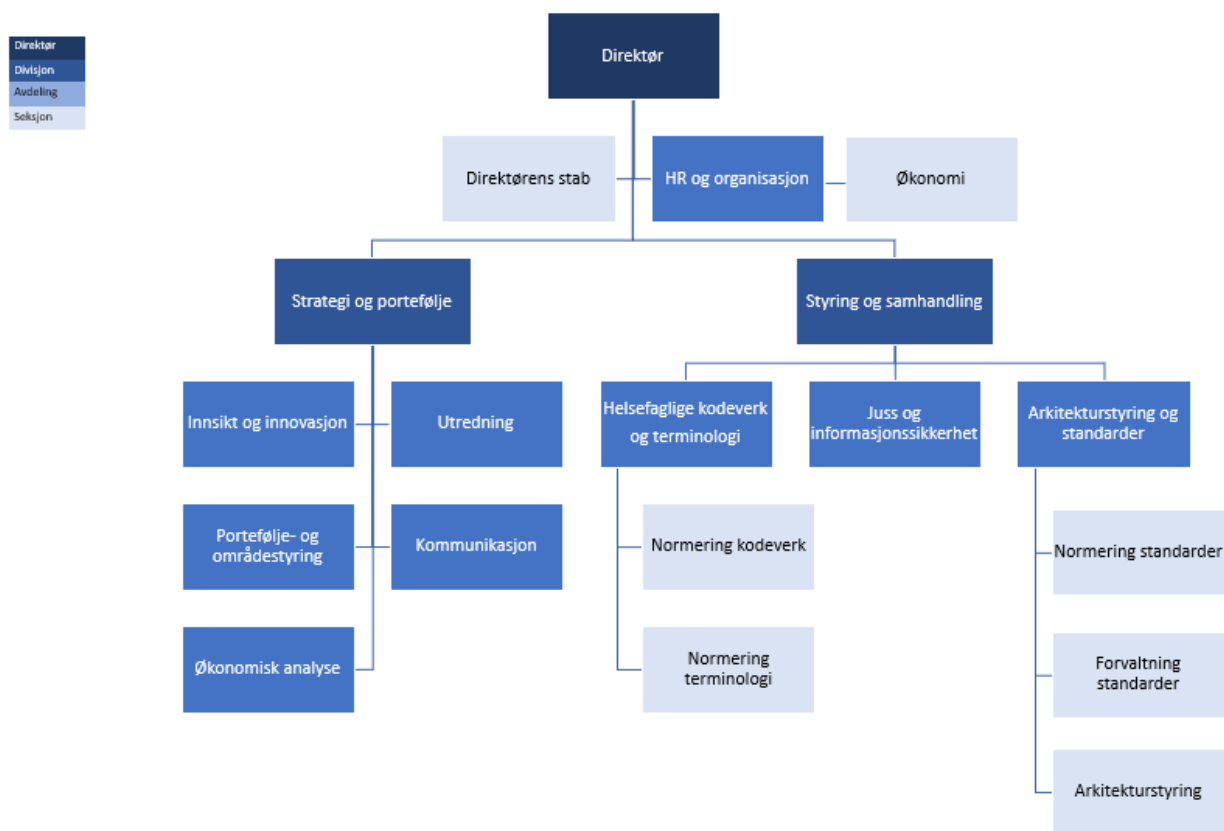
Visjonen vår er å skape et enklere helse-Norge. Vi bidrar til kvalitet, økt pasientsikkerhet og mer effektive helse- og omsorgstjenester gjennom å styrke digitaliseringen.

En trygg og sammenhengende helsetjeneste forutsetter at vi samarbeider om å løse felles utfordringer. Det som kan løses nasjonalt, skal bli løst nasjonalt. Derfor er det å samle aktørene i helse-Norge om en felles retning avgjørende for å lykkes med en digital transformasjon av helse- og omsorgssektoren. Misjonen vår er: Vi samler helse-Norge om en felles retning for digitalisering.

Omtale av organisasjon og ledelse

Ved årsskiftet ble ny e-helseorganisering iverksatt. Da ble oppgaver knyttet til løsningene e-resept, kjernejournal, grunndata og hels norge.no overført fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF. Direktoratet for e-helse hadde 31. desember 350,5 årsverk. Den 1. januar 2020 var det 142,8 årsverk igjen.

Direktoratet for e-helse har hovedkontor i Oslo, og ett kontor i Trondheim. Direktoratet for e-helse er fra årsskiftet organisert i to divisjoner med tilhørende avdelinger og seksjoner. Avdeling HR og organisasjon rapporterer til direktør.



Figur: Organisasjonskart for Direktoratet for e-helse per 1. januar 2020.

Utvalgte hovedtall

| Årsverk og antall ansatte | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|------------|------------|-----------|
| | Per 31.des | Per 31.des | Per 1.jan |
| Antall årsverk ² | 324,8 | 350,5 | 142,8 |
| Antall ansatte ³ | 327 | 353 | 145 |
| Antall årsverk justert for permisjoner | 314,3 | 344,8 | 138,5 |
| Effektive årsverk ⁴ | 286,02 | 301 | |
| Økonomiske tall | 2018 | 2019 | 2020 |
| | Per 31.des | Per 31.des | Per 1.jan |
| Samlet tildeling over statsbudsjett (millioner kroner) | 860,8 | 1 035,9 | 762,2 |
| Utnyttelsesgrad av tildeling ⁵ | 95 % | 95 % | NA |
| Utnyttelsesgrad av tildeling kap. 701 post 21, kap. 744 post 01 og kap. 744 post 21 | 99 % | 94 % | NA |
| Lønnsandel av driftsutgifter | 38,3 % | 37,5 % | NA |

² Antall årsverk basert på ansettelsesforpliktelse

³ Antall ansatte på ansettelsesforpliktelse

⁴ Årsverk iht. PM-2019-13

⁵ Utnyttelsesgrad av tildeling er justert for merinntekt

Volumtall for nasjonale løsninger

| Helsenorge.no | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Besøk på helsenorge.no i løpet av året | 12,7 mill. | 18,7 mill. | 25,6 mill. | 37,2 mill. |
| Innlogginger på selvbetjeningsløsninger | 3,2 mill. | 7 mill. | 12 mill. | 20,5 mill. |
| E-resept | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Totalt antall rekvirerte e-resepter årlig | 24,1 mill. | 25,8 mill. | 26,6 mill. | 28 mill. |
| Antall rekvirentvirksomheter ⁶ | 2 000 | 2 132 | 2 176 | 2 108 |
| Andel solgte pakninger på e-resept ⁷ | 89,4 % | 91,1 % | 92 % | 93,4 % |
| Kjernejournal | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Antall forskjellige helsepersonell totalt som har gjort oppslag i kjernejournal | 6 200 | 12 700 | 16 700 | 21 000 |
| Antall oppslag i kjernejournal per uke | 2 900 | 8 200 | 14 000 | 20 200 |
| Grunndata⁸ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Totalt antall oppslag | 845 mill. | 1 750 mill. | 2 400 mill. | 4 345 mill. |
| Trafikkøkning fra året før | 336 % | 207 % | 37 % | 86 % |

⁶ Måles ved antall rekvirentvirksomheter siste 90 dager

⁷ Kilde: Apotekenes bransjestatistikk. Andelen er per desember.

⁸ Grunndata består av informasjonstjenester som inneholder administrativ informasjon om person, personell og virksomhet.

3. Årets aktiviteter og resultater

Direktoratet for e-helse har i 2019 i all hovedsak ivaretatt kravene til leveranser som ble gitt i tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet for e-helses prioriteringer og ressursbruk i 2019 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

Direktoratet for e-helses innsats på satsningsområdene beskrives i mer detalj i de enkelte fagregnskapene nedenfor. I tillegg beskrives status for arbeid med hovedmål, spesielle oppdrag og styringsparametere gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i tildelingsbrevet for 2019.

Hovedmål 1: Én innbygger - én journal

Direktoratet for e-helse fikk 26. april 2019 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et forprosjekt for tiltak knyttet til helhetlig samhandling og felles kommunal journal (konsept 7 i konseptvalgutredningen fra 2018). Direktoratet skal innen februar 2020 levere et sentralt styringsdokument (SSD) i tråd med statens prosjektmodell. Sentralt styringsdokument skal deretter gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) før beslutningen kan fremmes for Stortinget. Prosjektet og tiltaket har fått arbeidsnavnet Akson.

Direktoratet for e-helse har et godt samarbeid med Helseplattformen. Det har i 2019 vært omfattende møtevirksomhet mellom Helseplattformen og Direktoratet for e-helse, herunder:

- 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 og Akson

Samarbeidet vil fortsette i 2020 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.

Spesielle oppdrag til hovedmål 1

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Understøtte beslutningsprosess knyttet til nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste</i> | |

Helse- og omsorgsdepartementet har i tildelingsbrevet bedt Direktoratet for e-helse jobbe videre med sikte på å etablere en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, herunder også løsning for nasjonal samhandling. Direktoratet har bistått departementet i beslutningsprosessen frem til et konseptvalg og påfølgende oppdrag om å gjennomføre et forprosjekt i tråd med valgt konsept, jf. tillegg til tildelingsbrev nr. 3. Arbeidet med forprosjektet for helhetlig samhandling og felles kommunal løsning pågår i tett samarbeid med særlig KS, kommuner og sektoren for øvrig. Sentralt styringsdokument oversendes departementet innen 1. mars 2020.

| Spesielle oppdrag | Status |
|--|---------------|
| <i>Understøtte og følge opp de regionale helseforetakenes arbeid med å etablere felles grensesnitt mot nasjonale tjenester og felles tilnærming til arbeidet med overgang til strukturert journal.</i> | |

Direktoratet for e-helse har gjennom 2019 fulgt opp alle aktørers framdrift på oppkobling mot meldingsutvekslingen og innføring av relevante meldingsformater. I tillegg har det vært aktiv støtte og oppfølging av Helse Sør-Øst RHF sitt arbeid som spydspiss for de øvrige regionale helseforetakene (RHF) innen etablering av dokumentutveksling.

Direktoratet har også fulgt opp status på arbeidet hos de regionale helseforetakene knyttet til strukturert journal. Dette har skjedd gjennom arbeidet med Felles språk i Helseplattformen i Helse Midt-Norge og ved å følge opp arbeidet med Felles plan i regi av de regionale helseforetakene.

Hovedmål 2: Digitale tjenester til innbyggere og helsepersonell

For de nasjonale e-helseløsningene helsenor.no, kjernejournal og e-resept utvikles det jevnlig nye og forbedrede tjenester for å understøtte målet om helhetlig pasientforløp. Digitale tjenester skal være lette å forstå og lette å bruke. Utvikling av nye tjenester skjer derfor i tett samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, innbyggere, helsepersonell, helseforvaltningen og leverandører. I 2019 var det stor vekst i bruk av løsningene, både blant helsepersonell og innbyggere.

Helsenorge.no

Helsenorge.no er den offentlige helseportalen for innbyggere i Norge. Produktstyret for helsenor.no har i 2019 fulgt opp realiseringen av produktstrategiens målsetninger og fokusområder. Målene er at helsenor.no skal:

- Gi 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 behandlingen 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.

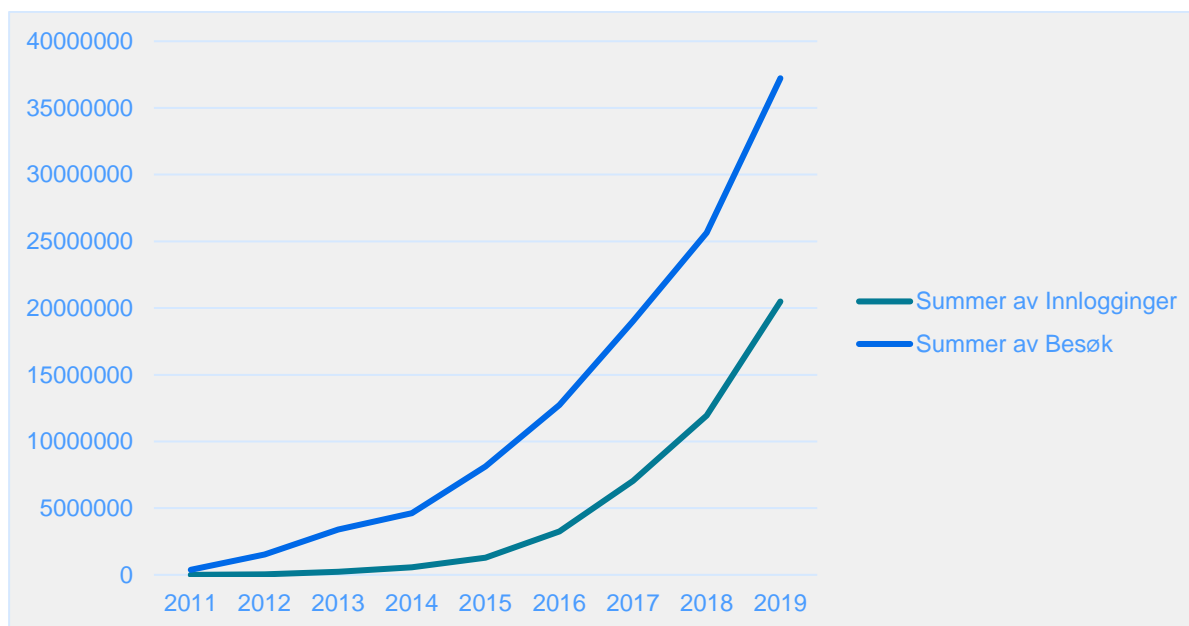
Sektoren har pekt på tre områder som det er viktigst å satse på for å innfri på målene:

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

Helsenorge.no fikk en betydelig økning i tilgjengelighet og bruk i 2019. Antall innbyggere som har tatt i bruk helsenorge.no økte fra 2.4 millioner til 3.2 millioner i løpet av året. I 2019 var det totalt 37,2 millioner besøk på helsenorge.no, og 20,5 millioner besøk på selvbetjeningstjenestene. Det var 45 prosent flere besøk og 70 prosent flere innlogginger enn i 2018.



Figur: Antall besøk og innlogginger på helsenorge.no. 2011-2019.

Den viktigste årsaken til økningen er at sektoren har begynt å bruke etablerte funksjoner og nye tjenester på helsenorge.no. Det er et betydelig arbeid som legges ned, både i eksterne systemer og i opplæring og tilpasning av arbeidsprosesser lokalt. Det gjør at både helsepersonell og innbyggere har bedre muligheter til å samhandle digitalt

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.

Veksten i antall behandlere som bruker helsenorge.no i 2019 har vært:

- Fastlegene: Det er moderat økning i antall fastleger som bruker helsenorge.no, men det er betydelig økning i bruken av e-konsultasjoner og timebestilling. Ved årsslutt benyttet 1508 fastleger helsenorge.no. Trenden er positiv. Ved utgangen av februar 2020 er antallet økt til 1805. Det er nå tre journalsystemer som tilbyr helsenorge.no til sine fastleger, ett av disse kom til i 2019. Det er flere journalsystemer som startet godkjenningsprosess for helsenorge.no i 2019.
- Pleie- og omsorgstjenestene i et økende antall kommuner tar i bruk helsenorge.no for samhandling med innbyggere. Ved årsslutt har 48 kommuner tatt i bruk helsenorge.no, hvorav 38 nye kommuner i 2019. Ved årsslutt bor en av tre innbyggere (38 prosent) i en kommune som samhandler med brukere og pårørende via helsenorge.no.
- Spesialisthelsetjenesten:
 - Helse Vest RHF har tatt i bruk flere skjema og digital formidling av brev samt videreutviklet timetjenesten.
 - Helse Midt-Norge RHF har lansert visning og varsling om timeavtaler, og mulighet for å endre time til alle helseforetak.
 - Helse Sør-Øst RHF har lansert innsyn i journal og tilgangsløgg ved alle helseforetakene.
 - Avtalespesialister: Ingen prosjekter eller aktivitet i 2019.

Det er også forberedt for en videre utbredelse til nye aktører i 2020. 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 vil pilotere helsenorge.no ved helsestasjoner i utvalgte kommuner i 2020.

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

Områder der tjenestetilbudet fikk utvidet funksjonalitet i 2019 var:

- Det er etablert en applikasjon som helsepersonell kan benytte for å sende ut digitale mestringsverktøy via helsenorge.no. Denne vil først benyttes i oppfølging og hjelp for psykisk helse.
- Helse Midt Norge RHF har utvidet bruk av timeadministrasjon med timevarsel og informasjon om sykehustimer for alle helseforetakene.
- Helse Sør-Øst RHF har lansert journalinnsyn og tilgangsløgg til alle helseforetak.
- Helse Vest RHF har tatt i bruk flere skjema for innbyggere og utvidet bruken av formidling av brev til innbyggere.
- Digitale tjenester for fastleger er forbedret:
 - Foresattes tilgang er utvidet opp til 16 år.
 - Det er etablert støtte for flere timetyper, eksempelvis øyeblikkelig hjelp og videotimer.

- Det er etablert støtte for bruk av eksterne videoløsninger.
- Nyfødtscreeningen brukte helsenorge.no for informasjon til deltagere og samtykkeadministrasjon.
- Flere kvalitetsregistre tok i bruk helsenorge.no for å hente inn pasientrapporterte data etter behandling (PROMS).
- Det er gjort forenklinger og forbedringer i søknad for pasientreiser og tilrettelagt for reise med rekvisisjon.
- Det er etablert en generisk tjeneste for innsyn i kvalitetsregistre.
- *Bare du* – Helsedirektoratets kampanje for bedre helsevalg fikk et eget område på helsenorge.no med mulighet for selvsjekk og tilgang til flere eksterne verktøy.

Fokusområde 3: Stimulere til innovasjon

Overordnet har framdriften omtrent vært i tråd med veikartet. Utviklingen på området er finansiert via prosjekter og oppdrag fra sektoren, og har tilrettelagt for at flere løsninger skal kunne benyttes sammen med tjenester på helsenorge.no. Flere aktører har bidratt til dette, blant annet Studentsamskipnaden i Oslo, helseregionene gjennom samarbeidsprosjektet Digitale innbyggertjenester spesialisthelsetjenesten, og psykisk helse-prosjektet som gjennomføres i samarbeid med Helsedirektoratet.

Viktige aktiviteter for å tilrettelegge for innovasjon og at helsenæringen kan bidra i det digitale helsetilbudet på helsenorge.no har vært:

- Sikkerhetsmodellen er videreutviklet med støtte for at innbygger som logger seg på helsenorge.no sikkert kan benytte godkjente, eksterne verktøy uten ekstra pålogging.
- Det er videreutviklet verktøy- og skjemakataloger som tilrettelegger for at ekstene verktøy kan benyttes i samarbeid med helsetjenester på helsenorge.no.
- Det er etablert støtte for videokonsultasjoner og lansering av godkjeningsprosess for eksterne videoaktører som fastleger kan benytte som del av fastlegetjenestene på helsenorge.no.
- Helsenorge.nos første koblingslab er gjennomført, der innovatører, leverandører og gründere fikk teste ut integrasjon mellom helsenorge.nos APIer og egne løsninger.
- Helsenorgelab er etablert for å dele informasjon om pågående arbeid, planer, strategier og for å utveksle kunnskap med sektoren og leverandørmarkedet.

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

Hva kreves for å realisere målene for digitale innbyggertjenester?

Totalt sett er det en betydelig framdrift både innen utbredelse, videreutvikling og tilrettelegging for innovasjon, men den er likevel lavere enn ambisjonsnivået i produktstrategien for helsenorge.no. Vi ser at avhengighet til funksjonalitet i eksterne systemer, for eksempel i helseforetakene, er en betydelig utfordring og at det er krevende for sektoren å innføre nye arbeidsmåter hvis ikke finansieringsmodellene innen helse støtter det.

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 er først ute med å etablere nye tjenester må ta

investeringen, lønner det seg lokalt å vente på at noen andre tar ansvaret for å videreutvikle tjenestene. Å gjøre kravet om netthelsetjenester, rammevilkår og finansieringsmodeller tydeligere, er en forutsetning for raskere utbredelse av relevante samhandlingstjenester på helsenorge.no.

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 og legge inn egne opplysninger.

Endringer som er gjort i 2019

I 2019 har Direktoratet for e-helse hatt fokus på applikasjonsforvaltning og strategiske initiativ i produktstrategien. De tre viktigste initiativene er

- å la helsepersonell få tilgang til data i kjernejournal via programgrensesnitt i tillegg til portal. I 2019 har Direktoratet for e-helse i samarbeid med Helse Vest RHF startet arbeidet med å endre kjernejournal-API for legemidler slik at dette også skal inkludere e-multidose og etter hvert pasientens legemiddelliste.
- å la kjernejournal tilby visning av pasientens journaldokumenter for helsepersonell – på tvers av virksomheter, regioner og omsorgsnivåer. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med de fire regionale helseforetakene, legeföreningen og kommunenes sentralforbund. Utvikling av første versjon ble ferdig i fjerde kvartal i 2019. Utprøving med første helseforetak skjer etter planen i første kvartal i 2020.
- å innføre kjernejournal i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse har i 2019 samarbeidet med kommunerepresentanter for at journalleverandørene skal utvikle støtte for kjernejournal-portal. En av de tre journalleverandørene i kommunal pleie- og omsorgssektor har nå integrert journalsystemet med kjernejournal og gjort det teknisk mulig å bruke kjernejournal på et utvalg av behandlingssteder som deltar i utprøvingen.

Innføringstakt

Utprøving i kommunal pleie- og omsorgstjeneste startet i 2019 i Arendal og omfatter utvalgte bo- og omsorgssentre og hjemmetjenesten. Status for øvrig er at 42 kommuner har meldt interesse for å ta i bruk kjernejournal-portal tidlig. De to journalleverandørene som ikke er integrert med kjernejournal har signalisert at de har planer for dette i løpet av 2020.

Bruk av kjernejournal blant helsepersonell

Per 31. desember 2019 hadde 21 042 helsepersonell tatt i bruk kjernejournal. Dette er en økning på 26 prosent sammenlignet med forrige år.

I 2019 ble det gjennomsnittlig gjort cirka 87 800 oppslag i kjernejournal per måned. Dette er en økning på 44 prosent sammenlignet med gjennomsnittlig antall oppslag per måned i 2018.

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 2019 har ca. 55 000 innbyggere fått lagt inn kritisk informasjon i sin kjernejournal. Dette er en økning på 37 prosent i forhold til 2018, men utgjør kun ca. 21 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 og registrere utvalgte opplysninger i sin kjernejournal. Per 31. desember 2019 hadde over 2 450 000 innbyggere sett sin kjernejournal. Det er en økning på 32 prosent fra 2018. Av totalt antall innbyggere som har åpnet sin kjernejournal har 90 prosent sett på sine legemidler, 60 prosent på kritisk informasjon, 43 prosent har sett på oversikten over sine besøk i spesialisthelsetjenesten og 32 prosent på loggen over helsepersonell som har vært inne på deres kjernejournal.

Opplysninger som innbyggeren selv kan registrere er kontaktpersoner, kommunikasjonsbehov og sykdomshistorie. Hver innbygger kan legge inn flere opplysninger. Per 31. desember 2019 hadde totalt ca. 522 000 innbyggere lagt inn informasjon i egen kjernejournal.

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

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|-------|--------|--------|---------|---------|---------|
| Totalt antall innbyggere som har lagt inn informasjon | 3 361 | 42 882 | 95 207 | 174 862 | 312 920 | 522 255 |
| Type informasjon | | | | | | |
| Kontaktpersoner | 3 252 | 37 100 | 80 694 | 147 697 | 231 081 | 359 523 |
| Kommunikasjonsutfordringer (syn, hørsel, tale eller språk) | 65 | 563 | 1 233 | 5 729 | 12 384 | 19826 |
| Egenregistrert sykdom | 716 | 10 606 | 22 142 | 40 836 | 57 717 | 73801 |
| Digitalt donorkort | - | - | - | - | 120 013 | 313 637 |

* 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. 5 328 innbyggere hadde per 31.12 2019 aktivt reservert seg fra kjernejournal, en endring fra 5 311 i 2017.

Hva skal til for å realisere planen 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 den elektroniske pasientjournalen (EPJ). Særlig er dette et viktig virkemiddel for å øke registreringsgraden av kritisk informasjon i kjernejournal. Ved at journalsystemet får informasjonen strukturert fra

kjernejournal, slipper helsepersonell å kopiere opplysninger mellom de to systemene. Det åpner også muligheten for at journalsystemet automatisk kan gi beslutningsstøtte, samstemme opplysninger m.m. Direktoratet for e-helse har levert et oppdatert teknisk standard/format for kritisk informasjon, i samsvar med den europeiske FHIR-standard HL7 International Patient Summary i 2019. Tekniske grensesnitt for kritisk informasjon må endres i tråd med dette. Kjernejournal må kunne håndtere ulike kodeverk (SNOMED CT og andre) og det må samtidig avklares med sektoren hvilke krav som skal gjelde for å støtte programgrensesnittene i kliniske fagsystem. For å kunne realisere de antatte gevinstene, må aktuelle fagsystem etablere støtte for programgrensesnittene i henhold til krav for bruk.

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. Utvexling 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). I 2019 har ett av de regionale helseforetakene klargjort for dokumentdeling fra første kilde (ett helseforetak). Det er viktig at flere dokumentkilder knytter seg til den nasjonale infrastrukturen slik at alle pasienters journaldokumenter kan deles på denne måten.

I 2019 har en av journalleverandørene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten gjort det teknisk mulig å ta i bruk kjernejournal. De øvrige har signalisert planer for integrasjon i løpet av 2020. 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 HelseID 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 hvor dette er krevd. Tilbakemeldinger fra kommunene er at disse kostnadene gjør at innføringen vil ta tid, og at kjernejournal vil tas i bruk gradvis i den enkelte kommunes virksomheter.

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 oppfyller 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 bidrar til å modernisere legemiddelforvaltningen og til å gi bedre samhandling i helsetjenesten.

Det har vært en stadig økning i bruken av e-resept siden innføringen i 2011. Totalt ble det rekvirert 28 millioner e-resepter i 2019. Mot slutten av 2019 var 93,4 prosent av alle utleverte

pakninger av humane legemidler (inkludert handelsvarer og næringsmidler, ekskludert veterinærpreparater) e-resepter, i stedet for papirresepter.

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 2019 har andel oppslag i Reseptformidleren via nettapotek økt jevnt. 57 981 innbyggere logget seg på et nettapotek og så på sin reseptliste i desember 2019, en økning på 45 prosent fra året før.

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. Utprøvingen i 2019 viser behovet for stegvis innføring i et tett samarbeid mellom multidose apotek, kommuner og EPJ-leverandører. Innføring av multidose for alle aktørene (EPJ) i e-resept, samt at e-resept også tas i bruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste, er et sentralt mål i både e-resepts produktstrategi og nasjonal strategi og handlingsplan for e-helse (2017-2022). Ved årsskiftet 2019/2020 var det 27 legekontorer, 105 leger, 4 multidoseapotek og ca. 1500 multidosepasienter i utprøving.

Innsatsområder i 2019

I 2019 har Direktoratet for e-helse hatt fokus på applikasjonsforvaltning og strategiske initiativ i produktstrategien.

Sentral forskrivningsmodul (SFM) utvikles for å støtte grunnleggende e-resept-funksjonalitet, multidose og pasientens legemiddelliste, slik at dette ikke må utvikles av hver enkelt journalleverandør. Dette er et viktig virkemiddel for å sikre raskere endringstakt hos EPJ-leverandører, høyere kvalitet i forskrivning, og bedre kvalitet i e-resept-kjeden. Sentral forskrivningsmodul er en forutsetning for nasjonal innføring av e-multidose og pasientens legemiddelliste. Arbeidet videreføres i 2020.

Det er flere tiltak som har hatt stort fokus i forvaltningen av produktet. 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 2020.

Direktoratet har understøttet innføring av en ny bransjeløsning for apotek, som er kalt Eik. Det er laget et kravdokument for å gjøre e-reseptkravene hos apotekene tydeligere. Det jobbes med å tydeliggjøre godkjenningsprosessen for Eik og det er planlagt at Eik vil godkjennes for e-resept ila 2020. Arbeidet videreføres i 2020.

Et annet innsatsområde har vært å 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 2020.

Hovedfokuset for Reseptformidleren i 2019 var å gjøre ferdig funksjonalitet for Pasientens legemiddelliste og utvikle funksjonalitet for å understøtte integrasjon mot Sentral forskrivningsmodul (SFM). Det er i tillegg implementert en rekke sikkerhetstiltak. Videreutvikling av løsningen i 2020 vil være preget av å ferdigstille SFM-funksjonalitet, redusere teknisk gjeld og flere forbedringer for å sikre en sikker og robust løsning.

Et annet viktig fokusområde har vært å 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 én journalleverandør. Dataansvarlig har planer om å avvikle støtte for meldingsversjon 2.4 i løpet av første kvartal 2021.

I tillegg er det utarbeidet bruksvilkår for rekvirent, utleveringsvirksomheter og leverandører. Det jobbes med å følge opp signering av disse. Denne aktiviteten videreføres i 2020.

Spesielle oppdrag og styringsparameter til hovedmål 2

| Styringsparameter | Status |
|--|---------------|
| <i>Status på bruk av kjernejournal i pleie- og omsorgstjenestene, med vurdering av effekter og måloppnåelse.</i> | |

Direktoratet for e-helse har i 2019 samarbeidet med kommunerepresentanter for at EPJ-leverandørene skal utvikle støtte for kjernejournal-portal. En av de tre journalleverandørene i kommunal pleie- og omsorgssektor har nå integrert journalsystemet med kjernejournal og gjort det teknisk mulig å bruke kjernejournal på et utvalg av behandlingssteder som deltar i utprøvingen. Opplæring og utprøvingen startet i november 2019 i Arendal. Status for øvrig er at 42 kommuner har meldt interesse for å ta i bruk kjernejournal-portal tidlig. De to journalleverandørene som ikke er integrert med kjernejournal har signalisert planer for dette i løpet av 2020. Å gjøre kjernejournal tilgjengelig i pleie- og omsorgstjenestene er viktig for å kunne ta ut det fulle gevinstpotensialet av kjernejournal, som gevinster knyttet til innsyn i journaldokumenter på tvers av omsorgsnivåene og etter hvert deling av pasientens legemiddelliste.

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Sørge for en overordnet koordinering av e-helsetiltak på legemiddelområdet. Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og KS skal involveres i arbeidet.</i> | |

Programmet digitalisering av legemiddelområdet ble etablert i 2019. Programstyret har en bred sammensetning av representanter, inkludert Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, regionale helseforetakene og KS. I forbindelse med programstyremøtene blir det tatt opp temaer med bredere interesse for aktørene og det blir holdt dialogmøter på jevnlig basis. I 2019, med virkning fra januar 2020, ble stillingen som områdeansvarlig opprettet og det er utarbeidet planer for å opprette et områdeutvalg. Områdeutvalget vil inngå som en del av den nasjonale styringsmodellen.

| Spesielle oppdrag | Status |
|--|---------------|
| <i>Fortsette arbeidet med å etablere pasientens legemiddelliste, herunder prioritere tiltak for å understøtte Helseplattformen i Midt-Norge, starte utprøving av sentral forskrivningsmodul hos første leverandør og forberede utprøving av pasientens legemiddelliste i Bergen kommune og Helse Vest RHF.</i> | |

Direktoratet for e-helse har gjennomført informasjonskampanje mot innbyggere og helsepersonell knyttet til forskriftsendringer som trådte i kraft 1.1.19. Videre har Direktoratet for e-helse fulgt opp arbeid med tilpasninger av nasjonale løsninger for å tilrettelegge for

pasientens legemiddelliste. Forskrivningsmodulen og Reseptformidleren er nå tilnærmet klare til utprøving.

Direktoratet for e-helse har videreført samarbeidet med Helse Vest RHF og Bergen kommune for å forberede utprøving av pasientens legemiddelliste. Det er utarbeidet et prosjektforslag, og det ble utlyst konkurranse i desember 2019 for anskaffelse av fastlege-EPJ til utprøvingen. Det er etablert dialog med Helsedirektoratet for utarbeidelse av veileder for forskrivning, inkludert pasientens legemiddelliste. Det har også vært dialog med andre deler av sektoren om viktige forberedelser for å innføre pasientens legemiddelliste.

Utprøving av Pasientens legemiddelliste krever et omfattende og koordinert forarbeid med deltakende aktører pga. krav til samtidighet for utprøving i det geografiske området. I tillegg må aktørene ha på plass de tekniske forutsetningene. Det sammensatte utfordringsbilde gir en mer langsom fremdrift enn ønskelig, og programmet har begynt å replanlegge aktiviteter.

| Spesielle oppdrag | Status |
|--|---------------|
| <i>Gjennomføre nødvendige tiltak for å påse at besluttede tiltak omkring gyldighetstid for antibiotikaresept blir ivaretatt i e-resepts verdikjede, jf. forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek.</i> | |

Endret rekvirerings- og utleveringsforskrift ble iverksatt 1.1.2018. Her er det stadfestet at rekvirent skal ha mulighet til å sette kortere gyldighetstid på resepter. Dette er et virkemiddel for å oppnå lavere forbruk av antibiotika i helsetjenesten.

I forskriften er det det er gitt et unntak for de som ikke har støtte for tilpasset funksjonalitet i EPJ⁹. For å tilpasse e-resept til endringen, må journalsystem, forskrivningsmodul og forskrivnings- og ekspedisjonsstøttesystem (FEST) tilrettelegges. Implementeringen må skje samtidig hos alle aktørene i verdikjeden for at gevinstene skal kunne realiseres. Ved årsslutt var alle systemer i verdikjeden, med unntak av ett journalsystem, tilrettelagt for funksjonalitet som understøtter forskrivning og utlevering av antibiotikaresepter med kortere gyldighetstid. Det har dermed ikke vært mulig å realisere gevinstene. Leverandøren av journalsystemet prioriterer andre oppdrag og vil se på ny prioritering i løpet av 2020.

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Følge opp plan for nasjonal tilrettelegging for bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter slik det er beskrevet i leveranse fra etatene av 1. desember 2018, jf. rapport IS-2770 som leveranse til Nasjonal helse- og sykehusplan. Etatene har selvstendig resultatansvar for sine respektive deler av oppdraget, men Helsedirektoratet er ansvarlig for å lede arbeidet.</i> | |

Direktoratet for e-helse har sammen med Helsedirektoratet og Statens Legemiddelverk kartlagt behovet for nasjonale tilpasninger slik at det kan legges bedre til rette for medisinsk avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Der det er identifisert behov for nasjonale tilpasninger av virkemiddelapparatet, er det foreslått tiltak i rapporten. Utredningsarbeidet har hatt som mål å vurdere behov for nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging og gi anbefalinger til videre arbeid, slik at målene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 kan realiseres.

⁹ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kortere-gyldighet-pa-antibiotikaresepter/id2580622/>

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Bistå Helsedirektoratet i å vurdere på hvilken måte digitale verktøy for triagering kan understøtte riktige bruk av e-konsultasjon hos fastlegene.</i> | |

Direktoratet har i samarbeid med Helsedirektoratet gjort en utredning av e-konsultasjon og triage hos fastlegen. Arbeidet er gjennomført i dialog med legeföreningen, pasient- og brukerorganisasjoner og leverandørmarkedet. Rapporten fra e-helse beskriver triageringsverktøy som finnes i markedet og hvordan det kan tilrettelegges for at løsninger for triagering blir gjort tilgjengelig via helsenorge.no.

Direktoratet for e-helse leverte egen rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 11. november 2019 om triageringsverktøy i tillegg til å bistå Helsedirektoratet i deres utredning om samme tema.

| Spesielle oppdrag | Status |
|--|---------------|
| <i>Overta prosjektlederansvaret for prosjektet "En vei inn" sommeren 2019 når varselordningene til Undersøkelseskommissjonen og Helsetilsynet skal inkluderes i systemet høsten 2019. Helsedirektoratet vil bidra ved å leie ut prosjektleder, kompetanse og infrastruktur slik at det sikres kontinuitet i prosjektet. Direktoratet skal i tillegg avklare kompetansebehov knyttet til forvaltning av systemet fra 2020. Departementet kommer tilbake til finansiering av arbeidet.</i> | |

Direktoratet for e-helse har i en leveranse til Helse- og omsorgsdepartementet (april 2019) utredet kompetansebehov og forvaltningskostnader for meldeordningen En vei inn. Fra august overtok Direktoratet for e-helse prosjektlederansvaret for prosjektet, og det gjenstår noen leveranser for pasient og pårørende som vil videreføres i 2020. Løsningen er fra desember 2019 overført til forvaltning. Fra 2020 er ansvaret for videre oppfølging overført til Norsk Helsenett SF.

Hovedmål 3: Oppdaterte og tilgjengelige data for kunnskapsbasert planlegging, styring, kvalitetsforbedring og helseovervåkning

Helsedataprogrammet har i 2019 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 kost-nyttevurderinger.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet gjennomførte Metier en ekstern kvalitetssikring (KS2) av Helsedataprogrammet våren 2019. Kvalitetssikrer anbefalte å videreføre programmet og la særlig vekt på programmets solide strategiske forankring, samfunnsøkonomiske lønnsomhet med potensiell oppside og veletablerte styringsgrunnlag. Parallelt med kvalitetssikringen gjennomførte programmet en anskaffelse av søknads- og saksbehandlingsløsning for søknader om helsedata. Første del av løsningen – et felles søknadsskjema på tvers av registrene – ble lansert på helsedata.no i desember og er allerede tatt i bruk av registrene. Saksbehandlingen gjøres nå i

interimsorganisasjonen for Helsedataservice. Søknadsskjemaet skal i løpet av 2020 integreres med en felles saksbehandlingsløsning som skal benyttes til behandling av søknader på tvers av registre.

Digitale innsynsløsninger, hvor den registrerte kan få innsyn i opplysninger og bruk av opplysninger som er lagret om seg, ble i løpet av året implementert på helsenorge.no for flere registre. Det er etablert en nasjonal variabelkatalog. Det jobbes med å tilgjengeliggjøre informasjon om helsedata for søkerne via helsedata.no.

Spesielle oppdrag og styringsparameter til hovedmål 3

| Styringsparameter/resultatmål | Status |
|--|---------------|
| <i>Helseregistre, kvalitetsregistre og helseundersøkelser som tilbyr digitale innbyggertjenester for innsyn, samtykke og reservasjon</i> | |

Fellestjenester har levert en digital innsynsløsning som er generisk. Da kan nye registre koble seg på uten at det er behov for å lage et større utviklingsprosjekt. Tonsilleregisteret tok i bruk innsynsløsningen i 2019 og MS-registeret vil være klar for innsyn i februar 2020. Det er også laget funksjonalitet for å administrere personverninnstillinger, som samtykker og reservasjoner. En ny løsning for samtykker til forskning ble etablert i 2019. Nyfødtscreeningprogrammet bruker denne løsningen for å administrere samtykker til oppbevaring av biomateriale. Løsningen er generisk og kan brukes av andre programmer og forskningsprosjekter.

| Styringsparameter/resultatmål | Status |
|---|---------------|
| <i>Bruk av sikker filoverføringstjeneste for overføring mellom helsedataforvaltere og til forskere og andre sekundærbrukere av helsedata.</i> | |

I 2019 er det også jobbet med bredding av filoverføringstjenesten i helsesektoren. Tjenesten er blitt utvidet slik at HelseID (sikkerhetsnivå 4) kan benyttes og det er også startet forberedende arbeid for tilgjengeliggjøring av tjenesten via forskningsnettet (UNINETT).

| Styringsparameter/resultatmål | Status |
|--|---------------|
| <i>Antall digitale skjemaer formidlet til innbyggere fra registre og forskningsprosjekter.</i> | |

Dersom en forsker trenger tilleggsinformasjon fra innbygger, kan digitale skjemaer benyttes for å stille spørsmål. Da får man svar i strukturert format som kan bearbeides videre. Arbeidet med digitale skjema er i henhold til plan. Helsenorge er tilpasset for bruk av funksjonaliteten. Digitale skjemaer vil bli tilgjengelig når helseanalyseplattformen realiseres.

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Starte etablering av en felles saksbehandlingstjeneste for helsedataforvaltere i tråd med gjeldene planer for helsedataprogrammet. Forberede etablering av en felles dataplattform for helseanalyse.</i> | |

Helsedataprogrammet gjennomførte våren 2019 en anskaffelse av søknads- og saksbehandlingstjenester. Det er planlagt at første fase av utviklingen av saksbehandlingsløsningen skal være ferdig i februar 2020. Helseregistrene vil ta i bruk saksbehandlingsløsningen høsten 2020. Konkurransesgrunnlaget for anskaffelse av data- og

analysetjenester ble utarbeidet i løpet av året og tilbudet ble mottatt i desember 2019. Det pågår nå en evaluering av tilbudene før anskaffelsen ferdigstilles våren 2020.

Gjennom 2019 har programmet også begynt å spesifisere hvordan data i form av dataprodukter skal håndteres på Helseanalyseplattformen. Dette inkluderer hvordan data skal overføres til plattformen, formål og bruksvilkår for data og prosesser samt roller og ansvar i grensesnittet mellom registermiljøene og Helsedataservice. Programmet har også begynt å mobilisere nødvendige aktiviteter hos de sentrale registerforvalterne for å etablere dataprodukter.

| Spesielle oppdrag | Status |
|--|---------------|
| <i>Forberede etablering av digital innbyggerdialog for forskningssamtykke.</i> | |

Programmet ser på mulighetene for å etablere innbyggerdialog for forskningssamtykke og er i gang med å kartlegge behovet for en slik løsning.

| Spesielle oppdrag | Status |
|--|---------------|
| <i>Utarbeide felles rammer for arbeidet med å harmonisere variabler i helseregistrene, herunder innføring av felles begreper, definisjoner, kodeverk og terminologi.</i> | |

Nasjonal variabelkatalog ble levert i 2019 og det jobbes med å eksponere variabelkatalogen som en del av variabelutforskeren på helsedata.no. Dette vil sikre en helhetlig prosess for oppdatering av hvilke data som finnes i den enkelte datakilde.

Det er utarbeidet en nasjonal spesifisering for metadata for å sikre at alle nasjonale helsedatakilder dokumenteres i henhold til en felles minimumsstandard. Dette er et viktig steg på veien for å sikre innrapportering av nødvendig datagrunnlag som dataprodukter på nasjonal helseanalyseplattform. Det arbeides med å få spesifiseringen etablert som en normerende retningslinje.

Det er etablert en norsk versjon av FAIR-prinsippene (prinsipper for datadeling) med tilhørende evalueringsmodell. Formålet er å sikre at helseregistre og andre helsedatakilder legger til rette for å dele og gjenbruke data. Det vil ses på muligheten for å etablere prinsippene som en nasjonal retningslinje.

Det er utarbeidet forslag til hvordan arbeidet med harmonisering av registervariabler kan organiseres. Dette arbeidet danner grunnlaget for en pilot som er planlagt gjennomført med sentrale registerforvaltere i 1. kvartal 2020.

| Spesielle oppdrag | Status |
|--|---------------|
| <i>Gjennomføre innbyggerundersøkelse om befolkningens kunnskap om helseregistre retten til innsyn og medbestemmelse innen 1. mai 2019.</i> | |

Helsedataprogrammet gjennomførte våren 2019 en innbyggerundersøkelse for å kartlegge befolkningens kunnskap om helsedata og helseregistre, holdninger til sekundærbruk av data og holdninger og vaner knyttet til personvern og egne rettigheter. Undersøkelsen ble gjennomført av Kantar og inkluderte 1318 respondenter, vektet på alder, kjønn, geografi og utdanningsnivå. Resultatene viser at innbyggere generelt sett har liten kjennskap til helseregistre og sekundærbruk av helsedata. Likevel er de villige til å dele

helsesdata til samfunnstjenlige formål, forutsatt at personvernet er godt ivaretatt og at de har god kontroll på egne helseopplysninger. Funnene tyder på at økt innsikt, forståelse og kontroll på egne personopplysninger vil kunne heve tilliten og tryggheten i befolkningen.

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Etablere felles digital søknadstjeneste for tilgang til helsedata.</i> | |

Helsesdataprogrammet lanserte i desember 2019 et felles søknadsskjema på helsedata.no, både for søknader om personidentifiserbare data og anonyme aggregerte data. Søknadsskjemaet på helsedata.no gjør det mulig å søke om tilgang til opplysninger fra datakilder som forvaltes av Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Kreftregisteret. Øvrige datakilder vil integreres i løsningen i løpet av 2020.

Hovedmål 4: Styring, organisering og finansiering av e-helse skal gi målrettede og effektive leveranser

Direktoratet for e-helse har i 2019 både initiert og videreført flere tiltak som understøtter hovedmålet.

Nasjonal styringsmodell

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). Nasjonalt e-helsestyre møttes seks ganger i 2019, hvor to 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 for e-helse utarbeidet en strategisk plan for e-helse for perioden frem mot 2022. I 2019 har det vært arbeidet med en prioritering av innsatsområdene som NUIT og Nasjonalt e-helsestyre gav sin tilslutning til. Nasjonalt e-helsestyre tilsluttet seg også Nasjonal e-helseportefølje for 2020. Porteføljen omfatter nå 54 prosjekter/programmer. Budsjettrammen for nasjonal portefølje økte fra NOK 1,1 milliarder i oktober 2018 til NOK 1,7 i oktober 2019.

To saker har vært sentrale i de nasjonale utvalgene i 2019: Akson og ny e-helseorganisering, inkludert arbeidet med forslag til ny e-helselov.

Nasjonal arkitekturstyring

Nasjonal arkitekturstyring har som mål å bidra til en koordinert og enhetlig IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren, noe 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.

I tillegg skal nasjonal arkitekturstyring være med og velge overordnede rammer og retning som påvirker den samlede e-helseutviklingen, slik at vi kan 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.

Nasjonal arkitekturstyring er integrert i nasjonal styringsmodell, særlig gjennom NUFA. I tillegg er arkitekturstyring en integrert del av porteføljestyringen og strategiutviklingen. Fokus er på involvering og forankring i sektoren, samtidig som styringslinjene er klare og blir godt ivaretatt.

I 2019 har direktoratets arbeidet med Nasjonal arkitekturstyring blitt styrket. Det er rekruttert flere ressurser for å ivareta arbeidet og området har fått økt fokus. Videre har Direktoratet for e-helse raffinert og presisert metode, prosesser og roller. Dette har vært en viktig forberedelse til ny e-helseorganisering som ble iverksatt fra 1. januar 2020.

EPJ-løftet

EPJ-løftet er et samarbeidsprogram mellom Direktoratet for e-helse og Legeforeningen som ble etablert etter normaltariffoppgjøret 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 anskaffes og utvikles av et hvilket som helst EPJ-system som har helsepersonell i markedet og ellers tilfredsstillende kravene.

I EPJ-løftet er det etablert prosesser for balansering, oppfølging og gjennomføring av prosjekter fra idé til realisering i nært samarbeid med 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 2019 har de viktigste leveransene fra programmet vært:

- Det er kartlagt behov, kravspesifisert og gjennomført anskaffelser av funksjonalitet for fastlegene knyttet til skjemaløsning for fornying av førerkort (Smart on FHIR), henvisning 2.0 og integrasjon med henvisningsveiledere.
- Det er gjennomført behovs- og konseptutviklingsarbeid for bedre støtte til legekontor ved innføring av tjenestebasert adressering, innrapportering fra

avtalespesialister til Norsk Pasientregister, elektronisk innsending av melding om dødsfall og dødsårsak, helsekalkulatorer og bedre kvalitet med journalskriving (fysio).

- I samarbeid med Senter for kvalitet i legekantor er det utarbeidet en samlet gevinstrapport for EPJ-løftet for perioden 2014-2018. Det er etablert et eget meritterende e-læringskurs i EPJ-løft-funksjonalitet og det er gjennomført flere opplæringsopplegg med kvalitetsarbeid på legekantor i samarbeid med kommune og med utprøving av praksisprofiler for fastleger.
- EPJ-løftet følger tett med på utprøving av funksjonalitet for risikostratifisering av pasienter som deltar i prosjektet Primærhelseteam.
- Det er startet arbeid med å øke innføringstakten og sørge for at flere tar i bruk funksjonalitet som er ferdig utviklet, og finne effektive virkemidler for dette.
- Midler som er satt av til Direktoratet for e-helses utvikling av pasientens legemiddelliste og sentral forskrivningsmodul blir fulgt opp.
- Det har vært gjennomført leverandørsamlinger og 1:1-møter med leverandørene i markedet.

Spesielle oppdrag og styringsparameter til hovedmål 4

| Styringsparameter/resultatmål | Status |
|--|---------------|
| <i>Utvide Nasjonal e-helsemonitor med minimum tre nye indikatorer.</i> | |

Nasjonal e-helsemonitor¹⁰ følger flere nasjonale e-helseløsninger:

- helsenorge.no (besøk, bruk av tjenester)
- e-resept (hvem rekvirerer, antall, med mer)
- Kjernejournal (bruk og utbredelse)

I løpet av 2019 er det etablert indikatorer for

- innbyggerundersøkelse (oppfatning og bruk av e-helse i befolkningen)
- nordisk portalanalyse (sammenlikning av helseportalene i de nordiske landene)
- informasjonssikkerhet (modenhet i de regionale helseforetakene)

For 2020 planlegges indikatorer for

- nasjonal portefølje
- nasjonal e-helsestrategi
- kommune-indikatorer

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Sammen med departementet og Norsk Helsenett SF forberede overføring av oppgaver til nasjonal tjenesteleverandør med sikte på operativ virkning fra 1. januar 2020.</i> | |

Gjennom samarbeid med Norsk Helsenett SF høsten 2019 ble grunnlaget for virksomhetsoverdragelse av 236 årsverk og de nasjonale e-helseløsningen helsenorge.no, kjernejournal, e-resept og grunndata lagt. Virksomhetsoverdragelsen ble gjennomført etter planen 1.1.2020.

¹⁰ <https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsemonitor>

| Spesielle oppdrag | Status |
|--|---------------|
| <i>Gjennomføre nødvendige forberedelser for å kunne ivareta ny oppgaveportefølje fra 1. januar 2020.</i> | |

Direktoratet for e-helse gjennomførte høsten 2019 en omorganisering for å tilrettelegge for å ivareta ny oppgaveportefølje fra 1. januar. Direktoratet for e-helse har utarbeidet en ny virksomhetsstrategi, og det er inngått samarbeidsavtaler med Norsk Helsenett SF.

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Videreutvikle den nasjonale styringsmodellen for e-helse, inkludert å knytte prioriteringsforslag opp mot statsbudsjettprosessen, vurdere sammensetning i de nasjonale utvalgene og etablere sektorsammensatte produktstyrer for alle e-helseløsningene som inngår i samfinansieringsmodellen.</i> | |

I stedet for å etablere produktstyrer for hver enkelt e-helseløsning, har Direktoratet for e-helse heller startet å etablere områdeutvalg som kan omfatte flere nasjonale løsninger, felleskomponenter, plattformer mv. Dette vil sikre en mer strategisk og helhetlig styring av de nasjonale e-helseløsningene og bidrar også til mer effektiv tidsbruk for sektoren, som skal delta i utvalgene. Nasjonalt e-helsestyre har besluttet at Områdeutvalg digital samhandling er det første områdeutvalget som skal etableres.

Direktoratet for e-helse startet våren 2019 arbeidet med å evaluere den nasjonale styringsmodellen. Arbeidet med ny e-helseorganisering viste at særlig forslaget til ny e-helselov vil få konsekvenser for styringsmodellen. Arbeidet med å evaluere og videreutvikle den nasjonale styringsmodellen ble derfor utsatt for å koordinere det med e-helseloven som eventuelt trer i kraft.

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Bistå departementet i arbeidet med nye finansieringsmodeller for nasjonale e-helseløsninger, herunder oppsummere tilgjengelig kunnskap om gevinster av løsningene.</i> | |

Direktorat har i 2019 samarbeidet tett med departementet og Norsk Helsenett SF med å utarbeide nye finansieringsmodeller for drift og forvaltningskostnader av nasjonale e-helseløsninger. De nye finansieringsmodellene inngikk i høringsutkastet til den nye e-helseloven. Direktoratet for e-helse samarbeidet også med advokatfirmaet Kluge slik at de kunne levere en vurdering av juridiske problemstillinger knyttet til fakturert samfinansiering av drift og forvaltningskostnader av nasjonale e-helseløsninger til departementet. I tillegg leverte Direktoratet for e-helse to notater til Helse- og omsorgsdepartementet:

- 1) En oppsummering av tilgjengelig kunnskap om gevinster av nasjonale e-helseløsninger og en kartlegging av kommunenes muligheter for å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger i 2020, basert på planlagt innføring av de aktuelle tjenestene.
- 2) En konkretisering av betalingsmodellene ved innføring av fakturert samfinansiering.

Hovedmål 5: Nasjonal IKT-infrastruktur og felleskomponenter ivaretar behovet for sikker digital kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren

Direktoratet for e-helse har i 2019 både initiert og videreført flere tiltak som understøtter hovedmålet om sikker digital kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren.

E-helsestandarder

Produktstyre e-helsestandarder ble etablert i 2017. Produktstyre 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.

I 2019 har produktstyre vært sentralt med å gi tilslutning til innføring av nye standarder. På oppdrag fra Direktoratet for e-helse har Norsk Helsenett SF iverksatt koordinert innføring av tjenestebasert adressering, i tråd med nasjonal plan fra 2018. Dette bidrar til sikker digital kommunikasjon ved at adressering av elektroniske meldinger skjer på en robust og enhetlig måte. På oppdrag fra Direktoratet for e-helse har Norsk Helsenett SF i 2019 også laget nasjonale planer for koordinert innføring av Helsefaglig dialog og overgang til siste versjon av standarder. Norsk Helsenett SF har også satt i gang nasjonal koordinert innføring av nye standarder for henvisning. Dette er i tråd med planene som ble utarbeidet i 2018.

Det planlegges at Produktstyre e-helsestandarder vil erstattes av Områdeutvalg for digital samhandling i 2020.

Felles grunnmur

Felles grunnmur for digitale tjenester skal legge til rette for enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå. Det vil bidra til raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering i sektoren. Grunnmuren består av byggeklossene kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur.

Plan for utvikling av felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten¹¹ ble overlevert til departementet ved utgangen av 2018. Planen gir en oversikt over de tiltak som en samlet sektor har identifisert for planperioden. Det skal gjøres en årlig revidering av planen i tett dialog med sektoren, og forslag til revidert plan behandles i de nasjonale utvalgene i styringsmodellen gjennom året.

Tiltakene i planen skal understøtte sektorens behov, og en rekke initiativ har avhengigheter til og forutsetter grunnmursleveranser. Helseplattformen i Helse Midt-Norge, Felles plan for PAS/EPJ i spesialisthelsetjenesten i Sør-Øst, Vest og Nord, Helsedataprogrammet og Digitalisering av legemiddelområdet er noen av disse. Tiltakene i planen vil også understøtte og forberede for Akson.

¹¹ Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten: <https://ehelse.no/publikasjoner/plan-for-utvikling-av-felles-grunnmur-for-digitale-tjenester-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Gjennom året er viktigheten av felles grunnmur løftet frem i flere sammenhenger. Nasjonal Helse- og sykehusplan, Felles plan 2019¹² og i arbeidet med Forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journal vises det til at grunnmur er sentral for å innfri mål og innsatsområder. I arbeidet med å revidere planen for 2020 uttalte aktørene i sektoren det samme, og dette har dannet grunnlag for samfinansiering av viktige tiltak.

Det er gjennomført flere grunnmurstiltak som linjeaktiviteter i Direktoratet for e-helse, for eksempel tiltak knyttet til meldingsutveksling, data- og dokumentdeling, grunndata, Normen, HelseID og arbeid med en modell for koordinert utvikling og forvaltning av grunnmuren. I tillegg gjennomføres det flere prosjekt og program på strategiske innsatsområder som bidrar til å realisere grunnmursleveranser. Program for kodeverk og terminologi, Felles samarbeidsprogram for modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren (MF Helse) og Robust mobilt helsenett er noen av disse.

Revidering av planen for felles grunnmur for 2020 er gjennomført i tett dialog med sektoren. Planen er behandlet i flere runder i utvalgene i den nasjonale styringsmodellen. Det foreligger en oppdatert plan med de tiltak som sektoren har prioritert for 2020. Den reviderte planen publiseres på ehelse.no.

Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren

Direktoratet for e-helse er sekretariat for Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Normen er et viktig virkemiddel for å sikre at krav til personvern og informasjonssikkerhet etterleveres. For å knytte seg til Helsenettet kreves det blant annet at virksomheten forplikter seg til å følge Normen (hoveddokumentet).

Med bakgrunn i ny lovgivning, teknologisk utvikling og store enkelthendelser med mye oppmerksomhet, har det i de senere årene vært et økt fokus på personvern og informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Som en følge av dette har man også fått større behov for oppdatert veiledning og en modernisert og oppdatert Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren.

Den planlagte versjonen 6.0 av Normen er et resultat av et langvarig revisjons- og utviklingsarbeid. Hovedmålene har vært å sikre at Normens krav er dekkende for nye krav i personvernforordningen og samtidig tilpasset nåtidens teknologi. Det har også vært et viktig mål å forenkle fremstillingene og gjøre Normen mer leser- og brukervennlig.

Det er gjort flere endringer fra gjeldende versjon (Normen 5.3). Det er blant annet tatt inn nye krav, tekst er slettet og krav er presisert eller endret. Normens virkeområde er endret og kravet til forholdsmessighet kommer tydeligere frem. Teksten er gjennomgått og forenklet, samtidig som noe tekst er tatt ut og flyttet til veiledningsmateriellet. Etter planen skal ny versjon være klar i februar 2020.

Normen er mye brukt i sektoren og er blant topp fem mest besøkte innhold på ehelse.no. Aktueltaken om Normkonferansen og innspillsrunde til Normen 6.0 er de mest populære sakene på ehelse.no i 2019.

¹² Felles plan 2019. Grensesnitt med nasjonale løsninger og overgang til strukturert journal. Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF.

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 i helsesektoren. Porteføljen av informasjonstjenester eies av Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Norsk Helsenett SF. 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. Produktstrategien er i 2019 revidert 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. En modernisert grunndataplattform for persontjenesten er under etablering i Felles samarbeidsprogram for modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren (MF Helse).

Viktige tiltak, som enhetlig virksomhetsstruktur og personell som nasjonale autorisasjonskilder og informasjonskilder er foreløpig ikke blitt prioritert. Behovet for å ta ned teknisk gjeld er stigende og det er ilt 2019 lagt planer for gjennomføring av risikoreduserende tiltak for 2020.

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. Det er i løpet 2019 etablert Endringsråd for Grunndata med representanter fra sektoren for å sikre en bedre involvering av sektoren på taktisk nivå.

I løpet av 2019 har grunndataplattformen hatt totalt 4,3 milliarder oppslag. Dette er en økning i antall oppslag på 180 prosent mot 2018. Gjennom de 4 siste årene har veksten ti-doblet seg. 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.

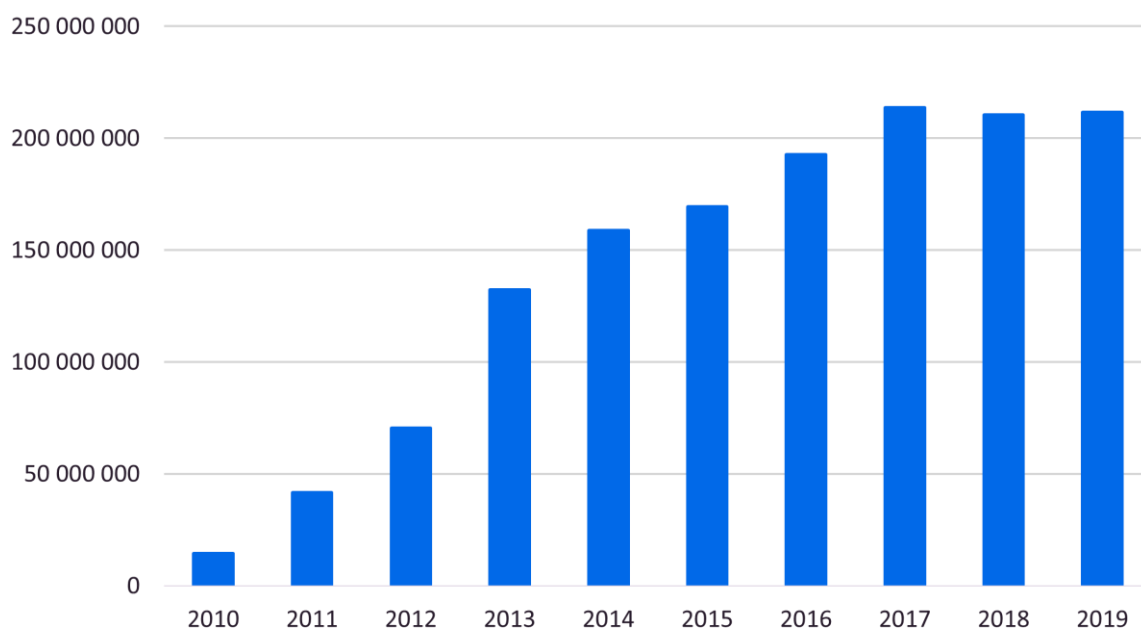
Meldingsutveksling

Elektronisk meldingsutveksling er en sikker og rask samhandlingsform for å utveksle helseopplysninger mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten. Meldingsutveksling er den viktigste og mest utbredte samhandlingsformen i dag, og vil fortsette å være en viktig samhandlingsform i lang tid fremover.

Kommunikasjon mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommuner, fastleger og helseforetak (HF) og andre aktører er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

I meldingsutvekslingen benyttes det meldingsstandarder som dekker ulike bruksområder. Dette er blant annet henvisninger, epikriser, rekvisisjoner og svarrapporter, pleie- og omsorgsmeldinger. Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er tilkoblet Helsenetten og kan utveksle disse meldingene mellom hverandre.

I 2019 ble det utvekslet 211,5 millioner elektroniske medisinske meldinger. Det er en liten økning på 1 million meldinger fra 2018. Blant annet har det vært en økning i antall basismeldinger (henvisninger, epikriser, rekvisisjoner og svarrapporter), fra 33 millioner i 2017, 36 millioner i 2018, til 39 millioner i 2019.



Figur: Totalt antall årlige medisinske meldinger i Helsenetten. Kilde: Norsk Helsennett

Gevinster av meldingsutvekslingen

Meldingsutvekslingen har hatt store positive effekter for aktørene i sektoren, blant annet i form av økt kvalitet og effektivitet i samhandlingen, og bortfall av papir. Pågående innføring av nye meldinger vil bidra til ytterligere gevinstoppnåelse.

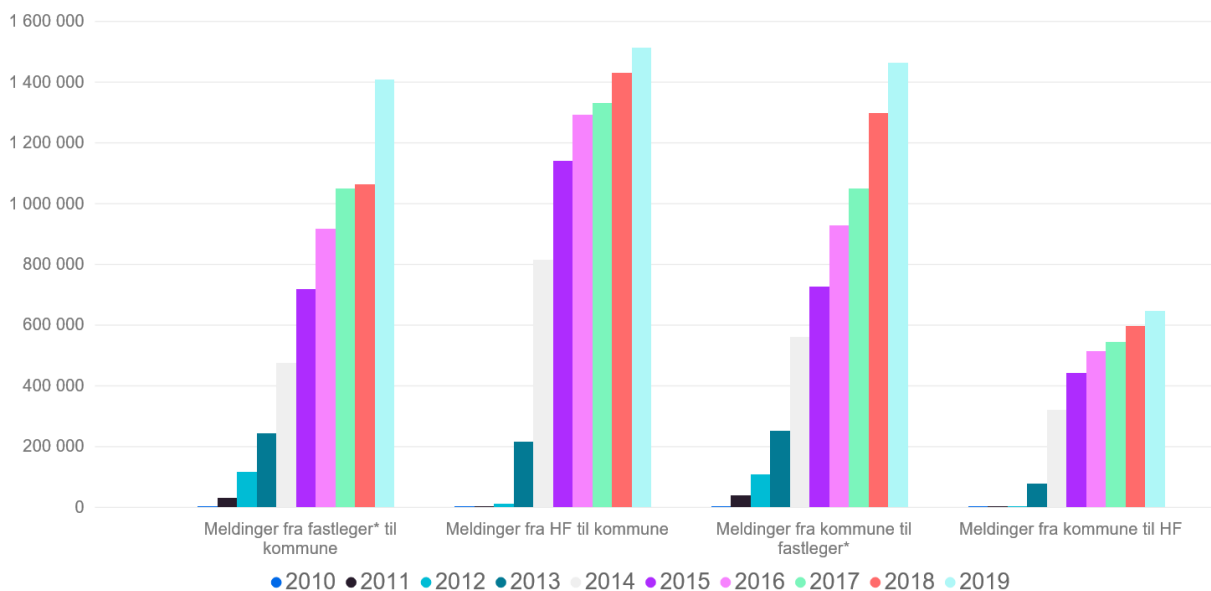
Dialogmeldinger er tatt i bruk mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, og mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunen og fastleger. Dialogmeldinger skal videre innføres blant annet mellom sykehus og legekantor og i dialog om polikliniske pasienter. Dialogmeldinger vil gi mer effektiv dialog mellom helsepersonell, og dialogen vil være dokumentert i EPJ-systemene. Bruk av dialogmelding knyttet til henvisningsprosessen vil gi bedre kvalitet på henvisninger og forbedret oppfølging av pasienter etter utskrivning, noe som vil føre til raskere og tryggere pasientforløp. Det forventes også at antall telefoner og papirhenvendelser vil reduseres.

Nye henvisningsmeldinger understøtter digitalisering av hele henvisningsprosessen (vedlegg, svar på henvisning og viderehenvisning). De nye standardene for henvisning vil øke kvaliteten på innholdet i henvisningene, noe som gir raskere og tryggere behandling og prioritering av henvisninger i spesialisthelsetjenesten, inkludert rettighetsvurderinger.

Det forventes at innføring av nye meldinger for henvisning og dialog vil ha økonomiske gevinster for alle aktørene i sektoren, både ved reduksjon i materielle kostnader og redusert tidsbruk knyttet til bortfall av manuelle rutiner. Et konservativt estimat for disse gevinstene er beregnet til om lag 120 millioner kroner årlig for hele helsesektoren. Dette kommer i tillegg til de kvalitative gevinstene som er beskrevet.

Antall sendte pleie- og omsorgsmeldinger

Antall pleie- og omsorgsmeldinger økte i perioden fra 2010-2019. I 2019 ble det sendt rundt 1,5 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 1,4 millioner meldinger, og fra fastleger til kommuner ble det også sendt rundt 1,4 million meldinger.



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

Figur: Antall sendte pleie- og omsorgsmeldinger 2010-2019. Kilde: Norsk Helsenet (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 2019 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.

Samarbeidsprogram om modernisering av folkeregisteret

Direktoratet for e-helse har i 2019 sammen med Norsk Helsenett anskaffet utviklingsleverandør og startet etableringen av helsetjenestens kopi av Folkeregisteret. Spesialisthelsetjenesten og kommunalhelsetjenesten er ivaretatt gjennom egne prosjekter og referansegrupper. Hele helse- og omsorgstjenesten har fått brev om overgangen til nytt Folkeregister i løpet av året. Utpøving av ny tjeneste forventes mot slutten av 2020, med Kjernejournal som første system ut.

I 2019 har ca. 30 kommuner prøvd ut løsning for melding om dødsfall med godt resultat. Programmet har besluttet videre utbredelse i kommunene i 2020. Spesialisthelsetjenesten trenger ytterligere integrasjon med sine fagsystemer før videre utbredelse lar seg gjøre der.

Løsning for melding om fødsel er i Helse Vest og Sør-Øst migrert til nytt Folkeregister, og øvrige regioner forventes migrert til nytt Folkeregister før sommeren 2020. En konseptrapport for nasjonalt felles hjelpenummer er utarbeidet og skal i 2020 legges frem til NUIT for videre prioritering.

Helse- og Omsorgsdepartementet har fått oversendt en overordnet gevinstrealiseringsplan for programmet som viser moderate gevinster på mange aktører. Programmets hovedansvarliggørende er å sikre at helsetjenesten ikke mister tilgangen de allerede har til dagens Folkeregister når dette skrus av 31.12.21.

Kommune- og regionreformen

Direktoratet for e-helse har i perioden 2016-2019, gjennom deltakelse i Kartverkets Samordningsforum og i nært samarbeid med Norsk Helsenett SF, bistått kommuner, regionale helseforetakene og profesjonsforeninger for å sikre datakvalitet og distribusjon av nasjonale felleskomponenter (Folkeregister, Matrikkel, Brønnøysund) ved kommune- og regionreformen. 1. januar 2020 ble antall kommuner redusert til 356 og antall fylkeskommuner til 11. De nasjonale felleskomponentene er avgjørende for virksomhetenes elektroniske kommunikasjon og databehandling i en rekke fagsystemer. Ved årsskiftet 2020 ble ca. 100 millioner endringer i datasettene ivaretatt. I helse- og omsorgssektoren har overgangen til ny kommune- og regionstruktur funnet sted uten vesentlige problemer (drift og helsehjelp).

Spesielle oppdrag til hovedmål 5

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Ivareta nasjonal forvaltning av felles språk (Snomed CT) og understøtte aktørenes bruk av Snomed CT, herunder bistå Helseplattformen i Midt-Norge i utpøving og innføring.</i> | |

Oppdraget løses gjennom Program for kodeverk og terminologi. Under trekkes noen sentrale leveranser fra 2019 frem.

I 2019 tilsluttet programstyret for Program for kodeverk og terminologi seg til Målbilde for felles språk i helse- og omsorgssektoren¹³. Programstyret er en bredt sammensatt gruppe beslutningstakere fra KS, kommuner, regionale helseforetak og offentlige virksomheter.

Startskuddet for den norske versjonen av SNOMED CT gikk i april 2019. Verktøystøtten for forvaltning av terminologien er på plass. I første omgang var det noen få tusen begreper med norsk tekst på plass. Innholdet blir deretter videreutviklet i samarbeid med Helseplattformen.

SNOMED CT ble brukt i en EPJ for første gang i Norge. Prosjekt Tanndata gjennomførte en pilot sammen med Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge og en EPJ-leverandør. Piloten viste at selv det å ta i bruk små deler av SNOMECECT gir stor verdi for analyse og sekundærbruk. Dette var en tidlig pilot på veien mot Målbilde for felles språk og ga programmet nyttig erfaring. Det ble også levert en konseptvalgutredning som anbefalte opprettelse av et nasjonalt tannhelseregister.

I siste halvdel av 2019 var hovedvekten av arbeidet å ruste programmet for en samhandling med Helseplattformen, med sikte på å etablere versjon 1 av Felles språk. Samarbeidsavtaler, ansvarsfordeling og en felles styringsgruppe ble opprettet. Det er gjennomført en spesifikasjonsfase i samarbeid med Helseplattformen i siste halvdel av 2019. Her blir mye av grunnlaget for videre samhandling beskrevet, herunder et omfangsdokument som beskriver bruk av SNOMED CT i Helseplattformen.

I 2019 er det utarbeidet et beslutningsunderlag sammen med Statens Legemiddelverk for å benytte SNOMED CT til å representere virkestoffer gjennom prosjekt SAFEST. Alle kodeverk unntatt Norsk laboratoriekodeverk er konvertert og lagt inn i Health term. Løsningen skal lanseres første halvdel av 2020.

| Spesielle oppdrag | Status |
|--|---------------|
| <i>Understøtte innføring av vedtatte e-helsestandarder som tjenestebasert adressering, henvisning 2.0 og helsefaglig dialog.</i> | |

Direktoratet for e-helse har understøttet alle etablerte prosesser og alle etablerte arenaer for å oppnå tilfredsstillende innføringstakt. I tillegg har Direktoratet for e-helse jevnlig kontakt med Norsk Helsenett SF for å identifisere tiltak som bør gjennomføres for å sikre bredding av vedtatte e-helsestandarder.

Standard for tjenestebasert adressering har vært under innføring i 2019. Helseforetak og kommuner er langt på vei ferdig med å innføre standarden. Gevinstene av dette er blant annet mer enhetlig adressering og færre feil knyttet til adressering av meldinger. Dette har medført mindre ressursbruk for manuell oppfølging og håndtering av meldingsutvekslingen.

¹³ https://ehelse.no/publikasjoner/felles-sprak-i-helse-og-omsorgssektoren-malbilde-versjon-1.0/_attachment/download/8854cdec-e1be-49f0-9fb8-1e9c1b4309ec:afd7800b3c42d4dd5255f87e4372fda74e98f2d9/Felles%20spr%C3%A5k%20i%20helse-%20og%20omsorgssektoren%20M%C3%A5bilde%20versjon%201.0.pdf

Følgende standarder er besluttet innført og det er utarbeidet nasjonale planer som er forankret og som har fått tilslutning i Produktstyre e-helsestandarder:

- nye standarder for henvisning
 - henvisning ny tilstand, for å henvise pasient i forbindelse med ny tilstand
 - viderehenvisning, for å henvise pasienter videre til annet behandlende helsepersonell
 - status på henvisning, for å kunne gi tilbakemelding på statusen for vurdering av henvisning
- helsefaglig dialog, for dialog mellom helsepersonell
- overgang til siste versjon av standarder som er oppført med to likestilte versjoner i forskriften om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten

De nye standardene er foreslått som obligatoriske standarder i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Etablere målarkitektur for helhetlig samhandling, herunder dokumentdeling og datadeling.</i> | |

Dokumentdeling mellom aktører gjør det mulig å overføre kunnskap på tvers av virksomhetsgrenser og omsorgsnivåer og legger til rette for mer effektiv samhandling gjennom pasientforløpet. Målarkitekturen for dokumentdeling ble publisert på ehelse.no i februar 2019. Den beskriver arkitekturen og standardene som skal benyttes for deling av dokumenter på tvers av virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Realiseringen av dokumentdeling i Helse Sør-Øst RHF via helsenorge.no og kjernejournal er basert på denne målarkitekturen.

Deling av strukturerte helseopplysninger mellom helsepersonell og med innbygger ved hjelp av datadeling er en ny samhandlingsform. Den gir helt nye muligheter for å digitalisere helse- og omsorgstjenesten. I tillegg legger den til rette for innovasjon innenfor løsninger og tjenesteutvikling. Målet er å etablere et rammeverk for datadeling i helsesektoren slik at utviklingen kan skje på en koordinert og enhetlig måte. Målarkitektur for datadeling ble utarbeidet i løpet av 2019 i et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse og representanter fra RHF og kommunehelsetjenesten. Målarkitektur for datadeling beskriver behovet for felleskomponenter som vil være en forutsetning for et levedyktig og sikkert økosystem for datadeling. Målarkitekturen har fokus på bruksområdene "sektorens samhandling med nasjonale e-hesløløsninger og felles grunnmur" og "innbyggers behandling av sine helseopplysninger". Målarkitektur for datadeling blir publisert på ehelse.no i løpet av første kvartal 2020.

| Spesielle oppdrag | Status |
|---|---------------|
| <i>Gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse for helse- og omsorgssektorens IKT-sårbarheter med spesielt fokus på tiltak og oppfølging av disse. Arbeidet må gjøres i samarbeid med Norsk Helsenett SF andre relevante aktører, i tillegg til Helsedirektoratet, som leder arbeidet, i helse- og omsorgssektoren.</i> | |

Direktoratet for e-helse konkluderte i rapporten Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering for IKT i helse- og omsorgssektoren med at IKT-sikkerheten i helse- og omsorgssektoren må styrkes. Dette er nødvendig fordi økt digitalisering, flere sammenkoblede systemer og mer utveksling av informasjon også vil kunne introdusere nye trusler og sårbarheter. Rapporten

tar utgangspunkt i tidligere rapporter og utredninger. Nasjonale trusselvurderinger og et utvalg hendelser som har påvirket helsetjenesten er også blitt vurdert. På bakgrunn av trusselbildet, funn fra hendelser og øvelser og allerede foreslåtte tiltak beskrevet i tidligere rapporter og utredninger, foreslår Direktoratet for e-helse fem konkrete tiltak som effektivt vil kunne løfte sikkerhetsnivået i helse- og omsorgssektoren på kort og mellomlang sikt:

- Tiltak 1: Utarbeidelse av nasjonal IKT-beredskapsplan for helse- og omsorgssektoren som en del av Nasjonal helseberedskapsplan
- Tiltak 2: Gjennomføre årlig IKT-øvelse
- Tiltak 3: Styrket operativ IKT-sikkerhet i helse- og omsorgssektoren
- Tiltak 4: Styrket myndighetsrolle for IKT-sikkerhet i helse- og omsorgssektoren
- Tiltak 5: Utarbeidelse av helhetlig IKT-sikkerhetsstrategi for helse- og omsorgssektoren

Rapporten ble utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet og Norsk Helsenett SF og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 3. juli 2019. Risikovurderingen er en del av flere tilsvarende vurderinger innen ulike områder med betydning for nasjonal beredskap som er levert til departementet i 2019¹⁴.

Fellesføringer

Under følger statusrapportering på fellesføringer gitt i tildelingsbrevet for 2019 som det er relevant å rapportere på.

Involvering av næringslivet

Næringslivets bør involveres i planlegging og utforming av nasjonale planer og veivalg for å sikre best mulig utnyttelse av næringslivets kompetanse og ressurser. Alle virksomhetene skal i størst mulig grad benytte markedet til utvikling av nye tjenester og løsninger. Det skal benyttes innovative offentlige anskaffelser der dette er relevant. Dette skal bidra til at den nasjonale utviklingen av e-helse danner grunnlag for nyskaping, bedre tjenester og næringsutvikling.

I 2019 har Direktoratet for e-helse involvert næringslivet i planlegging og utforming av nasjonale planer og veivalg for å sikre forståelse av næringslivets behov, herunder få innsikt i og å ta i bruk næringslivets kompetanse og ressurser. Markedet er benyttet til utvikling av løsninger.

Helsedataprogrammet har involvert leverandørmarkedet aktivt på flere måter. I 2019 utlyste Direktoratet for e-helse anskaffelse av data- og analysetjenester (Helseanalyseplattformen) med dialogbaserte forhandlinger. Dette arbeidet pågår inn i 2020. Næringslivet ble involvert direkte inn i arbeid med behovsanalyser, brukerhistorier og løsningsutforming. Det er blant annet opprettet en egen arbeidsgruppe for innovasjon og næringsutvikling. Konkret har vi ved utforming av finansieringsmodeller og vurderinger av hvordan et analyseøkosystem bør fungere, hatt en utstrakt dialog med næringslivet på flere ulike møtearenaer, gjennom fagnettverk, bransjeforeninger, på konferanser med bransjen osv. Markedet ble invitert til å foreslå pilotprosjekter i samarbeid med forskningsmiljøer, for tidlig utprøving av Helseanalyseplattformen.

¹⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/foreslar-flere-tiltak-for-a-styrke-helseberedskapen>

EPJ-løftet har aktivt innhentet innsikt og behov fra leverandørmarkedet. Det er blitt gjennomført to åpne leverandørmøter. Møtene er også streamet og gjort tilgjengelig i ettertid, for å sikre bredest mulig involvering. I tillegg er det gjennomført 2-4 dialogmøter (1:1-møter) med de fleste EPJ-leverandørene.

Legemiddelprogrammet har gjennom året hatt et kontinuerlig og utstrakt samarbeid og dialog med leverandørmarkedet.

I forbindelse med utgivelse av Direktoratet for e-helses årlige rapport om trender og utviklingstrekk i e-helse, initierte Direktoratet for e-helse dialog med sentrale aktører i helsenæringen for å sikre at den nasjonale e-helseutviklingen er relevant og oppdatert. På denne måten kan strategien danne grunnlag for nyskaping, bedre tjenester og næringsutvikling.

Intern sikkerhet og beredskap

Direktoratet for e-helse skal oppfylle kravene til sikkerhetsarbeid i ny lov om nasjonal sikkerhet som trer i kraft 1.1.2019. Ny lov om nasjonal sikkerhet med forskrifter innebærer en videreføring av iverksatte tiltak i henhold til gjeldende lov, lov av 20. mars 1998 nr. 10 om forebyggende sikkerhetstjeneste og tilhørende forskrifter, inntil ny lov er implementert. Direktoratet skal i henhold til departementets tidsplan implementere ny lovs virkeområde.

Direktoratet for e-helse skal kunne håndtere kriser på basis av egen organisasjons ansvar og ressurser. Direktoratet for e-helse forutsettes å ha gode rutiner og en klar rollebevissthet til departementet, øvrige virksomheter i den sentrale helse- og sosialforvaltningen, den utøvende tjenesten og øvrige sektorer i de situasjoner som kan oppstå. Det vises for til Nasjonal helseberedskapsplan fastsatt 1. januar 2018.

Direktoratet for e-helse har etablert sikkerhetsorganisasjon og styringssystem for sikkerhet og har implementert ny lovs virkeområde. I henhold til bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet har Direktoratet for e-helse i 2019 gjort en skadevurdering i henhold til ny sikkerhetslov av potensielle skjermingsverdige verdier (objekter, informasjonssystemer og infrastruktur) i sin virksomhet. Skadevurderingen er oversendt departementet.

Motvirke arbeidslivskriminalitet

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 for e-helse skal i årsrapporten redegjøre for resultater fra oppfølging av inngåtte kontrakter og hvordan virksomhetens anskaffelser er innrettet for å gjennomføre dette hensynet. Jf. Rundskriv H-8/17.

Det er utarbeidet rutiner basert på Difis anbefalinger for anskaffelser. Det er også laget rutiner for å følge opp kontrakter for å motvirke arbeidslivskriminalitet. En egen rutine for å følge opp avtaler innenfor bransjer med allmenngjort tariff har også blitt utarbeidet, 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 kvalifikasjonskrav og kontraktsvilkår for å følge opp 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 til 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 2019 ble det ikke gjort funn som vekker mistanke om arbeidslivskriminalitet/sosial dumping hos noen av Direktoratet for e-helse sine leverandører.

Tillegg til tildelingsbrev

Under følger status for oppdrag som er mottatt i tillegg til tildelingsbrev som det er naturlig å rapportere på i årsrapporten for 2019.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 14 (2018) - Tilbakemelding på rapport om velferdsteknologisk knutepunkt

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. Dette ble gjort for å prøve ut nasjonale standarder sammen med flere kommuner, leverandører og pasientjournalssystemer.

I tillegg til tildelingsbrev nr. 14. ga departementet Direktoratet for e-helse i oppdrag å videreføre arbeidet i tråd med de overordnede anbefalingene i rapporten med konkrete justeringer.

Prosjekt Arkitektur og infrastruktur for velferdsteknologi har i utprøvingen i 2019 involvert flere kommuner, flere journalleverandører og høyere kompleksitet med flere teknologier. Dette har underbygget en faglig anbefaling om veien videre for velferdsteknologisk knutepunkt. Det pågår utredning av alternative gjennomføringsstrategier for anbefalt tiltak som skal leveres 1. mars 2020.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 15 (2018): Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse leverte 26. februar 2019 rapporten Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse. Rapporten svarte ut oppdraget gitt av Helse- og omsorgsdepartementet om å levere en anbefaling om organiseringen av en

tydeligere myndighetsrolle for Direktoratet for e-helse, samt hvilke oppgaver som bør overføres til og videreutvikles av Norsk Helsenett SF til rollen som nasjonal tjenesteleverandør. Innholdet er i tråd med tidligere anbefalinger, med en utdypning i samme utviklingsretning. Oppdraget ble gjennomført i samarbeid med Norsk Helsenett SF.

Rapporten gir en anbefaling om hvilket ansvar og oppgaver som bør inngå som en del av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse, samt hvilken kompetanse Direktoratet for e-helse har behov for å beholde for å kunne ivareta myndighetsrollen på e-helseområdet. Rapporten ga også et grunnlag for å beslutte hvilke oppgaver og antall ansatte som overføres til Norsk Helsenett SF, samt en kostnadsoversikt for oppgaver og ansatte som overføres. Rapporten inneholdt også en anbefaling til plassering av dataansvar for løsninger der dataansvaret ikke er regulert i forskrift, samt forslag til risikoreduserende tiltak knyttet til overføringen. Rapporten er lagt til grunn for arbeidet med å videreutvikle Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF, og som innspill til det videre arbeidet med styringsmodell for nasjonale e-helseløsninger og en ny samfinansieringsmodell.

Gjennom samarbeidet med Norsk Helsenett SF gjennom 2019 ble grunnlaget for virksomhetsoverdragelse av 236 årsverk og de nasjonale e-helseløsningen helsenorge.no, kjernejournal, e-resept og grunndata lagt. Virksomhetsoverdragelsen ble gjennomført etter planen 1.1.2020.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 1 2019 – Ekstern kvalitetssikring av arbeidet med å etablere en helseanalyseplattform

Som en del av den eksterne kvalitetssikringen av Helsedataprogrammet (KS2), utredet programmet mulighetene for synergier og tettere integrasjon mellom Helseanalyseplattformen og microdata.no. Oppsummert vurderer Direktoratet for e-helse at Microdata og annen infrastruktur ikke har vesentlig overlappende funksjonalitet med Helseanalyseplattformen. Integrasjon av slike løsninger i første fase vil medføre økt kompleksitet, økte kostnader og økt gjennomføringsrisiko.

Det er inngått en intensjonsavtale som gjelder ut 2020 mellom Direktoratet for e-helse, Statistisk Sentralbyrå og Norsk senter for forskningsdata for deling av data og utvikling av tjenester for forskning og helseanalyse. Avtalen omfatter gjenbruk av elementer mellom partene der det er hensiktsmessig, deling av data og metadata i henhold til lovverk og forskrifter, gjenbruk av kompetanse og løsninger og en intensjon om at Microdata og Helseanalyseplattformen kan tilby sluttbrukere som en opplevd enhet.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 3 2019 – Oppstart av forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journal

I juli 2018 leverte Direktoratet for e-helse konseptvalgutredning for Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste¹⁵ til Helse- og omsorgsdepartementet. Tiltaket er en viktig del av å realisere felles ambisjon om Én innbygger – én journal. Holte Consulting gjennomførte høsten 2018 en ekstern kvalitetssikring (KS1). KS1-rapporten anbefalte, i samsvar med konseptvalgutredningen, konsept 7 - nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling. Direktoratet for e-helse fikk i april 2019 i oppdrag

¹⁵ Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste: <https://ehelse.no/Documents/En%20innbygger%20-%20en%20journal/KVU%20%c3%89n%20innbygger%20-%20%c3%a9n%20journal%20Nasjonal%20%c3%b8sning%20kommunal%20helse-%20og%20omsorgstjeneste.pdf>

av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et forprosjekt med utgangspunkt i konsept 7, felles journalløsning med helhetlig samhandling. Konseptet har fått arbeidsnavnet Akson.

Akson skal gi helhetlig samhandling og en felles journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Felles kommunal journalløsning innebærer at helsepersonell i kommunene jobber i en felles journalløsning. Dette betyr at for eksempel legevakt, fastleger, hjemmetjenesten og helsestasjoner bruker samme løsning, med brukerflater tilpasset deres behov. Akson omfatter også løsninger for bedre samhandling i hele helsetjenesten. De fremtidige samhandlingsløsningene skal gi innbyggere og helsepersonell i sykehus, kommuner og fastleger bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt og legge til rette for bedre samhandling med andre statlige og kommunale tjenester, som for eksempel Nav og barnevern.

Direktoratet for e-helse skal levere sin anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. mars 2020. Forprosjektet skal utarbeide sentralt styringsdokument (SSD) i tråd med statens prosjektmodell, jf. Finansdepartementets rundskriv R-108/19 Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten. SSD skal deretter gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) før beslutning kan fremmes for Stortinget. Prosjektet og tiltaket har fått arbeidsnavnet Akson.

Tillegg til tildelingsbrev nr. 4 – Oppfølging av revidert budsjett

Det inngikk flere oppdrag i dette tillegget til tildelingsbrevet. Under følger status på oppdrag det er relevant å rapportere på.

Læreplasser i statlige virksomheter

Muligheten for å ta inn lærlinger ble vurdert i 2017, i samarbeid med opplæringskontoret for statlige virksomheter i Oslo og Akershus. Konklusjonen ble at Direktoratet for e-helse ikke kan godkjennes som lærebedrift innen fagene som ble anbefalt (IKT service og kontor- og administrasjon). Forholdene som gjør at Direktoratet for e-helse ikke kan godkjennes som lærebedrift har ikke endret seg i 2019. Det er derfor ikke blitt gjort noen ny vurdering.

Tiltak for å forbedre innkallinger til time og brev om rett til rettshjelp

Direktoratet for e-helse har sammen med Helsedirektoratet deltatt i arbeid i regi av de regionale helseforetakene for å utarbeidet utkast til nye maler for pasientbrev. Sammenlignet med dagens brevmaler er de nye malene betydelig forenklet og gjør det lettere for pasientene å forstå hvor og når de skal møte og hvordan de skal forberede seg. Brevmalene tar hensyn til at vi er på vei mot digitale tjenester, og vil kunne tas i bruk på nye digitale flater. Malene inneholder lenker til mer informasjon på helsenorge.no og helseforetakenes nettsider (felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten).

Sammenhengende digitale tjenester for familier med alvorlig sykt barn

Regjeringens digitaliseringsstrategi har valgt ut syv livshendelser der det skal utvikles sammenhengende tjenester med utgangspunkt i brukernes behov. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse leverte i oktober 2019 rapporten "Hvor skal man begynne?"¹⁶ .

¹⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvor-skali-man-begynne-et-utfordringsbilde-blant-familier-med-barn-og-unge-som-behøver-sammensatte-offentlige-tjenester>

Rapporten peker på det utfordringsbildet som familier med barn og unge som har behov for sammensatte offentlige tjenester står i. Rapporten anbefaler at videre oppdrag må ses i sammenheng med pågående oppdrag og på tvers av sektorer som jobber med barn og unge.

Utredningsoppdrag knyttet til kunstig intelligens i forbindelse med ny nasjonal helse- og sykehusplan

Direktoratet for e-helse utarbeidet en rapport som belyser mulighetene kunstig intelligens gir innen helse og hvilke virkemidler og tiltak som kan iverksettes for at vi skal kunne komme i gang. I samarbeid med Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og RHF-ene er det også utarbeidet en felles plan for videre arbeid med kunstig intelligens. Arbeidet fortsetter i 2020.

Teknisk beregningsutvalg

Teknisk beregningsutvalg ble oppnevnt rett før jul og det ble sendt ut et informasjonsbrev til alle medlemmene i 2019. Sekretariatsfunksjonen i teknisk beregningsutvalg består av representanter fra både Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF. Samarbeidet med å planlegge og kalle inn til utvalgsmøtene i 2020 har startet. Konstituerende møte i teknisk beregningsutvalg ble avholdt 5. februar 2020.

Tillegg til Tildelingsbrev nr. 8 – Vurdering av konsekvenser som følger av statlig eierskap

Direktoratet for e-helse leverte 22. januar 2020 en vurdering av konsekvenser som følge av statlig eierskap. Oppdraget må sees i sammenheng med Direktoratet for e-helses oppdrag om forprosjekt for tiltak knyttet til helhetlig samhandling og felles kommunal journal, jf. tillegg til Tildelingsbrev nr. 3. 2019, som skal levere sin anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. mars 2020.

Forvaltningsoppgaver

I det følgende rapporteres status for utvalgte forvaltningsoppgaver som ivaretas av Direktoratet for e-helse i henhold til hovedinstruks.

Nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester

Nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester for elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten¹⁷ er utarbeidet for å sikre en tydeligere og mer effektiv nasjonal forvaltning innen området. Forvaltningsmodellen beskriver nasjonale fora for styring og koordinering, og en forvaltningsprosess med tilhørende ansvarsmatrise. Produktsstyre for e-helsestandarder er etablert for å sikre god og sektorforankret styring i forvaltning av e-helsestandarder. Det har i 2019 vært avholdt fire møter.

Forvaltningsmodellen ligger til grunn for ansvarsfordeling, prosess og samhandling mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF. Samarbeidsavtaler er inngått mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF innen sentrale områder av modellen. Norsk Helsenett SF har på oppdrag fra Direktoratet for e-helse i 2019 levert nasjonale planer for

¹⁷ <https://ehelse.no/publikasjoner/nasjonal-forvaltningsmodell-for-e-helsestandarder-og-fellestjenester-for-elektronisk-samhandling-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsefaglig dialog og overgang til én versjon for standarder som er oppført med likestilte versjoner i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.

Referansekatalogen

Referansekatalogen¹⁸ for e-helse inneholder 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.

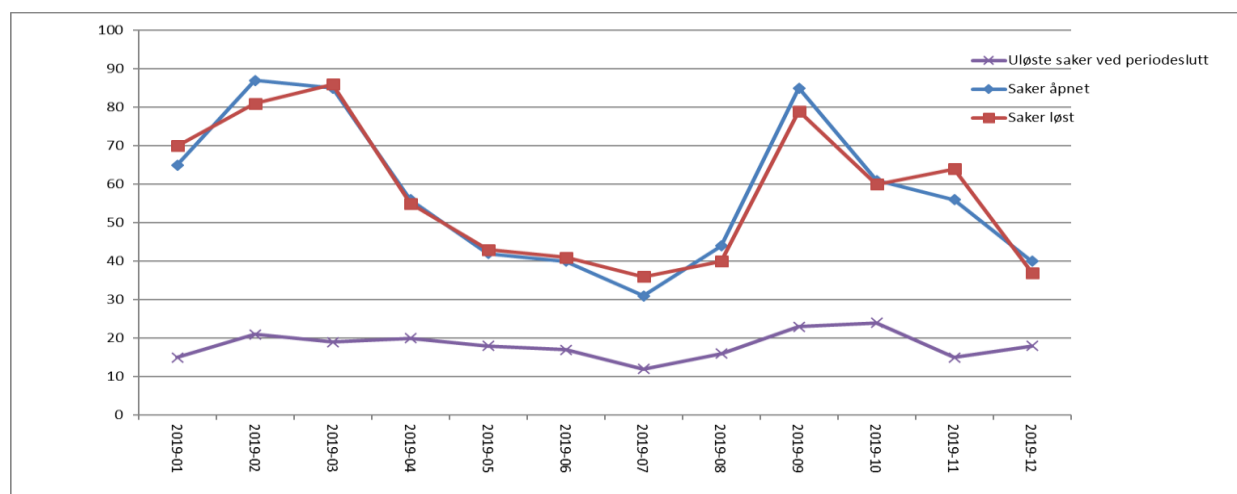
Forvaltningen av Referansekatalogen skal sikre at innholdet er oppdatert og korrekt. I tillegg ytes andre støttefunksjoner som å besvare spørsmål og behandle søknader knyttet til forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.

I 2019 ble 16 nye standarder lagt til i Referansekatalogen og 13 ble trukket tilbake. De fleste nye standardene er knyttet til norske basisprofiler for HL7 FHIR (13 standarder). Av standardene som er trukket tilbake er fire meldinger fra Norsk pasientregister og ni EPJ-standarder. Målet med den grunnleggende EPJ-standard var å legge til rette for overgang fra papirbasert til elektronisk pasientjournal. Dette målet er nå nådd og flere deler av standarden er i stor grad dekket av andre standarder og dokumenter. Anbefalingen av de opprinnelige EPJ-standardene ble trukket tilbake våren 2019 og standardene tatt ut av Referansekatalogen for e-helse. Videre er 35 obligatoriske standarder, tolv anbefalte standarder og fem retningslinjer, oppdatert. Dokumentene er i hovedsak oppdatert for å tydeliggjøre krav og gjøre de mer klarspråklige, og på denne måten bedre understøtte enhetlig implementering.

Det ble behandlet 18 søknader om unntak fra forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten og besvart 11 spørsmål om forskriften og EPJ.

Antall oppslag i Referansekatalogen 2019: 14.000

Veiledningstjenesten meldingshjelp@ehelse.no støtter sektoren ved spørsmål om implementering og bruk av meldingsstandarder. Grafen viser at det er god sammenheng mellom antall saker løst i forhold til variasjon i antall saker som mottas:



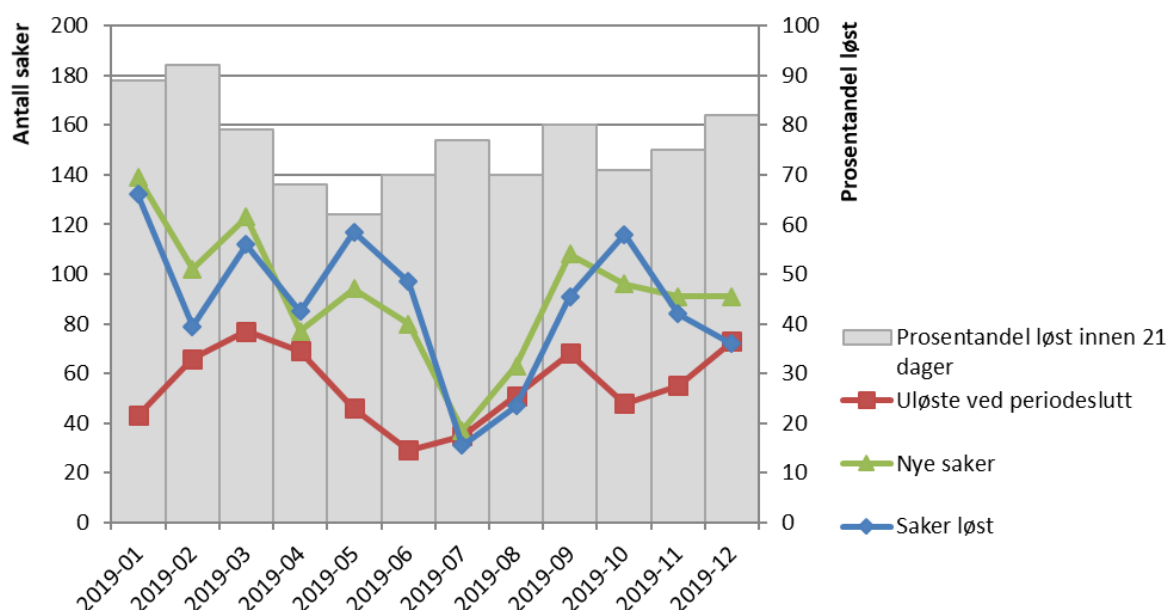
¹⁸ <http://ehelse.no/referansekatalogen>

Kodeverk

Direktoratet for e-helse har ansvar for forvaltning og utvikling av helsefaglige kodeverk og terminologi. Direktoratet for e-helse eier per i dag ti helsefaglige kodeverk¹⁹ med hovedvekt innenfor diagnoser, prosedyrer og laboratoriefag. Nye versjoner av nasjonale helsefaglige kodeverk er publisert i tråd med plan. Det er gjort en større gjennomgang og oppdatering av prosedyrekoder for rus og psykisk helsevern i samarbeid med deltagere fra sektor.

Direktoratet for e-helse tilrettelegger for god kodingskvalitet med kodeveiledning og e-læringskurs om koding i spesialisthelsetjenesten. Det ble i 2019 utført en koderevisjon av åtte sykehus for å undersøke kodingskvalitet for pasienter behandlet med respirator. Resultatet fra koderevisjonen er publisert i rapporten Dokumentkontroll av opphold gruppert til DRG475A Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte²⁰. Funn fra koderevisjonen danner grunnlag for videre oppfølging av Helsedirektoratet.

Veiledningstjenestene kodehjelp@ehelse.no og lab@ehelse.no støtter sektoren ved spørsmål om koding og behov for nye koder. 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

I 2019 har forvaltningen tilrettelagt for å ta i bruk et nytt system (HealthTerm). Systemet bidrar til å effektivisere og forbedre kvaliteten på forvaltningen av kodeverk, og at kodeverkene tilbys ut til sektoren via ulike tjenester og format. Løsningen vil i første omgang benyttes til forvaltning av administrative og helsefaglige kodeverk og registervariabler. HealthTerm utvikles videre for å understøtte kodekatalog i 2020.

¹⁹ <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk>

²⁰ <https://ehelse.no/publikasjoner/revisjonsrapport-dokumentkontroll-av-opphold-gruppert-til-drg475a-sykdommer-i-andedretsorganer-med-ventilasjonsstotte-pdf>

Terminologi

I 2019 har forvaltningen jobbet med å forankre og bygge opp satsingen på bruk av felles språk. Norsk senter for helsefaglig terminologi er under oppbygning. Senteret skal ivareta internasjonale forpliktelse knyttet til området.

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), SNOMED int, NordClass (Nordisk klassifikasjonssenter) og Nordisk Ministerråd. I 2019 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 Trondheim i august 2019. Direktoratet fortsetter sitt engasjement i Europakommisjonens treårige prosjekt på e-helse, eHAction (Joint Action to Support the eHealth Network). Direktoratet for e-helse deltar inn i en arbeidspakke som omhandler teknologitrender og deling av pasientinformasjon mellom landegrensene.

Direktoratet har styrket sitt samarbeid med Standard Norge, for å øke den strategiske tilnærmingen mot det europeiske og internasjonale standardiseringsarbeidet som pågår i CEN og ISO. En sentral del av arbeidet er å tilrettelegge for at aktører i sektoren skal kunne delta mer aktivt. Resultatet er et standardiseringsutvalg som blir operativt i 2020.

Direktoratet deltar i arbeidet med internasjonal terminologi innenfor SNOMED international hvor 40 land til nå er medlemmer. Her har Direktoratet for e-helse medlemmer i Member Forum for faglig utvikling av terminologien og ble i 2019 valgt til å overta rollen Vice Chair i General Assembly. Innenfor arbeidet med kodeverk og klassifikasjoner har Direktoratet for e-helse ansvar for nordisk senter for klassifikasjoner (NordClass) og deltar i styret for denne organisasjonen. Senteret er kontaktpunkt inn mot WHO som nordisk collaboration center for klassifikasjoner. Innenfor WHO-FIC deltar Direktoratet for e-helse i Morbidity Reference Group og Family Development Committee for utvikling av kodeverket ICD. Direktoratet deltar også innenfor internasjonalt og nordisk samarbeid om laboratoriekodeverk. Organisasjonene IFFCC og IUPAC eier NPU-kodeverket som Danmark forvalter sammen med Norge og Sverige. Direktoratet deltar også i den internasjonale klassifikasjonskomiteén for kodeverk i primærhelsetjenesten (WICC).

Kunnskapsbehov

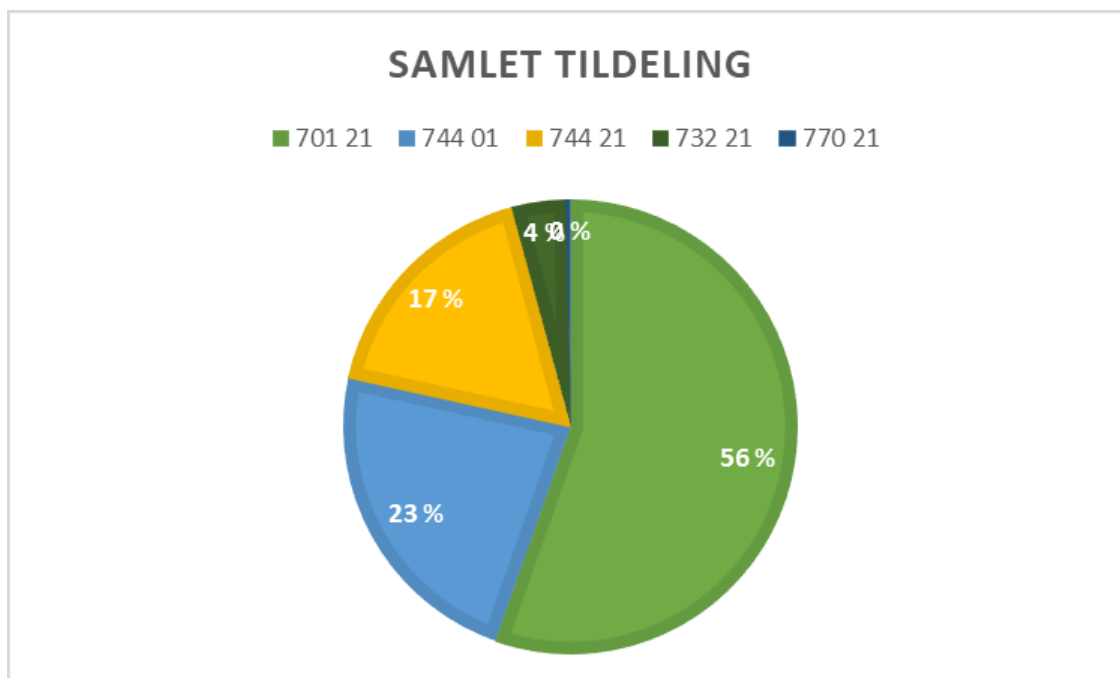
Direktoratet for e-helse har en strategisk følge-med-funksjon som arbeider med innhenting og formidling av kunnskap i Direktoratet for e-helse og i helse- og omsorgssektoren for øvrig. I 2019 har Direktoratet for e-helse arbeidet videre med å etablere kunnskapsgrunnlaget til forvaltning av Nasjonal e-helsestrategi og som en felles faglig referanseramme for aktører i helse- og omsorgssektoren. Utviklingstrekkrapport 2019 er et eksempel som inngår i situasjonsbeskrivelsen for revisjon av Nasjonal strategi for e-helse og handlingsplan. Direktoratet for e-helse har lagt vekt på forankring av kunnskapen med aktørene i sektoren og de nasjonale fora for e-helse (NUFA, NUIT og NEHS). Utviklingstrekkrapport 2020 er en oppfølging og blir lansert i mars 2020.

Ressursfordeling og resultater

Ca. 50 prosent av forbruket i 2019 knytter seg til forvaltning av de nasjonale løsningene. Dette omfatter drift og utvikling av kjernejournal, helsenorge.no, e-resept og grunddata. Resterende brukes i hovedsak på utredningsarbeid knyttet til programmene, samt myndighetsutøvelse. De største programmene i 2019 var Helsenorge, Helsedataprogrammet, E-resept, Én innbygger – én journal, Felles samarbeidsprogram om modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren (MF Helse), Program for kodeverk og terminologi og Kjernejournal. Arbeidet knyttet til myndighetsutøvelse omfatter standardisering, kodeverk og terminologi, nasjonal styringsmodell, norm for informasjonssikkerhet, juridiske vurderinger og høringsvar.

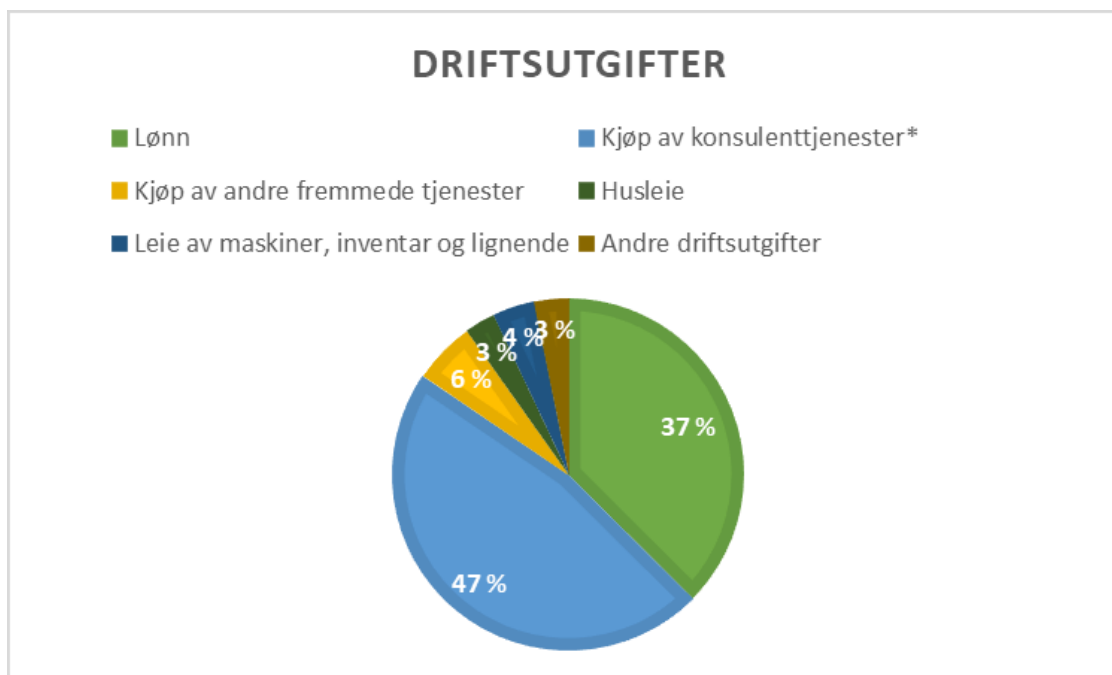
Tildeling og driftsutgifter

Tildelinger over statsbudsjett var på kr. 1 035,9 mill. i 2019. Se diagrammet nedenfor for fordeling per kapittel og post.



Kapittelpost 701.21 på 573,9 mill.kr. er inklusivt et inntektskrav på 270,1 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-hesløløsninger 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 ulik type kompetanse. Jevn flyt av kompetanse utenfra gjør at Direktoratet for e-helse 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.

4. Styring og kontroll i virksomheten

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

Direktoratet har for 2019 hatt en internrevisjon som har gjennomført revisjoner i henhold til revisjonsplan. Revisjonsplanen ble utarbeidet av internrevisjonen basert på en årlig risikovurdering og innspill fra Direktoratet for e-helse. Alle observasjoner fra revisjonene er presentert, drøftet og forankret med revidert enhet og ledergruppen.

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. Internrevisjonen har også blitt løpende orientert om status for omorganisering med virkning fra januar 2020. Etter internrevisors vurdering, har direktoratet lagt grunnlaget for en god kontrollkultur og er bevisst på å følge opp de anbefalinger internrevisjonen kommer med.

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

Porteføljestyling

En vesentlig del av oppdragene som blir gitt til Direktoratet for e-helse blir utført som prosjekter. Direktoratet har i flere år jobbet med å profesjonalisere porteføljestyling av prosjekter. Porteføljestylingen er i 2019 videreutviklet på basis av det internasjonale metode-rammeverket Management of Portfolios (MoP). Det er også gjort endringer i rutiner og rapportering for å forberede etableringen av nasjonal tjenesteleverandør fra 1. januar 2020.

Under følger eksempler på forbedringer av porteføljestylingen i 2019:

- Det er innarbeidet ny praksis for porteføljekontorets vurdering av status i prosjektene og for å følge opp hva de har levert og planlegger å levere.
- Rutinene knyttet til porteføljens samlede risikovurdering og direktoratets risikoreducerende tiltak er videreutviklet.
- Rutinen for å orientere porteføljestyret om alle faseoverganger og revidering av styringsdokumenter som besluttes i program- og prosjektstyrene er videreutviklet.
- Det er startet et arbeid med å standardisere gevinststyring i prosjektene basert på Direktoratet for økonomistyring og Digitaliseringsdirektoratets retningslinjer for beregning av samfunnsøkonomiske gevinster i prosjekter.
- Rapportering av budsjett, forbruk, prognoser og ressursforbruk er harmonisert mellom portefølje og økonomistyring.
- Prosjekteierskapet i Direktoratet for e-helse har blitt tydeligere og det er gjennomført tiltak for å øke kjennskapen til metodikk og beste praksis for prosjekteierstyring.
- Samarbeidet mellom porteføljestyling, arkitekturstyring og strategiutvikling er videreutviklet gjennom året.

Den største utfordringen i prosjektporteføljen til Direktoratet for e-helse er at utvikling og utbredelse av de nasjonale e-helseløsningene tar mer tid enn ønsket. Dette skyldes i hovedsak at det er krevende å koordinere innføringsaktiviteter og systemleveranser med sektorens komplekse ansvarsforhold, finansieringsmodeller og styringslinjer.

I desember 2019 besto Direktoratet for e-helses portefølje av 12 programmer og prosjekter. Dette er en halvering av antall prosjekter eid av Direktoratet for e-helse siden inngangen av året. Reduksjonen skyldes i hovedsak at prosjekter i programmer ikke lenger rapporteres enkeltvis, men at det kun rapporteres på programnivå. Samlet budsjett for programmer og prosjekter eid av Direktoratet for e-helse i 2019 var på 404 millioner, hvor 52 millioner blir overført fra 2019 til 2020. For øvrig var det et budsjettmessig underforbruk i porteføljen på 13,9 millioner.

De tre største prosjektene i 2019 var Helsedataprogrammet, Felles samarbeidsprogram for modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgstjenesten (MF Helse) og Digitalisering av legemiddelprogrammet.

I virksomheten som ble overført til nasjonal tjenesteleverandør var det i desember 2019 16 eksternt bestilte prosjekter og 6 interne forbedringsprosjekter. Dette er 4 færre eksternt bestilte prosjekter enn ved inngangen av året.

Direktoratet for e-helses egen portefølje utgjør en betydelig del av nasjonal e-helseportefølje. Det er et mål at utviklingen av porteføljestyring internt i Direktoratet for e-helse skal fungere som beste praksis for øvrige aktører som har prosjekter i nasjonal e-helseportefølje. Metode-, prosess- og kompetanseutvikling gjennomføres derfor parallelt internt i Direktoratet for e-helse og for nasjonal e-helseportefølje.

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. Gjennom 2019 har det blitt jobbet systematisk med å styrke arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern.

Det har i løpet av 2019 blitt etablert og ledelsesforankret flere policy for å styrke ledelsessystemet for informasjonssikkerhet i henhold til ISO 27001. Å operasjonalisere et slikt ledelsessystem vil naturligvis ta tid og vil være fokuset fremover. Risikostyring har blitt utført i henhold til policy for risikostyring, med rapportering til øverste ledelse. Sikkerhetssjefen og personvernombudet har gjennomført faste månedlige møter med direktøren i Direktoratet for e-helse.

I 2019 ble det utført en uavhengig risikobasert revisjon av de nasjonale produktene helsenorge, kjernejournal, grunndata, e-resept opp mot kravene i Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren. Resultatet av denne revisjonen er evaluert og ivarettatt med tiltak og forbedringer på sikkerhets- og personvernområdet. I tillegg til eksterne revisjoner utføres det intern- og egenkontroll av de nasjonale løsningene, samt tekniske sikkerhetstester, gjennomgang av kodekvalitet og inntrengningstester.

Avvik og sikkerhetshendelser blir gjennomgått regelmessig for å sikre at restavvik er fjernet, og for å analysere rot-årsak og vurdere om det er behov for ytterligere tiltak.

I løpet av året har det blitt gjennomført presentasjoner og foredrag for å styrke organisasjonens kompetanse og kultur innenfor sikkerhetsområdet. Det ble gjennomført flere presentasjoner og et e-læringskurs for alle ansatte i Sikkerhets- og personvernmånedens i oktober.

Hvert halvår har Direktoratet for e-helse 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 fem avviksmeldinger til Datatilsynet i 2019. I tilbakemeldingene har tilsynet lagt vekt på hvordan Direktoratet for e-helse setter i gang og følger opp de tiltakene som ble skissert i de ulike avviksmeldingene. En av avvikssakene fra 2019 er fortsatt under behandling hos Datatilsynet. Det samme gjelder en sak fra 2018.

Det gjort flere tiltak for å styrke Direktoratet for e-helses 24/7-beredskap og sikre robust hendelseshåndtering for de nasjonale e-helseløsningene. Direktoratet for e-helse har et strukturert øvingsregime som inkluderer opplæring og øving på taktisk, operativt og strategisk nivå. I 2019 er det gjennomført øvelser av ulik kompleksitet og omfang, inkludert øvelser som involverte ledelse og sentrale samarbeidsaktører. Alle øvelser evalueres og det utarbeides tiltak som følges opp og implementeres.

Direktoratets beredskapsplanverk og kontinuitetsplanene for de nasjonale e-helseløsningene er videreutviklet etter funn og forbedringsarbeid i forbindelse med evaluering av øvelser og hendelser.

Etter bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet har Direktoratet for e-helse gjort en skadevurdering i henhold til sikkerhetsloven av potensielle skjermingsverdige verdier (objekter, informasjonssystemer og infrastruktur) i sin virksomhet. Skadevurderingen er sendt over til departementet.

Direktoratet for e-helse jobber kontinuerlig med å sikre gode rutiner for hendelseshåndtering og beredskap i hele livssyklusen til tjenestene og produktene.

Fra 2020 vil oppgaver knyttet til de eksisterende nasjonale løsningene helsenorge.no, kjernejournal, e-resept og grunndata overføres til Norsk Helsenett SF. På sikkerhets-, personvern- og beredskapsområdet har man i 2019 gjennomført en rekke aktiviteter for å forberede denne overføringen.

Økonomi

Direktoratet for e-helse er fullservicekunde av Direktoratet for økonomistyring (DFØ) for regnskap, lønn og reiseadministrasjon.

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.

Det har vært en ledig controllerstilling i direktoratet i 2019. På bakgrunn av dette har det blitt prioriteringer i arbeidsoppgavene som tilhører den ledige stillingen. Det er rekruttert to medarbeidere i januar 2020 som skal starte opp i mai 2020. Ansettelsene vil bidra til at Seksjon økonomi kan videreutvikle analyser, prognoser og effektivisere økonomiprosessene.

Direktoratet for e-helse er en prosjektorganisasjon hvor alle ansatte fører timer i henhold til hvilke prosjekter og/eller aktiviteter de jobber med. I 2019 tok vi i bruk DFØ sin løsning for tidsstyring med prosjektfordeling av timer. Disse har blitt bokført i økonomisystemet i prosjektmodulen og blitt omregnet til en kalkulatorisk timekostnad i prosjektrengskapene. Dette har gitt en bedre oppfølging av ressursbruken for prosjektene og aktivitetene som er gjennomført i 2019. Innføring av bruk av DFØ sin løsning for tidsstyring har gjort at direktoratet for e-helse har innført en ny økonomimodell. Den nye økonomimodellen er et solid fundament for god økonomioppfølging og gir et godt grunnlag for prognosearbeid.

Direktoratet for e-helse er en av virksomhetene i staten med høyest andel e-faktura (EHF). I 2019 var hele 95,6 prosent av mottatte fakturaer i Direktoratet for e-helse elektroniske.

Arbeidsmiljø og likestilling

På grunn av virksomhetsoverdragelsen til Norsk Helsenett SF ble 2019 et spesielt år for de ansatte i Direktoratet for e-helse. Våren 2019 var resultatene av medarbeiderundersøkelsen likevel overveiende positive, med bl.a. økning i tilfredshet med arbeidsmiljø og oppfølging fra leder. Arbeidsmiljøet ble kartlagt gjennom HMS-møter, medarbeidersamtaler og vernerunder.

Ledelsen gjennomførte hyppige møter med de hovedtillitsvalgte for å orientere om status i arbeidet med virksomhetsoverdragelsen. Det ble også orientert om dette i arbeidsmiljøutvalget. Direktoratets IA mål- og handlingsplan var gjeldende ut året. Verneombudene opplevde 2019 som et relativt rolig år. Velferdsutvalg og bedriftsidrettslag hadde et godt aktivitetsnivå. Evaluering av tilbudet om trening i arbeidstiden viste at de fleste ansatte enten trener i arbeidstiden eller ønsker å begynne. Tilbudet ble derfor opprettholdt. Bedriftshelsetjenesten ble benyttet til blant annet førstehjelpskurs og influensavaksinering.

Per 31. desember 2019 var det 353 ansatte i Direktoratet for e-helse, hvor 58 prosent var kvinner og 42 prosent menn. Det var 14 kvinnelige og 17 mannlige ledere. Toppledergruppen besto av tre kvinner og én mann.

Inkluderingsdugnaden

HR i Direktoratet for e-helse har gjort seg kjent med innholdet i inkluderingsdugnaden ved blant annet å delta på møter i regi av NAV og på fagdag i HR-forum. Videre har HR gitt informasjon om dugnaden i IA-utvalget, arbeidsmiljøutvalget og i en HMS-faggruppe i HR-forum.

Direktoratet har i dag en god rutine for særskilt håndtering av søknader der nedsatt funksjonsevne eller ikke-vestlig innvandrerbakgrunn er oppgitt. Det ble planlagt ytterligere tiltak i 2019 for å nå målene i dugnaden. Oppgaver knyttet til virksomhetsoverdragelsen ble prioritert i 2019. Inkluderingsdugnaden vil få større fokus i 2020. Tabellen under viser status for 2019.

| | |
|--|--|
| Totalt antall nyansatte i 2019 | 55 |
| Antall nyansatte med nedsatt funksjonsevne * | 1 (vikariat) |
| Antall nyansatte med hull i CV ** | 2 |
| Antall fast ansatte etter tre-årsregelen med nedsatt funksjonsevne eller hull i CV | Ingen ble ansatt etter 3-årsregelen |
| Antall lærlinger med nedsatt funksjonsevne eller hull i CV | Direktoratet hadde ingen lærlinger |
| Antall deltakere i traineeprogrammet | Direktoratet hadde ingen i traineeprogrammet |

* Person som har krysset av for nedsatt funksjonsevne i søknaden. Det er ikke kartlagt om behov for tilrettelegging har oppstått etter ansettelse.

** Person som ikke har vært i arbeid, utdanning eller annen opplæring i minst to sammenhengende år (def. pr. 31.12.19)

5. Vurdering av fremtidsutsikter

Norge har et av verdens beste helse- og omsorgssystem der helsepersonell leverer tjenester av høy kvalitet til innbyggerne. Demografiske endringer med en aldrende befolkning og flere kroniske og sammensatte lidelser gir økt behov for medisinsk behandling. Dette, kombinert med voksende utgifter til helse og omsorg, gjør at systemet settes under press. Det er en forutsetning å gjennomføre en digital transformasjon for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgssektor som leverer tjenester av høy kvalitet.

Digital transformasjon betyr å endre de grunnleggende måtene virksomhetene løser oppgavene på ved hjelp av teknologi²¹. Det innebærer at virksomhetene gjennomgår vesentlige endringer med mål om bedre brukeropplevelser og smartere og mer effektiv oppgaveløsning. En slik tilnærming kan føre til at organisasjonen må endres, ansvar flyttes, regelverket skrives om, eller prosesser designes på nytt. Dette handler like mye om endringsledelse, kompetanse- og utviklingsutvikling, forvaltningspolitikk og forvaltningsutvikling som teknologi.

Helse- og omsorgssektoren er i full gang med digitalisering. Skal vi lykkes med gjennomføringen av den digitale transformasjonen av helse- og omsorgssektoren, er vi avhengig av å kunne ta i bruk flere og sterkere virkemidler enn de vi bruker i dag. Styring, regulering, finansiering, organisering samt dialog og felles læring er grunnleggende for å gjennomføre de strategiske målsettingene for e-helse.

Et av formålene med ny e-helseorganisering er å tilrettelegge for en styrket myndighetsrolle for Direktoratet for e-helse. Direktoratet skal gi tydeligere rammer og retning på e-helseutviklingen. Dette er et viktig virkemiddel som tilrettelegger for digital transformasjon i sektoren. Forslaget om en ny e-hesellov vil styrke direktoratets myndighetsrolle og det nasjonale e-helsearbeidet ytterligere.

Et annet viktig virkemiddel som tilrettelegger for digital transformasjon, er å etablere en felles grunnmur for digitale tjenester. Felles grunnmur består av kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur. Felles grunnmur er et sett med byggeklosser som skal tilrettelegge for enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå ved å løse felles behov én gang. Byggeklossene skal benyttes av helse- og omsorgssektoren i sitt digitaliseringsarbeid og kan gjenbrukes på tvers av alle e-heselløsninger.

I 2020 vil det tas avgjørende veivalg innen e-helseområdet. Akson skal gi helhetlig samhandling og en felles journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet gjennomfører et forprosjekt og leverer 1. mars 2020 forslag til sentralt styringsdokument for Akson. Sentralt styringsdokument skal gjennomgå ekstern kvalitetssikring før beslutningen kan fremmes for Stortinget. Utfallet her har stor betydning for den videre utviklingen på e-helseområdet i Norge.

²¹ Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025, En digital offentlig sektor (2019)

6. Årsregnskap

Ledelseskommentarer

Formål

Direktoratet for 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.

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

Bekreftelse

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

Vurderinger av vesentlige forhold

I 2019 har Direktoratet for e-helse samlet sett disponert tildelinger på utgiftssiden på 1 035 965 968 kroner, inklusivt inntektskrav på 270 097 000 kroner.

Det er mottatt ni belastningsfullmakter på til sammen 33 476 725 kroner hvor 23 342 862 kroner er benyttet:

| Kap.pos | Pålydende | Benyttet |
|----------|-------------------|-------------------|
| 0746.01 | 700 000 | 336 349 |
| 0714.21 | 1 650 000 | 1 629 699 |
| 0740.01 | 600 000 | 522 221 |
| 0762.21 | 330 865 | 330 865 |
| 740.01'0 | 3 320 000 | 2 420 332 |
| 0540.25 | 8 000 000 | 6 377 684 |
| 0540.25 | 9 500 000 | 2 769 857 |
| 0765.21 | 5 800 000 | 5 388 933 |
| 0781.21 | 400 000 | |
| 0762.21 | 1 350 000 | 1 350 000 |
| 0762.21 | 50 000 | 41 565 |
| 0762.21 | 200 000 | 345 511 |
| 0740.01 | 1 180 000 | 1 179 846 |
| 0781.21 | 250 000 | 650 000 |
| 0762.21 | 145 860 | |
| | 33 476 725 | 23 342 862 |

Samlet tildeling på inntektssiden er 270 097 000 kroner. I henhold til tildelingsbrevet kan Direktoratet for 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 er 94 prosent.

Mindreutgiften for kapittel og post 701.21, spesielle driftsutgifter for Direktoratet for e-helse er på 45 950 872 kroner etter at det er justert for merinntekter fra eksterne prosjekter, kapittel og post 3701.02.

39 500 000 kroner av mindreutgiften tilhører tildeling til EPJ-løftet 2019/2020. Det er søkt om at beløpet på 45 950 872 kroner overføres til neste år iht. beregninger i note B.

Mindreutgiften for kapittel og post 744.21 er på 8 879 412 kroner og søkes overført til neste år i henhold til beregninger i note B.

For inntektskapittel 3701, diverse inntekter for Direktoratet for e-helse, ble merinntekten på 24 028 968 kroner. Dette skyldes utgiftsrefusjoner til eksterne prosjekter.

Utbetalinger til lønn og sosiale utgifter er på 375 876 637 kroner, jf. opplysninger i note 2. Lønnsandelen av driftsutgiftene er på 37,5 prosent.

Summen av andre utbetalinger til drift utgjorde 627 278 017 kroner, jf. oversikt over andre utbetalinger til drift i note 3. Den største utgiftsposten er kjøp av konsulenttjenester og utgjorde 75 prosent av totalutbetalingen. Bruk av konsulenter er en bevisst strategi for Direktoratet for e-helse. Den gir virksomheten fleksibilitet fordi Direktoratet for e-helse er en prosjektorganisasjon med endrede oppgaver fra år til år, noe som igjen krever ulik type kompetanse. Jevn flyt av kompetanse utenfra gjør at Direktoratet for e-helse fornyer og forbedrer sin interne kompetanse bedre, og konsulentbruk er en av flere måter å stimulere det private leverandørmarkedet på. Nest største post er kjøp av andre fremmede tjenester, og utgjorde 9 prosent.

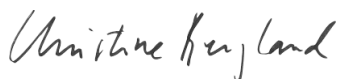
Det ble utbetalt 1 429 493 kroner til ulike investeringer, hovedsakelig knyttet til lisenser og inventar.

Per 31.12.19 utgjorde mellomværende med statskassen 16 754 553 kroner, 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 være klar i løpet av 2. kvartal 2019. Beretningen er unntatt offentlighet fram til Stortinget har mottatt Dokument 1 fra Riksrevisjonen, men vil bli publisert på Direktoratet for e-helses nettside så snart dokumentet er offentlig.

Oslo, 28. februar 2019



Christine Bergland
Direktør Direktoratet for e-helse

Prinsippnote årsregnskapet

Årsregnskap for Direktoratet for e-helse er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten ("bestemmelsene"), fastsatt 12. desember 2013 med endringer, senest 23. september 2019. Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, nærmere bestemmelser i Finansdepartementets rundskriv R-115 av november 2016 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av overordnet departement.

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 samsvarer med krav i bestemmelsene punkt 3.5 til hvordan virksomhetene skal rapportere til statsregnskapet. Sumlinjen "Netto rapportert til bevilgningsregnskapet" er lik i begge oppstillingene.

Virksomheten er tilknyttet statens konsernkontoordning i Norges Bank i henhold til krav i bestemmelsene pkt. 3.7.1. Bruttobudsjetterte virksomheter tilføres ikke likviditet gjennom året men har en trekkrettighet på sin konsernkonto. Ved årets slutt nullstilles saldoen på den enkelte oppgjørskonto ved overgang til nytt år.

Bevilgningsrapporteringen

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter en øvre del med bevilgningsrapporteringen og en nedre del som viser beholdninger virksomheten står oppført med i kapitalregnskapet. Bevilgningsrapporteringen viser regnskapstall som e-helse har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet e-helse har fullmakt til å disponere. Kolonnen samlet tildeling viser hva e-helse har fått stilt til disposisjon i tildelingsbrev for hver statskonto (kapittel/post). Oppstillingen viser i tillegg alle finansielle eiendeler og forpliktelser e-helse står oppført med i statens kapitalregnskap.

Mottatte fullmakter til å belaste en annen virksomhets 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 bevilgningsoppstillingen.

Artskontorapporteringen

Oppstillingen av artskontorapporteringen har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter og en nedre del som viser eiendeler og gjeld som inngår i mellomværende med statskassen. Artskontorapporteringen viser regnskapstall Direktoratet for e-helse har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Direktoratet for e-helse har en trekkrettighet på konsernkonto i Norges Bank. Tildelingene er ikke inntektsført og derfor ikke vist som inntekt i oppstillingen.

Noter og oppstillinger

Oppstilling av bevilgningsrapportering

| Oppstilling av bevilgningsrapportering, 31.12.2019 | | | | | | | | |
|--|---|-------------|---------------------------------|-------------|---------------------------|----------------------|--|--|
| Utgiftskapittel | Kapittelnavn | Post | Posttekst | Note | Samlet tildeling * | Regnskap 2019 | Merutgift (-) og mindretgift | |
| | 701 E-helse, helseregistre mv. | 21 | Spesielle driftsutgifter | A | 573 918 968 | 527 968 096 | 45 950 872 | |
| | 744 | 01 | Driftsutgifter | A | | | | |
| | Direktoratet for e-helse | | | | 238 883 000 | 238 859 459 | 23 541 | |
| | 744 Direktoratet for e-helse | 21 | Spesielle driftsutgifter | A | 180 164 000 | 171 284 588 | 8 879 412 | |
| | 732 Regionale helseforetak | 21 | Spesielle driftsutgifter | A | 40 000 000 | 40 000 000 | 0 | |
| | 770 Tannhelsetjenester | 21 | Driftsutgifter | A | 3 000 000 | 3 142 066 | -142 066 | |
| | 746 Statens legemiddelverk | 01 | Driftsutgifter | B | 700 000 | 336 349 | 363 651 | |
| | 714 Folkehelse | 21 | Spesielle driftsutgifter | B | 1 650 000 | 1 629 699 | 20 301 | |
| | 740 Helsedirektoratet | 01 | Driftsutgifter | B | 5 030 000 | 4 122 399 | 907 601 | |
| | 762 Primærhelsetjeneste | 21 | Spesielle driftsutgifter | B | 2 080 000 | 2 074 471 | 5 529 | |
| | 540 Direktoratet for forvaltning og IKT | 25 | Medfinansieringsordning for løn | B | 17 500 000 | 9 147 541 | 8 352 459 | |
| | 765 Psykisk helse og rusarbeid | 21 | Spesielle driftsutgifter | B | 5 800 000 | 5 388 933 | 411 067 | |
| | 781 Forsøk og utvikling mv. | 21 | Spesielle driftsutgifter | B | 650 000 | 650 000 | 0 | |
| 1633 | Nettoordning, statlig betalt merverdiavgift | 01 | Driftsutgifter | | | 138 639 716 | | |
| <i>Sum utgiftsført</i> | | | | | 1 069 375 968 | 1 143 243 317 | | |
| Inntektskapittel | Kapittelnavn | Post | Posttekst | | Samlet tildeling * | Regnskap 2019 | Merinntekt og mindreinntekt (-) | |
| | 3701 E-helse, helseregistre mv. | 02 | Diverse inntekter | 1 | 270 097 000 | 294 125 968 | 24 028 968 | |
| 5309 | Tilfeldige inntekter | 29 | Ymse | | 0 | 405 800 | | |
| 5700 | Folketrygdens inntekter | 72 | Arbeidsgiveravgift | | 0 | 43 079 141 | | |
| <i>Sum inntektsført</i> | | | | | 270 097 000 | 337 610 909 | | |
| Netto rapportert til bevilgningsregnskapet | | | | | | 805 632 409 | | |
| Kapitalkontoer | | | | | | | | |
| 60094301 | Norges Bank KK /innbetalinger | | | | | 304 361 305 | | |
| 60094302 | Norges Bank KK/utbetalinger | | | | | -1 108 497 099 | | |
| 707017 | Endring i mellomværende med statskassen | | | | | -1 496 615 | | |
| <i>Sum rapportert</i> | | | | | | 0 | | |
| Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12) | | | | | | | | |
| Konto | Tekst | | | | 2019 | 2018 | Endring | |
| 707017 | Mellomværende med statskassen | | | 8 | -16 754 553 | -15 257 938 | -1 496 615 | |

* Samlet tildeling skal ikke reduseres med eventuelle avgitte belastningsfullmakter (gjelder både for utgiftskapitler og inntektskapitler). Se note B *Forklaring til brukte fullmakter og beregning av mulig overførbart beløp til neste år* for nærmere forklaring.

Note A – Forklaring av samlet tildeling utgifter

| Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Kapittel og post | Overført fra i fjor | Årets tildelinger | Samlet tildeling |
| 701 21 | 22 309 000 | 527 581 000 | 549 890 000 |
| 744 01 | | 238 883 000 | 238 883 000 |
| 744 21 | 9 172 000 | 170 992 000 | 180 164 000 |
| 732 21 | | 40 000 000 | 40 000 000 |
| 770 21 | | 3 000 000 | 3 000 000 |
| Sum | 31 481 000 | 980 456 000 | 1 011 937 000 |

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

| Kapittel og post | Stikkord | Merutgift(-)/ mindre utgift | Utgiftsført av andre iht. avgitte belastningsfullmakter(-) | Merutgift(-)/ mindreutgift etter avgitte belastnings-fullmakter | Merinntekter / mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt | Omdisponering fra post 01 til 45 eller til post 01/21 fra neste års bevilgning | Innsparinger(-) | Sum grunnlag for overføring | Maks. overførbart beløp * | Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|---|--|--|-----------------|-----------------------------|---------------------------|--|
| 0701.21 | "kan overføres" | 21 921 904 | 0 | 21 921 904 | 24 028 968 | | | 45 950 872 | 956 582 968 | 45 950 872 |
| 0744.01 | | 23 541 | | 23 541 | | | | 23 541 | 11 944 150 | 23 541 |
| 0744.21 | "kan overføres" | 8 879 412 | | 8 879 412 | | | | 8 879 412 | 371 292 000 | 8 879 412 |
| 732.21 | | 0 | | 0 | | | | 0 | 2 000 000 | 0 |
| 770.21 | | -142 066 | | -142 066 | | | | -142 066 | 150 000 | 0 |
| 746.01 | Mottatt belastningsfullmakt | 363 651 | | 363 651 | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | | |
| 714.21 | Mottatt belastningsfullmakt | 20 301 | | 20 301 | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | | |
| 740.01 | Mottatt belastningsfullmakt | 907 601 | | 907 601 | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | | |
| 762.21 | Mottatt belastningsfullmakt | 5 529 | | 5 529 | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | | |
| 540.25 | Mottatt belastningsfullmakt | 8 352 459 | | 8 352 459 | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | | |
| 765.21 | Mottatt belastningsfullmakt | 411 067 | | 411 067 | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | | |
| 781.21 | Mottatt belastningsfullmakt | 0 | | 0 | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | Ikke aktuell | | |

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

Forklaring til bruk av budsjettfullmakter

Mottatte belastningsfullmakter

Direktoratet for e-helse har mottatt 16 belastningsfullmakter for kap. postene 746.01, 714.01, 740.01, 762.21, 540.25, 765.21 og 781.21 på tilsammen NOK 33 476 725,-. Av disse har direktoratet brukt NOK 23 349 392,-.

For kap. post 0540.25 er det mottatt to belastningsfullmakter fra DIFI pålydende tilsammen på NOK 17 500 000,- til henholdsvis Digi helsestasjon og Digital førerrettsforvaltning. Begge prosjekter blir videreført i 2020.

"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 overførbare beløp. Stikkordet «overslagsbevilgning»

Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre):

Det er ikke avgitt belastningsfullmakter i 2019.

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 mindreforbruk pålydende NOK 23 541,- for kap.post 744.01, og et mindreforbruk for kap.post 744.21 pålydende NOK 8 879 412,... Oppgavene som er bokført på kap.post 744.01 og 744.21 henger sammen.

Oppstilling av artskontorrapportering

Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2019

| | Note | 2019 | 2018 |
|--|------|--------------------|--------------------|
| Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet | | | |
| Innbetalinger fra gebyrer | 1 | | |
| Innbetalinger fra tilskudd og overføringer | 1 | 1 883 797 | 1 308 672 |
| Eksterne refusjonsinntekter | 1 | 292 242 171 | 273 653 812 |
| Andre innbetalinger | 1 | | |
| <i>Sum innbetalinger fra drift</i> | | 294 125 968 | 274 962 485 |
| Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet | | | |
| Utbetalinger til lønn | 2 | 375 876 637 | 321 736 288 |
| Andre utbetalinger til drift | 3 | 627 297 064 | 518 183 142 |
| <i>Sum utbetalinger til drift</i> | | 1 003 173 700 | 839 919 430 |
| Netto rapporterte driftsutgifter | | 709 047 733 | 564 956 945 |
| Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet | | | |
| Innbetaling av finansinntekter | 4 | 2 467 | |
| <i>Sum investerings- og finansinntekter</i> | | 2 467 | 0 |
| Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet | | | |
| Utbetaling til investeringer | 5 | 1 429 493 | 1 982 989 |
| Utbetaling til kjøp av aksjer | 5,8B | | |
| Utbetaling av finansutgifter | 4 | 2 874 | 7 896 |
| <i>Sum investerings- og finansutgifter</i> | | 1 432 367 | 1 990 885 |
| Netto rapporterte investerings- og finansutgifter | | 1 429 900 | 1 990 885 |
| Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten | | | |
| Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m. | 6 | | 78 158 |
| <i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i> | | 0 | 78 158 |
| Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten | | | |
| Utbetalinger av tilskudd og stønader | 7 | | |
| <i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i> | | 0 | 0 |
| Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler * | | | |
| Gruppelivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt) | | 405 800 | 405 834 |
| Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt) | | 43 079 141 | 39 470 551 |
| Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift) | | 138 639 716 | 111 862 977 |
| <i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i> | | 95 154 776 | 71 986 592 |
| Netto rapportert til bevilgningsregnskapet | | 805 632 409 | 638 856 264 |
| Oversikt over mellomværende med statskassen ** | | | |
| Eiendeler og gjeld | | 2019 | 2018 |
| Fordringer | | | 0 |
| Kontanter | | | 0 |
| Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank | | | 0 |
| Skyldig skattetrekk og andre trekk | | -14 443 928 | -13 228 240 |
| Skyldige offentlige avgifter | | -2 332 721 | -2 065 597 |
| Annen gjeld | | 22 096 | 35 899 |
| Sum mellomværende med statskassen | 8 | -16 754 553 | -15 257 938 |

Note 1 – Innbetalinger fra drift

| | 31.12.2019 | 31.12.2018 |
|---|--------------------|--------------------|
| <i>Innbetalinger fra gebyrer</i> | | |
| Sum innbetalinger fra gebyrer | 0 | 0 |
| <i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i> | | |
| Tilskudd fra EU | 1 883 797 | 1 308 672 |
| Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer | 1 883 797 | 1 308 672 |
| <i>Salgs- og leieinnbetalinger</i> | | |
| Eks teme refusjonsinntekter | 292 242 171 | 273 653 812 |
| Sum salgs- og leieinnbetalinger | 292 242 171 | 273 653 812 |
| <i>Andre innbetalinger</i> | | |
| Sum andre innbetalinger | 0 | 0 |
| Sum innbetalinger fra drift | 294 125 968 | 274 962 484 |

Note 2 – Utbetalinger til lønn

Note 2 Utbetalinger til lønn

| | 31.12.2019 | 31.12.2018 |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|
| Lønn | 279 780 266 | 257 799 431 |
| Arbeids giveravgift | 43 079 141 | 39 470 551 |
| Pensjonsutgifter* | 32 656 586 | 29 518 123 |
| Sykepenge og andre refusjoner (-) | -9 716 206 | -9 698 031 |
| Andre ytelser | 30 076 850 | 4 646 214 |
| Sum utbetalinger til lønn | 375 876 637 | 321 736 288 |
| Antall utførte årsverk: | 345 | 327 |

*** Nærmere om pensjonskostnader**

Pensjoner kostnadsføres i resultatregnskapet basert på faktisk påløpt premie for regnskapsåret. Premiesats for 2019 er 12 prosent. Premiesatsen for 2018 var 12 prosent.

Note 3 – Andre driftsutgifter

| | 31.12.2019 | 31.12.2018 |
|---|--------------------|--------------------|
| Husleie | 28 366 866 | 26 007 428 |
| Vedlikehold egne bygg og anlegg | | 0 |
| Vedlikehold og ombygging av leide lokaler | | 0 |
| Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler | 5 305 674 | 4 959 622 |
| Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv. | 97 057 | 545 035 |
| Mindre utstyranskaffelser | 2 687 387 | 2 219 396 |
| Leie av maskiner, inventar og lignende | 38 920 175 | 20 083 626 |
| Kjøp av fremmede tjenester* | | 443 362 680 |
| Kjøp av konsulenttjenester* | 471 751 073 | |
| Kjøp av andre fremmede tjenester* | 56 770 194 | |
| Reiser og diett | 9 214 588 | 7 390 749 |
| Øvrige driftsutgifter | 14 184 049 | 13 614 608 |
| Sum andre utbetalinger til drift | 627 297 064 | 518 183 142 |

*Fra og med 2019 presenteres konsulenttjenester og andre fremmede tjenester separat. I sammenligningstallene for 2018 er kjøp av fremmede tjenester presentert samlet på notelinjen kjøp av fremmede tjenester.

Note 4 – Finans

| | 31.12.2019 | 31.12.2018 |
|---|--------------|------------|
| <i>Innbetaling av finansinntekter</i> | | |
| Renteinntekter | | |
| Valutagevinst | 2 467 | |
| Annen finansinntekt | | |
| Sum innbetaling av finansinntekter | 2 467 | 0 |

| | 31.12.2019 | 31.12.2018 |
|---|--------------|--------------|
| <i>Utbetaling av finansutgifter</i> | | |
| Renteutgifter | 2 464 | 7 896 |
| Valutatap | 410 | |
| Annen finansutgift | 0 | |
| Sum utbetaling av finansutgifter | 2 874 | 7 896 |

Note 5 – Utbetalinger til investeringer og kjøp av aksjer

| | 31.12.2019 | 31.12.2018 |
|---|------------------|------------------|
| <i>Utbetaling til investeringer</i> | | |
| Immaterielle eiendeler og lignende | 308 979 | 1 399 779 |
| Tomter, bygninger og annen fast eiendom | | 0 |
| Infrastruktureiendeler | | 0 |
| Maskiner og transportmidler | | 0 |
| Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende | 1 120 514 | 583 209 |
| Sum utbetaling til investeringer | 1 429 493 | 1 982 989 |

| | 31.12.2019 | 31.12.2018 |
|--|------------|------------|
| <i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i> | | |
| Kapitalinnskudd | | |
| Obligasjoner | | |
| Investeringer i aksjer og andeler | | |
| Sum utbetaling til kjøp av aksjer | 0 | 0 |

Note 6 – Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten

| | 31.12.2019 | 31.12.2018 |
|---|------------|---------------|
| Tilfeldige og andre inntekter (Statskonto 530929) | 0 | 78 158 |
| Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten | 0 | 78 158 |

Note 7 – Tilskuddsforvaltning

| | 31.12.2019 | 31.12.2018 |
|--|------------|------------|
| Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten | 0 | 0 |

Note 8 – Sammenheng statskassen

Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen

| | 31.12.2019 Spesifisering av <u>bokført</u> avregning med statskassen | 31.12.2019 Spesifisering av <u>rapportert</u> mellomværende med statskassen | Forskjell |
|-------------------------------------|--|--|-------------------|
| Finansielle anleggsmidler | | | |
| Investeringer i aksjer og andeler* | | | 0 |
| Obligasjoner | | | 0 |
| <i>Sum</i> | 0 | 0 | 0 |
| Omløpsmidler | | | |
| Kundefordringer | 107 389 | 0 | 107 389 |
| Andre fordringer | 0 | 0 | 0 |
| Bankinnskudd, kontanter og lignende | 0 | 0 | 0 |
| <i>Sum</i> | 107 389 | 0 | 107 389 |
| Langsiktige gjeld | | | |
| Annen langsiktig gjeld | 0 | 0 | 0 |
| <i>Sum</i> | 0 | 0 | 0 |
| Kortsiktig gjeld | | | |
| Leverandørgjeld | -1 118 577 | 0 | -1 118 577 |
| Skyldig skattetrekk og andre trekk | -14 443 928 | -14 443 928 | 0 |
| Skyldige offentlige avgifter | -2 332 721 | -2 332 721 | 0 |
| Annen kortsiktig gjeld | 22 096 | 22 096 | 0 |
| <i>Sum</i> | -17 873 130 | -16 754 553 | -1 118 577 |
| Sum | -17 765 741 | -16 754 553 | -1 011 188 |

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