



Direktoratet for  
e-helse

# Årsrapport 2020

## Direktoratet for e-helse



**Publikasjonens tittel:**

Årsrapport for Direktoratet for e-helse 2020

**Utgitt:**

15. mars 2021

**Utgitt av:**

Direktoratet for e-helse

**Kontakt:**

[postmottak@ehelse.no](mailto:postmottak@ehelse.no)

**Postadresse:**

Postboks 221 Skøyen, 0213 Oslo

**Besøksadresse:**

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

# Innhold

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Leders beretning</b>  | <b>4</b>  |
| <b>2</b> | <b>Introduksjon til virksomheten og hovedtall</b>                                | <b>7</b>  |
|          | Omtale av virksomheten og samfunnsoppdraget                                      | 7         |
|          | Omtale av organisasjon og ledelse  | 7         |
|          | Utvalgte hovedtall   | 8         |
|          | Volumtall for nasjonale løsninger  | 9         |
| <b>3</b> | <b>Årets aktiviteter og resultater</b>   | <b>10</b> |
|          | Hovedmål 1: Strategisk, samordnet og kunnskapsbasert utvikling på e-helseområdet | 10        |
|          | Hovedmål 2: Standardisert og sikker e-helseutvikling                             | 16        |
|          | Hovedmål 3: Bedre journal- og samhandlingsløsninger                              | 22        |
|          | Hovedmål 4: Oppdaterte og tilgjengelige helsedata                                | 28        |
|          | Andre føringer   | 31        |
|          | Tillegg til tildelingsbrev   | 35        |
|          | Faste oppdrag i henhold til hovedinstruks  | 39        |
|          | Ressursfordeling og resultater   | 46        |
| <b>4</b> | <b>Styring og kontroll i virksomheten</b>  | <b>48</b> |
|          | Porteføljestyring  | 49        |
|          | Sikkerhet, personvern og beredskap   | 49        |
|          | Økonomi  | 50        |
|          | Anskaffelser   | 51        |
|          | Arbeidsmiljø og likestilling   | 53        |
| <b>5</b> | <b>Vurdering av fremtidsutsikter</b>   | <b>55</b> |
| <b>6</b> | <b>Årsregnskap</b>   | <b>57</b> |
| <b>7</b> | <b>Vedlegg</b>   | <b>67</b> |

# 1 Leders beretning

Koronapandemien og tiltakene for å hindre smitte preget samfunnet, helsesektoren og Direktoratet for e-helse i 2020. Digitaliseringstempoet økte. Både innbyggere og helsepersonell viste en imponerende evne til endring ved raskt å ta i bruk digitale verktøy. Etablerte plattformer som Helsenorge og videoløsninger og allerede igangsatte digitaliseringsprosjekter var med å gjøre dette mulig. Økningen i e-konsultasjoner<sup>1</sup> blant fastlegene var på hele 1 000 prosent fra februar til mars. Nær dobbelt så mange logget seg på selvbetjeningsløsningene på Helsenorge i 2020 som året før.

Direktoratet for e-helse har bidratt aktivt i arbeidet med koronapandemien, og har hatt ansvar for å koordinere arbeidet med relevante digitaliseringstiltak. I tett samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, spesialisthelsetjenesten, KS, kommunal sektor og Norsk Helsenett SF (NHN) har direktoratet vurdert over 320 digitaliseringstiltak. Rundt 30 tiltak ble prioritert og gjennomført. Blant annet har Helsenorge blitt videreutviklet med forbedrede dialogtjenester, tilgang til videokonsultasjoner, bestilling av koronatester og innmelding av symptomer. Både innbyggere og helsepersonell har fått raskere og enklere tilgang til prøvesvar. Direktoratet for e-helse tilbød raskt oppdatert veiledningsmaterieell til helsepersonell som ville ta i bruk e-konsultasjon.

Det er direktoratets ansvar å lage og oppdatere helsefaglige kodeverk i Norge, og kort tid etter utbruddet av pandemien ble det etablert korona-koder. Disse kodene gjør at smittevernmyndighetene kan overvåke sykdomsutviklingen, og få et bedre grunnlag for smittevernstiltak.

Direktoratet arbeider med modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren. Innføringen av elektronisk melding om dødsfall og dødsårsak ble fremskyndet på grunn av pandemien. Rask oppdatering av informasjon om dødsfall er nødvendig for å kunne drive helseovervåkning og beredskapsarbeid. Over halvparten av alle dødsfall i Norge meldes nå elektronisk. Med denne løsningen slipper legene å bruke tid på tungvinte manuelle prosesser, personvernet styrkes og informasjonen kommer raskere frem. Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse ble tildelt Bedre stat-prisen 2021 for dette arbeidet.

Koronasituasjonen har også påvirket arbeidssituasjonen for de ansatte i direktoratet. De har måtte tilpasse seg hjemmekontor og tidvis stengte skoler og barnehager. Dette har likevel ikke påvirket leveransene fra direktoratet i stor grad.

Det er mer enn koronapandemien som har preget direktoratet i 2020. 1. januar 2020 ble oppgaver knyttet til Helsenorge, kjernejournal, e-resept og grunndata overført fra Direktoratet for e-helse til NHN. Målet med denne nye e-helseorganiseringen er økt gjennomføringsevne. Derfor ble det inngått flere samarbeidsavtaler med NHN som tjenesteleverandør på e-helseområdet. Direktoratet og NHN vil arbeide videre med å operasjonalisere og utvikle samarbeidet.

Overføringen av ansvaret for de nasjonale e-helseløsningen til NHN ga direktoratet en tydeligere myndighetsrolle. På bakgrunn av den nye e-helseorganiseringen utarbeidet direktoratet i 2020 ny virksomhetsstrategi som angir kurs for hvordan vi følger opp samfunnsoppdraget vårt og realiserer myndighetsrollen.

Arbeidet med prosjekter- og programmer har også i 2020 utgjort en stor del av direktoratets arbeid. I 2020 ble forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journal, også

---

<sup>1</sup> E-konsultasjon er en legetime som gjennomføres via nettet ved hjelp av lyd, video eller tekst-samtale.

kjent som Akson fullført. Dette la grunnlaget for en stor satsning på e-helse i statsbudsjettet for 2021. Finansieringen av det videre arbeidet ble sikret. Helhetlig samhandling vil sammen med Akson journal, Helseplattformen i Midt-Norge og journalløsningene i spesialisthelsetjenesten utgjøre veien frem mot målet i stortingsmeldingen *Én innbygger - én journal*.

I løpet av 2020 utarbeidet direktoratet også et veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger i helse- og omsorgssektoren i perioden 2021-2025. I den forbindelse ble det laget en oversikt over hvor langt sektoren har kommet med endringer knyttet til de ulike tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene. Veikartet gir en oversikt over veien videre for de nasjonale e-helseløsninger som er under utvikling og innføring, og vil bli brukt aktivt i arbeidet med nasjonal porteføljestyring.

Arbeidet med legemiddelprogrammet har høy prioritet. Formålet med programmet er å realisere pasientens legemiddelliste. Helsepersonell bruker mye tid på å finne ut hva pasienter bruker av legemidler. De trenger en felles, oppdatert oversikt over pasientens legemidler. Det vil frigjøre tid, som kan brukes til pasientbehandling. Når legemiddelinformasjon deles digitalt i helsetjenesten, gir det tryggere behandling og bedre pasientsikkerhet.

Pasientens legemiddelliste realiseres gradvis gjennom flere tiltak. Noen er allerede i gang som tiltak knyttet til kvalitet i e-resept, utprøving og innføring av elektronisk multidose, og innføring av kjernejournal i pleie og omsorgstjenesten. Legemiddelprogrammet gjennomgikk en ekstern kvalitetssikring i 2020, og har på bakgrunn av denne blitt replanlagt. Pasientens legemiddelliste skal prøves ut i Helse Vest fra høsten 2021, og utprøvingen legger til rette for nasjonal innføring.

Også arbeidet i helsedataprogrammet har pågått med høy prioritet. Våren 2020 ble anskaffelsen av data- og analysetjenester slutført, og byggingen av Helseanalyseplattformen startet. Helseanalyseplattformen vil gi mer, raskere og bedre forskning, som igjen gir bedre helse. En sentral juridisk milepæl ble også nådd da Stortinget i november vedtok forslag til endringer i helseregisterloven. Lovendringen legger til rette for å nå målene i helsedataprogrammet. Forslag til ny forskrift om en nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata til sekundærformål sendes ut på høring våren 2021.

Gjennom program kodeverk og terminologi har direktoratet jobbet videre med *Felles språk*. Felles språk er et begrep vi bruker om terminologi for strukturert dokumentasjon av helsehjelp, samt relasjonene som binder denne terminologien til andre kodeverk og registervariabler. Vi trenger et slikt felles språk for at data som registreres i ett IT-system kan overføres til andre IT-systemer og gjenbrukes der, med *felles forståelse* av innholdet mellom partene som utveksler dataene. Den internasjonale helseterminologien SNOMED CT skal benyttes som standardisert helseterminologi i Norge, og utgjør derfor en svært viktig del av arbeidet *Felles språk*. Direktoratet samarbeider med helsepersonell i Helseplattformen om å oversette begreper og om kvalitetssikre oversettelsen, så den blir god og relevant. Det jobbes også med å knytte relasjoner fra begreper i SNOMED CT til koder i eksisterende kodeverk som benyttes i helse- og omsorgssektoren. I 2020 ble 8 000 nye begreper definert i tråd med sektorens behov.

Så ble 2020 også et år der e-helsetemaer for alvor ble satt på dagsorden i riksmidier. For direktoratet har året vært preget av både faglige diskusjoner og av debatt om direktoratets anskaffelsespraksis og konsulentbruk. Direktoratet er relativt nyetablert, og som følge av debatten så vi behov for å videreutvikle retningslinjer og rutiner for å sikre god praksis ved anskaffelser og ved innleie av konsulenter. Det er redegjort nærmere for dette i kapittel 4 i denne årsrapporten.

I 2020 så vi også et behov for å styrke direktoratets program- og porteføljestyling. Blant annet på bakgrunn av dette ble det gjennomført en omorganisering der det ble opprettet en ny divisjon for porteføljestyling og en avdeling for legemidler. I november valgte Christine Bergland å slutte i stillingen som direktør. Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med å rekruttere ny direktør.

Regjeringen fremmet i fjor forslag om *Lov om e-helse*<sup>2</sup>, og dette forslaget er blant sakene som ble mye debattert i media. Målet med loven var å bidra til bedre nasjonal koordinering og styring av nasjonale e-helsetjenester. Loven skulle også styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren, og bidra til at e-helseløsninger raskere tas i bruk. Lovforslaget ble trukket, og det ble pekt på at det er behov for å gjøre endringer i lovforslaget for å følge opp forslagene til forbedringer som kom under høringen. Direktoratet ser frem til eventuell nye forslag, og mener det er behov for å gjøre endringer i lover og finansieringsmodeller for å gjøre disse bedre tilpasset dagens digitale virkelighet.

Økt digitaliseringstak til tross, det gjenstår fortsatt mye før de politiske målene for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren er nådd. Digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren ligger etter andre bransjer, og vi trenger flere både organisatoriske, tekniske, semantiske og juridiske endringer før helsepersonell har enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, innbyggerne har tilgang på enkle og sikre digitale tjenester og data er tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Direktoratets arbeid handler om å samle sektoren slik at vi sammen kan gjennomføre disse endringene, og stå bedre rustet neste gang en pandemi treffer.

Oslo, 9. mars 2021



Karl S. Vestli

Fungerende direktør for Direktoratet for e-helse

---

<sup>2</sup> *Lov om e-helse (e-helseloven) - Prop. 65 L (2019-2020)*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-65-l-20192020/id2696053/>

## 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<sup>3</sup>.

- 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 å samle helse-Norge om en felles retning for digitalisering.

### Omtale av organisasjon og ledelse

Ny e-helseorganisering ble iverksatt 1. januar 2020. Da ble oppgaver knyttet til løsningene e-resept, kjernejournal, grunndata og Helsenorger overført fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF. Den 31. desember 2019 var det totalt 350,5 årsverk ansatt i direktoratet. Samme dato året etter var det totalt 167,5 årsverk i direktoratet.

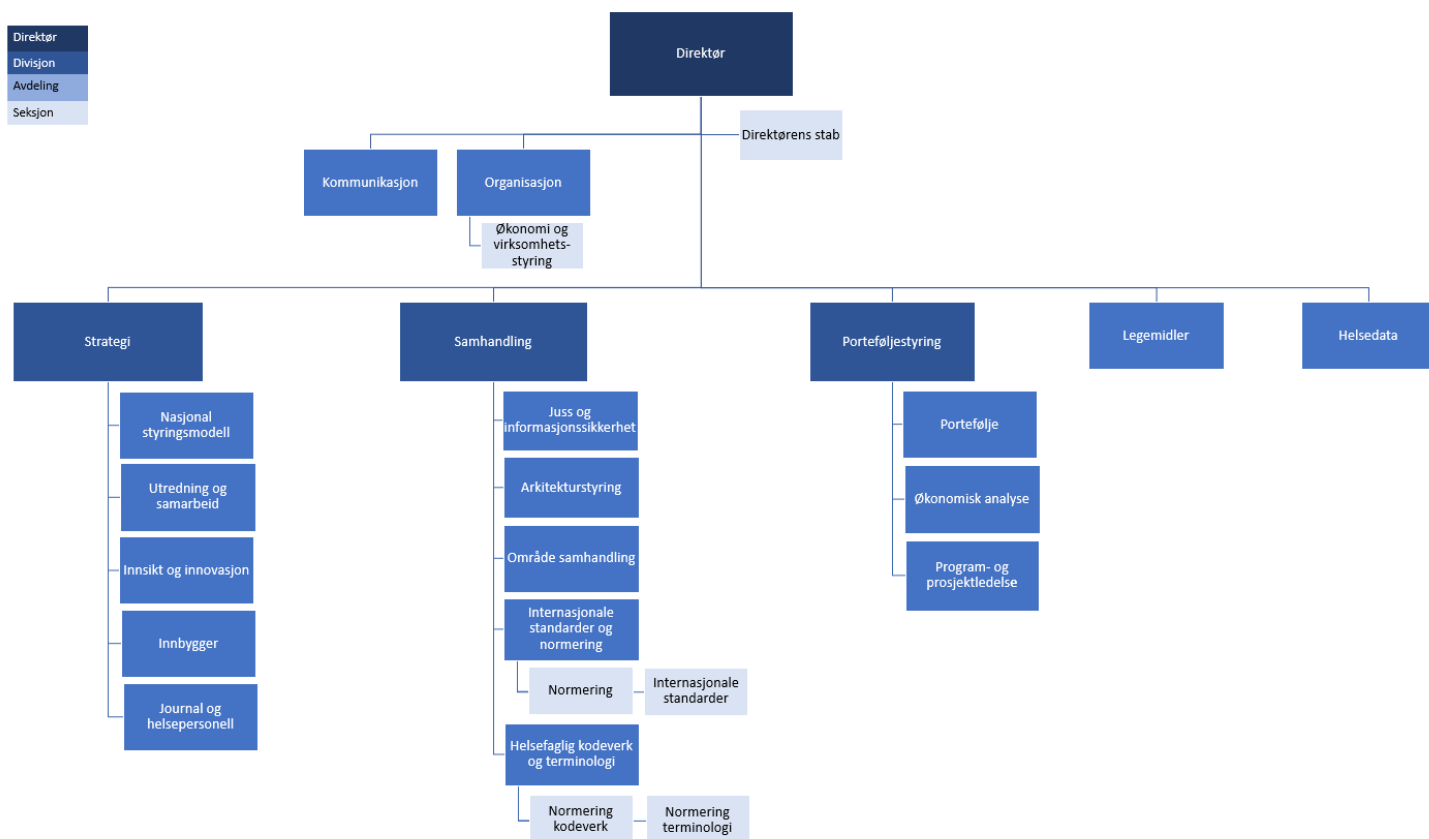
Direktoratet for e-helse har hovedkontor i Oslo og ett kontor i Trondheim. Stortinget vedtok 24. november endringer i helseregisterloven som legger grunnlaget for å etablere helseanalyseplattformen som en nasjonal løsning for analyse av helsedata og starte forberedelsene til etablering av Helsedataservice som førstelinjetjeneste for tilgang til

---

<sup>3</sup> E-helse er en betegnelse for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Digitalisering er et sentralt virkemiddel for å effektivisere og videreutvikle sektoren og bidrar til bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, pasientsikkerhet og personvern. Digitalisering skal understøtte nødvendig samhandling i sektoren til nytte for innbyggere, pasienter og helsepersonell, styring, statistikk og vitenskapelige formål. Denne definisjonen er hentet fra hovedinstruksen for Direktoratet for e-helse.

helsesdata. Direktoratet forbereder etableringen av Helsedataservice. Helsedataservice skal lokaliseres til Tynset med mulighet for enkelte medarbeidere i Trondheim. Hovedtyngden av ansatte skal lokaliseres til Tynset.

Direktoratet for e-helse er fra årsskiftet organisert i tre divisjoner med tilhørende avdelinger og seksjoner. Divisjonene rapporterer til direktør. I tillegg rapporterer Avdeling organisasjon, kommunikasjon, legemidler og helsedata til direktør.



Figur: Organisasjonskart for Direktoratet for e-helse per 1. januar 2021.

## Utvalgte hovedtall

| Årsverk og antall ansatte           | 2018<br>Per 31.des | 2019<br>Per 31.des | 2020<br>Per 31.des |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Antall ansatte                      | 327                | 353                | 170                |
| Antall avtalte årsverk <sup>4</sup> | 324,8              | 350,5              | 167,5              |
| Antall utførte årsverk <sup>5</sup> | 286                | 301                | 140                |

<sup>4</sup> Antall avtalte årsverk: Tallet er basert på manuell utregning. Antall avtalte årsverk for 2020 publiseres av SSB mars 2021.

<sup>5</sup> Antall utførte årsverk: Fra 2019 er antall utførte årsverk definert i henhold til felles statlig definisjon i [PM-2019-13](#).



| Økonomiske tall   |        |         |        |
|---|--------|---------|--------|
| Samlet tildeling over statsbudsjett (millioner kroner)                              | 860,8  | 1 035,9 | 915,3  |
| Utnyttelsesgrad av tildeling <sup>6</sup>   | 95 %   | 95 %    | 88 %   |
| Utnyttelsesgrad av tildeling kap. 701 post 21, kap. 744 post 01 og kap. 744 post 21 | 99 %   | 94 %    | 88 %   |
| Lønnsandel av driftsutgifter  | 38,3 % | 37,5 %  | 22,3 % |

## Volumtall for nasjonale løsninger

| Helsenorge  | 2016<br>Per 31.des | 2017<br>Per 31.des | 2018<br>Per 31.des | 2019<br>Per 31.des | 2020<br>Per 31.des |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Besøk på Helsenorge i løpet av året   | 12,7 mill.         | 18,7 mill.         | 25,6 mill.         | 37,2 mill.         | 72,9 mill.         |
| Innlogginger på selvbetjeningsløsninger   | 3,2 mill.          | 7 mill.            | 12 mill.           | 20,5 mill.         | 43 mill.           |
| <b>E-resept</b>   |                    |                    |                    |                    |                    |
| Totalt antall rekvirerte e-resepter årlig                                       | 24,1 mill.         | 25,8 mill.         | 26,6 mill.         | 28 mill.           | 28,4 mill.         |
| Antall rekvirentvirksomheter <sup>7</sup>                                       | 2 000              | 2 132              | 2 176              | 2 108              | 2 392              |
| Andel solgte pakninger på e-resept <sup>8</sup>                                 | 89,4 %             | 91,1 %             | 92 %               | 93,4 %             | 92,3 %             |
| <b>Kjernejournal</b>  |                    |                    |                    |                    |                    |
| Antall forskjellige helsepersonell totalt som har gjort oppslag i kjernejournal | 6 200              | 12 700             | 16 700             | 21 000             | 25 000             |
| Antall oppslag i kjernejournal per uke  | 2 900              | 8 200              | 14 000             | 20 200             | 25 900             |
| <b>Grunndata<sup>9</sup></b>  |                    |                    |                    |                    |                    |
| Totalt antall oppslag   | 845 mill.          | 1 750 mill.        | 2 400 mill.        | 4 345 mill.        | 5 905 mill.        |
| Trafikkøkning fra året før  | 336 %              | 207 %              | 37 %               | 86 %               | 36 %               |

Direktoratet utgir årlig en rapport om trender og utviklingstrekk. Rapporten inneholder en rekke relevante nøkkeltall og statistikk over utviklingen innenfor e-helseområdet.

*Utviklingstrekk 2021 – Drivere og trender innen e-helseutviklingen* blir publisert 18. mars.<sup>10</sup>

<sup>6</sup> Utnyttelsesgrad av tildeling er justert for mer/mindre inntekt. Inkluderer avgitt belastningsfullmakt på 58,8 mkr.

<sup>7</sup> Måles ved antall rekvirentvirksomheter siste 100 dager

<sup>8</sup> Kilde: Apotekenes bransjestatistikk. Andelen er per desember

<sup>9</sup> Grunndata består av informasjonstjenester som inneholder administrativ informasjon om person, personell og virksomhet.

<sup>10</sup> *Utviklingstrekk 2021 – Drivere og trender innen e-helseutviklingen* blir tilgjengelig på ehelse.no fra 18. mars.

## 3 Årets aktiviteter og resultater

Direktoratet for e-helse har i 2020 i all hovedsak ivaretatt kravene til leveranser som ble gitt i tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet for e-helses prioriteringer og ressursbruk i 2020 var i tråd med målene i Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022.

I det følgende beskrives status for arbeid med hovedmål, spesielle oppdrag og styringsparametere gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i tildelingsbrevet for 2020. Videre gis det en status for arbeidet med faste oppdrag som inngår i hovedinstruksen for Direktoratet for e-helse.

### Hovedmål 1: Strategisk, samordnet og kunnskapsbasert utvikling på e-helseområdet

Digitalisering av helse- og omsorgstjenesten innebærer store muligheter for en enklere og mer sammenhengende helsetjeneste på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer. I Norge er det mange aktører som hver for seg digitaliserer og omstiller tjenesten for å levere helse- og omsorgstjenester på nye måter. Direktoratet spiller en viktig rolle for å samle og samordne sektorens behov, og skape en felles og kunnskapsbasert forståelse av utfordringsbildet, felles retning og strategi på digitaliseringsarbeidet. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse, med fagutvalget (NUFA), prioriteringsutvalget (NUIT) og Nasjonalt e-helsestyre, var også i 2020 viktige arenaer for å drøfte felles utfordringer og felles behov. Den nasjonale porteføljestyringen er i stadig utvikling for å skaffe relevant oversikt over e-helsetiltak av nasjonal betydning.

I 2020 etablerte Helse- og omsorgsdepartementet Teknisk beregningsutvalg. Utvalget består av sentrale aktører fra kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten, Legeforeningen og Apotekforeningen. Utvalget skal vurdere nivå og fordeling av kostnader til nasjonale e-helseløsninger. Teknisk beregningsutvalg har vært et viktig supplement til den nasjonale styringsmodellen, og har også brakt frem behov for en bedre forståelse av sammenhengen mellom beslutninger, hvor disse tas, og hvilke konsekvenser de får for finansiering og samstyring.

Veikart for nasjonale e-helseløsninger var også en ny leveranse i 2020, som ble utarbeidet sammen med sektoren. Veikartet ble godt mottatt av sektor, både som en helhetlig plan for videre arbeid og som et kommunikasjonsverktøy. Veikartet vil inngå som en del av den nasjonale porteføljestyringen.

Direktoratet har styrket fagmiljøet rundt porteføljestyring, utredninger og samfunnsøkonomiske analyser, noe som har vært nødvendig i store satsninger som Helsedataprogrammet, Legemiddelprogrammet og Akson, men også i tidlig-faseutredninger. Gode utredninger som følger statens instruks, veiledningsmateriell og metodikk gir transparente og tverrfaglige beslutningsgrunnlag. Dette skaper et bedre fundament for å jobbe godt med gevinster. Direktoratet har videre levert gode innsikts- og kunnskapsrapporter gjennom året, med utviklingstrekkrapporten og flere analyser i nasjonal e-helsemonitor som eksempler. Direktoratet har fulgt utviklingen i bruk av digitale verktøy i sektoren etter at koronapandemien inntraff. Eksempelvis var andel e-konsultasjon hos

fastleger på 3,3 % i 2019, mens den økte til 29,4 % i 2020 I tillegg deltar direktoratet i mange faglige nettverk og kunnskapsarenaer, og har forberedt seg godt til å inneha formannskapet i Nordisk ministerråd i 2021.

## Rapportering på spesielle oppdrag og styringsparametere

| <b>Styringsparameter/resultatmål</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Andel virksomheter som har tatt de nasjonale e-helseløsningene i bruk</i> |               |

Volumtall for nasjonale e-helseløsninger er oppgitt i innledningen av årsrapporten. E-resept har det siste året hatt en vekst i antall virksomheter som benytter løsningen, mens andelen e-resepter er stabilt rundt 92-93 %. Kjernejournal, grunndata og Helsenorge har fått en stor økning, spesielt på innbyggerrettede tjenester har veksten vært høy. Helsenorge har en økning i innloggede brukere på nesten 110 %. Det vises til utviklingstrekkrapporten som vil bli publisert på ehelse.no den 18. mars for detaljert informasjon.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Lede teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger og ivareta sekretariatsfunksjonen, jf. mandat for utvalget</i> |               |

Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, Helsenorge og helsenettet.

Utvalget ble etablert i 2020 med konstituerende møte 2. februar. I dette møtet ble utvalgets medlemmer presentert og mandat og årshjul for utvalget gjennomgått. Utvalget fikk også en presentasjon av de nasjonale e-helseløsningene som omfattes av mandatet, samt av tallgrunnlaget som lå til grunn for den budsjetterte samfinansieringen i statsbudsjettet for 2020.

Det er avholdt seks ordinære møter i teknisk beregningsutvalg i 2020. På grunn koronapandemien ble alle møtene avholdt digitalt, organisert med ett lengre utvalgsmøte hvor tallgrunnlaget ble presentert, deretter to kortere møter hvor utvalgets medlemmer ga innspill til rapporten som skulle legges frem for Helse- og omsorgsdepartementet. Dette har vært et etableringsår for utvalget og man har jobbet med å finne hensiktsmessige prosesser for utvalget og sekretariatets arbeid. Det er levert to rapporter til Helse- og omsorgsdepartementet som oppsummerer utvalgets arbeid i 2020.

| <b>Spesielle oppdrag</b>  | <b>Status</b> |
|---|---------------|
| <i>Levere en vurdering av mulig innføringstidspunkt for virksomhetenes plikt til tilgjengeliggjøring av og betaling for de nasjonale e-helseløsningene e-resept, kjernejournal, helsenorge.no, helselD og grunndata innen 1. mai 2020, jf. departementets arbeid med forskriftsbestemmelsene.</i> |               |

De nasjonale e-helseløsningene gir innbyggerne og helsepersonell muligheten til å få tilgang til, se, bruke og dele helseinformasjon digitalt. Løsningene gir gevinster for både innbyggere og helse- og omsorgstjenesten, og bør benyttes av alle relevante aktører i tjenesten for å gi mest mulig effekt.

Departementet ba direktoratet levere en vurdering av mulig innføringstidspunkt for virksomhetenes plikt til tilgjengeliggjøring av og betaling for de nasjonale e-helseløsningene. Bakgrunnen for arbeidet var forslag i Prop. L 65 (2019-2020) Lov om e-helse, som foreslo

hjemmel for at Helse- og omsorgsdepartementet i forskrift kan bestemme at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal gjøre de nasjonale e-helseløsningene e-resept, kjernejournal, Helsenorge og helsenettet, inkludert grunndata og helseID, tilgjengelige i sin virksomhet, samt betale for forvaltning og drift.

Direktoratet la vekt på at foreslåtte tidspunkt for innføring av plikten skal være realistiske for virksomhetene. Dette innebærer blant annet at den nasjonale tilretteleggingen må være ferdig slik at løsningene er klare til å bli innført og at løsningene er utprøvd med et mindre antall aktører. I tillegg må virksomhetene få tilstrekkelig tid til innføring for de grupper av personell som ennå ikke bruker løsningene. Etter nærmere avtale med Helse- og omsorgsdepartementet ble det ikke foreslått tidspunkt for innføring av plikten til å betale.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Sørge for at det utarbeides nasjonale innføringsplaner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal og e-resept innen 15. oktober 2020. Innføringsplanene skal baseres på erfaring fra utprøving av løsningene og beskrive kostnader og konsekvenser for aktørene som skal ta løsningene i bruk. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Norsk Helsenett SF, de regionale helseforetakene, KS/kommunesektoren, leverandørene og andre relevante aktører i sektoren.</i> |               |

Notatet *Nasjonale innføringsplaner for kjernejournal og e-resept* ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 15.10.2020. Notatet ble laget i samarbeid med Norsk Helsenett SF og KS. Det beskriver planer, samt kostnader ved innføring, konsekvenser for virksomheten og risikoer ved planene. Som oppfølging, ble Direktoratet for e-helse bedt om å lage videre innføringsplaner for kjernejournal i kommunene.

De videre innføringsplanene ble oversendt departementet i slutten av februar og beskriver planer for videre innføring til sykehjem og hjemmetjeneste etter avslutning av det pågående prosjektet Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjeneste. Dette prosjektet avsluttes med Direktoratet for e-helse som prosjekteier i 2021. Da vil etter plan om lag 50 kommuner, som representerer over 50 % av befolkningen, ha tatt kjernejournal i bruk.

Dette arbeidet er utført i tett samarbeid mellom direktoratet, Norsk Helsenett SF og KS, og aktørene har i økt grad tatt stilling til den langsiktige utviklingen av de nasjonale e-helseløsningene for kommunene. Dette har ført til at aktørene i større grad er enige om ambisjonsnivå og hva som skal til for å nå disse ambisjonene.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Utarbeide tentative planer for sektorens bruk av dokumentdeling (via kjernejournal) og pasientens legemiddelliste innen 15. oktober 2020. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Norsk Helsenett SF, de regionale helseforetakene, KS/kommunesektoren, leverandørene og andre relevante aktører i sektoren.</i> |               |

## Dokumentdeling

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med representanter fra sektoren utarbeidet Notat - Plan for dokumentdeling som beskriver foreløpige planer for bruk av dokumentdeling. Notatet ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 1. november 2020.

Helse Sør-Øst RHF har på vegne av spesialisthelsetjenesten fått rollen som hovedsamarbeidspart i arbeidet med å tilgjengeliggjøre journaldokumenter. Dette krever samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, Norsk Helsenett SF og Direktoratet for e-helse. Helse Sør-Øst RHF startet utprøving i november med 80-100 brukere ved ulike behandlingssteder. Dokumenttyper som deles er epikriser, sammenfatninger og svar på bildeundersøkelser. Helse Nord RHF startet utprøving i desember med flere enn 100 leger og sykepleiere. Helse Vest RHF har besluttet finansiering og oppstart.

I utprøvsperioden gjennomfører samarbeidspartene en evaluering av tiltakene med fokus på klinisk nytte, brukervennlighet, sikkerhet og personvern. Resultatene skal presenteres i en evalueringsrapport våren 2021. Det er forventet at evalueringsrapporten vil peke på behov for endringer før innføring og videre utbredelse av dokumentdeling, og at dette vil påvirke tidsplanen. Disse risikofaktorene er påpekt i notatet, og det er nødvendig med tett oppfølging av helseforetakene videre.

### Pasientens legemiddelliste

Legemiddelprogrammet har revidert sine planer i 2020 i dialog med overnevnte aktører. Planen har vært på innspillrunde i sektor og behandlet i programstyret. Det er en økende forståelse for kompleksiteten av å etablere og innføre pasientens legemiddelliste da det krever betydelig endringer i løsninger og arbeidsprosesser. Innføringsplanen består av tre trinn, hvor trinn 1 er begrenset utprøving, trinn to er utvidet utprøving og trinn tre er nasjonal innføring. Utprøvsprosjektet av PLL ble igangsatt i 2020, der begrenset utprøving og utvidet utprøving er planlagt fram til januar 2023. Utprøving av PLL er også en utprøving av strategi for nasjonal innføring og gevinstrealisering. I samarbeid med utprøvsdeltakende aktører utarbeides det detaljerte planer. Gjennom utprøvsingen skal prinsipper, planer og tiltak testes ut og verifiseres. Hensikten er å skaffe kunnskap om hvordan PLL best kan innføres nasjonalt og verifisere hvilke gevinster som oppnås ved å ta i bruk PLL. Rammeverk, metodikk og erfaringene fra innføring og gevinstarbeidet i utprøvsingen blir dermed avgjørende for detaljering av nasjonal innføring som har en planlagt oppstart i 2023.

Det vises for øvrig til nærmere omtale av Pasientens legemiddelliste under *hovedmål 3: bedre journal- og samhandlingsløsninger* og tillegg til tildelingsbrev nr. 8 i denne årsrapporten.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Samarbeide med KS og Norsk Helsenett SF om å styrke innføring av e-helseløsninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder samarbeide med KS' kompetansenettverk og foreslå nødvendige tilpasninger i de nasjonale e-helseløsningene.</i> |               |

I kontekst av Akson og Legemiddelprogrammet spesielt har det vært et godt samarbeid med kommuner og KS i 2020. Det har vært drøftet ulike modeller for innføring av e-helseløsninger, både ved å bygge på eksisterende strukturer og etablere nye. Innføring og tilpasninger i eksisterende nasjonale e-helseløsninger har også vært drøftet i Teknisk beregningsutvalg. Dette har betydning for kostnadsfordelings spørsmål. Det er et godt samarbeid med kommuner i velferdsteknologi programmet.

| <b>Spesielle oppdrag</b>  | <b>Status</b> |
|---|---------------|
| <i>Forberede norsk formannskap i nordisk e-helsegruppe under Nordisk ministerråd fra og med 2021.</i> |               |

Norge skal i perioden 2021 – 2022 ha formannskapet i nordisk e-helsegruppe under Nordisk ministerråd. Gruppen jobber for et sterkt nordisk samarbeid og skal bidra til å opprettholde den internasjonale lederposisjonen de nordiske landene har innenfor e-helse. Direktoratet for e-helse har bistått Helse- og omsorgsdepartementet med å utarbeide arbeidsplaner og budsjett for e-helsegruppen, samt undernettverkene NeRN (Nordic e-Health research Network) og Nordic Standardization Group. Muligheten for å etablere et nytt undernettverk for helsedata er også under utredning, og skal ses i sammenheng med at det etableres et nytt prosjekt som oppfølging av Nordic Commons rapporten<sup>11</sup>.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Bistå Helsedirektoratet i oppfølgingen av behovsbeskrivelsen som ble gjennomført i 2019 for sammenhengende tjenester for livshendelsen Alvorlig sykt barn, jf. regjeringens digitaliseringsstrategi (2019-2025). Oppdraget vil konkretiseres i eget brev i løpet av første kvartal.</i> |               |

Direktoratet for e-helse har bistått Helsedirektoratet i oppfølging av behovsbeskrivelsen for sammenhengende tjenester for livshendelsen alvorlig sykt barn, gjennom felles aktiviteter med alle involverte samarbeidsaktører.

Direktoratet for e-helse søkte med bistand fra Helsedirektoratet, KS og NAV StimuLab midler til livshendelsen alvorlig sykt barn og fikk tildelt midler våren 2020. StimuLab midlene er overført til Helsedirektoratet som leder og koordinerer arbeidet. Direktoratet for e-helse har bistått Helsedirektoratet i utarbeidelse av oppdragsbeskrivelse og i utvelgelsen av tjenesteleverandør for StimuLab-midlene høsten 2020.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har samarbeidet om planlegging og utforming av prosjektet og tilhørende dokumentasjon. Direktoratet for e-helse deltar aktivt i StimuLab prosjektet som starter opp i 2021.

| <b>Spesielle oppdrag</b>  | <b>Status</b> |
|---|---------------|
| <i>Bistå Helsedirektoratet i oppfølgingen av nasjonal strategi for persontilpasset medisin, herunder utredningene som ble igangsatt i 2019.</i> |               |

Direktoratet for e-helse har bistått Helsedirektoratet med aktiviteter og leveranser som en del av den nasjonale strategien for persontilpasset medisin. Med leveransene i 2020 har Direktoratet for e-helse bidratt med juridiske vurderinger og forslag til regelverksendringer.

Direktoratet for e-helse har sammen med Helsedirektoratet i 2020 utarbeidet et utkast til prosjektplan for utredning av lagring og behandling av rådata og helseopplysninger fra kliniske genomundersøkelser for helsehjelp og forskning. Målet med prosjektet er å drøfte ulike konsepter og anbefale et konsept hvor også de nødvendige endringene for å realisere konseptet beskrives. Prosjektforslaget er et tiltak i tråd med den nasjonale strategien, og vil kunne være et betydelig bidrag til å oppfylle strategien.

<sup>11</sup> Rapport publisert av Nordforsk på oppdrag fra Nordisk Ministerråd 2020: [A vision of a Nordic secure digital infrastructure for health data: The Nordic Commons](#)

Direktoratet for e-helse har organisert et internt nettverk med fagpersoner innenfor persontilpasset medisin. Nettverket koordinerer arbeid innen fagområdet innad i direktoratet og med andre aktører, samt deltakelse i nasjonale fora som Nasjonalt fagråd for persontilpasset medisin og Nasjonalt koordineringsnettverk for persontilpasset medisin.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Utrede hvordan pasienter kan gi samtykke til utprøvende behandling via helsenorge.no. Dette bør ses i sammenheng med samtykkeløsningen som er utviklet på helsenorge.no</i> |               |

Direktoratet for e-helse utarbeidet i samarbeid med Norsk Helsenett SF et notat som ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 16.10.2020. Notatet gir en beskrivelse av eksisterende samtykkeløsning og tjenesten for samtykkeadministrasjon på Helsenorge. I notatet vises det også til fremtidige planer og muligheter. Det fremkommer i notatet at det allerede eksisterer et godt grunnlag for å realisere digitale samtykker til utprøvende behandling/kliniske studier på Helsenorge, og at dette vil utdypes og utredes nærmere i det pågående arbeidet. Dette ses i sammenheng med det pågående arbeidet i helsedataprogrammet.

Oppdraget ble satt på vent av Helse- og omsorgsdepartementet grunnet koronapandemien, men er nå gjenopptatt. Direktoratet for e-helse har innhentet kunnskap og vurdert muligheter med eksisterende løsning, og planlagt dialogmøter med relevante interessenter. Direktoratet for e-helse vil videre verifisere behovene og vurdere mulig løsning utover våren. Leveransen skal ferdigstilles 1. mai 2021 og er nå i henhold til plan.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Videreføre arbeidet knyttet til kunstig intelligens sammen med Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og de regionale helseforetakene. Felles plan av 29. november 2019 med tilhørende underlagsmateriale utgjør et godt utgangspunkt for videre arbeid. Departementet ber samtidig om at etatene, i samråd med de regionale helseforetakene, innen 16. mars 2020 kommer tilbake til departementet med forslag til prioritering av aktiviteter og ansvarsfordeling for disse aktivitetene.</i> |               |

Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og de regionale helseforetakene leverte i mars 2020 en Felles plan for kunstig intelligens (KI) til Helse- og omsorgsdepartementet, med forslag til prioriterte tiltaksområder:

- Implementere og verifisere KI-løsninger (De regionale helseforetakene)
- Etablering av et nasjonalt kompetansenettverk og rammeverk (Direktoratet for e-helse)
- Handlingsrom i gjeldende rett, behov for regelverksendringer, God klinisk praksis, Normering og Finansiering (Helsedirektoratet)

I tillegg omtales utredning av etablering av nasjonalt kompetansenettverk<sup>12</sup> for kunstig intelligens, som Direktoratet for e-helse har utredet.

<sup>12</sup> Merk at kompetansenettverket (KN) tidligere har blitt kalt kompetansenettverk og rammeverk. Dette er kun en navneendring.



| Spesielle oppdrag  | Status |
|--|--------|
| <p><i>I samarbeid med Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og de regionale helseforetakene følge opp utredningen levert departementet medio desember 2019 om å flytte tjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi. Oppdraget vil konkretiseres i eget brev primo 2020.</i></p> |        |

Utredningen<sup>13</sup> som ble levert i desember 2019 omfattet 17 anbefalte tiltak til myndighetene for å tilrettelegge for økt bruk av digital hjemmeoppfølging i helse- og omsorgssektoren i henhold til målsettingen nedsatt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023<sup>14</sup>. Av disse fikk Direktoratet for e-helse et spesielt oppfølgingsansvar for tre tiltak:

- Videokonsultasjon – teknisk tilrettelegging
- Data- og dokumentdeling
- Normen – oppdatering vedrørende digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling

I tillegg til tildelingsbrev nr. 4 til Direktoratet for e-helse ble det videre arbeidet med detaljering og prioritering av disse tiltakene presisert i lys av koronapandemien.

Bruk av videokonsultasjon økte raskt i de innledende fasene av koronapandemien. Det var derfor naturlig at dette tiltaket ble prioritert. Det ble etablert en arbeidsgruppe bestående av representanter fra helse- og omsorgstjenesten, Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse. Det ble der definert behov for en nasjonal pådriverrolle som både kunne arbeide med teknisk tilrettelegging ut fra behov, og med helsefaglige råd og veiledning til tjenesten om bruk av video. Videre arbeid med dette ble besluttet splittet i to, der Norsk helsenett SF arbeider videre med rollen som teknisk tilrettelegger mens arbeid med faglig råd og veiledning inngår i Helsedirektoratets tiltak som omhandler råd og veiledning for hele området digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling.

Det ble i oktober levert en plan til Helse- og omsorgsdepartementet med anbefaling om fremgangsmåte for å etablere felles rammer og arkitektur for data- og dokumentdeling relatert til behov innen digital hjemmeoppfølging. Planen går ut på en trinnvis tilnærming i tett samarbeid med utvalgte prosjekter og aktiviteter i sektoren. Resultater og erfaringer fra prosjektene vil løftes opp og beste praksis vil utgjøre grunnlaget for en trinnvis spesifisering av felles rammer og arkitektur.

Normen har i 2020 oppdatert *Faktaark 54 Videokonsultasjon og Veileder i informasjonssikkerhet og personvern ved bruk av teknologi i kommuner (velferdsteknologi)*. *Veileder for digital pasientkommunikasjon samt Veileder for bruk av video, lyd og bilde i helse- og omsorgssektoren*<sup>15</sup> er også under oppdatering og fremlegges for godkjenning i styringsgruppen primo februar 2021.

## Hovedmål 2: Standardisert og sikker e-helseutvikling

Økt digitalisering i helse- og omsorgssektoren stiller krav til robust og sikker samhandling. Direktoratet har lagt ned en betydelig innsats for å legge til rette for at nye nasjonale meldingsstandarder tas i bruk av aktørene. Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått at

<sup>13</sup> [Sluttanbefalinger fra utredningsoppdrag om nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging](#)

<sup>14</sup> [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#)

<sup>15</sup> [Faktaark 54 – Videokonsultasjon](#)



disse inngår i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten, jf. høring vinteren 2020.

Det har også blitt lagt ned et omfattende arbeid i tilrettelegging for samhandlingsformen *dokumentdeling*. Her har direktoratet vært rådgiver og premissleverandør for bruk av målarkitektur og internasjonale standarder inn mot hovedsamarbeidspart Helse Sør-Øst RHF, samt ved bistand til Helse Nord RHF.

I tillegg fokuseres det på samhandlingsformen *datadeling* for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. I denne sammenhengen er den internasjonale standarden FHIR sentral.

Direktoratet har revidert plan for felles grunnmur for 2021. Denne er forankret i sektor gjennom nasjonal styringsmodell. Tiltakene i planen skal understøtte sektorens behov, blant annet innen dokumentdeling og datadeling. Flere pågående og planlagte initiativ har avhengigheter til grunnmursleveranser.

I sin faglig normerende rolle har direktoratet publisert en rekke veiledere og retningslinjer for tekniske standarder, arkitektur, kodeverk og terminologi, samt logistikk. Med basis i internasjonalt arbeid har direktoratet formidlet standarden International Patient Summary (IPS)<sup>16</sup> til sektoren. Det er også publisert en veileder for denne.

I juni 2020 ble første møte i Områdeutvalg for digital samhandling gjennomført. Områdeutvalget er et sektorsammensatt utvalg som understøtter den nasjonale styringsmodellen. Utvalget legger til rette for at sektoren kan bidra i arbeidet med å definere strategisk retning for området samhandling og sørge for at tiltak blir prioritert basert på sektorens samlede behov. Områdeutvalget har på kort tid etablert seg som en viktig felles arena for drøfting av problemstillinger på samhandlingsområdet. Blant sakene som er behandlet i 2020 finner vi plan for felles grunnmur, produktstrategi for kjernejournal, veikart for e-hesløsninger, internasjonale standarder og helhetlig samhandling. Det forventes høy aktivitet i områdeutvalget i 2021, med seks planlagte møter. I 2021 vil områdeutvalget utgjøre styringsgruppen for program Helhetlig samhandling.

Direktoratet har vært aktiv på den internasjonale arena ved å delta i EU-programmer rundt IPS og datautveksling på tvers av landegrenser, så vel som standardiseringsutvalg og faggrupper i regi av Nordisk ministerråd. Det har vært gjennomført en rekke møter både internasjonalt og på nordisk nivå. Direktoratet leder standardiseringsgruppen i Nordisk ministerråds e-helsegruppe.

Gjennom året har program for kodeverk og terminologi (PKT) fulgt planlagt framdrift for leveranser og kommunikasjon med sine partnere. Primær samarbeidspartner er Helseplattformen i Midt-Norge.

En viktig bidragsyter til vellykket samhandling er utviklingen av juridiske rammebetingelser som er tilpasset nye tekniske muligheter og tjenesteutvikling. Digital hjemmeoppfølging, behandlingsforløp og livshendelser er eksempler på dette. Informasjon skal følge pasient gjennom en rekke behandlingsledd, og informasjonssikkerhet og personvern må tas hensyn til i alle situasjoner.

---

<sup>16</sup> [Rettleiar for International Patient Summary \(IPS\)](#)

Direktoratet har sekretariatet for Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgsektoren. Normen versjon 6.0<sup>17</sup> ble vedtatt av den sektorsammensatte styringsgruppen 4. februar 2020. Dette er en bransjenorm med et omforent sett av krav til informasjonssikkerhet basert på lovverket. Det er et vilkår for medlemskap i Norsk Helsenett å følge Normen. I tillegg tilbys mye veiledningsmateriell i form av faktaark og veiledninger. Dette er under oppdatering og viktige områder som personvern og veiledningsmateriell som retter seg mot kommunene er oppdatert i 2020. Normen er også en viktig møtearena med omfattende kursvirksomhet. I 2020 er både kursene og Normkonferansen blitt digitale. I løpet av 2020 har styringsgruppen besluttet nytt mandat og ny forvaltningsmodell. Dette innebærer bl.a. at representanter for pasientorganisasjoner og leverandørorganisasjoner vil inviteres inn i styringsgruppen som observatører.

## Rapportering på spesielle oppdrag og styringsparametere

| <b>Styringsparameter/resultatmål</b>  | <b>Status</b> |
|---|---------------|
| <i>Andel virksomheter som har tatt i bruk standardene som følger av forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.</i> |               |

Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1.9.2015 og stiller krav til obligatoriske meldingsstandarder for henvisning, epikrise, radiologirekvisisjoner, svarrapporter og pleie- og omsorgsmeldinger.

Direktoratet for e-helse kan på eget initiativ eller etter søknad unnta virksomheter fra krav i forskriften dersom det vil være særlig byrdefullt eller vanskelig å oppfylle kravene. I 2020 fikk tretten mindre virksomheter innvilget midlertidig unntak fra bruk av elektronisk pasientjournal pga. få pasienter.

Pr. 31.12.2020 hadde 14 helseforetak unntak fra § 6 nr. 4-8 om Mottak av svarrapporter. Unntaket gikk ut ved årsskiftet. Helseforetak mottar i liten grad svarrapporter fra andre, og svar på prøver som er utført i egen virksomhet er tilgjengelig elektronisk i eget system. Dette unntaket har derfor ikke påvirket den elektroniske samhandlingen i helsevesenet i særlig grad.

Direktoratet samarbeider tett med Norsk Helsenett for å bidra til at obligatoriske meldingsstandarder tas i bruk av de aktuelle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Blant annet gir Meldingsteller hos Norsk Helsenett datagrunnlag for antall meldinger som sendes og hvilke virksomheter som sender og mottar de ulike meldingene. For større virksomheter som helseforetak og kommuner, antas det at det er høy andel av virksomhetene som benytter pålagte standarder, foruten de som har fått unntak. For mindre private virksomheter, er det mer usikkert hvor høy andelen er. Dette skyldes at det finnes bare tallgrunnlag for de meldingene som faktisk sendes, og det finnes ikke tilsvarende datagrunnlag for antall virksomheter og antall meldinger som burde vært sendt.

<sup>17</sup> [Normen versjon 6.0](#)

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Etablere og forvalte et nasjonalt, standardisert språk (SNOMED CT i kombinasjon med helsefaglige kodeverk) for strukturering av informasjon i journalsystemene i samarbeid med aktørene i sektoren. Direktoratet skal understøtte aktørenes bruk av standardisert språk, herunder bistå Helseplattformen i Midt-Norge med utprøving og innføring.</i> |               |

Oppdraget løses gjennom Program for kodeverk og terminologi (PKT), som arbeider for å etablere et nasjonalt, standardisert språk (*Felles språk*).

I 2020 har PKT samarbeidet tett med Helseplattformen for å fylle Felles språk med innhold ved å lage nye begreper i SNOMED CT, mappe mellom flere kodeverk og SNOMED CT og oversette SNOMED CT til norsk.

Mye av arbeidet ble påbegynt i 2020, og en del leveranser ble ferdigstilt: I tråd med sektorens behov har 8 000 nye begreper blitt definert.

En del av begrepene, samt koblinger til FEST, er PKTs bidrag til SAFEST-prosjektet, som har som formål å etablere en felles kilde til strukturert legemiddelinformasjon i helsesektoren. I løpet av 2020 ble ca. 6 500 merkevarer koplet til 13 500 SNOMED CT-begreper med informasjon om bl.a. legemiddelform, virkestoff og styrke.

I 2020 ble terminologiserveren for SNOMED CT satt i drift. Serveren vil gjøre det enkelt å søke opp og få tilgang til SNOMED CT-begreper, både de internasjonale begrepene, norske oversettelser og særnorske begreper.

En milepæl har vært at Helsenorger tok i bruk deler av SNOMED CT og oversatte begrepene som benyttes i relevante publikumstjenester.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Vurdere hvordan internasjonale standarder for utveksling av data kan tas i bruk i Norge og hvordan Norge bør delta i det internasjonale arbeidet for å kunne utveksle informasjon på tvers av landegrensene, jf. Europakommisjonens strategier for grensekryssende utveksling av pasientopplysninger.</i> |               |

Direktoratet har engasjert seg i det internasjonale standardiseringsarbeidet, blant annet som leder av Nordisk ministerråds e-helse standardiseringsgruppe. Her har direktoratet vært pådriver for International Patient Summary (IPS) som informasjonsmodell for å strukturere eller referere oppsummerende pasientopplysninger i de nordiske landene. Standardiseringsgruppen arbeider for å påvirke det nasjonale arbeidet og arbeid i EU for å samordne kravene til grensekryssende og nasjonale utvekslinger av helsedata.

Basert på dette arbeidet har direktoratet gitt ut en veileder for IPS, som anbefaler standarden som rammeverk for deling av oppsummerende pasientopplysninger mellom virksomheter i Norge og med virksomheter i andre land. Bruk av standarden innebærer en tilpasning mot europeiske retningslinjer og standardiseringsarbeid, i tråd med anbefalt retning i Digitaliseringsrundskrivet og Én digital offentlig sektor (2019-2025). Det vil medføre at gapet til det europeiske markedet blir mindre.

Ved å tilpasse seg europeiske retningslinjer vil man lette overgangen ved eventuelle framtidige krav om utveksling av helseopplysninger i Europa. Det vil også tilrettelegge for å nå mål om grensekryssende helsetjenester som definert i EUs pasientrettighetsdirektiv (Artikkel 14), som også gjelder for Norge.

I 2020 har direktoratet fulgt med på det europeiske arbeidet gjennom Electronic Health Record Exchange format (EHRxF) og UNICOM-programmet. EHRxF omfatter utveksling av laboratoriesvar, bildedeling og epikrise, mens UNICOM ser på utveksling av legemiddelinformasjon. Dette er viktige områder for å sikre at internasjonale standarder i størst mulig grad skal tas i bruk på samme måte som i Europa for øvrig.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Følge opp anbefalingen om felles arkitektur og infrastruktur for velferdsteknologi i leveransen med frist 1. mars 2020.</i> |               |

Effektiv deling av informasjon mellom nye velferdsteknologiske løsninger og eksisterende fagsystem er en forutsetning for å realisere hele gevinstpotensialet ved innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren. Det har i 2020 vært gjennomført utprøving av en nasjonal tjeneste (velferdsteknologisk knutepunkt) som nettopp tilrettelegger for dette. Utprøvingen har foregått i samarbeid med 8 kommuner og deres leverandører. Over 700.000 journalnotater er formidlet gjennom velferdsteknologisk knutepunkt siden mars. Dette har resultert i spart tid i tjenesten ved at de slipper å registrere samme informasjon flere ganger. Dette har også bidratt til økt kvalitet gjennom færre feil i registreringen i forhold til manuell registrering i flere system, og raskere tilgang til oppdatert informasjon om pasienten. Over 50 kommuner har meldt interesse for å delta i denne utprøvingen. Det skal videre vurderes hvordan denne tjenesten kan bli en permanent nasjonal tjeneste til hele sektoren som en del av tilbudet om nasjonale samhandlingstjenester.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Videreføre arbeidet med modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet skal etablere en felles sektorløsning for distribusjon av folkeregisteropplysninger, starte tilpasning av nasjonale e-helseløsninger og starte nasjonal innføring av ny løsning for elektronisk innrapportering av fødsler og dødsfall til Folkeregisteret.</i> |               |

Arbeidet med å etablere en felles sektorløsning for distribusjon av folkeregisteret er forsinket, først grunnet en forsinket sky-anskaffelse, deretter koronapandemien og sist Schrems II-dommen. Dommen sier at personvernet til innbyggere i EU svekkes ved dataoverføring til USA, særlig grunnet amerikanske myndigheters vide fullmakter til å be om data utlevert. Dommen medfører at løsningen etableres i Norsk Helsenett SF sine egne datahaller. Utprøving av tjenesten er forsinket 6 mnd. pga. av dette og nasjonal innføring må gjennomføres ut 2023.

Arbeidet med å innføre elektronisk melding om dødsfall er fremskyndet pga. koronapandemien. Folkehelseinstituttet ba sektoren om å melde covid-19-dødsfall i ny løsning, noe som akselererte innføring betydelig. I tillegg tok KS sitt eKomp-nettverk ansvar for oppfølging lokalt, noe som har vist seg å være svært vellykket. Over halvparten av dødsfall i Norge meldes nå elektronisk.

Alle fødsler i helsesektoren meldes nå til nytt Folkeregister.

| <b>Spesielle oppdrag</b>  | <b>Status</b> |
|---|---------------|
| <i>Utarbeide en standard databehandleravtale med veileder, som sektoren kan benytte ved inngåelse av slike avtaler.</i> |               |

Standard databehandleravtale med veileder ble publisert på ehelse.no 22. desember 2020<sup>18</sup>.

Standardavtalen skal bidra til å sikre at helse- og personopplysninger blir behandlet i samsvar med regelverket når aktører i sektoren velger å benytte databehandlere.

Veilederen gir nærmere informasjon om avtalens innhold der det er relevant og informasjon med eksempler til hvordan avtalens vedlegg skal brukes og fylles ut.

Direktoratet for e-helse ønsker at virksomheter i helse- og omsorgssektoren benytter denne standardavtalen når de skal inngå databehandleravtale som omfatter behandling av helseopplysninger. Utbredt bruk av en standardisert avtale i sektoren vil forenkle både avtaleinngåelse og senere avtaleforvaltning for både dataansvarlige og databehandlere ettersom avtalestruktur og innhold blir ensartet og kjent.

Standardavtalen bygger videre på direktoratets tidligere mal for databehandleravtale fra 2018. Det er gjort strukturelle endringer i avtalen ved at selve avtaleteksten skal ligge fast og eventuelle endringer nedfelles i vedlegg. Avtalen er nå tydeligere rettet mot behandling av helseopplysninger.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Foreslå innretning på mulig strategi for informasjonssikkerhet for helse- og omsorgssektoren innen 15. oktober 2020, jf. risiko- og sårbarhetsvurdering for IKT i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Norsk Helsenett SF og i dialog med departementet.</i> |               |

Rapporten *Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren - Vurdering av behov og innretning*<sup>19</sup> ble levert Helse- og omsorgsdepartementet 15. oktober 2020.

Direktoratet for e-helse anbefaler i rapporten at det utarbeides en egen strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Denne strategien må være kort, poengtert og handlingsrettet. Den bør bygge videre på Nasjonal strategi for digital sikkerhet og målene i denne, men tilpasses og utdypes i tråd med sektorens særtrekk og behov. Strategien må være fremtidsrettet, og dekke hele sektoren. Formålene med strategien bør være å tydeliggjøre sikkerhetsbehov, roller og ansvar og identifisere relevante strategiske virkemidler og tiltak.

Anbefalingen ble utarbeidet i samarbeid med Norsk Helsenett og i dialog med departementet. I tillegg har en rekke interessenter i sektoren og andre fagmyndigheter vært involvert. Det er løftet frem en rekke relevante sikkerhetsutfordringer og gitt innspill til hva som bør være formålet med en strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren, og hvilke temaer som bør omfattes.

<sup>18</sup> [Standard databehandleravtale med veileder](#).

<sup>19</sup> [Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren – Vurdering av behov og innretning](#)

### Hovedmål 3: Bedre journal- og samhandlingsløsninger

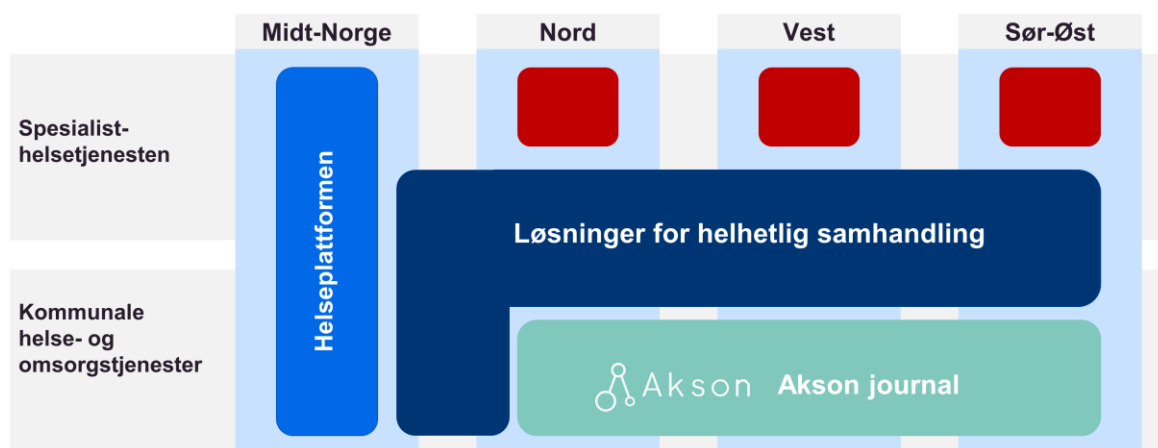
Bedre og mer moderne journalsystemer vil gi store gevinster for pasientbehandlingen, bedre informasjonsdeling og mer effektive arbeidsprosesser. Det er flere tiltak på dette området, både kortsiktige og langsiktige.

For å realisere målbildet i Én innbygger – én journal, gjennomføres det flere strategiske tiltak:

1. Helseplattformen i Helse Midt-Norge
2. Samordnet utvikling av de øvrige regionenes journal- og kurveløsninger i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord
3. Felles kommunal journalløsning (Akson)

De nasjonale løsningene for samhandling skal videreutvikles og styrkes. Dette vil være navet for å binde de ulike journalløsningene sammen.

De strategiske tiltakene er illustrert i figuren under:



Figur 1 Strategiske tiltak i Én innbygger - én journal

Helseplattformen er i gjennomføringsfase og har nylig forskjøvet planene sine med seks måneder. Innføring planlegges fra mai 2022.

For Helse Vest RHF, Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF, er arbeidet med DIPS Arena og kurveløsninger i gang. Helse Nord RHF planlegger å ferdigstille innføring av DIPS Arena i alle helseforetak i løpet av 2021, og Helse Vest RHF i løpet av 2022. Det mangler forpliktende planer for full utrulling av DIPS Arena til alle helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. For kurveløsningene planlegges innføring i alle helseforetak i Helse Nord RHF i løpet av 2022, i Helse Vest RHF i løpet av 2021 og i Helse Sør-Øst RHF i løpet av 2021.

Det gjøres forberedelser for å etablere virksomheten som etter hvert skal ha ansvaret for å etablere, anskaffe og drifte felles kommunal journalløsning. Det tas sikte på at virksomheten etableres innen 1. juli 2021. Program helhetlig samhandling startet opp i Direktoratet for e-helse i januar 2021.

Det er uklart hvilke regionale programmer og prosjekter som til sammen utgjør området "modernisering av journalsystemene" og i hvor stor grad de ulike DIPS- og kurveløsningene vil være like med hensyn til funksjonalitet og struktur. En årlig rapportering på helheten av dette området, der leveranser knyttes opp til det funksjonelle målbildet, vil gi et realistisk bilde av risiko og en mulighet til å iverksette nødvendige tiltak. For å oppnå en slik helhetlig



rapportering, vil det for eksempel være formålstjenlig med en statusrapportering fra Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord som omhandler helheten i moderniseringsarbeidet, på lik linje med rapporteringen som kommer fra Helseplattformen. En slik rapportering vil tilsvarende være nyttig fra virksomheten Akson journal AS og program Helhetlig samhandling.

Det er en risiko på dette området da det ikke er tydelige planer for helheten som til sammen sannsynliggjør at målbildet for Én innbygger – én journal nås. Gjentatte utsettelse i innføringen av DIPS Arena medvirker også til økt risiko. Det understrekes at dette er en overordnet vurdering, og direktoratet anerkjenner at det pågår mye positivt arbeid. Direktoratet har redegjort nærmere for dette i vår vurdering av måloppnåelse av Nasjonal helse- og sykehusplan. Vurderingen ble sendt til departementet november 2021.

De nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, Helsenorge og e-resept er, sammen med helsenettet, selve bærebjelken i dagens samhandlingsstruktur og sikrer samhandling på tvers av de strategiske tiltakene. Det er i 2020 utarbeidet et veikart som gir en oversikt over utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger for perioden 2021-2025<sup>20</sup>.

Direktoratet for e-helse har i 2020 gjennomført flere tiltak knyttet til endringene som ligger i veikartet:

- Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge
  - Direktoratet har levert innspill til høringsnotat og forskriftsbestemmelser om tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger inkludert Helsenorge.
  - Underlaget til veikart for nasjonale e-helseløsninger inkluderer en situasjonsanalyse av hvilke aktører som har tatt i bruk de aktuelle tjenestene på Helsenorge.
- Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging
  - Det ble i oktober levert en plan til departementet med anbefaling om hvordan man bør gå frem for å etablere felles rammer og arkitektur for data- og dokumentdeling relatert til behov innen digital hjemmeoppfølging<sup>21</sup>.
- Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste
  - Våren 2020 ble det gjennomført en ekstern vurdering av Legemiddelprogrammet
  - Det er utarbeidet et sentralt styringsdokument for Legemiddelprogrammet som tydeliggjør konsept og mål for pasientens legemiddelliste og tilgrensende aktiviteter
  - Sentral forskrivningsmodul er utviklet i henhold til revidert plan og de ulike aktørene har besluttet hvordan løsningen skal tas i bruk i sin egen organisasjon
  - Utprøving av pasientens legemiddelliste har forankret planer med involverte aktører
  - Utprøving av Multidose er i gjennomføring som et skritt på veien mot pasientens legemiddelliste
  - Kjernejournal er innført i 21 av 50 nye kommuner siden det er en forutsetning for å realisere gevinstene av pasientens legemiddelliste

<sup>20</sup> [Veikart for nasjonale e-helseløsninger](#)

<sup>21</sup> [Digital hjemmeoppfølging – tilnærming til helhetlig samhandling](#)

- Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon
  - Det er utviklet et API i kjernejournal slik at helsepersonell kan registrere og lese kritisk informasjon i sitt kliniske fagsystem som synkroniserer informasjon med nasjonal kjernejournal
- Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp
  - Det er utarbeidet et notat med foreløpige planer for dokumentdeling i samarbeid med sektoren.
  - I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF er det startet utprøving av deling av epikriser og ulike sammenfatninger.
- Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt
  - Gjennom forprosjekt for Akson er det i 2020 lagt planer for gjennomføring av et prosjekt som skal gi helsepersonell tilgang til laboratorie- og radiologisvar.

### Rapportering på spesielle oppdrag og styringsparametere

| <b>Styringsparameter/resultatmål</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Antall kommuner som har signert intensjonserklæringer om tilslutning til Akson.</i> |               |

Helse- og omsorgsdepartementet inviterte 24. april 2020 alle landets kommuner utenfor Midt-Norge til å undertegne intensjonserklæringen om Akson. Intensjonserklæringen uttrykte kommunens støtte og intensjon om deltakelse i det videre arbeidet med Akson. Det ble satt et mål om at kommuner som til sammen representerer over halvparten av innbyggerne utenfor Midt-Norge skulle signere intensjonserklæringen før 1. juli 2020. 185 kommuner, som til sammen representerer 65 % av innbyggerne utenfor Midt-Norge, signerte intensjonserklæring.

Direktoratet for e-helse samarbeidet med KS og Helse- og omsorgsdepartementet om kommunikasjonstiltak og forankringsprosess i forbindelse med innhenting av intensjonserklæringene.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Fullføre forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journal (Akson) innen 1. mars og følge opp arbeidet i tråd med departementets behandling av forprosjekt- og KS2-rapporten og bidra til forankring av tiltaket i sektoren.</i> |               |

Direktoratet for e-helse fullførte i 2020 forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journal (jf. tillegg til tildelingsbrev nr. 3 2019). Sentralt styringsdokument ble oversendt 29. februar 2020<sup>22</sup>. I tråd med statens prosjektmodell (KS-ordningen) har sentralt

<sup>22</sup> [Sentralt styringsdokument Akson - Helhetlig samhandling og felles kommunal journaløsning](#)



styringsdokument gjennomgått ekstern kvalitetssikring (KS2). Rapporten ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet den 26. juni 2020<sup>23</sup>.

Nasjonalt e-helsestyre, som styringsgruppe for Akson forprosjekt, ga i møte 27. februar sin tilslutning til hovedanbefalingene i sentralt styringsdokument, men med kommentarer til flere forhold til sitt felles vedtak. I tillegg la kommunesektorens representanter en egen uttalelse til grunn for sin støtte til hovedinnretning der det ble påpekt flere områder det måtte arbeides videre med.

| <b>Spesielle oppdrag</b>  | <b>Status</b> |
|---|---------------|
| <i>Forberede en eventuell notifikasjon av en felles journalløsning for kommunene utenfor Midt-Norge. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet.</i> |               |

Direktoratet for e-helse har understøttet departementet i notifikasjon av en felles journalløsning for kommunene utenfor Midt-Norge (Akson). 25. november 2020 notifiserte Norge til ESA planene for finansiering av tiltaket og etableringen av et offentlig eid selskap til å forvalte løsningen, kalt Akson journal AS. Norge ba ESA om en bindende forhåndsuttalelse om at tiltaket ikke faller inn under statsstøttereglene.

Statsstøttereglene setter begrensninger for at virksomheter som driver økonomisk aktivitet i konkurranse med andre mottar offentlig støtte, som vil kunne gi dem en konkurransefordel. ESA konkluderte imidlertid 9. desember 2020 med at oppgavene Akson journal AS vil utføre i forbindelse med Akson ikke vil utgjøre økonomisk aktivitet i støtterettslig forstand. Tjenestene som vil tilbys vil ha nær tilknytning til det norske solidaritetsbaserte helsesystemet, og vil være en naturlig del av det offentliges lovpålagte forpliktelse til å yte helsetjenester overfor innbyggerne. Tiltaket vil derfor ikke omfattes av statsstøttereglene, og den offentlige finansieringen av tiltaket vil følgelig ikke utgjøre ulovlig statsstøtte.

| <b>Spesielle oppdrag</b>  | <b>Status</b> |
|---|---------------|
| <i>Understøtte og følge med på arbeidet med Helseplattformen i Midt-Norge og de øvrige regionale helseforetakenes arbeid med å modernisere journalsystemene, jf. de regionale helseforetakenes felles plan om grensesnitt med nasjonale løsninger og overgang til strukturert journal av 29. november 2019.</i> |               |

Det nasjonale målbildet for Én innbygger – én journal skal oppnås gjennom tre strategiske og parallelle tiltak. Dette inkluderer innføring av Helseplattformen i Helse Midt-Norge RHF og modernisering av journalsystemer i de øvrige regionale helseforetakene. Risiko knyttet til måloppnåelse på direktoratets oppdrag *Understøtte og følge med på arbeidet med Helseplattformen i Midt-Norge og de øvrige regionale helseforetakenes arbeid med å modernisere journalsystemene* vurderes som gult ut fra at det ikke er tydelige planer for helheten som til sammen sannsynliggjør at målbildet for Én innbygger – én journal nås. Videre er det risiko knyttet til parallell utvikling og innføring av både regionale og nasjonale løsninger.

<sup>23</sup> [KS2-rapport for Akson](#)

Det er etablert et tett samarbeid mellom direktoratet og Helse Midt-Norge RHF om innføring av Helseplattformen. *Samarbeidsavtale vedrørende Helseplattformen* ble inngått mellom Helseplattformen AS, Helse Midt-Norge RHF og Direktoratet for e-helse i 2019. Norsk Helsenett SF trådte inn i avtalen 1. januar 2020, etter å ha overtatt ansvaret for de nasjonale e-helseløsningene E-resept, Kjernejournal, grunndata, HelseID og Helsenorge. Avtalen regulerer:

- Samarbeid knyttet til det nasjonale målbildet om Én innbygger – én journal.
- Nasjonale krav og retningslinjer og Helseplattformens behov for nasjonale beslutninger og føringer.
- Samarbeid knyttet til integrasjon med de nasjonale løsningene for å ivareta partenes oppdrag.

Prosjektavtaler underlagt samarbeidsavtalen detaljerer partenes ansvar og oppgaver på aktuelle område. I 2020 ble det etablert to prosjektavtaler som regulerer områdene felles språk og e-reseptintegrasjon. Det er et pågående arbeid med å ferdigstille prosjektavtaler knyttet til samhandlingsområdet og prosjektavtale knyttet til digitale innbyggertjenester.

I juni 2020 ble Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF invitert til å stille med hver sin observatør i Executive Steering Committee. Hensikten med nasjonal deltakelse i Helseplattformens i beslutningsstruktur er å ivareta rollen Helseplattformen har som utprøvsarena for det nasjonale målbildet Én innbygger – én journal, og ytterligere bidra til tett samarbeid og at de nasjonale aktørene prioriterer Helseplattformen.

De øvrige regionale helseforetakene er i gang med å modernisere sine journal- og kurveløsninger. De har valgt en noe ulik strategi på oppgradering og modernisering. Det er fremdeles noe uklart hvilke regionale programmer og prosjekter som til sammen utgjør området "modernisering av journalsystemene" og i hvor stor grad de ulike DIPS- og kurveløsningene vil være like med hensyn til funksjonalitet og struktur.

De regionale helseforetakene rapporterer til nasjonal portefølje tre ganger årlig. De regionale helseforetakene har rapportert at fremdriften i arbeidet med å modernisere sine journal- og kurveløsninger er påvirket av pandemien og leverandørutfordringer.

Det er ønskelig med en årlig rapportering på helheten av dette området, med leveranser knyttet opp til det funksjonelle målbildet. En slik rapportering vil gi et realistisk bilde av risiko og en mulighet til å iverksette nødvendige tiltak. For å oppnå en slik helhetlig rapportering, vil det være formålstjenlig med en statusrapportering fra Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF som omhandler helheten i moderniseringsarbeidet, på lik linje med rapporteringen som kommer fra Helseplattformen. En slik rapportering vil tilsvarende være nyttig fra virksomheten Akson journal AS og Program helhetlig samhandling.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Gjennomføre nødvendige tiltak for å prøve ut pasientens legemiddelliste i Helse Vest RHF og Bergen kommune. Videre skal tiltak som understøtter digitalisering av legemiddelområdet i Helseplattformen og arbeidet med Akson prioriteres.</i> |               |

Direktoratet for e-helse har videreført samarbeidet med Helse Vest RHF og Bergen kommune for å gjennomføre nødvendige tiltak for å prøve ut pasientens legemiddelliste.

Direktoratet for e-helse fikk i mai 2020 tilsagn om finansiering fra Medfinansieringsordningen i Digitaliseringsdirektoratet, for utprøving av pasientens legemiddelliste (PLL) i Bergen kommune.

Utprøvningsprosjektet startet i september 2020 og gjennomføres i tett samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Helse Vest RHF og Bergen kommune. Det planlegges utprøving med fastleger, sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste i første fase, og deretter legevakt og avtalespesialister. Klinikere fra både Helse Vest RHF og Bergen kommune deltar aktivt i prosjektet.

Høsten 2020 satte prosjektet i gang flere sentrale aktiviteter. Det gjøres kartlegging av dagens situasjon med arbeidsprosesser og systemstøtte hos utprøvningsaktørene, og det forberedes nullpunktsmålinger som grunnlag for evaluering av utprøvingen og de forventede gevinstene av PLL. Videre er det etablert en arbeidsgruppe som skal diskutere blant annet hvilke legemiddelrelaterte data som skal inngå i PLL og hvordan PLL skal brukes i praksis i de ulike segmentene av helsevesenet ("PLL i praksis"). Gruppen består av representanter fra de fire regionale helseforetakene, Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, KS/kommuner, Apotekforeningen og Legeforeningen. Det er også påbegynt utvikling av støtte for PLL til utprøvningsaktørene og arbeid med endrings- og innføringsstrategi for PLL i utprøvingen.

Direktoratet for e-helse har gjennom legemiddelprogrammet og utviklingen av Sentral Forskrivningsmodul (SFM) tilrettelagt for Helseplattformen en stegvis tilnærming til integrasjon med e-resept, utvikling av e-multidose og PLL funksjonalitet. Når Helseplattformen er koblet på e-resept med SFM, vil helsepersonell i sykehus, kommune og fastlege i Helse Midt-Norge kunne dele legemiddelinformasjon i takt med at de tar Helseplattformen i bruk. Senere når det er utviklet funksjonalitet for pasientens Legemiddelliste i Helseplattformens EPJ, vil de være tilrettelagt for deling av PLL utover Helseplattformen.

Det vil være nødvendig for Akson journal å koble felles kommunal journalløsning til e-reseptkjeden. Akson Journal har lagt til grunn at felles journalløsning vil benytte SFM, og utviklingen av SFM representerer derfor en avhengighet for felles journalløsning. Direktoratet har prioritet på oppfølging av denne avhengigheten. Arbeidet er i henhold til plan.

| <b>Spesielle oppdrag</b>  | <b>Status</b> |
|---|---------------|
| <i>Utarbeide nasjonale veiledere og retningslinjer for deling av data og dokumenter i helse- og omsorgssektoren, både på kort og lang sikt.</i> |               |

Direktoratet for e-helse sendte i november 2019 et utkast til veileder for åpne API i helse- og omsorgssektoren på innspillrunde med frist til mars 2020. Det kom innspill fra åtte aktører. Innspillene er vurdert og innarbeidet, og veilederen ble ferdigstilt og publisert i mai 2020<sup>24</sup>.

Direktoratet for e-helse sendte våren 2020 et utkast til målarkitektur for datadeling i helse- og omsorgssektoren på innspillrunde i sektoren. Det kom mange gode innspill fra i alt 15 aktører. Innspillene er vurdert og innarbeidet og målarkitekturen planlegges ferdigstilt og publisert i mars 2021. Felles tillitsmodell skal understøtte både dokument- og datadeling. Prosjektet felles tillitsmodell har i 2020 utarbeidet en sluttrapport som vil være underlag til operasjonalisering av felles tillitsmodell i program for helhetlig samhandling. Rapporten

<sup>24</sup> Veileder for åpne API i helse- og omsorgssektoren: <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/veiledning-for-%C3%A5pne-api-i-helse-og-omsorgssektoren>

beskriver konseptet med prosesser og nødvendige funksjoner for etableringen av et tillitsanker. Konseptet og krav til de ulike rollene i modellen er forankret med arbeidsgrupper og utvalg med representanter fra sektoren.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Bidra til kvalitetsheving av dagens elektroniske pasientjournaler for legekantor og fysioterapeuter, jf. EPJ-løftet som videreføres for avtaleåret 2019/2020.</i> |               |

EPJ-løftet har hatt et høyt aktivitetsnivå i 2020, og bidratt til at det er gjennomført aktiviteter i elektroniske pasientjournalssystemer som hever kvaliteten i pasientbehandlingen, på både kort og lengre sikt. "Fastlegeknappen" for identifisering av pasientens fastlege er etablert i EPJ-systemene. I systemer for fysio- og manuellterapeuter er det etablert funksjon for bedre kvalitet og brukervennlighet i journalskriving. For avtalespesialister er det etablert en forbedret digital innrapportering til Norsk pasientregister. EPJ-løftet har inngått avtale med Norsk Helsenett SF for etablering av tjenester for digital dialog via Helsenorge for pasienter til fysio- og manuellterapeuter.

I 2020 har EPJ-løftet fulgt opp Handlingsplan mot antibiotika-resistens ved tiltaket Mulighet for å endre varighet på antibiotika-resepter. Med unntak av én EPJ-leverandør er aktuell funksjonalitet i EPJ-systemene levert eller under utvikling. Forsinkelsene i leverandørenes arbeid med dette skyldes prioriteringer av koronatiltak. Arbeidet følges videre tett opp i 2021.

EPJ-løftet har bidratt til bekjempelse av koronapandemien gjennom en rekke tiltak. EPJ-systemene har blitt oppdatert med diagnosekoder for covid-19 påvist og mistanke. Det er gjennomført anskaffelse av verktøy for uttrekk av risikopasienter og timebestilling av fellesressurser på legekantor (herunder vaksinasjonstimebok) med full markedsdekning for fastleger. Alle EPJ-leverandørene har gjennom prioritering av dette bidratt i den nasjonale dugnaden for bekjempelse av pandemien.

En begrenset utviklingskapasitet hos EPJ-leverandørene over tid har samtidig medført at flere av EPJ-løftets avtalte leveranseprosjekter stadig bes utsatt. Dette svekker digitaliseringstakten i sektoren.

EPJ-løftet har tilrettelagt for økt fart på digitalisering som understøtter smittevernsarbeid i sektoren. I perioden har det blitt åpnet opp og videreutviklet møtepunkter med leverandørene, anskaffelsesfaglig (juridisk) metodeverk og praksiser for konseptutvikling som i større grad hensyntar behov som går på tvers av etater og brukergrupper.

## **Hovedmål 4: Oppdaterte og tilgjengelige helsedata**

Helsedataprogrammet har i 2020 fortsatt arbeidet innenfor en godt etablert og velfungerende programorganisasjon og har samarbeidet tett med berørte produsenter og konsumenter av helsedata. I 2020 har programmet for fullt tatt steget over i en gjennomføringsfase og opplever økende bruk av tjenester som allerede er lansert.

Helsedataprogrammet har allerede lagt til rette for bedre utnyttelse av helsedata gjennom videreutviklingen av et felles søknadsskjema og helsedata.no, med stadig økende antall datakilder og variabler. Helsedata.no ble i 2020 lansert i engelsk versjon. 2020 resulterte i en økning i antall søknader sammenlignet med året før. Økningen skyldes hovedsakelig covid-

19-relaterte søknader med formål kvalitetssikring, administrasjon eller styring. Også andelen komplette søknader øker, noe som tyder på at tilgangen til helsedata stadig blir enklere.

Parallelt med videreutviklingen av tjenestene på helsedata.no har programmet gjennomført en anskaffelse av data- og analysetjenester, og er dermed ett skritt nærmere realiseringen av Helseanalyseplattformen som en nasjonal løsning for analyse av helsedata. Data fra flere registre er også klare for overføring til plattformen når direktoratet får hjemmel til å motta og behandle helse- og personopplysninger fra disse registrene.

2020 var også året da sentrale juridiske og organisatoriske milepæler ble nådd. I november vedtok Stortinget forslag til endringer i helseregisterloven. Forslag til ny forskrift om en nasjonal løsning for tilgjengeliggjøring av helsedata til sekundærformål sendes ut på høring våren 2021. I desember ble det også kunngjort at regjeringen har besluttet at hovedtyngden av Helsedataservice som en førstelinjetjeneste for tilgang til helsedata skal lokaliseres til Tynset. Det vil ta tid å rekruttere og lære opp nye ansatte ved et nytt kontor, og det forventes at overføringen av vedtaksmyndighet for tilgang til helsedata vil forsinkes som følge av dette.

### Rapportering på spesielle oppdrag og styringsparametere

| Styringsparametere   | Status |
|--|--------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Antall helseregistre, kvalitetsregistre og helseundersøkelser som tilbyr digitale innbyggertjenester for innsyn, samtykke og reservasjon.</i></li><li>• <i>Antall digitale skjemaer formidlet til innbyggere fra registre og forskningsprosjekter.</i></li><li>• <i>Bruk av sikker filoverføringstjeneste for overføring mellom helsedataforvaltere og til forskere og andre sekundærbrukere av helsedata.</i></li><li>• <i>Antall helseregistre, kvalitetsregistre og helseundersøkelser som har tatt i bruk felles søknadsskjema og saksbehandlingsløsning.</i></li></ul> |        |

Helsedataprogrammet har i 2020 fortsatt utbredelsen av løsningene utviklet i programmet og har gjennom året opplevd økt bruk på tvers av alle tjenester.

Ved utgangen av 2020 er det totalt 11 helseregistre som tilbyr elektronisk innsynsløsning via Helsenorge. Forberedelser har startet på ytterligere fem registre og det forventes ytterligere økning i 2021. Norsk intensiv- og pandemiregister tok i bruk reservasjonsløsningen på Helsenorge i juni 2020 og flere registre er interessert i samme løsning.

Det er nå fokus på oppkobling av samtykkeløsning for forskere som ønsker å komme i kontakt med innbygger, og det jobbes med å avklare behov og planlegge oppkobling for flere registre. Digitale skjemaer er også i bruk på Helsenorge.

Gjennom året har det vært en jevn økning i bruken av filoverføringstjenesten. Samlet er det registrert i overkant av 450 filoverføringer siden lanseringen av tjenesten i juli 2019.

Med søknadsskjemaet på helsedata.no kan brukere av data nå søke om tilgang til opplysninger fra datakilder som forvaltes av Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Krefregisteret. Ved utgangen av 2020 var totalt 51 helseregistre, kvalitetsregistre og helseundersøkelser tilgjengelig via felles søknadsskjema.

Felles saksbehandlingsløsning er utviklet og satt til utprøving. Lanseringen av løsningen er utsatt til februar 2021.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Gjennomføre anskaffelse av grunnleggende infrastruktur og realisere helseanalyseplattformen innenfor styringsrammen som ble fastsatt etter eksterne kvalitetssikring (KS2) av Helse-dataprogrammet. Direktoratet skal sørge for gode prosesser og tilstrekkelige avsetninger for å håndtere risiko og sikre god gjennomføring. Direktoratet skal rapportere om status i forhold til planer for realisering av helseanalyseplattformen, vurdering av risiko og oppdaterte framskrivninger i sammenheng med ordinære frister for rapportering i styringskalenderen.</i> |               |

Helse-dataprogrammet ferdigstilte våren 2020 anskaffelse av data- og analysetjenester, og har startet arbeidet med å realisere Helseanalyseplattformen. Arbeid med behovsanalyser og løsningsdesign ble startet høsten 2020, og løsning for dataplattform med innebygget personvern er planlagt ferdigstilt i løpet av andre kvartal 2021. Samme kvartal vil løsning for mottak av dataprodukter være etablert. Andre løsninger, som analyserom, syntetiske data og kohortutforsker, er planlagt lansert i løpet av 2021.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Vurdere og følge opp anbefalingene fra den eksterne kvalitetssikringen av helseanalyseplattformen, herunder bistå registerforvalterne med å gjennomføre nødvendige endringer i registrene, jf. KS2-rapporten.</i> |               |

Helse-dataprogrammet har i etterkant av den eksterne kvalitetssikringen gjort en vurdering av alle anbefalinger og fordelt ansvar for oppfølging av disse. Programmet rapporterer månedlig på oppfølgingen av tiltakene til departementet, hvor oppfølgingen igjen kvalitetssikres av A2.

Gjennom samarbeidet med de innføringsansvarlige i registrene blir det tilrettelagt for å etablere nødvendig endringskapabilitet i registrene. Programmet har også bidratt med å legge rammene for innførings- og gevinstarbeidet, og bistå registrene basert på den enkelte virksomhets behov. For å styrke innføringsarbeidet bistår programmet både med medfinansiering av pukkelkostnader og kapasitet inn i prosjektene hos registerforvalterne.

| <b>Spesielle oppdrag</b>   | <b>Status</b> |
|--|---------------|
| <i>Forberede overføring av data til helseanalyseplattformen, etablere en nasjonal prosess for metadataforvaltning for helsedata på helseanalyseplattformen og bistå registerforvalterne med harmonisering av registervariablene.</i> |               |

Arbeidet med å etablere produksjonslinjer for leveranse av data og metadata fra registerforvalter til Helseanalyseplattformen pågår, og det er etablert prosjekter hos Folkehelseinstituttet, Kreftregisteret og Helsedirektoratet som skal arbeide frem dataprodukter for overføring til plattformen. Data fra NPR, KPR, Dødsårsaksregisteret, Kreftregisteret og Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft er klare for overføring til Helseanalyseplattformen når direktoratet får hjemmel til å motta og behandle helse- og personopplysninger fra disse registrene.



| <b>Spesielle oppdrag</b>  | <b>Status</b> |
|---|---------------|
| <i>I regi av Helsedataprogrammet bidra til at informasjonen om personvern og informasjonssikkerhet på de aktuelle nettsidene til helseregistrene er oppdatert</i> |               |

Arbeidet med dette er ikke fullført i 2020 og videreføres i programmets planer for 2021. Informasjonen om dette skal koordineres i sammenheng med øvrig informasjon om personvern, informasjonssikkerhet og løsninger for innsyn i opplysninger når Helseanalyseplattformen blir satt i produksjon i 2021. På det tidspunktet blir det viktig at informasjon er konsistent og helhetlig på tvers av nettsidene for de involverte aktørene.

| <b>Spesielle oppdrag</b>  | <b>Status</b> |
|---|---------------|
| <i>Gjøre en nærmere vurdering og konkretisering av oppgavene til Helsedataservice som grunnlag for beslutningen om organisatorisk forankring. Vurderingen skal ta utgangspunkt i høringsnotatet og innspill fra høringen av forslag om tilgjengeliggjøring av helsedata (endringer i helseregisterloven mm.). I tillegg skal vurderingen inneholde en beskrivelse av grenseflatene til andre sentrale aktører og/eller funksjoner, og et forslag til gjennomføringsplan med oppdaterte vurderinger av økonomiske og administrative konsekvenser, gitt at denne funksjonen legges til Direktorat for e-helse. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med aktørene som inngår i interimsorganisasjonen for Helsedataservice. Frist for leveransen er 1. mai 2020.</i> |               |

Helsedataprogrammet leverte i mai rapporten «Organisering av Helsedataservice som nasjonal forvalter av tilgang til helsedata» med vurderinger og konkretisering av oppgavene til Helsedataservice som grunnlag for beslutningen om organisatorisk forankring. Aktørene som inngår i Helsedataservice interim – Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Kreftregisteret, de regionale helseforetakene representert ved Helse Nord RHF og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering – var tett involvert i utarbeidelsen av rapporten.

Direktoratets anbefaling er at Helsedataservice bygges opp stegvis i takt med sluttbrukernes behov og etterspørselen etter helsedata. På daværende tidspunkt ble det anbefalt en minimumsbemanning på 26 årsverk gitt plassering i Direktoratet for e-helse i Oslo.

I påvente av beslutningen om lokalisering og organisatorisk plassering har programmet arbeidet videre med planlegging av etableringen av Helsedataservice. I desember ble det besluttet at Helsedataservice skal lokaliseres på Tynset, noe som endrer forutsetningene for en del av vurderingene som ble gjennomført i oppdraget.

## Andre føringer

Under følger statusrapportering på andre føringer gitt i tildelingsbrevet for 2020 som det er relevant å rapportere på.

### Realisering av målbildet i Nasjonal helse- og sykehusplan

*Direktoratet for e-helse skal i planperioden for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Meld. St. 7 (2019-2020), hvert år innen 15. oktober gi departementet en samlet vurdering av tjenestenes og egen måloppnåelse knyttet til gjennomføring av nødvendige digitaliseringstiltak for å realisere målbildet i Nasjonal helse- og sykehusplan. Vurderingen skal legge vekt på å belyse risiko for gjennomføring av tiltak og oppnåelse av mål, og*

*identifisere avhengigheter mellom tiltak. Vurderingen skal sammenfattes uten nye krav til rapportering fra tjenestene. Leveransen skal ses i sammenheng med direktoratets innspill til styringssignaler for 2021.*

Nasjonal helse- og sykehusplan gir et overordnet mål bilde for utviklingen av pasientbehandlingen i planperioden. Realiseringen av pasientens helsetjeneste krever endringer i måten oppgavene løses på. Mange av endringene forutsetter gjennomføring av digitaliseringstiltak. Planen setter retning og ramme for gjennomføring og prioritering av konkrete digitaliseringstiltak i planperioden.

Direktoratet for e-helse og de regionale helseforetakene har gjennom tildelingsbrev, oppdragsbrev og foretaksmøter i 2020 fått oppdrag som bidrar til at ulike digitaliseringstiltak i planen blir gjennomført. Direktoratet har vurdert risiko knyttet til måloppnåelse av disse oppdragene. Vurderingene er gjort ut fra direktoratets kjennskap til arbeidet, uten ekstra rapporteringsbyrde for aktørene. Sekundært har direktoratet gitt en tidlig vurdering av risiko knyttet til måloppnåelsen i hele planperioden for Nasjonal helse- og sykehusplan.

Det er tidlig i planperioden, og det er derfor fortsatt en grad av usikkerhet knyttet til gjennomføringen. Pandemien har også påvirket gjennomføringen av flere av digitaliseringstiltakene i helsetjenesten dette året. Det har vært behov for å gjøre omprioritering fra noen av de langsiktige tiltakene, for å få plass løsninger som dekker de akutte behovene som pandemien har medført.

Arbeidet med en årlig vurdering av måloppnåelsen til Nasjonal Helse- og sykehusplan er et godt verktøy for å identifisere tiltak for å trygge måloppnåelse og for å eventuelt gjøre prioriteringer mellom ulike områder.

### **Involvering av næringslivet**

*I tråd med Meld. St. 18 (2018-2019) Helsenæringsmeldingen skal markedet i størst mulig grad benyttes til utvikling av nye tjenester og løsninger. For å stimulere til næringsutvikling skal næringslivet involveres i planlegging og utforming av planer og veivalg for å sikre best mulig utnyttelse av næringslivets kompetanse og ressurser. Virksomhetene må sørge for at rutiner for samarbeid med næringslivet er på plass. Det må sikres forutsigbarhet, transparens, lovlighet og etikk. Det skal benyttes innovative offentlige anskaffelser der dette er relevant.*

I 2020 har Direktoratet for e-helse involvert markedet i direktoratets egne prosjekter, programmer og initiativer, samt arbeidet for å forenkle rammene for næringslivsaktørenes samarbeid med sektoren.

I 2020 deltok ulike næringslivsaktører med tjenesteleveranser på Helsenorge-plattformen. Blant disse finner vi journalleverandører, videoleverandører og leverandører som utvikler og leverer apper, prate-roboter og verktøy for mestring.

Forprosjektet for Akson videreførte arbeidet fra 2019 frem mot sluttleveranse i februar 2020. I forprosjektet gjennomførte direktoratet en markedsdialog for å innhente oppdatert informasjon om leverandørenes produkter, tjenester og markedsstrategier. I denne dialogen ble leverandørene også bedt om å gi innspill på flere sentrale tema, herunder på kontraktstrategi og på hvordan anskaffelsene burde deles opp. Norske og internasjonale leverandører av journalløsninger, leverandører av samhandlingsløsninger, systemintegratorer og leverandørenes bransjeorganisasjoner ble invitert, og det ble informert



på ehelse.no. I tillegg har Direktoratet gjennomført en rekke individuelle møter med leverandørene.

Etter leveranse av forprosjektet har direktoratet avholdt flere oppfølgingsmøter, både i regi av direktoratet selv og på tilstelninger og arrangementer i øvrige aktørers regi. Direktoratet deltok på flere dialogmøter om Akson i samarbeid med KS i mai 2020, KS og Norway Health Tech i juni 2020, samt i regi av digitaliseringsdirektoratet i august 2020. Direktoratet har også deltatt med innlegg og i debatter på konferanser som Norstella, EHIN med videre.

I november 2020 arrangerte direktoratet et åpent informasjonsmøte om program helhetlig samhandling (tidligere Akson samhandling). Fra høsten 2020 tok kommunene over ledelsen av Akson journal og etablerte et samarbeidsprosjekt mellom staten, kommunene og KS. Leverandørdialog i forbindelse med Akson journal vil bli videreført der.

Helsedataprogrammet har involvert og samarbeidet med leverandørmarkedet på flere måter. Direktoratet har i 2020 samarbeidet tett med Norsk Helsenett og deres underleverandører Capgemini og Accenture, både i rollen som oppdragsgiver og som samarbeidspartner. Dette samarbeidet har omfattet både saksbehandlingsløsningen og data- og analysetjenesten på Helseanalyseplattformen. I tillegg har programmet sørget for at arbeidsgruppen for innovasjon og næringsutvikling er bekledd av deltakere fra næringslivet og sektoren, og at resultater brukes aktivt. Arbeidsgruppen gir blant annet innspill til hvordan Helseanalyseplattformen kan utvikles til å bli et analyseøkosystem som kan tilrettelegge for et marked for data- og tjenesteleverandører. I tillegg har programmet hatt dialog med næringslivet på flere ulike møtearenaer, gjennom fagnettverket, bransjeforeninger, samt deltatt med foredrag og i paneldiskusjoner på konferanser med bransjen.

I 2020 har Direktoratet søkt samarbeid med eksterne aktører i arbeidet med Utviklingstrekkrapporten. Gjennom dette samarbeidet har Direktoratet tilegnet seg kunnskap om e-helsenæringen og styrket sin kontakt med næringslivet, samtidig som Direktoratet har videreformidlet denne kunnskapen til næringslivet og sektoren gjennom utgivelsen. Utover dette har Direktoratet gjennomført møter og andre aktiviteter der næringslivet har vært involvert, eksempelvis webinar om globale teknologiselskapers betydning for e-helse.

I 2020 inngikk direktoratet en avtale med den norske helseinkubatoren Aleap. Dette er et non profit-selskap som samler helseinnovasjonsmiljøene i et nasjonalt nettverk. Aleap representerer over 50 ulike oppstartsbedrifter, og gir aktørene en felles arena for samarbeid og utvikling som involverer både industrien, offentlig sektor, akademia og innovasjonsmiljøer. Avtalen skal bidra til å legge til rette for at aktørene kan finne nye måter å samarbeide på, slik at man kan utvikle nye helseløsninger og -tjenester i fellesskap.

Legemiddelprogrammet har videreført den kontinuerlige og utstrakte dialogen og samarbeidet med leverandørmarkedet. I 2020 overtok Norsk Helsenett en større del av ansvaret for denne markedsdialogen.

I arbeidet med å stoppe spredningen av koronaviruset iverksatte Direktoratet tett dialog med leverandører om ekstraordinære tiltak innenfor velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Leverandørene bidro til å finne løsninger som skulle oppnå trygg og smittesikker hjemmeoppfølging av smittede pasienter, samt begrense fysisk kontakt mellom hjemmetjenesten og innbygger. Leverandører bidro med innhold til veiledere (webinarer, kvikk-guide og videoer) som kommunene kunne bruke, og de tilpasset løsninger som allerede var i bruk til oppfølging av koronasmittede.

## Beredskap og sikkerhet

Departementet viser til evalueringen av cyberhendelsen i Helse Sør-Øst RHF i 2018, rapport fra Helsedirektoratet (Overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger for nasjonal beredskap i helse- og omsorgssektoren og Nasjonal legemiddelberedskap) og rapport fra Direktoratet for e-helse (Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering for IKT i helse- og omsorgssektoren). Departementet viser også til ny lov om nasjonal sikkerhet som trådte i kraft 1. januar 2019, instruks for samarbeid om samfunnssikkerhet i sentral helseforvaltning, Nasjonal helseberedskapsplan og arbeidet med gradert planverk og gradert kommunikasjonssystemer.

Direktoratet skal i samarbeid med berørte virksomheter:

- Følge opp nasjonal risiko- og sårbarhetsanalyse og evaluering av cyberhendelsen i Helse Sør-Øst RHF, herunder ha gode rutiner for varsling og rapportering til Helsedirektoratet ved hendelser.
- Implementere ny sikkerhetslov og gjennomføre nødvendige sikringstiltak i henhold til lov- og regelverk innen utgangen av 2020.
- Delta i planlegging og gjennomføring av Helseøvelsen 2020 (IKT-scenario).

I rapporten *Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering for IKT i helse- og omsorgssektoren*<sup>25</sup> ble det foreslått to tiltak der Direktoratet for e-helse er ansvarlig:

- *Tiltak 4 - Styrket myndighetsrolle for IKT-sikkerhet i helse- og omsorgssektoren:* Direktoratet vil påbegynne arbeidet med målbilde og veikart for dette området i parallell med og i tett sammenheng med utarbeidelsen av strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Tiltaket omfatter også kompetansehevende tiltak rettet mot sektor. Dette ivaretas gjennom sekretariatsfunksjonen for Normen. Det er redegjort for Normen under hovedmål 2 i denne årsrapporten.
- *Tiltak 5: Utarbeidelse av helhetlig IKT-sikkerhetsstrategi for helse- og omsorgssektoren:* Utarbeidelsen av en slik strategi er påbegynt. Det er redegjort for dette under hovedmål 2 i denne årsrapporten.

Direktoratet for e-helse har i 2020 oppdatert internt planverk for beredskap etter innføring av ny e-helseorganisering 1. januar. Planverket omfatter bl.a. varslings- og rapporteringslinjer til sentrale aktører som Helsedirektoratet ved hendelser. Det ble ikke gjennomført noen varslingsøvelser i 2020, men planverket ble tatt i bruk umiddelbart etter at vi ble rammet av koronapandemien. Planverket ble testet ut gjennom denne prosessen. Under gjennomføringen av Nasjonal Helseøvelse 2020 (gjennomført 7.1.2021) ble det imidlertid avdekket at planverket sin beskrivelse av varslings- og rapporterings linjer ikke var gode nok. Dette vil vi i samarbeid med Helsedirektoratet og Norsk Helsenett forbedre i 2021. Direktoratet for e-helse sin rolle i beredskapsarbeid vil også bli tydeliggjort i Nasjonal helseberedskapsplan når den oppdateres.

Direktoratet for e-helse har inkludert ny lov om nasjonal sikkerhet i sitt styringssystem for informasjonssikkerhet og personvern. Det er innført nødvendige sikringstiltak knyttet til personellsikkerhet og behandling av gradert informasjon.

---

<sup>25</sup> [Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering for IKT i helse- og omsorgssektoren](#)

## Tillegg til tildelingsbrev

Under følger status for oppdrag som er mottatt i tillegg til tildelingsbrev som det er relevant å rapportere på i årsrapporten for 2020. Samtlige tillegg til tildelingsbrev er tilgjengelig på [ehelse.no](http://ehelse.no)<sup>26</sup>.

### Tillegg nr. 1 – Forberedelse til selskapsetablering

Direktoratet for e-helse anbefalte i det sentrale styringsdokumentet for Akson at en ny virksomhet, Akson journal, blir opprettet og får ansvar for å anskaffe, etablere, drifte, forvalte og videreutvikle den felles kommunale journalløsningen. Direktoratet for e-helse fikk i mars 2020 i oppdrag å starte forberedelser til etablering av selskapet (jf. tillegg til Tildelingsbrev nr. 1 2020).

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte våren 2020 en styringsgruppe med utvalgte kommuner for forberedelser til etablering av selskapet. Styringsgruppen bestod da av representanter fra KS og kommunene Oslo, Stavanger, Kristiansand, Bærum, Bodø, Bergen og Vinje, med Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Direktoratet for e-helse som observatører. Styringsgruppen ble ledet av Helse- og omsorgsdepartementet i den innledende fasen frem til sommeren 2020.

Styringsgruppen leverte 3. juli 2020 et notat til Helse- og omsorgsdepartementet som redegjorde for status i forberedelsesarbeidet, og en plan for videre forberedelsesarbeid. Det tas sikte på etablering av virksomheten Akson journal innen 1. juli 2021. Kommunesektoren vil ha majoritetseierskap, men staten kan gå inn på eiersiden med en minoritetspost dersom kommunene ønsker det.

Det ble høsten 2020 etablert et felles prosjekt mellom stat, KS og kommuner for det videre arbeidet med Akson, ledet av kommunene. Direktoratet for e-helse bidrar med kapasitet og kontinuitet i arbeidet. Kommunesektoren overtok ledelsen av styringsgruppen, ved kommunedirektøren i Stavanger kommune. Styringsgruppen skal blant annet arbeide med å avklare nødvendige spørsmål og utarbeide et beslutningsunderlag for administrativ og politisk behandling i foregangskommunene som sannsynliggjør mulighet for realisering av felles kommunal journal, inklusive eierskap i den nye virksomheten Akson journal.

### Tillegg nr. 3 – Digitaliseringstiltak i forbindelse med koronapandemien

I tillegg til tildelingsbrev nr. 3 2020, av 4. april 2020, ble Direktoratet for e-helse tildelt 80 mill. kroner til digitaliseringstiltak som skal bidra til å begrense smitte og behandle og følge opp syke under koronapandemien.

Det var mange ulike forslag til digitaliseringstiltak, så nasjonalt porteføljekontor i Direktoratet for e-helse fikk ansvaret for å koordinere arbeidet med å innhente og systematisere forslag om relevante digitaliseringstiltak, samt prioritere og følge opp tiltakene. Metodikk, erfaring og verktøy fra tidligere arbeide med nasjonal e-helseportefølje, var viktige suksessfaktorer for å komme godt i gang, og få etablert et tett samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Norsk Helsenett SF, KS og de regionale helseforetakene.

Til sammen er det mottatt 371 forslag per 04. november 2020, hvor 30 tiltak ble besluttet gjennomført. Ansvar og budsjett for gjennomføring av de prioriterte tiltakene ble fordelt

---

<sup>26</sup> [Tillegg til tildelingsbrev er tilgjengelig på ehelse.no](http://ehelse.no) - Om direktoratet for e-helse

mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet på 20 budsjettposter. Norsk Helsenett SF var utførende i de fleste tiltakene.

Helsedirektoratet:

|  |                  |
|--|------------------|
| Øke kapasiteten i Nasjonalt velferdsteknologiprogram | 3 700 000        |
| Chatbot for koronaveiledning                         | 500 000          |
| Chatbot for koronaveiledning – avansert              | 2 000 000        |
| Chatbot for helsepersonell                           | 1 500 000        |
|  | <b>7 700 000</b> |

Direktoratet for e-helse:

|   |                   |
|---|-------------------|
| Rask godkjenning av videostøtte i Helsenorge                    | 1 000 000         |
| Oppfordring om å unngå fysisk oppmøte i Helsenorge              | 500 000           |
| Raskere videoklare helsetilbud i spesialist i Helsenorge        | 500 000           |
| Tilgang til prøvesvar for helsepersonell                        | 1 500 000         |
| Tilgang til prøvesvar for innbygger                             | 3 000 000         |
| Videreutvikle dialogtjeneste på Helsenorge                      | 6 800 000         |
| Starte videokonsultasjon direkte fra helsekontakt på Helsenorge | 1 600 000         |
| Initiell fase Helsenorge  | 1 800 000         |
| Helsenorge verktøy – tilrettelegge for 3.part                   | 100 000           |
| Ny Helsenorge-app   | 1 400 000         |
| Akselerert EPJ-godkjenning                                      | 1 500 000         |
| DDFL for legevakt   | 1 500 000         |
|   | <b>21 200 000</b> |

Folkehelseinstituttet:

|                                       |                   |
|---------------------------------------|-------------------|
| Smittesporingssystem                  | 43 500 000        |
| Innmelding av symptomer på Helsenorge | 5 000 000         |
| Tilgang til prøvesvar for innbygger   | 1 600 000         |
| Smittesporing kommunene               | 1 000 000         |
|                                       | <b>51 100 000</b> |

Samtlige prioriterte tiltak ble gjennomført. Tiltakene har bidratt til at Helsenorge har blitt videreutviklet med blant annet forbedrede dialogtjenester, tilgang til videokonsultasjoner, bestilling av koronatester, innmelding av symptomer. Det har samtidig vært økt bruk av eksisterende tjenester på Helsenorge, og arbeidet med videreutvikling fortsetter i 2021.

Flere tiltak i porteføljen har bidratt til raskere og enklere tilgang til prøvesvar, både for innbygger og helsepersonell, samt for overvåking, smittesporing, analyse og modellering av pandemien. Det er ellers utviklet app for varsling om nærkontakter som har testet positivt på Covid-19, web-løsning for forenklet registrering av vaksinasjoner, elektronisk innsending av melding om bivirkninger og melding om død med dødsårsak. Pandemien har generelt bidratt til en raskere utbredelse av digitale løsninger enn det vi ellers ville ha forventet.

#### **Tillegg nr. 4 del 1 – Bruk av teknologi for å flytte tjenester hjem**

Det er redegjort for Direktoratet for e-helse sitt bidrag i dette oppdraget under Hovedmål 1: Strategisk, samordnet og kunnskapsbasert utvikling på e-helseområdet

## **Tillegg nr. 4 del 2 – Kunstig intelligens**

I Felles plan for kunstig intelligens som Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og de regionale helseforetakene leverte i mars 2020 til Helse- og omsorgsdepartementet fikk Direktoratet for e-helse ansvar for å utrede tiltaket etablering av nasjonalt kompetansenettverk for kunstig intelligens.

Utredningen av kompetansenettverket for kunstig intelligens ble overlevert til departementet i desember 2020<sup>27</sup>. Styringsgruppen til "Felles plan", hvor Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Direktoratet for e-helse og de regionale IKT-direktørene deltar, ga 22.10.2020 sin tilslutning til anbefalt alternativ for etableringen av kompetansenettverk og rammeverk og at Direktoratet for e-helse bør være ansvarlig for tiltaket. Anbefalingen ble presentert i felles statusmøte i departementet.

Formålet med kompetansenettverket er å hjelpe helsetjenesten med å ta kunstig intelligens i operativ bruk ved å bidra til kompetanseutveksling, veiledning og etablering av god praksis. For å få dette til foreslås å etablere en kunnskapsbase med veiledningsmateriale, kunnskapsoppsummeringer og annet erfaringsmateriell. I tillegg etableres utadrettet virksomhet i form av fysiske- og digitale møteplasser for kompetanseutveksling.

Kompetansenettverket vil gi økt kunnskap om KI i helsesektoren. Tjenesten vil derfor bli i bedre stand til å forstå mulighetene med KI og å starte opp og gjennomføre KI-prosjekter, noe som øker sannsynlighet for at vi får gode KI-løsninger som bidrar til å nå målene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Tiltaket antas å kunne gi innsparinger i KI-prosjektene samt gevinster i tjenesten som følge av at KI tas i bruk raskere, av større grad av samkjøring, at man får bedre virkning av de KI-løsningene som implementeres, samt at det blir flere av dem.

## **Tillegg nr. 6 – Bidrag til forskriftsarbeid om tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger**

Direktoratet for e-helse fikk i juni 2020 oppdrag om å gi bistand til ferdigstilling av høringsnotat og forskriftsbestemmelser om tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger.

Bakgrunnen for forskriftsarbeidet var forslagene i Prop. L 65 (2019-2020) Lov om e-helse (e-helseloven), som ble fremmet for Stortinget 3. april 2020. Lovproposisjon inneholdt forslag om blant annet å pålegge Norsk Helsenett SF plikt til å levere de nasjonale e-helseløsningene e-resept, kjernejournal, Helsenorge og helsenettet, inkludert grunndata og helseID. Det var også foreslått en hjemmel for at departementet i forskrift kan bestemme at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal gjøre disse løsningene tilgjengelige i sin virksomhet og betale for forvaltning og drift.

Prop. L 65 (2019-2020) Lov om e-helse (e-helseloven) ble trukket tilbake 16. oktober 2020, jf. Meld. St. 6 (2020–2021), etter at det hadde kommet vesentlige innvendinger mot deler av loven. På denne bakgrunn ble leveringsfristen for oppdraget utsatt til desember 2020.

Direktoratet har levert innspill til høringsnotat og forskriftsbestemmelser, herunder oppdatert omtalen av status for innføring av de nasjonale e-helseløsningene, konkretisering av

---

<sup>27</sup> [Utredning om bruk av kunstig intelligens i helsesektoren](#)

oppgavene til Norsk Helsenett SF, konkretisering av innholdet i plikten for virksomhetene om å gjøre tilgjengelig løsningene og vurdering av tidspunkt for innføring for hver enkelt løsning, konkretisering av betalingsmodeller mv. Direktoratet har samarbeidet med og hentet inn nødvendig grunnlagsmateriale fra Norsk Helsenett SF.

### **Tillegg nr. 7 – Nasjonal plan for vaksinasjon mot covid-19**

Direktoratet for e-helse fikk i oppdrag å bistå Folkehelseinstituttet (FHI) i arbeidet med å utarbeide en nasjonal plan for vaksinasjon mot covid-19 med oppstart fra 1. desember 2020 i det som skulle være en løpende plan. Arbeidet skulle skje i samarbeid med Helsedirektoratet, Legemiddelverket og med involvering av kommunesektoren, helseforetak, fylkesmannsembeter og aktuelle brukergrupper. I deloppdrag 1 til FHI (med frist 18. september 2021) ble Direktoratets bidrag beskrevet til å gi støtte til utvikling og bidra til implementering av registreringsløsninger, bistå med støtte til integrasjon mot kjernejournal og elektroniske pasientjournalløsninger samt sikre nasjonal samordning og en helhetlig integrasjon av nasjonale løsninger.

Direktoratet har bistått FHI i utarbeidelse av helhetlig digitaliseringsplan for vaksinasjon mot covid-19, og bistått FHI i henhold til deloppdrag 1. Direktoratet har bidratt til å sikre nasjonal samordning og helhetlig integrasjon av nasjonale løsninger, som for eksempel elektronisk registrering av vaksinasjon og sanntidsoppslag på vaksinasjonsstatus i Kjernejournal. For sistnevnte har Direktoratet identifisert og meldt nødvendige regelverkstilpasninger. Direktoratet har stilt arkitekturrådet til disposisjon for kvalitetssikring og gjennomganger, og har sikret koordinert involvering av de nevnte samarbeidsaktørene i utviklingsprosessene.

Helhetlig digitaliseringsplan ble etablert og oversendt departementet i løpende iterasjoner (30. oktober, 24. november og 11. desember). 4. desember ble det innført krav om elektronisk registrering av vaksinasjoner mot covid-19 til SYSVAK, og 7. desember lanserte FHI SYSVAK-nett for de delene av helsesektoren som ikke har journalsystem som kommuniserer med SYSVAK. Direktoratet mener det er et stort moderniseringsbehov for utvidede og nye bruksområder av SYSVAK, og fortsetter å bistå FHI i dette arbeidet.

### **Tillegg nr. 8 – Styringsdokument for Legemiddelprogrammet**

Pasientens legemiddelliste skal gi enklere og tryggere håndtering av legemidler og sikre at helsepersonell i en behandlingssituasjon har tilgang på pasientens legemiddelhistorikk. På denne måten kan det bidra til økt pasientsikkerhet og redusert pasientskade. Helsepersonell vil redusere tiden de bruker på å bekrefte legemiddelopplysninger eller svare på henvendelser fra samarbeidsaktører. Dette kan gjelde både ved overføring av pasienter mellom virksomheter eller omsorgsnivå, eller ved utlevering av legemidler i apotek. For pasienten innebærer dette at helsepersonell alltid skal være oppdatert på pasientens legemidler. I dag er det ofte pasienten selv eller pårørende som er bærer av disse opplysningene, og tiltaket kan muligens redusere både tidsbruk og usikkerhet for innbyggere.

Legemiddelprogrammet ble opprettet i Direktoratet for e-helse i 2019 for å samle prosjekter, aktiviteter og prioriteringer på legemiddelområdet som samlet sett skal bidra realiseringen av pasientens legemiddelliste. Direktoratet har erfart en stadig økende kompleksitet knyttet til realiseringen av pasientens legemiddelliste. Dette er en erkjennelse som er gjort sammen med aktørene i sektoren.

2020 har vært et viktig år i Legemiddelprogrammet og det er gjennomført mange sentrale aktiviteter som samlet seg skal sikre en trygg og effektiv etablering og innføring av pasientens legemiddelliste. Våren 2020 ble det gjennomført en ekstern vurdering av

Legemiddelprogrammet hvor det ble påpekt behov for å tydeliggjøre målbilder, langsiktige planer og forankring i sektoren. Disse funnene har vært førende for Legemiddelprogrammets planarbeid og leveranser i 2020.

Tilslutning til og forankring av realiseringsplaner har vært et prioritert pågående arbeid i Legemiddelprogrammet i 2020 og det er utarbeidet et sentralt styringsdokument for Legemiddelprogrammet som tydeliggjør konsept og mål for pasientens legemiddelliste og tilgrensende aktiviteter. Det er definert en tydeligere organisering av arbeidet som skal ivareta god involvering av sentrale aktører i sektoren. Gjennomføringsplan for 2021 – 2025 er utarbeidet med beskrivelser av både programmets og sektorens aktiviteter i tillegg til overordnet kostnads- og nyttevurderinger for innføring av pasientens legemiddelliste. Planer er forankret i Legemiddelprogrammets programstyre og legges til grunn for det videre arbeidet.

Legemiddelprogrammet gjennomførte flere viktige leveranser og beslutninger i 2020. Sentral Forskrivningsmodul utvikles i henhold til revidert plan og de ulike aktørene har besluttet hvordan løsningen skal tas i bruk i sin egen organisasjon. De første versjonene av løsningene foreligger og er demonstrert for de ulike aktørene som skal ta de i bruk. Utprøving av pasientens legemiddelliste har forankret planer med involverte aktører og startet arbeidet med å prøve ut arbeidsprosesser, forberede opplæring og utvikle nødvendige tilpasninger i tekniske løsninger. Utprøving av Multidose gjennomføres i tett samarbeid med leverandører og multidose-apotek, samt sentrale aktører som AF, KS, Legeforeningen, Helsedirektoratet og utvalgte kommuner. Kjernejournal er innført i 21 av 50 nye kommuner som et viktig steg for kommunenes tilgang til pasientenes legemiddelliste. De resterende kommunene vil få Kjernejournal i 2021.

## **Faste oppdrag i henhold til hovedinstruks**

Som følge av ny e-helseorganisering, ble ny hovedinstruks fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 16. januar 2020. I det følgende rapporteres det status for utvalgte faste oppdrag i hovedinstruksen<sup>28</sup>.

### **Kunnskapsinnhenting og formidling**

En av myndighetsoppgavene til Direktoratet for e-helse handler om å holde seg orientert om utviklingen på e-helseområdet og formidle innsikt og analyser om det som skjer slik at kunnskapen kan brukes av aktørene i helse- og omsorgssektoren. I 2020 har direktoratet formidlet kunnskap på flere ulike måter. Det er avholdt webinarer og digitale møter om relevante trender og utviklingstrekk. Det er jobbet videre med oppdatering av kunnskapsgrunnlaget til forvaltning av Nasjonal e-helsestrategi. Det ble publisert en egen Utviklingstrekkrapport for 2020 som beskriver noen av de mest sentrale utviklingstrekkene på e-helseområdet, og E-helsedagen 2020 ble avholdt der ulike tema ble formidlet og debattert. Dette er eksempler på aktiviteter som bidrar til utvikling av ny kunnskap og kunnskapsdeling på e-helseområdet.

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 Nasjonalt e-helsestyre). Aktører fra innovasjonsmiljøer og næringsliv har også blitt involvert i aktiviteter knyttet til trender og utviklingstrekk. Direktoratet har en ambisjon om å involvere eksterne aktører mer i kunnskapsarbeidet fremover.

---

<sup>28</sup> [Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse](#)



### **Internasjonalt samarbeid**

Direktoratet for e-helse deltar i flere internasjonale samarbeid, både i Norden, i EU og globalt. Det nordiske samarbeidet har stått sentralt i den norske e-helseutviklingen lenge, samtidig har EU og det globale samarbeidet blitt mer fremtredende de senere år, og denne utviklingen vil trolig fortsette. Pandemien har blant annet tydeliggjort behovet for samarbeid og koordinering på tvers av landegrensene. EU har i 2020 vist økende interesse for helse som et viktig felles politikkområde. Den nye EU-presidenten, Ursula von der Leyen, lanserte sitt første "mission statement" på helseområdet i 2019. Dette blir ansett som et viktig politisk signal om at helse står for tur for tettere politisk integrering. For å nå målet om et digitalt indre marked, har EU spesielt tydeliggjort behovet for å styrke sikkerheten og kontroll av dataene til innbyggerne. EUs prioritering av e-helse gjenspeiles også gjennom opprettelsen av flere nye programmer og prosjekter, bl.a. TEHDaS (Towards the European Health Data Space), hvor bl.a. Direktoratet for e-helse i løpet av 2020 har forberedt deltakelse sammen med Helse- og omsorgsdepartementet.

Direktoratet for e-helse har i 2020 styrket det strategiske planarbeidet for e-helse internasjonalt. Innenfor områdene helsedata, legemidler og samhandling er målet for Norge å være en sentral påvirker av e-helseutviklingen internasjonalt. Innen områdene kunstig intelligens, digital hjemmeoppfølging og sikkerhet følges utviklingen tett. Direktoratet jobber også med å skape mer forutsigbare rammer for det internasjonale arbeidet, og har bl.a. etablert en intern nettverksarena hvor internasjonal kunnskap om e-helse settes i kontekst og videreformidles. Det etableres også en prosess for internasjonalt kunnskapsgrunnlag og for aktivt å ta stilling til internasjonale finansieringsmuligheter.

### **Standardisering**

Direktoratet for e-helse har gjennomført flere tiltak for å styrke samarbeidet mellom myndighet, virksomheter, næringslivet, forskning og forbrukere om bruk av internasjonale standarder:

- Etablert Standardiseringsutvalget for internasjonale e-helsestandarder. Utvalget tilrettelegger for at aktørene i helse- og omsorgssektoren kan jobbe sammen for å styrke Norges rolle i internasjonalt standardiseringsarbeid. Dette omfatter anbefalinger om hvilke internasjonale standarder som bør normeres for norsk helse- og omsorgstjeneste, og hvilke strategiske standardiseringsaktiviteter Norge bør delta i.
- Vært pådriver for å reetablere Standard Norges komité for ISO- og CEN-standarder innen helseinformatikk. Direktoratet for e-helse har samarbeidet tett med Standard Norge i prosessen, og påtatt seg rollen som komiteleder de første årene. Komiteen skal være bindeledd mot europeisk og internasjonalt standardiseringsarbeid i ISO og CEN.
- Bidratt sammen med HL7 Norge for å koordinere sektorerfaringer gjennom FHIR fagforum. Dette skal legge til rette for enhetlig bruk og redusere uønsket variasjon når det gjelder bruk av FHIR i Norge. Direktoratet bruker erfaringsgrunnlaget i normeringsarbeid på nasjonalt nivå.

### **Kodeverk og terminologi**

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 samarbeidssenter (collaboration center)



for klassifikasjoner. Ny senterleder (center head) ble ansatt i mai 2020, og er fra Direktoratet for e-helse. 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 klassifikasjonkomiteen for kodeverk i primærhelsetjenesten (WICC).

Innenfor arbeidet med terminologi deltar Direktoratet for e-helse i SNOMED International, hvor 40 land til nå er medlemmer. Her har Direktoratet for e-helse medlemmer i Member Forum for faglig utvikling av terminologi og har siden 2019 hatt rollen som nestleder (Vice Chair) for generalforsamlingen (General Assembly). Direktoratet har også vært i tett dialog med andre medlemsland som f.eks. Danmark, Belgia, Nederland, New Zealand og Storbritannia i forbindelse med utvikling og bruk av SNOMED CT.

### **Utrede og foreslå nasjonale e-helsestrategier, -planer og tiltak**

Nasjonalt e-helsestyre tilsluttet seg Nasjonal e-helsestrategi i 2017, strategisk handlingsplan i 2018 og prioritering av innsatsområdene for planen i 2019. Planperioden for nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan varer ut 2022.

I 2019/2020 ble det gjennomført en strategisk analyse for å avklare om planen fortsatt er virkningsfull og relevant. Analysen ble gjennomført på grunnlag av en situasjonsbeskrivelse. Hensikten er å peke på hvordan omgivelser og forhold har endret seg opp mot hva den nåværende planen tok utgangspunkt i, og hvordan og om dette påvirker den gjeldende planen. Det ble gjennomført dialogmøter med aktørene i helsesektor som er representert gjennom utvalgene i nasjonal styringsmodell. Nasjonalt e-helsestyre tilsluttet seg anbefalingen fra NUFA og NUIT om ikke å revidere den strategiske planen i 2020.

Direktoratet arbeidet i 2020 med å vise utvikling på de strategiske satsningsområdene på ehelse.no, og koble dette mot indikatorer fra nasjonal e-helsemonitor. Dette arbeidet fortsetter i 2021.

Arbeidet med oppdatering av nasjonal e-helsestrategi gjeldende fra 2023 ble igangsatt i 2020 og fortsetter i 2021. Dette arbeidet sees i sammenheng med utvikling av en innbyggerstrategi og andre strategiske områdeplaner som digital sikkerhet, legemiddelområdet og samhandling som er under utvikling.

### **Sikre en konsensusbasert styringsmodell for e-helse med bred sektordeltakelse som skal gi direktoratet råd i saker om nasjonale e-helsetiltak og andre e-helsetiltak med nasjonal betydning**

Pandemien gjorde at alle møtene i fagutvalget NUFA, prioriteringsutvalget NUIT og Nasjonalt e-helsestyre etter 12. mars måtte gjennomføres på video. Dette resulterte i hyppigere, men kortere møter. Totalt ble det gjennomført 19 møter i de nasjonale utvalgene, som er syv flere enn det som var planlagt. I 2020 har det også skjedd en utvikling knyttet til medlemsmassen. Norsk Sykepleierforbund fikk representasjon i NUFA, NUIT og Nasjonalt e-helsestyre mens Apotekforeningen fikk representasjon i NUFA og NUIT.

Pandemien fikk også konsekvenser for hvilke saker som ble behandlet i utvalgene. Direktoratet for e-helse fikk koordineringsansvar for den såkalte koronaporteføljen. Dette er beskrevet nærmere i denne årsrapporten under tillegg til tildelingsbrev nr. 3.

Som styringsgruppe for forprosjektet for Én innbygger - én journal, var behandlingen og tilslutningen til det sentrale styringsdokumentet i Nasjonalt e-helsestyre en viktig milepæl. Det sentrale styringsdokumentet ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet februar 2020. Utvalgene var også viktige i arbeidet med "Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2021". I tillegg til behandling i utvalgene var særlig NUIT viktige bidragsytere i utviklingen av selve rapporten.

### **Føre en systematisk og offentlig oversikt (portefølje) over e-helsetiltak med nasjonal betydning og legge til rette for nasjonal samordning og prioritering**

Nasjonal porteføljestyring er etablert som del av styringsmodellen og gjør det mulig å jobbe tett sammen om felles mål og planer. Gjennom behandling i de nasjonale utvalgene skal det oppnås en felles forståelse og oppslutning om hvilke behov og prioritering av tiltak som må til for å få til felles retning for e-helseutviklingen. Tiltak skal styres, gjennomføres og følges opp slik man har blitt enig om. Gjennom en aktiv og felles nasjonal porteføljestyring av e-helsetiltak blir hele helse- og omsorgssektoren involvert.

Nasjonal e-helseportefølje består i dag av prosjekter og programmer som helse- og omsorgssektoren har meldt inn, og som understøtter nasjonal e-helsestrategi, har vesentlige avhengigheter eller leveranser til andre prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen eller er avhengig av nasjonal innsats for å lykkes. Den årlige nasjonale porteføljen tilsluttes av aktørene gjennom Nasjonalt e-helsestyre. Nasjonal portefølje gir i dag en oversikt over nasjonale prosjekter og programmer som sektoren har sluttet seg til, med informasjon om prosjektene og prosjektstatus.

Det har i 2020 blitt utarbeidet tre statusrapporter på nasjonal e-helseportefølje og et veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger:

- Nasjonal e-helseportefølje Januar 2020<sup>29</sup>
- Nasjonal e-helseportefølje April 2020<sup>30</sup>
- Nasjonal e-helseportefølje November 2020<sup>31</sup>
- Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025<sup>32</sup>

I 2020 har det blitt gjennomført et tiltak for å videreutvikle nasjonal porteføljestyring og de nasjonale utvalgene. Tiltaket har sett på følgende:

- Forbedringer i porteføljedefinisjonsprosessen
- Nye kriterier for innmelding og vurdering
- Ny måte å håndtere tiltakene i e-helseporteføljen på (porteføljesegmentering)
- Se samlet på konsekvenser av neste års portefølje for utviklings- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene
- Justerte mandater og sammensetning for nasjonale utvalg
- Behov for verktøy og veiledning er definer

Anbefalingene vil bli fulgt opp i 2021 og ses i sammenheng med læring fra veikartsarbeidet.

---

<sup>29</sup> [Nasjonal e-helseportefølje januar 2020](#)

<sup>30</sup> [Nasjonal e-helseportefølje april 2020](#)

<sup>31</sup> [Nasjonal e-helseportefølje november 2020](#)

<sup>32</sup> [Veikart for nasjonale e-helseløsninger](#)

### **Utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale veiledere og retningslinjer om standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv.**

Direktoratet opptretr nasjonalt faglig normerende ved å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale veiledere, retningslinjer og standarder.

Direktoratet har i 2020 utarbeidet *forvaltningsmodell for normerende produkter*<sup>33</sup> som erstatter tidligere *forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester*. Den nye modellen omfatter normerende produkter på fire nivåer:

- veiledere
- retningslinjer
- anbefalte standarder
- obligatoriske standarder

Normerende produkter utgis på områder med behov for nasjonal normering, og bidrar til å styrke den digitale samhandlingsevnen i helse- og omsorgstjenesten. De normerende produktene er rettet mot virksomheter og deres samhandlingspartnere, samt leverandørmarkedet. De skal gi rammer og retningslinjer for digitaliseringen, og være til hjelp og støtte for virksomheter, leverandører og prosjekter.

I 2020 publiserte direktoratet 11 normerende produkter, samt oppdaterte mange andre produkter. Disse gir føringer for bruk av IKT-arkitektur, standarder og kodeverk ved realisering av e-helseløsninger. Bruk av de normerende produktene skal sikre at oppdatert helsefaglig informasjon er tilgjengelig for helsepersonell og pasienter når de har behov for det. Dette skal videre understøtte og bidra til effektive, trygge og sammenhengende pasientforløp. Normerende produkter publisert i 2020 omfatter også bruk av internasjonale standarder, som skal bidra til at Norge kan gjenbruke og bygge videre på internasjonalt arbeid.

| Normerende produkt           | Status   |
|------------------------------|--|
| <b>Veileder</b>              | Fem nye  |
| <b>Retningslinje</b>         | Fem nye  |
| <b>Anbefalt standard</b>     | En ny<br>Fire standarder ble tatt ut av referansekatalogen |
| <b>Obligatorisk standard</b> | En revidert standard ble sendt på høring                   |

Tabell: Status for normerende produkter i 2020

#### Referansekatalogen

Direktoratet for e-helse forvalter Referansekatalogen for e-helse<sup>34</sup>. Katalogen inneholder totalt om lag 120 standarder (inkl. ulike profiler av standardene) for helse- og omsorgstjenesten. Standardene er enten anbefalt av offentlig myndighet eller obligatorisk

<sup>33</sup> [Forvaltningsmodell for normerende produkter](#)

<sup>34</sup> [Referansekatalogen for e-helse](#)

med hjemmel i lov. Referansekatalogen er inndelt i temaer som f.eks. "Helsefaglige kodeverk" eller "E-reseptmeldinger", og inneholder standarder både fra Direktoratet for e-helse og fra andre myndighetsorganer som NAV, Helfo og Folkehelseinstituttet.

Referansekatalogen er en viktig informasjonskilde slik at virksomheter, leverandører og andre får en samlet oversikt med kvalitetssikret informasjon over hvilke standarder som skal benyttes til ulike formål i helse- og omsorgssektoren. Når en standard er anbefalt fra offentlig myndighet og oppført i Referansekatalogen kan den også være aktuell for å bli obligatorisk standard, f.eks. gjennom forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.

Referansekatalogen oppdateres jevnlig, og minimum fire ganger i året på faste datoer. I 2020 var det ca. 15 500 oppslag i referansekatalogen og trenden er økende.

### Arkitekturprinsipper

Digitaliseringsdirektoratet publiserte tidlig i 2020 sine nye "Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor". Direktoratet for e-helse har vurdert det som hensiktsmessig at helse- og omsorgssektoren benytter Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper slik de er og har i 2020 utarbeidet og publisert en veileder<sup>35</sup> for dette. I veilederen gir Direktoratet for e-helse en del tilleggsforklaringer og anbefalinger for helse- og omsorgssektorens bruk av arkitekturprinsippene. I veilederen lenkes det også til en del ekstra veiledning og ressurser som kan være til hjelp for arkitekturarbeidet i sektoren.

### Normering av internasjonale standarder

Direktoratet for e-helse har i 2020 vurdert og anbefalt bruk av to nye internasjonale standarder til bruk i Norge. Begge anbefalingene er utgitt med normeringsnivå veileder. Dette gjelder GS1-standarder for identifikasjon og sporbarhet<sup>36</sup> samt standard for International Patient Summary (IPS)<sup>37</sup>.

GS1-standarder er anbefalt for identifikasjon av legemiddel, medisinsk utstyr, identifikasjon av lokasjoner og identifikasjon av pasienter og helsepersonell. Enhetlig bruk av GS1-standarder vil legge til rette for sporbarhet på tvers av regioner og helseforetak, og mellom ulike aktører i helsesektoren (legemiddelprodusenter, apotek, sykehus mv.).

Når det gjelder IPS er standarden NS-EN 17269 vurdert som et hensiktsmessig rammeverk. Rammeverket brukes for deling av oppsummerende pasientopplysninger både mellom virksomheter i Norge og med virksomheter i andre land. Ved å bruke IPS kan Norge nyttiggjøre seg arbeidet som gjøres i Europa og internasjonalt, og det vil på sikt også kunne forenkle utveksling av helseopplysninger med andre land.

### Kodeverk

Direktoratet for e-helse har ansvar for forvaltning og utvikling av helsefaglige kodeverk og terminologi. Direktoratet for e-helse eier og har ansvar for ti nasjonale helsefaglige kodeverk<sup>38</sup>. De helsefaglige kodeverkene er innenfor diagnoser, prosedyrer og laboratoriefag.

<sup>35</sup> [Veileder for helse- og omsorgssektoren om bruk av DigDir's nasjonale arkitekturprinsipper](#)

<sup>36</sup> [Veiler for bruk av GS1-standarder for identifikasjon og sporbarhet](#)

<sup>37</sup> [Veileder om bruk av NS-EN 17269 Health Informatics – The international Patient Summary](#)

<sup>38</sup> [ehelse.no/kodeverk](#)

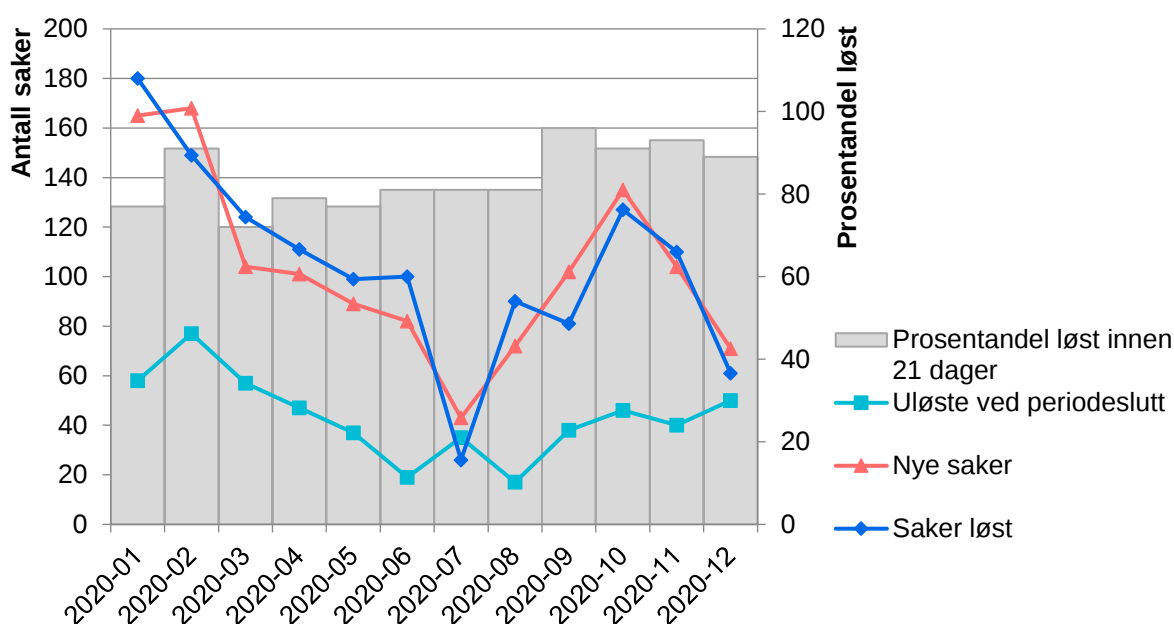
I 2020 ble det gitt ut ekstraordinære versjoner av Norsk laboratoriekodeverk med nye koder for påvisning av koronavirus. Labkodene er informasjonsbærer til covid-19-databasen og ved visning av prøvesvar på Helsenorge. Direktoratet ferdigstilte i samarbeid med Folkehelseintituttet, Helsedirektoratet og fagmiljøene et nytt kodeverk for tekstlig svarbeskrivelse på koronatest. Et eksempel fra kodeverket er anbefaling om at positiv koronatest besvares med "påvist". Grunlaget for kodeverket er SNOMED CT. Målet med anbefalingene og det nye kodeverket er redusert variasjon i tekstsvaret og som følge av det et konsistent datagrunnlag til covid-19-databasen.

Det ble gitt ut ekstraordinære versjoner med nye koder for covid-19 i ICD-10 (International Classification of Diseases) og ICPC-2 (International Classification of Primary Care). Kodene brukes i dødsårsaksrapportering, rapportering av sykdomsbilde i spesialisthelsetjenesten og for smittevernovervåking i kommunene.

Arbeidet med kodeverk ble tilpasset koronasituasjonen. Referansegruppemøter for labkodeverkene ble flyttet fra vår til høst, og det ble gjort en minimumsrevisjon av de kliniske kodeverkene for å rekke frist til 30. juni. Dette ble gjort etter ønske fra sektoroppnevnte fagressurser som bidrar med faglig råd ved oppdatering av kodeverkene.

I 2020 ferdigstilte Direktoratet det siste av ti e-læringskurs om medisinsk koding. Kursene blir brukt i opplæring av helsepersonell på sykehus. Veiledningstjenestene [kodehjelp@ehelse.no](mailto:kodehjelp@ehelse.no) og [lab@ehelse.no](mailto:lab@ehelse.no) støtter sektor ved spørsmål om koding og behov for nye koder.

Grafen under viser at det er god sammenheng mellom antall saker løst i forhold til variasjon i antall saker som direktoratet mottar.



### Terminologi

I 2020 ble Norsk senter for helsefaglig terminologi styrket med ytterligere fem ansatte. De nyansatte har deltatt på ulike kurs i SNOMED CT for å sikre at senteret har tilstrekkelig kompetanse og er rustet til å ta på seg de planlagte forvaltningsoppgavene og internasjonale forpliktelser.

Senteret har i løpet av året deltatt på en rekke møter for å informere om SNOMED CT og Felles språk som et resultat av et økende informasjonsbehov i helsesektoren på dette feltet.

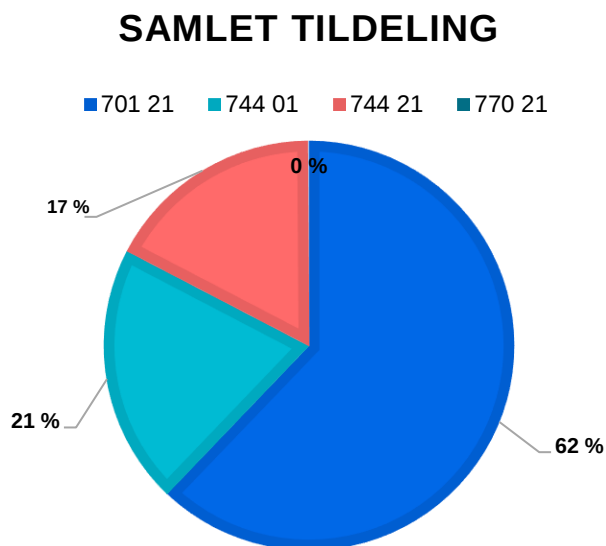
I 2020 ble Retningslinje for bruk av SNOMED CT sendt ut på innspillsrunde. Direktoratet anbefalte at SNOMED CT vurderes brukt som helsefaglig terminologi ved anskaffelser eller videreutvikling av e-helseløsninger med behov for terminologi. Direktoratet mottok flere svar etter innspillsrunden som ble gjennomgått høsten 2020. Det ble gjennomført dialogmøter med interessenter som har gitt tilbakemelding på retningslinjen som vil publiseres primo 2021, etter at innspill og endringer er hensyntatt.

## Ressursfordeling og resultater

Ca. 72 prosent av forbruket i 2020 knytter seg til utvikling av de store programmene som Helsedataprogrammet, digitalisering av legemiddelområdet, modernisering av Folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren (MF Helse) samt Program for kodeverk og terminologi. Resterende brukes i hovedsak på utredningsarbeid knyttet til programmene, samt myndighetsutøvelse. Arbeidet knyttet til myndighetsutøvelse omfatter standardisering, kodeverk og terminologi, nasjonal styringsmodell, norm for informasjonssikkerhet, juridiske vurderinger og høringsvar.

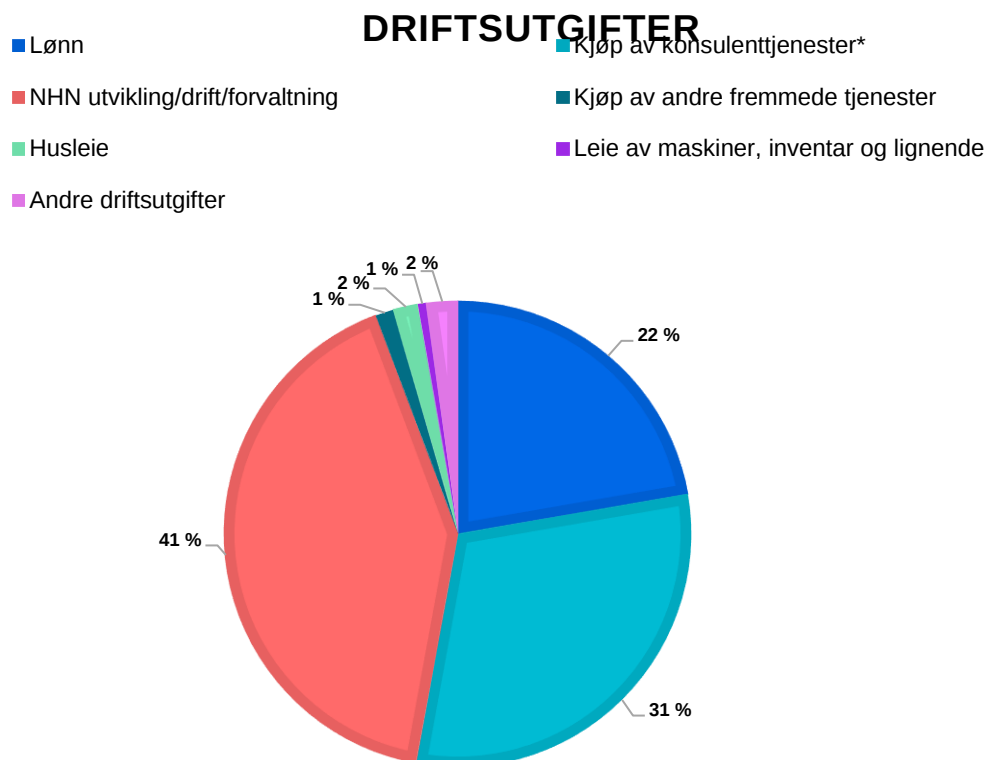
### Tildeling og driftsutgifter

Tildelinger over statsbudsjett var på kr. 915,3 mill. i 2020. Se diagrammet nedenfor for fordeling per kapittel og post.



Kapittelpost 701.21 på 568,9 mill.kr. er inklusivt et inntektskrav på 128,6 mill.kr. (kapittel og post 3701.02) og avgitte belastningsfullmakter på 58,8 mill. kr.

Diagrammet under viser driftsutgiftene fordelt på hovedposter:



*\*Består hovedsakelig av kjøp av tjenester til utviklingsoppgaver.*

Direktoratet for e-helse har stort behov for konsulenter i forbindelse med flere større utviklingsprosjekter. Bruk av konsulenter er et riktig og viktig supplement for å sikre tilgang til spisskompetanse og fleksibilitet. Den gir virksomheten fleksibilitet fordi Direktoratet for e-helse er en virksomhet med endrede oppgaver og oppgavemengde fra år til år, noe som igjen krever ulik type kompetanse og ressursbehov. Fra 1. januar 2020 ble drift og forvaltning av IT tjenester overført Norsk Helsenett. Dette har medført reduserte lønnskostnader og økte konsulentkostnader i forhold til 2019.

Det vises til ledelseskomentaren i del 6 *Årsregnskapet* for nærmere forklaringer og vurderinger av vesentlige forhold ved direktoratets årsregnskap.

## 4 Styring og kontroll i virksomheten

Virksomhetsstyring omfatter styring, ledelse og kontroll. Direktoratet har etablert prosesser for planlegging, gjennomføring og oppfølging av mål og resultatkrav. Internkontroll er en integrert del i virksomhetsstyringen og omfatter de prosesser og tiltak som har til hensikt å redusere risikoen for uønskede hendelser som kan true direktoratets måloppnåelse innen målrettet og effektiv drift, pålitelig rapportering og overholdelse av lover og regler. Virksomhetsstyringen følges opp gjennom tertialvis rapportering samt via ledelsens gjennomgang i begynnelsen av påfølgende år.

Direktoratets internkontroll er basert på fire forsvarslinjer der førstelinje eier og håndterer risiko og utfører daglig kontrollhandlinger for å redusere risiko. Andrelinje utformer kontrollhandlinger i bl.a. styrende dokumenter og følger opp etterlevelsen. Tredjelinje skal gi en uavhengig bekreftelse på utforming og etterlevelse og bidra til forbedringer. Tredjelinje utføres av vår internrevisjon. Fjerdelinje utføres av Riksrevisjonen og andre relevante tilsynsmyndigheter.

Internrevisjon 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). IIA-standardene legges til grunn i internrevisjonens arbeid.

Direktoratet har for 2020 hatt en internrevisjon som har gjennomført revisjoner i henhold til revisjonsplan. Revisjonsplanen ble utarbeidet av internrevisjonen basert på en årlig risikovurdering. 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 og endringer i organisasjonen for å følge opp disse. Internrevisor har ikke opplevd at ledelsen har akseptert et nivå av risiko som er høyere enn det internrevisor vurderer som forsvarlig. Det har gjennom året vært en god løpende dialog mellom direktoratet som har informert løpende om forhold som kan påvirke risikobildet, samt intern styring og kontroll. Observasjoner og anbefalinger internrevisjonen har presentert i rapporter følges opp på en tilfredsstillende måte.

Etter internrevisors vurdering, er direktoratet bevisst på viktigheten av å ha en god kontrollkultur og arbeider aktivt med kontinuerlig forbedring av denne.

Riksrevisjonen gjennomførte i 2020, i tillegg til den årlige finansielle revisjonen, to undersøkelser. Den ene handler om den overordnede styringen av IT satsingen Én innbygger – én journal, den andre om anskaffelser av konsulenttjenester. Riksrevisjonen har orientert om at begge undersøkelsene skal leveres våren 2021

I det videre redegjøres det for styring og kontroll på utvalgte områder i direktoratet.



## Porteføljestyring

En vesentlig del av oppdragene som blir gitt til Direktoratet for e-helse blir utført som program og prosjekt.

I forbindelse med en omorganisering av direktoratet høsten 2020, ble oppfølging av den nasjonale porteføljen og styringen av program og prosjekt direktoratet selv har ansvar for, skilt. Divisjon Porteføljestyring ble opprettet for å sikre effektiv og helhetlig porteføljestyring av direktoratets prosjekter og programmer.

Porteføljestyringen er en viktig del av direktoratets virksomhetsstyring. Direktoratets programmer og prosjekter rapporterer månedlig og enhetlig til Porteføljekontoret. Basert på dialog med alle prosjekt og program, samt blant annet med interne funksjoner for økonomi- og arkitekturstyring, utarbeider Porteføljekontoret en statusrapport med anbefalinger til tiltak som behandles av Porteføljestyret. Tiltak og faseoverganger i program/prosjekt følges tett opp av Porteføljekontoret. Porteføljekontoret har en kvalitetssikringsfunksjon til program og prosjekter samtidig som de støtter og veileder.

Direktoratet jobber løpende med å profesjonalisere sin porteføljestyring, følgende er eksempler på forbedring av den interne porteføljestyringen i 2020:

- Tettere dialog med programeiere knyttet til statusrapportering
- Det er etablert fast fora for programlederne i de store programmene for å se på avhengigheter mellom program samt risiko og problemstillinger som treffer flere program
- Porteføljekontoret har hatt fokus på å være tydeligere på å formidle funn til Porteføljestyret samt der det er behov for tiltak som ikke kan gjøres av et program/prosjekt
- Rapporteringsmal og -fora er forbedret og samkjørt for å sikre effektiv rapportering som grunnlag for god styring

Fremover vil porteføljestyringen spesielt jobbe med å forbedre samspillet mellom arkitekturstyring og porteføljestyring, få bedre oversikt over avhengigheter og risikoer på tvers i porteføljen samt gevinstoppfølging.

De største programmene i direktoratets portefølje omfatter Helsedataprogrammet, Felles språk/ Program for kodeverk og terminologi (PKT), Legemiddelprogrammet, MF Helse samt Program helhetlig samhandling som ble startet opp på tampen av året.

## 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 2020 har direktoratet jobbet systematisk med å styrke arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern.

Etter virksomhetsoverdragelsen av de nasjonale e-helseløsningene Helsenorge, kjernejournal, grunndata og e-resept til Norsk Helsenet SF, var det behov for å oppdatere og operasjonalisere det eksisterende styringssystemet for informasjonssikkerhet og personvern. Styringssystemet er også utvidet til å dekke krav til nasjonal sikkerhet iht. ny sikkerhetslov som trådte i kraft 1.1.2019. Oppdateringen av styringssystemet koordineres med den

pågående prosessen for å etablere et overordnet styringssystem for virksomhetsstyring. Operasjonaliseringen er et tidkrevende arbeid som vil fortsette utover i 2021.

Direktoratet har gjennomført en overordnet risikovurdering i henhold til policy for risikostyring, med rapportering til øverste ledelse. I tillegg har det blitt gjennomført mange risikovurderinger av systemer som ikke tidligere var risikovurdert. Sikkerhet- og beredskapssjef og personvernombud har gjennomført faste månedlige møter med direktøren i Direktoratet for e-helse.

Alle nyansatte har deltatt på kurs i sikkerhet, personvern og beredskap. Direktoratet gjennomførte et e-læringskurs for alle ansatte i Sikkerhetsmåned i oktober. I tillegg har det regelmessig blitt lagt ut informasjon om sikkerhet og personvern på vårt samarbeidsverktøy Workplace for å styrke organisasjonens kompetanse og kultur innenfor sikkerhet- og personvernområdet.

Avvik og sikkerhetshendelser blir gjennomgått regelmessig for å sikre at restavvik er fjernet, og for å analysere rotårsak og vurdere om det er behov for ytterligere tiltak. Direktoratet for e-helse jobber kontinuerlig med å sikre gode rutiner for hendelseshåndtering og beredskap i hele livssyklusen til våre tjenester, programmer og prosjekter.

Direktoratets planverk for beredskap er oppdatert etter ny organisering pr. 1 januar 2020. Det var planlagt å holde øvelser tidlig i 2020 men situasjonen rundt covid-19 pandemien førte til at planverket måtte tas i bruk umiddelbart og øvelser ble derfor ikke prioritert.

Direktoratet for e-helse har deltatt i Nasjonal Helseøvelse 20 og gjennomførte i den sammenheng en intern beredskapsøvelse med et scenario om cyberangrep mot Helsedataservice. Direktoratet har utarbeidet en rapport etter øvelsen som er videreformidlet til Helsedirektoratet som skal oppsummere resultatene fra alle virksomhetene som deltok i øvelsen. Direktoratet for e-helse bidro også inn i planlegging og gjennomføring av øvelsen i samarbeid med Helsedirektoratet og Norsk Helsenett.

Hvert halvår har direktoratet direktør- og kontaktmøter med Datatilsynet. I møtene drøftes konkrete problemstillinger knyttet til direktoratets behandling av personopplysninger i programmer og prosjekter. 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 ikke sendt noen avviksmeldinger til Datatilsynet i 2020.

## 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.

I løpet av 2020 er det ansatt to kontrollere og en seksjonssjef for økonomi og virksomhetsstyring. Seksjonen er nå fullt bemannet og består av 4 kontrollere og 2

regnskapsmedarbeidere, samt en leder. Kapasiteten til å følge opp økonomiområdet inkludert nødvendige kontroll aktiviteter er derfor økt betydelig.

Direktoratet for e-helse skal ha et regnskap med høy kvalitet som synliggjør den faktiske kostnaden både på kostnadssteder og prosjekter.

I løpet av 2020 har internrevisjonen vurdert struktur og rutine som er etablert i forhold til styring og kontroll av grensesnittet mot Norsk Helsenett SF. Det er opprettet avtaler som tydeliggjør skillet mellom direktoratet som forvaltningsorgan/premissgiver og NHN som leverandør. Det gjennomføres oppfølging av avtaler. Tilbakemeldingen fra internrevisor er at gjennomgangen kan bli mer strukturert og dokumentert opp mot avtalen samlet på strategisk nivå og direktoratets overordnede risikobilde. De største forbedringspotensialene internrevisor har identifisert handler om rolle- og ansvarsavklaring. Direktoratet har igangsatt tiltak som vil bli evaluert etter 1. halvår 2021.

Direktoratet for e-helse har en høy andel e-faktura (EHF). I 2020 var 92 prosent av mottatte fakturaer i Direktoratet for e-helse elektroniske.

## Anskaffelser

Direktoratet for e-helse har i 2020 gjennomført flere tiltak for forbedring av praksis på anskaffelsesområdet.

Fokusområder har særlig vært rutiner og praksis tilknyttet rammeavtalene for IKT-konsulenttjenester. Det er gjennomført interne gjennomganger, dialog med leverandører og innhentet eksterne vurderinger fra Kluge Advokatfirma AS.

Direktoratet har i 2020 gitt Helse- og omsorgsdepartementet flere redegjørelser om anskaffelsespraksis og konsulentbruk: Rapport av 17. august og utfyllende opplysninger av 28. september. Departementet har mottatt spørsmål fra Stortinget, og Riksrevisjonen har igangsatt etterlevelserevisjon for oppfølging av forhold knyttet til direktoratets anskaffelsespraksis.

Bruk av konsulenter er et riktig og viktig supplement for å sikre tilgang til spisskompetanse og fleksibilitet. Direktoratet er opptatt av å finne den riktige balansen mellom konsulenter og egne ansatte. Direktoratet har i den forbindelse videreutviklet direktoratets policyer, retningslinjer og rutiner for å sikre god praksis ved anskaffelser og oppfølging av innleide konsulenter.

I årsrapporten er vi bedt om å utdype tiltakene som er implementert i forbindelse med egne gjennomganger og redegjørelsene til Helse- og omsorgsdepartementet. Disse presenteres i det følgende:

- *Utarbeidet og implementert retningslinjer for vurdering av habilitet og utjevning av konkurransefordeler.*  
Det er vedtatt retningslinjer og implementert forbedret praksis for tilfeller der leverandører har opparbeidet seg konkurransefordeler, som bidrar til reell konkurranse. Det er også utarbeidet rutiner for vurdering av habilitet og håndtering av habilitetsutfordringer.
- *Utarbeidet og implementert retningslinjer for konsulentbruk.*  
Retningslinjene gir føringer for håndtering av anskaffelser av eksterne konsulenter med særlig fokus på dokumentering av behovsfasen samt oppfølging av kontrakter. Videre stadfester retningslinjene iverksatte tiltak for å tydeliggjøre hvem som er

innleide konsulenter og presisering av deres rolle. Dette gjelder merkingen av at konsulenter er innleide i e-post-adresser o.l., nye adgangskort, omtale av konsulentbistand i rapporter og føringer for medvirkning i eksterne møter, presentasjoner o.l.

- *Innført ekstra kontrollrutiner før utlysning av behov for eksterne konsulenter.*  
I tillegg til avdelingsdirektørens kontroll, er det innført at alle anskaffelser av eksterne konsulenter skal godkjennes av Ledermøtet (LM) før utlysning. Det er utarbeidet sjekkliste for å sikre at retningslinjer er ivaretatt.
- *Intern opplæring.*  
Gjennom høsten har det vært gjennomført en rekke interne kurs i offentlige anskaffelser for ledere og for medarbeidere som skal gjennomføre anskaffelser. Kursvirksomheten vil fortsette i 2021. Det er etablert tettere faglig dialog mellom innkjøpskoordinator og behovshavere.
- *Forbedring/oppdatering av direktoratets interne rutiner og veiledere.*  
Direktoratets rutiner er praktisk innrettet og avpasset brukernes behov. Veiledere gir ytterligere informasjon om beste praksis, kjente dilemmaer etc. Rutinene oppdateres etter behov (lovendring, ønske fra brukere etc.) og i 2020 har det f.eks. vært fokus på tilbudsfrister, behovsspesifisering og tildelingskriterier. I tillegg har Kluge Advokatfirma AS utført en gjennomgang av direktoratets rutiner og veiledere for anskaffelser knyttet til IKT-rammeavtalen.
- *Forbedret informasjon til leverandører som inngår i IKT-rammeavtalen.*  
Direktoratet har innført supplerende rutiner der vi i forkant av minikonkurranser i større grad skal varsle om kommende oppdrag og gi mer utfyllende informasjon om planlagte oppdrag. Det kan for eksempel være aktuelt å arrangere tilbudskonferanser ved store og komplekse avrop. I tillegg har vi etablert praksis med å legge informasjon om kommende behov ut på hjemmesiden vår.
- *Tiltak for å forebygge ulovlige direkte anskaffelser*  
Det er innført nye rutiner om at alle anskaffelser som baseres på unntak fra konkurransekrevet skal vurderes av jurist samt at avgjørelse skal tas av ledermøtet i direktoratet.

Direktoratet har kontinuerlig fokus på forbedring og videreutvikling av egne anskaffelsesrutiner. Vi har hatt ekstern gjennomgang av tidligere anskaffelser gjennomført av Kluge Advokatfirma AS. I tillegg har vi hatt interne gjennomganger. Interne rutiner er oppdatert som følge av gjennomgangene. Tiltak som forbedring av egen praksis og fokus på opplæring vil fortsette i 2021.

Parallelt med dette arbeidet har vi gjennomgått egne rutiner og praksis knyttet til bruken og oppfølgingen av konsulenter generelt. Følgende tiltak har blitt implementert:

- Utarbeidelse av HR-strategi med tydeligere føringer for oppbygging av kjernekompetanse i direktoratet.
- Direktoratet skal i større grad tilstrebe å besette sentrale roller med egne ansatte. Omfang og kriterier for supplerende av arbeidsstokken er tydeliggjort.
- Oppbemanning/styrking av kapasitet på områder der vi har identifisert varige behov for styrking av direktoratets kompetanse. Dette gjelder for eksempel prosjekt- og programledelse og støttefunksjoner i arbeidet med program-/prosjektporteføljen.

- Omorganisering av direktoratet, blant annet med etablering av en divisjon for porteføljestyring som kan støtte direktoratets arbeid med tunge prosjekter og programmer.

## Arbeidsmiljø og likestilling

Koronapandemien medførte at direktoratets ansatte jobbet hjemmefra det meste av tiden fra 12. mars. Å ivareta arbeidsmiljøet på hjemmekontor ble hovedfokus for AMU. Direktoratet gjennomførte pulsmålinger for å få innblikk i situasjonen for våre ansatte. Arbeidsmiljøet ble også kartlagt gjennom ordinære HR-verktøy. Resultatene ble fulgt opp i jevnlig 1-1 dialog mellom medarbeider og leder. Medarbeiderundersøkelsen i september (svarprosent: 92) viste at de aller fleste ansatte hadde høyt engasjement i jobben og opplevde god støtte fra leder og kollegaer. På området arbeidsbelastning hadde imidlertid direktoratet noe dårligere score enn året før. Resultater fra pulsmålingene tyder på økt slitasje utover høsten. Arbeidsmiljø er nærmere beskrevet i vedlegg om likestilling og ikke-diskriminering.

### Inkluderingsdugnaden og 5 prosent-målet

Direktoratet skal utvikle rutiner og arbeidsformer for å nå regjeringens mål om at 5 % av alle nyansatte skal være personer med nedsatt funksjonsevne eller hull i CV (inkluderingsdugnaden). I motsetning til 2019, nådde vi ikke 5%-målet i 2020. Vi rekrutterte 35 nye medarbeidere, én av disse var i målgruppen. Tabellen viser status pr. 31.12.2020.

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| Totalt antall nyansatte i 2020  | 35                                  |
| Antall nyansatte som har krysset av for nedsatt funksjonsevne (fast eller midl./adm. tilling) | 1                                   |
| Antall nyansatte som har krysset av for hull i CV (fast/midl./adm. stilling)                  | 0                                   |
| Antall fast ansatte etter tre-årsregelen med nedsatt funksjonsevne / 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 deltakere  |

Det er ikke kjent hvor mange av søkerne som var i målgruppen og som ikke gikk videre i rekrutteringsprosessen. Vi fører ikke manuell statistikk og det finnes ingen tilpasset rapport i rekrutteringsverktøyet Webcruiter. Vi hadde system for dette tidligere, men det ble avvirket fordi disse tallene ikke lenger skulle rapporteres. Dette er et forbedringspunkt som vi tar med oss videre.

I november 2020 utarbeidet direktoratet en handlingsplan for inkluderingsdugnaden, jf. anmodning fra HOD. Vi opplever å ha gode rutiner og en kultur for å vurdere særskilt kandidater som har krysset av for nedsatt funksjonsevne eller hull i CV, og flere er innkalt og vurdert i intervjuer. Vi har ikke begynt å vurdere stillinger for påmelding til traineeprogrammet i staten eller startet samarbeid med NAV.

### Styrking av aktivitets- og redegjørelsesplikten på likestillingsområdet

Endringer i likestillings- og diskrimineringsloven medfører at direktoratet har fått en styrket aktivitets- og redegjørelsesplikt. Vår redegjørelse presenteres i vedlegg til årsrapporten.

**Øke antall lærlinger i offentlige virksomheter**

Det er ikke gjort en ny vurdering av direktoratets mulighet til å ta inn lærlinger. Dette ble vurdert i 2017, i samarbeid med opplæringskontoret for statlige virksomheter i Oslo og Akershus. Konklusjonen ble at direktoratet ikke kan godkjennes som lærebedrift innen fagene som ble anbefalt (IKT service og kontor- og administrasjon). Forholdene som gjør at direktoratet ikke kan godkjennes som lærebedrift endret seg ikke i 2020.

## 5 Vurdering av fremtidsutsikter

I behandling av statsbudsjett for inneværende år, vedtok Stortinget etablering av helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning, også kjent som Akson. Vedtaket var et avgjørende veivalg for den videre utvikling av e-helseområdet. De to tiltakene vil sammen med etableringen av Helseplattformen i Midt-Norge og videreutvikling av eksisterende løsninger i spesialisthelsetjenesten, være sentrale grep for realisering av målbildet i stortingsmeldingen én innbygger – én journal.

Det videre arbeidet med Akson journal ligger nå i et samarbeidsprosjekt mellom stat, kommune og KS ledet av kommunene. Kommunene har overtatt ledelsen av styringsgruppen og mobilisert ressurser fra foregangskommunene, KS og Direktoratet for e-helse til roller i samarbeidsprosjektet. KS etablerer et heleid selskap som skal videreføre arbeidet med Akson.

Direktoratet for e-helse har ansvar for gjennomføring av program helhetlig samhandling. Programmet skal gjennomføres stegvis, med kontinuerlige leveranser. På den måten kan gevinster for pasienter og helsepersonell oppnås raskere, og hvert steg vil kunne gi en selvstendig verdi. I første del av program helhetlig samhandling skal direktoratet, i tett samarbeid med sektor, blant annet videreutvikle løsninger for trygg og sikker informasjonsdeling, og etablere en nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar. I tillegg skal det gjennomføres et forprosjekt hvor direktoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, skal vurdere hvilke nye tjenester og løsninger som må utvikles for å bidra til å nå målet om en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste.

Akson og helhetlig samhandling er viktige tiltak fordi kommunenes behov for bedre arbeidsverktøy og bedre samhandling er stort. Flere innbyggere med sammensatte lidelser, vil stille høyere krav til samhandling mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene, men også med andre kommunale- og statlige tjenester og spesialisthelsetjenesten. Gjennom bedre informasjonsflyt på tvers av helsetjenesten skaper vi et enklere og tryggere Helse-Norge for innbyggere, pasienter og helsepersonell.

Arbeidet med å realisere én innbygger – én journal er sentralt i Nasjonal e-helsestrategi. Nåværende strategi er gjeldende for perioden 2017-2022. I strategiperioden er integrasjon mellom EPJ-systemer og eksisterende nasjonale løsninger det viktigste grunnlaget for å koordinere og dele helseopplysninger mellom virksomheter. Det er allerede etablert en rekke nasjonale løsninger og infrastruktur for samhandling. Kjernejournal, Helsenorge og e-resept er eksempler på dette. Bruken av disse løsningene har vært i vekst gjennom hele strategiperioden.

Digitaliseringstempoet økte markant etter koronapandemien kom til landet. Pandemien utløste en bratt modningskurve både hos helsepersonell, pasienter og innbyggere når det gjelder bruk av digitale tjenester. Eksisterende e-helseløsninger og bruken av e-konsultasjon opplevde en enorm vekst etter at de første nasjonale smitteverntiltakene ble innført i mars 2020. Mer bruk av digitale tjenester og økt digital modning gir muligheter for å etablere en "ny normal" når det gjelder digitalisering. Vi må derfor klare å lære av de digitaliseringsgrepene som har vært vellykket det siste året og opprettholde digitaliseringstempoet fremover. Modningen som har skjedd har gitt et mulighetsrom for raskere digital transformasjon av sektoren.

For Direktoratet for e-helse sin del, innebærer dette å fortsatt jobbe med å realisere innholdet i den nasjonale e-helsestrategien. Direktoratet må, innen gitte rammer, videreutvikle myndighetsrollen og gi tydelige rammer og retning på den videre e-helseutviklingen. En mer

langsiktig, forpliktende finansieringsmodell, som bidrar til videreutvikling og investeringsevne i nye løsninger, der hele sektoren bidrar bør innføres for å øke gjennomføringskraften.

I gjeldende Nasjonal e-helsestrategi er etablering av pasientens legemiddelliste høyt prioritert. Utprøvingen på Vestlandet høsten 2021 vil gi verdifulle erfaringer i det videre arbeidet.

Arbeidet med Helsedataprogrammet pågår for fullt. Dette er også et sentralt tiltak i Nasjonal e-helsestrategi. Norske helsedata er blant de beste i verden. De kan redde liv, skape bedre folkehelse, forbedre ressursbruken og forsterke pasientsikkerheten. Målet med programmet er å forenkle tilgang, sammenstilling og analyse av helsedata på tvers av registrene. Utover tiltakene som ligger i Helsedataprogrammet vil det være behov for tiltak som forenkler innrapportering av data og utvikler forbedringssløyfer der data fra ulike datakilder analyseres. På den måten kan ny kunnskap raskt anvendes i pasientbehandling.

Nasjonal e-helsestrategi peker også på at aktørene i akademia og i næringslivet er viktige samarbeidspartnere for en innovativ offentlig sektor. Direktoratet for e-helse skal i løpet av året levere en anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet. Dette vil sette oss i stand til å bedre forstå samspillsproblemene mellom behovshavere i helse- og omsorgssektoren og leverandører av produkter og tjenester. Et slikt kunnskapsgrunnlag kan legge grobunn for nye samspillsløsninger i arbeidet med å etablere en bærekraftig helsetjeneste og et konkurransedyktig næringsliv.

Det vil være viktig å adressere digitaliseringstempoet og erfaringene fra koronapandemien i arbeidet med en ny nasjonal e-helsestrategi som vil være gjeldende fra 2023. Nasjonal e-helsestrategi er førende for prioriteringer i den nasjonale e-helseporteføljen og er derfor viktig for den videre utvikling av e-helseområdet. Arbeidet med kunnskapsinnhenting som grunnlag for ny strategi pågår. Direktoratet vil tilrettelegge prosessen for utarbeidelse av ny nasjonal e-helsestrategi slik at interessenter skal ha god anledning til å gi innspill. Strategien skal sendes på høring, trolig andre halvår 2022.



## 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 2020 har Direktoratet for e-helse samlet sett disponert tildelinger på utgiftssiden på 915 291 277 kroner, inklusivt inntektskrav på 128 618 000 kroner. Avgitte belastningsfullmakter på til sammen 58 800 000 kroner er inkludert i tildelingsbeløpet.

Det er mottatt syv belastningsfullmakter på til sammen 28 675 179 kroner hvor 24 362 724 kroner er benyttet:

| Kap.post   | Pålydende         | Benyttet          |
|------------|-------------------|-------------------|
| 540.25     | 5 190 469         | 5 190 469         |
| 540.25     | 9 730 143         | 9 730 143         |
| 540.25     | 11 600 000        | 8 836 925         |
| 540.25     | 660 167           | 69 500            |
| 762.21     | 1 000 000         | 328 338           |
| 762.21     | 194 400           | -                 |
| 762.21     | 300 000           | 207 350           |
| <b>Sum</b> | <b>28 675 179</b> | <b>24 362 725</b> |

Samlet tildeling på inntektssiden er 128 618 000 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 mindreinntekt og avgitte belastningsfullmakter, er 88 prosent. Utnyttelsesgraden av tildelingene til kap. 701, post 21, kap. 744, post 01 og kap. 744 post 21, justert for mindreinntekt er 88 prosent.

Mindreutgiften for kapittel og post 701.21, spesielle driftsutgifter for Direktoratet for e-helse er på 94 165 422 kroner etter at det er justert for mindreinntekter fra eksterne prosjekter, kapittel og post 3701.02, samt avgitte belastningsfullmakter.

38 600 000 kroner av mindreutgiften tilhører tildeling til EPJ-løftet og 39 800 000 kroner tilhører til deling Helsedataprogrammet. Det er søkt om at beløpet på totalt 94 165 422 kroner overføres til neste år iht. beregninger i note B.

Mindreutgiften for kapittel og post 744.21 er på 12 832 703 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 mindreinntekten på 6 878 723 kroner.

Utbetalinger til lønn og sosiale utgifter er på 172 116 693 kroner, jf. opplysninger i note 2. Lønnsandelen av driftsutgiftene er på 22,3 prosent.

Summen av andre utbetalinger til drift utgjorde 600 748 555 kroner, jf. oversikt over andre utbetalinger til drift i note 3. Den største utgiftsposten er kjøp av konsulenttjenester og utgjorde 88 prosent av totalutbetalingen. Fra 1.januar 2020 ble drift og forvaltning av IT tjenester overført Norsk Helsenett. Dette har medførte reduserte lønnskostnader og økt konsulentkostnader i forhold til 2019. Bruk av konsulenter som supplement til egne ansatte er nødvendig for Direktoratet for e-helse. Det gir virksomheten fleksibilitet fordi Direktoratet for e-helse er en virksomhet med endrede oppgaver og oppgavemengde fra år til år, noe som igjen krever ulik type kompetanse og ressursbehov. Nest største post er kjøp av andre fremmede tjenester, og utgjorde 6 prosent.

Det ble utbetalt 2 289 954 kroner til ulike investeringer, hovedsakelig knyttet til lisenser og inventar.

Per 31.12.20 utgjorde mellomværende med statskassen 6 893 788 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 2020. Beretningen er utsatt 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, 9. mars 2020



Karl S. Vestli  
Fung. direktør i 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 desember 2019 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.

### **Artskontorrapporteringen**

Oppstillingen av artskontorrapporteringen har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter og en nedre del som viser eiendeler og gjeld som inngår i mellomværende med statskassen. Artskontorrapporteringen 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 31.12.2020

| Utgiftskapittel        | Kapittelnavn                              | Post | Posttekst | Note | Samlet tildeling* | Regnskap 2020 | Merutgift (-) og mindreutgift |
|------------------------|---|------|-----------|------|-------------------|---------------|-------------------------------|
| 0701                   | Spesielle driftsutgifter E-helse          | 21   |           | A    | 575 737 000       | 417 192 855   | 158 544 145                   |
| 0744                   | Driftsutgifter                            | 01   |           | A    | 187 641 000       | 187 641 000   | 0                             |
| 0744                   | Spesielle driftsutgifter                  | 21   |           | A    | 157 792 000       | 144 959 297   | 12 832 703                    |
| 0540                   | Medfinansieringsordning for lønnsomme IKT | 25   |           | B    | 27 180 779        | 23 827 037    |                               |
| 0762                   | Spesielle driftsmidler                    | 21   |           | B    | 1 494 400         | 535 688       |                               |
| 0770                   | Tannhelse                                 | 21   |           | A    | 1 000 000         | 1 000 000     |                               |
| 1633                   | Nettoføringsordningen for mva i staten    | 01   |           |      | 0                 | 139 588 836   |                               |
| <i>Sum utgiftsført</i> |   |      |           |      | 950 845 179       | 914 744 713   |                               |

| Inntektskapittel        | Kapittelnavn                  | Post | Posttekst | Samlet tildeling* | Regnskap 2020 | Merinntekt og mindreinntekt(-) |  |
|-------------------------|-------------------------------|------|-----------|-------------------|---------------|--------------------------------|--|
| 3701                    | Diverse inntekter E-helse     | 02   |           | 128 618 000       | 121 739 277   | -6 878 723                     |  |
| 5309                    | Tilfeldige inntekter i staten | 29   |           | 0                 | 186 100       |                                |  |
| 5700                    | Arbeidsgiveravgift            | 72   |           | 0                 | 21 023 782    |                                |  |
| <i>Sum inntektsført</i> |                               |      |           |                   | 128 618 000   | 142 949 160                    |  |

|   |   |  |  |  |  |              |  |
|---|---|--|--|--|--|--------------|--|
| <b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b> |   |  |  |  |  | 771 795 553  |  |
| <b>Kapitalkontoer</b>                             |   |  |  |  |  |              |  |
| 60094301  | Norges Bank KK /innbetalinger           |  |  |  |  | 130 221 998  |  |
| 60094302  | Norges Bank KK/utbetalinger             |  |  |  |  | -911 878 316 |  |
| 707017  | Endring i mellomværende med statskassen |  |  |  |  | 9 860 765    |  |
| <i>Sum rapportert</i>                             |   |  |  |  |  | 0            |  |

| <b>Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)</b> |                               |            |                |
|--|-------------------------------|------------|----------------|
|  |                               |            |                |
|  |                               | 31.12.2020 | 31.12.2019     |
| 707017   | Mellomværende med statskassen | -6 893 788 | -16 754 553    |
|  |                               |            | <b>Endring</b> |
|  |                               |            | 9 860 765      |

\* 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**

| <b>Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter</b> |                            |                          |                         |
|---|----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <b>Kapittel og post</b>                               | <b>Overført fra i fjor</b> | <b>Årets tildelinger</b> | <b>Samlet tildeling</b> |
| 701 21  | 45 400 000                 | 530 337 000              | 575 737 000             |
| 744 01  |                            | 187 641 000              | 187 641 000             |
| 744 21  | 8 879 000                  | 148 913 000              | 157 792 000             |
| 770 21  |                            | 1 000 000                | 1 000 000               |
| <b>SUM</b>  | <b>54 279 000</b>          | <b>867 891 000</b>       | <b>922 170 000</b>      |

Samlet tildeling er inkludert avgitte belastningsfullmakter på 58 800 000 kroner.

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

| Kapittel og post | Stikkord                    | Merutgift(-)/ mindre utgift | Utgiftsført av andre iht. avgitte belastningsfullmakter(-) | Merutgift(-)/ mindre utgift etter avgitte belastningsfullmakter | Merinntekter / mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt | Omdisponering fra post 01 til 45 eller til post 01/21 fra neste års bevilgning | Innsparinger(-) | Fullmakt til å overskride bevilgning med overtid, reisetid og timelønn for november 2020* | Sum grunnlag for overføring | Maks. overførbart beløp * | Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|---|--|--|-----------------|---|-----------------------------|---------------------------|--|
| 701 21           | "kan overføres"             | 158 544 145                 | -57 500 000  | 101 044 145   | -6 878 723   |  |                 |   | 94 165 422                  | 1 149 655 968             | 94 165 422                                       |
| 744 01           |                             |                             |  |   |  |  |                 | 401 520   | 401 520                     | 9 382 050                 | 401 520  |
| 744 21           | "kan overføres"             | 12 832 703                  |  | 12 832 703  |  |  |                 |   | 12 832 703                  | 337 956 000               | 12 832 703                                       |
| 770 21           |                             |                             |  | 0   |  |  |                 |   | 0                           | 50 000                    |  |
|                  |                             |                             |  | 0   |  |  |                 |   | 0                           |                           |  |
| 540 25           | Mottatt belastningsfullmakt | 3 353 742                   |  | 3 353 742   | Ikke aktuell   | Ikke aktuell   | Ikke aktuell    | Ikke aktuell  | Ikke aktuell                | 1 497 044 018             | 107 399 645                                      |
| 762 21           | Mottatt belastningsfullmakt | 958 712                     |  | 958 712   | Ikke aktuell   | Ikke aktuell   | Ikke aktuell    | Ikke aktuell  | Ikke aktuell                |                           |  |

\*Denne kolonnen er kun aktuell for virksomheter som er lønnskunde av DFØ og som er berørt av omleggingen av utbetalingsløsningen i DFØ. DFØ har i 2020 endret utbetalingsløsningen for overtid, reisetid og timelønn. Dette medfører at virksomheter som er lønnskunder av DFØ for regnskapsåret 2020 vil utbetale overtid for 13 måneder (november og desember 2019 og januar til november 2020). Berørte virksomheter har fått fullmakt til å overskride bevilgning i 2020 tilsvarende engangseffekten knyttet til omlegging av utbetalingsløsningen i DFØ.

\*\*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 7 belastningsfullmakter for kap. postene 540.25 og 765.21 på tilsammen NOK 28 675 179,-. Av disse har direktoratet brukt NOK 24 362 724,-.

For kap. post 0540.25 er det mottatt fire belastningsfullmakter fra Digdir pålydende tilsammen på NOK 27 180 779,- til prosjektene Digi helsestasjon, Digital førerrettsforvaltning, Legemiddel programmet og Velferdsteknologisk knutepunkt. Alle prosjekter blir videreført men når det gjelder Digital Førerrett vil det være liten aktivitet i 2021. Velferdsteknologisk knutepunkt er omdøpt til Digital Hjemmeoppfølging.

For kap.post 776.21 er det mottatt 3 belastningsfullmakter på tilsammen 1 494 400 fra Helsedirektoratet hvorav 2 gjelder EPJ-løftet. Den siste gjelder E-konsultasjon og Triagering. Det er totalt benyttet 535 688 av bevilgningen.

#### "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.

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

Direktoratet har avgitt to belastningsfullmakter på totalt 58 800 000 mill. kroner som fordeler seg mellom FHI og Helsedirektoratet men henholdsvis 51 100 000,- og 7 700 000,-. FHI har ikke benyttet hele belastningsfullmakten. Det gjenstår 1,3 mill. kroner på deres fullmakt. Fra Helsedirektoratet har vi fått opplyst at de har benyttet hele fullmakten.

#### 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 12 832 703 for kap.post 744.21. Oppgavene som er bokført på kap. post 744.01 og 744.21 henger sammen. 401 520 kroner er relatert til utbetalinger av overtid, reisetid og timelønn i november og spesifisert i tabellen i henhold til R/2-2021.

| <b>Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2020</b>                    |             |                    |                    |
|--|-------------|--------------------|--------------------|
|  | <b>Note</b> | <b>2020</b>        | <b>2019</b>        |
| <b>Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>                  |             |                    |                    |
| Innbetalinger fra gebyrer  | 1           | 0                  | 0                  |
| Innbetalinger fra tilskudd og overføringer                                   | 1           | 909 628            | 1 883 797          |
| Salgs- og leieinntekter  | 1           | 120 829 650        | 292 242 171        |
| Andre inntekter  | 1           | 0                  | 0                  |
| <i>Sum inntekter fra drift</i>   |             | 121 739 277        | 294 125 968        |
| <b>Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>                   |             |                    |                    |
| Utbetalinger til lønn  | 2           | 172 116 693        | 375 876 637        |
| Andre utbetalinger til drift   | 3           | 600 748 555        | 627 297 064        |
| <i>Sum utbetalinger til drift</i>  |             | 772 865 248        | 1 003 173 701      |
| <b>Netto rapporterte driftsutgifter</b>                                      |             | <b>651 125 970</b> | <b>709 047 733</b> |
| <b>Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b> |             |                    |                    |
| Innbetaling av finansinntekter   | 4           | 0                  | 2 467              |
| <i>Sum investerings- og finansinntekter</i>                                  |             | 0                  | 2 467              |
| <b>Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>  |             |                    |                    |
| Utbetaling til investeringer   | 5           | 2 289 954          | 1 429 493          |
| Utbetaling til kjøp av aksjer  | 5,8B        | 0                  | 0                  |
| Utbetaling av finansutgifter   | 4           | 674                | 2 874              |
| <i>Sum investerings- og finansutgifter</i>                                   |             | 2 290 628          | 1 432 367          |
| <b>Netto rapporterte investerings- og finansutgifter</b>                     |             | <b>2 290 628</b>   | <b>1 429 900</b>   |
| <b>Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>                |             |                    |                    |
| Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.                               | 6           | 0                  | 0                  |
| <i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>            |             | 0                  | 0                  |
| <b>Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>                 |             |                    |                    |
| Utbetalinger av tilskudd og stønader   | 7           | 0                  | 0                  |
| <i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>             |             | 0                  | 0                  |
| <b>Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *</b>                  |             |                    |                    |
| Gruppelivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)                    |             | 186 100            | 405 800            |
| Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)                      |             | 21 023 782         | 43 079 141         |
| Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)   |             | 139 588 836        | 138 639 716        |
| <i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i>                          |             | 118 378 954        | 95 154 776         |
| <b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>                            |             | <b>771 795 553</b> | <b>805 632 409</b> |
| <b>Oversikt over mellomværende med statskassen **</b>                        |             |                    |                    |
| <b>Eiendeler og gjeld</b>  |             | <b>2020</b>        | <b>2019</b>        |
| Fordringer   |             | 0                  | 0                  |
| Kontanter  |             | 0                  | 0                  |
| Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank                          |             | 0                  | 0                  |
| Skyldig skattetrekk og andre trekk   |             | -6 802 687         | -14 443 928        |
| Skyldige offentlige avgifter   |             | -101 043           | -2 332 721         |
| Annen gjeld  |             | 9 941              | 22 096             |
| <b>Sum mellomværende med statskassen</b>                                     | <b>8</b>    | <b>-6 893 788</b>  | <b>-16 754 553</b> |

### Note 1 – Innbetalinger fra drift

|   | 31.12.2020         | 31.12.2019         |
|---|--------------------|--------------------|
| <i>Innbetalinger fra gebyrer</i>                      |                    |                    |
| <b>Sum innbetalinger fra gebyrer</b>                  | <b>0</b>           | <b>0</b>           |
| <i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>     |                    |                    |
| Tilskudd fra EU                                       | 909 628            | 1 883 797          |
| <b>Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer</b> | <b>909 628</b>     | <b>1 883 797</b>   |
| <i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>                    |                    |                    |
| Eksterne refusjonsinntekter                           | 120 829 650        | 292 242 171        |
| <b>Sum salgs- og leieinnbetalinger</b>                | <b>120 829 650</b> | <b>292 242 171</b> |
| <i>Andre innbetalinger</i>                            |                    |                    |
| <b>Sum andre innbetalinger</b>                        | <b>0</b>           | <b>0</b>           |
| <b>Sum innbetalinger fra drift</b>                    | <b>121 739 277</b> | <b>294 125 968</b> |

### Note 2 – Utbetalinger til lønn

|                                    | 31.12.2020         | 31.12.2019         |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Lønn                               | 136 592 201        | 279 780 266        |
| Arbeidsgiveravgift                 | 21 416 756         | 43 079 141         |
| Pensjonsutgifter*                  | 15 363 207         | 32 656 586         |
| Sykepenger og andre refusjoner (-) | -4 229 282         | -9 716 206         |
| Andre ytelser                      | 2 973 811          | 30 076 850         |
| <b>Sum utbetalinger til lønn</b>   | <b>172 116 693</b> | <b>375 876 637</b> |
| <b>Antall utførte årsverk:</b>     | <b>140</b>         | <b>345</b>         |

**\* Nærmere om pensjonskostnader**

Pensjoner kostnadsføres i resultatregnskapet basert på faktisk påløpt premie for regnskapsåret. Premiesats for 2020 er 12 prosent. Premiesatsen for 2019 var 12



### Note 3 – Andre driftsutgifter

|   | 31.12.2020         | 31.12.2019         |
|---|--------------------|--------------------|
| Husleie   | 13 203 842         | 28 366 866         |
| Vedlikehold egne bygg og anlegg                   | 0                  | 0                  |
| Vedlikehold og ombygging av leide lokaler         | 0                  | 0                  |
| Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler    | 3 863 511          | 5 305 674          |
| Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv. | 365 868            | 97 057             |
| Mindre utstyrsanskaffelser                        | 2 686 449          | 2 687 387          |
| Leie av maskiner, inventar og lignende            | 4 499 065          | 38 920 175         |
| Kjøp av konsulenttjenester                        | 531 584 720        | 471 751 073        |
| Kjøp av andre fremmede tjenester                  | 34 806 015         | 56 770 194         |
| Reiser og diett                                   | 3 045 154          | 9 214 588          |
| Øvrige driftsutgifter                             | 6 693 931          | 14 184 050         |
| <b>Sum andre utbetalinger til drift</b>           | <b>600 748 555</b> | <b>627 297 064</b> |

### Note 4 – Finans

|   | 31.12.2020 | 31.12.2019   |
|---|------------|--------------|
| <i>Innbetaling av finansinntekter</i>     |            |              |
| Renteinntekter                            | 0          | 0            |
| Valutagevinst                             | 0          | 2 467        |
| Annen finansinntekt                       | 0          | 0            |
| <b>Sum innbetaling av finansinntekter</b> | <b>0</b>   | <b>2 467</b> |

|   | 31.12.2020 | 31.12.2019   |
|---|------------|--------------|
| <i>Utbetaling av finansutgifter</i>     |            |              |
| Renteutgifter                           | 674        | 2 464        |
| Valutatap                               | 0          | 410          |
| Annen finansutgift                      | 0          | 0            |
| <b>Sum utbetaling av finansutgifter</b> | <b>674</b> | <b>2 874</b> |

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

|   | 31.12.2020       | 31.12.2019       |
|---|------------------|------------------|
| <i>Utbetaling til investeringer</i>         |                  |                  |
| Immaterielle eiendeler og lignende          | 441 671          | 308 979          |
| Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende | 1 848 283        | 1 120 514        |
| <b>Sum utbetaling til investeringer</b>     | <b>2 289 954</b> | <b>1 429 493</b> |

|  | 31.12.2020 | 31.12.2019 |
|--|------------|------------|
| <i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>     |            |            |
| Kapitalinskudd                           | 0          | 0          |
| Obligasjoner                             | 0          | 0          |
| Investeringer i aksjer og andeler        | 0          | 0          |
| <b>Sum utbetaling til kjøp av aksjer</b> | <b>0</b>   | <b>0</b>   |

### Note 6 – Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten

|   | 31.12.2020 | 31.12.2019 |
|---|------------|------------|
| <b>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b> | <b>0</b>   | <b>0</b>   |

### Note 7 – Tilskuddsforvaltning

|  | 31.12.2020 | 31.12.2019 |
|--|------------|------------|
| <b>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b> | <b>0</b>   | <b>0</b>   |

### Note 8 – Sammenheng statskassen

|                                     | 31.12.2020<br>Spesifisering av bokført<br>avregning med statskassen | 31.12.2020<br>Spesifisering av rapportert<br>mellomværende med<br>statskassen | Forskjell         |
|-------------------------------------|---|---|-------------------|
| <b>Finansielle anleggsmidler</b>    |   |   |                   |
| Investeringer i aksjer og andeler*  | 0   | 0   | 0                 |
| Obligasjoner                        | 0   | 0   | 0                 |
| <b>Sum</b>                          | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>          |
| <b>Omløpsmidler</b>                 |   |   |                   |
| Kundefordringer                     | 0   | 0   | 0                 |
| Andre fordringer                    | 0   | 0   | 0                 |
| Bankinnskudd, kontanter og lignende | 0   | 0   | 0                 |
| <b>Sum</b>                          | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>          |
| <b>Langsiktig gjeld</b>             |   |   |                   |
| Annen langsiktig gjeld              | 0   | 0   | 0                 |
| <b>Sum</b>                          | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>          |
| <b>Kortsiktig gjeld</b>             |   |   |                   |
| Leverandørgjeld                     | -2 689 076  | 0   | -2 689 076        |
| Skyldig skattetrekk                 | -6 802 687  | -6 802 687  | 0                 |
| Skyldige offentlige avgifter        | -101 043  | -101 043  | 0                 |
| Annen kortsiktig gjeld              | 9 941   | 9 941   | 0                 |
| <b>Sum</b>                          | <b>-9 582 864</b>   | <b>-6 893 788</b>   | <b>-2 689 076</b> |
| <b>Sum</b>                          | <b>-9 582 864</b>   | <b>-6 893 788</b>   | <b>-2 689 076</b> |

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

## 7 Vedlegg

Endringer i likestillings- og diskrimineringsloven innebærer at direktoratet har fått en styrket aktivitets- og redegjøringsplikt, både som statlig arbeidsgiver og offentlig myndighet. I det følgende redegjør vi for status og forbedringspunkter. Redegjørelsen tar utgangspunkt i veiledningen fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir).

Direktoratet for e-helse ønsker å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person (jf. [Likestillingsloven](#)).

### Redegjørelse for kjønnslikestilling

Direktoratet hadde 170 ansatte pr. 31.12.2020. Tabellen viser kjønnsfordelingen på samme tidspunkt for variablene det skal rapporteres på.

|         | Kjønn  | Deltid | Midlertidig stilling | Foreldrepermisjon        |
|---------|--------|--------|----------------------|--------------------------|
| Kvinner | 67,1 % | 0,6 %  | 3,9 %                | 12,1 uker (gjennomsnitt) |
| Menn    | 32,9 % | 1,3 %  | 1,9 %                | 4,9 uker (gjennomsnitt)  |

### Redegjørelse for arbeidet for likestilling og mot diskriminering

Likestillingsarbeidet er forankret i HR og AMU. For denne rapporteringen har HR foretatt en evaluering av status innen likestillingsområdene. Utkastet ble forelagt representanter for de ansatte i AMU. Deres innspill ble innarbeidet. Vi har et mål om å gi arbeidet med likestilling en tydeligere plass i virkeområdet til AMU, vernetjenesten, HR og ledelsen. I det følgende beskrives prinsipper og status innen likestillingsområdene samt forbedringstiltak som er vurdert ut fra kartleggingen.

#### Rekruttering

Direktoratet har strukturerte prosesser for rekrutteringsarbeidet. Stillinger lyses ut via Webcruiter og annonseres på digitale flater, som vår hjemmeside, finn.no, NAV, LinkedIn og i noen tilfeller i kombinasjon med andre flater som (digitale) nettaviser og tidsskrifter. Det informeres også om ledige stillinger via intranett og WorkPlace (sosialt intranett).

Formidlingen til direktoratet speiler et ønske om å være en likestilt og inkluderende virksomhet, men bildebruken har et forbedringspotensial. I annonser oppfordrer vi alle kvalifiserte kandidater til å søke ledig stilling, uansett alder, kjønn, arbeids- og livserfaring, hull i CV-en, seksuell legning, etnisk bakgrunn eller funksjonsevne. Vi uttrykker også vårt ønske om å tilrettelegge for personer med nedsatt funksjonsevne. Vi benytter ikke tungt fagspråk. Kommunikasjonsavdelingen står for god informasjonsflyt på vår bedriftsside på LinkedIn; her publiseres innlegg om ledige stillinger og hva som ellers foregår i direktoratet for å engasjere, inkludere og tiltrekke følgere og potensielle jobbsøkere.

Før en stilling utlyses, gjennomfører vi et oppstartsmøte med lederen som har rekrutteringsbehovet. I samtalen kartlegges hvilken kompetanse og egenskaper som kreves, og hvilke som er ønsket for stillingen. Dette formidler vi tydelig i utlysningstekstene. Vi opplever ikke våre krav som ekskluderende.

Direktoratet har utarbeidet en handlingsplan for inkluderingsdugnaden. I søknadsprosessen kan man krysse av for nedsatt funksjonsevne eller hull i CV samt for innvandrerbakgrunn. Vi inviterer alltid minst én fra hver kategori til intervju såfremt vi vurderer at søkeren ut fra søknadspapirene oppfyller kvalifikasjonskravene. I intervjusituasjonen bruker vi strukturerte intervjumaler. Intervjuguider for første- og annengangsintervju utarbeides i forkant av intervjurundene og alle kandidater får like spørsmål og lik intervjudid.

Alle i rekrutteringsteamet har lang erfaring innen HR- og rekruttering fra statlig virksomhet, og i tillegg god kjennskap til regelverk for likestilling og ikke-diskriminering. Ledere som har rekrutteringsbehovet besitter ikke samme kompetanse, noe som kan være en utfordring i tilfeller der leder avholder intervju uten bistand fra HR. Vi har ikke rutinemessige øvelser med lederne slik at de er rustet til utfordringer som kan oppstå i intervjusituasjoner, men HR tar opp temaet i aktuelle situasjoner. Det ansettes klart flere kvinner enn menn i direktoratet, men balansen er i liten grad mulig å styre ettersom vi følger kvalifikasjonsprinsippet.

*Forbedringspunkter:*

- Bildebruk i stillingsannonsen bør i større grad avspeile ønske om mangfold.
- Det er behov for større innsats for å nå 5%-målet i inkluderingsdugnaden.
- I søknaden bør det være mulig å oppgi andre alternativer enn "kvinne" eller "mann".
- Ledere som velger ut søknader og gjennomfører intervjuer uten bistand fra HR bør få opplæring i krav til likestilling og ikke-diskriminering, bli bevisste på fordommer og stereotyper og "trene" på utfordringer som kan oppstå i intervjusammenheng.

### **Lønn og arbeidsforhold**

Direktoratets lokale lønnspolitikk beskriver hvordan lønnsystemet skal brukes og hvilke lønnsmessige tiltak som er nødvendig for å nå virksomhetens mål. Lønnspolitikken er utformet i et samarbeid mellom arbeidsgiver og hovedsammenslutningene (Akademikerne, Unio og LO Stat). Den er et verktøy for begge parter, og skal bidra til forutsigbarhet og enhetlig praksis. Lønnspolitikken er tilgjengelig på intranett for alle ansatte.

Lønnspolitikken skal bidra til å rekruttere, utvikle og beholde høyt kvalifiserte og motiverte ansatte. Den skal sikre at likelønn, kompetanse og ansvar ivaretas for både fast og midlertid ansatte, samt ansatte som er i permisjon eller til behandling/rehabilitering. Disse vurderes lønnsmessig og forhandles for på lik linje som ansatte i fullt arbeid. Lønnsutviklingen for deltids- og midlertidig ansatte følges opp som for fast ansatte.

Lønnspolitikken skal også stimulere til at eldre ansatte blir stående i jobben så lenge som mulig.

Vi skal tilstrebe at utilsiktede lønnsmessige skjevheter utjevnes og følge prinsippene om åpenhet, likebehandling og reell likestilling mellom kjønnene (lov om likestilling § 5). Tillitsvalgte og ledelsen har utarbeidet tydelige kriterier for å sikre at lønnsopprykk gis på bakgrunn av evner, prestasjoner, arbeidsoppgaver, kompetanse, kvalifikasjoner og erfaring som er relevante for stillingen.

Alle ansatte blir informert om gjennomføring av lønnsforhandlinger etter HTAs punkt 2.5.1. Både ansatte og ledere blir informert om hvordan prosessen er lagt opp og hvordan de kan fremme evt. lønnskrav. Alle ansatte får tilbud om lønnsamtale med nærmeste leder i løpet av året. Dette følges opp av HR. Vi opplever at både ledere og ansatte er flinke til å snakke om lønn også utenom de fastsatte lønnsamtalene.

Gjennom den lokale lønnspolitikken skal direktoratet sørge for lik lønn for likt arbeid, uavhengig av kjønn. Arbeidsgiver følger derfor nøye med på lønnsutvikling for alle ansatte uansett kjønn, alder og bakgrunn, med hensyn til prestasjoner, kvalifikasjoner, holdninger, arbeidsoppgaver, kompetanse, erfaring og evner, slik at det ikke oppstår utilsiktede lønnskjevheter og lønnspolitikken etterfølges. I forkant av de årlige lønnsforhandlingene tilbyr alle ledere sine ansatte samtale om kompetanse, ansvar, lønn og karriereutvikling.

I alle stillingskategoriene i direktoratet er kvinner noe lavere lønnet enn menn. Dette funnet er basert på en gjennomsnittsberegning av årslønn fordelt på kjønn innenfor alle stillingskategorier. Noe av forklaringen kan være at gjennomsnittsberegningen ikke tar hensyn til utdanningsbakgrunn, erfaringslengde, alder eller oppgaveportefølje m.m. Enkelte stillingsgrupper kan gjøre gjennomsnittsfordelingen noe skjevt, for eksempel:

- Flere høytlønnede stillingsgrupper (arkitekter, områdeansvarlige osv.) er besatt av flere menn enn kvinner – dette forhøyer lønnsstatistikken noe for menn
- Mange støtte-/koordinatorstillinger er besatt av kvinner – dette gjør at lønnsgjennomsnittet for kvinner kan bli noe lavere

Vi ser imidlertid også lønnskjevhet blant kvinnelige ansatte med lang arbeidserfaring og ansiennitet og vil derfor vurdere tiltak for å utjevne disse lønnskjevhetene.

#### *Forbedringspunkter:*

- Vurdere å utarbeide rutine for fastsettelse av lønn på ulike stillingsnivåer.
- Vurdere å utarbeide kriterier og mål for å følge likelønnsprinsippet i enda større grad samt utjevne andre lønnskjevheter
- I større grad ta hensyn til statistikker for kjønn og alder i vurdering av lønnsfastsettelse og lønnsutvikling.

#### **Forfremmelse og utviklingsmuligheter**

Direktoratet har behov for å tiltrekke seg, bygge og utvikle riktig kompetanse for å nå virksomhetsmålene. Vi er avhengig av at kompetansen endres i tråd med behov og endringer i organisasjonen og i sektoren. Målet er at organisasjonen bygger en kultur der alle medarbeidere bidrar til videreutvikling av fag og organisasjon og hvor lederne legger til rette for den enkeltes deltakelse og utvikling. Ansattes kompetanse skal anvendes i rett rolle på rett sted. Direktoratets HR-strategi fra 2020 har følgende mål på dette området:

- Direktoratet skal være en kunnskapsorganisasjon hvor den enkeltes kompetanse utvikles og anvendes på riktig måte og på rett sted i organisasjonen.
- Direktoratet skal skape horisontale og vertikale karriereveier for de ansatte.
- Direktoratet skal ha god treffsikkerhet i rekrutteringsprosessen.
- Innleie av konsulenter skal gi strategisk verdi til organisasjonen.

For å nå de strategiske målene skal direktoratet legge til rette for å:

- drive systematisk kompetanseutvikling på individ- og organisasjonsnivå
- drive langsiktig karriereplanlegging, synliggjøre karrieremuligheter og skape mobilitet
- drive lederutvikling og bistå med lederstøtte
- etablere en mer målrettet rekruttering og onboarding som fanger opp unge talenter, tiltrekker etterspurt kompetanse og tar vare på nyansatte

- utvikle og beholde seniorfagkompetanse
- komplettere organisasjonen med målrettet innleid konsulentkraft ut fra behovsanalyse og sikre kompetanseoverføring til interne ressurser

#### *Medarbeidersamtale*

Kartlegging av medarbeidernes kompetanse og utviklingsmuligheter gjøres i størst grad gjennom medarbeidersamtaler. Dette er en årlig, jobborientert og forberedt samtale mellom nærmeste leder og medarbeider. Samtalen skal bidra til å vise sammenhengen mellom avdelingens/divisjonens mål og hva den ansatte skal bidra med for å nå målene med godt resultat. Like viktig som organisasjonens behov er den ansattes egne mål og ambisjoner, trivsel og motivasjon, samt ønsker om egen utvikling. Samtalen skal resultere i gjensidige, aksepterte, fremtidige mål og tiltak som skal forplikte begge parter.

Medarbeidersamtalene inngår i HMS-århjulet og gjennomføres med utgangspunkt i felles mal. Forfremmelse og utviklingsmuligheter er blant temaene som tas opp.

#### *Intern rekruttering / intern rotasjon*

Direktoratet ønsker å være en attraktiv arbeidsplass og gi ansatte muligheter for intern rotasjon. Kvalifiserte ansatte oppfordres ofte til å søke på interne prosjekter (fast eller midlertidig jobbrotasjon). Med unntak av lederstillinger, blir ledige stillinger lyst ut internt via Workplace (sosialt intranett) før ekstern utlysning. Dersom det er midlertidig oppdrag eller oppgaver, blir det presisert.

#### *Utdanningspermisjon og hospitering*

Direktoratet ønsker å være en lærende organisasjon og bidra til faglig utvikling for ledere og medarbeidere. Nærmeste leder er ansvarlig for kompetanseutvikling for sine ansatte og behandler søknader om utdanningspermisjoner og hospiteringer. Leder avgjør eventuelle individuelle kompetanseutviklingstiltak, blant annet ut ifra følgende vurderingskriterier: behovet for kompetansetilførsel, relevans for jobben, ansettelsestid, egnethet hos medarbeider, budsjettsituasjonen og ressursituasjonen i avdelingen. Utdanningspermisjon benyttes i en viss grad samt permisjon for å jobbe i annen statlig virksomhet.

Medarbeiderundersøkelsen viser at de aller fleste ansatte opplever at de får benyttet sin kompetanse gjennom arbeidsoppgavene. De opplever også god oppfølging fra leder og at tiltak fra medarbeidersamtalene blir gjennomført. Direktoratet scorer høyt på engasjement i jobben og støttende ledelse.

#### *Forbedringspunkter:*

- Tillitsvalgte og ledelsen har ikke tydelige kriterier eller felles prosedyrer for forfremmelser.
- Direktoratet vil vurdere videre arbeid med overordnet plan for videreutvikling av ansatte, med felles prinsipper om like muligheter for forfremmelse og utvikling på grunnlag av evner, prestasjoner, arbeidsoppgaver, kompetanse, kvalifikasjon og erfaring som er relevant for stillingen.

### **Tilrettelegging for mangfold og mulighet for å kombinere arbeid og familieliv**

Direktoratet er lokalisert i moderne bygg med universell utforming og parkeringsplasser i underetasjen. Garderobe og toalett er tilrettelagt for mangfold i kjønnsidentitet. Kantinen har et variert tilbud av mat, inkludert for allergikere. Et eget rom er reservert for hvile, amming eller bønn. Ansatte kan trene i arbeidstiden i inntil to timer pr. uke, hvorav én time er dekket av arbeidsgiver. Lederne har jevnlig 1-1 samtaler med sine medarbeidere. For å sikre god dialog under situasjonen med hjemmekontor pga. koronapandemien, ble det utarbeidet en veiledende mal for samtale. Lederne har god kultur for å imøtekomme medarbeidere som trenger fridager eller fleksibilitet pga. sin livssituasjon. Det kan tilrettelegges for egen parkeringsplass, cellekontor, hjemmekontor, permisjon, seniordager m.m.

Medarbeiderundersøkelsen viser at de aller fleste opplever at arbeidsgiver tar sosiale og personlige hensyn, f. eks ved sykdom, kriser og behov for å yte omsorg. Direktoratet har fleksibel arbeidstid. Fravær pga. sykt barn var i 2020 omtrent like vanlig for menn som for kvinner; 33 % av de ansatte var menn, de stod for 36 % av "sykt barn" dagene. Rutiner og ordninger er beskrevet i HMS-håndboken. Nyansatte blir informert.

#### *Forbedringspunkter:*

- Vurdere tiltak som i enda større grad fanger opp problemer med å kombinere arbeid og familieliv under koronapandemien.
- Det kan være behov for retningslinjer som regulerer bruk av hjemmekontor under koronapandemien og videre, ved behov. Vi avventer føringer fra sentralt hold.
- I perioder er det høyt tempo i direktoratet. Engasjerte medarbeidere ønsker å gjøre en innsats, men noen jobber for mye. Det er iverksatt tiltak for å redusere omfanget av arbeid utover normalt antall timer pr. dag/uke og tiltakene vil få fokus framover. Direktoratet har en nullvisjon for brudd på arbeidstidsbestemmelsene.
- Utarbeide Akan-retningslinjer i tilknytning til etiske retningslinjer. Utarbeide livsfasepolicy.

### **Arbeidsmiljø, trakassering, seksuell trakassering og kjønnsbasert vold**

Direktoratet ønsker å tilby våre ansatte et trygt og godt arbeidsmiljø. Direktoratet har rutine for varsling av kritikkverdige forhold, rutine for konflikthåndtering, rutine for melding av avvik samt rutine for håndtering av skade, sykdom eller dødsfall. Arbeidsmiljøet kartlegges gjennom årlige medarbeidersamtaler, medarbeiderundersøkelse, HMS-møter og vernerunder. I medarbeiderundersøkelsen er det mulig å krysse av for opplevd mobbing eller trakassering og man får informasjon om hvordan man kan varsle om dette. Direktoratet har et lavt omfang av mobbing og trakassering (1%). Ledelsen har signalisert nulltoleranse for dette og at målet er nullvisjonen. Temaet er synliggjort i mal for medarbeidersamtale.

Ut fra kartleggingene utarbeider vi planer som følges opp på avdelings- og direktoratsnivå. Vi har bedriftshelsetjeneste, vernetjeneste og arbeidsmiljøutvalg. Rutiner m.m. er beskrevet i HMS-håndboken, som er tilgjengelig på intranettet.

Retningslinjer under koronapandemien ligger på intranettet og blir oppdatert ved behov. Det informeres også via Workplace. Rutine for håndtering av mulig covid-19 smitte ble utarbeidet. Direktoratet har gjennomført fire pulsmålinger under pandemien for å få et innblikk i ansattes arbeidshverdag på hjemmekontor. Det var månedlige møter i AMU, der situasjonen med hjemmekontor var et sentralt tema. AMU har blant annet jobbet med retningslinjer, risikovurdering, resultater av pulsmålinger og mal for 1-1 dialog.

I direktoratets HR-strategi (2020) er "Attraktivt arbeidsmiljø" et av fire fokusområdet. De strategiske målene er:

- Direktoratet skal ha en organisasjonskultur som fremmer arbeidsglede, raushet og der vi gjør hverandre gode
- Direktoratet skal utvikle og synliggjøre sterke og robuste fagmiljøer
- Direktoratet vil utvikle personalledere som kjenner medarbeiderne, utvikler dem og tar tak i utfordringer

For å nå de strategiske målene skal vi:

- bruke verdiene våre aktivt
- oppfordre til faglig utvikling, nettverksbygging og kompetanseutveksling
- tilby utviklende arbeidsoppgaver og roller og stimulere til deltakelse og ansvar
- bevare og videreutvikle vårt systematiske HMS-arbeid og det gode samarbeidet mellom ledelsen og arbeidstakerorganisasjonene
- drive systematisk lederutvikling og -evaluering for å utvikle gode personalledere
- skape mangfold i arbeidsstokken
- utøve god livsfasepolitikk

*Forbedringspunkter:*

- Koronasituasjonen krever ekstra årvåkenhet og muligens forsterkede tiltak.
- Det må jobbes videre for å nå nullvisjonen for mobbing/trakassering. Det kan informeres jevnlig om varslingsrutinen og HMS-håndboken generelt.
- HMS-kunnskapen kan friskes opp jevnlig hos alle ansatte.
- Ansatte kan få bedre kjennskap til AMU og i større grad spille inn saker ved behov.

## Direktoratet som offentlig myndighet

I 2019 fikk direktoratet en ny løsning for ehelse.no. Løsningen ble utviklet i henhold til kravene om universell utforming av nettsteder. Det er ikke avdekket vesentlige brudd på kravene i etterkant. Enkelte av figurene som benyttes har et forbedringspotensial, som følges opp i 2021.

Direktoratet gjennomførte i 2020 et klarspråkprosjekt med mål om at alt tekstlig innhold fra direktoratet skal bli lettere tilgjengelig i tråd med blant annet kravene til universell utforming. Satsningen på klart språk fortsetter i 2021.

I kommunikasjonsarbeidet har direktoratet bevissthet rundt kravene i likestillings- og diskrimineringsloven. Blant annet gjennom bildebruk forsøker vi å formidle mangfold, og vil jobbe videre med dette i 2021 når bildebanken utvides.

Direktoratet stiller også krav til utviklingen av Helsenorge. Direktoratet stiller krav til at Helsenorge skal tilby alle en god brukeropplevelse, uansett funksjonsnivå. Dessuten skal Helsenorge oppfylle de 49 suksesskriteriene fra Web Content Accessibility Guidelines 2.1 som er nevnt i Forskriften om universell utforming av IKT og EUs Web Accessibility Directive. Direktoratet har dialog med NHN i forhold til oppfølging av krav til universell utforming. NHN har laget sjekklister og all utvikling og nye tjenester følger disse og andre eksisterende retningslinjer. Arbeidet følges opp videre i 2021.





