

Riksrevisjonens undersøkelser av:

Sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring
av arbeidet med Én innbygger – én journal

Sak 2: Anskaffelser av konsulenttjenester i
Direktoratet for e-helse

Dokument 3:14 (2020–2021)



Forsidefoto: Til venstre Unsplash, til høyre Shutterstock / NTB.

ISBN-978-82-8229-515-4

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette frem Dokument 3:14 (2020–2021). Dokumentet inneholder to saker:

1. Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med *Én innbygger – én journal*
2. Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

Dokumentet har følgende inndeling:

- Konklusjoner, Utdyping av konklusjoner, Anbefalinger, Riksrevisjonens kritikk, Statsrådets svar og Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar
- Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet
- Vedlegg 2: Statsrådets svar
- Vedlegg 3: Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger
- Vedlegg 4: Etterlevelsesrevisjonsrapport med vurderinger

Riksrevisjonen benytter følgende begreper for kritikk, med denne rangeringen etter høyest alvorlighetsgrad:

- 1 **Svært alvorlig** brukes ved forhold der konsekvensene for samfunnet eller berørte borgere er svært alvorlige, for eksempel risiko for liv eller helse.
- 2 **Alvorlig** benyttes ved forhold som kan ha betydelige konsekvenser for samfunnet eller berørte borgere, eller der summen av feil og mangler er så stor at dette må anses som alvorlig i seg selv.
- 3 **Sterkt kritikkverdig** angir forhold som har mindre alvorlige konsekvenser, men gjelder saker med prinsipiell eller stor betydning.
- 4 **Kritikkverdig** brukes for å karakterisere mangelfull forvaltning der konsekvensene ikke nødvendigvis er alvorlige. Dette kan gjelde feil og mangler som har økonomiske konsekvenser, overtredelse av regelverk eller saker som er tatt opp tidligere og som fortsatt ikke er rettet opp.

Riksrevisjonen, 22. juni 2021

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss

riksrevisor

Innhold

1	Innledning	4
2	Konklusjoner	4
3	Riksrevisjonens kritikk	5
4	Utdypning av konklusjoner	6
Sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med <i>Én innbygger – én journal</i>		6
4.1	Veikartet for sektorens journalløsninger er et resultat av aktørers selvstendige valg, og dette kan gjøre det utfordrende å koordinere IT-utviklingen slik at målene i <i>Én innbygger – én journal</i> nås.....	7
4.2	Utredningen av <i>Én innbygger – én journal</i> har, til tross for stort omfang og over åtte års varighet, betydelige svakheter	8
4.3	Helse- og omsorgsdepartementet har ikke ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte, og dette har forsinket arbeidet	14
4.4	Flere tiltak og prosjekter som er forutsetninger for å lykkes med <i>Én innbygger – én journal</i> , har ikke hatt høy nok fremdrift.....	15
4.5	Rollen til nasjonale myndigheter er ikke tydelig definert, og mekanismene for styring, prioritering og forankring av e-helseutviklingen er ikke effektive nok	17
Sak 2: Anskaffelser av konsulent tjenester i Direktoratet for e-helse		19
4.6	Direktoratet for e-helse har brutt anskaffelsesregelverket og har ikke god nok styring og kontroll med anskaffelsene.....	20
5	Anbefalinger	24
5.1	Anbefalinger til sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med <i>Én innbygger – én journal</i>	24
5.2	Anbefalinger til sak 2: Anskaffelser av konsulent tjenester i Direktoratet for e-helse.....	25
6	Statsrådets svar	25
6.1	Statsrådets svar til sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med <i>Én innbygger – én journal</i>	25
6.2	Statsrådets svar til sak 2: Anskaffelser av konsulent tjenester i Direktoratet for e-helse	27
7	Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar	27
Vedlegg		29

Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 2: Statsrådets svar

Vedlegg 3: Forvaltningsrevisjonsrapport om Sak 1

Vedlegg 4: Etterlevelsesrevisjonsrapport om Sak 2

1 Innledning

Gjennom Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, jf. Innst. 224 S (2012–2013), ble de overordnede målene for IT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren fastsatt:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger.
- Innbyggerne skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tjenester.
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Helse- og omsorgskomiteen uttalte under behandlingen av meldingen at målet må være at helseopplysninger følger pasienten overalt der behandling og annen helsehjelp skal ytes, uavhengig av hvor i systemet dette skal foregå.

Én innbygger – én journal er en utviklingsretning for e-helseområdet som består av flere underliggende prosjekter og tiltak. For å nå målene i *Én innbygger – én journal* er det lagt til grunn at dagens journalsystemer skal videreutvikles og forbedres. I tillegg er det en rekke forutsetninger som må oppfylles og parallelle tiltak som må gjennomføres. Blant annet må samhandlingsløsninger, standarder, kodeverk og terminologi videreutvikles.

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å styre og koordinere utviklingen på IT-feltet i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse er departementets fagdirektorat og har hovedansvar for oppfølgingen av dette området. Det ble etablert i 2016 med utgangspunkt i divisjon for e-helse i Helsedirektoratet.

Riksrevisjonen legger nå frem to rapporter som berører hvordan Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse har styrt og hatt kontroll med utviklingen av e-helse mot målene i *Én innbygger – én journal*:

- Den ene rapporten er en undersøkelse av **Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med *Én innbygger – én journal*** (sak 1). Målet med denne undersøkelsen har vært å vurdere hvordan Helse- og omsorgsdepartementet ivaretar sitt ansvar for å nå målene i *Én innbygger – én journal*.
- Den andre rapporten er en undersøkelse av **anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse** (sak 2). Målet med denne undersøkelsen har vært å undersøke om Direktoratet for e-helse kjøper og styrer konsulenttjenester i tråd med anskaffelsesregelverket og økonomiregelverket i staten.

Rapportene er forelagt Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 26. mars 2021. Departementet har i brev av henholdsvis 23. april (sak 2) og 30. april (sak 1) 2021 gitt kommentarer til rapportene. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapportene og i dette dokumentet.

2 Konklusjoner

Undersøkelsen viser store svakheter når det gjelder utredning, overordnet styring, planlegging og oppfølging av stortingsmeldingen. I tillegg har tiltak og prosjekter som er forutsetninger for å nå målene i *Én innbygger – én journal* ikke hatt høy nok fremdrift.

Direktoratet for e-helse benytter i stor grad innleide konsulenter for å gjennomføre sine oppgaver. Undersøkelsen viser at direktoratet har brutt anskaffelsesregelverket på flere områder i forbindelse med kjøp av konsulenttjenester. Direktoratet har ikke styrt bruken av konsulentene på en god nok måte og ikke tilrettelagt godt nok for overføring og oppbygging av kompetanse i egen organisasjon. Samlet sett kan dette ha svekket direktoratets kapasitet til å styre prosjektene på en effektiv måte.

Undersøkelsen konkluderer med:

- Veikartet for sektorens journalløsninger er et resultat av aktørers selvstendige valg, og dette kan gjøre det utfordrende å koordinere IT-utviklingen slik at målene i *Én innbygger – én journal* nås
- Utredningen av *Én innbygger – én journal* har, til tross for stort omfang og over åtte års varighet, hatt betydelige svakheter

- Rask teknologisk utvikling har gjort åpne plattform-/økosystemløsninger mer aktuelle for helsesektoren, men utredningene har blitt forsinket fordi dette ikke har blitt fanget opp tidlig nok
- Sentrale fagmiljøer har ikke blitt tilstrekkelig involvert, og utredningene kunne vist til et bredere forskningsgrunnlag
- Det valgte konseptet for Akson har høy kompleksitet, usikkerhet og risiko, og enkelte forslag om å redusere denne gjennom å dele opp tiltaket har ikke blitt tatt til følge av Direktoratet for e-helse
- Konsekvensene for helsenæringen har ikke blitt tilstrekkelig vektlagt
- Helse- og omsorgsdepartementet har ikke ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte, og dette har forsinket arbeidet
- Flere tiltak og prosjekter som er forutsetninger for å lykkes med *Én innbygger – én journal* har ikke hatt høy nok fremdrift
- Rollen til nasjonale myndigheter er ikke tydelig definert, og mekanismene for styring, prioritering og forankring av e-helseutviklingen er ikke effektive nok
- Direktoratet for e-helse har brutt anskaffelsesregelverket og har ikke god nok styring og kontroll med anskaffelsene

3 Riksrevisjonens kritikk

Riksrevisjonen mener det er **alvorlig** at:

- legemiddellisten er blitt forsinket, til dels på grunn av mangelfull styring. God legemiddeloversikt er viktig for å unngå pasientskader, og forsinkelser kan få alvorlige konsekvenser for pasientsikkerheten.

Riksrevisjonen mener det er **sterkt kritikkverdig** at:

- utredningen av *Én innbygger – én journal* har hatt betydelige svakheter
- Helse- og omsorgsdepartementet ikke har ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte
- Direktoratet for e-helse i 2020 gjorde en aktiv nedprioritering av samhandlingsløsningen i forprosjektet for Akson – spesielt ettersom behovet for en slik løsning da hadde vært kjent i nesten fem år
- Direktoratet for e-helse har brutt anskaffelsesregelverket i flere kjøp av IT-konsulenttjenester
- Direktoratet for e-helse ikke har tilstrekkelig kostnadskontroll i anskaffelsene
- Direktoratet for e-helse ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å redusere avhengigheten av enkeltkonsulenter og -leverandører

Riksrevisjonen mener det er **kritikkverdig** at:

- mange aktører i sektoren opplever at de ikke har tilstrekkelig medinnflytelse på nasjonale prioriteringer

4 Utdypning av konklusjoner

Sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med *Én innbygger – én journal*

Målet med denne undersøkelsen har vært å vurdere hvordan Helse- og omsorgsdepartementet ivaretar sitt ansvar for å nå målene i stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal*.

Meldingen skisserte at målene blant annet skulle nås gjennom forbedring av sektorens pasientjournalløsninger for å gjøre det lettere for helsetjenesten å samhandle. Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2013 Helsedirektoratet (divisjon for e-helse i Helsedirektoratet ble skilt ut som Direktoratet for e-helse fra 2016) i oppdrag å utrede alternative løsninger. Utredningsprosessen har nå pågått i flere faser over en periode på åtte år og kostet minst 150 millioner kroner. Dokumentasjonen er omfattende og over 5000 sider lang. Til tross for dette gjenstår det ubesvarte spørsmål, og det pågår fortsatt utredning av veien videre.

Den første utredningen, som pågikk fra 2013 til 2015, anbefalte å starte med behovene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette utløste nye utredninger som pågikk fra 2016 til 2020 og har endt i planene for prosjektet som har fått navnet Akson. Totalt er det estimert at Akson vil ha en samfunnsøkonomisk kostnad på 22 milliarder kroner (hvorav halvparten er investeringskostnader og drifts- og forvaltningskostnader), og prosjektet har en tidshorisont frem mot år 2040. Øvrige aktører, som de regionale helseforetakene og kommunene i Midt-Norge har i mellomtiden arbeidet videre med sine egne journalsatsinger (Helseplattformen og videreutvikling av DIPS).

I 2019 og 2020 fikk Akson mye kritikk fra blant annet forskere, enkelte kommuner, Legeforeningen og helsenæringen. Det var opprinnelig planlagt at Stortinget skulle bli forelagt en investeringsbeslutning for Akson i 2020, men dette skjedde ikke fordi kvalitetssikrer anbefalte at det først måtte gjøres utbedringer i prosjektgrunnlaget. Kommunesektoren har nå tatt over prosjektet og skal i løpet av 2021/2022 fremme forslag til endringer i dette. Deretter skal utredningen gjennom en ny kvalitetssikring.

For å nå målene i *Én innbygger – én journal* er det en rekke forutsetninger som må oppfylles, og parallelle tiltak som må gjennomføres. Blant annet må samhandlingsløsninger, standarder, kodeverk og terminologi videreutvikles. Helsesektoren består av svært mange selvstendige aktører. Dette gjør det ekstra viktig å lykkes med forankring og involvering og å ha gode mekanismer for finansiering, prioritering og styring.

I 2020 kom departementet med et forslag om en ny e-helselov. Forslaget ble trukket på bakgrunn av at høringsinnspill kom med vesentlige innvendinger mot deler av loven, og at lovforslaget ikke hadde støtte fra flertallet på Stortinget. Disse observasjonene viser at det er en risiko for at myndighetene ikke har lyktes med å finne riktig nivå for nasjonal styring.

Undersøkelsen omfatter Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet i perioden 2013–2020. De regionale helseforetakene og øvrige forvaltningsorganers oppfølging av meldingen er utenfor undersøkelsens omfang.

Undersøkelsen tar blant annet utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, jf. Innst. 224 S (2012–2013)
- Prop. 1 S fra Helse- og omsorgsdepartementet i perioden 2013–2020
- Reglement for økonomistyring i staten og bestemmelser om økonomistyring i staten
- Utredningsinstruksen

Undersøkelsen er basert på analyse av dokumenter og intervjuer. For å vurdere kvaliteten på beslutningsgrunnlaget fra et IT-faglig perspektiv har vi i tillegg fått faglig bistand fra forskere fra Institutt for informatikk ved Universitetet i Oslo.

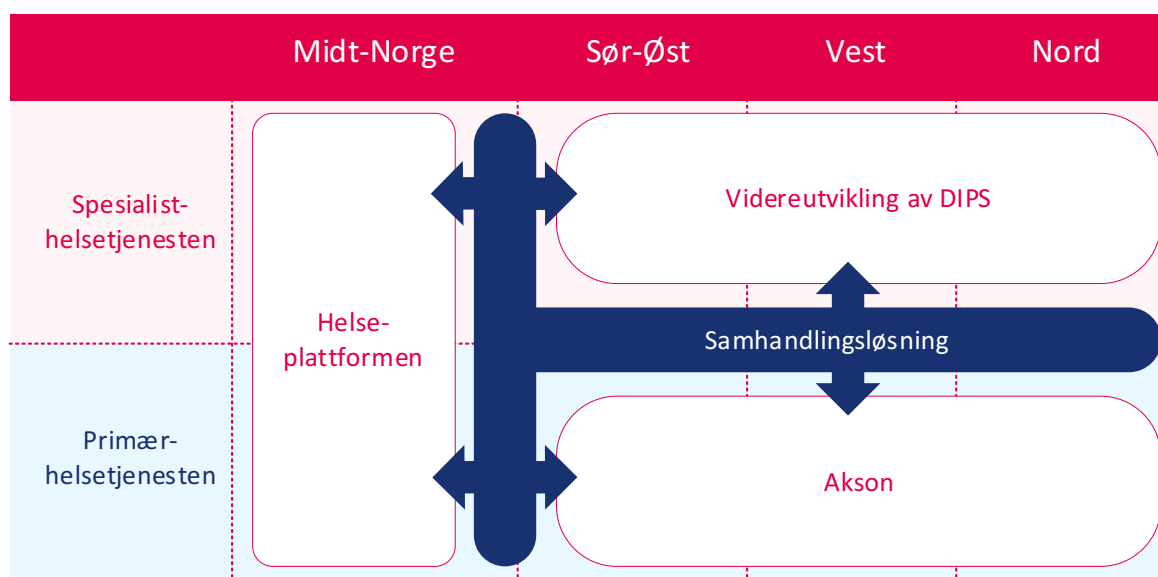
4.1 Veikartet for sektorens journalløsninger er et resultat av aktørers selvstendige valg, og dette kan gjøre det utfordrende å koordinere IT-utviklingen slik at målene i *Én innbygger – én journal* nås

Aktørene i den norske helsesektoren har stor grad av autonomi. Helse- og omsorgskomiteen har ved flere anledninger uttalt at et stort antall selvstendige aktører over tid har ført til en lite koordinert utvikling av IT i helse- og omsorgssektoren, og at det er nødvendig med bedre organisering, koordinering, tydelig rolle- og oppgavedeling og sterkere nasjonal styring av sektoren for å bøte på dette.

Utredningsarbeidet i 2013 begynte med å se på mulige løsninger for helse- og omsorgssektoren som *helhet*, altså både for spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette har endret seg over tid. I dag er det tre separate tiltak som til sammen skal realisere målet om *Én innbygger – én journal*. Akson er ett av disse og omfatter kommunale helsetjenester i tre av fire regioner.

Oppdelingen i tre parallelle tiltak har oppstått som følge av at ulike aktører i sektoren har tatt selvstendige avgjørelser om å satse videre på egne prosjekter. I 2018 ble det laget et veikart som oppsummerte hvordan de ulike journaltiltakene skulle henge sammen (figur 1).

Figur 1 Veikartet for *Én innbygger – én journal*



Aktørene har hatt ulike begrunnelser for å jobbe videre med egne prosjekter:

- **Helse Sør-Øst RHF, Helse Nord RHF og Helse Vest RHF** ønsket i 2015 ikke en felles løsning for både primær- og spesialisthelsetjenesten fordi det pekte mot anskaffelse av en stor standardløsning og dermed utskiftning av journalløsningen de nylig hadde investert i. RHF-ene så ikke tidspunktet for utskiftning som riktig. De tre regionene valgte å samarbeide om å videreutvikle sine journalsystemer.
- I 2015 hadde Helse Midt-Norge RHF allerede jobbet lenge med planer om å skifte ut sine journalsystemer, i et prosjekt som senere fikk navnet Helseplattformen. Da det ble klart at 2015-utredningen ikke ville innstille på en felles løsning for både primær- og spesialisthelsetjenesten, opplyste **Helse Midt-Norge RHF** i et brev til departementet at de kom til å jobbe videre på regionalt nivå.
- Styringsgruppen for utredningen ønsket at **kommunene i Midt-Norge** skulle inngå i det videre nasjonale arbeidet med kommunal journal, men det regionale helseforetaket tok med seg kommunene i sin region i arbeidet med Helseplattformen. Senere ga Helse- og omsorgsdepartementet Helseplattformen status som regionalt utprøvningsprogram i det nasjonale arbeidet.

Det er også heftet usikkerhet ved om Akson kommer til å ende opp med å omfatte alle aktørene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utenfor Midt-Norge. I det valgte konseptet for Akson i 2018 var det en forutsetning at 100 prosent av kommunene og fastlegene skulle være med, men det var ikke avgjort om

dette skulle sikres gjennom tvang eller frivillighet. Senere har det blitt avgjort at deltakelse i Akson skal være frivillig. Det finnes allerede indikasjoner på at noen av aktørene ikke kommer til å delta:

- En sentral forutsetning for at Akson skal lykkes, er at en stor andel av **fastlegene** velger å ta i bruk løsningen. Imidlertid har Legeforeningen, som representerer fastlegene, ved gjentatte anledninger uttrykt seg kritisk til den valgte utviklingsretningen fordi de frykter at det vil resultere i at de blir låst til et stort system som ikke dekker deres behov. I hovedtrekk er fastlegene fornøyd med de journalsystemene de har. Med dette som bakgrunn frarådet foreningen sine medlemmer i 2020 å delta i Akson.
- Høsten 2020 uttalte helsebyråd Robert Steen at **Oslo kommune** ikke hadde til hensikt å delta i Akson, blant annet begrunnet med at man ikke bør binde seg til én leverandør de neste 20 årene, og at konseptet ikke er innovativt eller fleksibelt nok. Samtidig lanserte han en alternativ utviklingsretning i forbindelse med den nye storbylegevakten i Oslo som skal være klar i 2023. Kommunen sitter fortsatt i styringsgruppen for Akson.
- **Kommunene utenfor helseregion Midt-Norge** ble invitert til å signere frivillige og ikke-bindende intensjonserklæringer som uttrykk for at de er positive til videre deltakelse i Akson innen 1. juli 2020. Kommuner som representerer 65 prosent av befolkningen utenfor Midt-Norge, signerte erklæringen. Departementet presiserer at kommunene som ikke har signert, ikke nødvendigvis er negative til å delta i Akson, og at dette kan skyldes at de ønsket mer informasjon og fikk for kort frist til politisk behandling.

Måten veikartet har blitt til på, tyder på at Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang utredningsprosessen med et ønske om å samle sektorens aktører om en felles retning. Dette har imidlertid over tid vist seg å ikke være mulig, spesielt ettersom flere av aktørene allerede hadde igangsatt betydelige investeringer og søkt mot egne prosjekter som var bedre tilpasset deres egne behov. Etter Riksrevisjonens vurdering har aktørene hatt gode argumenter for å gjøre disse valgene, og sektorens organisering legger ikke opp til at det er naturlig for departementet å overstyre dem. Det er heller ikke gitt at en overstyring ville hatt heldige konsekvenser.

Aktørenes veivalg kan samtidig være uttrykk for at de ikke har hatt tilstrekkelig tillit til at den nasjonale utredningsprosessen har ledet i riktig retning. I tillegg har de selvstendige tiltakene først i *etterkant* blitt inkludert i det nasjonale planarbeidet. Etter Riksrevisjonens vurdering er dagens veikart derfor ikke et resultat av gjennomtenkt styring og planlegging fra Helse- og omsorgsdepartementets side. At man har endt opp med en løsning som integrerer primær- og spesialisthelsetjenesten i én region (Helseplattformen), og valgt et skille mellom tjenestenivåene i de øvrige regionene, illustrerer etter vårt syn dette.

Riksrevisjonen mener dette gir en betydelig risiko for at det kan bli utfordrende for departementet og direktoratet å koordinere IT-utviklingen og ivareta helheten i det videre arbeidet slik at målene i *Én innbygger – én journal* nås.

4.2 Utredningen av *Én innbygger – én journal* har, til tross for stort omfang og over åtte års varighet, betydelige svakheter

Utredningsprosessen har foregått i to faser:

- **Første fase (2013–2015)**, heretter omtalt som 2015-utredningen, utforsket løsningsalternativer på det nasjonale nivået. Hele helsesektoren ble i denne utredningen vurdert, men det ble til slutt anbefalt å begynne med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert fastlegene.
- **Andre fase (2016–2020)**, heretter omtalt som Akson-utredningen, vurderte mulighetene for kommunal helse- og omsorgstjeneste og for samhandling med øvrig helsetjeneste. Det ble levert en konseptvalgutredning i juli 2018 og et forprosjekt i mars 2020.

Undersøkelsen viser at utredningene har hatt svakheter, og at dette har bidratt til at det har oppstått forsinkelser. Samlet vurderer vi disse svakhetene som *sterkt kritikkverdige*.

4.2.1 Rask teknologisk utvikling har gjort åpne plattform-/økosystemløsninger mer aktuelle for helsesektoren, men utredningene har blitt forsinket fordi dette ikke har blitt fanget opp tidlig nok

For å legge et godt grunnlag for beslutninger skal alternative tiltak som er relevante for å oppnå målene identifiseres og utredes. Tiltak skal defineres bredt, og det er viktig ikke å binde seg til et tiltak for tidlig. Innenfor det definerte mulighetsrommet skal en vurdere tiltak bredt, slik at flere realistiske alternativer blir vurdert. Tiltakene skal beskrives så detaljert at det blir mulig å identifisere og gi en beskrivelse av tiltakets forventede virkninger. De som blir berørt av tiltaket skal bli involvert tidlig i prosessen.

I forbindelse med behandlingen av stortingsmeldingen *En innbygger – én journal* ble det understreket at utredningen skulle vurdere alternative løsninger før en beslutning skulle tas. Meldingen inneholdt også noen eksempler på mulige løsningsalternativer:

1. **Lokale systemer, lokal datalagring.** Virksomhetene bruker egne systemer og har egne databaser. Dette er en videreføring av dagens situasjon, som utredningene ikke ser på som ønskelig fordi det vanskeliggjør samhandling og informasjonsutveksling grunnet mange systemer.
2. **Lokale systemer, felles datalagring.** Medfører et skille mellom data og programvare. Virksomheter bestemmer selv hvilken programvare de bruker, men bygger på samme opplysninger og database.
3. **Felles system og datalagring.** Alle aktører bruker samme programvare og database, men med mulighet for tilpassede brukerflater.

Alternativene var kun ment som eksempler, og ikke krav, men illustrerer at formuleringen om «én journal» ikke var ment bokstavelig, og at det kunne være flere måter å nå målene på. Dette er tre ulike former for IT-arkitektur. Det var utredningenes oppgave å finne ut av hva som ville være den beste fremgangsmåten.

Utredningene har først og fremst undersøkt konsepter innenfor løsningsalternativ 3 og snevret tidlig inn mot anskaffelse av ferdig spesifisert «hylleware» (store standardløsninger)

Undersøkelsen viser at utredningene i stor grad har utforsket og anbefalt konsepter som faller under løsningsalternativ 3, som skal realiseres ved å anskaffe og ta utgangspunkt i ferdigutviklet «hylleware». Denne innsnevringen ble gjort i forbindelse med 2015-utredningen, som gikk langt i å anbefale at det var ønskelig å anskaffe en stor standardløsning.

De store standardløsningene ble i 2015-utredningen sett på som svaret på to av sektorens utfordringer. Ettersom systemene dekket svært mange fagområder og spesialiteter, var rasjonale at man kunne dekke flere aktører med samme system, og at dette ville løse samhandlingsutfordringene. Systemene kunne også tilby avansert funksjonalitet for helsepersonell, slik som avansert beslutningsstøtte, og innsamling, tilgjengeliggjøring og analyse av data til kvalitetsforbedring. Samtidig ble det pekt på at norske og nordiske leverandører ikke tilbyr funksjonalitet på linje med de ledende systemene internasjonalt.

2015-utredningen staket ut en retning som i stor grad ble videreført av Akson-utredningen. Også for Akson er det planlagt at man skal ta utgangspunkt i en anskaffet hylleware som skal tilpasses. Akson-utredningen har samtidig ikke vært like eksplisitt på at det skal anskaffes en større standardløsning, og har presisert at det ikke nødvendigvis er slik at anskaffelsen vil resultere i anskaffelse av ett system fra én leverandør.

I senere år har plattform-/økosystemløsninger gradvis vokst frem som aktuelle løsningsalternativer for helsesektoren

Til grunn for 2015-utredningen lå en analyse av leverandørmarkedet utført av analyseselskapet Gartner. Denne analysen vurderte at fremtidens pasientjournalmarked ville være dominert av store standardløsninger (også kalt «suite-løsninger») fra store leverandører. Over tid har imidlertid denne oppfatningen endret seg i takt med en rivende teknologisk utvikling, både hos Gartner og andre analyseselskaper. Endringen har også blitt drevet frem ved at store standardløsninger kan føre til problemer med leverandøravhengighet og informasjonsblokkering.

Konsensus er nå at plattform-/økosystemløsninger er fremtiden for helsesektoren. Slike løsninger skiller seg fra tradisjonelle standardløsninger ved at det blir etablert et kjernesystem (*plattform*) som i større grad *deler data* med tredjepartsapplikasjoner, og dermed understøtter innovasjon og et *økosystem* av applikasjoner og tjenester fra mange forskjellige leverandører.

Undersøkelsen viser at plattform-/økosystembegrepet fikk en sentral betydning i styringsdokumentet for Akson i 2020. Styringsdokumentet gjorde en retningsendring ved å erklære at:

- Akson skulle være en «åpen plattform»
- det skulle være et tydelig skille mellom programvare og data
- det skulle stilles krav til at data skulle deles
- flere leverandører kunne gå sammen for å tilby én løsning som består av flere systemer

Utredningene kunne fanget opp disse perspektivene tidligere

Samtidig viser undersøkelsen at det finnes indikasjoner på at retningsendringen kunne ha kommet tidligere:

- IT-forskere ved UiO vurderer at mulighetene som ligger i plattform-/økosystemløsninger både som forretningsmodell og alternativ til store standardløsninger, var godt dokumentert i forskningen allerede da arbeidet med grunnlaget for 2015-utredningen pågikk.
- Norsk Helsenett SF sendte allerede i 2015 inn et konseptforslag til 2015-utredningen fordi kjernesystemet som ble foreslått var «mer omfattende enn det bør være og at det gjør prosjektet mer komplisert, mer risikofylt og mindre fleksibelt og åpent for løpende innovasjon og tilpasning til ulike brukergrupper enn det som er mulig». Forslaget forutsatte et skille mellom programvare og data og kan betraktes som en plattformløsning, men ble avvist av styringsgruppen for utredningen fordi de mente det ikke hadde høy nok forventet måloppnåelse.
- Analyseselskapene Gartner og IDC vurderte i henholdsvis 2016 og 2017 at plattformer var fremtidsrettede løsninger, og disse vurderingene var kjent for Direktoratet for e-helse.
- Stiftelsen Apperta publiserte rapporten *Defining An Open Platform* i 2017. Direktoratet for e-helse baserer seg blant annet på en definisjon av «åpen plattform» fra denne rapporten.
- Etablering av et felles datalager, som gir mulighet for at virksomheter kan bruke sine egne lokale systemer (løsningsalternativ 2), kan være én måte å realisere plattformer på. Men kun noen få konsepter i utredningene har hatt innslag av en slik tilnærming.
- Gjennom ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredningen for Akson i 2018 fremkommer det også at:
 - kvalitetssikrerne savnet et konsept som både inkluderte en omfattende samhandlingsløsning og som i liten grad la til grunn at aktørene benyttet samme system (K1b). Kvalitetssikrerne mente et slikt konsept kunne være et steg på veien mot en plattformløsning. Samtidig vurderte kvalitetssikrerne at inkluderingen av et slikt konsept ikke ville ført til at et annet konsept ville blitt valgt.
 - viktigheten av og konsekvensene knyttet til plattformtenkningen ikke kommer godt nok frem ved vurdering av de ulike konseptene og beskrivelsen av dem. Helse- og omsorgsdepartementet er også enig med kvalitetssikrerne i at mulighetene for å videreutvikle konseptene til en plattformløsning kunne kommet bedre frem i utredningene.
- I etterkant av konseptvalgutredningen for Akson i 2018 fikk tiltaket mye kritikk fra ulike aktører – blant annet forskere, enkelte kommuner, Legeforeningen og helsenæringen – for ikke å ivareta innovasjon i tilstrekkelig grad.

I tillegg tyder flere forhold på at det fortsatt er uklart hvor åpen plattformen i Akson kommer til å være. Kvalitetssikrerne, fagmiljøer og andre aktører har påpekt et misforhold mellom de skisserte plattformprinsippene og den faktiske innretningen på Akson, som fortsatt baserer seg på anskaffelse av en standardløsning. I KS2-rapporten anbefalte derfor kvalitetssikrerne at plattformprinsippene måtte konkretiseres, og at en endelig investeringsbeslutning for Akson måtte utsettes til de nye prinsippene har blitt kvalitetssikret på nytt. Dette ble tatt til følge av Helse- og omsorgsdepartementet.

Ifølge Direktoratet for e-helse er det en utfordring at det ikke finnes velutviklede plattformløsninger som er tilrettelagt for helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet mener derfor at det fortsatt er nødvendig med en anskaffelse av en løsning som eksisterer på markedet, samtidig som det er for tidlig å si om de tradisjonelle journalleverandørene vil lykkes med å oppfylle forventningene knyttet til arkitekturprinsippene om plattformegenskaper og å dele mer data fra sine løsninger.

Det fremstår som tydelig at utredningene har blitt innhentet av teknologisk utvikling, til dels fordi de har pågått over lang tid. Samtidig mener Riksrevisjonen at utredningene ikke raskt nok har fanget opp at dette

har skjedd og vurdert plattform-/økosystemløsninger som realistiske alternativer. Dette har igjen forsinket og økt varigheten på utredningene ved at det har utløst behov for nye utredninger og ny kvalitetssikring.

Undersøkelsen viser at mange aktører har vært mot Akson fordi de har tolket prosjektet som et forsøk på å anskaffe ett system (standardløsning) fra én leverandør. Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet har på sin side understreket at dette ikke nødvendigvis er det man vil ende opp med, noe også kontraktsstrategien åpner for. Etter Riksrevisjonens vurdering viser spriket i oppfatninger at det konkrete innholdet i beslutningsgrunnlaget har vært for vagt og diffust. Anskaffelse av én eller noen få større standardløsninger er fortsatt et mulig utfall, og det bør derfor ikke være overraskende at flere aktører har tolket utredningene på denne måten. Vi anser også at oppfatninger om ett system i stor grad stammer fra 2015-utredningens tydelighet på at dette ville være ønskelig.

4.2.2 Sentrale fagmiljøer har ikke blitt tilstrekkelig involvert, og utredningene kunne vist til et bredere forskningsgrunnlag

I forbindelse med behandlingen av stortingsmeldingen *En innbygger – én journal* understreket helse- og omsorgskomiteen betydningen av at «alle sentrale miljøer» støtter opp under arbeidet med utredningen. I forbindelse med meldingens omtale av sterkere nasjonal styring påpekte komiteen at det var flere kompetente miljøer som kunne spille en viktig rolle i arbeidet med «den nasjonale IT-strategien», og fremhevet spesielt Nasjonalt senter for telemedisin (siden omdøpt til Nasjonalt senter for e-helseforskning). Videre understreket komiteen at direktoratet i forbindelse med oppfølging og realisering av IT-handlingsplaner måtte ta i bruk «den kompetanse og kunnskap som finnes i mange gode IT-miljøer», og at alle relevante aktører skulle medvirke både i nasjonale utvalg og i «den forestående utvikling og implementering av IT-tiltakene».

Undersøkelsen viser at Direktoratet for e-helse har lagt stor vekt på involvering av interessenter i utredningene, og inkludert viktige aktører i styringsgruppene. Det har også blitt gjennomført svært mange forankringsmøter, og kvalitetssikrer har hatt inntrykk av at involveringen har vært bred.

Samtidig viser undersøkelsen at sentrale fagmiljøer, herunder forskningsmiljøene og helsenæringen, opplever å ikke ha blitt tilstrekkelig involvert i utredningsprosessen. Sentrale forskningsmiljøer som Nasjonalt senter for e-helseforskning, Universitetet i Agder, SINTEF og Universitetet i Oslo viser til at de har vært lite involvert i arbeidet med utredningene, og at prosessen ikke har lagt til rette for at forskningsmiljøer kan:

- gjennomføre kunnskapsoppsummeringer
- utdype og informere behovsanalysen som har blitt gjennomført
- beskrive og eventuelt prøve ut mulige alternative konsepter
- utføre systematisk følgeforskning og -evaluering

En forskningsfaglig analyse av sentrale utredningsdokumenter som er utført av forskere ved UiO, viser at utredningene kunne vist til et bredere forskningsgrunnlag.

Undersøkelsen viser også at Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse ikke har satt av midler til at forskningsmiljøer skulle bidra til utredningene. Samtidig brukte Direktoratet for e-helse i perioden 2016–2020 omtrent 84 millioner på konsulentbistand til utredningsarbeidet.

IT-fagmiljøer i helsenæringen, representert ved innovasjonsbedrifter, journalleverandører og bransjeforeninger som IKT-Norge og Abelia sier de i liten grad har fått gi innspill til utredningsprosessen, og i flere tilfeller bare i etterkant av at sentrale valg har blitt tatt. Direktoratet for e-helse har gjennomført møter med leverandørene. Samtidig har disse møtene funnet sted etter at konsepter har blitt valgt, og leverandørene opplever derfor at de ikke har hatt mulighet til å gi innspill om mulige løsningsalternativer basert på deres kompetanse og erfaring.

Direktoratet for e-helse mener at de har involvert sentrale forsknings- og fagmiljøer i tilstrekkelig grad, og innhentet tilgjengelig informasjon fra forskningsartikler, rapporter, undersøkelser og datagrunnlag. Direktoratet viser til at de ikke har direkte styring over forskningsmiljøer, og ikke har egne midler til å finansiere forskning. Videre mener direktoratet at det er opp til forskningsmiljøene å starte opp prosjekter basert på kunnskapsbehovet de har identifisert. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at forskningsmiljøene ikke har hatt en fremtredende rolle i forbindelse med 2015-utredningen og forprosjektet til Akson, men sier at de vil bli involvert i større grad i det videre arbeidet.

E-helse er et svært komplekst område som det er krevende å utrede. Etter Riksrevisjonens vurdering har ikke sentrale fagmiljøer blitt godt nok involvert. Vi vil vise til at direktoratet har brukt over 80 millioner kroner på konsulentbistand for å utrede, men ikke satt av midler til forskning til samme formål. Det er svært viktig å involvere ulike typer kompetanse og erfaring i arbeidet, og både forskningsmiljøene og helsenæringen kan ha nyttige perspektiver.

4.2.3 Det valgte konseptet for Akson har høy kompleksitet, usikkerhet og risiko, og enkelte forslag om å redusere denne gjennom å dele opp tiltaket har ikke blitt tatt til følge

I forbindelse med behandlingen av stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal* forutsatte helse- og omsorgskomiteen at utredningen skulle gjennomføres i et trinnvis løp og inneholde risikoanalyser for de ulike alternativene. Utredningsinstruksen stiller krav om at gjennomføringsrisiko og usikkerhet skal være godt belyst og håndtert.

Undersøkelsen viser at gjennomføringsrisikoen og kompleksiteten både i 2015-utredningen og i Akson-utredningen har vært høy. De samfunnsøkonomiske forutsetningene og antagelsene om redusert tidsbruk og hvilke aktører som kommer til å delta er usikre, selv om ekstern kvalitetssikrer konkluderer i KS2 med at anslaget på samfunnsøkonomisk lønnsomhet er rimelig. Det er videre usikkert om det finnes hylleware som inneholder funksjonalitet for den kommunal helse- og omsorgssektoren.

Den totale samfunnsøkonomiske kostnaden for Akson er estimert til å være 22 milliarder kroner, hvorav halvparten er kostnader til endring og omstilling. Resten av kostnadene er drifts- og investeringskostnader. Utredningene anslår at det valgte konseptet vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Gevinstestimatene strekker seg helt frem til 2040, med beregnet lønnsomhet i år 2037. Fra konseptvalgutredning til forprosjekt har den samfunnsøkonomiske lønnsomheten blitt redusert med 75 prosent, fra 11,9 til 2,9 milliarder. Justeringen skyldes at det ble gjort endringer i forutsetningene og omfanget av forprosjektet, og et oppdatert tallgrunnlag.

Forskning viser at mange IT-prosjekter er for store, ambisiøse og komplekse, og at dette øker risikoen for å mislykkes. IT-prosjekter har andre behov enn for eksempel byggeprosjekter, gjennom at de har stort behov for tidlig utprøving og endring underveis. Forskningen kan tyde på at Statens prosjektmodell, som har blitt lagt til grunn for utredningene, er for tradisjonelt innrettet og dårlig tilpasset disse behovene, og at kravene om tidlig detaljeringsnivå og fastlåsing av konsepter er med på å blåse opp store IT-prosjekter til å bli enda større og mer risikable. Samtidig påpeker Helse- og omsorgsdepartementet at det i senere tid er gjort flere endringer i prosjektmodellen, slik som ny rammeavtale med nye krav til leverandører, nye krav til systemer for endringshåndtering og kostnadskontroll, og en egen veileder for digitaliseringsprosjekter i 2019.

En vanlig måte å håndtere høy kompleksitet og gjennomføringsrisiko i IT-prosjekter er å bryte det ned i mindre og mer håndterbare deler, og gjennomføre en tidlig, begrenset utprøving. Dette har både departementet og direktoratet fått tilrådninger om, blant annet fra ekstern kvalitetssikring og aktører i sektoren. Noen endringer i prosjektet kan ses på som uttrykk for at innspillene har blitt hørt – Akson har blitt delt opp i flere kontraktsområder, samhandlingsløsningen er ikke lenger en del av Akson, og det har blitt lagt inn nye stoppunkter i innføringsplanene.

Andre tilrådninger og innspill har ikke blitt tatt til følge. En vurderingsgruppe tilrådet i 2015 å gjennomføre en begrenset, tidlig utprøving (*proof-of-concept*), men det har ikke blitt lagt opp til at dette skal skje. Videre gjenstår journalløsningen i Akson som et eget, stort kontraktsområde. Dette betyr at det skal anskaffes en felles journalløsning levert av en hovedleverandør med underleverandører, som skal løse behovene til de 15 tjenesteområdene som finnes i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Legevakt, sykehjem og fastleger er eksempler på noen av disse tjenesteområdene. Løsningen kan bestå av flere systemer og leverandører, men skal henge sammen som en helhet. Kvalitetssikrer har inntrykk av at løsningen må ha høy grad av ferdigstillelse før innføringen starter.

Enkelte kommuner og Legeforeningen, som representerer noen av brukerne av løsningen, har ved flere anledninger uttrykt ønske om å håndtere gjennomføringsrisikoen ved at man for eksempel tar for seg ett og ett tjenesteområde, for eksempel ved å begynne med journalløsningen for sykehjem, deretter helsestasjon, og så videre. Dette har imidlertid ikke blitt tatt til følge av Direktoratet for e-helse med begrunnelse om at det ville gi lavere måloppnåelse. I senere tid, etter at prosjektet ble overført til kommunene, har den nye prosjektledelsen kommet med signaler om at endringer som tidligere har blitt avvist kanskje vil bli gjennomført likevel. Blant annet utreder kommunene muligheten for å ta utgangspunkt i tjenesteområdene.

Etter vår vurdering fremstår både kompleksiteten og gjennomføringsrisikoen i Akson som svært høy. Sett i lys av den store usikkerheten rundt gevinstberegninger for tidsbruk og deltakelse, mener vi at det er risiko for at man til slutt kan ende opp med et ulønnsomt prosjekt. Det å estimere gevinster fra teknologi som er i rask utvikling 20 år frem i tid, for et system som man hverken har anskaffet, utviklet, tilpasset eller konkretisert, og hvis funksjonalitet man ikke kjenner til, er etter vår vurdering en svært krevende øvelse, selv om det er i tråd med metodeverket for samfunnsøkonomisk analyse og statens prosjektmodell.

Riksrevisjonen mener det er positivt at noen innspill om oppdeling av prosjektet har blitt tatt til følge underveis. Samtidig registrerer vi også at dette først har skjedd en stund etter at innspillene har kommet. Det er viktig at godt begrunnede innspill om å redusere risiko vurderes nøye, og det kan være uheldig om det tar lang tid før de tas til følge, spesielt dersom de ender opp med å bli tatt inn likevel.

4.2.4 Konsekvensene for helsenæringen har ikke blitt tilstrekkelig vektlagt

Det er et mål å styrke helsenæringen særlig innen e-helse, med særlig vekt på innovasjon og et tettere samarbeid mellom næringslivet, helsetjenestene og andre aktører i sektoren. I tillegg skal utredningen av statlige tiltak belyse konsekvenser for privat og offentlig næringsvirksomhet. Samtidig var helse- og omsorgskomiteen, under behandling av stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal*, enig med meldingen om at de mange og spredte pasientjournalssystemene måtte reduseres, og at pasienters/brukeres helseopplysninger skulle samordnes i et integrert og helhetlig journalsystem. Ifølge komiteen måtte målet være at helseopplysninger skal følge pasienter overalt der behandling og annen helsehjelp skal ytes – uavhengig av hvor i systemet dette skal foregå.

I forbindelse med utarbeidelsen av 2015-utredningen ble det bestilt en analyse av det norske journalleverandørmarkedet fra markedsanalyseselskapet Gartner Group. Analysen vurderte at de norske og nordiske leverandørene ikke tilbyr funksjonalitet på linje med de ledende systemene internasjonalt, og at disse leverandørene ikke har høy nok finansiell styrke og utviklingskapasitet til å levere løsninger til samme funksjonelle nivå som de internasjonalt ledende løsningene. Analysen vurderte også at fremtidens marked ville domineres av større standardløsninger. Denne analysen har blitt gjengitt i flere av direktoratets utredninger og blitt benyttet som begrunnelse for at det norske/nordiske markedet har for liten investeringsevne til å gjøre et større funksjonelt løft, som følge av mange små aktører med begrenset inntjening.

Undersøkelsen viser at utredningene har fulgt denne retningen. Det blir vurdert i Akson-utredningen at det valgte konseptet vil ha konsekvenser for det eksisterende leverandørmarkedet for pasientjournaler og trolig føre til konsolidering. I konseptvalgutredningen kom det frem at konseptet som er valgt, innebærer en vesentlig endring av leverandørmarkedet som over tid kan innebære overgang til én leverandør. Videre antar konseptvalgutredningen at det kun vil være et fåtall tilbydere som vil være i stand til å innfri kravene til funksjonalitet. Direktoratet for e-helse presiserer her at forprosjektet for Akson i ettertid anbefalte at anskaffelsene for Akson skal deles opp, og at det bør legges til rette for at andre leverandører kan supplere denne funksjonaliteten.

Kvalitetssikrer påpeker at konseptvalgutredningen i liten grad diskuterer hvilke konsekvenser de ulike konseptene vil ha for leverandørmarkedet. Gevinstberegningene har ikke drøftet hvordan de ulike konseptene ivaretar muligheter for innovasjon. Leverandører vi har vært i kontakt med uttaler at signaler fra direktoratet om dagens marked har bidratt til å skape usikkerhet og stillstand i det norske markedet, og kan ha medført redusert investeringsvilje. Den internasjonale analysen i utredningene kartla også at flere andre land (Danmark, New Zealand, UK) har hatt en sterkere kobling enn Norge mellom satsing på e-helse og politikk for innovasjon og næringsutvikling.

Undersøkelsen viser videre at noen journalleverandører vi har vært i kontakt med, mener at utredningene rundt *Én innbygger – én journal* har skapt uforutsigbare rammer og stillstand i det norske markedet. Abelia, som representerer innovasjonsbedrifter, har også uttalt at mulighetene for innovasjon i de ulike konseptene bevisst har blitt holdt utenfor den samfunnsøkonomiske analysen.

Det har også vært en uklar rollefordeling mellom helsemyndighetene og leverandørmarkedet i det nasjonale utviklingsarbeidet for e-helse, og deler av leverandørmarkedet mener at direktoratet har løst oppgaver som burde vært overlatt til markedet. Bransjeforeningen Abelia har meldt inn en sak til EFTA-domstolen fordi de mener at den offentlige finansieringen av e-helsetjenester regnes som statsstøtte, men fikk ikke medhold i dette.

Etter Riksrevisjonens vurdering har nasjonale myndigheter her vært stilt overfor en målkonflikt. Stortinget har gitt uttrykk for at det er ønskelig å konsolidere og redusere antall journalsystemer, men også ønsket at e-helsenæringen skal styrkes. Tiltakets størrelse og betydning tilsier imidlertid at det som et minimum burde vært gjort et grundigere arbeid med å kartlegge konsekvensene for det eksisterende leverandørmarkedet, og beregnet gevinster knyttet til konseptenes muligheter for innovasjon. I tillegg mener vi at den langvarige utredningsprosessen og uklarheter rundt løsningsvalg gir risiko for at de eksisterende leverandørene ikke har investert så mye i løsningene sine som de ellers ville gjort. Dette kan ha gått ut over kvaliteten på sektorens eksisterende journalløsninger.

4.3 Helse- og omsorgsdepartementet har ikke ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte, og dette har forsinket arbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for å styre helse- og omsorgssektoren og for å følge opp Direktoratet for e-helse. Videre har departementet ansvar for å sikre at det foreligger et forsvarlig beslutningsgrunnlag før viktige avgjørelser skal tas, og for at vesentlige saksopplysninger rapporteres til Stortinget på en korrekt og utførlig måte.

Undersøkelsen viser at Helse- og omsorgsdepartementet har hatt en sentral rolle i å vurdere og bestemme hvordan utredningene fra Direktoratet for e-helse skal følges opp og kvalitetssikres. 2015-utredningen skulle egentlig kvalitetssikres på vanlig måte gjennom statens prosjektmodell for store statlige investeringer. Dette skjedde imidlertid ikke, ettersom utredningen innstilte på en utviklingsretning fremfor et konsept, og departementet ikke så det som naturlig å betrakte den som en «tradisjonell konseptvalgutredning».

I interne notater var departementet skeptisk til forsinkelsene kvalitetssikring ville medføre, og viste til forskning på at statens prosjektmodell var uegnet for IT-prosjekter. For å støtte sine vurderinger nedsatte departementet en ekstern vurderingsgruppe som besto av ledere for store offentlige virksomheter, og disse avholdt fem møter som resulterte i tre notater med anbefalinger. 2015-utredningen ble altså ikke kvalitetssikret med samme omfang som Statens prosjektmodell legger opp til.

Selv om 2015-utredningen ikke ble betraktet som en konseptvalgutredning, valgte Helse- og omsorgsdepartementet likevel å gi en bestilling til Direktoratet for e-helse som tilsvarte et forprosjekt i juni 2016, for tiltaket som senere fikk navnet Akson. I halvannet år, parallelt med at forprosjektet pågikk, argumenterte departementet i flere notater for at det ville være mest fornuftig å hoppe over konseptvalgutredning (KVU) og ekstern kvalitetssikring (KS1) for Akson, og heller gå rett på forprosjekt og kvalitetssikring av styringsunderlag og kostnadsoverslag (KS2). Også denne gangen argumenterte departementet for at tradisjonell kvalitetssikring ville forsinke tiltaket.

Etter at forprosjektet hadde pågått i halvannet år, kom departementet frem til at det likevel måtte gjennomføres en konseptvalgutredning for Akson. Dette forsinket Akson-utredningen med minst ett år. Konseptvalgutredningen ble deretter utført på bare fire måneder. Da forprosjektet startet opp igjen, tok det kortere tid å ferdigstille det fordi direktoratet bygde videre på forprosjektarbeid de hadde gjort *før* konseptvalgutredningene. Altså ledet konseptvalgutredningen, som ble utført hurtig, til valg av et konsept som direktoratet allerede hadde brukt halvannet år på å utforske og utdype. Da konseptvalgutredningen var ferdig, fortsatte direktoratet videre på jobben de tidligere hadde satt på vent.

Figur 2 Tidslinje over kvalitetssikring av Akson

Normalt forløp for kvalitetssikring i statens prosjektmodell



Forløp for kvalitetssikring i Akson



Etter vår vurdering har Helse- og omsorgsdepartementets beslutninger om kvalitetssikring av utredningene, og senere omgjøring av de samme beslutningene, hatt tre konsekvenser:

1. **Forsinkelse:** En allerede langvarig utredningsprosess har tatt lengre tid enn den kunne og burde.
2. **Vanskelige rammevilkår for utredning:** Forsinkelsen har gitt Direktoratet for e-helse vanskelige rammevilkår for å utføre utredningsarbeid, og trolig ført til oppfatninger om tidsnød som kan ha begrenset muligheten for å utforske mulighetsrommet og ivareta perspektivene om plattform/økosystem som fremkommer i 4.2.1.
3. **Svekket legitimitet:** Utredningenes legitimitet og nøytralitet blir satt på spill, ettersom detaljering av et konsept som senere ble valgt, pågikk i halvannet år *før* man utforsket mulige konsepter.

Undersøkelsen viser videre at noen vesentlige saksopplysninger fra kvalitetssikrer av utredningene enten har blitt rapportert til Stortinget sent, ikke i det hele tatt, eller på en begrenset måte. Risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble for eksempel frem til 2020 i liten grad rapportert videre.

Sett i sammenheng med den ovennevnte håndteringen av beslutninger rundt kvalitetssikring og oppfølging, har Helse- og omsorgsdepartementet etter vår vurdering ikke ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte. Dette mener Riksrevisjonen er *sterkt kritikkverdig*.

4.4 Flere tiltak og prosjekter som er forutsetninger for å lykkes med *Én innbygger – én journal*, har ikke hatt høy nok fremdrift

4.4.1 Noen av de nasjonale e-helseløsningene har hatt for lav fremdrift

I forbindelse med behandling av stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal* understreket helse- og omsorgskomiteen at dagens aktiviteter innen feltet ikke måtte stoppe opp, og at det i det videre arbeidet måtte tenkes langsiktig og kortsiktig på én gang. For eksempel skulle initiativene for bedre elektronisk samhandling fortsette, og omfanget av kjernejournalen skulle gradvis videreutvikles og utvides. Senere ga komiteen føringer om at regjeringen skulle prioritere arbeidet med en felles legemiddelliste.

Direktoratet for e-helse har i store deler av undersøkelsesperioden hatt ansvar for drift og utvikling av de nasjonale e-helseløsningene. Norge har i dag flere nasjonale e-helseløsninger for helsesektoren. Disse har som formål å understøtte sektorens felles behov og skal komme innbyggere, pasienter, pårørende, helsepersonell og samfunnet for øvrig til gode. De nasjonale e-helseløsningene har de siste årene hatt sterk vekst i bruk. De viktigste nasjonale e-helseløsningene er:

- **Helsenorge.no**, som er en tjenesteportal for innbyggere.
- **E-resept** har gjort det mulig å hente ut legemidler uten papirresept. E-resept inkluderer også **Pasientens** legemiddelliste (**PLL**), som skal gjøre det mulig å hente informasjon om hvilke legemidler pasienten faktisk bruker, samt annen relevant legemiddelinformasjon. Listen er fortsatt under utvikling.
- **Kjernejournal** sammenstiller viktig informasjon og kritiske opplysninger fra flere kilder, slik at den er tilgjengelig der den trengs, for eksempel på legevakt. Løsningen ble brukt som utgangspunkt for funksjonalitet for å vise testresultat for covid-19. Det pågår nå utprøving av ny funksjonalitet som legger til rette for deling av annen type informasjon, slik som dokumenter.
- En ny **samhandlingsløsning**, som i større grad skal knytte sektorens ulike journalsystemer sammen, er under planlegging. Denne skal ta utgangspunkt i løsningene over.

Undersøkelsen viser at noen av de nasjonale e-helseløsningene har hatt lav fremdrift, og at de regionale helseforetakene mener at disse ikke har hatt høy nok prioritet.

Pasientens legemiddelliste skulle egentlig ha blitt innført allerede i 2018, men har stadig blitt forsinket. Feil bruk av legemidler er en av de hyppigste årsakene til pasientskader, og det er anslått at det årlig oppstår skader relatert til legemidler ved 2,1 prosent av alle sykehusinnleggelser. Forskning på uønskede hendelser i sykehus har vist at 27 pasienter døde og 177 ble alvorlig skadet som følge av legemiddelfeil i årene 2016 og 2017.

Legemiddellisten skal redusere antall pasientskader, og har derfor i flere år vært blant tiltakene som aktører i sektoren er mest opptatt av å realisere for å bedre pasientsikkerhet. Flere aktører i sektoren mener at legemiddellisten ikke har vært prioritert i tråd med viktigheten den har, og at finansieringen ikke har vært tilstrekkelig.

I 2020 ble legemiddelprogrammet evaluert, og tekniske utfordringer, dårlig programstyring, lite smidig gjennomføringsstrategi og en lite gjennomtenkt løsningsarkitektur har blitt vist til som årsaker. Helse- og omsorgsdepartementet erkjenner at legemiddelprogrammet som ble opprettet i 2019 i Direktoratet for e-helse ikke var tilstrekkelig organisert for å ivareta denne kompleksiteten, og har iverksatt en replanlegging av legemiddelprogrammet.

Helt siden det i 2016 ble besluttet at man skulle begynne med en ny kommunal journalløsning fremfor en felles løsning for hele sektoren, har det vært klart at løsningsbildet ville bestå av flere separate journalsystemer. Konseptene som har blitt valgt både i 2015-utredningen og i Akson-utredningen, har forutsatt at det blir opprettet en **ny samhandlingsløsning** som kan håndtere og legge til rette for informasjonsflyt mellom de ulike systemene.

Samhandlingsløsningen er fortsatt under utredning, og i liten grad konkretisert. Den skulle egentlig bli nærmere konkretisert i forbindelse med forprosjektet for Akson i 2020, men Direktoratet for e-helse tok samhandlingsløsningen ut av forprosjektet før det ble levert, og kvalitetssikrer kunne ikke se at dette avvirket var beskrevet. Forprosjektet foreslo opprinnelig at løsningen skulle utredes videre og være klar i 2025, altså *etter* at Akson journal skulle være implementert, noe kvalitetssikrer mente var for sent og i feil rekkefølge. Departementet var enig i dette, og innføringen har blitt fremskyndet slik at et konsept skal velges i 2021.

Riktig bruk og videreutvikling av de nasjonale e-helseløsningene har avgjørende betydning for sektorens fremtid uansett hvilken løsning man ender opp med til slutt, og utgjør dermed grunnleggende forutsetninger for å nå målene i *En innbygger – én journal*.

Vi anser det som *alvorlig* at legemiddellisten er blitt forsinket, og at dette delvis er på grunn av mangelfull styring. Selv om kompleksiteten i å innføre en slik løsning er stor, er pasientskader som følge av dårlig oversikt over legemidler en stor utfordring for pasientsikkerheten. Vi mener også det er *sterkt kritikkverdig* at Direktoratet for e-helse i 2020 gjorde en aktiv nedprioritering av samhandlingsløsningen i forprosjektet for Akson – spesielt ettersom behovet for en slik løsning da hadde vært kjent i nesten fem år.

Samtidig ser vi på det som positivt at samhandlingsløsningen har blitt fremskyndet, at det foregår utprøving av ny funksjonalitet gjennom kjernejournal, og at legemiddelprogrammet har gjennomgått en replanlegging.

4.4.2 Direktoratet for e-helse har hengt etter i noen deler av arbeidet med å utvikle standarder, kodeverk og terminologi

Direktoratet for e-helse har ansvar for en rekke nasjonale tjenester og fellesoppgaver som aktørene i helsesektoren har nytte av. Dette gjelder blant annet utviklingstiltakene som sorteres under det som har fått navnet **felles grunnmur**. Grunnmuren inkluderer blant annet utvikling og tilpasning av nye standarder og felleskomponenter. Overgangen til en mer strukturert journal og beslutningsstøtte avhenger videre av at det kommer på plass nytt kodeverk og ny terminologi som understøtter slik funksjonalitet. Beslutningsstøtte er også avhengig av at det foreligger nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, og dette er det Helsedirektoratet som har ansvar for.

Undersøkelsen viser at Direktoratet for e-helse henger etter med å videreutvikle standarder, kodeverk og terminologi, og at de regionale helseforetakene setter et spørsmålstegn ved hvor høyt dette arbeidet faktisk blir prioritert. Manglene kommer delvis som følge av rammebetingelser for grunnmurstiltakene, slik som uavklarte finansieringsmodeller, og de regionale helseforetakene understreker at arkitektur- og standardmiljøet i direktoratet arbeider godt. Likevel gir de regionale helseforetakene klart uttrykk for at de har behov for leveranser fra nasjonale myndigheter på flere områder for å unngå å gjøre jobben på egen hånd:

- Flere referansearkitekturer og veiledere må på plass.
- Gamle og særnorske samhandlingsstandarder må erstattes av internasjonale standarder.
- Kodeverk og terminologi, slik som SNOMED CT, må oversettes og tilpasses en norsk kontekst.
- Felleskomponenter og fellesregistre, som Helse-ID og grunndata/organisasjonsregister, må fullføres og innføres.
- Helseplattformen har støtt på utfordringer fordi de nasjonale kliniske retningslinjene fra Helsedirektoratet ikke foreligger i et digitalt og maskinlesbart format.

Direktoratet for e-helse har flere oppgaver som må løses på vegne av sektoren, og spiller på dette området en svært viktig rolle. Riksrevisjonen mener at noen av disse tiltakene, som viktige aktører i sektoren har behov for, henger etter i utviklingsarbeidet. Samtidig vurderer vi at dette også kan skyldes samfinansieringsutfordringene som beskrives i neste punkt.

4.5 Rollen til nasjonale myndigheter er ikke tydelig definert, og mekanismene for styring, prioritering og forankring av e-helseutviklingen er ikke effektive nok

En innbygger – *én journal* består av svært mange ulike prosjekter og utviklingstiltak som skal dra i samme retning. Måten disse prosjektene og tiltakene koordineres, styres og prioriteres på har derfor stor relevans for sannsynligheten for å nå det langsiktige målbildet. Til dette formålet har det blitt opprettet en nasjonal styringsmodell, som blant annet består av flere utvalg hvor aktørene i sektoren er representert:

- **Nasjonalt e-helsestyre** består av toppledelsen fra aktører i helse- og omsorgssektoren for å samordne og styre e-helseutviklingen i Norge.
- **Prioriteringsutvalget (NUIT)** innstiller årlig prioritering av nasjonal e-helseportefølje, og gir råd og anbefalinger i taktiske og **strategiske** problemstillinger.
- **Fagutvalget (NUFA)** gir råd og faglige vurderinger knyttet til e-helse, og består av fagpersoner innen helsefag og IT-arkitektur.

I tillegg kan Helse- og omsorgsdepartementet styre sektoren gjennom lov og forskrift eller gjennom de etablerte styringslinjene for de underliggende virksomhetene.

4.5.1 Den nasjonale styringen har ikke ført til økt gjennomføringsevne

Helse- og omsorgskomiteén har ved flere anledninger uttalt at et stort antall selvstendige aktører over tid har ført til lav gjennomføringsevne og en lite koordinert utvikling av IT i helse- og omsorgssektoren, og at det er nødvendig med bedre organisering, koordinering, tydelig rolle- og oppgavedeling og sterkere nasjonal styring av sektoren for å bøte på dette.

Undersøkelsen viser at flere av de viktigste fellestiltakene og e-helseløsningene i sektoren, slik som Felles grunnmur og Pasientens legemiddelliste, har hatt problemer med manglende fremdrift, og at en årsak som går igjen i stor grad er manglende finansiering. Dette skyldes at de nasjonale fellestiltakene i stor grad har vært avhengig av samfinansiering fra aktørene i sektoren for å komme videre, men dette har ikke vært en tilstrekkelig og forutsigbar nok finansieringskilde.

Et av tiltakene som Direktoratet for e-helse har iverksatt for å øke gjennomføringsevnen, har vært opprettelse av den nasjonale styringsmodellen. Utvalgene i styringsmodellen skal blant annet gi innspill til tiltak i den nasjonale e-helseporteføljen som bør prioriteres. Imidlertid viser undersøkelsen at både Direktoratet for e-helse selv og flere aktører i sektoren oppfatter at den nasjonale styringsmodellen ikke har økt sektorens gjennomføringsevne. Videre har aktørene i sektoren vært kritiske til en manglende sammenheng mellom de nasjonale e-helsetiltakene som utvalgene har prioritert høyest – tiltak som er forutsetninger for samhandling – og gjennomføring av disse tiltakene.

For å øke gjennomføringsevnen og sikre mer stabil finansiering har Direktoratet for e-helse videre utredet og foreslått flere endringer som utvider både det nasjonale nivåets rolle, mandat og disponible virkemidler. Nye finansieringsmodeller og økt grad av obligatorisk samfinansiering har også blitt foreslått. Mange av forslagene ble til slutt videreført av departementet i forslag til ny e-helselov, som ga sterkere lovhjemler til Direktoratet for e-helse, påla aktørene å melde inn prosjekter av nasjonal betydning i den nasjonale porteføljen, og ga muligheter for pålegg om bruk og betaling av nasjonale e-helseløsninger.

Lovforslaget møtte imidlertid sterk motstand i sektoren under høringsrunden, og lovforslaget ble trukket etter at det ikke lenger hadde støtte i Stortinget. Tilbakemeldingene fra aktørene var at lovforslaget ville ha uklare konsekvenser og uklart omfang, og det ble oppfattet at juridiske pålegg i liten grad ville løse sektorens utfordringer. Videre ble det vist til at sterkere nasjonal styring ville komme i konflikt med virksomhetenes selvstendige ansvar for å løse samfunnsoppgaver, og at betalingsplikt innenfor e-helse uten kompensasjon ville medføre omdisponering av ressurser fra andre områder.

Kjernen i motstanden ligger i en prinsipiell uenighet om hvordan rolle- og ansvarsdelingen mellom nasjonalt og lokalt/regionalt nivå bør være. De fleste aktørene i sektoren er enige om at nasjonalt nivå spiller en viktig rolle, og støtter det overordnede målet om at det trengs bedre samhandling og samordning blant aktørene innen e-helseområdet. For eksempel støtter aktørene at nasjonale myndigheter stiller krav til bruk av standarder og tar ansvar for å utvikle og tilpasse standarder, felleskomponenter og fellesløsninger. Imidlertid synes det å være en oppfatning om at styringstiltak som gjøres *utover* dette, vil være for inngripende.

Proessen rundt e-helseloven vitner om at nasjonale myndigheter har vurdert og tatt Stortingets overordnede signaler om sterkere styring på alvor. Samtidig viser den sterke motstanden i sektoren at grepene har kommet i konflikt med det aktørene oppfatter som legitimt og hensiktsmessig. Etter vår vurdering viser dette at rolle- og arbeidsdelingen mellom staten og resten av sektoren ikke er avklart.

Helse- og omsorgssektoren er kompleks og består av mange selvstendige aktører med ulike styringslinjer. Det er derfor viktig at nasjonale myndigheter identifiserer hvilke sentrale beslutninger som må tas, for å sikre en effektiv styring for å nå målene i *Én innbygger – én journal*. Undersøkelsen viser at avklaringer knyttet til rollefordeling, finansiering og gode mekanismer rundt prioritering er avgjørende for å sikre god fremdrift.

Manglende avklaring på disse områdene har etter vår vurdering ført til at gjennomføringsevnen ikke har økt. Dette skyldes særlig at man ikke har lyktes med å sikre gode finansieringsmodeller. Samtidig har aktørenes opplevelse av mangel på innflytelse over hvordan samfinansieringsmidlene brukes, etter vår vurdering ført til at frivillig samfinansiering ikke har hatt større effekt. Dette har svekket den grunnleggende forutsetningen for samstyring, som handler om at aktørene må oppleve at de oppnår mer sammen enn hver for seg. Vi vurderer det derfor som *kritikkverdigg* at mange aktører i sektoren opplever at de ikke har tilstrekkelig medinnflytelse på nasjonale prioriteringer.

4.5.2 Den nasjonale styringsmodellen er et steg i riktig retning, men har svakheter når det gjelder forankring og prioritering

Ved forslag til endringer er det krav om at parter som blir berørt i både offentlig og privat sektor, skal bli involvert. Dersom det er snakk om tiltak som vil ha vesentlige virkninger, skal de normalt legges ut på høring. Direktoratet for e-helse skal samarbeide tett med aktørene, involvere interessenter, og legge til rette for felles prioriteringer, motivere, forberede og støtte sektoren i gjennomføringen av tiltakene som har blitt prioritert. Videre må direktoratet sikre at forslag til nasjonale tiltak er godt forankret i sektoren.

Undersøkelsen viser at Direktoratet for e-helse har vurdert at mangelfull forankring er en betydelig risiko for gjennomføringen av *Én innbygger – én journal*. Derfor har direktoratet opprettet den nasjonale styringsmodellen, som gjennom bred deltakelse fra aktører i sektoren skal bidra til at disse får økt innflytelse på den nasjonale e-helseutviklingen, og sikre forankring av nasjonale veivalg. Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet har først og fremst benyttet denne modellen som mekanisme for å forankre beslutninger fremfor tradisjonelle høringsrunder.

Undersøkelsen viser at etableringen av nasjonal styringsmodell oppleves å gi positive effekter, slik som blant annet bedre koordinering, representasjon og synliggjøring av kommunenes behov, og som arena for dialog om e-helseutviklingen. Imidlertid viser undersøkelsen også at den nasjonale styringsmodellen har svakheter med hensyn til forankring:

- Aktørene opplever lav grad av medinnflytelse på nasjonale prioriteringer.
- Kommunesektoren understreker at styringsmodellen alene ikke er tilstrekkelig, og ønsker mer direkte dialog med Helse- og omsorgsdepartementet (for eksempel gjennom en konsultasjonsplikt).
- Sakspapirer er svært omfattende og oversendes i snitt 8–12 dager før utvalgsmøtene, og dette er for kort tid til at kommunesektoren får forankret beslutninger innad og mellom hverandre.
- Aktørene mener det er for mange orienteringssaker og for få drøftings- og *tilslutningssaker*.
- Fokuset på konsensus kan medføre utydelighet rundt hva man er enig og uenig om, og kompromisser som ikke gir en klar retning. Noen aktører opplever at diskusjoner og *uenigheter* ikke gjengis i stor nok grad i referatene, og at de i liten grad løftes videre til departementet.
- Det har etter hvert blitt etablert mange underutvalg, noe spesielt kommunene opplever som krevende.

Etableringen av nasjonal styringsmodell er etter vår vurdering et steg i riktig retning ved at den legger gode strukturelle rammer for koordinering og forankring av e-helseutviklingen blant aktørene i sektoren. Imidlertid opplever flere aktører at de ikke har reell innflytelse. Dette gjør at styringsmodellen blir brukt som en legitimerings- og konsultasjonsordning fremfor en reell konsensusmodell. Dette mener vi er en hindring for effektiv koordinering av området.

Undersøkelsen viser videre at høringer av vesentlige tiltak sjelden gjennomføres innen e-helse, og flere aktører opplever å bli invitert til å gi innspill innenfor korte frister på uferdige dokumenter. Flere gir uttrykk for at høringer bør brukes i større grad for å gi aktørene reell uttalerett, og nevner Akson som et eksempel på et vesentlig tiltak som kunne blitt lagt ut på høring. Styringsmodellen er etter vår vurdering ikke en fullverdig erstatning for det tradisjonelle høringsinstituttet. Høringer er for eksempel åpne for alle, mens bare utvalgte aktører sitter i de nasjonale utvalgene. Motstanden som fremkom i høringsrunden for e-helseloven er et tydelig eksempel på at det er større uenigheter og uavklarte spørsmål i sektoren enn utvalgsreferater gir uttrykk for. Etter vår vurdering har høringer av vesentlige tiltak blitt for lite brukt. Dette kunne bidratt til å sikre et bedre beslutningsgrunnlag.

Sak 2: Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

Målet med denne undersøkelsen har vært å undersøke om direktoratet kjøper og styrer konsulenttjenester i tråd med anskaffelsesregelverket og økonomiregelverket i staten.

Anskaffelsesregelverket stiller krav til virksomhetene om å sikre konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og forholdsmessighet i anskaffelsesprosessen. Prinsippene skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser og bidra til at det offentlige opptrer med integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte.

Økonomiregelverkets krav til styring og kontroll operasjonaliserer bevilgningsreglementet vedtatt av Stortinget. Regelverket gir føringer for virksomhetens gjennomføring av oppgavene og skal sikre at bevilgninger over statsbudsjettet brukes i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger.

Direktoratet for e-helse ble etablert i 2016 for å styrke utviklingen på e-helseområdet. Direktoratet skal ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i helse- og

omsorgssektoren. Direktoratet har ansvaret for store og komplekse prosjekter og programmer. I dette ligger også å gjennomføre store og viktige anskaffelser av konsulenttjenester for å løse samfunnsoppdraget.

Direktoratet har siden opprettelsen hatt en strategi om å bruke konsulenttjenester og er avhengig av å leie inn konsulenter for å gjennomføre oppgavene sine. Direktoratet for e-helse har i perioden 2016 til 2020 brukt 1,2 milliarder kroner på konsulenttjenester. De bruker konsulenter i stort omfang og i viktige roller som strategisk samarbeidspartner og program- og prosjektleder. I 2020 hadde direktoratet 170 egne ansatte.

Den omfattende bruken av konsulenter stiller særskilte krav til direktoratets oppfølging i virksomhetsstyringen. Styring og kontroll skal ivareta tilliten til at direktoratets anskaffelser gjennomføres etter regelverket, og skape tillit til at fellesskapets midler brukes på en god måte.

I 2020 var det en rekke artikler i media om anskaffelser av konsulenttjenester til arbeidet med *Én innbygger – én journal*. Stortinget fulgte opp med spørsmål til statsråden om konsulentbruken i direktoratet.

Vår undersøkelse omfatter anskaffelser direktoratet har gjennomført fra opprettelsen i 2016 til 2020. Vi har gjennomført dokumentanalyse av enkeltanskaffelser og styringsinformasjon, analyse av regnskapsdata og intervjuer med Direktoratet for e-helse.

4.6 Direktoratet for e-helse har brutt anskaffelsesregelverket og har ikke god nok styring og kontroll med anskaffelsene

Riksrevisjonen mener det er sterkt kritikkverdig at Direktoratet for e-helse

- har brutt anskaffelsesregelverket i flere kjøp av IT-konsulenttjenester.
- ikke har tilstrekkelig kostnadskontroll med kontraktene.
- ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å redusere avhengigheten av enkeltkonsulenter og -leverandører.

Feilene og manglene er omfattende og gjennomgående. Direktoratet er avhengig av enkeltkonsulenter og -leverandører for å utføre samfunnsoppdraget. Summen av feil og mangler svekker tilliten til at direktoratet bruker fellesskapets midler på en god måte.

I løpet av høsten 2020 har direktoratet gjort presiseringer i anskaffelsesrutinene. De har også utarbeidet retningslinjer og strategier for konsulentbruk. Det er positivt at Direktoratet for e-helse har utarbeidet rutiner og retningslinjer som skal bidra til etterlevelse av regelverket. God internkontroll er viktig for å etterleve anskaffelsesregelverket, ha kontroll på kostnadsutviklingen og redusere avhengigheten.

4.6.1 Direktoratet for e-helse har brutt anskaffelsesregelverket i flere kjøp av IT-konsulenttjenester

Direktoratet har rammeavtaler med flere leverandører om kjøp av konsulenttjenester i IT-utviklingsprosjektene. De gjennomfører avrop (kjøp) på rammeavtalene gjennom minikonkurranser. En minikonkurranse vil si at en kontrakt tildeles etter en konkurranse mellom leverandørene på rammeavtalen.

Vi har kontrollert 14 av avropene Direktoratet for e-helse har gjennomført i de tre største programmene og prosjektene direktoratet har ansvaret for; prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*. De 14 avropene er gjennomført i perioden 2016–2020 og har en samlet kostnadsramme på om lag 390 millioner kroner.

Direktoratet for e-helse har brutt anskaffelseslovens grunnleggende prinsipper om konkurranse, likebehandling og etterprøvbarehet i 11 av de 14 avropene i undersøkelsen.

Tabell 1 viser de 14 avropene vi har undersøkt og hvilke vi har funnet brudd i. Bruddene gjelder anskaffelser i begge de to programmene og i prosjektet vi har undersøkt:

Tabell 1 Brudd på anskaffelsesregelverket

Program/prosjekt	Anskaffelse	Manglende konkurranse og likebehandling	Manglende etterprøvbarehet
Én innbygger - én journal/Akson	1	Ja	
	2		Ja
Helsedataprogrammet	3		
	4		Ja
	5		Ja
	6	Ja	
Program kodeverk og terminologi	7		
	8		
	9		Ja
	10	Ja	
	11	Ja	
	12	Ja	
	13	Ja	
	14	Ja	

Direktoratet har brutt konkurranse- og likebehandlingsprinsippet i 7 av 14 anskaffelser

Minikonkurranser må gjennomføres slik at det er en reell konkurranse og likebehandling av leverandørene som inviteres til å delta. Det er i strid med det grunnleggende kravet til konkurranse og likebehandling å gi uttrykk for at det er en spesifikk leverandør som ønskes, eller på annet vis gi uttrykk for at det ikke er ønskelig at andre leverandører deltar i konkurransen.

Flere av anskaffelsene vi har undersøkt, gjelder tjenester som det tidligere har vært gjennomført minikonkurranser på, men hvor kontrakten har utløpt. Siden prosjektet ikke var ferdig, har direktoratet gjennomført nye minikonkurranser for disse konsulenttenestene.

Direktoratet opplyser i konkurransegrunnlaget at de allerede har en leverandør på oppdraget. Konkurransegrunnlaget er beskrivelsen av hvilket formål som skal dekkes og hvilken tjeneste leverandørene på rammeavtalen kan gi tilbud på. Konkurransegrunnlaget skal spesifiseres på en slik måte at leverandørene blir interessert og kan levere inn sine beste løsningsforslag. Å opplyse om hvilken leverandør direktoratet benytter i dag, er i henhold til regelverket. Konkurranseprinsippet brytes når direktoratet informerer på en måte som kan forstås slik at eksisterende leverandør er ønsket.

Eksempler på formuleringer i konkurransegrunnlagene som direktoratet har benyttet, og Riksrevisjonens vurdering av informasjonen, går frem av tabell 2.

Tabell 2 Eksempler på informasjon og Riksrevisjonens vurdering av informasjonen

Informasjon i konkurransegrunnlaget	Vurdering
«Direktoratet for e-helse har denne rollen dekket av en leverandør i dag, og utlysningen er en videreføring av denne.»	Informasjonen kan forstås som en nøytral saksopplysning, men kan også begrense konkurransen.
«For ordens skyld gjøres det oppmerksom på at dette er en videreføring av et oppdrag som i dag er dekket av [leverandøren]. Vedkommende leverandør har opparbeidet seg god erfaring gjennom oppdraget.»	Informasjonen fremstår ikke som nøytral. Formuleringen kan forstås som at det ikke er en reell konkurranse.

Bakgrunnen for å informere om videreføring av et oppdrag er ifølge direktoratet, hensynet til forutberegnelighet for leverandørene. Det er tids- og arbeidskrevende for en leverandør å komme med et tilbud. Det vil derfor være nyttig for leverandørene å få informasjon om at det allerede er en leverandør på oppdraget, når de skal vurdere om de skal prioritere å levere inn tilbud.

Å informere om at en leverandør har oppdraget i dag, kan begrense konkurransen og forsterke risikoen for å bli avhengig av én leverandør.

I sju av avropene vi har undersøkt, har direktoratet i konkurransegrunnlaget gitt informasjon som kan forstås slik at de foretrekker at eksisterende leverandør fortsetter. Ved å informere på denne måten har direktoratet brutt konkurranse- og likebehandlingsprinsippet i disse sju avropene.

Direktoratet har brutt prinsippet om etterprøvbarhet i 4 av 14 anskaffelser

Direktoratet bryter dokumentasjonsplikten ved ikke å begrunne viktige beslutninger i anskaffelsene. Vi har funnet brudd i fire av avropene vi har undersøkt. Vi har funnet brudd i både prosjektet *Én innbygger – én journal*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*.

Én av disse gjelder en anskaffelse med estimert verdi på 90 millioner kroner og gjelder anskaffelse av en strategisk samarbeidspartner. Det vil si at leverandøren har ansvaret for å skaffe de konsulentene direktoratet ber om.

Faktaboks 1 Eksempel på manglende dokumentasjon på vesentlige forhold

Den tilbudte programlederen tiltrådte ikke:

Direktoratet ba om et team inkludert programleder. Det kom inn to tilbud.

I utvelgelsen la direktoratet stor vekt på den tilbudte programlederens kompetanse. Direktoratet inngikk kontrakt med leverandøren som inkluderte denne konkrete programlederen. Det viste seg at vedkommende aldri tiltrådte. En annen konsulent fra leverandøren fikk rollen som programleder. Denne konsulenten ble opprinnelig ikke tilbudt som programleder i tilbudet fra leverandøren, og var heller ikke intervjuet til denne rollen.

Endringen av konsulent i rollen som programleder innebærer at forutsetningen direktoratet la til grunn for valg av leverandør, ikke lenger var til stede. Direktoratet har ikke dokumentert at de vurderte om endringen var tillatt, om endringen var vesentlig eller om det derfor skulle vært gjennomført en ny konkurranse. Det foreligger heller ikke dokumentasjon på at direktoratet har vurdert om konsulenten som tiltrådte som programleder hadde kompetanse for rollen.

Manglende dokumentasjon av vurderingene fører til at direktoratet har brutt anskaffelsesregelverket.

Faktaboks 1 viser et eksempel hvor direktoratet ikke har dokumentert et vesentlig forhold. Manglende dokumentasjon fører til at det ikke er mulig å etterprøve om det å bruke en annen programleder etter at

avtalen var inngått, var en lovlig endring. Anskaffelsen er av stor økonomisk verdi, noe som gjør det desto viktigere å kunne etterprøve om den er gjennomført i tråd med anskaffelsesregelverket.

Anskaffelseslovens grunnleggende prinsipp om etterprøvbarhet innebærer at en tredjepart skal kunne forstå hva som er gjort og hvorfor. Virksomheten har ansvaret for å sannsynliggjøre at de beslutningene som er tatt, er i henhold til regelverket. Manglende dokumentasjon fører til at virksomheten ikke kan bevise at regelverket er fulgt, for eksempel i en eventuell tvist eller ved en ekstern vurdering.

God dokumentasjon er også viktig for direktoratets styring og kontroll med at anskaffelsene har gått riktig for seg. Direktoratet mangler rutiner for å sikre etterprøvbarhet i anskaffelsene. Direktoratet gjennomfører mange og store anskaffelser. Det gjør det ekstra viktig at direktoratet har tilstrekkelig styring og kontroll med anskaffelsene.

Dokumentasjon av vesentlige forhold og viktige beslutninger i anskaffelsesprosessen er også viktig for tilliten til at anskaffelsen er gjort i henhold til regelverket.

4.6.2 Direktoratet sikrer ikke tilstrekkelig kostnadskontroll i anskaffelsene

Mange og komplekse anskaffelser av konsulenttjenester krever oppfølgingsrutiner for å sikre kostnadskontroll med konsulentbruken i programmene/prosjektet. Direktoratet må sikre at de økonomiske rammene i den enkelte kontrakten ikke overskrides. Timebruk som kommer ut av kontroll, kan få konsekvenser for totalkostnadene.

Direktoratet har etablert et system for å følge opp kostnadsutviklingen på programnivå, men følger ikke tilstrekkelig opp kostnadsutviklingen i de enkelte kontraktene. Systematisk oppfølging av kostnadsutviklingen i kontraktene er viktig for å hindre overforbruk på eksisterende avtaler.

I flere av anskaffelsene vi har kontrollert, er det brukt mer penger enn det som er estimert i konkurransegrunnlaget. I slike tilfeller må direktoratet vurdere om overskridelsen er betydelig, og om det må gjennomføres en ny konkurranse. Konsekvensen av manglende kostnadskontroll med anskaffelsene gir risiko for ulovlige direkte anskaffelser.

En av anskaffelsene vi har kontrollert, hadde en estimert kostnadsramme på 90 millioner kroner over fire år. Direktoratet har ikke fulgt opp at kostnadene ble holdt innenfor de estimerte kostnadsrammene i avtalen, underveis i perioden. Etter tre år hadde direktoratet brukt 97 millioner kroner, og kostnadsrammen var dermed overskredet med 7 millioner kroner. Som følge av kostnadsoverskridelsene foretok direktoratet nytt avrop (kjøp).

Revisjonen viser også at direktoratet har tillatt at konsulentene har arbeidet mer enn det som er avtalt. I fem av avtalene vi har kontrollert, har avviket vært fra 30 prosent til 66 prosent høyere enn det som er avtalt. Alle avtalene er inngått med samme leverandør. Direktoratet tok først høsten 2020 forholdet skriftlig opp med leverandøren og ba om at konsulentene måtte arbeide mindre. Den omfattende overskridelsen av avtalt timebruk hadde da vart i fire år.

Manglende kostnadskontroll gir også risiko for at direktoratet ikke har tilstrekkelig kontroll med at anskaffelsesprosessene gjennomføres i tråd med regelverket.

4.6.3 Direktoratet har ikke iverksatt tilstrekkelige tiltak for å redusere avhengigheten av enkeltkonsulenter og enkeltleverandører

Direktoratets omfattende bruk av konsulenter i ledende roller og til å utføre direktoratets samfunnsoppdrag, stiller særskilte krav til direktoratets internkontroll. Direktoratet må vurdere risikoen for å bli avhengig av enkeltleverandører og -konsulenter. Risikovurderingen kan gi grunnlag for å iverksette tiltak som kan redusere avhengigheten.

Direktoratet har i perioden 2016–2020 gjennomført om lag 550 minikonkurranser på rammeavtalene for IT-konsulenttjenester for til sammen 1,2 milliarder kroner.

I Prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson og Helsedataprogrammet* har det vesentlige av kostnadene til konsulenttjenester gått til én leverandør i hele prosjekt-/programperioden. Direktoratet har ikke vurdert risikoen for å bli avhengig av én dominerende leverandør i disse to programmene/prosjektene. Direktoratet har i flere av avropene gitt informasjon i konkurransegrunnlaget som kan forstås slik at de ønsker at

nåværende leverandør skal fortsette. I disse tilfellene har det bare kommet inn tilbud fra eksisterende leverandør.

Av de ti programmene/prosjektene direktoratet hadde i 2020, var fem bemannet med konsulenter i program- og prosjektlederroller. Det er viktig at direktoratet er bevisst på mulige risikoer ved å bruke konsulenter i slike roller og i så stort omfang. Ingen av de 14 avropene som er kontrollert, har dokumentasjon som viser at behovet for å leie inn konsulenter i slike roller er vurdert opp mot mulig bruk av egne ansatte. Direktoratet har i 2020 opprettet en egen avdeling for program- og prosjektledelse. Planen er å få flere interne program- og prosjektledere.

I Prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson* har én konsulent vært prosjektleder fra oppstart i 2013 til høsten 2020. Også i *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi* har én konsulent hatt sentrale roller over lang tid. Bevissthet om risikoen for å bli avhengig av enkeltkonsulenters kompetanse er særlig viktig i slike tilfeller. Direktoratet har ikke dokumentert at de har vurdert risikoen for å bli avhengige av enkeltkonsulenter i sentrale roller.

Direktoratet for e-helse utnytter ikke muligheten for kompetanseoverføring fra konsulenter til egne ansatte. Resultatet av en god kompetanseoverføring er at det hever kompetansen i egen organisasjon og bidrar til å redusere avhengigheten av konsulenter. Direktoratet har ikke tilrettelagt for en systematisk overføring av kompetanse fra konsulenter til ansatte. I januar 2021 har direktoratet vedtatt retningslinjer for konsulentbruk som omtaler kompetanseoverføring.

Direktoratet stiller ikke tilstrekkelige krav til konsulentene når det gjelder etisk adferd. Konsulenter som har lederroller i et prosjekt eller program i direktoratet, underskriver kontrakter på vegne av leverandøren. Dette er en uheldig praksis, og kan svekke tilliten til at anskaffelsen er foretatt på en samfunnstjenlig måte. Det gjelder særlig når konsulenten har en personlig økonomisk fordel, slik en partner i et konsulentselskap har. Program- og prosjektledere i direktoratet har nøkkelposisjoner med stor påvirkningskraft på hvordan oppgavene løses. Dette stiller ekstra store krav til ansattes og konsulenters bevissthet om etisk adferd.

5 Anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at:

Helse- og omsorgsdepartementet innretter sin overordnede styring og oppfølging slik at Direktoratet for e-helse gjennomfører sine oppgaver på en måte som er tilpasset områdets vesentlighet, kompleksitet og risiko.

5.1 Anbefalinger til sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med *Én innbygger – én journal*

Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse:

- sørger for koordinering av IT-utviklingen, slik at helheten og sammenhengen mellom sektorens journalløsninger blir ivarettatt i det videre arbeidet
- sikrer bedre involvering og medinnflytelse fra aktørene i sektoren, blant annet ved å:
 - videreutvikle nasjonal styringsmodell
 - bruke høringsinstituttet mer aktivt
- i større grad involverer forsknings- og fagmiljøer i videre utredningsprosesser, slik at man får et best mulig beslutningsgrunnlag
- videreutvikler og avklarar rollefordelingen mellom nasjonale myndigheter og resten av helse- og omsorgssektoren, inklusiv privat sektor
- viderefører arbeidet med nye mekanismer for prioritering og samfinansiering, og sikrer aktørene medinnflytelse i denne prosessen
- sørger for at felles grunnmur og nasjonale e-helseløsninger videreutvikles i tråd med sektorens behov

5.2 Anbefalinger til sak 2: Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

Helse- og omsorgsdepartementet:

- innretter oppfølgingen av Direktoratet for e-helse slik at direktoratet gjennomfører sine anskaffelser i henhold til anskaffelses- og økonomiregelverket

Direktoratet for e-helse innretter anskaffelsespraksisen slik at:

- anskaffelseslovens prinsipper om konkurranse og likebehandling ivaretas
- kravene til sporbarhet og etterprøvbarhet følges
- de har kontroll med kostnadene i de enkelte anskaffelsene
- de unngår avhengighet til enkeltkonsulenter og enkeltleverandører

6 Statsrådens svar

Helse- og omsorgsministeren svarer at han tar Riksrevisjonens funn, merknader og anbefalinger på alvor. Statsråden vil stille krav gjennom styringsdialogen med Direktoratet for e-helse om å legge undersøkelsen til grunn i forbedringsarbeidet. Statsråden presiserer at dette også gjelder for departementets videre styring av arbeidet med *Én innbygger – én journal*.

I punktene under er statsrådens kommentarer til Riksrevisjonens merknader og anbefalinger oppsummert.

6.1 Statsrådens svar til sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med *Én innbygger – én journal*

6.1.1 Riksrevisjonens konklusjoner og kritikk

Statsråden skriver at Riksrevisjonens konklusjoner viser at det er utfordrende med helhetlig e-helseutvikling i en sektor med mange aktører med selvstendig ansvar, og at det er nødvendig å finne riktig nivå på virkemiddelbruk for å styre sektoren i en samlet retning. Statsråden fremhever videre at rapporten som følge av dette viser til behov for bred involvering og forankring.

Statsråden er enig med Riksrevisjonen i at det er alvorlig at legemiddellisten er blitt forsinket. Ifølge statsråden har arbeidet tatt lengre tid enn planlagt, kompleksiteten har vist seg å være langt større enn forutsatt, og arbeidet har ikke vært godt nok organisert. Direktoratet for e-helse har erkjent at tiltaket ikke har hatt sterk nok ledelsesforankring, og orienterte departementet våren 2020 om at legemiddellisten var forsinket. Direktoratet gjennomførte derfor en ekstern vurdering av legemiddelprogrammet og styrket organiseringen av arbeidet.

Statsråden er uenig i Riksrevisjonens konklusjon om at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering av arbeidet med *Én innbygger – én journal* på en god måte. Statsråden fremhever at arbeidet med Akson har vært kvalitetssikret i tråd med statens prosjektmodell for store statlige investeringsprosjekter (KS1 og KS2), og at arbeidet har vært gjenstand for flere faser med tilhørende beslutningspunkter.

- **Rapportering:** Statsråden mener at departementets rapportering har gjenspeilet fasene i utredningene, der detaljeringsgraden har økt ved sentrale beslutninger og veivalg. Både risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble kommunisert til Stortinget i Prop. 1 S (2020–2021) etter at KS2 var gjennomført.
- **Kvalitetssikring:** Veikartet for realisering av målbildet i *Én innbygger – én journal* som ble anbefalt av en samlet sektor, lå til grunn for regjeringens beslutning om å utføre KS1/KS2 og å sette i gang en konseptvalgutredning i 2018. Statsråden mener derfor at kvalitetssikringen er ivaretatt på en god måte.

Riksrevisjonen peker på at Direktoratet for e-helse gjorde en aktiv nedprioritering av samhandlingsløsningen i forprosjektet for Akson. Statsråden mener at samhandlingsfunksjonalitet har vært høyt prioritert gjennom hele arbeidet. Statsråden viser til at det i arbeidet er lagt til grunn en stegvis tilnærming for å realisere målene for samhandling i helse- og omsorgssektoren, og at en stegvis tilnærming er valgt for å redusere risiko og kompleksitet.

Statsråden viser til Riksrevisjonens konklusjon om at utredningen av *Én innbygger – én journal* har hatt svakheter, og at utredningen for tidlig snevret inn løsningsalternativer. Statsråden fremhever at konseptvalget ble vurdert i to omganger av ekstern kvalitetssikrer, som opprettholdt anbefalingen om konseptet som ble valgt. Konseptvalget ble gjort ut fra en totalvurdering av både måloppnåelse, lønnsomhet for samfunnet og arkitektur. Statsråden mener arkitektur ikke kan vurderes løsrevet fra målene med tiltaket, og at helsepersonellens og pasientenes behov må være sentrale i vurderingene. Plattform-/økosystem-løsninger har vokst frem som mer aktuelle løsningsalternativer. En åpen plattformtilnærming hvor informasjonen vil være tilgjengelig for de som benytter den ble derfor anbefalt i forprosjektet i 2020.

Statsråden understreker også at det har vært en bred forankring og medvirkning fra sektoren i arbeidet med *Én innbygger – én journal*, at en sektorsammensatt styringsgruppe for arbeidet stilte seg bak det anbefalte konseptet i 2018, og at den eksterne kvalitetssikreren påpekte at det har vært en bred involvering.

6.1.2 Departementets og direktoratets oppfølging av Riksrevisjonens anbefalinger

Statsråden viser til Riksrevisjonens anbefalinger og har ingen innvendinger til disse. Statsråden skriver at anbefalingene vil bli fulgt opp på følgende måte:

- **I større grad samle aktørene i sektoren om felles mål, strategier og prioriteringer:** Statsråden har i 2021 bedt Direktoratet for e-helse om å forvalte og videreutvikle veikartet for nasjonale e-helseløsninger som del av nasjonal porteføljestyring.
- **Følge opp de fire strategiske tiltakene i veikartet for *Én innbygger – én journal*:** Statsråden har i 2021 bedt Direktoratet for e-helse om å gjøre en samlet vurdering av sektorens utvikling av journal- og kurveløsninger for å nå målene i *Én innbygger – én journal*. Vurderingen skal gjøres på bakgrunn av felles planverk for modernisering av journal- og kurveløsninger i de regionale helseforetakene, Helseplattformen og felles kommunal journalløsning. Vurderingen vil inngå i den årlige gjennomgangen av måloppnåelse knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan. Statsråden vil vurdere behov for oppfølgingstiltak på bakgrunn av denne vurderingen.
- **Videreutvikling av den nasjonale styringsmodellen:** Departementet ga i desember 2020 Direktoratet for e-helse i oppdrag å evaluere og videreutvikle styringsmodellen i samarbeid med sektoren. Forslag til endringer skal sendes på høring høsten 2021. Riksrevisjonens anbefaling om hvordan styringsmodellen bør innrettes for å sikre økt gjennomføringsevne, skal tas med i det pågående arbeidet.
- **Tydeliggjøring av ansvaret mellom privat og offentlig sektor:** Statsråden har gitt Direktoratet for e-helse i oppdrag å levere en anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften innen e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet. Statsråden vil følge opp dette når anbefalingene fra direktoratet foreligger.
- **Tydeligere skille mellom forvaltningsmyndighet og tjenesteleverandør:** Statsråden viser til overføring av oppgaver knyttet til nasjonale e-helseløsninger fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF 1. januar 2020.
- **Styrking av arbeidet med å etablere en felles legemiddeloversikt:** Departementet har fra høsten 2020 intensivert oppfølgingen i etatsstyringsdialogen hvor Direktoratet for e-helse rapporterer på fremdrift og risiko hvert kvartal. Rapporteringen følges opp i etatsstyringsmøtene. Det er fremdeles høy risiko på området, og statsråden vil følge dette tett fremover og be om jevnlig rapportering på risiko som grunnlag for å vurdere behov for justeringer i gjennomføringsstrategien.
- **Etablere samfinansieringsmodeller for nasjonale e-helseløsninger og økt medinnflytelse for aktørene:** Departementet arbeider nå med forslag til lov- og forskriftsbestemmelser om plikt til tilgjengeliggjøring av, og betaling for, de nasjonale e-helseløsningene. Dette er en oppfølging av deler av forslaget til ny e-helselov som ble trukket høsten 2020. Forslag til lov- og forskriftsbestemmelser må ses

i sammenheng med det pågående arbeidet med å videreutvikle den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Som del av arbeidet, skal Direktoratet for e-helse etablere en mer helhetlig og forutsigbar oversikt over kostnader som følger av tiltak i nasjonal e-helseportefølje. I tillegg har teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger en viktig rolle med å bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne kostnader for løsningene. Utvalget, som består av aktører som benytter og betaler for de nasjonale e-helseløsningene, skal gjennom vurdering og kvalitetssikring av tallmaterialet bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen.

- **Videreutvikling av fellesløsninger og de nasjonale e-helseløsningene i tråd med sektorens behov:** Statsråden viser til at Stortinget i 2020 bevilget 189 millioner kroner til steg 1 av samhandlingsløsningen, med en samlet kostnadsramme på 712 millioner kroner over fire år. Steg 1 skal styrke de nasjonale samhandlingsløsningene kjernejournal, e-resept og helsenorge.no, samt en rekke grunnmurskomponenter (grunndata, tillitstjenester, HelselD, tjeneste for laboratorie- og radiologisvar). Statsråden viser også til at departementet var enig i anbefalingen fra KS2 om å forsere steg 2 av samhandlingsløsningen, og at Direktoratet for e-helse skal koble eksisterende veikart for innføring og utvikling av nasjonale e-helseløsninger med en gjennomføringsplan for målbildet for digital samhandling.

6.2 Statsrådens svar til sak 2: Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

Statsråden svarer at Direktoratet for e-helse ikke har hatt gode nok rutiner og praksis for anskaffelse og bruk av konsulenter. Statsråden mener at bruk av konsulenter kan være et riktig og viktig supplement for å sikre spisskompetanse og fleksibilitet, men erkjenner at direktoratets praksis og rutiner ikke har vært gode nok.

Statsråden opplyser at departementet har bedt Direktoratet for e-helse om å gjennomføre anbefalte forbedringer i anskaffelsespraksis og rutiner. Departementet har fulgt opp status for iverksatte tiltak i etatsstyringsmøtene høsten 2020 og våren 2021, samt i tildelingsbrevet for 2021. Statsråden vil også følge opp Riksrevisjonens anbefalinger i etatsstyringen fremover. Oppfølgingen vil omfatte både områdene hvor Riksrevisjonen konkluderer med brudd på anskaffelsesregelverket, og der det er behov for å forbedre rutinen for kostnadskontroll og håndtering av avhengighet til enkeltkonsulenter og enkeltleverandører.

Direktoratet har siden høsten 2020 videreutviklet rutiner og praksis innen anskaffelsesområdet og iverksatt flere tiltak som er i tråd med Riksrevisjonens anbefalinger. Det pågår et arbeid med å forbedre rutinen for kontraktsoppfølging, og de interne etiske retningslinjene forbedres slik at de omfatter innleide konsulenter. Internrevisjonen i direktoratet vil gjennomgå hele anskaffelsesområdet i andre kvartal 2021.

7 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar

Riksrevisjonen har ingen ytterligere kommentarer til statsrådens svar til sak 2 om anskaffelser.

Riksrevisjonen merker seg at statsråden til sak 1 om styringen av *Én innbygger – én journal* er uenig i at departementet ikke har ivarettatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte. Riksrevisjonen viser til at departementet har det overordnede ansvaret for å styre helse- og omsorgssektoren og følge opp Direktoratet for e-helse. Videre har departementet ansvar for å sikre at beslutningsgrunnlaget som foreligger er forsvarlig, og for at vesentlige saksopplysninger rapporteres til Stortinget på korrekt og utførlig måte. Å ta gode beslutninger om hvordan utredninger skal følges opp og kvalitetssikres, er derfor en svært viktig del av departementets rolle i en utredningsprosess. Undersøkelsen viser mangler og svakheter på disse områdene:

- **Kvalitetssikring og oppfølging:** Departementets beslutning om å ikke gjennomføre konseptvalgutredning og kvalitetssikring av Akson, for så å omgjøre beslutningen halvannet år senere, har både bidratt til forsinkelser, skapt vanskelige rammevilkår for utredning og svekket utredningenes legitimitet. Riksrevisjonen mener at departementet på denne måten kan ha *bidratt* til de svakhetene i utredningene som undersøkelsen dokumenterer.

- **Rapportering:** Utredningene har helt siden 2015 dokumentert høy risiko og usikkerhet rundt samfunnsøkonomiske beregninger, men dette ble ikke videreformidlet til Stortinget før i 2020. Riksrevisjonen mener at vesentligheten og omfanget av *En innbygger – én journal* tilsier at Stortinget burde vært orientert om disse forholdene på et tidligere tidspunkt.

Riksrevisjonen registrerer også at samhandlingsfunksjonalitet etter statsrådets mening har vært høyt prioritert gjennom hele arbeidet, og at statsråden i denne sammenhengen viser til den stegvise tilnærmingen som er valgt. Behovet for en samhandlingsløsning har vært kjent siden 2015, da det ble bestemt at man ikke skulle gå videre med en felles journaløsning for både primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette medførte et behov for en samhandlingsløsning for å «bygge bro» mellom og knytte sammen de ulike journaløsningene og tjenestenivåene i helsesektoren. Til tross for dette besluttet Direktoratet for e-helse først i 2020, etter fire år med omfattende utredning av Akson, å innføre en stegvis tilnærming og utsette innføring til 2025. I tråd med anbefalingen fra kvalitetssikrer har departementet nå besluttet å fremskynde innføringen til 2023.

Riksrevisjonen mener at direktoratets prioriteringer ikke har samsvart med sektorens forventninger om og behov for ny samhandlingsfunksjonalitet. Direktoratets nedprioritering av ny samhandlingsfunksjonalitet står i kontrast til deres sterke vektlegging av behovet for Akson journal. Riksrevisjonen vil understreke at en samhandlingsløsning har avgjørende betydning både for å ta ut de fulle gevinstene i Akson og for å nå målene i *En innbygger – én journal*.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 15. juni 2021

Per-Kristian Foss

Helga Pedersen

Anne Tingelstad-Wøien

Gunn Karin Gjøl

Arve Lønnum

Jens Gunvaldsen

Vedlegg

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Utsatt offentlighet jf. revl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:x (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal.

Dokumentet er basert på rapport oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev av 26. mars 2021 og på departementets svar i brev av 30. april 2021.

Vi ber statsråden redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet.

Svarfrist: 4. juni 2021.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 2:
Statsrådets svar



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref

Dato

18/4114-4947

4. juni 2021

Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med én innbygger - én journal

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen av 21. mai 2021 om utkast til Dokument 3:x (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med én innbygger – én journal og anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse. Riksrevisjonen ber meg redegjøre for hvordan departementet vil følge opp merknader og anbefalinger og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Jeg tar Riksrevisjonens funn, merknader og anbefalinger på alvor og vil stille krav gjennom styringsdialogen med Direktoratet for e-helse om å legge rapporten til grunn i forbedringsarbeidet. Dette gjelder også for departementets videre styring av arbeidet med én innbygger - én journal.

Under følger min redegjørelse.

1. Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med én innbygger - én journal

1.1 Riksrevisjonens konklusjoner og kritikk

Riksrevisjonens konklusjoner viser at det er utfordrende med helhetlig e-helseutvikling i en sektor med mange aktører med selvstendig ansvar, og at det er nødvendig å finne riktig nivå på virkemiddelbruk for å styre sektoren i en samlet retning. Riksrevisjonen viser også som følge av dette til behov for bred involvering og forankring.

Riksrevisjonens undersøkelse konkluderer med at det er store svakheter når det gjelder utredning, overordnet styring, planlegging og oppfølging av stortingsmeldingen. I tillegg har

tiltak og prosjekter som er forutsetninger for å nå målene i én innbygger - én journal, ikke hatt høy nok fremdrift.

Arbeidet med en felles legemiddelliste er av stor betydning for bedre pasientsikkerhet, og er etterspurt i sektoren. Riksrevisjonen mener det er alvorlig at legemiddellisten er blitt forsinket. Jeg er enig med Riksrevisjonen og mener det er viktig å få på plass en bedre oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Arbeidet har tatt lenger tid enn planlagt og kompleksiteten har vist seg å være langt større enn først forutsatt. Videre har ikke arbeidet vært godt nok organisert. Direktoratet for e-helse har erkjent at tiltaket ikke har hatt sterk nok ledelsesforankring. Direktoratet orienterte våren 2020 departementet om at det var forsinkelser i tiltakene som samlet skal realisere pasientens legemiddelliste. Det skyldes bl.a. stor kompleksitet med mange involverte aktører. Direktoratet gjennomførte på den bakgrunn en ekstern vurdering av legemiddelprogrammet og styrket organiseringen av arbeidet.

Riksrevisjonen mener at departementet ikke har ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering av arbeidet med én innbygger - én journal på en god måte. Jeg er uenig med Riksrevisjonen i dette. Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (Én innbygger – én journal) har vært kvalitetssikret i tråd med statens prosjektmodell for store statlige investeringsprosjekter (KS1 og KS2). Arbeidet med én innbygger - én journal har vært gjenstand for flere faser med tilhørende beslutningspunkter. Departementets rapportering til Stortinget har gjenspeilet disse fasene, der detaljeringsgraden har økt ved sentrale beslutninger og veivalg. Risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble kommunisert til Stortinget i Prop 1 S (2020-2021) etter at KS2 for Akson – felles kommunal journal og helhetlig samhandling, var gjennomført. Rapportering av risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble gjort i sammenheng med at Stortinget ble forelagt et forslag til beslutning om å gå videre med tiltaket. Jeg viser også til at veikartet for realisering av målbildet for én innbygger - én journal, anbefalt av en samlet sektor, lå til grunn for regjeringens beslutning om at det skulle gjennomføres en grundig kvalitetssikring med både KS1 og KS2 av arbeidet med nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det var også bakgrunnen for at det ble igangsatt en konseptvalgutredning i 2018. Jeg mener derfor at kvalitetssikringen er ivaretatt på en god måte.

Riksrevisjonen peker på at Direktoratet for e-helse gjorde en aktiv nedprioritering av samhandlingsløsningen i forprosjektet for Akson. Jeg mener at samhandlingsfunksjonalitet har vært høyt prioritert gjennom hele arbeidet. I arbeidet er det lagt til grunn en stegvis tilnærming for å realisere målene for samhandling i helse- og omsorgssektoren. En stegvis tilnærming er valgt for å redusere risiko og kompleksitet.

Riksrevisjonen peker på at utredningen av én innbygger – én journal har hatt svakheter og at utredningen for tidlig snevret inn løsningsalternativer. I to omganger ble konseptvalget vurdert av ekstern kvalitetssikrer som opprettholdt anbefalingen om det etter hvert valgte konseptet. Konseptvalget ble gjort ut fra en totalvurdering av både måloppnåelse, lønnsomhet for samfunnet og arkitektur. Arkitektur kan ikke vurderes løsrevet fra målene

med tiltaket, og helsepersonellens og pasientenes behov må være sentrale i vurderingene. Plattform/økosystem har vokst frem som mer aktuelle løsningsalternativer de senere årene. En åpen plattformtilnærming hvor informasjonen vil være tilgjengelig for de som benytter den, inkludert leverandører og aktører, ble derfor anbefalt i forprosjektet i 2020. Det har vært en bred forankring og medvirkning fra sektoren i arbeidet med én innbygger – én journal, og styringsgruppen for arbeidet har vært sektorsammensatt. Styringsgruppen stilte seg bak det anbefalte konseptet i 2018. Den eksterne kvalitetssikringen påpekte også at det har vært en bred involvering.

1.2 Departementets og direktoratets oppfølging av Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet innretter sin overordnede styring og oppfølging slik at Direktoratet for e-helse gjennomfører sine oppgaver på en måte som er tilpasset områdets vesentlighet, kompleksitet og risiko. Riksrevisjonen anbefaler blant annet at departementet sørger for koordinering av IT-utviklingen, sikrer bedre involvering og medinnflytelse fra sektor, i større grad involverer forsknings- og fagmiljøer i utredningsprosesser, rolleavklaringer, nye mekanismer for prioritering og samfinansiering, og at felles grunnmur og nasjonale e-helseløsninger videreutvikles.

Den nasjonale styringsmodellen for e-helse er etablert for å samle aktørene om felles mål, strategier og prioriteringer, og skal bidra til involvering og medinnflytelse fra aktørene i sektoren. Som virkemiddel er den nasjonale styringsmodellen styrket i 2020 gjennom etableringen av et felles veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger (2021-2025). Veikartet er utarbeidet i tett samarbeid med sektoren og gir en samlet oversikt over utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene. Veikartet vil være et beslutningsunderlag for prioritering og finansiering av e-helsetiltak de kommende år, og jeg har i 2021 bedt direktoratet forvalte og videreutvikle veikartet som del av nasjonal porteføljestyling.

Det er Riksrevisjonens vurdering at styringsmodellen har vært et steg i riktig retning, men at det er behov for å forbedre modellen i det videre for å få til en mer forpliktende e-helseutvikling. Jeg deler denne vurderingen, noe som er bakgrunnen for at Direktoratet for e-helse i desember 2020 fikk i oppdrag å evaluere og videreutvikle styringsmodellen i samarbeid med sektoren. Forslag til endringer utarbeides og drøftes med sektoren i den nasjonale styringsmodellen og skal sendes på høring av Direktoratet for e-helse høsten 2021. Riksrevisjonens anbefaling om hvordan styringsmodellen bør innrettes for å sikre økt gjennomføringsevne, skal tas med i det pågående arbeidet.

For å understøtte økt digitaliseringstakt i helse- og omsorgssektoren, overførte jeg oppgavene knyttet til de nasjonale e-helseløsningene helsenorge.no, kjernejournal, e-resept, grunndata og helseID fra Direktoratet for e-helse til Norsk helsenett SF fra 1. januar 2020. Ny oppgavefordeling tydeliggjør skillet mellom Direktoratet for e-helses rolle som forvaltningsorgan og Norsk helsenett SF som tjenesteleverandør innen e-helseområdet. Grepet ble gjort for å sikre en tydeligere myndighet og en tydeligere leverandør. For å tydeliggjøre ansvaret mellom privat og offentlig sektor, har jeg også gitt Direktoratet for e-

helse i oppdrag å levere en anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften innen e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet. Dette vil jeg følge opp når anbefalingene fra direktoratet foreligger.

Når det gjelder arbeidet med å etablere en felles legemiddelloversikt, pasientens legemiddelliste, vil jeg understreke at det er gjennomført, og pågår, viktige tiltak for å gi helsepersonell bedre tilgang til legemiddelopplysninger. Dette skjer gjennom utvikling og innføring av e-resept og kjernejournal. Dette er viktige og nødvendige steg på veien til en felles legemiddelliste. Fra høsten 2020 har departementet intensivert oppfølgingen i etatsstyringsdialogen hvor Direktoratet for e-helse rapporterer på framdrift og risiko hvert kvartal. Rapporteringen følges opp i etatsstyringsmøtene. Det er fremdeles høy risiko og store utfordringer i gjennomføring av tiltaket. Jeg vil følge dette tett framover og be om jevnlig rapportering på risiko som grunnlag for å vurdere behov for justeringer i gjennomføringsstrategien.

For systematisk å følge opp de fire strategiske tiltakene (1) Helseplattformen i helseregion Midt-Norge; 2) samordnet utvikling av de øvrige helseregionenes journalløsninger; 3) felles kommunal journalløsning utenfor helseregion Midt-Norge, og 4) de nasjonale samhandlingsløsningene) i veikartet for én innbygger – én journal, har jeg i 2021 bedt Direktoratet for e-helse gjøre en samlet vurdering av sektorens utvikling av journal- og kurveløsninger for å nå målene i én innbygger – én journal. Vurderingen skal gjøres på bakgrunn av felles planverk for modernisering av journal- og kurveløsninger i de regionale helseforetakene, Helseplattformen og felles kommunal journalløsning. Vurderingen vil inngå i den årlige gjennomgangen av måloppnåelse knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan. Jeg vil vurdere behov for oppfølgingstiltak på bakgrunn av denne vurderingen.

Departementet arbeider nå med forslag om endringer i pasientjournalloven mv. – nasjonal digital samhandling til beste for pasienter og brukere. Forslaget legger det rettslige grunnlaget for målet én innbygger – én journal. Én innbygger – én journal forutsetter en nasjonal digital datainfrastruktur som samlet vil utgjøre en nasjonal løsning.

Jeg mener at det er svært viktig å få på plass en modell for samfinansiering av forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Departementet arbeider nå med forslag til lov- og forskriftsbestemmelser om plikt til tilgjengeliggjøring av, og betaling for, de nasjonale e-helseløsningene. Dette er en oppfølging av deler av forslaget til ny e-helselov som ble trukket høsten 2020. Forslag til lov- og forskriftsbestemmelser må ses i sammenheng med det pågående arbeidet med å videreutvikle den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Direktoratet for e-helse skal som en del av dette arbeidet etablere en mer helhetlig og forutsigbar oversikt over kostnader til forvaltning og drift som kommer som konsekvens av tiltak i nasjonal e-helseportefølje. I tillegg har teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger en viktig rolle med å bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av løsningene. Utvalget, som består av aktører som benytter og betaler for de nasjonale e-helseløsningene, skal gjennom arbeidet med å

vurdere og kvalitetssikre tallmaterialet, bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen.

Jeg er opptatt av å videreutvikle fellesløsninger og de nasjonale e-helseløsningene i tråd med sektorens behov. Stortinget bevilget 189 mill. kroner (P50) i 2021 til steg 1 i samhandlingsløsningen, innenfor en samlet kostnadsramme på 712 mill. kroner (P85) over fire år. Steg 1 skal styrke de eksisterende nasjonale samhandlingsløsningene som kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Dette omfatter blant annet investeringer i grunndataregistre for personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, tillitstjenester, HelselD og nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar, samt forprosjekt for steg 2. Den største andelen av investeringen er knyttet til grunnmurskomponenter. Dette er løft som er viktig for å nå sektorens mål og behov for samhandling.

Som KS2 anbefalte, støttet jeg forsering av steg 2 i samhandlingsløsningen. I dette arbeidet skal Direktoratet for e-helse koble eksisterende veikart for innføring og utvikling av nasjonale e-helseløsninger med en gjennomføringsplan for målbildet for digital samhandling. Dette vil være et viktig bidrag for å få på plass nye mekanismer for prioritering. Det skal legges til rette for en stegvis utvikling med realisering av gevinster underveis.

2. Anskaffelse av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

Riksrevisjonens undersøkelse viser at Direktoratet for e-helse ikke har hatt gode nok rutiner og praksis for anskaffelse og bruk av konsulenter. Direktoratet for e-helse ble etablert for å sikre en mer helhetlig og forutsigbar IKT-utvikling innen helse- og omsorgsområdet. Regjeringen har store ambisjoner innen e-helseområdet og direktoratet har ansvar for gjennomføring av store nasjonale satsinger. Dette krever et sterkt fagmiljø. Selv om direktoratet har bygget opp kompetanse med egne ansatte innen området, er det også behov for konsulentbistand. Bruk av konsulenter gir mulighet for spesialisering og mer effektiv bruk av offentlige midler. Hva slags type kompetanse man trenger i prosjekter og programmer vil kunne variere over tid, noe som krever en mer fleksibel bemanning. Det er likevel viktig at direktoratet finner den riktige balansen mellom innleide konsulenter og faste ansatte. Jeg mener at bruk av konsulenter kan være et riktig og viktig supplement for å sikre spisskompetanse og fleksibilitet, men erkjenner at direktoratets praksis og rutiner ikke har vært gode nok.

2.1 Departementets oppfølging av Riksrevisjonens anbefalinger

Jeg viser til at Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet *«innretter oppfølgingen av Direktoratet for e-helse slik at direktoratet gjennomfører sine anskaffelser i henhold til anskaffelses- og økonomiregelverket»*.

Departementet ba sommeren 2020, jf. brev av 17. juli 2020, om en nærmere redegjørelse for direktoratets bruk av konsulenter, konsulenters rolle i prosjektene og utvikling over tid. Videre ba vi om en redegjørelse for rutiner i sammenheng med anskaffelser, herunder kriteriene for bruk av avrop på eksisterende rammeavtaler, rollen til eksisterende konsulenter og tidsfrister

for anbud. I redegjørelsen peker direktoratet på behov for forbedringer i anskaffelsespraksis og rutiner for bruk av konsulenter. Departementet har bedt direktoratet om å gjennomføre anbefalte forbedringer i anskaffelsespraksis og rutiner, og har fulgt opp status for iverksatte tiltak i etatsstyringsmøtene høsten 2020 og våren 2021, samt i tildelingsbrevet for 2021.

Jeg vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger i etatsstyringen av Direktoratet for e-helse framover. På bakgrunn av funnene i Riksrevisjonens undersøkelse, vil jeg tydeliggjøre krav til direktoratets rapportering om gjennomføring og oppfølging av tiltakene som er iverksatt for å bedre anskaffelsespraksis og rutiner for bruk av konsulenter. Videre vil jeg be om at direktoratet følger opp at rutiner og retningslinjer etterleves og at behov for forbedring av rutiner vurderes kontinuerlig. Denne oppfølgingen vil omfatte både områdene hvor Riksrevisjonen konkluderer med brudd på anskaffelsesregelverket og der det er behov for å forbedre rutinene for kostnadskontroll og håndtering av avhengighet til enkeltkonsulenter og enkeltleverandører.

2.2 Direktoratet for e-helses oppfølging

Riksrevisjonen anbefaler at Direktoratet for e-helse *«innretter anskaffelsespraksisen slik at:*

- *anskaffelseslovens prinsipper om konkurranse og likebehandling ivaretas*
- *kravene til sporbarhet og etterprøvbarehet følges*
- *de har kontroll med kostnadene i de enkelte anskaffelsene*
- *de unngår avhengighet til enkeltkonsulenter og enkeltleverandører»*

Direktoratet har med utgangspunkt i egne gjennomganger videreutviklet rutiner og praksis innen anskaffelsesområdet siden høsten 2020 og har derfor allerede iverksatt flere tiltak som er i tråd med Riksrevisjonens anbefalinger. Hovedprinsipper for bruk av konsulenter er tydeliggjort i direktoratets HR-strategi, og det er utarbeidet nye retningslinjer og rutiner for bruk av konsulenter. Retningslinjen for bruk av konsulenter sier blant annet noe om i hvilke roller direktoratet bruker innleide konsulenter og tydeliggjør krav til hvordan det både internt og eksternt synliggjøres bedre hvem som er konsulenter. I henhold til de nye rutinene skal også alle konsulentanskaffelser nå legges frem for direktoratets ledermøte og godkjennes av direktøren. Interne rutiner for anskaffelsesområdet oppdateres og videreutvikles med tydeliggjøring av rutiner for ressursstyring, kontraktsoppfølging og kontroll ved bruk av konsulenter, herunder dokumentasjonsrutiner, kompetanseoverføring og rutiner for å unngå avhengighet til konsulenter.

Når det gjelder kostnadskontroll, vil jeg presisere at direktoratet mener å ha hatt god styring og oppfølging av totalkostnadene i programmer og prosjekter. Funnene fra Riksrevisjonen gjelder kostnadsoppfølging av enkelte kontrakter. Direktoratet for e-helse har iverksatt tiltak for bedre oppfølging av hver enkelt avropskontrakt, både med forbedrede rutiner i det enkelte program og sentralt i direktoratet. Blant annet er det innført rutiner i programmene for å kontrollere at det ikke påløper flere kostnader enn hva som omfattes av avropsavtalene, fakturaer bokføres med avropsnummer og ikke bare rammeavtalennummer, og det er innført ny økonomimodell som gir bedre økonomisk

kontroll og oppfølging av programmene. Det pågår også arbeid med å forbedre rutinene knyttet til kontraktsoppfølging.

Direktoratet for e-helse utarbeider interne etiske retningslinjer som omfatter alle med et arbeidsforhold i direktoratet, inkludert innleide konsulenter. Der utdypes både forretningsetikk, habilitetsproblematikk og sosialt ansvar (arbeidsvilkår). Videre fortsetter direktoratet arbeidet med opplæring i anskaffelser og følger opp at de nye rutinene etterleves.

Hele anskaffelsesområdet gjennomgås av direktoratets internrevisjon i andre kvartal 2021. Hovedtema for internrevisjonen er prosess og modenhet i organisering og gjennomføring i anskaffelser. Fokusområder er organisering av anskaffelsesområdet, roller og ansvar, kompetanse, oppfølging og dokumentasjon. Videre bistår internrevisor i en risikovurdering av anskaffelsesområdet. Resultatene fra internrevisjonen vil gi direktoratets ledelse grunnlag for å vurdere effekten av iverksatte tiltak og vurdere behov for ytterligere tiltak.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 3:

Rapport om Sak 1: Helse- og
omsorgsdepartementets styring av arbeidet
med Én innbygger – én journal

Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal

Vedlegg 3 til Dokument 3:14 (2020–2021)



Revisjonen er gjennomført som en forvaltningsrevisjon etter lov om Riksrevisjonen § 9, tredje ledd og instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 9. Revisjonen er gjennomført i samsvar med faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon i Riksrevisjonen og INTOSAIs standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000).

Forsidefoto: Til venstre Unsplash, til høyre Shutterstock / NTB

ISBN-978-82-8229-513-0

1 Innhold

1	Innhold	2
2	Innledning	7
2.1	Bakgrunn	7
2.2	Mål og problemstillinger	8
3	Metodisk tilnærming og gjennomføring	9
3.1	Dokumentanalyse	9
3.2	Brev med spørsmål	10
3.3	Intervju	10
3.4	Ekspertvurdering	12
3.5	Referansegruppe	13
4	Revisjonskriterier	14
4.1	Krav til styring av e-helseområdet og IT-utviklingen	14
4.2	Krav til utredning	16
4.3	Krav til anskaffelser og leverandørdialog	17
4.4	Krav til kvaliteten på informasjonen til Stortinget	18
5	Den nasjonale utredningsprosessen	19
5.1	Oppsummering	19
5.2	Kort om utredningsprosessens fremdrift og kostnader	19
5.3	Utredningsarbeidet begynte med en bred tilnærming, men gjorde innsnevring tidlig i prosessen ..	21
5.4	Plattformtilnærminger ble i mindre grad utforsket frem til 2020	33
5.5	I 2020 ble retningen fra 2015 videreutviklet til en «åpen plattform», men det legges fortsatt til grunn anskaffelse av en større standardløsning	44
5.6	Kunnskapsgrunnlag og involvering av fagmiljøer i utredningsprosessen	52
5.7	Veikartet for sektorens journalløsninger har i stor grad blitt til ved at ulike aktører har tatt selvstendige valg som er tilpasset deres behov	61
6	Usikkerhet, risiko og kvalitetssikring av utredningene	66
6.1	Oppsummering	66
6.2	Prosjektmodell og kvalitetssikring	66
6.3	Håndtering og reduksjon av risiko	71
6.4	Usikkerhet i samfunnsøkonomiske vurderinger	77
6.5	Usikkerhet om hvilken funksjonalitet det er <i>ønskelig</i> og <i>mulig</i> å oppnå	82
6.6	Rapportering til Stortinget	86
7	Forutsetninger for <i>Én innbygger – én journal</i>: grunnmur, standarder og nasjonale e-helseløsninger	88
7.1	Oppsummering	88
7.2	Hvordan standarder og samhandling henger sammen	88
7.3	Felles grunnmur – arbeidet med å utvikle felleskomponenter, standarder, kodeverk og terminologi ..	90
7.4	Nasjonale e-helseløsninger	95
8	Styring, prioritering og forankring	101
8.1	Oppsummering	101
8.2	Helse- og omsorgsdepartementets styring og virkemiddelbruk	101

8.3	Uavklarte forhold rundt nasjonal styring og rollefordeling.....	110
8.4	Det gjenstår uavklarte forhold om finansiering av tiltak som er viktige for <i>Én innbygger – én journal</i>	113
8.5	Prioritering gjennom nasjonal styringsmodell	118
8.6	Høring og forankring	124
9	Vurderinger	131
9.1	Veikartet for sektorens journalløsninger er et resultat av aktørers selvstendige valg, og dette kan gjøre det utfordrende å koordinere IT-utviklingen slik at målene i <i>Én innbygger – én journal</i> nås...	131
9.2	Utredningen av <i>Én innbygger – én journal</i> har, til tross for stort omfang og over åtte års varighet, hatt betydelige svakheter	132
9.3	Helse- og omsorgsdepartementet har ikke ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte, og dette har forsinket arbeidet	137
9.4	Flere tiltak og prosjekter som er forutsetninger for å lykkes med <i>Én innbygger – én journal</i> , har ikke hatt høy nok fremdrift.....	138
9.5	Rollen til nasjonale myndigheter er ikke tydelig definert, og mekanismene for styring, prioritering og forankring av e-helseutviklingen er ikke effektive nok	140
10	Referanseliste	143

Tabelloversikt

Tabell 1	Metoder som er brukt for å belyse problemstillingene.....	9
Tabell 2	Budsjettmidler bevilget over statsbudsjettet, og kostnader til konsulentbistand	20
Tabell 3	Hvordan konseptalternativene i 2015-utredningen svarer til løsningsalternativene i Meld. St. 9 (2012–2013).....	29
Tabell 5	Liste over strategiske beslutninger	103

Figuroversikt

Figur 1	Tidslinje over milepæler	19
Figur 2	Mulige overordnede løsningsalternativer (systemtopologier) i 2015-utredningen	22
Figur 3	Mulige konsepter i første del av utredningen	23
Figur 4	Forslag til konsept med felles datalager fra Norsk Helsenett SF	40
Figur 5	Plassering av et mulig konsept 1b i mulighetsrommet.....	42
Figur 6	Dagens veikart.....	61
Figur 7	Fasene i statens prosjektmodell	67
Figur 8	Tidslinje over kvalitetssikring av Akson	69
Figur 9	Oversikt over kommunale helse- og omsorgstjenester (samt offentlig tannhelsetjeneste) som skal understøttes av felles kommunal journalløsning	75
Figur 10	Nettoverdi av prissatte virkninger i den samfunnsøkonomiske analysen for konsept 7	78
Figur 11	Samhandlingsmodeller i helse- og omsorgstjenesten.....	90
Figur 12	Samhandlingsløsningen som en del av veikartet	99
Figur 13	Strategiske satsingsområder innen e-helse	107
Figur 14	Tiltak i nasjonal e-helseportefølje for perioden 2017–2019, sortert etter budsjettstørrelse fra størst til minst.....	123
Figur 15	Saker og sakstyper i de nasjonale utvalgene 2017–2019	126

Ordliste og forkortelser

Beslutningsstøtte	IT-verktøy som kombinerer medisinsk, helsefaglig og annen kunnskap med individuelle pasientopplysninger for å understøtte beslutninger i utredning, pleie og behandling av pasienter. Dette kan ta ulike former innenfor elektroniske helsesystem eksempelvis som prøvesvar med referansegrenser, toksisk grense i system for ordinerer av medisin eller algoritme som forutser utvikling av alvorlig infeksjon i intensivavdelingen ved endringer i pasientens temperatur, puls, blodtrykk og laboratorieprøver.
Datalager	Lagringsplass for data som brukes i et IT-system. Datalager kan være integrert i IT-systemet eller adskilt fra IT-system. Med riktig tilrettelegging av data og grensesnitt, kan data fra et adskilt datalager benyttes av flere IT-system og på denne måten legge til rette for samhandling mellom systemene.
EPJ	Elektroniske systemer med nødvendig funksjonalitet for å registrere, søke frem, presentere, kommunisere, redigere, rette og slette opplysninger i elektronisk pasientjournal (EPJ). Dette inkluderer både radiologisystemer, systemer for somatisk og psykiatrisk journal, pasientadministrative systemer og andre systemer som inneholder helseopplysninger.
Felles grunndata	Felles grunndata består av opplysninger om helsepersonell, organisasjon, tjenester, behandlingssteder, adresser, m.m. Felles grunndata er nødvendig for å etablere sikker og helhetlig samhandling mellom aktørene.
Felles grunnmur	Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten er navnet på de felles byggeklossene som virksomhetene benytter for samhandling og digitalisering. Felles grunnmur legger til rette for enhetlige tjenester rettet mot innbyggere og helsepersonell. Grunnmuren består av fem grupper av byggeklosser: kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles infrastruktur og felles krav og retningslinjer.
HIE	Health Information Exchange: Utveksling av klinisk informasjon mellom uavhengige organisasjoner som tilbyr helse- og omsorgstjenester. Ofte er administrativ informasjon også delt.
Integrasjon	Integrasjon har som mål å få ulike systemer til å snakke sammen ved at de utveksler data eller benytter tjenester fra et annet system.
Klinisk dokumentasjon	Dokumentasjon av klinisk observasjon og helsetjenester.
Kunnskapsstøtte	IT-verktøy som kan gi helsepersonell tilgang til forskningsbasert kunnskap eksempelvis gjennom en lenke eller trykknapp i et system som bringer bruker til en samling medisinsk eller helsefaglig kunnskap.
Løsning	En logisk komponent som, når satt sammen med andre logiske komponenter, realiserer et konsept. En løsning samvirker med arbeidsprosesser, organisatoriske og styringsmessige strukturer, kompetanse og kultur. Flere løsninger realiserer et konsept. Flere systemer realiserer en løsning.
Nasjonal felleskomponent	Komponenter i IT-løsninger som kan sambrukes eller gjenbrukes i flere IT-løsninger i offentlig sektor.
NEHS	Nasjonalt e-helsestyre er øverste organ den nasjonale styringsmodellen for e-helse og samler toppledelsen i helse- og omsorgssektoren for å samordne og styre e-helseutviklingen i

	Norge. Styret drøfter og gir sin tilslutning til strategiske beslutninger om blant annet prioriteringer, organisering og finansieringsmodeller.
NHN SF	Norsk Helsenett SF
NSE	Nasjonalt Senter for e-helseforskning, tidligere Nasjonalt senter for telemedisin.
NUFA	Nasjonalt utvalg for fag og arkitektur i helse- og omsorgssektoren består av fagpersoner innen helsefag og IT-arkitektur og gir råd og faglige vurderinger om e-helse.
NUIT	Nasjonalt utvalg for IT-prioriteringer i helse- og omsorgssektoren. Innstiller årlig prioritering av nasjonal e-helseportefølje, og gir råd og anbefalinger i taktiske og strategiske problemstillinger.
PACS	IT-system for lagring og deling av bilder.
Pasientjournal	Samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp.
Pasientens legemiddelliste (PLL)	Planlagt IT-system som understøtter en felles, strukturert liste over innbyggers faste legemidler. Lista inneholder ikke informasjon om hvilke legemidler innbygger faktisk har tatt (administrasjon). Løsningen er under utvikling. Når den kan tas i bruk kan listen deles på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.
Proof-of-concept	En begrenset uttesting for å demonstrere at en idé eller et konsept er realiserbart.
Prosesstøtte	IT-verktøy som støtter planlegging, koordinering og gjennomføring av pasientrettede tiltak innen utredning, pleie og behandling. I praksis kan dette eksempelvis innebære å opprette konkrete planer for pasienten, eventuelt med standardiserte pasientforløp, koordinere og fordele oppgaver i behandlingsteamet og lage oversikter, følge opp planer og oppgaver, støtte overganger mellom aktører.
RHF	Regionalt helseforetak.
Samhandling	1. Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. 2. All form for kontakt, samarbeid og informasjonsutveksling på tvers av virksomheter med mål om å sikre riktig behandling og koordinerte tjenester. Samhandling kan skje på ulike måter, for eksempel gjennom meldinger, telefon, møter, brev, papirutskrifter som sendes med innbyggeren.
Samhandlingsløsning	En løsning som understøtter utveksling og deling av informasjon og muliggjør samhandling mellom aktører som benytter ulike IT-systemer. Samhandlingsløsninger støtter sending og mottak av informasjon, oppslag og tilgjengeliggjøring, samt delt redigering. I tillegg støtter de oversetting mellom ulike formater og informasjonsmodeller.
Sentral forskrivningsmodul (SFM)	SFM er en løsning som skal dekke helsepersonell sine behov for håndtering av deres pasienters legemiddelopplysninger, med unntak av dokumentasjon av administrering av legemidler. SFM består av flere komponenter som sammen danner en helhetlig løsning som tilgjengeliggjøres for bruker som en integrert løsning i EPJ.

Silosystem	IT-system som ikke er tilrettelagt for å kommunisere med andre system.
SSD	<i>Sentralt styringsdokument. Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning</i> , utgitt av Direktoratet for e-helse i februar 2020. Dokumentet svarer ut oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet om å gjennomføre et forprosjekt, med utgangspunkt i konsept 7, felles kommunal journalløsning med helhetlig samhandling, i tråd med statens prosjektmodell.
Standardisert grensesnitt	Grensesnitt er kontaktflaten mellom ulike enheter eller delsystemer som skal virke sammen og derfor må kunne kommunisere med hverandre. Grensesnittet må være avtalt, helst standardisert, på forhånd.
Suite-løsning	Større IT-systemer som dekker flere fagområder. For eksempel elektronisk pasientjournalsystem som dekker de <i>fleste</i> fagområder og spesialiteter ved et sykehus.
System	En fysisk IT-komponent som, når satt samme med andre fysiske IT-komponenter, realiserer en løsning.
Tjenesteplattform	En tjenesteplattform inneholder funksjonelle og teknologiske byggeklosser som gjør det mulig å definere, bygge, eksponere og levere tjenester til brukere/mottakere.
Topologi	En grunnleggende teknisk retning for å beskrive karakteristikker ved en IT-løsning/konsept.

Obs: I denne rapporten har vi konsekvent skrevet «IT», også når kilder har brukt begrepet «IKT». Vi har lagt til grunn at det ikke er en reell forskjell i begrepenes meningsinnhold.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

I Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, ble det satt følgende overordnede mål for IT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger.
- Innbyggerne skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tjenester.
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

For å nå disse målene ønsket regjeringen å modernisere helsektorens journalløsninger og arbeide med å gjøre sektorens digitale løsninger mer helhetlige. I sin behandling av meldingen, jf. Innst. 224 S (2012–2013), sluttet helse- og omsorgskomiteen seg til de overordnede målene, og ga også sin støtte til at det skulle settes i gang et utredningsarbeid for å vurdere alternative løsninger.

Helse- og omsorgskomiteen har ved flere anledninger uttrykt at det er behov for bedre organisering og koordinering og en sterkere nasjonal styring av IT-utviklingen i sektoren for å styrke evnen til å gjennomføre nasjonale IT-tiltak. I meldingen går det fram at regjeringen vil bidra til å sikre en helhetlig og forutsigbar IT-utvikling i helse- og omsorgssektoren, blant annet ved å klargjøre det nasjonale ansvaret for IT-utviklingen og å ha en tydelig rolle- og oppgavefordeling mellom aktørene.

Stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal* med tilhørende målområder og tiltak har siden 2013 vært førende for den nasjonale IT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Gjennom utredningsprosessen er målbildet brutt ned til tre milepæler: 1) Helseplattformen i helseregion Midt-Norge, 2) felles kommunal journalløsning (Akson) utenfor helseregion Midt-Norge og 3) samordnet utvikling av de øvrige helseregionenes journalløsning. De nasjonale løsningene for samhandling skal videreutvikles og styrkes. Dette vil være navet for å binde de ulike journalløsningene sammen.

Utredningene endte med en anbefaling om å starte med behovene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette har munnet ut i planene for prosjektet som kalles Akson. Den felles kommunale journalløsningen, som vil løse behovene til over 15 ulike tjenesteområder, er estimert til å ha en samfunnsøkonomisk kostnad på 22 milliarder kroner med en tidshorisont frem mot år 2040. Halvparten av dette er investeringskostnader og drift- og forvaltningskostnader, noe som gjør Akson til en svært stor IT-investering.

Utredningsarbeidet har nå pågått i over åtte år på ulike områder, i ulike faser. Fremdrift mot målbildet avhenger av flere parallelle investeringer i plattform, infrastruktur og felles grunnmur, og disse må ses i sammenheng med eksisterende løsninger og installert base. Videre består helsesektoren av svært mange selvstendige aktører, og e-helseområdet er preget av høy kompleksitet. Dette stiller høye krav til forankring og involvering og forutsetter gode mekanismer for finansiering, prioritering og styring. Blant annet har det blitt opprettet en nasjonal styringsmodell, hvor sentrale aktører i sektoren er representert.

Helse- og omsorgsdepartementet fremmet også i 2020 et forslag om en ny e-helselov. Forslaget ble trukket på bakgrunn av høringsinnspill som kom med vesentlige innvendinger mot deler av loven, og fordi lovforslaget ikke hadde støtte fra flertallet på Stortinget. Disse observasjonene viser at det er en risiko for at de strategiske beslutningene bygger på et ufullstendig beslutningsgrunnlag, og at myndighetene ikke har lyktes med å finne riktig nivå for nasjonal styring.

Helse- og omsorgsdepartementet har som ansvarlig departement på helse- og omsorgssektoren et overordnet ansvar for å styre og koordinere utviklingen på IT-feltet innenfor sektoren. Direktoratet for e-helse er departementets fagdirektorat, som gjennom å være fagmyndighet og premissgiver på e-helseområdet skal ivareta den strategiske styringen av den nasjonale IT-utviklingen.

2.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere hvordan Helse- og omsorgsdepartementet ivaretar ansvaret for å nå målene i *Én innbygger – én journal*.

Målet belyses gjennom følgende problemstillinger:

1. Hvilke strategiske beslutninger er tatt for å sikre en felles nasjonal IT-utvikling for å nå målene i *Én innbygger – én journal*?
2. Bygger de strategiske beslutningene på et godt nok grunnlag, og er alternative løsninger tilstrekkelig belyst i utredningen av *Én innbygger – én journal*?
3. I hvilken grad har etableringen av den nasjonale styringsmodellen for e-helse ført til styrket gjennomføringsevne og mer koordinert utvikling av nasjonale IT-tiltak i helse- og omsorgssektoren?
4. Hvordan bidrar Direktoratet for e-helse til å sikre en felles nasjonal IT-utvikling for å nå målene i *Én innbygger – én journal*, gjennom rollen som myndighetsorgan?
5. Hvordan ivaretar Helse- og omsorgsdepartementet sitt ansvar for å sikre god framdrift gjennom prioritering, styring og oppfølging?

3 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene er belyst blant annet gjennom dokumentanalyse, spørrebrev, intervjuer med forvaltning, forskere og andre aktører i helsesektoren, ekspertvurdering og en ekstern referansegruppe. Undersøkelsesperioden er fra 2013 og frem til i dag.

Undersøkelsen omfatter nasjonale myndigheter som har ansvar for at *Én innbygger – én journal* realiseres, herunder Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet.

De regionale helseforetakene og øvrige forvaltningsorganer er ikke revisjonsobjekter i undersøkelsen. I hvilken grad disse aktørene eller prosjekter i deres regi bidrar til å nå målene i *Én innbygger – én journal*, er derfor utenfor undersøkelsens omfang. Det er også noen aspekter som er relevante for *Én innbygger – én journal* som ligger utenfor undersøkelsens omfang, slik som IT-sikkerhet, velferdsteknologi eller sekundærbruk av helsedata (for eksempel til forskning).

Tabell 1 Metoder som er brukt for å belyse problemstillingene

	Strategiske beslutninger	Beslutningsgrunnlag / om alternativer er belyst	Direktoratet for e-helse som myndighetsorgan	Nasjonal styringsmodell	HODs ansvar for prioritering, styring, oppfølging
Dokumentanalyse	X	X	X	X	X
Spørrebrev	X				X
Intervju	X	X	X	X	X
Ekspertvurdering	X	X			
Referansegruppe	X	X			

3.1 Dokumentanalyse

Vi har benyttet dokumentanalyse til å besvare alle problemstillingene i undersøkelsen.

For å kartlegge hvilke strategiske beslutninger som har blitt tatt for å nå målene i *Én innbygger – én journal*, samt hvordan Helse- og omsorgsdepartementet har ivaretatt sitt ansvar for prioritering, styring og oppfølging, har vi gått gjennom offisielle dokumenter, slik som strategier, veikart og andre utredningsdokumenter.

For å vurdere om de strategiske beslutningene bygger på et godt grunnlag, og om alternative løsninger for *Én innbygger – én journal* er belyst, har vi tatt utgangspunkt i de offisielle utredningsdokumentene (se oversikt over noen av disse dokumentene i *delkapittel 3.4.1*) for å forstå utviklingsretningen som foreslås, hvilke konsepter utredningene har anbefalt, og hvilke forutsetninger og begrunnelser dette bygger på. Vi har også sett på det formelle grunnlaget for at alternative konsepter har blitt forkastet, og sett dette i lys av offentlige skriftlige innspill og tilrådninger fra interessenter i sektoren samt rapporter fra ekstern kvalitetssikring.

For å vurdere om styringsmodellen har bidratt til å styrke gjennomføringsevnen, har vi innhentet møtedokumenter og referater fra de nasjonale utvalgene i styringsmodellen. Vi har også undersøkt rapporteringen fra den nasjonale e-helseporteføljen, herunder hvordan prosjekter tas inn i porteføljen og prioriteres, og vi har analysert brev og andre skriftlige innspill fra aktører i sektoren.

For å vurdere hvordan Direktoratet for e-helse ivaretar sin rolle som myndighetsorgan, har vi innhentet dokumentasjon på direktoratets arbeid med standarder, kodeverk, terminologi og nasjonale fellesløsninger i offisielle utredninger og planer. Spesielt har vi sett på arbeidet med felles grunnmur. Vi har også vurdert referater og innspill som har kommet gjennom de nasjonale utvalgene, eksterne evalueringer/kvalitetssikring, og de regionale helseforetakenes felles plan for utvikling av pasientjournal.

For å vurdere hvordan Helse- og omsorgsdepartementet har ivare tatt sitt ansvar for prioritering, styring og oppfølging, har vi innhentet omfattende dokumentasjon fra arkivene i utvalgte saker fra Helse- og omsorgsdepartementet, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene for å få innblikk i interne prosesser, vurderinger og beslutninger som vedrører *Én innbygger – én journal*. Vi har gjennomgått interne beslutningsnotater og vurderinger av behov for kvalitetssikring samt departementets rapportering av fremdrift til Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet. Vi har også sett på foretaksprotokoller, tildelingsbrev og kontaktmøtereferater.

3.2 Brev med spørsmål

For å få svar på konkrete faktaspørsmål har vi sendt brev til Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse. Denne metoden har vi hovedsakelig benyttet for å få en oversikt over de strategiske beslutningene som departementet vurderer som de aller viktigste for å nå målene i *Én innbygger – én journal*. I tillegg ble det sendt oppfølgingsspørsmål til departementet i forbindelse med verifisering av referat. Vi har også sendt skriftlige spørsmål til Direktoratet for e-helse når vi har sett behov for dette.

3.3 Intervju

Intervju har blitt benyttet som supplerende metode for å besvare alle problemstillingene i undersøkelsen. Mer spesifikt har vi benyttet intervjuer til å belyse, understøtte og supplere funn fra dokumentanalysen samt innhente kvalifiserte vurderinger av nasjonale myndigheters innsats fra aktører i sektoren. Hvilke tema som ble tatt opp i intervjuene, har variert etter hvilken aktør som ble intervjuet. Dette var de viktigste temaene:

- Helse- og omsorgsdepartementets styring og virkemiddelbruk
- Direktoratet for e-helses rolle
- veikart og strategi
- konseptvalg og kvalitet på utredningene
- involvering av interessenter i utredningsprosessen
- bruk av forskning
- nasjonal styringsmodell og porteføljestyring
- standarder, arkitektur, kodeverk og terminologi
- nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter

3.3.1 Intervjuer med den sentrale helseforvaltningen

Vi har gjennomført intervjuer med ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet for å få en bedre forståelse av hvordan nasjonale myndigheter ivaretar sitt ansvar og mandat for å nå målene i *Én innbygger – én journal* gjennom styring og oppfølging. Disse intervjuene har belyst alle problemstillingene. Det er skrevet referater etter hvert intervju, og disse har blitt verifisert i etterkant.

3.3.2 Intervjuer med de regionale helseforetakene

Det er gjennomført virksomhetsintervjuer med alle de fire regionale helseforetakene:

- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF

- Helse Vest RHF

Alle de regionale helseforetakene stilte med IT-direktør og andre representanter fra toppledelsen. Det ble skrevet referater som ble verifisert i etterkant.

De regionale helseforetakene har omfattende IT-porteføljer og erfaring fra arbeid med komplekse IT-prosjekter i helsesektoren. I tillegg er de avhengig av felles tjenester, komponenter og fellesløsninger som blir gitt av nasjonalt nivå. Perspektivene deres har derfor blitt benyttet til å vurdere hvordan Direktoratet for e-helse oppfyller sin myndighetsrolle, spesielt med tanke på standarder, arkitektur, kodeverk og terminologi. De regionale helseforetakene fikk også spørsmål om Helse- og omsorgsdepartementets styring og virkemiddelbruk, oppfølging og prioritering.

Videre hadde mange av representantene for de regionale helseforetakene også erfaring fra de nasjonale utvalgene i styringsmodellen og den nasjonale porteføljestyringen, og intervjuene er derfor også benyttet til å belyse hvordan den nasjonale styringsmodellen fungerer.

3.3.3 Intervjuer med kommunesektoren

Vi har intervjuet personer som har representert kommunal sektor i den nasjonale styringsmodellen, med det formål å vurdere hvordan styringsmodellen fungerer. Personene representerte til sammen seks forskjellige kommuner og KS:

- KS
- Oslo kommune
- Bergen kommune
- Kristiansand kommune
- Kinn kommune
- Stavanger kommune
- Bærum kommune

Intervjuene med kommunerepresentantene ble gjennomført som individuelle intervjuer i en tidlig fase, og senere som gruppeintervjuer. Hensikten med dette designet var å tidlig avdekke et mangfold av erfaringer i individuelle intervjuer, for så å benytte gruppeintervjuene til å la intervjuobjektene komme frem til erfaringer de har hatt til felles. Disse erfaringene ble senere verifisert i et felles referat. Personene ble valgt ut grunnet fartstid i de nasjonale utvalgene, og fordi de representerte kommuner av ulike størrelse. Vi har også mottatt supplerende skriftlige uttalelser fra KS i forbindelse med verifisering av referatet fra KS-representanten.

3.3.4 Intervjuer med utvalgte forskningsmiljøer

For å vurdere om de strategiske beslutningene bygger på et godt grunnlag, og om alternative løsninger for *En innbygger – én journal* er belyst, har vi intervjuet representanter fra fire ulike forskningsmiljøer:

- Nasjonalt senter for e-helseforskning
- SINTEF
- Universitetet i Agder
- Universitetet i Oslo

Det viktigste temaet som ble tatt opp i intervjuene var hvordan forskningsmiljøene hadde blitt involvert i utredningsprosessen. I etterkant av intervjuene ble det sendt ut et forslag til rapporttekst til miljøene basert på fellestrekk mellom uttalelser i intervjuene. Denne teksten har blitt benyttet i rapporten.

3.3.5 Intervjuer med leverandørmarkedet og helsenæringen

For å vurdere hvordan Direktoratet for e-helse ivaretar sin myndighetsrolle (mer spesifikt i forbindelse med leverandørdialogen), og vurdere om beslutningsgrunnlaget er godt nok belyst, har vi intervjuet en rekke aktører fra helsenæringen:

- bransjeforeningen Abelia
- fire leverandører innenfor pasientjournalmarkedet
- én innovasjonsbedrift innenfor e-helseområdet

Selskapene vi snakket med, gjorde dette under betingelse av anonymitet, ettersom de opplever at Direktoratet for e-helse har stor innflytelse over deres markedsbetingelser, og derfor fryktet negative konsekvenser.

3.4 Ekspertvurdering

For å supplere rapporten med et IT- og forskningsfaglig perspektiv, har vi inngått et samarbeid med to forskere ved Institutt for informatikk ved Universitetet i Oslo, Lars Groth og Bendik Bygstad. Forskerne har blant annet kompetanse innenfor organisasjonsforskning, IT-styring, IT-arkitektur, digitale plattformer og økosystemer, og de har publisert fagfellelvurderte artikler om bruk av teknologi i den norske helsesektoren.

I en tidlig fase av undersøkelsen fikk forskerne et oppdrag om å gjennomgå sentrale utredningsdokumenter fra et forskningsfaglig perspektiv, for å belyse hvilke strategiske beslutninger som har blitt tatt, om utredningene bygger på foreliggende forskning og et godt kunnskapsgrunnlag, og om alternative løsninger har blitt tilstrekkelig utredet. Forskernes dokumentgjennomgang ble overlevert skriftlig, og deretter lagt frem for en ekstern referansegruppe (se *delkapittel 3.5*). *Delkapittel 3.4.1* inneholder en oversikt over hvilke dokumenter som har blitt gjennomgått.

I en senere bestilling ble forskerne bedt om å vurdere om sentralt styringsdokument for Akson medfører vesentlige endringer fra det valgte konseptet, og om Akson etterlever erklæringer om å ta utgangspunkt i en «åpen plattform». I tilfeller hvor forskernes faglige vurderinger blir gjengitt, fremgår dette av teksten.

Forskerne har også blitt benyttet til generell kvalitetssikring og gitt kommentarer og innspill til rapportutkast.

3.4.1 Hvilke dokumenter har forskerne vurdert?

Forskerne har lest og vurdert det som antas å være sentrale dokumenter for *Én innbygger – én journal*, og de har også gjort enkelte stikkprøver av brev, referater og presentasjoner fra Helse- og omsorgsdepartementet, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Nasjonalt e-helsestyre. Forskerne har vurdert dette materialet med utgangspunkt i sin fagkompetanse innen IT, e-helse, IT-styring og organisasjon, samt deres kjennskap til status for forskningen på disse områdene.

Med noen få unntak (Meld. St. 9 (2012–2013) og forslag til lov om e-helse) består de gjennomgåtte dokumentene av utredninger og analyser. Flere inneholder også konkrete tilrådinger/innstillinger. Forskerne har i all hovedsak vurdert tilrådinger og innstillinger, samt beslutninger som er dokumentert i utredningene, og ikke lagt vekt på å finne frem dokumentasjon av konkrete beslutninger tatt i styrende organer. Imidlertid vil det i mange tilfeller fremgå hva som er besluttet i og med at styringsorganer er opprettet, nye utredninger satt i gang eller anskaffelsesprosesser initiert.

Følgende kilder har blitt gjennomgått:

	Målbilde og fremdriftsplaner	Løsningsvalg frem til 2015	Anbefalte løsningsvalg etter 2015	Styring og organisering
Meld. St. 9 (2012–2013) <i>Én innbygger – én journal</i> <i>Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren</i>	X			
Utredning av <i>Én innbygger – én journal</i> - Hovedrapport fase 1 (2013)	X	X		
Utredning av «en innbygger én journal» - IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren (2014)	X	X		
Utredning av «Én innbygger én journal» Sammendrag (2015), med vedlegg: • V1 Behovsanalyse • V1.2 Etterspørselsorienterte behov • V1.3 Normative behov • V1.5 Komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området • V1.6 Gartner survey of EHR suppliers and systems in the Norwegian market • V2 Overordnet strategi og krav	X	X		X

	Målbilde og fremdriftsplaner	Løsningsvalg frem til 2015	Anbefalte løsningsvalg etter 2015	Styring og organisering
• V3 Mulighetsstudie • V3.1 E-helsekapabiliteter • V4.1 Detaljering av konsepter • V5 Føringer for videre arbeid • V6 Internasjonal analyse • V6.1 Internasjonale erfaringer				
IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren (2017)				X
Veikart for realiseringen av målbildet for Én innbygger – én journal (2018)	X		X	
Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste – hovedrapport (2018) • Vedlegg A Behovsanalyse • Vedlegg B Mulighetsstudie			X	
Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør (2018)				X
Kvalitetssikringsrapport KS1 av Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste: En innbygger – en journal (2018)			X	
Nasjonal arkitekturstyring i helse- og omsorgssektoren (2018)				X
Plan for utvikling av felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten v1.0 (uten dato)			X	
Tillegg til tildelingsbrev nr. 15 (2018): Ny e-helseorganisering – tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse (2019)				X
Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 (oppdatert 2019)	X		X	
Plan for e-helse 2019–2022 (vedlegg til Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022)			X	X
Direktoratet for e-helse: Utviklingstrekk 2018			X	
Forslag til lov om e-helse (e-helseloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering (2019)				X
Sentralt styringsdokument for Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning (2020)			X	

3.5 Referansegruppe

For å kunne ha tillit til og verifisere at forskernes tolkninger og vurderinger er rimelige og godt begrunnet, nedsatte vi en ekstern referansegruppe som besto av medlemmer med erfaring enten fra helsesektoren, digitaliseringsprosjekter og/eller organisasjonsforskning. Målet med gruppen var at den skulle være bredt sammensatt og bestå av medlemmer både fra praksisfeltet, alternative forskningsmiljøer, leverandørindustrien og brukere.

Medlemmene hadde bakgrunn fra flere ulike organisasjoner:

- Brønnøysundregisteret
- Norsk Helsenet
- Helse Vest IKT HF
- Universitetet i Tromsø
- Universitetet i Agder
- IKT-Norge
- Legeforeningen

Medlemmene deltok ikke som representanter for sine organisasjoner, men som individer med relevant erfaring og innsikt. Referansegruppen ble forelagt forskernes skriftlige gjennomgang av utredningsdokumentene, og de ble så bedt om å kommentere disse i et møte med oss. Referansegruppen stilte seg i hovedsak bak forskernes tolkninger og vurderinger.

4 Revisjonskriterier

4.1 Krav til styring av e-helseområdet og IT-utviklingen

4.1.1 Krav til styring av IT-utviklingen

Stortingsmeldingen *En innbygger – én journal* understreket at mange selvstendige aktører gjorde det nødvendig å klargjøre nasjonalt ansvar for IT-utviklingen, og at det var nødvendig med en tydelig rolle- og oppgavefordeling mellom aktørene.¹

Helse- og omsorgskomiteen har ved flere anledninger uttrykt at det er behov for bedre organisering og koordinering og en sterkere nasjonal styring av IT-feltet i helse- og omsorgssektoren for å styrke gjennomføringsevnen for nasjonale IT-tiltak.^{2,3} I Innst. 11 S (2017–2018) uttalte helse- og omsorgskomiteen at nasjonal koordinering og styring på IT-feltet i sektoren er nødvendig, samtidig som det er viktig at arbeidet organiseres på en måte som sikrer tett kobling med Helsedirektoratet som fagetat.⁴ I behandlingen til *Digital agenda for Norge* registrerte transport- og kommunikasjonskomiteen at meldingen pekte på behovet for samordning og sektorovergripende tiltak. Komiteen sa seg enig i at det var viktig med sterkere styring og samordning der oppgaveutførelsen involverer flere virksomheter, forvaltningsnivåer eller sektorer.⁵

Helse- og omsorgskomiteen har videre påpekt at dagens styringsmodell og det store antallet aktører har resultert i lav gjennomføringsevne og en lite koordinert IT-utvikling i helse- og omsorgssektoren.⁶ Systemene må innrettes slik at de understøtter samhandling på tvers av institusjoner, foretak og nivåer.⁷

Stortingsmeldingen *En innbygger – én journal* understreket at det ville ta tid å etablere felles løsninger, og at dagens aktiviteter på feltet ikke måtte stoppe opp.⁸ Meldingen la vekt på at det i det videre arbeidet måtte tenkes langsiktig og kortsiktig på én gang, og at de gode initiativene som pågår for bedre elektronisk samhandling, skulle fortsette. Helse- og omsorgskomiteen sa seg enig i dette.⁹ Komiteen forutsatte også at innholdet og omfanget av kjernejournalen gradvis skulle videreutvikles og utvides.¹⁰ Noen år senere ga komiteen føringer om at regjeringen skulle prioritere arbeidet med legemiddelsamstemming og gode elektroniske systemer for å sikre oversikt over legemidler i bruk, og at å utrede en felles legemiddelliste kunne være et virkemiddel for å oppnå dette.¹¹

Av Prop. 72 L (2013–2014) *Pasientjournalloven og helseregisterloven* fremgår det at en helhetlig IT-arkitektur er en sentral forutsetning for å nå målene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste og et godt samarbeid mellom aktørene i sektoren.¹² Alle IT-systemer bør benytte kompatible og standardiserte løsninger, og kunne kommunisere helseopplysninger effektivt og sikkert, slik at pasienter og helsepersonell til enhver tid kan stole på at opplysningene er korrekte og oppdaterte. En helhetlig IT-arkitektur legger til rette for sikker og smidig samhandling både innenfor og på tvers av virksomhetsgrenser og profesjoner, og bidrar til å understøtte felles behov ved å legge til rette for gjenbruk av felleskomponenter.¹³

Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper skal legges til grunn for alt arbeid med IT i offentlig sektor. IT-arkitekturprinsippene er obligatoriske for statlige virksomheter og anbefalt for kommunene.¹⁴

¹ Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*, side 2.

² Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*, side 7.

³ Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, side 22.

⁴ Innst. 11 S (2017–2018), jf. Prop. 1 S (2017–2018) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 45.

⁵ Innst. 84 S (2016–2017), jf. Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge*, side 8.

⁶ Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

⁷ Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*, side 7.

⁸ Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*, side 9.

⁹ Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*, side 3.

¹⁰ Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*, side 7.

¹¹ Innst. 151 S (2015–2016), jf. Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen*, side 7 og 17.

¹² Prop. 72 L (2013–2014) *Pasientjournalloven og helseregisterloven*, side 24.

¹³ Prop. 72 L (2013–2014) *Pasientjournalloven og helseregisterloven*, side 55–56.

¹⁴ Digdir (2021) *Overordnede IT-arkitekturprinsipper*. <<https://www.digdir.no/digitalisering-og-samordning/overordnede-arkitekturprinsipper/1065>>.

4.1.2 Roller og ansvar på e-helseområdet

Hver enkelt sektor, departement og underliggende virksomhet har et selvstendig ansvar for å organisere seg og arbeide slik at de politiske målene ved IT-politikken blir nådd.¹⁵ Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgspolitikken, og skal styre og koordinere utviklingen i helsesektoren.

Reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet) og *bestemmelser om økonomistyring i staten* (økonomibestemmelsene) angir at Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at underliggende etater og virksomheter gjennomfører aktiviteter i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger og departementets fastsatte mål og prioriteringer.¹⁶

Direktoratet for e-helse skal sørge for nasjonal koordinering og styring på e-helseområdet og legge til rette for digitale løsninger som forenkler og forbedrer helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal bidra til å iverksette politikk i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, samt ha en pådriverrolle og bidra til at det utvikles nasjonale løsninger på e-helseområdet.¹⁷

Videre har Direktoratet for e-helse ansvaret for å utrede og foreslå felles nasjonale arkitekturprinsipper, kodeverk, terminologier og standarder på IT-området i helse- og omsorgssektoren, samt tilrettelegge for utvikling av nye modeller for bruk av økonomiske og regulerende virkemidler. Direktoratet skal være det nasjonale kompetansemiljøet for gjennomføring av utredninger og gevinstanalyser av nasjonale IT-tiltak. Leverandørmarkedet skal i størst mulig grad benyttes til utvikling av nye løsninger.^{18,19}

Vedtektene til de regionale helseforetakene beskriver at de skal oppfylle de sektorpolitiske målsettingene slik de fremkommer i nasjonale helsepolitiske planer.²⁰ Helseforetakene skal ta initiativ til å medvirke til samarbeid med andre regionale helseforetak når dette er egnet til å fremme de regionale helseforetakenes formål og løsning av hovedoppgavene.

4.1.3 Krav til samstyring og sektorovergripende tiltak

I helse- og omsorgssektoren er det nødvendig med partnerskap mellom aktører fra forskjellige forvaltningsnivåer. Slike partnerskap kan også kalles samstyring. For at samstyring skal fungere, må noen forutsetninger være på plass.^{21,22,23} Deltakerne (partnerne) må oppnå mer sammen enn hver for seg. Av dette følger det også at samstyringsorganet må ha tilstrekkelig kapasitet og virkemidler til oppfølging og iverksettning av tiltak. Samstyring er samarbeid mellom uavhengige aktører som har rett til å fremme egne interesser, men som samtidig må være villige til å inngå kompromisser. Dette forutsetter en viss grad av uavhengighet mellom partene.

Ifølge kommuneloven²⁴ er kommunene egne rettssubjekter som innenfor nasjonale rammer kan ta avgjørelser på eget initiativ og ansvar. Begrensninger i det kommunale og fylkeskommunale selvstyret må ha hjemmel i lov.

Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel* slår fast at økonomisk og juridisk rammestyring skal være hovedprinsippet for den statlige styringen av kommunesektoren. I meldingen framgår det at bruken av statlige styringsvirkemidler må balanseres mot hensynet til kommunal handlefrihet. Ved behandling av meldingen, jf. Innst. 270 S (2011–2012), viste kommunal- og forvaltningskomiteen til at kommunene har et selvstendig ansvar for å yte tjenester til sine innbyggere, samtidig som staten har et ansvar for å gi kommunesektoren muligheter til å løse oppgavene til det beste for innbyggerne.

Ifølge Digitaliseringsrundskriv (rundskriv H-8/18) skal virksomheter som forbereder IT-relaterte tiltak som i vesentlig grad berører kommunesektoren, drøfte tiltaket med kommunenes interesseorganisasjon, KS, i en tidlig fase. Når det gjelder oppgaver som løses på tvers av statlig og kommunal sektor, skal statlige

¹⁵ Prop. 1 S (2018-2019) *Kommunal- og moderniseringsdepartementet*, side 101.

¹⁶ Reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet) og Bestemmelser om økonomistyring i staten (økonomibestemmelsene), side 23.

¹⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*.

¹⁸ Prop. 1 S (2018-2019) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 61 og 141.

¹⁹ Prop. 1 S (2015-2016) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 28 og 266.

²⁰ Vedtekter for Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt RHF, Helse Nord RHF, § 6, sist oppdatert 10.01.2017.

²¹ Amdam, Roar og Bergem, Randi (2008) *Kriterium for evaluering av partnerskap og planlegging i kommunalt folkehelsearbeid*. Arbeidsrapport nr. 222. Høgskulen i Volda/Møreforskning (2008:21,30).

²² Higdum, Ulla (2009) *Regional Partnerships and their Construction and Implementations. A case study of three Norwegian Counties*. Saarbrücken VDM Verlag Dr. Müller (2009:59).

²³ Monsen, Leif-Kristian og Sundet, Marit (2008) *Partnerskap eller pratnerskap?* I Andersen, Ole Johan og Røiseland, Asbjørn red. *Partnerskap. Problemløsning og politikk*, side 90-92.

²⁴ *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (kommuneloven) § 2-1.

virksomheter ta et større ansvar for at det utvikles helhetlige digitale løsninger som også kommunesektoren kan bruke.

4.2 Krav til utredning

4.2.1 Generelle krav til utredning

I henhold til reglement for økonomistyring i staten § 4 skal Helse- og omsorgsdepartementet sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og et forsvarlig beslutningsgrunnlag. Instruks om utredning av statlige tiltak²⁵ (utredningsinstruksen) har som formål å legge et godt grunnlag for beslutninger gjennom å:

- identifisere alternative tiltak som er relevante for å oppnå målet
- utrede og vurdere virkningene av aktuelle tiltak
- involvere dem som er berørt av tiltaket tidlig i utredningsprosessen
- samordne berørte myndigheter

I veileder til utredningsinstruksen påpekes det at man i forkant av en utredning ofte allerede har tenkt på et bestemt tiltak som vil kunne løse problemene man står overfor. Likevel kan det være at andre tiltak er bedre egnet til å løse problemene og gir større verdi for samfunnet eller blir foretrukket av prinsipielle grunner. Derfor er det viktig at man ikke binder seg til et tiltak for tidlig. Utredningen bør dokumentere årsaken til at alternative tiltak er silt ut. Tiltakene skal beskrives så detaljert at det blir mulig å identifisere og gi en beskrivelse av tiltakets forventede virkninger herunder positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige de er, og hvem som blir berørt av tiltakene.²⁶

Instruksen fastsetter at forvaltningsorganet som har ansvar for utredningsarbeidet, skal påse at bestemmelsene i instruksen blir fulgt. Departementet har det overordnede ansvaret for kvaliteten på beslutningsgrunnlaget innenfor sin sektor.²⁷ Instruksen fastsetter krav til utredning av prosjekter, og skal minimum omfatte virkninger for enkeltpersoner, privat og offentlig næringsvirksomhet, statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning og andre berørte.²⁸

Offentlige utredninger, forslag til lov og forskrift og forslag til tiltak med vesentlige virkninger skal normalt legges ut på høring. Høringene skal være åpne for innspill fra alle.²⁹ Høringen kan unnlates dersom den ikke vil være praktisk gjennomførbar, kan gjøre det vanskeligere å gjennomføre tiltaket eller må anses som åpenbart unødvendig. En beslutning om å unnlate høring skal treffes av øverste leder i det ansvarlige forvaltningsorganet. Beslutningen skal være skriftlig og begrunnet, og den skal følge saken.

Når det skal utredes tiltak som man forventer gir vesentlige nytte- eller kostnadsvirkninger, herunder vesentlige budsjettmessige virkninger for staten, skal det gjennomføres en analyse i samsvar med gjeldende rundskriv for samfunnsøkonomiske analyser. I slike analyser skal det være et nullalternativ.³⁰ En slik samfunnsøkonomisk analyse skal identifisere ulike tiltak som kan bidra til å løse problemet, og som tilfredsstiller mål og krav. Den skal vurdere tiltak innenfor det definerte mulighetsrommet bredt, slik at flere realistiske alternativer blir vurdert.³¹ Usikkerheten om forutsetningene som er lagt til grunn, bør belyses. Det forutsettes at den samfunnsøkonomiske analysen bygger på forventningsrette estimater.³²

4.2.2 Spesifikke krav til utredningen av *Én innbygger – én journal*

Ifølge Meld. St. 9 (2012–2013) skal *Én innbygger – én journal* utredes, og flere løsningsalternativer skal vurderes. Meldingen skisserer følgende mulige løsningsalternativ som eksempler:³³

1. lokale systemer, lokal datalagring
2. lokale systemer, nasjonal datalagring
3. felles system og datalagring på nasjonalt eller regionalt

²⁵ Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) § 1-1.

²⁶ Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (2021) *Veileder til utredningsinstruksen*, kapittel 2.1.2.

²⁷ Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) § 1-3

²⁸ Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) § 2-1.

²⁹ Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) § 3-3.

³⁰ Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) § 2-2.

³¹ Finansdepartementet (2014) *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.* Rundskriv R-109/2014, 30.04.2014, side 2.

³² Finansdepartementet (2014) *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.* Rundskriv R-109/2014, 30.04.2014, side 7.

³³ Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, side 23.

I meldingen er det presisert at det «vil finnes flere alternativer og ulike varianter» av de tre hovedtilnærmingene, og at utredningen må undersøke dette grundig.³⁴ Ved behandlingen av meldingen, jf. Innst. 224 S (2012–2013), var helse- og omsorgskomiteen enig med stortingsmeldingen om at de mange og spredte pasientjournalssystemene måtte reduseres, og at pasient/brukeres helseopplysninger skulle samordnes i et integrert og helhetlig journalsystem. Ifølge komiteen måtte målet være at helseopplysninger skal følge pasienter overalt der behandling og annen helsehjelp skal ytes – uavhengig av hvor i systemet dette skal foregå.

Helse- og omsorgskomiteen støttet videre at det skulle igangsettes et utredningsarbeid for å vurdere alternative løsninger før beslutningen skulle bli tatt. Komiteen merket seg at en slik utredning måtte omfatte risikoanalyser og organisatoriske konsekvenser for hvert av de aktuelle alternativene. Komiteen understreket at utredningen også måtte omfatte styringsmessige utfordringer ved de ulike løsningene, og påpekte betydningen av at utredningen av *Én innbygger – én journal* måtte starte raskt.³⁵

Helse- og omsorgskomiteen merket seg også at både meldingen og flere høringsinstanser pekte på viktigheten av å hente inn kunnskap om innføring av IT i helsesektoren i andre land, og at man skulle analysere både positive og negative erfaringer med dette.³⁶ Komiteen støttet en slik strategi og understreket at det «også vil være utfordringer av kompetansemessig og kulturell karakter i de ulike delene av helsevesenet som må fokuseres på i arbeidet med implementering av IT-strategien».³⁷

Videre forutsatte helse- og omsorgskomiteen at «alle sentrale miljøer» skulle støtte opp under arbeidet med utredningen.³⁸ I forbindelse med meldingens omtale av sterkere nasjonal styring, påpekte komiteen at det var flere kompetente miljøer som kunne spille en viktig rolle i arbeidet med «den nasjonale IT-strategien», og fremhevet spesielt Nasjonalt senter for telemedisin, som siden har blitt omdøpt til Nasjonalt senter for e-helseforskning.³⁹

Komiteen merket seg at Helsedirektoratet (ansvaret ble senere overført til Direktoratet for e-helse) var tiltenkt et overordnet ansvar for oppfølging og realisering av IT-handlingsplaner, men understreket samtidig betydningen av at direktoratet i dette arbeidet tok i bruk «den kompetanse og kunnskap som finnes i mange gode IT-miljøer», og at alle relevante aktører skulle medvirke både i nasjonale utvalg og i «den forestående utvikling og implementering av IT-tiltakene».⁴⁰

4.3 Krav til anskaffelser og leverandørdialog

Utredningen av *Én innbygger – én journal* legger opp til at det skal gjøres anskaffelser av en betydelig størrelsesorden. Lov om offentlige anskaffelser krever at oppdragsgiveren skal opptre i samsvar med god forretningsskikk, sikre høy forretningsetisk standard i den interne saksbehandling og sikre at det ikke finner sted forskjellsbehandling mellom leverandører, samt sikre at hensynet til forutberegnelighet, gjennomsiktighet og etterprøvnbarhet ivaretas gjennom anskaffelsesprosessen.⁴¹

Prinsippene om forutberegnelighet og etterprøvnbarhet skal sikre tilstrekkelig åpenhet rundt alle stadier i anskaffelsesprosessen,⁴² og at konkurransen gjennomføres på en måte som gir leverandørene anledning til å kontrollere at konkurransereglene ikke bryter med likebehandlingsprinsippet. Leverandørene skal kunne stole på at den informasjonen oppdragsgiver gir, er korrekt.⁴³ Dessuten må oppdragsgiver sikre at vesentlige forhold i konkurransen kan etterprøves, slik at leverandørene faktisk gis mulighet til å kontrollere at oppdragsgiver har overholdt anskaffelsesregelverket.⁴⁴

Forholdsmessighetsprinsippet medfører at rettigheter som utledes av andre prinsipper, må tilpasses den enkelte anskaffelsens art og omfang.⁴⁵ Kravene som stilles til prosedyren oppdragsgiver skal gjennomføre,

³⁴ Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, side 23.

³⁵ Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, side 5.

³⁶ Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, side 8.

³⁷ Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, side 8.

³⁸ Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, side 5.

³⁹ Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, side 7.

⁴⁰ Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, side 7.

⁴¹ Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven), § 5.

⁴² Prop. 51 L (2015–2016) *Lov om offentlige anskaffelser*, side 82.

⁴³ Prop. 51 L (2015–2016) *Lov om offentlige anskaffelser*, side 82.

⁴⁴ Prop. 51 L (2015–2016) *Lov om offentlige anskaffelser*, side 82.

⁴⁵ Prop. 51 L (2015–2016) *Lov om offentlige anskaffelser*, side 82.

må altså stå i forhold til det som skal anskaffes. Jo mindre og enklere en anskaffelse er, desto mindre vidtrekkende er prosedyrekravene som kan utledes av de øvrige prinsippene.

I behandlingen av Meld. St. 27 (2016–2017) *Industrien – grønnere, smartere og mer nyskapende* ga næringskomiteen en enstemmig innstilling om å fremme en helseindustrimelding. Komiteen ønsket å ha som mål at Norge blir ledende i Europa på e-helse innen 2025. Helseindustrimeldingen skulle blant annet omtale hvordan Norges fortrinn innen e-helse skulle utnyttes og gi et tydeligere mandat for innovasjon for helsesektoren.⁴⁶

4.4 Krav til kvaliteten på informasjonen til Stortinget

Det fremgår av opplysningsplikten, som er nærmere beskrevet i Innst. S. nr. 210 (2002–2003), at opplysningene om sakene som regjeringen legger frem for Stortinget skal være korrekte. Kontroll- og konstitusjonskomiteen har understreket at kravet til korrekthet innebærer at det må være samsvar mellom opplysningene som gis og den underliggende realitet, og at det skal stilles krav til utførligheten i den informasjon som fremlegges.⁴⁷

I Innst. 237 S (2018–2019) understreker kontroll- og konstitusjonskomiteen at den deler denne forståelsen av regjeringens opplysningsplikt overfor Stortinget, og hvor viktig det er med systematisk og helhetlig informasjon til Stortinget.

Grunnloven § 82 fastslår at regjeringen skal gi Stortinget alle opplysningene som trengs for å behandle sakene den legger frem, og at ingen medlemmer av statsrådet må legge fram uriktige eller villedende opplysninger for Stortinget eller et stortingsorgan.

⁴⁶ Innst. 453 S (2016–2017), jf. Meld. St. 27 (2016–2017) *Industrien – grønnere, smartere og mer nyskapende*.

⁴⁷ Innst. S. nr. 210 (2002–2003), jf. Dokument nr. 14 (2002–2003) *Rapport til Stortinget fra utvalget til å utrede Stortingets kontrollfunksjon. Stortingets kontroll med regjering og forvaltning*, side 15.

5 Den nasjonale utredningsprosessen

I dette kapittelet ser vi på hvordan alternative løsningsalternativer for *Én innbygger – én journal* har blitt belyst, og kunnskapsgrunnlaget de bygger på.

5.1 Oppsummering

- Utredningene har foregått i to faser: 2015-utredningen (2013–2015) og Akson-utredningen (2017–2020)
- 2015-utredningen begynte med en bred tilnærming, men gjorde innsnevring tidlig i prosessen og anbefalte anskaffelse av en stor standardløsning.
- De fleste av konseptene har lagt til grunn at det skal innføres felles systemer, enten på nasjonalt eller regionalt nivå.
- I senere år har plattform-/økosystemløsninger vokst frem som et alternativ til store standardløsninger. Denne typen løsninger baserer seg på deling av data fra kjernesystemer til et økosystem av applikasjoner, og blir sett på som fremtiden for helsesektoren.
- I 2020 ble det gjort en retningsendring for Akson gjennom erklæringer om at tiltaket skulle være en «åpen plattform».
- Direktoratet for e-helse viser til at plattform-/økosystemløsninger i liten grad tilbys av det eksisterende leverandørmarkedet, og har derfor beholdt den eksisterende strategien om å ta utgangspunkt i en standardløsning.
- Flere aktører påpeker at det er et misforhold mellom målsetningene om plattform og den planlagte innretningen av Akson, og dette har ført til at Akson har blitt ytterligere forsinket.
- Forsknings- og fagmiljøer opplever at de i liten grad har blitt involvert i utredningsprosessen, og utredningene kunne vist til et bredere forskningsgrunnlag.
- Veikartet for sektorens journalløsninger har i stor grad blitt til ved at ulike aktører har tatt selvstendige valg som er tilpasset deres behov.

5.2 Kort om utredningsprosessens fremdrift og kostnader

5.2.1 Hvordan utredningsløpet ble lagt opp

Figur 1 Tidslinje over milepæler



Utredningene har blitt gjennomført i to faser:

- 2015-utredningen vurderte mulighetene for *hele* helsesektoren og pågikk mellom 2013 og 2015
- Akson-utredningen vurderte muligheter for kommunal helse- og omsorgstjeneste og samhandling med øvrig helsetjeneste mellom 2017 og 2020. Kommunene har tatt over ledelsen av arbeidet med felles kommunal journalløsning. Steg 2 av samhandling er fortsatt under utredning.

Tidslinjen under viser de to fasene, og viktige milepæler underveis. *Delkapittel 6.2* beskriver nærmere hvordan utredningene har blitt kvalitetssikret.

Helsedirektoratet var ansvarlig for å gjennomføre 2015-utredningen. I 2016 ble divisjonen i Helsedirektoratet som utførte utredningene skilt ut som Direktoratet for e-helse, som dermed har hatt ansvar for Akson-utredningen. Begge utredningene har hatt styringsgrupper hvor både kommunene og spesialisthelsetjenesten har vært representert. De ulike utredningene er til sammen svært omfattende, og består av mer enn 5000 sider dokumentasjon.

I april 2020 ble det etablert en styringsgruppe for forberedelsesarbeid til etablering av «Akson journal AS». I august 2020 ble forprosjektet avsluttet og i september 2020 overtok kommunesektoren ledelsen av det videre arbeidet med felles kommunal journalløsning. Direktoratet for e-helse er ansvarlig for arbeidet tilknyttet helhetlig samhandling, og de første prosjektene er i gjennomføringsfase.

5.2.2 Budsjettmidler og forbruk

Tabell 2 viser hva utredningene har kostet å gjennomføre, og hvilke budsjettbevilgninger de har fått. Utredningene har siden 2016 hatt regnskapsførte kostnader på over 160 millioner kroner.⁴⁸ Det har blitt tildelt øremerkede midler på opp mot 150 millioner kroner i perioden 2014 til 2019. En stor del av kostnadene har gått med til konsulenttjenester, som utgjør 83,9 millioner (51 prosent) av totalen.

Tabell 2 Budsjettmidler bevilget over statsbudsjettet, og kostnader til konsulentbistand

Budsjettår	Øremerket bevilgning til utredningsarbeid ⁴⁹	Kilde	Konsulent-kostnader	Total-kostnader ⁵⁰	Konsulent-andel
2013	–	–	–	–	–
2014	25 millioner	Prop. 1 S (2013-2014), s. 17	Data ikke innhentet	Data ikke innhentet	–
2015	45 millioner	Prop. 1 S (2014-2015), s. 15	Data ikke innhentet	Data ikke innhentet	–
2016	8,6 millioner	Prop. 122 S (2015-2016), s. 66	4,1 millioner	12,7 millioner	32 %
2017	–	–	14,1 millioner	28,8 millioner	49 %
2018	50 millioner	Prop. 1 S (2017–2018), s. 16	23,7 millioner	45 millioner	53 %
2019	20 millioner	Prop. 114 S (2018–2019), s. 60	23,3 millioner	37,4 millioner	62 %
2020	–	–	18,7 millioner	40,1 millioner	47 %
Totalt	148,6 millioner		83,9 millioner	164 millioner	51 %

⁴⁸ Vi har ikke innhentet regnskapsdata for hva utredningene kostet før 2016, ettersom ansvaret for utredningene da lå hos Helsedirektoratet.

⁴⁹ Det har også blitt gitt en bevilgning på statsbudsjettet for 2021 på 93 millioner. Budsjettet er imidlertid ikke bare øremerket utredning, men inkluderer også andre programaktiviteter.

⁵⁰ Merk at Direktoratet for e-helse også kan ha dekket utredningskostnader gjennom andre budsjettposter, slik som for eksempel direktoratets virksomhetsramme. Det aller meste av kostnadene utenom konsulenter er knyttet til kostnader for direktoratets interne årsverk. Direktoratet for e-helse presiserer også at prosjektrengskapet ikke inneholder tid brukt på arbeidet av prosjekteier og øvrig ledelse og andre ansatte i direktoratet som har lagt ned et betydelig arbeid. Prosjektrengskapet omfatter heller ikke betydelig ressursinnsats fra kommuner, KS, spesialisthelsetjenesten og andre interessenter. I forbindelse med oppfølging av prosjektkostnader over tid, er det viktig å være oppmerksom på at prosjektkostnadene for de tre periodene 2016–2018, 2019 og 2020 ikke er direkte sammenlignbare da de baserer seg på ulike beregningsmetoder.

5.2.3 Styringsgrupper og generell involvering av interessenter

Både 2015-utredningen og Akson-utredningen har hatt styringsgrupper hvor aktører i helse- og omsorgssektoren har vært representert. Styringsgruppene har blitt forelagt analyser vurderinger, og fungert som et tilrådende organ for Helsedirektoratet og arbeidsgruppen som har utført utredningene ved viktige strategiske valg.⁵¹ Dette gjelder blant annet ved prioritering av krav, behovsanalyser, analyser av mulighetsrom, og prioritering av konsepter. Eksempler på noen aktører som har vært representert i styringsgruppene er:

- KS
- Utvalgte kommuner
- De regionale helseforetakene
- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet
- Norsk Helsenett SF
- Kreftforeningen
- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
- Legeforeningen

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at styringsgruppene for de ulike utredningene har stilt seg bak alle hovedanbefalingene i arbeidet.⁵² Departementet nevner konseptvalgene i 2015-utredningen og Akson-utredningen, samt hovedinnretningen i sentralt styringsdokument for Akson, som eksempler på beslutninger hvor styringsgruppene har gitt sin tilslutning.

Direktoratet for e-helse opplyser også om at de blant annet, i forbindelse med utredningen av Akson, har drøftet sentrale tema i de nasjonale utvalgene i styringsmodellen (se kapittel 8.2.3 for nærmere beskrivelse av disse), KommIT-rådet i kommunesektoren, et kommunalt kjerneteam, og fire kommunegrupper med om lag 40 kommuner representert.⁵³ Direktoratet viser videre til at de også har hatt mange forankringsmøter, gjennomført skriftlige innspillsrunder på sentrale tema, sendt utkast på innspillsrunde til referansekommunegrupper og andre interessenter, og sendt ut dokumentasjon på foreløpige vurderinger og anbefalinger på innspillsrunder til i sektoren. Kvalitetssikringen har vist til at utredningene i stor grad har trukket inn og ivarettatt interessenter og brukeres behov i arbeidet.^{54,55}

5.3 Utredningsarbeidet begynte med en bred tilnærming, men gjorde innsnevringer tidlig i prosessen

Utvalgte revisjonskriterier⁵⁶

- Meld. St. 9 (2012–2013) slår fast at *«En innbygger – én journal»* skal utredes, og at flere løsningsalternativer skal vurderes. Meldingen skisserer tre mulige løsningsalternativer som eksempler:
 1. lokale systemer, lokal datalagring.
 2. lokale systemer, nasjonal database for lagring av pasientopplysninger
 3. felles system nasjonalt eller regionalt hvor database og programvare er den samme for alle aktører
- Stortingsmeldingen presiserte at det «vil finnes flere alternativer og ulike varianter» av de tre hovedtilnærmingene, og at utredningen må undersøke dette grundig. I innstillingen støttet helse- og omsorgskomiteen dette, og forutsatte at alternative løsninger skulle vurderes før beslutningen skulle bli tatt.

⁵¹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal» – Sammendrag*, side 14.

⁵² Skriftlig innspill på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet.

⁵³ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁵⁴ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 21.

⁵⁵ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 43.

⁵⁶ Se kapittel 4 «Revisjonskriterier» for mer utdypende informasjon.

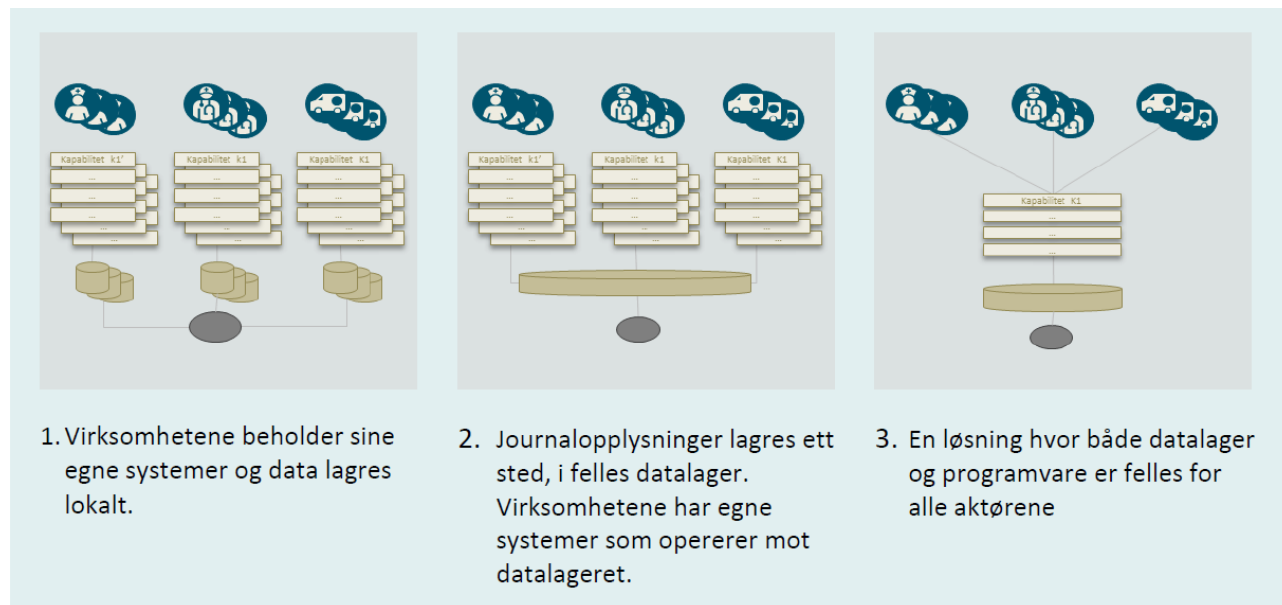
5.3.1 Helse- og omsorgsdepartementet ba om at løsninger skulle vurderes bredt

Meld. St. 9 (2012–2013) avtegnet et bredt mulighetsrom både med hensyn til tekniske løsninger, styringsmodell og gjennomføringsstrategi. Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet (Direktoratet for e-helse fra 2016) i oppdrag å igangsette utredningen i tildelingsbrev for 2013. Det ble presisert at utredningen skulle vurdere løsninger bredt.⁵⁷ Departementet viste til at meldingen skisserer flere mulige løsningsalternativer, og at disse er å forstå som eksempler på ulike løsninger.⁵⁸

1. **Lokale systemer, lokale datalager.** Aktørene beholder i stor grad sine egne systemer, og data lagres lokalt. Data kan hentes fra andre journalsystemer og presenteres som én samlet journal for helsepersonellet. Dette alternativet vil fremdeles innebære mange systemer og mange koblinger mellom disse.
2. **Lokale systemer, felles datalager.** Journalopplysninger lagres ett sted, én nasjonal database, og benyttes av alle aktører i helse- og omsorgssektoren. Aktørene vil da måtte koble seg til denne løsningen fra sine lokale systemer gjennom et standardisert grensesnitt. Med denne løsningen kan aktørene fritt velge hvilken programvare de vil benytte for å koble seg opp til den nasjonale databasen så lenge alle krav til sikkerhet og funksjonalitet er ivarettatt.
3. **Felles system (med datalager) på nasjonalt eller regionalt nivå.** Ett nasjonalt system hvor både database og programvare er felles for alle aktørene. Alle aktører må bruke denne programvaren. De enkelte faggrupper kan ha moduler og funksjoner tilpasset sine ulike behov. Med en slik løsning vil ansvaret for drift og utvikling av journalsystemet flyttes bort fra hver virksomhet og over på et nasjonalt nivå. En variant av dette alternativet kan være regionale systemer som inkluderer alle aktører i et geografisk område.

Forskjellen mellom alternativene handler overordnet sett om hvor data lagres (lokalt eller i sentralt datalager), og om aktørene skal bruke samme programvare eller står fritt til å velge egen.⁵⁹ Figur 2 illustrerer hvordan alternativene skiller seg fra hverandre.

Figur 2 Mulige overordnede løsningsalternativer (systemtopologier) i 2015-utredningen



Kilde: Mulighetsstudien i 2015-utredningen, side 99.

5.3.2 Første del av utredningen i 2013 skisserte et bredt utvalg av løsninger

Utredningen av *En innbygger – én journal* ble publisert i to rapporter. Hovedrapporten ble utgitt i 2015, mens første del av utredningen kom i juni 2013. *Hovedrapport fase 1* består i hovedsak av en plan for videre utredning av prosjektet. Rapporten skisserte likevel noen foreløpige mulige konsepter. Rapporten inneholdt

⁵⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Utredning av «En innbygger – én journal»* - oppdrag til Helsedirektoratet. Brev til Helsedirektoratet, 08.02.2013.

⁵⁸ Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*, side 23.

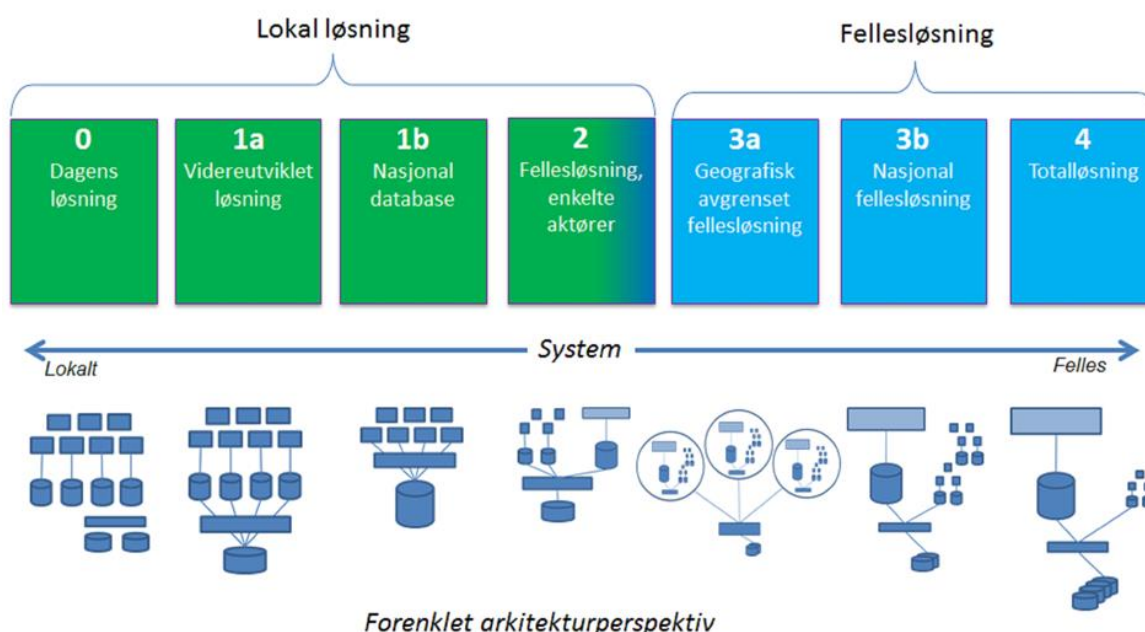
⁵⁹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 Mulighetsstudie, side 99–104.

også første fase av kartleggingen av internasjonale erfaringer, der det ble gitt et overblikk over løsninger som var valgt i utvalgte land.

Mulige konsepter innenfor alle de tre hovedretningene i stortingsmeldingen

De mulige konseptene var basert på innspill fra arbeidsmøter i et utvidet Fag- og arkitekturutvalg. Deltakerne i disse arbeidsmøtene representerte helseregionene og andre aktører og interessenter i helse- og omsorgssektoren. Konseptene er oppsummert i en figur i rapporten, som gjengis nedenfor.

Figur 3 Mulige konsepter i første del av utredningen



Kilde: Hovedrapport Fase 1.⁶⁰

Som figuren viser, presenterte rapporten seks mulige konsepter, i tillegg til «nullalternativet» (eksisterende løsning). De varierer fra en videreutvikling av dagens løsninger til en felles totalløsning for hele sektoren. Utredningen ga ikke noen anbefaling eller prioritering når det gjelder disse alternativene.

Alle de tre hovedretningene som er skissert i Meld. St. 9 (2012–2013), var representert blant løsningsforslagene:⁶¹

- **Konsept 1a er basert på hovedretningen med lokale systemer og lokale datalager.** Dette alternativet innebærer en videreutvikling av de eksisterende løsningene, der virksomhetene fortsatt vil være ansvarlige for egne systemer, og informasjonen vil lagres lokalt. Behovet for informasjonsdeling skal dekkes på to måter: For det første skal behovet dekkes gjennom en samhandlingsløsning som gjør at virksomhetene kan dele utvalgt informasjon lagret lokalt med hverandre. Det forutsetter at løsningen utvikles og forvaltes på nasjonalt nivå. For det andre skal nasjonale e-helseløsninger, for eksempel Kjernejournal, videreutvikles slik at disse omfatter mer informasjon.
- **Konsept 1b er basert på hovedretningen med lokale systemer og felles datalager.** Løsningen forutsetter at det etableres et felles datalager på nasjonalt nivå, hvor relevant journalinformasjon skal lagres. Det går et tydelig skille mellom systemer og arbeidsflater, som tilbys og forvaltes lokalt, og selve dataene, som lagres og forvaltes sentralt. De enkelte virksomhetene vil fortsatt stå fritt til å velge programvare, så lenge denne kan brukes mot datalageret. Løsningen forutsetter en sentralt forvaltet samhandlingsløsning som kan håndtere store informasjonsmengder i tilnærmet sanntid for alle aktørene. Det må også tilbys ulike felles tjenester (for eksempelvis arkivering, søking, tilgangsstyring, logging og innbyggertjenester) som de ulike leverandørene kan benytte for integrasjon mot datalageret.

⁶⁰ Helsedirektoratet (2013) *Utredning av «En innbygger – én journal»*. Hovedrapport fase 1, side 66.

⁶¹ Helsedirektoratet (2013) *Utredning av «En innbygger – én journal»*. Hovedrapport fase 1, side 66-70.

- **Konsept 3a, 3b og 4 er basert på hovedretningen med felles system på regionalt eller nasjonalt nivå.** Disse tre løsningene innebærer etablering av ett journalsystem per region eller ett journalsystem på nasjonalt nivå:
 - Løsning 3a innebærer at det etableres journalsystemer som er felles for alle aktører innenfor bestemte geografiske områder, og at systemene i hvert område kommuniserer med hverandre gjennom en samhandlingsløsning på nasjonalt nivå.
 - Løsning 3b innebærer at det etableres ett felles, nasjonalt journalsystem for hovedaktørene i helse- og omsorgssektoren, som helseforetakene, legevaktene og kommunehelsetjenesten. Mindre aktører kan knytte seg til gjennom nasjonal samhandlingsløsning.
 - Løsning 4 innebærer at det etableres én journalløsning som er felles for alle aktører i hele helse- og omsorgssektoren.
- **Konsept 2 er basert på felles systemer for noen aktører og lokale systemer for andre.** Dette innebærer en annen retning enn de som er skissert i Meld. St. 9 (2012–2013). Her er det tenkt at aktører i samme del av helse- og omsorgstjenesten, som for eksempel helseforetak eller kommuner, etablerer felles IT-systemer for aktørgruppen med felles lagring. De ulike systemene må bindes sammen av en nasjonal samhandlingsløsning (som i 1a, 1b, 3a og 3b).

Ifølge rapporten måtte det utarbeides en strategi for hva sektoren skal ta ansvar for å utvikle og drifte selv, og hva man ønsker å kjøpe i markedet. Rapporten peker på at man vil måtte ta viktige prinsipielle valg om i hvor stor grad man skulle anskaffe større og ferdigutviklede løsninger eller utvikle egne løsninger.⁶²

Rapporten fremhevet det som viktig for å realisere *Én innbygger – én journal* at IT-systemene ikke la unødige hindringer på tjenestetilbud og virksomhetsutvikling i sektoren, og at de la til rette for lavest mulig ressursbruk dersom de må endres som følge av nye krav og tjenester.⁶³

I rapporten ble det gjennomgående understreket at strategi og løsningsforslag var foreløpige, og at endelige avgjørelser måtte tas i senere faser av prosjektet når mer informasjon var kjent.

Kartlegging av internasjonale erfaringer viser mange ulike tilnærminger og løsningsalternativer

Hovedrapport fase 1 inneholdt også første fase av kartleggingen av internasjonale erfaringer.⁶⁴ Rapporten så på et utvalg av 15 casestudier (land, regioner, og organisasjoner) fordelt på tolv land,⁶⁵ hvorav et flertall hadde igangsatt store strategiske e-helsesatsinger i de senere årene.

Rapporten viste til at en rekke andre land hadde de samme politiske målsettingene på e-helseområdet som de som ble skissert i *Én innbygger – én journal*. Ifølge rapporten var situasjonen i de fleste av landene preget av store utfordringer forbundet med drift, vedlikehold og oppdatering av et stort og fragmentert systemlandskap som i liten grad åpnet for informasjonsdeling på tvers av virksomheter og nivåer.

I alle de utvalgte landene ble det arbeidet med å redusere antall IT-systemer. Samtidig var det, ifølge rapporten, store forskjeller i løsningene de hadde valgt. Forskjellene viste seg særlig i hvordan data lagres, hvilken teknologi som benyttes for informasjonsutveksling, hvilken type informasjon som deles, og pasientens tilgang til egne helseopplysninger og digitale tjenester.⁶⁶

- Bare noen få av landene hadde erfaring med bruk av store pasientjournalsystemer som dekket alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, og der dataene lagres i journalløsningen (USA, Spania, Estland). Dette er altså pasientjournalsystemer som ligner de som er skissert i løsningsalternativ 3a, 3b og 4 ovenfor. Enkelte land hadde forsøkt å etablere slike pasientjournalsystemer, uten å lykkes (England, Nederland, Danmark).
- I flere av landene som ikke hadde valgt pasientjournalsystemer som dekket hele tjenesten, så man forsøk på utvikling og bruk av ulike former for «kjernejournaler» som lignet den norske (Finland, Sverige, Skottland). Med utgangspunkt i regionale og lokale eller nasjonale databaser ønsket man i disse landene å gjøre et spesifisert sett med helseinformasjon tilgjengelig (som personalia, prøvesvar, epikriser, journalsammendrag fra fastlege og informasjon om medikamenter). Skottland hadde ifølge rapporten

⁶² Helsedirektoratet (2013) *Utredning av «Én innbygger – én journal»*. Hovedrapport fase 1, side 57.

⁶³ Helsedirektoratet (2013) *Utredning av «Én innbygger – én journal»*. Hovedrapport fase 1, side 38.

⁶⁴ Helsedirektoratet (2013) *Utredning av «Én innbygger – én journal»*. Hovedrapport fase 1, side 77-78.

⁶⁵ Landene som er inkludert i analysen er Sverige, Danmark, Finland, Estland, Nederland, Spania, England, Skottland, USA, Canada, New Zealand og Singapore.

⁶⁶ Helsedirektoratet (2013) *Utredning av «Én innbygger – én journal»*. Hovedrapport fase 1, side 82.

lengst erfaring på området, og her hadde man valgt å bygge videre på en etablert kjernejournal med utgangspunkt i faglig definerte behov.

- I New Zealand var strategien å etablere regionale databaser, en felles «tjenesteplattform» for pasientjournalssystemer som er leverandøruavhengig, samt å stille felles krav til elektroniske pasientjournalssystemer. Enkelte tjenesteområder ble imidlertid trukket ut som nasjonale satsingsområder, som felles svangerskapsjournal og pleieplan.

Kartleggingen viste også noen overordnede trekk når det gjelder bruk av elektroniske pasientjournaler. Bruken av elektroniske pasientjournalssystemer i de ulike landene var preget av store variasjoner ikke bare mellom, men også innad i landene. Med få unntak var anskaffelse av pasientjournalssystemer lokalt og regionalt i liten grad styrt av sentrale myndigheter.

Ifølge rapporten valgte enkelte aktører å gå til anskaffelse av løsninger som dekker hele helse- og omsorgstjenesten, mens andre baserer seg på systemer som bygger på en kombinasjon av ulike leverandørløsninger. En ny trend som ble trukket fram, var at de store, internasjonale leverandørene, som leverer pasientjournalssystemer som dekker hele helse- og omsorgstjenesten, øker sin markedsandel. En annen trend var at enkelte land (New Zealand) beveget seg ut av leverandørmarkedet for elektroniske pasientjournaler og inn i det generelle IT-markedet når de skulle anskaffe samhandlingsløsninger.⁶⁷

5.3.3 Analyse av leverandørmarkedet i 2014 ga argumenter for større standardløsninger («suite-løsninger»)

For å få et bilde av «nå-situasjonen» i helse- og omsorgssektoren foretok Helsedirektoratet en analyse av utfordringene som sektoren sto overfor når det gjaldt bruk av IT.⁶⁸ Rapporten *IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren* fra oktober 2014 beskrev flere sentrale utfordringer.

En av utfordringene som ble trukket fram i rapporten, var at norske og nordiske leverandører ikke tilbød funksjonalitet på linje med ledende systemer internasjonalt. Ifølge rapporten «*mangler dagens norske og nordiske leverandører finansiell styrke og utviklingskapasitet til å gjennomføre det funksjonelle løftet som er nødvendig for å lukke det funksjonelle gapet mellom dagens situasjon og ambisjonsnivået gitt i Meld. St. 9 (2012–2013)*». Ifølge rapporten ble situasjonen forverret av at sektoren ikke opptrådte samordnet med hensyn til videreutvikling og bestilling av ny funksjonalitet.⁶⁹

Denne beskrivelsen av leverandørmarkedet var i hovedsak basert på en analyse av modenheten i det norske og nordiske markedet for elektroniske pasientjournaler (EPJ), som markedsanalyseselskapet Gartner Group gjennomførte for Helsedirektoratet.⁷⁰

Markedsanalysen fra Gartner vurderte at framtidens marked vil domineres av større standardløsninger («suite-løsninger»)

Markedsanalysen ga et overblikk over den internasjonale situasjonen for elektroniske pasientjournaler (EPJ), evalueringskriteriene for analyseselskapets vurderinger av internasjonale leverandører samt en gjennomgang og analyse av utvalgte norske og nordiske leverandører. Både leverandører av EPJ-løsninger til spesialisthelsetjenesten⁷¹ og den kommunale helse- og omsorgstjenesten⁷² er inkludert i analysen.

I markedsanalysen ble de norske og nordiske leverandørene bedt om å oppgi hvilken funksjonalitet de understøtter i dagens versjoner av produktene deres. Produktene ble vurdert med utgangspunkt i Gartners «generasjonsmodell» for EPJ. Modellen deler systemer inn i fem generasjoner, der kravet til funksjonalitet blir høyere for hver generasjon.

Funksjonaliteten i produktene til de norske og nordiske leverandører ble sammenlignet med produktene til de største internasjonale leverandørene.⁷³ Sistnevnte leverer «suite-løsninger» – det vil si større standardsystemer som dekker de fleste fagområder og spesialiteter ved sykehus – mens de norske og nordiske selskapene leverer systemer som dekker færre fagområder, og/eller som er tilpasset spesifikke deler av helse- og omsorgssektoren.

⁶⁷ Helsedirektoratet (2013) *Utredning av «En innbygger – én journal»*. Hovedrapport fase 1, side 82-83.

⁶⁸ Helsedirektoratet (2014) *Utredning av «En innbygger – én journal»*. Vedlegg 1.4 IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren.

⁶⁹ Helsedirektoratet (2014) *Utredning av «En innbygger – én journal»*. Vedlegg 1.4 IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren, side 17.

⁷⁰ Gartner (2014) *Gartner survey of EHR suppliers and systems in the Norwegian market*. Rapport utarbeidet for Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, vedlegg 1.6 til Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»*.

⁷¹ Cambio, CSC, DIPS og Tieto.

⁷² ACOS, CGM, CSC, Hove Medical, Infodoc, Extensor, Tieto, Visma.

⁷³ Allscripts, Cerner, Epic, Intersystems, Meditech og Siemens.

I markedsanalysen ble de norske EPJ-systemene vurdert til generasjon 2, med noe generasjon 3-funksjonalitet under utvikling. For å kunne regnes som generasjon 3 måtte systemene inneholde funksjonalitet for evidensbasert beslutningsstøtte på flere fagområder og spesialiteter, og tillate aktivt engasjement fra pasienten. Generasjon 4 ville være enda mer avansert både på beslutningsstøtte, presisjonsmedisin og pasientmedvirkning. Gartner vurderte at de ledende internasjonale EPJ-leverandørene hadde levert generasjon 3-systemer siden 2005, og antok at de første generasjon 4-systemene kunne ventes i løpet av 2015.⁷⁴

Gartner anslo at norske og nordiske leverandører ville måtte gjøre vesentlige investeringer for å utvikle mer avansert funksjonalitet. I tillegg viste analysen at de norske og nordiske selskapene brukte langt mindre ressurser på utvikling enn de største internasjonale leverandørene. Gartner viste til at det hadde tatt noe mer enn 10 år for de internasjonale leverandørene å bevege seg fra generasjon 2 til generasjon 3, og at dette hadde medført betydelige utviklingskostnader. Det ble derfor anslått at det ville ta minst 10 år før noen norsk leverandør kunne regne med å nå generasjon 3. Gartner vurderte også at markedet på sikt vil domineres av «totalløsninger» fra de største internasjonale leverandørene.

Markedsundersøkelsens definisjon av et fullt fungerende EPJ-system var at det dekket helhetlige pasientforløp og som et minimum omfattet funksjonalitet for akuttinntak, kirurgi, kliniske avdelinger, intensivavdeling, fødeavdeling og sykehusapotek. Definisjonen omfattet ikke primærhelsetjenester, og markedsundersøkelsen gikk heller ikke inn på om de internasjonale leverandørene leverte produkter som kunne omfatte den norske primærhelsetjenesten.

De norske og nordiske leverandørene leverer journalsystemer som dekker færre fagområder (noen leverer kun systemer til den kommunale helse- og omsorgstjenesten), mens de internasjonale leverandørene leverer totalløsninger som dekker de fleste områder ved sykehus. I markedsanalysen ble disse leverandørene enkeltvis holdt opp mot hverandre. Analysen omtalte alternativer der flere produkter kombineres til én fullt fungerende journalløsning, men analyserte dem ikke videre, med bakgrunn i følgende forhold:

- Gartner kjente ikke til journalløsninger basert på flere ulike programvarer («best of breed»-løsninger) som fullt ut oppfylte kravene til generasjon 3 i modellen.
- Det ble slått fast at forsøk på å utvikle en elektronisk pasientjournal basert på en leverandøruavhengig kjerne/tjenesteplattform («Open Source EHR») og et omliggende miljø/økosystem av leverandører foreløpig ikke har hatt suksess, i den forstand at de ikke innfridde Gartners kriterier til fullt fungerende journalløsninger.⁷⁵
- Samhandlingsløsninger for å dele informasjon på tvers av journalsystemer og eventuelt sammenfatte denne (Health Information Exchanges) ble kort omtalt, men var ikke omfattet av analysen som kun tok for seg markedet for journalsystemer.⁷⁶

Gartners rapport ble også et vedlegg til hovedutredningen i 2015, og analysen ovenfor står svært sentralt i hovedutredningen.

Det ble ikke analysert hvordan et nasjonalt leverandørmarked kunne videreutvikles

Den første fasen av utredningen la opp til at det måtte vurderes hvordan man kunne ivareta, videreutvikle og dra nytte av kompetansen som fantes i det nasjonale leverandørmarkedet for helse- og omsorgssektoren.⁷⁷ Det framgikk også av første fase av den internasjonale kartleggingen at man i flere av landene (England, Danmark, New Zealand, Nederland) så en sterkere kobling enn i Norge mellom satsing på e-helse og politikk for innovasjon og næringsutvikling.⁷⁸

Foruten markedsanalysen fra Gartner ble punktet om leverandørmarkedet i rapporten *IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren* underbygget med en oversikt over IT-leverandørmarkedet i Norge. Med unntak av DIPS, som var den dominerende leverandøren av elektroniske pasientjournaler til sykehusene, viste

⁷⁴ Gartner (2014) *Gartner survey of EHR suppliers and systems in the Norwegian market*. Rapport utarbeidet for Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, vedlegg 1.6 til Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*, side 10.

⁷⁵ Gartner (2014) *Gartner survey of EHR suppliers and systems in the Norwegian market*. Rapport utarbeidet for Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, vedlegg 1.6 til Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*, side 14.

⁷⁶ Gartner (2014) *Gartner survey of EHR suppliers and systems in the Norwegian market*. Rapport utarbeidet for Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, vedlegg 1.6 til Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*, side 5.

⁷⁷ Helsedirektoratet (2013) *Utredning av «Én innbygger – én journal»*. Hovedrapport fase 1, side 57.

⁷⁸ Helsedirektoratet (2013) *Utredning av «Én innbygger – én journal»*. Hovedrapport fase 1, side 3 og side 81.

oversikten at det var et begrenset antall norske selskaper (med flere enn 20 ansatte) som leverte IT-systemer for helse- og omsorgssektoren.⁷⁹

Når det gjelder DIPS, som i dag leverer pasientjournaløsninger til tre av regionene, ble det vist til at utviklingen av ny funksjonalitet var begrenset. Det ble påpekt at dette til dels skyldtes at DIPS hadde små utviklingsbudsjetter. Det gikk imidlertid fram av rapporten at de tre regionene arbeidet med å standardisere/konsolidere DIPS slik at alle sykehusene brukte samme versjon.

Rapporten om utfordringsbildet i helse- og omsorgssektoren gjorde ikke noen analyse av hvordan et nasjonalt leverandørmarked kan videreutvikles. Tvert imot vurderte direktoratet, i likhet med Gartner-analysen, at et isolert norsk marked ikke ville ha store nok utviklingsbudsjetter til å hevde seg:

Helsepersonell får ikke tilgang til systemer med funksjonalitet på høyeste nivå. Dagens systemer gir manglende mulighet til å levere tjenester i tråd med pasienters og samfunnets forventninger. [...] For pasienter medfører situasjonen lavere kvalitet på helse- og omsorgstjenester og dårligere kliniske resultater enn man kunne ha oppnådd ved bruk av internasjonalt tilgjengelige systemer levert av leverandører som har vesentlig større avsetninger til innovasjon og utvikling enn det et isolert norsk marked gir mulighet til.⁸⁰

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser om at rapporten ikke avskrev det norske markedet, men pekte på at man kunne ha fått løsninger i et internasjonalt marked.⁸¹ Departementet bemerker at også norske leverandører har mulighet for å levere til et internasjonalt marked, samt at en vesentlig del av leverandørene som leverer EPJ-løsninger til det norske markedet i dag, har internasjonalt eierskap. Poenget med å peke på et internasjonalt marked var at utviklingskostnadene er så store for denne typen løsninger at leverandører bør ha inntjening fra flere markeder (internasjonalt).

5.3.4 Hovedutredningen i 2015 snevret tidlig inn mot en gruppe løsningsalternativer

Med utgangspunkt i Meld. St. 9 (2012–2013) og de ovennevnte rapportene, gjennomførte Helsedirektoratet en omfattende utredning som forelå i desember 2015. Denne delen av utredningen utgjorde direktoratets anbefaling til departementet om hvordan målene i Meld. St. 9 (2012–2013) *«En innbygger – én journal»* best kunne realiseres.

I hovedutredningen ble det lagt fram ti konseptalternativer, samt et nullpluss-alternativ som var en videreføring av dagens løsninger. I utredningen ble konseptalternativene delt inn i tre grupper etter hvilket nivå konsolidering av informasjon (gjennom standardisering og strukturering av denne) og IT-systemer (gjennom reduksjon av antall løsninger) skulle skje på:

- Konsepter som baserer seg på at den enkelte virksomhet har egenansvar for å konsolidere informasjon og IT-systemer – informasjonsdeling mellom virksomhetene skjer gjennom samhandlingsløsninger. Ett av konseptene (null-pluss) samsvarer med løsningsalternativ 1, lokale systemer og lokale datalager, det andre samsvarer med løsningsalternativ 2, lokale systemer og felles datalager, beskrevet i *delkapittel 5.3.1*.
- Konsepter som baserer seg på regionalt/lokalt ansvar for å konsolidere informasjon og IT-systemer – disse konseptene innebærer at aktører som dekker de samme geografiske områdene går sammen og tar felles ansvar for forvaltning av informasjon og IT-systemer. Informasjonsdeling mellom slike «felleskap» skjer gjennom samhandlingsløsninger. Disse konseptene samsvarer med løsningsalternativ 3, felles system (med datalager), beskrevet i *delkapittel 5.3.1*.
- Konsepter som baserer seg på nasjonalt ansvar for forvaltning av informasjon og IT-systemer. I disse konseptene anskaffes, driftes og forvaltes IT-systemene felles for å sikre at det opprettholdes komplett informasjon for hver enkelt innbygger.⁸² Disse konseptene samsvarer med løsningsalternativ 3, felles system (med datalager), beskrevet i *delkapittel 5.3.1*.

⁷⁹ Ifølge rapporten var det på dette tidspunktet 103 bedrifter med mer enn 20 ansatte som leverte programvare til helse- og omsorgssektoren, med totalt 5970 ansatte. Åtte av dem leverte programvare dedikert til helse- og omsorgssektoren, mens ytterligere fem virksomheter leverte løsninger rettet mot helse- og omsorgssektoren og andre sektorer. De åtte virksomhetene som var spesialisert på helse- og omsorgssektoren, har 527 ansatte.

⁸⁰ Helsedirektoratet (2014) *Utredning av «En innbygger – én journal»*. Vedlegg 1.4 IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren, side 19.

⁸¹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

⁸² Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal» – Sammendrag*, side 36.

I tillegg var det to konsepter som ble beskrevet som en kombinasjon mellom den andre og den tredje gruppen, der spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennomfører konsolidering av informasjon og IT-systemer hver for seg.⁸³ Noen alternativer var helt eller delvis basert på gjenbruk av eksisterende løsninger, mens noen baserte seg fullt og helt på nyanskaffelse.

Tre av konseptene (i tillegg til nullpluss-alternativet) ble valgt ut for en avsluttende analyse.⁸⁴ I den avsluttende analysen ble disse konseptene vurdert ut fra grad av måloppnåelse, samfunnsøkonomisk kost/nytte og gjennomføringsrisiko.

Utredningen tok i hovedsak for seg konsepter med felles system

Vi har gjennomført en analyse av konseptalternativene som ble presentert i utredningen mot de tre løsningsforslagene/ hovedretningene som ble foreslått i Meld. St. 9 (2012–2013). I tabell 1 har vi sortert de ti konseptalternativene og nullalternativene etter hvilken hovedretning de tilhører. Konseptene som ble valgt ut for en avsluttende analyse, er markert i rødt.⁸⁵ Direktoratet for e-helse er uenige i vår kategorisering, og det fremgår derfor av de to kolonnene til høyre hvordan direktoratet har sortert de samme konseptene.

Tabellen viser at ni av de nye konseptene var innenfor hovedretningen med felles system, både med vår og direktoratets måte å sortere på. Imidlertid mener direktoratet at tre av konseptene også har innslag av andre hovedretninger.

Konseptene innebar enten **(1)** at alle eller de fleste aktørene innenfor samme helseregion ville bruke **felles journalløsninger**, **(2)** at alle eller de fleste aktørene ville bruke **felles nasjonale journalløsninger**, eller **(3)** at den kommunale helse- og omsorgstjenesten ville bruke **felles journalløsning**, mens helseregionene enten konsoliderte sine journalløsninger hver for seg eller brukte ett felles system.

Ett av konseptene hadde en annen innretning og befant seg innenfor hovedretningen med lokale systemer og lokale datalager. **Nullpluss-alternativet** forutsatte en videreføring av dagens løsninger, der man tok utgangspunkt i aktørenes planer for de kommende årene. Fornyelse ville skje gradvis hos hver aktør. Samhandling foregikk både direkte (meldingsutveksling mellom systemer) og via nasjonale e-helseløsninger som for eksempel kjernejournal og e-resept.⁸⁶

Ett konsept befant seg innenfor hovedretningen med lokale systemer og felles datalager. I **konsept 1** ville hver virksomhet ha selvstendig ansvar for løsningene, men det ville stilles felles krav til dokumentasjonspraksis, pasient-, ressurs- og tjenesteadministrasjon, samt prosessstøtte. I tillegg innebærer konseptet at det etableres en ny, sentralt forvaltet samhandlingsløsning. Dette konseptet ble ikke valgt ut til videre analyse, og ingen konsepter basert på et slikt løsningsalternativ ble dermed risikovurdert eller undersøkt gjennom en samfunnsøkonomisk analyse.

⁸³ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal» – Sammendrag*, side 44.

⁸⁴ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal» – Vedlegg 4 Alternativanalyse*.

⁸⁵ Sorteringen av konsepter har blitt vurdert og kvalitetssikret av forskere fra UiO. Se delkapittel 3.4 for nærmere informasjon.

⁸⁶ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal» – Vedlegg 4.1 Detaljering av konsepter*, side 77.

Tabell 3 Hvordan konseptalternativene i 2015-utredningen svarer til løsningsalternativene i Meld. St. 9 (2012–2013)

Løsnings- alternativ (RRs sortering)	Konsept- alternativ	Konseptbeskrivelse	Direktorat- sortering	Direktoratets begrunnelse for plassering
1. Lokale systemer, lokale datalager	0 null- alternativ dagens løsning	Dagens samhandlingsløsning videreutvikles, og det etableres sentrale registre for bedre informasjonsdeling.	1 + (2)	Systemene er lokale og datalager lokale (1). Nasjonale datalager for utvalgte områder som resepter, kritisk informasjon.
	0+ null-pluss	Som over, pluss investeringer for forlenget levetid.	1 + (2)	Som over.
2. Lokale systemer, felles datalager	Konsept 1	Det stilles felles krav til dokumentasjonspraksis og administrasjonsfunksjonalitet, og en ny samhandlingsplattform utnytter mulighetene dette gir.	2 + (1)	Systemene er lokale og noe data lagres lokalt (1). Etablering av nasjonal informasjonsplattform for innbyggernes helseopplysninger (2).
3. Felles system (med datalager)	Konsept 2	Det enkelte regionale helseforetakets løsning utvides til å omfatte regionens fastleger, samhandlingsløsning mellom regionene.	3 + 1	Felles regionale løsning/datalager for HF og fastlege (3). Kommunene har lokale løsninger (1).
	Konsept 3	Anskaffelse av felles regionale løsninger for regionens helse- og omsorgstjenester, samhandlingsløsning mellom regionene.	3	Felles regionale løsning/datalager for HF og kommuner (3).
	Konsept 4	Det enkelte regionale helseforetakets løsning utvides til å omfatte regionens helse- og omsorgstjenester, samhandlingsløsning mellom regionene.	3	Felles regionale løsning/datalager for HF og kommuner (3).
	Konsept 5	En felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester, samhandlingsløsning mot de regionale helseforetakene.	3	Felles nasjonal løsning/datalager for kommuner (3). Regioner har felles løsning (3).
	Konsept 6	En felles nasjonal løsning for spesialisthelsetjenesten og fastleger, samhandlingsløsning mot øvrige kommunale helsetjenester.	3 + 1	Felles nasjonal løsning for spesialist og fastlege (3). Kommuner har lokale løsninger (1).
	Konsept 7	En felles nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten, med samhandlingsløsning mot private aktører.	3	Felles nasjonal løsning for «alle» offentlige (3).
	Konsept 8	En felles nasjonal løsning for hele helse- og omsorgstjenesten.	2 eller 3	Felles nasjonal løsning for «alle». Løsningen har nasjonalt datalager, men kan ha felles system (3) eller lokale systemer (2).
	Konsept 9 (nærmest Akson)	En felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester, samhandlingsløsning mot det enkelte regionale helseforetak som konsoliderer i større grad enn K5.	3	Felles nasjonal løsning for kommuner (3) og regionale løsninger for spesialist (3).
	Konsept 10	En felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester og en felles nasjonal løsning for spesialisthelsetjenesten, samhandlingsløsning mellom de to løsningene.	3	En felles nasjonal løsning for kommuner (3) og en felles nasjonal løsning for spesialist (3).

Tabellen viser at alle de tre konseptene som ble valgt ut for en avsluttende analyse (foruten nullpluss-alternativet), befinner seg innenfor hovedretningen om felles system og felles datalagring (se konsepter markert med rødt).

- **Konsept 4** innebærer at dagens løsninger i spesialisthelsetjenesten gjenbrukes og videreutvikles for å kunne integrere den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- De to andre konseptene innebærer anskaffelse av en ny fellesløsning. **Konsept 8** innebærer anskaffelse av en nasjonal løsning som favner hele sektoren, mens **konsept 9** innebærer en nasjonal anskaffelse for kommunene. Sistnevnte baseres på videreføring og videreutvikling av løsninger i spesialisthelsetjenesten.

De tre konseptene med høyest måloppnåelse mot prioriterte krav ble med videre

Hovedgrunnlaget for valg av konsepter i 2015-utredningen var en *mulighetsstudie*⁸⁷ som skulle «beskrive området for det som er rasjonelt/faglig mulig og det som er politisk mulig». Studien tok utgangspunkt i «de faktorer som er knyttet til å levere en fremtidsrettet e-helseplattform som i størst mulig grad understøtter sektorens fremtidige behov, i tråd med ambisjonene i Meld. St. 9 (2012–2013)».

I denne studien ble de ti konseptene ovenfor utformet. De ble så holdt opp mot prioriterte krav, og det ble gjennomført en overordnet risikovurdering av konseptene. På bakgrunn av dette ble tre alternativer valgt ut for en avsluttende analyse (*alternativanalysen*). Risikovurderingen konkluderte med at det ikke var stor forskjell mellom risikoen i konseptene, verken i karakter eller alvorlighetsgrad. Det avgjørende for valget av konsepter som gikk videre til den avsluttende analysen, var dermed hvor godt konseptene oppfylte kravene.

For å identifisere relevante konsepter, tok mulighetsstudien utgangspunkt i fem definerte «mulighetsdimensjoner». De fem dimensjonene var:

- a) samhandlingsmodeller
- b) funksjonalitet for helsepersonell
- c) konsolidering av informasjon og IT-systemer
- d) funksjonalitet for innbygger
- e) informasjonstilgang til sekundærbruk

Det var de tre første dimensjonene som var førende for å identifisere konsepter. For hvert identifiserte alternativ innenfor dimensjon C utformet studien konsepter ved en vurdering av ulike kombinasjoner av samhandlingsmodeller (A) og funksjonalitet for helsepersonell (B). Med unntak av konseptet der en baserte seg på en samhandlingsløsning og nullpluss-alternativet, var det som skilte de nye konseptene:

- hvilke aktører som var omfattet av felles løsninger, og
- om disse felles løsningene baserte seg på gjenbruk eller nyanskaffelse

Det ble foretatt en faglig vurdering av mulighetsrommet for hver dimensjon,⁸⁸ som blant annet avgjorde hvilke alternativer som ble regnet for å være relevante. Vurderingene som ble gjort i studien, kan kort oppsummeres slik:

- **Et felles nasjonalt system ville være mest hensiktsmessig for å løse samhandlingsutfordringene.** Utredningen vurderte at jo flere aktører som omfattes av tiltaket, desto flere samhandlingsutfordringer ville løses (dimensjon A). Dersom man valgte ett felles system for alle aktørene, ville det ikke være behov for samhandlingsløsninger mellom aktørenes systemer. Studien vurderte at rene samhandlingsløsninger (HIE) som utveksler informasjon mellom mange systemer, ville være svært komplisert og tidkrevende å håndtere. En felles nasjonal løsning ville også ifølge studien gi størst rom for å gjøre strukturelle endringer i sektoren.
- **En løsning som dekker mange aktører kunne løse utfordringene knyttet til manglende funksjonalitet.** Utredningen la til grunn at større grad av konsolidering av informasjon og IT-systemer ville medføre at man også kunne tilby mer avansert funksjonalitet til helsepersonell (dimensjon B) og innbyggere (dimensjon D), samt mer automatiserte løsninger for innsamling, tilgjengeliggjøring og analyse av data til kvalitetsforbedring, forskning m.m. (dimensjon E).

⁸⁷ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 *Mulighetsstudie*.

⁸⁸ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 *Mulighetsstudie*, side 25.

- **Et større standardsystem på nivå 4 i Gartners generasjonsmodell ville løse flest utfordringer knyttet til samhandling og funksjonalitet.** For spesialisthelsetjenesten kunne man basere seg på å gjenbruke eksisterende løsninger. Men i utforskning av dimensjonene ble det lagt vekt på at de internasjonale leverandørene som er omtalt tidligere, dekket store deler av fagområdene, noe som gjorde at man kunne dekke flere aktører med samme system. De kunne også tilby rikere funksjonalitet. Det siste ble særlig trukket fram i analysen av funksjonalitet for helsepersonell, der disse leverandørene blant annet kunne tilby avansert kunnskaps- og beslutningsstøtte, og i analysen av informasjonstilgang til sekundærbruk.⁸⁹

Konseptene ble så holdt opp mot de prioriterte kravene for *Én innbygger – én journal*. Kravene speilet i stor grad mulighetsdimensjonene gjengitt ovenfor, og konklusjonene var i tråd med de tre punktene gjengitt ovenfor. Konsept 8 (en felles nasjonal løsning basert på nyanskaffelse) ble vurdert til å ha høyest måloppnåelse opp mot prioriterte krav. De to andre konseptene som ble med videre til den avsluttende analysen (konsept 4 og konsept 9) hadde ikke like høy måloppnåelse, men var delvis basert på videreføring av eksisterende løsninger.

5.3.5 Utredningen pekte mot anskaffelse av én større standardløsning

I den avsluttende analysen ble de ti konseptene vurdert ut fra grad av måloppnåelse, samfunnsøkonomisk kost/nytte og gjennomføringsrisiko. Konsept 8 (en felles nasjonal løsning) ble vurdert å ha høyest måloppnåelse og høyest samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Konseptet var ifølge utredningen «det eneste konsept som realiserer målene i Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*».⁹⁰

Gjennomføringsrisikoen ble imidlertid vurdert å være svært høy, og utredningen valgte derfor å ikke anbefale dette. Det framkommer av intervjuer at en annen årsak til at konseptet ikke ble anbefalt, var at det ikke hadde tilslutning hos spesialisthelsetjenesten.⁹¹ Utredningen anbefalte heller ikke de to andre alternativene (4 og 9) som langsiktige løsninger, ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Utredningen anbefalte i stedet «en utviklingsretning, fremfor et eksplisitt konseptvalg». Det ble påpekt at realiseringen av *Én innbygger – én journal* ville gå over mange år med et perspektiv frem mot 2040, og at det ville skje mange endringer i denne perioden som gjorde det vanskelig å peke ut et endelig konseptalternativ på dette tidspunktet.⁹² Utredningen anbefalte:

- at én felles, nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, prosessstøtte og pasient-/brukeradministrasjon for helse- og omsorgstjenesten bør være målbilde og utviklingsretning for realisering av målene i *Én innbygger – én journal*.
- at én felles, nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester bør være startpunktet for utviklingsretningen, og at spesialisthelsetjenesten skal aktivt delta i utviklingen av en felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester.

De anbefalte tiltakene for det videre arbeidet innebar at spesialisthelsetjenesten skulle fullføre sin regionale konsolidering og digitalisering, der hver region oppgraderer sine systemer for klinisk dokumentasjon og prosessstøtte, og pasient-/brukeradministrasjon. Videre gikk de anbefalte tiltakene ut på at de nasjonale samhandlingsløsningene videreutvikles.⁹³

Det fremgikk også av utredningen at det var en rekke områder som måtte avklares før igangsettelse av prosjektet, blant annet om en nasjonal anskaffelsesprosess kunne samkjøres med anskaffelsesprosessen som pågikk i Helse Midt-Norge (Helseplattformen). Direktoratet for e-helse oppgir i intervju at anbefalingen innebar en løsning et sted mellom konsept 8 (felles nasjonal løsning for alle aktører) og konsept 9 (felles nasjonal løsning for kommunene).⁹⁴

⁸⁹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 3 Mulighetsstudie*, side 57-59

⁹⁰ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Sammendrag*, side 10, 55 og 86.

⁹¹ Intervjuer med Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, og Direktoratet for e-helse.

⁹² Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Sammendrag*, side 10.

⁹³ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 3 Mulighetsstudie*, side 92.

⁹⁴ Intervju med Direktoratet for e-helse.

Det ble lagt til grunn at den anbefalte utviklingsretningen skulle baseres på en anskaffelse av et standardssystem

Den avsluttende analysen av fire av konseptene (konsept 4, 8 og 9, samt nullpluss-alternativet) viste at utrederne mente at det valgte konseptet helst burde realiseres ved anskaffelse av én større standardløsning fra en internasjonal leverandør.⁹⁵

I omtalen av konseptet som vurderes som best i utredningen (konsept 8, nasjonal løsning), står det at «hovedstrategien innebærer kjøp av én ferdigutviklet integrert totalløsning for å realisere mesteparten av funksjonaliteten».⁹⁶ Det står også at konseptet vil være et «paradigmeskift mot suitebaserte systemer som oppfyller Gartner generasjon 4-kriteria».⁹⁷ For konseptet som innebar anskaffelse av en felles nasjonal løsning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (konsept 9), ble det også forutsatt at denne løsningen var «basert på systemer som oppfyller Gartner generasjon 4-kriteria».⁹⁸ Som vist i *kapittel 5.3.3* vurderte Gartner Group at de ledende internasjonale EPJ-leverandørene vil kunne tilby generasjon 4-funksjonalitet i løpet av 2015, mens norske og nordiske leverandører i hovedsak lå på generasjon 2.

For konsept 9 (kommunal løsning og gjenbruk av spesialisthelsetjenesten) vurderte analysen det som en risiko at journalsystemene som ble videreført, ikke ville kunne oppnå funksjonalitet på Gartner generasjon 3. For de tre regionene som ville satse på fortsatt bruk og videreutvikling av DIPS, ble det stilt spørsmål ved «de valgte leverandørenes evne til å realisere funksjonalitet på generasjon 3-nivå i Gartners generasjonsmodell».

Det går frem av IT-løsningsprinsippene som ble lagt til grunn i den avsluttende analysen, at det ble sett på som mest hensiktsmessig å kjøpe en standardløsning som dekket flest mulig aktører i helsesektoren. Man ville i størst mulig grad satse på anskaffelse av «hyllevare»/standardløsninger, og i minst mulig grad på egenutvikling.⁹⁹ Utredningen pekte på to tilnærminger ved bruk av standardløsninger:

- større standardløsninger som dekker de fleste fagområder og spesialiteter ved sykehus, og som leveres av internasjonale leverandører («suite»-løsning).
- mange standardløsninger som kobles sammen («best of breed»-løsning).

Utredningen viste til at dagens applikasjonslandskap i spesialisthelsetjenesten i stor grad var basert på mange standardløsninger som kobles sammen. Ingen leverandører hadde produkter som dekket alle systemområdene, men flere dekket store deler av den nødvendige funksjonaliteten.¹⁰⁰



Hva er «hyllevare» innenfor IT-systemer?

Direktoratet for e-helse oppgir i intervju at følgende definisjon av hyllevare legges til grunn (i utredningen):

«Begrepet 'hyllevare' er avledet av det engelske uttrykket 'Commercial off-the-shelf (COTS)', som peker på programvare som er ferdig til å bli tatt i bruk av en virksomhet etter at den er konfigurert til denne organisasjonen. Med konfigurering menes at forretningsregler og skjermbilder kan endres uten at selve kildekoden må endres.

Programvare som utvikles spesielt for en virksomhet kan ikke betraktes som 'hyllevare', ei heller hvis kildekoden på en hyllevare endres (tilpasning) slik at funksjonaliteten blir annerledes enn på det som ble anskaffet».

Kilde: Intervju med Direktoratet for e-helse.

Videre fremhevet utredningen at det er svært komplekst å håndtere mange ulike tjenester og komponenter som skal spille sammen i helhetlige prosesser, gjerne på tvers av ulike typer systemer, leverandører og virksomheter. Den viste til at det for helsesektoren eksisterer et modent, internasjonalt marked med store

⁹⁵ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal» – Vedlegg 4.1 Detaljering av konsepter*.

⁹⁶ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal» – Vedlegg 4.1 Detaljering av konsepter*, side 176.

⁹⁷ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal» – Vedlegg 4.1 Detaljering av konsepter*, side 13.

⁹⁸ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal» – Vedlegg 4.1 Detaljering av konsepter*, side 215.

⁹⁹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal» – Vedlegg 4.1 Detaljering av konsepter*, side 34.

¹⁰⁰ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal» – Vedlegg 4.1 Detaljering av konsepter*, side 37.

leverandører som lager ferdig integrerte løsninger som dekker store deler av arbeidsprosessene. Her ble hensynet til innovasjon og ny funksjonalitet også trukket inn:

«Det er behov for å velge IT-løsninger og leverandører som både har ambisjon om, og ikke minst evne til, å være innovative og aktive teknologiutviklere. E-helseområdet er i sterk utvikling internasjonalt og utviklingen er i stor grad teknologidrevet. Det er derfor nødvendig for norsk helsesektor å få del i denne utviklingen og sikre at IT-løsningene ivaretar nye behov og at beste praksis tas inn i løsningene».

De andre IT-løsningsprinsippene talte også for en løsning som dekket flest mulig. Det ble framhevet at jo færre systemer man behøvde å forholde seg til, desto færre integrasjoner og grensesnitt var det å vedlikeholde og desto større muligheter var det for sentral drift og forvaltning av løsningene og ivaretagelse av informasjonssikkerheten i dem. Konseptene som baserte seg på gjenbruk og/eller innebar flere systemer, kom dårligere ut av denne vurderingen enn den nasjonale totalløsningen (konsept 8).

Helse- og omsorgsdepartementets vurderingsgruppe tolket det også slik at utredningen anbefalte anskaffelse av en standardløsning, men stilte seg ikke samlet bak at dette var riktig vei å gå

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i etterkant av 2015-utredningen en ekstern vurderingsgruppe, for kvalitetssikringsformål.¹⁰¹ Gruppen oppfattet at utredningen gikk langt i å indikere at løsningen som ble anbefalt som målbilde, én felles, nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, bør realiseres ved å anskaffe en integrert programvareplattform fra en internasjonal programvareleverandør.¹⁰² De oppfattet videre at utredningen indikerte at startpunktet for realisering av målbildet skulle skje ved at kommunene skulle gå sammen om en anskaffelse av en ledende standardløsning utviklet for amerikanske sykehus, og at øvrige aktører skulle ha opsjon på å ta i bruk denne løsningen.¹⁰³

Vurderingsgruppen var imidlertid «ikke overbevist om at én felles, nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester er det naturlige første steget», og mente at løsningen også burde omfatte spesialisthelsetjenesten i en tidlig utprøving – grunnet viktigheten av samhandling.

Vurderingsgruppen ble ikke enig internt om at å anskaffe en «integrert suiteløsning» ville være en bedre løsning enn en mer gradvis/stegvis tilnærming som bygget på eksisterende systemer, og gruppen så fordeler og ulemper ved begge tilnærminger.¹⁰⁴ Imidlertid ble det understreket at dette ikke var et valg som burde treffes allerede nå, og at det snarere kunne «være en fordel å holde realopsjonene åpne».

5.4 Plattformtilnærminger ble i mindre grad utforsket frem til 2020

I etterkant av 2015-utredningen har en rekke aktører i helsesektoren etterspurt flere løsningsalternativer som i større grad sikrer konkurranse og innovasjon i markedet, og/eller i større grad bygger på videreutvikling av etablerte nasjonale fellesløsninger. Blant annet har flere etterspurt løsningsalternativer basert på en plattform-/økosystem-tilnærming. I perioden 2010–2020 har slike løsninger gradvis vokst frem som et relevant alternativ til de store standardløsningene. En forutsetning for en slik plattform er, ifølge forskere vi har vært i kontakt med, at informasjon lagres sentralt i et felles datalager / en felles kjerne, strukturert slik at leverandører/aktører kan hente og gjenbruke informasjonen i ulike systemer (se faktaboks nedenfor).

En løsning basert på lokale systemer og et felles datalager var ett av tre løsningsalternativer i stortingsmeldingen, og ett av alternativene som ble diskutert i første fase av utredningen i 2013. Ett av konseptene identifisert i 2015-utredningen var basert på en slik tilnærming, men det ble ikke med til videre utredning etter den ble analysert opp mot mål og krav.

Direktoratet for e-helse mener at det ikke er en forutsetning for plattformer at all informasjon lagres sentralt i et felles datalager/kjerne i en plattform, og at en plattform kan settes opp på mange ulike måter.¹⁰⁵ Hvorvidt

¹⁰¹ Se kapittel 6.2 for mer informasjon om vurderingsgruppen og kvalitetssikring av utredningene.

¹⁰² Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal: Første konklusjoner fra vurderingsgruppen 28. februar 2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, side 2.

¹⁰³ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal: Første konklusjoner fra vurderingsgruppen 28. februar 2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, side 4.

¹⁰⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal: Første konklusjoner fra vurderingsgruppen 28. februar 2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, side 3.

¹⁰⁵ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

plattformen kun tilhører data, eller om data er skilt fra andre kjerneapplikasjoner på plattformen vil ifølge direktoratet avhenge av hvilken type plattform som etableres, og hvilket formål plattformen har.



Plattform-/økosystemløsninger ses på som framtiden for helsesektoren

Plattform-/økosystemløsninger har de siste årene vokst frem som alternativer til de store standardløsningene. Det eksisterer blant annet en rik forskningslitteratur om plattformbaserte økosystemer, både som forretningsmodell og som alternativ for systemløsninger.^{106,107,108,109}

Ifølge informatikkforskere vi har vært i kontakt med ved **UiO**, har det på dette feltet vært en rivende teknologisk utvikling de siste årene, spesielt gjennom kombinasjoner av åpne plattformer og tilhørende økosystemer av leverandører.¹¹⁰ Forskerne forteller videre at dette har utfordret den tradisjonelle oppfatningen om at totalintegrerte suite-løsninger er det beste alternativet både driftsmessig og organisasjonsmessig i forhold til dagens mange spredte systemer (såkalte «best-of-breed»-løsninger).

Det finnes mange måter å realisere en plattform-/økosystemløsning på, og slik teknologi anses også som aktuell for helsesektoren. En rapport fra **Apperta Foundation** utformer noen prinsipper for hvordan åpne plattformer i helsesektoren kan være utformet.¹¹¹ Også Direktoratet for e-helse og KS viser til denne rapporten i sin definisjon av åpne plattformer.¹¹² I rapporten defineres åpne plattformer innenfor e-helse som:

- leverandør- og teknologiavhengige
- basert på åpne standarder og felles informasjonsmodeller
- utformet med støtte for integrasjoner gjennom åpne programmeringsgrensesnitt og data

Rapporten fra Apperta legger til grunn at informasjonen i åpne plattformer lagres sentralt i et sentralt datalager eller en kjerne, strukturert slik at leverandører kan hente og gjenbruke informasjonen i ulike systemer.¹¹³

Apperta argumenterer også for at plattformene, med tilhørende informasjonsmodeller, ikke bør eies av selskapene som leverer dem, men være leverandøruavhengig.¹¹⁴

Gjennom å bruke åpne standarder¹¹⁵ sammen med åpne programmeringsgrensesnitt, ønsker man å legge til rette for et økosystem med økt konkurranse og at systemer fra flere leverandører kan fungere i samspill for å i større grad oppfylle brukerbehov.¹¹⁶

Også andre har tydelige forventninger om at fremtidens journalløsninger vil være basert på plattformfilosofi, noen mener det forutsetter et skille mellom data og programvare:

- **EY** mener fremtidens journalløsninger i helsesektoren vil ta utgangspunkt i et skille mellom data og systemer, gjennom såkalt lagdelt arkitektur.¹¹⁷ Her lagres data separat fra systemene som samler inn, endrer og viser dataene.
- **Gartner** reviderte i 2016 sin generasjonsmodell,¹¹⁸ og «generasjon 4» har blitt omdøpt til «ny klinisk plattform».¹¹⁹ I den nye modellen påpekes det at megasuite-løsninger ikke vil være tilstrekkelige for å løse de komplekse behovene i helsesektoren, og at det derfor er behov for en «mer robust klinisk plattform».
- **Analysebyrået IDC** viste i 2017 til at fremtidens journaløsning vil være basert på en plattformfilosofi, som realiseres gjennom åpne grensesnitt som tredjepartsleverandører kan benytte til å utvikle tilpasset funksjonalitet. Dette vil inngå i et økosystem av virksomheter og helhetlige helsesystemer.¹²⁰

5.4.1 Lokale systemer og felles datalager, én måte å realisere en plattformløsning på, vurderes kort i 2015-utredningen

Muligheten for å etablere et felles nasjonalt datalager ble drøftet kort i 2015-utredningens mulighetsstudie. Denne var, som nevnt i forrige kapittel, hovedgrunnlaget for valg av konsepter i utredningen. Det var her konseptene ble utformet og deretter sammenlignet. På bakgrunn av dette ble tre konsepter (samt et «nullpluss»-alternativ) valgt ut til en avsluttende analyse.

Mulighetsstudien pekte på felles datalager som en av tre «generiske systemtopologier» (grunnleggende tekniske retninger) som det er mulig å tenke seg for *Én innbygger – én journal*. De tre retningene tilsvarte løsningsalternativene som er beskrevet i Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal* og gjengis i

¹⁰⁶ Ceccagnoli, M. et al. (2012) *Cocreation of Value in a Platform Ecosystem! The Case of Enterprise Software*, MIS Quarterly, March 2012, Vol.36(1), s. 263-290.

¹⁰⁷ Hanssen, G. K. og Dybå, T. (2012) *Theoretical foundations of software ecosystems*, Proceedings of the International Workshop on Software Ecosystems (IWSECO), Boston.

¹⁰⁸ G. G. Parker, M. Van Alstyne, and P. C. Choudary (2016) *Pipelines, Platforms, and the New Rules of Strategy*, Harvard Business Review, vol. April.

¹⁰⁹ Tiwana, A. (2013) *Platform Ecosystems: Aligning Architecture, Governance, and Strategy*. Morgan Kaufmann Publisher.

¹¹⁰ Se metodekapittel (3.4) for nærmere informasjon om hvordan vi har benyttet forskere til å komme med IT-forskingsfaglige vurderinger og innspill.

¹¹¹ Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*, side 16.

¹¹² Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Vedlegg Q Felles dokument fra KS, Direktoratet for e-helse og utvalgte kommuner vedrørende arkitektur for Akson*, side 8.

¹¹³ Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*, side 20.

¹¹⁴ Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*, side 13.

¹¹⁵ For eksempel openEHR og IHE-XDS.

¹¹⁶ Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*, side 14 og 15.

¹¹⁷ EY (2020) *How will you design information architecture to unlock the power of data? Creating the right data environment for a connected health ecosystem*, side 12.

¹¹⁸ Se nærmere omtale i kapittel 5.3.3.

¹¹⁹ Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg B Mulighetsstudie*, side 28.

¹²⁰ Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg B Mulighetsstudie*, side 28.

delkapittel 5.3.1. Ifølge studien vil det være behov for dialog med leverandørmarkedet for å avklare hvordan de kan støtte opp under de ulike systemtopologiene.

Løsningsalternativ 1 (lokale systemer og lokalt datalager) ble ikke analysert videre, begrunnet med at dette ligner mye på dagens situasjon. Alternativet var likevel med i en avsluttende sammenligning av de tre systemtopologiene.

Løsningsalternativ 2 (lokale systemer og felles datalager) ble vurdert til å gi virksomhetene fleksibilitet til å velge den systemstøtten som optimaliserer prosessene for virksomheten. Med dette alternativet er det enklere å gjøre lokale tilpasninger av systemene. Et felles datalager vil ifølge studien lagre informasjon som er relevant og nødvendig, og kan deles inn i fagspesifikke domener (for eksempel ett for deling av bilder, et annet for laboratorieprøver). Ifølge analysen vil felles datalager gjøre det enklere å sikre konsistente data fordi det kan stilles felles krav til informasjon som skal lagres i databasen.¹²¹ Studien slo fast at «varianter av denne topologien er mulig», og den skisserte to overordnede tekniske tilnærminger:

- **Sentralisert:** Datalageret og et utvalg av applikasjoner driftes sentralt og leveres til aktører i sektoren basert på skyteknologi. For dette alternativet ble det skrevet at detaljer må vurderes i alternativanalysen (den avsluttende analysen) og videre i et eventuelt forprosjekt.
- **Desentralisert:** Informasjonen lagres fortsatt i de elektroniske pasientjournalssystemene, men utvalgt informasjon overføres til en sentral database. Studien trakk fram at tilnærmingen blant annet benyttes i Estland, og innenfor områder som legemidler og billeddeling i Sverige, Danmark og Finland. I Norge ble det også vist til at kjernejournalen bruker en variant av denne systemtopologien, og til at det er opprettet ett felles datalager for bilder og videoer for alle billeddannende systemer i Helse Vest (PACS).¹²²

Ifølge mulighetsstudien vil alternativet sannsynligvis kreve mye egenutvikling, spesielt i forbindelse med etablering av datalageret og for å koble/integrere alle de ulike systemene mot datalageret. Det kan ifølge studien være mulig å anskaffe elementer av datalageret, eksempelvis et system for lagring og deling av bilder (PACS), eller å ta utgangspunkt i et rammeverk for deling av helseinformasjon. Studien påpekte imidlertid at det ikke er kjent at kommersielle EPJ-leverandører leverer standardløsninger basert på denne systemtopologien.¹²³

Løsningsalternativ 3 (felles systemer og felles datalager) er ifølge analysen vanlig når man ønsker å kjøpe mest mulig ferdigutviklet og forhåndsintegrert programvare fra én leverandør. Standard programvare må ofte tilpasses og konfigureres til virksomhetenes prosesser og behov, og det kan ifølge studien være nødvendig med omfattende leveranseprosjekter for å realisere denne topologien. Ifølge studien gir dette alternativet mer begrenset mulighet til å gjøre lokale tilpasninger av systemene enn løsningsalternativ 2, og at man i større grad vil måtte gjøre organisasjonstilpasninger.

Positive sider ved systemtopologien er at slike løsninger kan tilby tilpassede brukergrensesnitt for ulike brukergrupper, at det er lite behov for samhandling mellom systemer, og at det er enklest å sikre konsistente data. Det vurderes at implementering av en løsning basert på løsningsalternativ 3 sannsynligvis vil kunne gjennomføres raskere enn alternativ 2 fordi det i større grad er mulig å kjøpe «ferdigutviklet og forhåndsintegrert» programvare slik at omfanget av egenutvikling kan reduseres.¹²⁴ I Norge viste studien til Helse Midt-Norge (Helseplattformen), mens den internasjonalt pekte på at det amerikanske helsekonsortiet Kaiser Permanente baserer seg på en slik løsning (Epic), samt at man hadde anskaffet en slik løsning i Danmark (Sundhetsplattformen, basert på Epic). Sundhetsplattformen var på dette tidspunktet ikke innført.

Den samlede vurderingen av alternativene trakk ikke noen klar konklusjon, men la vekt på noen av ulempene ved løsningsalternativ 2 og noen av fordelene ved løsningsalternativ 3:

- Med løsningsalternativ 3 vil det være mindre kompleksitet og behov for koordinering ved endringer i virksomhetsstrukturer og oppgavefordeling («fleksibilitet til å støtte strukturelle endringer»).
- Løsningsalternativ 3 har størst grad av sentralisering, og har størst potensiale for effektiv drift.
- Løsningsalternativ 2 vil trolig kreve mye egenutvikling.

¹²¹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 Mulighetsstudie, side 103.

¹²² Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 Mulighetsstudie, side 100.

¹²³ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 Mulighetsstudie, side 100.

¹²⁴ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 Mulighetsstudie, side 10.

Analysen av systemtopologier var relativt kortfattet og underbygges ikke med henvisninger til kilder, med unntak av en henvisning til en rapport fra Gartner Group.¹²⁵ Totalt var løsninger basert på lokale systemer og felles datalager viet to til fire sider.¹²⁶

Det gikk ikke klart fram av analysen i mulighetsstudien at alternativ 2 (lokale systemer og felles datalager) ble utelukket, eller hvorfor det kun ble identifisert ett konsept basert på en moderat versjon av dette alternativet. I analysen ble denne retningen fremstilt som et bedre alternativ enn alternativ 1 (lokale systemer og lokal datalagring) på de fleste punkter. Analysen pekte på at felles datalager

- har mindre samhandlingsbehov
- gjør det enklere å sikre konsistente data
- reduserer risiko for at virksomheter ikke kan samhandle, sammenlignet med alternativ 1

Det fremgikk også at løsningsalternativ 2 har noen fordeler over løsningsalternativ 3, ved at førstnevnte er leverandøruavhengig og lar virksomheter velge systemer som optimaliserer deres arbeidsprosesser.

5.4.2 Relevante analyser som ble gjort i andre dokumenter i 2015-utredningen, ble ikke trukket inn i diskusjonen om datalager

Det ble også gjort analyser i andre dokumenter som inngår i 2015-utredningen, som synes å være relevante, men som ikke ble trukket inn i sammenligningen av systemtopologier. Dette gjelder spesielt forhold som framkom av 2015-utredningens internasjonale analyse, samt den avsluttende analysen av fire av konseptene (alternativanalysen). Mulighetsstudien nevnte eksempler internasjonalt på bruk av løsningsalternativ 2 (felles datalager) og løsningsalternativ 3 (felles system), men gikk ikke nærmere inn på erfaringene i noen av disse landene. Videre kunne erfaringer fra flere andre land blitt trukket inn. I det følgende viser vi kort noen momenter som framgår av de andre dokumentene.

Det ble vist til at et felles system for alle aktører gir fleksibilitet til å gjennomføre strukturelle endringer i sektoren, men dette ble ikke holdt opp mot fleksibilitet for virksomhetene

Analysen av systemtopologier trekker frem som en fordel ved alternativ 3 at dette i større grad enn de andre systemtopologiene gir «fleksibilitet til å støtte strukturelle endringer» (omtales også som «organisatorisk fleksibilitet» i studien). Dette var også ett av de seks prioriterte kravene i utredningen, som konseptene i neste omgang ble målt opp mot: «*Tiltaket skal ta høyde for strukturelle endringer. Som et minimum må tiltaket ta høyde for ivaretagelse av brukervalg, samt endringer i virksomhetsstrukturer og oppgavefordeling*».¹²⁷

Utredningen la til grunn at tiltaket blant annet bør ta høyde for fritt behandlingsvalg, endringer i kommunestruktur og endringer i strukturer i spesialisthelsetjenesten.¹²⁸ Med mer konsoliderte IT-løsninger vil det være enklere å gjennomføre slike endringer, fordi endringene kan gjøres uten at virksomheter må bytte IT-systemer. Ifølge mulighetsstudien vil en regional løsning understøtte en del strukturelle endringer, mens en nasjonal løsning vil understøtte alle.¹²⁹

Denne fleksibiliteten til å støtte strukturelle endringer går imidlertid på bekostning av innovasjon, fleksibilitet til å kunne velge IT-systemer som optimaliserer prosessene for virksomheten, og fleksibilitet til å bytte ut enkelte IT-systemer ved behov. Utredningen veide ikke disse hensynene opp mot hverandre, selv om det kom frem – dels i omtalen av systemtopologier i mulighetsstudien og dels i andre vedlegg i 2015-utredningen – at større standardsystemer innebærer mindre fleksibilitet på mange områder:^{130,131}

- De gir begrenset mulighet til å gjøre lokale tilpasninger av systemer, og innebærer at man i større grad vil måtte gjøre organisasjonstilpasninger. Dette gjelder særlig dersom brukere har andre krav enn det som i utgangspunktet løses i systemet, og som resten av kundebasen bruker.
- Kunden er i større grad avhengig av leverandørens produktlanseringer for å få ny funksjonalitet i systemet.

¹²⁵ Gartner (2013) *Save Costs and Optimize Service Delivery by Limiting Your Data Center Topology to Two per Continent*.

¹²⁶ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 *Mulighetsstudie*, side 100-101, 103-104.

¹²⁷ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 2 *Overordnet strategi og krav*, side 15.

¹²⁸ Andre endringer utredningen legger til grunn at tiltaket bør ta høyde for er sammenslåing/oppsplitting av sykehus, oppgavefordeling mellom tjenestenivåer (kommune-stat), oppgavefordeling mellom sykehus, oppgavefordeling innad i primærhelsetjenesten.

¹²⁹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 *Mulighetsstudie*, side 96-97 og 100-101.

¹³⁰ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 4.1 *Detaljering av konsepter*, side 54.

¹³¹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 *Mulighetsstudie*, side 103.

- Det kan være at få eller ingen leverandører leverer all ønsket funksjonalitet, og at det likevel er behov for egenutvikling på noen områder.
- Låsing til en enkelt stor leverandør for en lengre tidsperiode kan være en ulempe, og byttekostnadene kan bli store ettersom løsningene kommer med mye funksjonalitet som ellers ville vært dekket av mange leverandører og systemer.

Alternativanalysen trakk fram som en risiko ved gjennomføring av konsept 8, en felles nasjonal journallosning, at konseptet er avhengig av en omfattende og bred standardisering av arbeidsprosesser. Analysen viste at det vil være mulig å gjøre mindre tilpasninger av løsningen til lokale forhold, og at virksomheter fortsatt vil kunne velge systemer utenfor kjernesystemet (spesialsystemer, systemer for analyse og styring).

Imidlertid må dokumentasjonspraksis og hovedprosesser innenfor kjernen besluttes nasjonalt av et styre med utvalgte fageksperter. Utredningen påpekte at dette bryter med en lang tradisjon der sterke faggrupper lokalt har tatt selvstendige valg i utøvelsen av faget innenfor de rammer som nasjonale retningslinjer beskriver. En «for stram prosess» vil kunne skape stor endringsmotstand, som kan få konsekvenser for innføringskostnadene og gjennomføringstiden.¹³²

En annen fordel ved høy grad av systemkonsolidering, som alternativ 3 representerer, er stordriftsfordelene som dette ifølge analysen gir. Jo færre systemer det er å forholde seg til, desto færre integrasjoner og grensesnitt er det å vedlikeholde, og desto større muligheter er det for sentral drift og forvaltning av løsningene og ivaretagelse av informasjonssikkerheten i dem.¹³³

Her er det viktig å merke seg at disse stordriftsfordelene vil ligge på IT-siden; det vil ikke nødvendigvis være stordriftsfordeler for brukerne av løsningene dersom arbeidsprosesser må endres. Forskning på området viser at det ofte er spenninger mellom IT-perspektivet og brukerperspektivet i helsesektoren, og at det er viktig å finne en god balanse mellom disse for å få den ønskede nytten ut av IT-prosjekter.^{134,135,136}

Behovet for egenutvikling trekkes fram som en ulempe ved felles datalager, men det er også behov for tilpasninger og egenutvikling ved anskaffelse av et felles system

En ulempe ved løsningsalternativ 2 (felles datalager) som ble trukket frem i analysen av systemtopologier, er at det sannsynligvis vil kreve mye egenutvikling for å etablere en slik løsning. I den avsluttende analysen kom det frem at man for fire av konseptene (alternativanalysen) har gjort et valg om å i størst mulig grad anskaffe ferdigutviklede løsninger framfor å utvikle egne løsninger.¹³⁷ Ved å kjøpe løsninger som tilbys til flere aktører i markedet, er gjennomføringsrisikoen ifølge utredningen betydelig lavere.¹³⁸

Analysen pekte på at programvareutvikling er krevende og for de fleste virksomheter ikke en del av kjernevirksomheten. Videre sto det at egenutvikling binder opp mye ressurser på mange nivåer knyttet til krav, behov, design, forskning, utvikling, drift og forvaltning. Dette er i tråd med erfaringer fra Finland, der utviklingen av et felles datalager på nasjonalt nivå beskrives som et krevende arbeid som har medført behov for kompetansebygging innen ulike områder av informatikk, helsefag og organisasjon.¹³⁹

Også anskaffelse av standardløsninger vil medføre behov for tilpasning og egenutvikling. Forskning som var tilgjengelig da utredningen pågikk, viste at det kan være krevende å innføre større løsninger som er utviklet for sykehus eller helsevesen med en annen organisering, sedvane og arbeidskultur.¹⁴⁰ De internasjonale leverandørene som utredningen viste til, har utviklet sine systemer med utgangspunkt i behovene ved amerikanske sykehus, hvilket kan ha betydning for behov for tilpasning av systemer og/eller organisasjonstilpasninger.

¹³² Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 4 Alternativanalyse, side 14.

¹³³ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 4.1 Detaljering av konsepter, side 38 og 54.

¹³⁴ Bygstad, B. og Hanseth, O. (2016) *Governing e-Health Infrastructures: Dealing with Tensions*.

¹³⁵ Mohagheghi, P., Jørgensen, M. (2017) *What Contributes to the Success of IT Projects? An Empirical Study of IT Projects in the Norwegian Public Sector*.

¹³⁶ Finne, H. (2019) *Styring og gjennomføring av store statlige IKT-prosjekter – Eksperters erfaringer og vurderinger*.

¹³⁷ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 4.1 Detaljering av konsepter, side 54.

¹³⁸ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 4.1 Detaljering av konsepter, side 37-38.

¹³⁹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 6 Internasjonal analyse, side 33.

¹⁴⁰ Robertson A., Cresswell, K., Takian A., Petrakaki D, et al. (2010) *Prospective evaluation of the implementation and adoption of NHS Connecting for Health's electronic health record in secondary care in England: interim results from a national evaluation*. BMJ 341: c4564.

Noen fordeler ved felles datalager som kom frem i den internasjonale analysen, ble ikke vektlagt, slik som mangfold i leverandørmarkedet og stegvis utvikling med fortløpende høsting av gevinster

Analysen av systemtopologier viste til eksempler internasjonalt på bruk av løsningsalternativ 2 (felles datalager) og løsningsalternativ 3 (felles system), men analysen gikk ikke inn på erfaringene i disse landene.

Det er også enkelte land som ikke ble nevnt, slik som New Zealand. Landet har valgt en modell basert på åpne grensesnitt og datalagring på regionalt nivå.¹⁴¹ New Zealands IT-arkitektur består ifølge den internasjonale analysen av en samhandlingsløsning¹⁴² som automatisk utveksler helseinformasjon mellom regionale IT-plattformer med felles datalager. Datalagrene i de regionale plattformene inneholder oppdatert informasjon om legemidler, testresultater, radiologiske rapporter, behandlingsplaner, pasientbrev, henvisninger og epikriser. En nasjonal fellesløsning gir helsepersonell oversikt over all relevant pasientinformasjon, også på tvers av regioner.¹⁴³

New Zealand har satset på myndighetsdefinerte krav til standarder og et krav om åpenhet i alle løsninger for samvirke med programvare fra andre leverandører. Ifølge den internasjonale analysen har myndighetenes standarder for interoperabilitet gjort det mulig for flere leverandører å tilby løsninger som konkurrerer på brukervennlighet og funksjonalitet. Det er typisk at systemene implementeres som prototyper og gradvis oppdateres for å tilføre nødvendig funksjonalitet og øke brukervennligheten.¹⁴⁴

Ifølge den internasjonale analysen har dette skapt en dynamisk og konkurransebasert markedsplass for e-helseprodukter og -tjenester, med ca. 20 journalleverandører. Ved stadig å introdusere nye tjenester og kontinuerlig forbedre eksisterende systemer og prosesser har man bidratt til å utvikle et relativt smidig og responsivt helsesystem med utbredt meldingsutveksling, universell bruk av EPJ og et utvalg beslutningsstøttesystemer og systemer for håndtering av kroniske tilstander. Analysen viste også til at investeringer i e-helseløsninger i privat sektor har redusert nivået på offentlige investeringer sammenlignet med andre OECD-land. E-helse er i dag en av landets største og raskest voksende eksportindustrier.

Den internasjonale analysen viste at flere andre land har valgt en mer stegvis tilnærming der de har bygget videre på etablerte løsninger på en måte som kan minne om et felles datalager. Skottland har satset på en stegvis utbygging av nasjonale fellestjenester, kombinert med en samhandlingsløsning. Kjernejournal, felles PACS (system for lagring og deling av bilder) og e-resept utgjør ifølge den internasjonale analysen hjørnesteinene i denne strategien.

For å oppnå høyere grad av samhandling har Skottland utviklet en samhandlingsløsning som setter sammen informasjon fra ulike systemer og presenterer dem samlet for brukerne gjennom en nettbasert portalløsning. I stedet for å satse på ett, stort nasjonalt IT-prosjekt har Skottland ifølge den internasjonale analysen valgt «en gradvis og pragmatisk tilnærming som bygger videre på det en har og dekker gap der nødvendig for på den måten å utvikle et stadig tettere integrert system».¹⁴⁵ En gradvis utvikling har flere fordeler, blant annet at gevinster kan høstes underveis, samt at det er enklere å implementere mindre endringer over tid.

Analysen av systemtopologier viste heller ikke til internasjonale eksempler som viser risikoen som er forbundet med innføring av større standardsystemer. Den internasjonale analysen viste at enkelte aktører og regioner hadde lyktes (det amerikanske helsekonsortiet Kaiser Permanente), men samtidig viste den at *landene* som hadde satt i gang nasjonale prosjekter for pasientjournaler, hadde mislyktes (England og Danmark).¹⁴⁶

Mer generelt var ikke gjennomføringsrisiko et tema ved utforming av konsepter i mulighetsstudien. I denne fasen ble det kun gjennomført en overordnet risikoanalyse av de ti konseptene, som konkluderte med at det ikke er stor forskjell mellom risikoen i konseptene, verken i karakter eller alvorlighetsgrad.¹⁴⁷

Gjennomføringskompleksitet og politiske begrensninger ble vurdert først i den avsluttende analysen (alternativanalysen), der fire av konseptene fra mulighetsstudien ble vurdert nærmere.¹⁴⁸ Her framgikk det at

¹⁴¹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 6.1. Internasjonale erfaringer, side 276.

¹⁴² Health information exchange eller HIE-løsning.

¹⁴³ Ifølge nettstedet for tjenesten Your Health Summary inngår nå følgende informasjon i dette helseregisteret: «Discharge summaries, medications, recalls, immunisations, radiology results, allergies, medical conditions, laboratory results». Kilde:

<https://static1.squarespace.com/static/5ea0c241da648813f7c26f81/t/5f70e62f6994936d8fd7d6ab/1601234481376/YHS+Agreement+East+Health+2+June+.pdf>

¹⁴⁴ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 6 Internasjonal analyse, side 22.

¹⁴⁵ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 6 Internasjonal analyse, side 9 og 19.

¹⁴⁶ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 6 Internasjonal analyse, side 4.

¹⁴⁷ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 Mulighetsstudie, side 25 og 100-101.

¹⁴⁸ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 Mulighetsstudie, side 3 og 100-101.

konsept 9 (felles nasjonal løsning for kommunene) og konsept 8 (felles nasjonal løsning for alle aktører) innebar henholdsvis høy og svært høy risiko.¹⁴⁹

Mulighetene for utvikling av avansert funksjonalitet i pasientjournalssystemene ble ikke trukket inn i analysen av systemtopologier

To av de sterkeste sidene ved de internasjonale standardløsningene, som ble trukket frem flere andre steder i mulighetsstudien (jf. *kapittel 5.3.4*), er mulighetene for å utvikle avansert funksjonalitet for helsepersonell samt å sikre informasjonstilgang til sekundærbruk. Begge deler er avhengig av strukturering av informasjonen som utveksles, og her vil dette skje ved at informasjonen struktureres i tråd med EPJ-leverandørens løsninger. Det gikk frem av den internasjonale analysen som ble gjennomført i 2015-utredningen, at den *mest avanserte* funksjonaliteten på disse områdene er realisert der en har satset på større standardsystemer (Kaiser Permanente).

Det gikk imidlertid også frem av den internasjonale analysen at noen av landene som har satset på felles datalager, har lagt til rette for lignende funksjonalitet og tatt den i bruk i større omfang enn i Norge. Den internasjonale analysen viste at kunnskaps- og beslutningsstøtten blant annet er realisert i Finland og New Zealand.^{150,151}

I Finland kan kommunene fritt velge IT-systemer så lenge de etterlever en sterkt strukturert og sentralisert informasjonsmodell og kobler seg til et felles datalager for lagring av helseinformasjon (Kanta). Dette har gitt muligheter for å utvikle ny helsefaglig praksis basert på den sentraliserte helseinformasjonen, blant annet «nye måter å analysere befolkningshelse, sykdomsutvikling og behandlingseffekter; mer kunnskapsbasert praksis ved hjelp av prosess- og beslutningsstøtteløsninger; mer skreddersydd forebygging og behandling av pasienter».¹⁵²

Samtidig har det, både i 2015-utredningen og i den videre utredningen av Akson, vært usikkert i hvilken grad det er ønskelig å strukturere informasjon, og det har vært uklart hva de internasjonale leverandørene kunne tilby av funksjonalitet til *kommunene* (se *kapittel 6.5*).

5.4.3 Norsk Helsenett SF fremmet i 2015 forslag om at et felles nasjonalt datalager burde inngå som et av de ti utvalgte konseptene

I september 2015 møttes styringsgruppen for hovedutredningen for å diskutere de 10 konseptene som ble valgt ut på bakgrunn av mulighetsstudien. I etterkant sendte Norsk Helsenett SF (NHN) et skriftlig forslag til styringsgruppen om å vurdere et konsept som ikke er med.¹⁵³ NHN begrunnet forslaget med at kjernesystemet det ble lagt opp til i de foreslåtte konseptene, «er mer omfattende enn det bør være og at det gjør prosjektet mer komplisert, mer risikofyllt og mindre fleksibelt og åpent for løpende innovasjon og tilpasning til ulike brukergrupper enn det som er mulig».¹⁵⁴

¹⁴⁹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 4 Alternativanalyse, side 12.

¹⁵⁰ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 6 Internasjonal analyse, side 11 og 22.

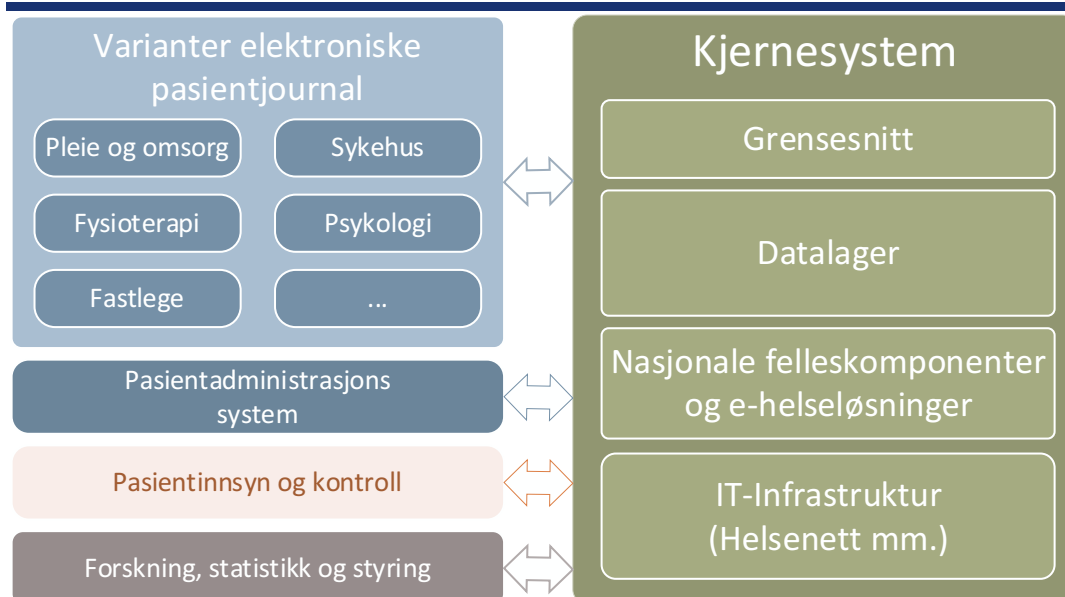
¹⁵¹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 1.8 Beslutningsstøtte, side 26.

¹⁵² Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 6 Internasjonal analyse, side 33.

¹⁵³ Norsk Helsenett SF (2015) *Innspill til styringsgruppen for én innbygger – én journal*, 25.09.2015.

¹⁵⁴ Norsk Helsenett SF (2015) *Innspill til styringsgruppen for én innbygger – én journal*, 25.09.2015, side 1.

Figur 4 Forslag til konsept med felles datalager fra Norsk Helsenett SF



Kilde: Innspill fra Norsk Helsenett SF (2015).¹⁵⁵

Ifølge to forskere ved UiO kan forslaget fra Norsk Helsenett SF betraktes som en plattformløsning, og konseptet er tilnærmet identisk med konsept 1b fra 2013-utredningen (*Hovedrapport fase 1*).¹⁵⁶ Forslaget medfører et skille mellom lagring og behandling av informasjon, blant annet gjennom å opprette et nasjonalt datalager for lagring av informasjonen, mens aktørene benytter selvvalgte systemer. Helse- og omsorgsdepartementet er også enig i at forslaget kan betraktes som en plattformløsning, men mener at det adskilte datalageret medfører at det er et spesialtilfelle av en plattformløsning.¹⁵⁷

I notatet argumenterte NHN for at forvaltning og lagring av data med tilhørende infrastruktur *må* være en statlig samfunnsoppgave.¹⁵⁸ Ifølge NHN medfører ikke lagring og tilgjengeliggjøring av informasjon på nasjonalt nivå at behandling, bruk og presentasjon av informasjonen *også* må eller bør sentraliseres.¹⁵⁹ Notatet understreket i tillegg at et skille mellom lagring og behandling av informasjon vil

«[...] legge til rette for å utnytte den innovasjon, kreativitet og risikovilje næringslivet står for. Modellen legger godt til rette for en balansert arbeidsdeling mellom offentlig og privat sektor. Staten tar ansvar for en felles og én-entydig infrastruktur som på den ene siden sikrer enhetlig, helhetlig og sammenhengende pasientinformasjon samtidig som den er åpen og tilgjengelig for utvikling av ulike løsninger tilpasset behandlerbehov».¹⁶⁰

Innspillet fra Norsk Helsenett SF ble vurdert til å være lite realistisk og «sannsynligvis» svært dyrt

Arbeidsgruppen for *Én innbygger – én journal*, som har ansvar for å skrive utredningene, kom med et tilsvarende svar på to sider til NHN. Dette var vedlagt referatet fra styringsgruppemøtet 5.–6. november 2015. I svaret står det at innspillet tolkes «som et forslag om å separere løsningens presentasjonslag, applikasjon-/tjenestelag og datalag», og arbeidsgruppen vurderte at dette prinsipielt kan gjøres på to måter:¹⁶¹

- «Den mest radikale tolkningen» av notatet, etter arbeidsgruppens vurdering, medfører at datalaget etableres i en nasjonal løsning, mens virksomhetene skal stå fritt til å velge egne journalløsninger. Arbeidsgruppen antok at de fleste virksomhetene vil anskaffe sine løsninger i det standardiserte programvaremarkedet, og at løsningens tilhørende datalag dermed vil måtte «slås» av og i stedet jobbe mot en nasjonal database med tilhørende informasjonsmodell, med underliggende felles nasjonalt kodeverk og terminologi. Arbeidsgruppen svarte at dette alternativet kort ble vurdert våren 2015, men da ble forkastet som urealistisk og «sannsynligvis svært dyrt». Gruppen mente at alternativet krever en norsk utvikling av

¹⁵⁵ Norsk Helsenett SF (2015) *Innspill til styringsgruppen for én innbygger – én journal*, 25.09.2015.

¹⁵⁶ Se delkapittel 3.4 for nærmere informasjon om hvordan vi har benyttet forskere til å vurdere IT- og forskningsfaglige problemstillinger.

¹⁵⁷ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

¹⁵⁸ Norsk Helsenett SF (2015) *Innspill til styringsgruppen for én innbygger – én journal*, 25.09.2015, side 3.

¹⁵⁹ Norsk Helsenett SF (2015) *Innspill til styringsgruppen for én innbygger – én journal*, 25.09.2015, side 4.

¹⁶⁰ Norsk Helsenett SF (2015) *Innspill til styringsgruppen for én innbygger – én journal*, 25.09.2015, side 4.

¹⁶¹ Saksnotat styringsgruppemøte (2015) *Agenda fra styringsgruppemøte 5.- 6. november 2015. Vedlegg 5 - tilsvarende Norsk Helsenett vedrørende kjernesystem*.

datalageret og en tilhørende informasjonsmodell, som over tid innebærer en «bygg selv»-strategi både nasjonalt og «sannsynligvis også i virksomhetene». Videre mente gruppen at det vil presse seg frem et krav om å bruke færre systemer for å unngå for høye utviklingskostnader, og at dette vil utfordre ønsket om fleksibilitet og innovasjon. I tillegg ble ikke det norske markedet ansett som stort nok til «å utgjøre en kraft som 'presser' de ledende programvareleverandørene til å tilpasse sine løsninger til den norske databasen».

- «En mer moderat tolkning» medfører at datalaget også blir etablert lokalt i hver virksomhet, samtidig som det etableres et nasjonalt datalag som virksomhetene overfører kun utvalgt og relevant informasjon til. Denne informasjonen blir så gjort tilgjengelig for andre virksomheter.

Arbeidsgruppen vurderte at et slikt alternativ var realistisk, og det ble derfor vurdert våren 2015, men forkastet fordi «det ikke godt nok oppfylte de overordnede målene, interessentbehov og krav». Notatet presiserte ikke hvilket alternativ dette tilsvarer, men Direktoratet for e-helse informerer oss om at det henviser til konsept 1.¹⁶² Arbeidsgruppen vurderte at løsningen «sannsynligvis vil ha lavere kravoppfyllelse for utveksling av relevant helseinformasjon, utveksling av behandlingsplaner og oversikt over kvalitet og ledig kapasitet». Notatet viste også til at alternativet viderefører en «hver virksomhet, sitt system»-strategi, og at denne ikke er samfunnsøkonomisk fornuftig for standard arbeidsprosesser.

Arbeidsgruppen foreslo derfor overfor styringsgruppen at det skulle vedtas at alternativet til Norsk Helsenett SF ikke skulle være et av de endelige konseptalternativene som vurderes for innstilling, med henvisning til at det ikke gir tilstrekkelig mål- og kravoppfyllelse.¹⁶³ Dette ble vedtatt av styringsgruppen. Imidlertid la styringsgruppen til at perspektiver fra notatet skulle tas med i det videre arbeid, «særlig i forhold til å legge til rette for innovasjon og muligheter for reduksjon av omfang og risiko for konseptene».

5.4.4 Konseptvalgutredningen av Akson i 2018 vurderte ikke konsepter basert på en plattformtilnærming som la til grunn et større skille mellom applikasjon og data

I perioden 2016 til 2018 arbeidet Direktoratet for e-helse med å lage «et beslutningsunderlag for innføring av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste» basert på anbefalingen i 2015-utredningen. Beslutningsunderlaget tilsvarte et forprosjekt, der man utdyper et valgt konsept og utformer gjennomføringsstrategi, framdriftsplan m.m. I februar 2018 ble det klart at man måtte gjennomføre en egen konseptvalgutredning for det som ble hetende Akson (prosessen er omtalt nærmere i *kapittel 6.2*).

Konseptvalgutredningen for Akson pekte på at etablering av et omfattende nasjonalt datalager ikke er vurdert på nytt, med henvisning til de samme argumentene som framkommer i *kapittel 5.4.3*, og at alternativet tidligere har blitt vurdert og utelukket.¹⁶⁴ I Akson-utredningens mulighetsstudie ble det imidlertid vist til at det moderate konseptet for felles datalagring er et relevant konsept for en samhandlingsløsning.¹⁶⁵

Konseptvalgutredningen for Akson identifiserte åtte konsepter innenfor tre ulike grupperinger med løsningsalternativ. Basert på hvorvidt de oppfylte kravene for tiltaket, gjennomføringsrisikoen og vurderingen av kostnader og kostnadsdrivere, ble ett konsept fra hver gruppe videreført til en utdypende analyse:

- **K1, videreføring av virksomhetenes selvstendige ansvar.** Med dette konseptet skal dagens journalløsninger videreutvikles med bedre funksjonalitet og samhandlingsløsninger styrkes for å bedre den digitale samhandlingsevnen på tvers av virksomheter og tjenestenivå. Dagens e-helseløsninger videreføres og det etableres nye e-helseløsninger eksempelvis innen legemiddel og epikrise. Dette konseptet er ett av to fra gruppen lokale systemer og lokale datalagre.
- **K4, nasjonale rammeavtaler for journalløsninger med pålegg om bruk.** Dette er ett av de to konseptene basert på en nasjonal anskaffelse av en rammeavtale med leverandører, som hver for seg leverer én samlet løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester med høye krav til funksjonalitet til helsepersonell. Det etableres nye nasjonale samhandlingsløsninger.
- **K7, en nasjonal journalløsning med nye samhandlingsløsning tett integrert med journalløsningen.** Dette er ett av de fire foreslåtte konseptene der én journalløsning for kommunale

¹⁶² Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

¹⁶³ Helsedirektoratet (2015) Referat fra styringsgruppemøte for utredning av «En innbygger – én journal», 5.-6. november 2015, sak 40/15, side 1.

¹⁶⁴ Direktoratet for e-helse (2018) Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Hovedrapport, side 46.

¹⁶⁵ Direktoratet for e-helse (2018) Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg B Mulighetsstudie, side 16.

helse- og omsorgstjenester anskaffes, innføres og driftes nasjonalt. Det stilles høye krav til funksjonalitet for helsepersonell.

Anbefalingen fra konseptvalgutredningen var en nasjonal journalløsning (K7).

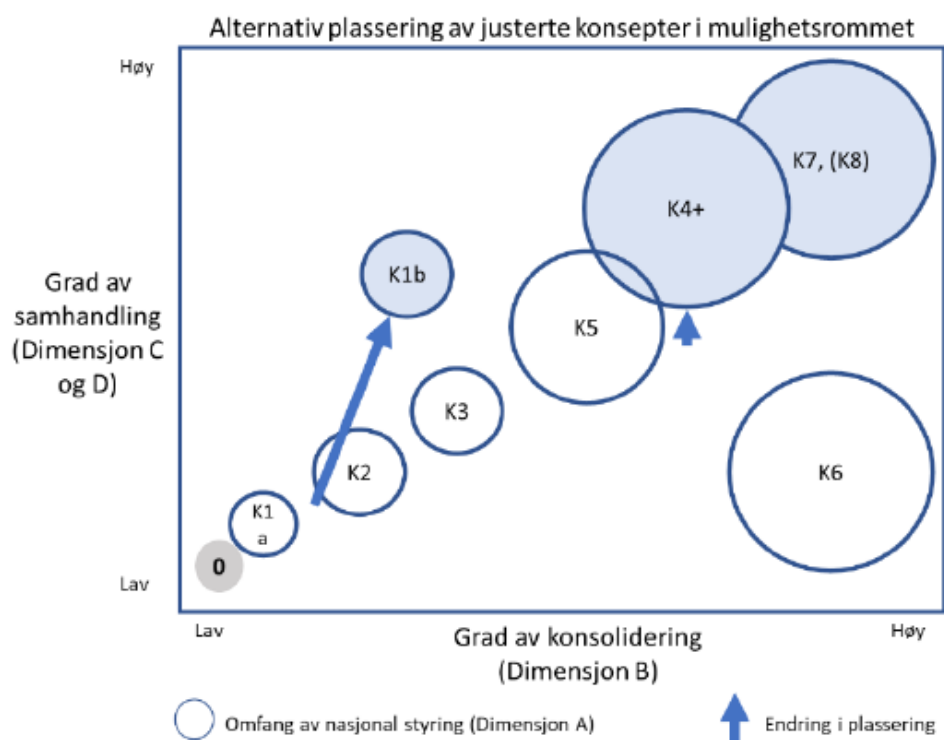
Konseptalternativer med lav grad av konsolidering og høy grad av samhandling, som ifølge kvalitetssikrer kunne vært mellomsteg mot en plattform, ble ikke vurdert i forbindelse med Akson

Kvalitetssikringen av KVUen for Akson (KS1) påpekte at «viktigheten av og konsekvensene knyttet til plattformtenkningen, ikke kommer godt nok frem ved vurdering av de ulike konseptene og de detaljerte beskrivelsene av disse».¹⁶⁶ Kvalitetssikringen anså åpne plattformer som helt sentrale «når fremtidens EPJ/PAS-løsning skal velges og utformes». Kvalitetssikringen viste til at det er «få seriøse leverandører som ikke har en ambisjon eller et målbilde knyttet til å levere løsninger basert på en plattformfilosofi».

Kvalitetssikringen av konseptvalgutredningen for Akson (KS1) pekte også på at mulighetsrommet ikke er fullstendig utforsket i mulighetsstudien. Kvalitetssikrerne klassifiserte risikoen på vurderingspunktet «full bredde i muligheter» i fargen gul, som tilsier at det er vesentlige merknader.¹⁶⁷ Dette kommer blant annet av at kvalitetssikrerne savnet «et konsept som bedre dekker kombinasjonen av ganske lav grad av konsolidering¹⁶⁸ og ganske høy / høy grad av samhandling», og at ved å ta med et slikt konsept ville man hatt «tre mer sammenlignbare konseptalternativer».¹⁶⁹

Figur 5 illustrerer misforholdet mellom hvordan konsept 1 er beskrevet, og hvordan et hypotetisk konsept 1b kunne vært innrettet.

Figur 5 Plassering av et mulig konsept 1b i mulighetsrommet



Kilde: KS1 av Akson, side 44.

¹⁶⁶ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 45.

¹⁶⁷ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 33.

¹⁶⁸ Med konsolidering menes her i hvilken grad konseptet legger opp til bruk av felles løsning, mens samhandling beskriver i hvilken grad konseptet gjør aktørene i helsesektoren i bedre stand til å kommunisere og utveksle informasjon.

¹⁶⁹ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 33.

Kvalitetssikringen mente at et utvidet K1, med sterkere virkemidler for konsolidering og forbedring av samhandlingsegenskapene, ville gi et bedre spenn i konseptene som vurderes,¹⁷⁰ og ha gjenspeilet mulighetsdimensjonene bedre enn de tre valgte konseptene.¹⁷¹

Kvalitetssikrerne vurderte at et slikt konsept kunne ha vist en mulig evolusjon i retning av neste generasjons journalløsning basert på en plattformfilosofi.¹⁷² De fastslo også at samhandling sto så sentralt i hele utredningen, at et konsept med svak samhandling (slik som konsept 1) uansett ville måtte velges vekk.¹⁷³ Samtidig vurderte kvalitetssikrerne at et bedre K1 ikke ville ha endret konklusjonen, og derfor ba de ikke om videre utredning.¹⁷⁴

I en oppsummerende vurdering av mulighetsstudien i Akson, skrev kvalitetssikrerne:¹⁷⁵

Et mulighetsrom skal se behovene, målene og kravene i sammenheng, og bør utfordre det politisk mulige og etablerte tankesett. Prosjektets rammebetingelser setter i utgangspunktet klare føringer som begrenser mulighetsrommet. Videre er det vårt inntrykk at dialogen med sterke interessentgrupper i praksis har påvirket vurderingen av muligheter innen enkelte områder. Erfaringer fra mindre vellykkede forsøk på innføring av felles IT-løsninger i kommunal sektor de seneste 10 årene har også påvirket. Etter vår vurdering er konsekvensen av dette at bredden av muligheter ikke er fullt ut ivarettatt i mulighetsstudien, og at mulighetsrommet således er blitt begrenset.

5.4.5 Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse mener at konsept som åpner for plattformløsninger har blitt utforsket i utredningene

Helse- og omsorgsdepartementet er enig i at et konsept 1b kunne ha utvidet mulighetsrommet i konseptvalgutredningen, men mener det ikke er ensbetydende med at konseptet ville være en vei mot en plattformløsning.¹⁷⁶ Helse- og omsorgsdepartementet opplyser om at de i mars 2019, i etterkant av at KS1-rapporten ble levert, ga ekstern kvalitetssikrer et tilleggsoppdrag om å svare ut hva et konsept 1b kan inneholde, og hvorfor det ikke kunne anbefales av ekstern kvalitetssikrer.¹⁷⁷ Ifølge departementet skrev kvalitetssikrer følgende i sin tilbakemelding:

Vi anbefaler i KS1-rapporten at en neste generasjons journalløsning bør være basert på en plattformfilosofi. Men det er en viktig implisitt forutsetning for den anbefalingen: Ny(e) løsning(er) skal etableres på en ny plattform. En ny plattform bør ikke etableres med en rekke forutsetninger og restriksjoner knyttet til et stort antall gamle systemer. Plattformen skal være førende, ikke de gamle systemene. Å bygge en plattform som skal binde sammen systemer med den type mangler som beskrevet ovenfor, anbefales ikke. Det blir et meget komplisert og dyrt prosjekt som trolig ikke vil få ønsket effekt.

[...]

Vi vurderer K1b til å oppfylle kravene i liten grad (mellom kvart og halv oppfyllelse) (ref. tabell på s. 52 i KVV, Vedlegg B, Mulighetsstudien). Kravoppfyllelsen er såpass lav at konseptet etter vårt syn befinner seg i grenseland om det burde ha blitt avvist i en mulighetsstudie eller ikke.

Flere av konseptene hadde ifølge departementet elementer av plattformteknologi, og kunne ha vært utviklet i retning av en plattform. Departementet er imidlertid enig i at mulighetene for å videreutvikle konseptene til en plattformløsning kunne kommet bedre frem i utredningene.

Direktoratet for e-helse mener at både konsept 1 i 2015-utredningen og konsept 2 i Akson-utredningen hadde elementer av plattform og sentral lagring, og som kan videreutvikles til plattformløsninger.¹⁷⁸ Begge konseptene ble ifølge direktoratet vurdert til å gi for lav måloppnåelse uten at risikoen var vesentlig lavere enn for de andre konseptene, og direktoratet viser til at kvalitetssikrer ikke påpekte at konsept 2 burde vært med i alternativanalysen.

¹⁷⁰ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 43.

¹⁷¹ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 44.

¹⁷² Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 43.

¹⁷³ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 41.

¹⁷⁴ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 6.

¹⁷⁵ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 40.

¹⁷⁶ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

¹⁷⁷ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

¹⁷⁸ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

5.5 I 2020 ble retningen fra 2015 videreutviklet til en «åpen plattform», men det legges fortsatt til grunn anskaffelse av en større standardløsning

Forrige kapittel viser at 2015-utredningen og konseptvalgutredningen av Akson i mindre grad utforsket mulighetene for å utvikle en nasjonal, felles database, eller utforsket andre «desentraliserte» konsepter som kunne videreutvikles til en plattformløsning. Begrepet «plattform» var ikke sentralt i disse utredningene. Dette endret seg i 2020, da Direktoratet for e-helse ferdigstilte forprosjektet for Akson og publiserte sentralt styringsdokument (SSD). I dokumentet fikk plattformbegrepet mye omtale, og det ble erklært at Akson skulle være en «åpen plattform».

Dette delkapitlet belyser om det valgte konseptet for Akson tilsvarer en åpen plattform, eller om retningen som ble påbegynt i 2015, er videreført. Samhandlingsløsningen som ble utredet sammen med Akson journal, omtales i *kapittel 7.4.5*.

5.5.1 Forprosjektet for Akson skisserte en «åpen plattform» og et større skille mellom programvare og data

I mars 2020 ble sentralt styringsdokument for Akson levert. Begrepet «plattform» er mer sentralt i dette dokumentet enn i de tidligere utredningene. Direktoratet for e-helse forteller i intervju at plattformbegrepet ikke var tatt med under 2015-utredningen, men viser til at begrepet har blitt tydeligere fremhevet i perioden etterpå som en tilnærming for å realisere store komplekse løsninger samt for å sikre en mer åpen og fleksibel tilnærming. Direktoratet for e-helse opplyser i intervju at innspillet fra Norsk Helsenett, som ble nevnt i *kapittel 5.4.3*, ble ivarettatt i forbindelse med forprosjektet og utarbeidelsen av sentralt styringsdokument for Akson.

Hensikten med en plattformbasert tilnærming er ifølge styringsdokumentet å fremme innovasjon, «bidra til å unngå en framtidig situasjon hvor tjenesteutvikling i kommunene bremses som følge av for sterke bindinger og avhengighet til enkeltleverandør(er)», og å motvirke informasjonsblokkering.¹⁷⁹ Styringsdokumentet var derfor tydelig på at leverandørmarkedet må utfordres til å «etablere et tydeligere skille mellom data og applikasjoner/funksjonalitet».



Hva er en «åpen plattform»?

Direktoratet for e-helse viste i Aksons sentrale styringsdokument til en definisjon av dette begrepet fra forskning.¹⁸⁰ Definisjonen betrakter en plattform som åpen når de følgende kriteriene er oppfylt:¹⁸¹

«Ingen begrensninger er lagt for deltakelse i utvikling, kommersialisering eller bruk av plattformen. Eventuelle begrensninger - for eksempel krav til samsvar med tekniske standarder eller betaling av lisensavgift - må være rimelige og ikke-diskriminerende. Det vil si at de brukes enhetlig for alle potensielle plattformdeltakere».

Vedlegget, som inneholder formuleringer om plattformtilnærming og åpenhet, ble utformet sent i forprosjektet, og samtidig som Akson fikk mye kritikk

Da Helse- og omsorgsdepartementet bestilte forprosjektet, ga de føringer til Direktoratet for e-helse om å «tydeliggjøre mulighetene for at løsningen(e) tilrettelegger for fremtidig fleksibilitet, innovasjon og tjenesteutvikling, med utgangspunkt i teknologisk innovasjon og mulighetene som oppstår i markedet. Herunder vurdere nærmere muligheten for realisering av konseptet gjennom plattformtilnærminger basert på åpne standarder».¹⁸²

¹⁷⁹ «Informasjonsblokkering betyr at helseopplysninger ikke kan brukes utenfor et journalsystem eller fagsystem, tilsiktet eller utilsiktet». Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 88.

¹⁸⁰ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 85.

¹⁸¹ Eisenmann, Thomas R., Geoffrey Parker, and Marshall Van Alstyne (2009) *Opening Platforms: When, How and Why?* Kapittel 6 i *Platforms, Markets and Innovation*. Annabelle Gawer (red.). Cheltenham, U.K. and Northampton, MA: Edward Elgar Publishing.

¹⁸² Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Tillegg til tildelingsbrev nr. 3 2019 – oppstart av forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Brev til Direktoratet for e-helse, 26.04.2019.

Forprosjektets svar på denne bestillingen var å utarbeide noen arkitekturprinsipper. Direktoratet for e-helse forteller i intervju at vedlegg Q vektlegger plattformtilnærmingen og prinsippene om åpenhet, fleksibilitet og innovasjon.¹⁸³ Videre fremhevet direktoratet at plattformtilnærmingen gjenspeiles i anbefalingen til kontraktsstrategi, hvor det åpnes for å tillate utvikling og leverandørkonstellasjoner å gå sammen for å tilby en løsning på journalplattformen som består av flere systemer, såfremt de funksjonelle behovene for helsepersonell og innbyggere og kravene til plattformegenskaper blir oppfylt.¹⁸⁴ Dette representerer en endring fra vektleggingen i 2015-utredningen, som mer eksplisitt anbefalte anskaffelse av en standardløsning.

Vedlegget viste også til den tidligere nevnte rapporten fra Apperta Foundation i en definisjon av ordet «åpen plattform».¹⁸⁵ Videre står blant annet det følgende:

«Det legges til grunn en plattformbasert arkitekturtilnærming [...]. Denne arkitekturtilnærmingen skal bidra til å unngå en framtidig situasjon hvor tjenesteutvikling i kommunene bremses som følge av sterke bindinger og avhengighet til enkeltleverandør(er) – også her er stikkordene åpenhet og endringsevne. Spesielt er det viktig å etablere et tydelig skille mellom data og applikasjoner, gjennom å stille krav om at data fra journalkjernen skal være tilgjengelig slik at flere aktører kan konsumere på samme informasjon. Dermed kan et bredt sammensatt leverandørmarked gi drahjelp i arbeidet med å realisere innovative og framtidsrettede løsninger basert på Akson-tiltaket».¹⁸⁶

Vedlegget som vedrører arkitektur, ble utarbeidet i samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, KS og Oslo, Bærum og Bergen kommune.¹⁸⁷ Vedlegget ble utformet relativt sent i forprosjektet, som pågikk fra april 2019 til mars 2020. En liste over eksterne møter viser at ti møter har omhandlet arkitektur, og at sju av disse fant sted i januar og februar 2020.¹⁸⁸

Disse møtene om arkitektur fant sted parallelt med eller kort tid etter at Aksons løsningsarkitektur og konsept ble kritisert i flere offentlige innlegg,^{189,190,191,192,193,194,195,196,197,198,199,200,201,202} og et dialogmøte om ivaretagelse av innovasjon og tredjepartsleverandører i regi av Norway Health Tech.²⁰³

¹⁸³ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg Q Felles dokument fra KS, Direktoratet for e-helse og utvalgte kommuner vedrørende arkitektur for Akson.

¹⁸⁴ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg E Kontraktstrategi.

¹⁸⁵ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg Q Felles dokument fra KS, Direktoratet for e-helse og utvalgte kommuner vedrørende arkitektur for Akson, side 8.

¹⁸⁶ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg Q Felles dokument fra KS, Direktoratet for e-helse og utvalgte kommuner vedrørende arkitektur for Akson, side 1.

¹⁸⁷ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg Q Felles dokument fra KS, Direktoratet for e-helse og utvalgte kommuner vedrørende arkitektur for Akson, side 1.

¹⁸⁸ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg B Organisering av arbeidet, side 13.

¹⁸⁹ Storvik, Anne Grete (2019) Refser gigantisk IT-prosjekt. I: Dagens Medisin, nettutgave, 09.10.2019. <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/10/09/refser-gigantisk-it-prosjekt/>>

¹⁹⁰ Storvik, Anne Grete (2019) IT-leverandørene sendte bekymringsmelding. I: Dagens Medisin, nettutgave, 15.10.2019.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/10/15/it-leverandorene-sendte-bekymringsmelding/>>

¹⁹¹ Storvik, Anne Grete (2019) – Direktoratet for e-helse har utpreget lite rolleforståelse. I: Dagens Medisin, nettutgave, 23. oktober 2019.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/10/23/-direktoratet-for-e-helse-har-utpreget-lite-rolleforstaelse/>>

¹⁹² Brandsæter, Leif Arne (2019) Stor risiko for å feile med Akson. I: Dagens Medisin, nettutgave, 24. oktober 2019.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/10/24/stor-risiko-for-a-feile-med-akson/>>

¹⁹³ Storvik, Anne Grete (2019) Oslo kommune sterkt kritisk til IT-milliardprosjekt. I: Dagens Medisin, nettutgave, 29. oktober 2019.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/10/29/oslo-kommune-sterkt-kritisk-til-it-milliardprosjekt/>>

¹⁹⁴ Storvik, Anne Grete (2019) Advarte mot risiko i journal-prosjekt. I: Dagens Medisin, nettutgave, 13. november 2019.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/11/13/advarte-mot-risiko-i-journal-prosjekt/>>

¹⁹⁵ Haraldsen, Arild (2019) Når staten skal investere 11 milliarder kroner til digitalisering. I: digi.no, nettutgave, 18. november 2019.

<<https://www.digi.no/artikler/kommentar-nar-staten-skal-investere-11-milliarder-kroner-til-digitalisering/479161>>

¹⁹⁶ Gorman, Christin (2019) Vi trenger ingen helse-plattform. <<https://gristin.wordpress.com/2019/11/30/vi-trenger-ingen-helse-plattform/>>. 30. november 2019.

¹⁹⁷ Haraldsen, Arild (2020) På tide å tenke nytt om digitaliseringen i helsesektoren. I: digi.no, nettutgave, 2. januar 2020. <<https://www.digi.no/artikler/kommentar-pa-tide-a-tenke-nytt-om-digitaliseringen-i-helsesektoren/482012>>

¹⁹⁸ Prösch, Susanne Monica (2020) Akson: Som man roper i skogen får man svar. I: Dagens Medisin, nettutgave, 29.01.2020.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/01/29/akson-som-man-roper-i-skogen-far-man-svar/>>

¹⁹⁹ Steen, Robert (2020) Elefanten i rommet. I: Dagens Medisin, nettutgave, 25. januar 2020. <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/01/25/elefanten-i-rommet/>>

²⁰⁰ Sunnevig, Tor Arild (2020) AKSON - «Elefanten i rommet» x 2. <<https://www.linkedin.com/pulse/akson-elefanten-i-rommet-x-2-tor-arild-sunnevig%25C3%25A5g/?trackingId=VT280m8NQRekeqdSiNKFvw%3D%3D>>. 27. januar 2020.

²⁰¹ Prösch, Susanne Monica (2020) Akson: Som man roper i skogen får man svar. I: Dagens Medisin, nettutgave, 29.01.2020.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/01/29/akson-som-man-roper-i-skogen-far-man-svar/>>

²⁰² Aanestad, Margunn (2020) Akson, elefanter - og Vipps. I: Dagens Medisin, nettutgave, 31. januar 2020. <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/01/31/akson-elefanter-og-vipps/>>

²⁰³ Norway Health Tech, 12. desember 2019. Dialogmøte: Bidrar Akson til å realisere pasientens helsetjeneste?

<<https://www.norwayhealthtech.com/nb/event/dialogmote-bidrar-akson-til-a-realisere-pasientens-helsetjeneste/>>

5.5.2 Sentrale aktører, fagmiljøer og kvalitetssikringen påpeker at det er et misforhold mellom de skisserte plattformprinsippene og innretningen på Akson

I etterkant av at det sentrale styringsdokumentet ble levert, har flere separate kilder vist til at det er et misforhold mellom innretningen av prosjektet slik det ble skissert i sentralt styringsdokument, og den uttalte visjonen om en plattform-/økosystemtilnærming.

En analyse av sentralt styringsdokument som vi har innhentet fra forskere ved UiO, vurderer at det har blitt lagt ned mye arbeid for å imøtekomme kritikken mot mangelen på plattform/økosystem-tilnærming, men at strategien som legges til grunn ikke tilsvarer en reell plattformstrategi.²⁰⁴ Forskerne utelukker ikke at strategien kan modifiseres i denne retningen i forbindelse med arbeidene med tilbudsgrunnlaget, men mener at en slik utvikling vil kreve en prinsipiell nyorientering de ikke kan se tegn til i det sentrale styringsdokumentet.

Forskerne noterer seg at det er åpnet opp for en større modularisering og mulighet for at flere leverandører kan gå sammen, og at dette er et steg i retning av en plattformstrategi. I tillegg er mange av formuleringene i styringsdokumentet isolert sett fornuftige og i tråd med det som anses for å være beste praksis.

For eksempel viste styringsdokumentet til at en plattformbasert arkitekturtilnærming skal:

- unngå at tjenesteutvikling i kommunene bremses av bindinger og avhengighet til enkeltleverandør(er)²⁰⁵
- skape verdi ved at ny funksjonalitet kan utvikles på utsiden og skalere raskere enn mer tradisjonelle modeller²⁰⁶
- utfordre leverandørmarkedet for å motvirke informasjonsblokkering gjennom å etablere et tydeligere skille mellom data og applikasjoner/funksjonalitet²⁰⁷
- understøtte utvikling og integrasjon gjennom å tilgjengeliggjøre av data fra kjerneløsningen gjennom åpne programmeringsgrensesnitt²⁰⁸
- gi andre leverandører mulighet til å tilby ulike former for tilleggsfunksjonalitet basert på disse grensesnittene.²⁰⁹

Imidlertid fremgår det av vedlegg G at det skal anskaffes én journalløsning som skal være felles og lik for alle kommunale helse- og omsorgstjenester.²¹⁰ Forskerne forstår begrepet «journalløsning» slik at det omfatter både selve datalageret og den brukerrettede funksjonaliteten/grensesnittet, og at dette må bety at den samme applikasjonen skal brukes av alle uansett størrelse og arbeidsområde, slik det går frem av vedlegg G i styringsdokumentet.

Dette gir, ifølge forskerne, et inntrykk av at det ikke skal være mulig å benytte andre journalløsninger enn den som blir anskaffet. Inntrykket forsterkes av vedlegg F, som vurderer muligheten for å pålegge kommunene plikt til å ta i bruk løsningen som blir anskaffet.²¹¹ I vedlegget vurderer direktoratet det som sannsynlig at det vil være behov for et pålegg om å ikke ta i bruk andre journalløsninger enn Akson.

Etter forskernes vurdering er anskaffelse av én løsning som alle brukerne skal benytte, det motsatte av en plattformstrategi, uansett hvor mange systemer løsningen består av. En ekte plattformtilnærming ville etter forskernes skjønn innebære at det bare var *selve datalageret* som skulle være felles og utgjøre plattformen, og så overlate til markedet å tilby et utvalg av applikasjoner som kunne brukes mot dette datalageret.

Med en slik strategi ville de ulike brukerne få mulighet til å anskaffe applikasjoner som passer deres virksomhetsområde og størrelse, samtidig som alle bruker det felles datalageret for journalopplysningene sine. På den måten ville de kunne få en godt tilpasset funksjonalitet, samtidig som de ville ha sømløs tilgang til journaldata de er autorisert for, også data fra andre virksomheter og faggrupper.

²⁰⁴ Se delkapittel 3.4 for mer informasjon om hvordan vi har samarbeidet med forskere om IT-faglige vurderinger.

²⁰⁵ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 17.

²⁰⁶ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 27.

²⁰⁷ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg G Løsningsomfang og arkitektur*, side 22.

²⁰⁸ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg G Løsningsomfang og arkitektur*, side 22.

²⁰⁹ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg G Løsningsomfang og arkitektur*, side 23.

²¹⁰ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg G Løsningsomfang og arkitektur*, side 40-41.

²¹¹ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg F Nødvendigheten av å pålegge plikt til å bruke den felles kommunale journalløsningen*.

For å sette fart i markedet og skape et økosystem av leverandører rundt plattformen, og sikre at det allerede fra starten av ville finnes minst ett alternativ for alle brukergruppene, kunne man også utlyse konkurranser om et passende spekter av applikasjoner som kunne dekke de ulike behovene hos de ulike virksomhetstypene. Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at en slik strategi likevel ikke har vært forprosjektet og at man dermed ikke kjenner til hvilke konsekvenser en slik strategi vil ha for blant annet måloppnåelse, kostnader, tidsplan, nytte og ikke minst risiko.²¹²

Forskerne vurderer at kontraktsstrategien er mer åpen enn KVVU-en la opp til. Imidlertid mener de at kontraktsstrategien ikke ser ut til å stemme overens med den erklærte plattformfilosofien. Tilnærmingen som blir anbefalt av direktoratet, deler anskaffelsene inn i seks områder, med én leverandør som hovedansvarlig for hvert anskaffelsesområde. Det skal være muligheter for samarbeid mellom leverandører og mer nyutvikling.²¹³ Det åpnes videre for at «tilbydere av journalfunksjonalitet kan tilby løsninger basert på komponenter eller på nyutvikling for å dekke behovene».²¹⁴

Forskerne anser ikke tilgangseksklusivitet, som vil begrense leveransemuligheten til én leverandør eller en vinnende koalisjon av leverandører, som forenlig med begrepet åpen plattform. Dette understøttes videre av definisjonen av «åpen plattform» som Direktoratet for e-helse viser til i styringsdokumentet.²¹⁵

Etter denne definisjonen kan en plattform betraktes som åpen når «ingen begrensninger er lagt for deltakelse i utvikling, kommersialisering eller bruk av plattformen», eller «eventuelle begrensninger – for eksempel krav til samsvar med tekniske standarder eller betaling av lisensavgift – må være rimelige og ikke-diskriminerende. Det vil si at de brukes enhetlig for alle potensielle plattformdeltakere».²¹⁶

Forskerne ser også tegn til at sluttresultatet av anskaffelsen skal være én totalløsning som skal benyttes av alle aktørene. For eksempel beskriver styringsdokumentet at det kan «være aktuelt å stille krav om at leverandøren av journalplattformen tilrettelegger et teknisk miljø som kan bidra til innovasjon ved at tredjepartsleverandører kan utvikle tilleggsfunksjonalitet til løsningen, samt at leverandøren bidrar inn i et antall innovasjonsprosjekter».²¹⁷ Direktoratets anbefalinger for kontraktsstrategi pekte videre på at «løsningene kan suppleres med tredjepartsapplikasjoner og som kan legge til rette for innovative bidrag til løsningene også fra andre enn hovedleverandørene».²¹⁸

Forskerne mener at dette tyder på at omtalen av tredjepartsapplikasjoner kun skal være avgrenset til å tilby supplerende tilleggsfunksjonalitet og ikke alternative moduler eller journalløsninger til det som skal anskaffes av Akson. Forskerne finner ikke noe som tyder på at det vil være aktuelt med konkurrerende løsninger, og etter forskernes vurdering er ikke dette forenlig med en plattform-/økosystemløsning.

Direktoratet for e-helse er uenig med forskerne i at den eneste måten å realisere en «ekte» plattformtilnærming er å innføre et skarpt skille mellom applikasjon og data.²¹⁹ Direktoratet mener at det sentrale i en åpen plattformtilnærming er å tilby en infrastruktur som gjør det mulig å knytte sammen applikasjoner og tjenester fra mange forskjellige leverandører, og understøtter deling av data på definerte, standardiserte formater. Hvor dataene er lagret er ikke definerende for en plattformtilnærming.

Direktoratet mener dette også fremgår av Appertas definisjon av åpen plattform, som de legger til grunn (direktoratets oversettelse):²²⁰

En åpen plattform tilbyr en digital infrastruktur med tilhørende tjenester som er basert på åpne, publiserte standarder som alle i prinsippet kan benytte for å ta i bruk plattformen. Plattformen gjør det mulig å knytte sammen applikasjoner og tjenester fra mange forskjellige leverandører, og understøtter deling av data på definerte, standardiserte formater – med bruk av felles tillitstjenester og terminologi.

²¹² Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet.

²¹³ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg E Kontraktsstrategi*, side 42.

²¹⁴ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg E Kontraktsstrategi*, side 48.

²¹⁵ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 85.

²¹⁶ Eisenmann, Thomas R., Geoffrey Parker, and Marshall Van Alstyne (2009) *Opening Platforms: When, How and Why?* Kapittel 6 i *Platforms, Markets and Innovation*. Annabelle Gawer (red.). Cheltenham, U.K. and Northampton, MA: Edward Elgar Publishing. (Sitat oversatt av Direktoratet for e-helse).

²¹⁷ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 90.

²¹⁸ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg E Kontraktsstrategi*, side 87.

²¹⁹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

²²⁰ Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*.

Direktoratet omtaler ikke at Appertas definisjon også forutsetter at et åpent økosystem skal være leverandør- og teknologiuavhengig, med formål om å redusere leverandørvhengighet, og for å styrke innovasjon og konkurranse.²²¹

Også andre forskere og interessenter har i etterkant av at styringsdokumentet ble publisert, kommet med innlegg som har argumentert for at konseptet ikke i stor nok grad skiller programvare fra data, og setter spørsmålstegn ved om det er hensiktsmessig og i tråd med beste praksis å velge et konsept som åpner for å anskaffe en løsning fra én eller flere forhåndsdefinerte leverandører:

- Nasjonalt senter for e-helseforskning skrev at de mener at løsningen på problemet ikke ligger i anskaffelse(r) av felles system for kommunal sektor, men at en bedre tilnærming vil være å definere felles tekniske standarder, informasjonsmodeller og språk som beskriver og definerer dataene i en åpen plattform, med mulighet for fri konkurranse om å utvikle systemer basert på de samme standardene.²²² Videre uttalte forskningssenteret at Norge bør ha som prinsipp at helsedata eies og forvaltes av staten, slik at legitim bruk av data gjøres leverandøruavhengig.
- Legeforeningen, Fagforbundet og Tannlegeforeningen ga uttrykk for at konseptet utelukker andre leverandører enn leverandøren(e) som vinner anbudet fra å konkurrere «om å plugge inn sine løsninger», noe foreningene mener er «en gammeldags tilnærming med høy risiko for kostnadsoverskridelser, lav kvalitet, for mye makt til monopolleverandører og for høye byttekostnader for å erstatte en dårlig løsning».²²³ I stedet må det opprettes et økosystem med forretningsmessig like vilkår for alle journalløsninger, og at arkitektur og anskaffelsesstrategi må endres slik at dette understøttes. Foreningene argumenterte for at det offentlige må bygge opp kompetanse og eierskap til data, og at sektoren må gå «i retning av felles datalagre og samtidighet i systemoppdateringer».
- Oslo kommune uttalte at det valgte konseptet ikke er fleksibelt nok, og at det heller trengs en «smidig arkitektur som åpner for innovasjon, videreutvikling, kontinuerlig forbedring og tilpassing av nye systemer, som ikke kun velger én leverandør/produsent nå og for de neste tyve årene».²²⁴ Kommunen skrev at økosystemer ikke kan bygges med ferdige og «låste» deler, og at valg av ett/få systemer vil rasere insentivet for innovasjon og videreutvikling. Oslo kommune viste til den åpne standarden «openEHR» som et mulig alternativ som åpner for konkurranse, innovasjon og videreutvikling.
- Ole Hanseth ved institutt for informatikk hos UiO påpekte at transformasjonen i sektorene utdanning, bank og finans, medier og flytransport har vært mulig gjennom utvikling av en felles infrastruktur bestående av omfattende nettverk av kommuniserende systemer, noen av dem plattformer, og at dette er motsatt av strategien som Akson er basert på.²²⁵
- Roald Bergstrøm, tidligere IT-sjef på sykehuset i Levanger og seniorrådgiver i KITH, mente at Akson følger samme prosess som Helseplattformen, og at det legges opp til en kontrakt som er så stor at kun noen få utenlandske leverandører vil ha mulighet til å levere tilbud.²²⁶ Kronikkforfatteren viste til at myndighetenes oppgave heller bør være å stille krav til interoperabilitet, velge standarder, og utvikle rammeverk slik at nødvendige data kan utveksles uavhengig av system.
- Flere andre offentlige debattinnlegg har argumentert for at det viktigste er at informasjonen er tilgjengelig der den trengs, og at sektoren først og fremst har behov for å sende og hente data i et felles register fremfor omfattende enkeltsystemer.^{227,228}

Den eksterne kvalitetssikringen av det sentrale styringsdokumentet (KS2) hadde også innvendinger mot styringsdokumentets etterlevelse av den erklærte plattformfilosofien. Rapporten pekte på at strategien for hvordan plattformen skal realiseres og anvendes, ikke er beskrevet i det sentrale styringsdokumentet.

²²¹ Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*, side 8.

²²² Nasjonalt senter for e-helseforskning (2020) *Innspill til Akson*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 14. august 2020.

²²³ Den norske legeforening, Den norske tannlegeforening og Fagforbundet (2020) *Akson kan reddes – hvis helsearbeidere og IT-arkitekter samarbeider tett basert på moderne teknologiforståelse*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 6. oktober 2020.

²²⁴ Steen, Robert (2020) *Helsehjelp må oppdateres*. I: Dagens Medisin, nettutgave, 26. august 2020. <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/08/26/helsehjelp-ma-kunne-oppdateres/>>

²²⁵ Hanseth, Ole (2020) *Hvordan setter vi fart i helsedigitaliseringen?* I: Dagens Medisin, nettutgave, 16. september 2020.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/09/16/hvordan-fa-fart-pa-digitaliseringen-av-helsesektoren/>>

²²⁶ Bergstrøm, Roald (2020) *Norsk helse teknologi mister muligheter med Akson*. I: Dagens Medisin, nettutgave, 12. juni 2020.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/06/12/akson-og-tapte-muligheter-for-norsk-helse teknologi/>>

²²⁷ Gorman, Christin (2020) *Nei, systemene må ikke snakke sammen*. <<https://gristin.wordpress.com/2020/08/01/nei-systemene-ma-ikke-snakke-sammen/>>, 1. august 2020.

²²⁸ Andersen, Espen (2020) *Akson bør bli hodeløst*. I: Digi.no, nettutgave, 7. august 2020. <<https://www.digi.no/artikler/kommentar-akson-bor-bli-hodelost/497079/>>

Rapporten viser til at beskrivelsen av plattformen er mangelfull og «begrenset til en referanse til teoretiske definisjoner av ulike plattformer, og hvilke hovedspørsmål som må besvares knyttet til plattformens kjerne, utbredelse, åpenhet og endringsevne».²²⁹ Styringsdokumentet gir ifølge kvalitetssikrerne ikke svar eller føringer for hvordan plattformløsningen skal fungere som del av et større digitalt økosystem, hva den skal dekke, og hva som skal kunne legges på løsningen.

Det er heller ikke belyst hvordan tredjepartsapplikasjoner skal integreres med plattformen, hvor tett plattformen skal være koblet til journalløsningen, og om «konkurrerende» løsninger skal kunne legges på plattformen for å sikre samhandling. I tillegg er flere viktige forhold ikke «beskrevet tilfredsstillende»:

- om eller hvordan kjernen av journalløsningen skal spille sammen med andre komponenter
- om eller hvordan Akson journal skal fungere i samspill med eksisterende journalløsninger hos de kommunene som velger å ikke delta
- hvordan nye kommunale løsninger som anskaffes og innføres innen den kommunale helse- og omsorgssektoren i perioden 2020–2030, skal håndteres

Kvalitetssikringen så også på det som problematisk at kravene knyttet til anskaffelse og innføring av en slik plattformløsning ikke er beskrevet, og at det blir lagt opp til at kravene skal stilles på et senere tidspunkt i dialog med leverandørene. Gjennom kvalitetssikringen kom det frem at de mener at slike føringer bør etableres i en forprosjektfase, og være utgangspunktet for «en styrt dialog med leverandørene hvor det er tydelig hvilke forventninger kunden har». Inntrykket til kvalitetssikrerne er at prosjektet nå planlegger å «spørre leverandørene om hva de har», fremfor å starte dialogen med tydelige forventninger.

De eksterne kvalitetssikrerne forsto det også slik at det er åpent hvor stor kjernen i journalløsningen skal være, og i «hvilken grad en kjerne skal anskaffes som del av en veldefinert applikasjon som i hovedsak må konfigureres, eller om det er nødvendig med et utviklingsprosjekt som følger en smidig arbeidsmetodikk».²³⁰

Dersom det blir en stor kjerne, vil dette ifølge kvalitetssikrerne begrense muligheten til å bygge på mer funksjonalitet og utnytte mulighetene som finnes i markedet. En mindre kjerne vil kunne åpne for flere leverandører på plattformen, enten som underleverandør eller som uavhengig leverandør. Kvalitetssikrerne mente at det er problematisk at det sentrale styringsdokumentet verken diskuterer eller konkluderer med hvordan størrelsen på kjernen vil påvirke løsningsstrategi og innføring. Kvalitetssikrerne beskrev også dette problemet slik:

«For å møte kravet om en plattformfilosofi, er det viktig at den overordnede arkitektur og kjernefunksjonalitet på en god måte lar seg bryte opp i håndterbare enheter. Det er ikke beskrevet annet enn at kjernefunksjonaliteten er et minimumskrav for løsningen. Vi er som tidligere nevnt bekymret for at dette kan sette rammer som kommer i motstrid med målet om en plattformløsning innenfor et velfungerende økosystem».²³¹

Kvalitetssikringen konkluderte med at det var «for mange viktige problemstillinger om løsningsstrategi som er skjøvet fremover i tid uten å gi svar som normalt skal være dekket i sentralt styringsdokument», og at det ikke er «tilstrekkelig synliggjort hvordan de overordnede prinsippene om økosystem, plattformtilnærming og samhandling, samt en stegvis gjennomføring, skal omsettes til en planlagt, konkret og troverdig løsningsstrategi».²³² Kvalitetssikrerne mente at dette må beskrives, og anbefalte at myndighetene iverksetter dette arbeidet så raskt som praktisk mulig.

Direktoratet for e-helse tilføyer på dette punktet at direktoratets anbefaling er ikke å gjennomføre denne type oppdeling og detaljert design av journalplattformen før leverandørdialogen er gjennomført.²³³ Konseptet bygger på prinsippet om at det skal anskaffes en journalløsning som både realiserer kjernefunksjonaliteten i det funksjonelle målbildet og innehar de kapabilitetene som kjennetegner en plattform, slik at tilleggsfunksjonalitet kan anskaffes/utvikles gjennom hele livssyklusen til journalløsningen.

Helse- og omsorgsdepartementet oppfatter at det ville bryte med anbefalingene i veilederen *Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell*²³⁴ å allerede i styringsdokumentet konkludere på detaljert design.²³⁵ Gjennom å holde åpent spørsmålene om hvordan funksjonaliteten og plattformegenskapene skal

²²⁹ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 58.

²³⁰ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 59.

²³¹ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 62.

²³² Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 60.

²³³ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

²³⁴ Finansdepartementet (2020) *Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell*. Veileder, 31.01.2020.

²³⁵ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

realiseres stegvis, vil det ifølge departementet være mulig å utnytte mulighetene som tilbys av leverandørmarkedet. En for tidlig innsnevring begrenser muligheten til nettopp dette.

Videre konkluderte de eksterne kvalitetssikrerne med at de ikke har tro på en vellykket innføring med mindre plattformen legger til rette for tredjepartsprodukter, og presiserte at beskrivelsene i dokumentet ikke beskriver hvordan man aktivt planlegger å legge til rette for at dette skal skje, selv om den ikke direkte hindrer en slik utvikling.²³⁶ Kvalitetssikrerne mente å kunne se en «manglende harmoni mellom overordnede uttalelser om ambisjoner og hvilke muligheter man ønsker å åpne for, og innholdet i mer operative strategier og planer som skisseres for å nå de beskrevne målbildene».

Kvalitetssikrerne anbefalte derfor at styringsdokumentet oppdateres slik at «overordnede prinsipper om økosystem, plattformtilnærming og samhandling, samt en stegvis gjennomføring, er omsatt til en planlagt, konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi», og understreket at en ny kvalitetssikring bør gjennomføres når dette har blitt gjort – med videre finansiering av Akson knyttet opp mot resultatet av denne.²³⁷ Kvalitetssikrerne mente også å kunne se at styringsdokumentet har beveget seg i retning av et allerede forkastet konsept:

«Etter vår vurdering gir ikke tiltaket, slik det er beskrevet i SSD, tilstrekkelig sikkerhet for at man når målene for konseptet som ble anbefalt i KVVU og KS1. [...] Lav deltakelse fra fastlegene, usikkerhet om pålegg kan eller vil iverksettes, usikkerhet om omfanget av samhandling, bidrar imidlertid til å trekke konseptet i retning av et annet konsept som ble forkastet tidlig i KVVU-arbeidet (Konsept 3). Det er fortsatt en ambisjon om 100 % deltakelse, høy grad av konsolidering og omfattende samhandling, men dette blir ikke i tilstrekkelig grad beskrevet i SSD og det gis ikke nødvendig trygghet for at målene nås».²³⁸

Som svar på kvalitetssikringen valgte departementet å be om konkretisering av plattformprinsippene, og å avvente endelig investeringsbeslutning for Akson til ny kvalitetssikring foreligger

Tilbakemeldingen fra kvalitetssikringen har forsinket investeringsbeslutningen for Akson. Direktoratets plan var opprinnelig at investeringsbeslutningen for Akson skulle ha blitt tatt i forbindelse med statsbudsjettet høsten 2020,²³⁹ men det er per nå ikke bestemt når dette vil skje.

Helse- og omsorgsdepartementet har blant annet forutsatt at det sentrale styringsdokumentet skal oppdateres, og gitt føringer om at «prinsippene om plattformtilnærming, samhandling og stegvis gjennomføring [skal] operasjonaliseres i en gjennomføringsstrategi i tråd med KS2-anbefalingen».²⁴⁰ Departementet forutsatte at det oppdaterte styringsdokumentet skal kvalitetssikres på nytt før den endelige finansieringsbeslutningen skal tas.²⁴¹

Departementet forklarer i intervju at de vurderer at mulighetsrommet for konsepter har blitt tilstrekkelig utforsket både i 2015-utredningen og Akson-utredningen, og opplever ikke at noen realistiske og relevante konseptalternativer har blitt utelatt i denne prosessen.²⁴²

5.5.3 Direktoratet for e-helse mener at det ikke finnes modne plattformløsninger på journalområdet tilrettelagt for helsesektoren, og har derfor beholdt strategien om å anskaffe en større standardløsning

Direktoratet for e-helse uttaler i intervju at de mener det har vært en grundig utredningsprosess fra start, og at man siden har fulgt løpet som ble satt i gang i 2012 uten betydelige kursendringer underveis. Direktoratet står fast på at retningen som ble foreslått i 2015, har vist seg senere å være riktig. Videre har antagelsene som lå til grunn, bare blitt styrket. Direktoratet opplever i tillegg at det ikke har fremkommet funn eller innspill som skulle tilsi at det er nødvendig å vesentlig endre kurs eller tilnærming. Direktoratet for e-helse vektlegger følgende argumenter i sitt forsvar av det valgte konseptet:

Direktoratet mener Gartner-analysen av leverandørmarkedet fortsatt er gyldig

Direktoratet for e-helse uttaler i intervju at de mener at konklusjonene fra rapporten til Gartner i 2014, om at det er komplisert å oppnå funksjonalitet som tilsvarer en «generasjon 3»-løsning gjennom en «best-of-

²³⁶ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 64.

²³⁷ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 10.

²³⁸ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 6-7.

²³⁹ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal/løsning*, side 149.

²⁴⁰ Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 73.

²⁴¹ Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 71.

²⁴² Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

breed»-strategi, fortsatt står seg. Direktoratet mener at utviklingsarbeidet i det norske selskapet DIPS og tiden det har tatt å ferdigstille deres neste generasjon journalløsning (Arena) og de regionale helseforetakenes arbeid med å etablere gode integrasjoner mellom journal- og kurvesystemer, illustrerer hvor komplekst dette er.

Direktoratet for e-helse mener imidlertid det er nødvendig med en plattformtilnærming for å anskaffe og etablere en felles kommunal journalløsning for å begrense innlåsningsmekanismer og for å skape grunnlag for fleksibilitet og tjenesteinnovasjon.

Direktoratet vurderer at det ikke finnes modne plattformløsninger på journalområdet tilrettelagt for helse- og omsorgstjenesten, og at man derfor må ta utgangspunkt i en standardløsning

Når det gjelder Akson og plattformløsninger, viser direktoratet til at de vurderer det slik at det per dags dato ikke finnes velutviklede plattformløsninger tilrettelagt for helse- og omsorgstjenesten. Å realisere felles journalløsning som en plattform vil dermed måtte gjøres gjennom en av to mulige tilnærminger:²⁴³

1. **Ta utgangspunkt i en plattformteknologi** med sterke integrasjonsskapabiliteter og en omfattende informasjonsmodell tilpasset behovene hos helse- og omsorgstjenestene. I denne strategien må funksjonalitet for helsepersonell og innbyggere utvikles eller settes sammen gjennom å integrere flere mindre omfattende journalløsninger.

Det finnes et fåtall leverandører som i dag kan sies å ha en plattform med en tilstrekkelig omfattende og tilpasset informasjonsmodell som kan understøtte helse- og omsorgstjenesten, og som har kjernefunksjonalitet som kan understøtte et bredt spekter av helsepersonell.

2. **Ta utgangspunkt i en sammenhengende journalløsning** (EPJ) som oppfyller generasjon 3, og som har en tydelig strategi for å utvikle plattformegenskaper. I denne strategien må det stilles krav til åpenhet og endringsevne, samt at dataene er tilgjengelige gjennom en standard som er allment tilgjengelig.

De største internasjonale leverandørene har de siste årene i større grad åpnet opp sine løsninger for å tilby plattformegenskaper. Myndighetskrav for å redusere informasjonsblokkering er med på å fremskynde denne utviklingen. Imidlertid mener direktoratet at det er for tidlig å si hvorvidt de tradisjonelle EPJ-leverandørene vil lykkes med å oppfylle forventningene knyttet til arkitekturprinsippene om plattformegenskaper.

Direktoratet mener altså fortsatt at det er en fordel å ta utgangspunkt i en kjerne av allerede utviklet «hylleware» som tilbyr nødvendig funksjonalitet, noe som også bekreftes i intervju. Direktoratet vurderer det slik at man kommer raskere i mål ved å anskaffe kjernefunksjonalitet som sikrer at helsepersonellet kan oppfylle dokumentasjonskrav og oppnå bedre samhandling mellom helsepersonell, mellom ulike tjenesteområder i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.²⁴⁴

Direktoratet mener at plattform ikke forutsetter tydelig skille mellom data og applikasjoner

Direktoratet for e-helse forteller i intervju at felles journal i Akson tilsvarer det som i 2015-utredningen ble omtalt som «topologi 3», altså felles system og felles datalagring. Dette har blitt valgt fremfor «topologi 2», som tilsier lokale systemer og felles datalagring. Direktoratet mener at en plattform kan realiseres gjennom begge disse topologiene – ikke bare topologi 2, som flere aktører har antydnet. Direktoratet forteller videre at det som vil kunne skille disse to topologiene, først og fremst handler om plattformens kjerne (det vil si hvilke tjenester og funksjonalitet som er tilgjengelig for de ulike aktørene), samt hvilken strategi for åpenhet og endringsevne som etableres på plattformene.

Motstanden mot Akson forklares av direktoratet med misforståelser, at leverandørmarkedet utfordres, at kommunikasjonen ikke har vært god nok, og interessemotsetninger

Direktoratet fremholder i intervju at de både i 2015-utredningen og Akson-utredningen har forsøkt å holde mulighetsvinduet åpent så lenge som mulig, slik at det skal være mest mulig fleksibilitet til å tilpasse løsningen. For eksempel ble det verken i 2015-utredningen eller i Akson-utredningen tatt stilling til om en løsning skulle bestå av ett system fra én leverandør, eller om løsningen kan bestå av flere. Direktoratet forteller at dette er noe man først skal ta stilling til i anskaffelsen, og at markedet kan velge å besvare

²⁴³ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 93.

²⁴⁴ Intervju med Direktoratet for e-helse.

oppdraget med en løsning som henger sammen med ett eller flere systemer og leverandører, som selv står for nødvendig utvikling slik at det oppleves som en helhetlig løsning av brukerne.

Direktoratet mener at det har vært svært mange misforståelser knyttet til hvor store føringer som ble lagt av de første valgene, og hvilket mulighetsrom som har vært til stede i den senere prosessen.²⁴⁵ Direktoratet har inntrykk av at noen aktører har tenkt at det er lagt til grunn og besluttet fra direktoratets side at man skal kjøpe ett system fra én (internasjonal) leverandør, men dette er feilaktig. Oppfatningen kan kanskje komme av at det har vært nærliggende for mange aktører å sette likhetstegn mellom det Helseplattformen har gjort, og det direktoratet har lagt til grunn i sine utredninger, men dette er ikke en vurdering direktoratet er enig i. Direktoratet opplever at mulighetsrommet er større enn som så.²⁴⁶

Direktoratet forklarer også noe av støyen og misforståelsene som har oppstått, med at konseptvalget utfordrer et eksisterende leverandørmarked.²⁴⁷ I tillegg mener direktoratet at sektoren og andre interessenter ikke har forstått budskapet om at mulighetsrommet fortsatt er åpent.²⁴⁸ Direktoratet har senere skrevet en kronikk hvor de sier seg enige i at kommunikasjonen rundt prosjektet ikke har vært godt nok.²⁴⁹ Ifølge direktoratet har de ikke vært «vært proaktive nok, kommunisert nok med alle involverte parter eller lagt nok vekt på å forklare hva anbefalingene som ble gitt i det sentrale styringsdokumentet innebar», og dette har ført til seilivede misforståelser.

I samme kronikk antydte også direktoratet at noe av motstanden kan forklares av interessekonflikter. Kronikken løfter frem at kommunikasjon *alene* ikke kan «forklare hvorfor Akson-debatten har vært og vil være krevende også fremover», og at bedre kommunikasjonsarbeid ikke kan løse reelle interessekonflikter mellom gruppene som blir berørt av Akson journal.

5.6 Kunnskapsgrunnlag og involvering av fagmiljøer i utredningsprosessen

5.6.1 Forskningsmiljøer opplever at de har blitt lite involvert i utredningsprosessen

Dette delkapittelet beskriver hvordan sentrale forskningsmiljøer har blitt involvert i utredningsprosessen, og hvordan forskning har blitt lagt til grunn som kunnskapsgrunnlag.

Det er ulike synspunkter på hvor involvert Nasjonalt senter for e-helseforskning har vært i utredningsprosessen

Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) ble opprettet i sin nåværende form i 2016, og er en videreføring av det som tidligere het Nasjonalt senter for telemedisin.²⁵⁰ Helse- og omsorgsdepartementet forutsatte ved budsjettildelingen i 2016 at senteret i sin forskning blant annet skulle ta utgangspunkt i de nasjonale behovene knyttet til arbeidet med *Én innbygger – én journal*.²⁵¹

NSE forteller i intervju at de generelt har vært lite involvert i forbindelse med utredningen av *Én innbygger – én journal*, og at dette gjelder både utredningen i 2015 og Akson-utredningen. I forbindelse med 2015-utredningen var NSE (da kalt Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin) representert på et møte i en tidlig fase. NSEs deltaker opplevde at utredningen i liten grad var tilrettelagt for innspill fra akademien. I etterkant laget senteret en oppsummering av status internasjonalt, og denne ble benyttet i rapporten.

En oversikt over kontakt mellom prosjektgruppen for *Én innbygger – én journal* og NSE viser at NSE ikke har vært benyttet av utredningsgruppen etter 2017.²⁵² Direktoratet har ifølge NSE ikke konkretisert videre deltakelse i utredningsarbeidet og heller ikke vært aktive i å ta kontakt.²⁵³ NSE forteller at de i forbindelse med Akson har tatt kontakt og informert om prosjekter som har relevans for Akson, og at direktoratet har gitt uttrykk for at prosjektene er interessante.²⁵⁴ Dette har imidlertid ikke blitt fulgt opp videre. NSE erkjenner at

²⁴⁵ Intervju med Direktoratet for e-helse.

²⁴⁶ Intervju med Direktoratet for e-helse.

²⁴⁷ Intervju med Direktoratet for e-helse.

²⁴⁸ Intervju med Direktoratet for e-helse.

²⁴⁹ Bjerkestrand, Stine (2020) – *Vi har ikke kommunisert godt nok om Akson*. I: Dagens medisin, nettutgave, 16. desember 2020. <<https://www.digi.no/artikler/debatt-vi-har-ikke-kommunisert-godt-nok-om-akson/504412>>

²⁵⁰ Intervju med Norsk senter for e-helseforskning.

²⁵¹ Prop. 1 S (2016-2017) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 33.

²⁵² Intervju med Direktoratet for e-helse.

²⁵³ Intervju med Nasjonalt senter for e-helseforskning.

²⁵⁴ Intervju med Nasjonalt senter for e-helseforskning.

initiativ er et felles ansvar, men mener at direktoratet har et særlig ansvar for å beskrive behovet og være aktive og åpne for samarbeid, og å «koble seg på» forskningsmiljøene.²⁵⁵

NSE sendte høsten 2020 et brev til Helse- og omsorgsdepartementet, hvor de blant annet advarte mot det valgte konseptet for Akson (se nærmere omtale i *delkapittel 5.5.2*) og at kunnskapsaktører og academia «i svært begrenset grad har blitt tatt med i vurderingene som er gjort av Direktoratet for e-helse».²⁵⁶ NSE fremførte også samme budskap i Aftenposten høsten 2020.²⁵⁷ Både direktoratet og KS kalte i etterkant inn til dialogmøter om utspillet. NSEs standpunkt er at senteret både har rett og plikt til å bidra med kunnskapsbaserte innspill i offentligheten for å bidra til en opplyst samfunnsdebatt. Det gjelder særlig så store prosjekter som Akson, som også har utløst en betydelig offentlig oppmerksomhet.

På spørsmål i intervju om samarbeidet med NSE viser Direktoratet for e-helse til at det ikke har vært innenfor rammen av arbeidet med *Én innbygger – én journal* eller Akson å sette i gang nye forskningsoppdrag. Samarbeid med NSE ble tatt ut av tildelingsbrevet til direktoratet fra 2017, og fra 2018 har NSE og direktoratet møtt hverandre til dialogmøter hvor direktoratet peker på prioriterte kunnskapsbehov.²⁵⁸

Direktoratet for e-helse erkjenner at det trengs forskning, men vil ha muligheten til å benytte mindre omfattende undersøkelsesdesign, da direktoratet har behov for overordnede kartlegginger med strammere tidslinjer enn omfattende forskningsprosjekter.²⁵⁹ Direktoratet viser til at de etter 2018 har hatt flere samarbeidsprosjekter med NSE *utenfor* rammen av *Én innbygger – én journal*.

Andre sentrale forskningsmiljøer forteller at de ikke har blitt tilstrekkelig involvert i utredningsarbeidet

Vår kartlegging av forskningsmiljøer med spisskompetanse innenfor e-helse, viser at det er minst tre slike miljøer (i tillegg til Nasjonalt senter for e-helseforskning):

- **SINTEF Digital**, herunder avdeling Helse
- **Universitetet i Agder**, herunder Senter for e-helse
- **Universitetet i Oslo**, herunder Institutt for informatikk

Representanter fra disse tre forskningsmiljøene, samt NSE, bekrefter at disse miljøene er sentrale og relevante å involvere innenfor e-helsefeltet.²⁶⁰ Samtlige fire forskningsmiljøer opplever at de har vært for lite involvert i den nasjonale utredningsprosessen. Forskningsmiljøene peker på at utredningsprosessen ikke har lagt til rette for eller satt av midler til at forskningsmiljøer kan

- gjennomføre kunnskapsoppsummeringer
- utdype og informere behovsanalysen som har blitt gjennomført
- beskrive og eventuelt prøve ut mulige alternative konsepter
- utføre systematisk følgeforskning og -evaluering

Forskningsmiljøene har heller ikke vært representert i styringsgruppene for utredningene. Ifølge miljøene har involveringen vært avgrenset til representasjon i noen arbeidsgrupper/referansegrupper og workshops/møter mellom miljøene og direktoratet. Miljøene opplever at disse møtene ikke har åpnet for reelle innspill som utfordrer det valgte konseptet, og at møtene heller ikke har blitt fulgt opp i etterkant. Det er uklart hvordan innspillene har blitt håndtert, men forskningsmiljøene registrerer at de ikke har resultert i at kursen ble endret eller justert.

Dette har gitt miljøene et inntrykk av at man først og fremst etterspurte forskning som underbygget veivalg som allerede var gjort, fremfor å stille spørsmål ved det etablerte og styrke kunnskapsgrunnlaget. Forskningsmiljøene mener det ordinære virkemiddelapparatet for forskning gjennom Forskningsrådet ikke anses som tilstrekkelig for å dekke behovet for forskning på et så stort tiltak.

Forskningsmiljøene mener at Direktoratet for e-helses praksis står i sterk kontrast til hvordan Helsedirektoratet involverer forskning som en del av sin virksomhet. Forskningsmiljøene vurderer at Helsedirektoratet har tradisjon for å ta initiativ til møter, ha løpende dialog om pågående prosjekter og lyse ut

²⁵⁵ Intervju med Nasjonalt senter for e-helseforskning.

²⁵⁶ Nasjonalt senter for e-helseforskning (2020) *Innspill til Akson*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 14. august 2020.

²⁵⁷ Ekroll, Henning Carr (2020) *Nasjonalt senter for e-helseforskning: Ble ikke bedt om råd i arbeidet med landets største e-helseprosjekt*. I: Aftenposten, nettutgave, 11. september 2020. <<https://www.aftenposten.no/norge/i/OpLdJV/nasjonalt-senter-for-e-helseforskning-ble-ikke-bedt-om-raad-i-arbeidet>>

²⁵⁸ Intervju med Direktoratet for e-helse.

²⁵⁹ Intervju med Direktoratet for e-helse.

²⁶⁰ Dette og det neste avsnittet oppsummerer innholdet i samtaler med representanter fra disse miljøene (UiA, UiO, SINTEF og NSE), og omtales i det etterfølgende som «forskningsmiljøene».

forskningsprosjekter når det er identifisert kunnskapsbehov. Representanten fra SINTEF viser til at de i løpet av de siste årene har utført oppdrag for flere titalls millioner for Helsedirektoratet, blant annet innenfor velferdsteknologi, mens de ikke har hatt et eneste oppdrag for Direktoratet for e-helse i samme periode.

Direktoratet for e-helse er uenig i at de ikke har involvert forskningsmiljøene godt nok

Direktoratet for e-helse er ikke enig i uttalelsene som fremkommer.²⁶¹ Direktoratet forteller at arbeidet med *En innbygger – én journal* er en del av direktoratets generelle arbeid med mobilisering av forskningsmiljø. I tillegg har det vært gjennomført konkrete aktiviteter i hele perioden fra 2012 frem til i dag for å innhente kunnskap eller presentere problemstillinger og behov for kunnskap.

Direktoratet for e-helse mener videre at en generell sammenligning med Helsedirektoratet ikke er overførbart til arbeidet tilknyttet *En innbygger – én journal* og Akson, som digitaliseringsprosjekt i statens prosjektmodell. Til eksempelet på velferdsteknologi viser direktoratet til at forskningsprosjektene som er gjennomført er knyttet til følgeforskning (på tidspunktet nye løsninger tas i bruk). Dette er i følge direktoratet også planlagt følgeforskning for Akson, og viser til kapittel 3.5.3.2 i sentralt styringsdokument.

Direktoratet viser til at de ikke har direkte styring over forskningsmiljøer, og ikke har egne midler til å finansiere forskning.²⁶² I dialog med ulike forskningsmiljø har direktoratet pekt på problemstillinger og kunnskapsbehov for utvikling på e-helseområdet, blant annet gjennom rapporten *Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet*.²⁶³ Rapporten pekte blant annet på behovet for følgeforskning på *En innbygger – én journal* og systematiske kunnskapsoppsummeringer.²⁶⁴ Direktoratet forteller videre at det har vært opp til ulike forskningsmiljø å starte aktiviteter på dette kunnskapsbehovet.

Direktoratet viser også til at de har jevnlige dialogmøter med Norges Forskningsråd (NFR) for å mobilisere virkemiddelapparatet. I tillegg viser de til at de i perioden 2012–2020 har gjennomført flere enn 20 møter, seminarer og workshops med aktører fra forskningsinstitusjoner.

Helse- og omsorgsdepartementet forklarer i intervju at de ikke har stilt spesifikt krav om involvering av forskning i utredningsarbeidet, men at de har stilt et generelt krav om involvering av interessenter. Departementet vurderer at forskningsmiljøene ikke har hatt en fremtredende rolle i forbindelse med 2015-utredningen og forprosjektet til Akson. Imidlertid viser departementet til at forskning spilte en rolle i forbindelse med vurderingene av konseptene for Akson og det endelige valget av konsept 7 (som er beskrevet i *kapittel 5.4.4*), noe som fremgår av fotnoter og kilder. Departementet presiserer imidlertid ikke nærmere hvor dette er dokumentert. Departementet sier også at forskningsmiljøene vil involveres i større grad i det videre arbeidet med Akson.

5.6.2 Utredningene kunne vist til et bredere forskningsgrunnlag

Vi har engasjert to forskere ved UiO²⁶⁵ for å utføre en faglig analyse av utredningenes kunnskapsgrunnlag, herunder hvilken forskning de bygger på. Forskerne vurderer at utredningene i liten grad bygger på foreliggende forskning. Referanselisten inneholder enkelte forskningsartikler om medisinsk bruk av IT, men ingen referanser til forskningsartikler fra fagmiljøer på IT. Dette gjelder både forskning på utviklingstrender for store offentlige og private systemløsninger, og forskningsmiljøer innenfor systemutvikling og prosjektgjennomføring.

Forskerne viser til at det både i forkant og i løpet av utredningsprosessen har blitt publisert mye forskning som, hvis den hadde blitt vurdert, kunne utfordret flere av premissene og valgene som har blitt tatt:

- **Premisset om at totalintegreerte standardløsninger er best egnet, og at konsepter med skille mellom data og applikasjon er urealistiske.** Utredningene viser i mange sammenhenger til en analyse av leverandørmarkedet utført av Gartner Group, som argumenterer for at totalintegreerte suite-løsninger (standardløsninger) er det beste alternativet både driftsmessig og organisasjonsmessig i forhold til dagens såkalte «best-of-breed»-løsninger. Forskerne vurderer at Gartner Groups synspunkter gjengis uten forbehold, og at det ikke er noen diskusjon av disse synspunktene.

Forskerne mener at oppfatning om at standardløsninger er best egnet oppsto under fremveksten av de store suite-løsningene på sentrale områder som økonomi, produksjon og logistikk på 1990-tallet og

²⁶¹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

²⁶² Intervju med Direktoratet for e-helse.

²⁶³ Direktoratet for e-helse (2017) *Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet*.

²⁶⁴ Direktoratet for e-helse (2017) *Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet*. Side 5.

²⁶⁵ Se metodekapittel (3.4) for nærmere informasjon om hvordan vi har benyttet forskere til å vurdere IT- og forskningsfaglige problemstillinger.

begynnelsen av 2000-tallet (og var ganske godt begrunnet da), men gradvis har kommet under press i lys av utviklingen av plattform-/økosystem-løsninger og suite-leverandørenes økende vilje til å åpne for at tredjepartsleverandører kan hekte på sine produkter. Mulighetene som ligger i plattform/økosystemløsninger både som forretningsmodell og alternativ for systemløsninger var godt dokumentert i forskningen allerede på tidspunktet da arbeidet med grunnlaget for 2015-utredningen pågikk.^{266,267,268,269}

Forskerne savner en diskusjon av lagdelte løsninger og en avveining av krav etter hvor raskt ulike løsninger kan implementere dem. Etter forskernes vurdering mangler utredningene en analyse av senere tids teknologiutvikling («emerging trends») og synspunkter fra andre fagmiljøer enn Gartner Group. Forskerne mener derfor at utredningene er basert på et foreldet teknologisynt fra 2012, og at et bilde av rene suite-løsninger som fremtiden innenfor journalløsninger både kunne og burde vært utfordret i større grad.

Forskerne vurderer også at fleksibiliteten i suite-løsninger er overvurdert, noe som kommer spesielt tydelig frem i diskusjonen om «organisatorisk fleksibilitet», der det blir hevdet at det er lettere å gjøre organisasjonsendringer hvis man velger slike løsninger.^{270,271,272,273} Anskaffer man en totalintegreert suite, kjøper man også et syn på hvordan virksomheten bør organiseres og drives. Hvis man skal lykkes med implementeringen av slike systemer, er det avgjørende at man ikke «stritter imot» den virksomhetsmodellen som ligger til grunn for løsningen, men tvert om tilpasser seg den så langt som overhodet mulig.

Det innebærer også at det normalt vil være begrensede variasjonsmuligheter for virksomheter av samme type, men med ulik størrelse. Det vil også være vanskelig å møte endringer som ikke dekkes av funksjonaliteten i suiten. Egne tillegg og endringer i slike programpakker er erfaringsmessig både dyrt og risikabelt, og de gjør det vanskeligere å følge de normale oppgraderingene.

Forskerne viser til at det ikke nødvendigvis er slik at enkeltaktører med store økonomiske ressurser kan holde tritt med økosystemer der et stort antall aktører bidrar med innovative løsninger. Forskning viser at helsesektoren er preget av rask innovasjon, ikke minst innen digitalisering.²⁷⁴ Derfor er det vanskelig å ha en sikker oppfatning av hvilke teknologier som vil være viktige om ti år,^{275,276} og dermed viktigere med fleksibilitet («real options») enn komplette målbilder.²⁷⁷

Forskerne konkluderer ikke med at en ren plattform-/økosystem-løsning nødvendigvis ville være den beste, men at en slik type løsning er så interessant, spesielt med den tidshorisonten som er aktuell, at den i det minste burde vært utredet. En reell plattformløsning har imidlertid aldri blitt inkludert som et konsept som har blitt utredet videre. Forskerne viser til at «felles grunnmur» (kapittel 7.3) er et tiltak som i teorien kan videreutvikles til å bli en nasjonal database/plattform, men at dette ikke har blitt vurdert.

- **Tidshorisont.** Utredningene legger til grunn et prosjektløp som skal vare frem til 2040. Forskerne antar at dette er basert på beregninger av systemlevetid som er anslått til å være 10 til 15 år, som igjen er basert på gjennomsnittsbetraktninger. Forskerne påpeker at det er vanskelig å finne forskning som støtter en slik gjennomsnittsbetraktning, eller konkret levetid i år overhodet, verken for journalsystemer eller for andre store og komplekse systemer som ERP-løsninger, som det er forsket vesentlig mer på.

Samtidig indikerer forskning på ERP-systemer at gjennomsnittsbetraktninger av levetid er lite meningsfylte, fordi det er stor variasjon i levetid, alt etter leverandørens kvalitet og levedyktighet og

²⁶⁶ Parker Geoffrey G., Marshall W. Van Alstyne, og Sangeet Paul Choudary (2016) *Pipelines, Platforms, and the New Rules of Strategy*. I: Harvard Business Review, vol. April 2016, side 54-60.

²⁶⁷ Tiwana, Amrit (2014) *Platform Ecosystems: Aligning Architecture, Governance, and Strategy*. Waltham: Morgan Kaufmann Publishers.

²⁶⁸ Ceccagnoli, M. et al. (2012) *Cocreation of Value in a Platform Ecosystem: The Case of Enterprise Software*. I: MIS Quarterly, Vol.36, March 2012, s. 263-290.

²⁶⁹ Hanssen, Geir K. og Tore Dybå (2012) *Theoretical foundations of software ecosystems*. I: Proceedings of the Forth International Workshop on Software Ecosystems (IWSECO) Vol. 879, side 6-17.

²⁷⁰ Pollock Neil, Robin Williams og Roy Procter (2003) *Fitting standard software packages to non-standard organizations: The "biography" of an enterprise-wide system*. I: Technology Analysis & Strategic Management, Vol. 15:3, side 317-332.

²⁷¹ Ali, Mahmood og Lloyd Miller (2017) *ERP system implementation in large enterprises – a systematic literature review*. I: Journal of Enterprise Information Management, Vol. 30 Issue 4, 2017, side 666-692.

²⁷² Hertzum, Morten og Gunnar Ellingsen (2019) *The implementation of an electronic health record: Comparing preparations for Epic in Norway with experiences from the UK and Denmark*. I: International Journal of Medical Informatics, Vol. 129, September 2019, side 312-317.

²⁷³ Børsler, Jørgen P (2021) *Challenges in user-driven optimization of EHR: A case study of a large Epic implementation in Denmark*. I International Journal of Medical Informatics, nettutgave (i forkant av trykk i vol. 148 april 2021), januar 2021, <<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104394>>.

²⁷⁴ Topol, Eric (2019) *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. New York: Basic Books.

²⁷⁵ Gregory, RW et al. (2018) *IT Consumerization and the Transformation of IT Governance*. I: MIS Quarterly, Vol. 42 No. 4, December 2018, side 1225-1253.

²⁷⁶ Vial, Gregory (2019) *Understanding digital transformation: A review and a research agenda*. I: The Journal of Strategic Information Systems, Vol. 28 Issue: 2, juni 2019, side 118-144.

²⁷⁷ Agarwal, Ritu og Amrit Tiwana (2015) *Editorial–Evolvable Systems: Through the Looking Glass of IS*. I: Information Systems Research, INFORMS, Vol. 26(3), September 2015, side 473–479.

utviklingen av kundens størrelse og behov.²⁷⁸ Forskerne mener derfor at det er risiko for at beslutninger om anskaffelse av store standardløsninger kan komme til å føre til en binding av sektoren, også forbi 2040, eller føre til et behov for å bytte system lenge før man kommer så langt.

Omfang og risiko. Forskerne vurderer at Akson er et svært stort og komplekst prosjekt som har blitt planlagt med «fossefall-tilnærming»²⁷⁹, og det er lagt opp til at det skal anskaffes en løsning som skal være fullt funksjonell fra dag én. Imidlertid har forskning dokumentert at store prosjekter har økt risiko for å mislykkes.^{280,281,282} Forskerne mener at mer stegvise tilnærminger med lavere risiko og redusert kompleksitet burde blitt vurdert.

Statens rolle som forvalter av et innovativt økosystem. Forskerne mener at ingen av utredningene tar ordentlig stilling til hvilken rolle staten bør innta for å understøtte et velfungerende økosystem, og hvordan arbeidsdelingen mellom stat og marked skal være i et slikt økosystem. Moderne prinsipper for digitale økosystemer kan oppsummeres slik:

- Det bør være et skille mellom sentral plattformkjerne og brukertjenester, der det første bør styres sentralt, mens det andre bør løses av brukernær innovasjon.
- Det har vist seg vanskelig å vite på forhånd hvilke behov ulike brukergrupper har. Vellykket innovasjon skjer derfor i nært samarbeid mellom utviklere og brukere.
- Det bør etableres en arkitektur og et governance-regime som støtter arbeidsdelingen mellom offentlig og privat sektor.

Imidlertid er planene og utredningene til direktoratet preget av sentral styring av alle faser, både plattformkjerne, krav til innkjøpsprosess, innføring, funksjonalitet og brukertjenester. Dette er ikke forenlig med økosystemprinsippene over. Økosystemer må heller være basert på en balanse mellom sentral styring og frihet, slik at man både unngår for stor uønsket variasjon og ivaretar innovasjon. Forskningen viser at innovasjon ikke kan planlegges, men det er mulig å legge til rette for den. Det er heller ikke mulig å kjøpe eller anskaffe et økosystem; det må utvikles og oppstå over tid.

- **Rammeverk og prinsipper for IT-styring og samstyring.** Forskerne vurderer at utredningene og dokumentene som omhandler organisering eller styring av IT i helsesektoren, ikke viser noen tegn til å ha trukket inn de anerkjente rammeverkene for «IT governance» som finnes, slik som CobiT. Det har heller ikke forskningen rundt «ecosystem governance».²⁸³

Styringsregimet som beskrives, er veldig sentralisert. Begrepet «samstyring» benyttes, blant annet i diskusjonen av den nasjonale styringsmodellen. Imidlertid har styringsmodellen kun til formål å legge til rette for informasjonsinnhenting, drøfting og forankring, og ikke beslutning. Beslutninger skal tas gjennom den ordinære styringslinjen.

Dette avviker fra hva som kjennetegnes som god «governance» eller samstyring av forskningen, som legger vekt på at ulike beslutninger bør gjøres på riktig nivå og ofte tas i samspill mellom aktører. Rammeverket til Weill og Ross (2004) fokuserer på hvem som beslutter og gir innspill hva, og empirien tilsier at noen kombinasjoner er bedre enn andre for de ulike områdene det skal tas beslutninger for.²⁸⁴

Ifølge Røiseland og Vabo (2008) har samstyring tre definitoriske kjennetegn: «**gjensidig avhengighet** blant involverte aktører, at **beslutninger** som en følge av dette baserer seg på diskurs eller forhandlinger, og at samstyring er en **planlagt og målorientert aktivitet** som involverer organisasjonsprosesser i form av for eksempel planlegging, målformulering og koordinering».²⁸⁵

Direktoratet for e-helse svarer at det langt på vei er enig med forskernes betraktninger omkring utviklingen av IT-markedet.²⁸⁶ Direktoratet for e-helse mener imidlertid at forskerne i for liten grad har gjort generell

²⁷⁸ Huang, Tingting og Kazuhiko Yasuda (2016) *Reinventing ERP Life Cycle Model: From Go-Live To Withdrawal*. I: Journal of Enterprise Resource Planning Studies, Vol. 2016, side 1-21.

²⁷⁹ Se delkapittel 6.3.1 for en beskrivelse av hva fossefall-tilnærming betyr.

²⁸⁰ Jørgensen, Magne (2015) *Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter: En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak*.

²⁸¹ Holgeid, Kjetil og Thompson, Mark (2013) *A reflection on why large public projects fail*. I: The Governance of Large-Scale Projects: Linking Citizens and the state. Römmele, Andrea & Henrik Schober (red.). Nomos, side 219-244.

²⁸² Flyvbjerg, Bent og Alexander Budzier (2011) *Why Your IT Project May Be Riskier Than You Think*. I: Harvard Business Review, September 2011.

²⁸³ Wareham, Jonathan, Paul B. Fox og Josep Lluís Cano Giner (2014) *Technology ecosystem governance*. I: Organization Science, Vol. 25 (4), side 969-1286.

²⁸⁴ Weill, Peter og Ross, Jeanne W. (2004) *IT governance: how top performers manage IT decision rights for superior results*. Boston: Harvard Business School Press.

²⁸⁵ Røiseland, Asbjørn og Vabo, Signy Irene (2008) *Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen*. I: Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, Vol 24, side 86-103.

²⁸⁶ Skriftlig tilbakemelding på rapportkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

forskning innen IT relevant for kompleksiteten og den gjeldende modenheten innen journalmarkedet. Allerede i utredningen 2013–2015 pekte Direktoratet for e-helse på behovet for å avgrense kjernen i en felles journalløsning.²⁸⁷ Dette skillet mellom tung og lett IT ble underbygget i en artikkel av B. Bygstad og J. Iden.²⁸⁸

Direktoratet skriver også videre at de i 2015-utredningen beskrev ulike løsningsstrategier for å realisere de konsepter som innebar en nasjonal løsning: Egenutvikling/skreddersøm, kjøp av flere ulike systemer som dekker hvert sitt område og integrere dem («best of breed»), kjøp av helintegrerte løsninger (suiter) som dekker de fleste funksjonelle behovene i én løsning. Direktoratet for e-helse mener at det finnes forskningsartikler som fortsatt stiller spørsmål omkring realismen for å etablere en journalløsning basert på en plattformtilnærming. For eksempel mener Van Alstyne, Parker og Chaudry at det primært er seks grunner til at plattformstrategier feiler.²⁸⁹

Direktoratet for e-helse mener de har gjort grundige utredninger og benyttet ulike kunnskapsbaserte kilder i arbeidet, inkludert forskningsartikler fra flere felt som eksempelvis med tanke på den samfunnsøkonomiske analysen og behovsanalysen. Direktoratet mener også at utredningene har benyttet relevant forskning/kunnskapskilder fra mange ulike områder, herunder innen bruk av IT i helse- og omsorgssektoren. Referanselisten inneholder også forskningsartikler fra fagmiljøer på IT. Direktoratet for e-helse erkjenner imidlertid at de kunne vist til et enda bredere forskningsgrunnlag på IT.

Direktoratet for e-helse mener at de har vurdert eksisterende forskning

Direktoratet forteller i intervju at de har vurdert eksisterende forskning på flere felter, som for eksempel forskning på e-helseløsninger i Norge, og plattform- og infrastrukturforskning innen e-helse, og mener dette er eksempler på områder i stor utvikling som har begrenset mulighet for evidensbasert forskning. Eksisterende forskning vil derfor ikke kunne gi entydige svar på hvilke konseptvalg som er riktige. Direktoratet forteller at forskning likevel vil kunne peke på viktige prinsipper som behovet for fleksibilitet og brukertilpasning, og denne typen prinsipper er vurdert og hensyntatt i arbeidet.²⁹⁰

Direktoratet mener videre at man ikke bare kan basere seg på evidensbasert forskning når man skal innføre ny teknologi.²⁹¹ Dersom valgene kun skal dokumenteres med evidensbasert forskning, kan det medføre å ta i bruk utdatert teknologi, fordi det tar lang tid før slike studier foreligger. Forskning vil likevel kunne peke på viktige prinsipper, som behovet for fleksibilitet og brukertilpasning, og dette mener direktoratet at de har vurdert og tatt hensyn til i arbeidet.

Direktoratet svarer også at det i forbindelse med utredningen av *En innbygger – én journal* fra 2015 ble gjennomført en omfattende innhenting og gjennomgang av forskningsartikler, og at denne dannet grunnlaget for arbeidet med alternativanalysen.²⁹² Det fremgår imidlertid ikke av alternativanalysen hvordan denne innhenting har foregått, og hvilke artikler som er gjennomgått.

5.6.3 Helsenæringen og leverandørmarkedet

Dette delkapitlet omhandler hvordan leverandører av journalsystemer i det norske markedet har blitt involvert i utredningsarbeidet, samt hvordan prosessen har påvirket markedet.



Leverandørmarkedet for e-helse

Det norske leverandørmarkedet for e-helse består av bedrifter som utvikler IT-baserte varer og tjenester som brukes til overvåking, forebygging og behandling av sykdommer, og til administrative systemer og prosesser i helse- og omsorgstjenestene.²⁹³ Foruten leverandører av EPJ-systemer omfatter e-helsebransjen alt fra større leverandører av IT-tjenester til oppstartsbedrifter av innovasjonsprodukter. Flere av disse leverer tjenester og produkter også til andre

²⁸⁷ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 4.1 *Detaljer av konsepter* (avsnitt 1.4.5).

²⁸⁸ Bygstad, B. og Iden, J. (2017) *Styringsmodeller for digitalisering*, side 25-32, <https://www.magma.no/styringsmodeller-for-digitalisering>.

²⁸⁹ Marshall W. Van Alstyne, Geoffrey G. Parker, Sangeet Paul Choudary (2016) *6 reasons platform fail*, Harvard Business Review.

²⁹⁰ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

²⁹¹ Intervju med Direktoratet for e-helse.

²⁹² Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»*. Vedlegg 4 *Alternativanalyse*.

²⁹³ Meld. St. 18 (2018–2019) *Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester*. Nærings- og fiskeridepartementet.

sektorer enn helse. Det er rundt 15 leverandører av journalsystemer i det norske e-helsemarkedet.

E-helsebransjen målt i verdiskaping utgjør 11 prosent av den samlede helseindustrien²⁹⁴ i Norge i 2018.²⁹⁵ Etter diagnostikk er det e-helsebransjen som har hatt høyest verdiskapingsvekst i perioden fra 2008 til 2018. Lønnsomheten steg frem til 2013, da bransjen nådde sitt mest lønnsomme år med en driftsmargin på 10 prosent. I perioden 2013 til 2016 falt lønnsomheten igjen, men har deretter stabilisert seg på 4 prosent. Enkelte segmenter innen e-helsebransjen har opplevd vekst i forbindelse med koronapandemien, dette gjelder eksempelvis videokonsultasjoner. Andre deler av bransjen, herunder leverandører til helseforetak, kommuner og nasjonale helseorganer, opplever i samme periode at det gjennomføres få nye anskaffelser.

Utredningene forventer at det valgte konseptet vil ha konsekvenser for leverandørmarkedet

Anbefalingen fra 2015-utredningen og konseptvalget i Akson-utredningen medfører å konsolidere leverandørmarkedet, gjennom at man inngår kontrakt med én eller noen få leverandører. Ifølge konseptvalgutredningen for Akson innebærer konsept 7 «en vesentlig endring av leverandørmarkedet», som over tid kan «innebære overgang til én leverandør».²⁹⁶ Det antas videre at kun et fåtall tilbydere vil være i stand til å innfri de høye kravene til funksjonalitet og samhandling i løsningen, samtidig som større kontrakter kan tiltrekke seg nye internasjonale leverandører.

Kvalitetssikringen bekreftet også at konsept 7 er konseptet som vil «få de største negative konsekvensene for små lokale og nasjonale leverandører».²⁹⁷

Dersom noen av de eksisterende leverandørene til fastlege, legevakt, pleie- og omsorgstjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste og fysioterapi skal kunne levere løsninger knyttet til K7, er det mye som tyder på at det vil kreve en betydelig omstrukturering og konsolidering av leverandørmarkedet innen dette segmentet.

Konsept 7 medfører ifølge kvalitetssikrerne en mulighet for å ende opp med et monopol.²⁹⁸ Leverandøren som blir valgt, ville kunne få betydelig markedsrett. Videre vurderer kvalitetssikringen at konseptet innebærer en større risiko for «å endre konkurranseforholdene i leverandørmarkedet og lede til høyere kostnader for offentlig sektor og for private fastleger og andre aktører» enn de andre konseptene.

Kvalitetssikringen mener at mulighetsstudien i liten grad diskuterer hvilke konsekvenser de ulike konseptene vil ha for leverandørmarkedet.²⁹⁹ Samtidig blir det vurdert at det eksisterende leverandørmarkedet er lite (markedet har en total omsetning på 700 millioner kroner, hvorav DIPS' omsetning utgjør halvparten), og at dette gjør at konsekvensene blir relativt små.

Leverandørdialogen ble gjennomført etter sentrale valg var tatt, og leverandører fikk dermed ikke mulighet til å gi innspill om mulige konsepter

Helsedirektoratet inviterte leverandørene mellom april og juni i 2015 til å gi innspill på de fire konseptalternativene som var valgt ut til videre utredning. Hovedhensikten for Helsedirektoratet var å få innspill til å videreutvikle konseptene, herunder å vurdere gjennomførbarheten fra et teknisk synspunkt og innhente informasjon til kost/nytte-kalkyler.³⁰⁰

Tre av konseptene medførte høy grad av konsolidering (reduksjon) av systemer, mens nullplussalternativet ikke gjorde det. Leverandørene ble bedt om å uttale seg innenfor denne rammen. Leverandørene fikk dermed ikke mulighet til å gi innspill om andre konseptalternativer. Det kommer ikke frem av utredningen

²⁹⁴ Foruten e-helse består helseindustrien av legemidler, diagnostiske produkter, medisinsk-tekniske produkter og spesialiserte underleverandører av råvarer, utstyr og tjenester.

²⁹⁵ Menon Economics (2020) *Helsenæringens verdi 2020*. Menon-publikasjon nr 50/2020, side 36-37 og 98.

²⁹⁶ Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg C Detaljerte konseptbeskrivelser til alternativanalysen*, side 19.

²⁹⁷ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 45.

²⁹⁸ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 95.

²⁹⁹ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 45.

³⁰⁰ Helsedirektoratet (2015) *Request for information from suppliers - «one patient - one record»*.

hvordan innspillene fra leverandørene er håndtert. Leverandørdialogen blir kun vist til som kilde i forbindelse med kostnadsestimatene.³⁰¹

Tilsvarende forekom også i Akson-utredningen. Leverandørdialogen ble gjennomført etter at konseptvalgutredningen var gjennomført.³⁰² Leverandørene vi har snakket med, viser til at de ikke ble konsultert i forkant av at konsept 7 ble besluttet som løsning for Akson, kun informert om valget i etterkant.

Etter at konseptvalgutredningen for Akson var gjennomført, har bransjeforeningene Abelia og IKT-Norge på vegne av sine medlemmer flere ganger kontaktet Helse- og omsorgsdepartementet for å gi uttrykk for bransjens misnøye med det valgte konseptet.^{303,304,305} IKT-Norge viser til at ingen av journalleverandørene de representerer, har fått anledning til å bidra til utredningen, til tross for både tilbud og forespørsler om dette, og til tross for utstrakt erfaring og kompetanse på løsninger for norsk helsevesen.³⁰⁶ Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse viser til at IKT-Norge i etterkant av brevet har gjennomført møter med IKT-Norge, og at «IKT-Norge oppfatter at det nå er konstruktiv dialog».^{307,308}

IKT-Norge skriver at vverken leverandører eller bransjeorganisasjonene er bedt om å gi innspill, og at dette er «en potensiell feilkilde for beskrivelsen av de ulike konseptene». De mener derfor at konseptvalgutredningens anbefaling er «gitt på et utilstrekkelig grunnlag».³⁰⁹

Noen leverandører mener dialogen med myndighetene ikke har fungert godt og bærer preg av enveiskommunikasjon

Alle de fire leverandørene vi har vært i kontakt med opplever at måten Direktoratet for e-helse har styrt leverandørdialogen på, har medført at de ikke har blitt hørt. Dette gjelder både 2015-utredningen og Akson-utredningen.

Direktoratet for e-helse opplyser i intervju at de har regelmessige faste møter med journalleverandører for å gi informasjon og sikre koordinering for nasjonale prosjekter med avhengigheter inn mot leverandørene. I forbindelse med 2015-utredningen og utredningen av Akson har direktoratet arrangert leverandørdialog i form av åpne informasjonsmøter og én-til-én møter med norske og internasjonale leverandører.

Det ble gjennomført 14 én-til-én møter i 2015, og 21 i forbindelse med utredningen av Akson. Direktoratet opplyser at de i forkant av møtene sendte leverandørene dokumenter med informasjon om prosjektet og spørsmål/tema som direktoratet ønsket informasjon om.

Journalleverandørene vi har snakket med, bekrefter at dialogen har blitt gjennomført slik direktoratet forteller, men mener at deler av kontakten med leverandørmarkedet har bydd på problemer:

- **Det har vært mer enveiskommunikasjon enn dialog, og kritikk har blitt håndtert på en dårlig måte.** Alle de fire leverandørene som vi intervjuet, gjorde det på betingelse av at de fikk gjøre det anonymt. For flere var dette viktig ettersom de fryktet konsekvenser for eget firma. Firmaene opplevde at tilbakemeldinger eller kritikk ble møtt med en negativ eller ubehagelig respons fra Direktoratet for e-helse. I felles dialogmøter er leverandørene av konkurransehensyn ofte tilbakeholdne med å kommentere eller stille spørsmål foran konkurrenter.

Der leverandørene har tatt til orde med forslag eller meninger, opplever de ikke å bli hørt og at spørsmål ikke blir besvart. Uenigheter blir heller ikke fulgt opp. Ifølge leverandørene har møtene med direktoratet vært preget av enveiskommunikasjon der direktoratet orienterer. Leverandørene opplever at måten Direktoratet for e-helse har styrt leverandørdialogen på, har medført at de ikke har blitt hørt.

- **Manglende innsyn og etterprøvbarehet.** Leverandørene vi intervjuet, bekrefter å ha gitt skriftlige tilbakemeldinger på konkrete forespørsler fra direktoratet både i forbindelse med utredningene i 2015 og Akson, men har ikke sett resultatene fra informasjonsinnsamlingen. De har heller ikke mottatt referat,

³⁰¹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 4.3 Kostnadsestimater, side 9, 16, 38, 43. og Vedlegg 4.4 Usikkerhetsanalyse av kostnadsestimater, side 10.

³⁰² Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg B Organisering av arbeidet*, kap 2.6 Leverandør og markedsdialog, s.20.

³⁰³ IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.

³⁰⁴ Abelia og Norway Health Tech (2018) *e-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.

³⁰⁵ Abelia (2020) *En innbygger, én journal - et bærekraftig veikart for Akson*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 06.09.2020.

³⁰⁶ IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.

³⁰⁷ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

³⁰⁸ Dagens Medisin (2019) *IT-leverandørene sendte bekymringsmelding*.

³⁰⁹ IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.

verken fra felles eller individuelle møter. Samtidig opplever de at Direktoratet for e-helse bruker møtene til å framstille forslagene sine som forankret i leverandørmarkedet.

Direktoratet bekrefter at det ikke er skrevet referat fra møtene med leverandørene.³¹⁰ Ettersom leverandørene innsendte sine innspill skriftlig i etterkant av de individuelle møtene, vurderte direktoratet at det ikke var nødvendig å utarbeide omforente referat fra møtene.

- **Gartners analyse av leverandørmarkedet er lite forankret.** Gartners analyse av leverandørmarkedet for EPJ-systemer³¹¹ har i hovedsak blitt brukt som kilde for omtale av leverandørmarkedet. Leverandørene vi snakket, med kjenner seg ikke igjen i framstillingen av markedet som kom frem i rapporten. To journalleverandører som deltok i leverandøranalysen, beskriver at de mottok en rekke spørsmål fra Gartner med svarfrist innen neste dag. De ble ikke kontaktet for oppfølging i etterkant, slik det hevdes i rapporten.

IKT-Norge har trukket fram at Gartner-rapporten «har fått sterk kritikk fra flere hold», blant annet fordi vurderingskriteriene som lå til grunn for rangeringen av systemene, var beregnet på sykehussystemer og ikke kommunale løsninger.³¹² I tillegg ble det vist til at gjennomføringen av system- og leverandøranalysen «var vesentlig mer lettbeint enn det som beskrives i rapporten».

Direktoratet for e-helse forklarer i intervju at de mener noe av støyen og misforståelsene rundt Akson kommer av at konseptvalget utfordrer et eksisterende leverandørmarked.³¹³ Direktoratet opplever at noen aktører feilaktig har fått inntrykk av at direktoratet har besluttet å kjøpe ett system fra én (internasjonal) leverandør.

Ifølge direktoratet kan dette komme av at aktørene har satt likhetstegn mellom de valgene Helseplattformen har tatt og direktoratets utredninger, men direktoratet er ikke enig i denne vurderingen. Direktoratet vedgår at dette budskapet ikke er forstått godt nok i sektoren og blant interessenter, men fastholder at mulighetsrommet er større enn som så.

Signalene fra myndighetene kan ha ført til lavere investeringsvilje og svekket innovasjonskraft

E-helsebransjen mener dagens leverandørmarked er velfungerende, med både norske og utenlandske aktører som konkurrerer og tilbyr kundene valgmuligheter.^{314,315} Bransjen mener imidlertid at markedet ikke har blitt godt nok involvert, og at det har medført at det ikke nødvendigvis er den beste løsningen som er valgt.

Bransjen mener andre og mer bærekraftige løsninger kunne møtt de viktigste behovene raskere og med mindre ressurser. De advarer om at den foreslåtte løsningen for Akson og direktoratets utydelige signaler truer markedet, og mener det kan føre til at investeringsviljen reduseres, at leverandører bygger ned sine organisasjoner i Norge, og at kompetansen forsvinner:^{316,317,318,319}

- Anskaffelse av ett system vil skape leverandøravhengighet til en stor leverandør og føre til mindre konkurranse, større kostnader og mindre framtidig innovasjon.
- Når direktoratet etterspør én integrert løsning med høye krav til funksjonalitet og samhandlingsløsninger, er det få norske leverandører som vil kunne konkurrere om den kommunale løsningen.
- Utredningsprosessen rundt *Én innbygger – én journal* har skapt uforutsigbare rammer og at leverandørmarkedet blir satt på vent. Leverandørene uttaler at mangel på dialog og en negativ framstilling av leverandørene bidrar til å skape usikkerhet og stillstand i det norske markedet.

³¹⁰ Direktoratet for e-helse (2021) *Vedr. forvaltningsrevisjonen - svar på oppfølgingsspørsmål*. E-post til Riksrevisjonen 05.02.2021.

³¹¹ Gartner (2014) *Gartner survey of EHR suppliers and systems in the Norwegian market*. Rapport utarbeidet for Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, vedlegg 1.6 til Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*.

³¹² IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.

³¹³ Intervju med Direktoratet for e-helse.

³¹⁴ IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.

³¹⁵ Abelia (2020) *Én innbygger, én journal - et bærekraftig veikart for Akson*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 06.09.2020.

³¹⁶ Abelia (2020) *Én innbygger, én journal - et bærekraftig veikart for Akson*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 06.09.2020.

³¹⁷ IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.

³¹⁸ Brandsæter, Leif Arne (2020) *Akson er en byråkratdrøm*. Innlegg ved administrerende direktør i Visma Enterprise AS i Dagens Medisin, nettutgave, 08.06.2020. <Akson er en byråkratdrøm - Debatt og kronikk - Dagens Medisin>

³¹⁹ Intervju med leverandører av journalsystem.

Omtalen fra nasjonalt nivå av dagens leverandørmarked har, ifølge Helse Sør-Øst RHF (HSØ), hatt negative konsekvenser og hviler på et feilaktig premiss om et svakt norsk leverandørmarked. De erfarer at Akson-prosessen har svekket leverandørenes vilje til å investere. Leverandørene er ifølge HSØ bekymret for at planen er å bytte ut deres løsninger og heller satse på de store internasjonale løsningene. Helse Sør-Øst RHF mener at Direktoratet for e-helse gjennom signaler til markedet har gjort det mer krevende å få til en god leverandørutvikling og svekket det regionale helseforetakets forhandlingssituasjon og muligheter overfor eksisterende leverandører.³²⁰

Direktoratet for e-helse kommenterer at det ikke er valgt en løsning, men det er tatt et konseptvalg og det er anbefalt en strategi for hvordan konseptet skal realiseres.³²¹ Direktoratet mener videre at konseptvalgutredningen og forprosjektet er gjennomført i tråd med kravene i statens prosjektmodells krav og er eksternt kvalitetssikret (KS1 og KS2). Direktoratet har lagt stor vekt på å utforme konsepter og kontraktstrategi som i minst mulig grad er løsnings- og leverandørspesifikke men som overlater til markedet å utforme konkrete løsningsforslag som svarer ut behovene.

Direktoratet anbefaler ikke at det skal anskaffes et system eller inngås kontrakt med én leverandør. Tvert imot anbefaler kontraktstrategien at det skal gjennomføres flere anskaffelser og at det ikke settes noen begrensninger på hvor mange systemer en felles kommunal journalløsning kan bestå av. Direktoratet ønsker også å bemerke at de høye kravene til funksjonalitet er basert på de behovene som er kartlagt hos helsepersonell, pasienter og innbyggere.

5.7 Veikartet for sektorens journalløsninger har i stor grad blitt til ved at ulike aktører har tatt selvstendige valg som er tilpasset deres behov

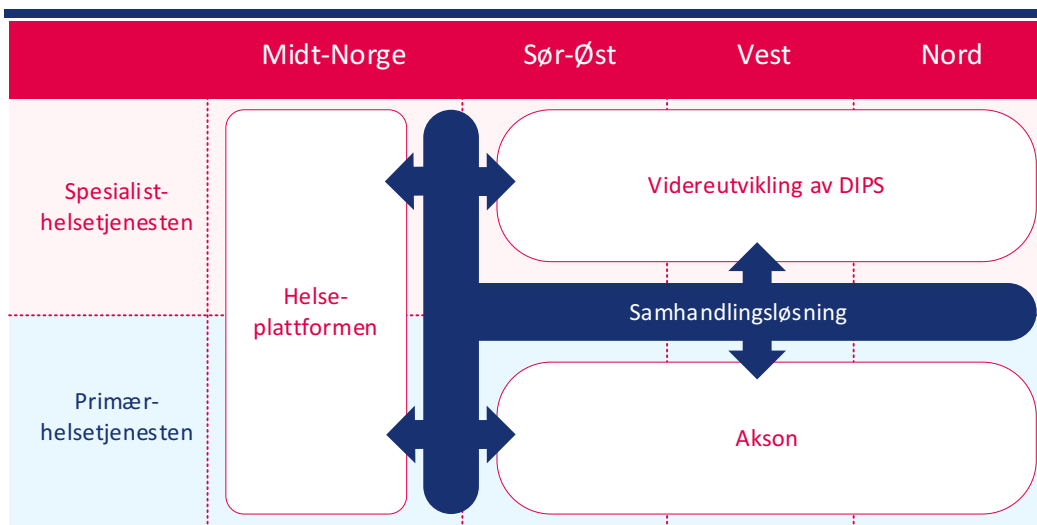
2015-utredningen hadde som utgangspunkt å vurdere løsningsalternativer i hele sektoren. I dag er det tre tiltak som skal realisere målbildet om *Én innbygger – én journal*. Akson er ett av disse, og Akson omfatter kommunale helsetjenester i tre av fire regioner. Oppdelingen i tre parallelle tiltak har oppstått over tid, som følge av at ulike aktører i sektoren har tatt selvstendige avgjørelser om å satse videre på egne prosjekter.

5.7.1 Slik er veikartet for realisering av *Én innbygger – én journal*

I 2018 publiserte Direktoratet for e-helse rapporten *Veikart for realisering av målbildet for Én innbygger – én journal*, som anbefalte at det nasjonale målbildet skulle realiseres gjennom tre parallelle tiltak:

1. felles løsning for primær- og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge (Helseplattformen i regi av Helse Midt-Norge RHF)
2. felles løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor Midt-Norge (Akson)
3. videreutvikling av journalløsningene i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Vest og Sør-Øst (DIPS)

Figur 6 Dagens veikart



³²⁰ Intervju med Helse Sør-Øst RHF.

³²¹ Skriftlig tilbakemelding på rapportkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

I tillegg skal det utvikles nye, nasjonale samhandlingsløsninger som skal binde ulike journalløsninger i virksomhetene sammen (se *delkapittel 7.4.5* for en beskrivelse av hvordan denne passer inn i veikartet).³²² Første steg i dette arbeidet er i gjennomføring, mens steg to fremdeles er under utredning.

5.7.2 En felles nasjonal løsning for både primær- og spesialisthelsetjenesten ble høsten 2015 utelukket på grunn av for høy risiko, og manglende tilslutning hos RHF-ene

Styringsgruppen for utredningen, som besto av flere aktører i sektoren, hadde flere møter høsten 2015 om de ulike konseptvalgene for *En innbygger – én journal*, og hvilket omfang en anbefaling burde ha. Spesielt to konsepter ble diskutert:

- Konsept 8: en felles nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten
- Konsept 9: en felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester, og regionale løsninger for spesialisthelsetjenesten

Det kommer frem av referater at det var diskusjoner i styringsgruppen for utredningen om hvorvidt konsept 8 eller 9 var best egnet.³²³ Det ble understreket at konsept 8 ville ha høy risiko fordi det ville stoppe mange pågående prosjekter, og fordi mellomperioden ville være utfordrende å håndtere. Det ble også trukket frem som en grunnleggende utfordring at løsninger som var optimale for visse virksomheter kunne være suboptimale for helheten. Den 14. september ble følgende tekst vedtatt, med styringsgruppens tillegg som uthevet tekst (vår utheving):³²⁴

«Styringsgruppen stiller seg bak det **langsiktige** målbilde om «én innbygger – én journal» som beskrevet gjennom Konseptalternativ 8, en felles nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten, **men mener at risiko knyttet til styring og gjennomføring av konseptalternativ 8 er så stor at en ikke kan tilrå dette nå**. Styringsgruppen mener at konseptalternativ 9, en felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester og regionale løsninger for spesialisthelsetjenesten, er det alternativet som foreløpig best balanserer risiko knyttet til styring og gjennomføring med behov, krav og kost/nytte».

I intervjuer kommer det frem at én av grunnene til at konsept 8 ikke ble valgt fordi var at det ikke hadde tilslutning hos spesialisthelsetjenesten.³²⁵ To av de regionale helseforetakene, Sør-Øst RHF og Vest RHF, bekrefter i intervju at de ikke hadde et ønske om å innstille på konsept 8, fordi det pekte mot anskaffelse av en stor standardløsning. De regionene som nylig hadde investert i en journalløsning levert av DIPS, så ikke at tidspunktet var riktig for å eventuelt bytte ut dette systemet og avskrive denne investeringen.

Helse Vest RHF utdyper at på tidspunktet da konseptet skulle velges, hadde de gjennomført anskaffelser og inngått avtaler om innføring av løsninger for elektronisk kurve og legemiddelbehandling og løsninger for digitale bilder og video (digitale mediaarkiv).³²⁶ Ettersom konsept 8 pekte mot anskaffelse av en omfattende nasjonal fellesløsning med betydelig behov for utvikling og tilpasning, ville også en rekke andre systemer måtte skiftes ut.

Direktoratet for e-helse uttaler også i intervju at en felles journalløsning (konsept 8) for hele helse- og omsorgstjenesten ville være det mest lønnsomme i en ren samfunnsøkonomisk vurdering, men at dette konseptet ikke hadde «tilstrekkelig tilslutning hos aktørene i sektoren».³²⁷

5.7.3 Helse Midt-Norge hadde i 2015 allerede påbegynt arbeidet med Helseplattformen, og tok med seg regionens kommuner i prosjektet

Helse Midt-Norge RHF endte heller ikke med å inngå i det videre nasjonale arbeidet. I tillegg endte regionen opp med å inkludere kommunene i regionen som en del av prosjektet (heretter omtalt som Helseplattformen), noe styringsgruppen for utredningen uttrykte ønske om at ikke skulle skje.

Mens utredningen diskuterte konseptalternativer høsten 2015, hadde det lenge vært kjent at Helse Midt-Norge arbeidet med en strategi for å anskaffe en ny journalløsning for sykehusene (heretter omtalt som

³²² Prop. 1 S (2020–2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 21.

³²³ Styringsgruppe for utredning av «En innbygger – én journal» (2015) *Referat fra styringsgruppemøte*. 2.-3. september 2015, side 2.

³²⁴ Styringsgruppe for utredning av «En innbygger – én journal» (2015) *Referat fra styringsgruppemøte*. 14.09.2015, side 1.

³²⁵ Intervjuer med Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF.

³²⁶ Intervjuer med Helse Vest RHF.

³²⁷ Intervju med Direktoratet for e-helse.

Helseplattformen).³²⁸ Det var også kjent at spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren i Midt-Norge drøftet et samarbeid:

- I et brev datert 5. november 2015 uttrykte Helse Midt-Norge RHF bekymring for hvordan den nasjonale prosessen ville påvirke Helseplattformen, som hadde blitt planlagt siden 2012.³²⁹ Det regionale helseforetaket skrev at konsept 9 hadde høyere risiko og ikke var «det mest effektive konseptet for å nå det langsiktige målbildet», og at de derfor ikke kunne støtte utredningens innstilling. Videre argumenterte det regionale helseforetaket for at de heller ønsket å realisere konsept 8 på regionalt nivå, og at det ville være uheldig å bryte Helseplattformen opp mellom primær- og spesialisthelsetjenestenivå og stanse samarbeidet som allerede hadde blitt igangsatt.
- Styringsgruppen for utredningen av *En innbygger – én journal*, som også omfattet Helse Midt-Norge RHF, diskuterte problemstillingen i et møte i november 2015. Der ble det vedtatt at arbeidet med Helseplattformen kunne fortsette, under forutsetning om at kommunene i Midt-Norge skulle inngå i den nasjonale kommunale løsningen og ikke i Helseplattformen.³³⁰
- I januar 2016 informerte Helse Midt-Norge Direktoratet for e-helse om at de kom til å inkludere kommunene i Midt-Norge likevel.³³¹ I februar sendte Trondheim kommune et brev til Helse- og omsorgsdepartementet fordi Helseplattformens status hos departementet og direktoratet var uklar.³³² Kommunen informerte om at de uansett kom til å delta i prosjektet, og ba om at Helseplattformen skulle anses som et steg på veien mot *En innbygger – én journal* og få status som pilot.
- Etter en telefonsamtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Midt-Norge 26. februar, ga departementet Direktoratet for e-helse 1. mars oppdrag om å vurdere om Helseplattformen kunne være del av det nasjonale arbeidet med *En innbygger – én journal*.^{333,334} Direktoratets vurdering var at det likevel var grunnlag for å vurdere Helseplattformen som et startpunkt for den nasjonale utviklingsretningen, og som mulig startpunkt for nasjonale løsningen for kommunene.³³⁵ Dette ble understøttet av den endelige anbefalingen om at Helseplattformen skulle være et «regionalt utprøvningsprogram».³³⁶

I foretaksmøtet den 22. juni 2016 ba Helse- og omsorgsdepartementet om at Helse Midt-Norge skulle gjennomføre Helseplattformen som et regionalt utprøvningsprogram for det nasjonale målbildet og som et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.³³⁷

Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF forteller at det ga uklare signaler at Helseplattformen ble omtalt som en «pilot» og regional utprøving av det nasjonale målbildet.³³⁸ I anskaffelsen og kontrakten som er inngått i Midt-Norge, eksisterer det ingen opsjoner som gir mulighet til å utvide til andre deler av sektoren, og departementet forteller i intervju at det heller ikke var meningen at dette skulle skje.³³⁹ Alle aktører som eventuelt ønsker å gjøre som Midt-Norge, må derfor ut i en anskaffelse, med risiko for å ende opp med et annet resultat.

Helse Vest RHF forteller at de ser på Helseplattformen som et rent implementeringsprosjekt i én region, og understreker at det, ut fra de gjeldende planene for Akson, ikke lenger er andre aktører som har til hensikt å inkludere fastleger og sykehus i samme system.

Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF forteller i intervju at dagens veikart i stor grad er preget av valget til Helse Midt-Norge om å iverksette Helseplattformen i 2015, og at dette valget hadde konsekvenser for handlingsrommet og mulighetene til de andre regionale helseforetakene. Valget førte til at de tre øvrige regionene i større grad ønsket å samarbeide tettere om sin journalløsning levert av DIPS. Dette var en naturlig styrking av eksisterende samarbeid, som ble satt i gang for å sikre nødvendig fremdrift og kvalitet i

³²⁸ Intervju med Direktoratet for e-helse.

³²⁹ Helse Midt-Norge RHF (2015) *Innspill til utredning EIEJ styringsgruppemøte 5. og 6. november*. Brev til Helsedirektoratet, 05.11.2015.

³³⁰ Styringsgruppe for utredning av «En innbygger – én journal» (2015) *Referat fra styringsgruppemøte*. 5.-6. november 2015, side 3.

³³¹ Intervju med Direktoratet for e-helse.

³³² Trondheim kommune (2016) *Avklaring av status vedr. Trondheim kommunes tilslutning til samarbeidsavtalen med Helse Midt-Norge RHF om forberedelse og gjennomføring av anskaffelse om nytt felles pasientjournalssystem*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 08.02.2016.

³³³ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Talepunkter for statsrådens telefon til Helse Midt-Norge ifbm. oppfølging av forstudierapport om En innbygger – én journal*. Notat til statsråden via departementsråden, 26.02.2016.

³³⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Oppfølging av utredningen av En innbygger – én journal, vurdering av Helse Midt-Norges rolle*. Brev til Direktoratet for e-helse, 01.03.2016.

³³⁵ Direktoratet for e-helse (2016) *Vurdering av pågående program i Midt-Norge og det nasjonale arbeidet med «En innbygger – én journal»*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 18.04.2016.

³³⁶ Direktoratet for e-helse (2016) *«En innbygger – én journal» – Vurdering av Helseplattformen i Midt-Norge som startpunkt i den nasjonale utviklingsretningen mot realisering av målbildet i «En innbygger – én journal»*. Juni 2016.

³³⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF*. 22.06.2016.

³³⁸ Intervju med Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF.

³³⁹ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

satsingen til DIPS, og de regionale helseforetakene forteller at de har sett positiv effekt av dette samarbeidet.

5.7.4 Det er stor usikkerhet rundt hvor mange fastleger som kommer til å delta i Akson, og Legeforeningen har gått sterkt ut mot det valgte konseptet

Legeforeningen, som representerer fastlegene, har ved flere anledninger vært kritisk til konseptene som har blitt anbefalt, slik som konsept 7 i Akson. I diskusjonen om konsepter i Nasjonalt e-helsestyre 31. mai 2018 ble det for eksempel bemerket at fastlegene var bekymret for at de kan få et dårligere arbeidsredskap ved valg av konsept 5 eller 7, og at fastlegene i større grad er fornøyde med sine eksisterende journalløsninger.³⁴⁰ Fastlegene understreket at de var mest opptatt av å få bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten.

I etterkant av at konseptvalgutredningen for Akson ble kvalitetssikret i KS1, sendte Legeforeningen inn et brev til Helse- og omsorgsdepartementet, hvor det blant annet ble vist til at³⁴¹

- fastlegenes journalsystemer ikke har samme behov for fornying og funksjonalitet som kommunal primærhelsetjeneste, delvis fordi det er gjennomført tunge investeringer over 30 år
- foreningen ikke var positivt innstilt til å finansiere programvare hvor verken pris, kvalitet eller leveringstidspunkt er avklart
- et forsøk på å gjennomføre en anskaffelse med én eller noen få leverandører ville medføre en uakseptabel risiko
- en åpenbar ulempe ved en felles nasjonal løsning vil være monopolisering og manglende innovasjon
- prosjektet bør skrinlegges, og man bør heller satse på videreutvikling av eksisterende løsninger og blant annet mer satsing på standarder og ferdigstillelse av pasientens legemiddelliste

Kapittel 6.4.3 viser at KS2-rapporten mener det hersker stor usikkerhet rundt hvor mange fastleger som faktisk kommer til å delta i Akson. Imidlertid antas det i sentralt styringsdokument at 60 prosent av fastlegene kommer til å ta i bruk løsningen.

Legeforeningen kommenterte i etterkant av KS2 at de «frykter at de blir låst til et stort system med mange avhengigheter som hindrer at man kan utvikle løsninger som er viktig i fastlegenes arbeidshverdag», og at det er vanskelig å se for seg at 85 prosent av fastlegene vil forplikte seg til å delta i den kommunale journalløsningen.³⁴² Fastlegene viste til at prosjektet har høy risiko, og at det er uklart hva løsningen vil inneholde. Ettersom hele befolkningen benytter seg av fastlegeordningen, men kun 3-4 prosent av innbyggerne benytter kommunale helse- og omsorgstjenester, kommenterte fastlegene derfor at det er viktig at journalløsningen dekker fastlegenes behov.

I juni 2020 sendte Legeforeningen ut et brev til alle sine medlemmer om at de fraråder det valgte konseptet for Akson.³⁴³ Mange av argumentene som ble listet opp ovenfor, ble også benyttet her, og det ble understreket at det særlig var de nasjonale samhandlingsløsningene (og ikke en felles journalløsning) som hastet. I tillegg så foreningen på det som problematisk at Akson ikke lenger inkluderte samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

5.7.5 Helsebyråd Robert Steen i Oslo kommune er skeptisk til det nasjonale arbeidet fordi en standardløsning er for omfattende og risikofyllt, og satser på egen løsning

Høsten 2020 uttalte helsebyråd Robert Steen i Oslo kommune at de ikke hadde til hensikt å delta i Akson, samtidig som de lanserte en alternativ utviklingsretning i forbindelse med den nye storbylegevakten i Oslo som skal være klar i 2023.³⁴⁴ I forkant av dette hadde helsebyråden gitt offentlig uttrykk for at Akson er for

³⁴⁰ Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre*, 31.05.2018.

³⁴¹ Den norske legeforening (2019) *Kvalitetssikring av konseptvalgutredningen av nasjonal kommunal løsning for én innbygger – én journal – Legeforeningens innspill*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 24.01.2019.

³⁴² Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra styringsgruppemøte for Akson*, 01.07.2020.

³⁴³ Den norske legeforening (2020) *Legeforeningen om forprosjekt felles kommunal journalløsning ("Akson journal")*. Brev til medlemmer, 02.06.2020.

³⁴⁴ Ruud, Solveig og Nina Selbo Torset (2020) *Oslo lager et alternativ til Akson. Mener det vil bli både bedre og billigere*. Aftenposten, nettutgave, 23.10.2020. <<https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/LnAVp4/oslo-kommune-vil-lage-et-alternativ-til-akson>>

stort, komplekst og kostbart, og at det tar for lang tid.^{345,346,347,348,349} Byråden har også uttalt at det valgte konseptet ikke er fleksibelt nok, og at det heller trengs en «smidig arkitektur som åpner for innovasjon, videreutvikling, kontinuerlig forbedring og tilpassing av nye systemer, som ikke kun velger én leverandør/produsent nå og for de neste tyve årene».³⁵⁰ Videre skrev byråden at økosystemer ikke kan bygges med ferdige og «låste» deler, og at å velge én eller noen få systemer vil rasere incentivet for innovasjon og videreutvikling.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser om at Oslo kommune ikke har trukket seg fra arbeidet med Akson, og at kommunen fortsatt er representert i styringsgruppen for det videre arbeidet med Akson.³⁵¹

³⁴⁵ Storvik, Anne Grete (2019) *Oslo kommune sterkt kritisk til IT-milliardprosjekt*. Dagens Medisin, nettutgave, 29.10.2019.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/10/29/oslo-kommune-sterkt-kritisk-til-it-milliardprosjekt/>>

³⁴⁶ Storvik, Anne Grete (2020) *Oslo truer med å trekke seg fra journalprosjekt til 22 milliarder*. Dagens Medisin, nettutgave, 6. april 2020.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/06/04/oslo-truer-med-a-trekke-seg-fra-journalprosjekt-til-22-milliarder/>>

³⁴⁷ Torset, Nina Selbo og Henning Carr Ekroll (2020) *Oslo truer med å droppe ut av spleiselaget for tidenes største IKT-prosjekt*. Aftenposten, nettutgave, 03.06.2020.

<<https://www.aftenposten.no/norge/i/3Jyn3e/maalet-er-at-alle-kommuner-skal-vaere-med-paa-spleiselaget-for-tidenes-storste-ikt-prosjekt>>

³⁴⁸ Aftenposten, nettutgave 13.06.2020: *Storkommuner nøler med å støtte milliardprosjekt*. <<https://www.aftenposten.no/article/ap-6iLV8W.html>>

³⁴⁹ Tømmerbakke, Siri Gulliksen og Anne Grete Storvik (2020) *Oslo-byråd om Akson-frist: – Jeg er veldig bekymret*. Dagens Medisin, nettutgave, 17.06.2020.

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/06/17/oslo-kommune-om-akson--ballen-ligger-hos-helseministeren/>>

³⁵⁰ Steen, Robert (2020) *Helsehjelp må oppdateres*. Dagens Medisin, nettutgave, 26.08.2020. <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/08/26/helsehjelp-ma-kunne-oppdateres/>>

³⁵¹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

6 Usikkerhet, risiko og kvalitetssikring av utredningene

Dette kapittelet beskriver hvordan Helse- og omsorgsdepartementet har ivaretatt sitt ansvar for oppfølging og kvalitetssikring av utredningene. I tillegg ser vi nærmere på usikkerheten og risikoen som har kommet frem i forbindelse med utredningsprosessen.

6.1 Oppsummering

Kvalitetssikring og oppfølging:

- 2015-utredningen ble ikke kvalitetssikret, men departementet fikk støtte fra en ekstern vurderingsgruppe til å vurdere anbefalingene.
- Helse- og omsorgsdepartementet satte i gang et forprosjekt for kommunal journal *før* konseptvalgutredning. Departementet gikk halvannet år senere tilbake på dette. Dette førte til forsinkelse på ett år, og at konseptvalgutredningen for Akson måtte gjennomføres på kort tid.
- Da konseptvalgutredningen var utført, bygget Direktoratet for e-helse videre på arbeidet de hadde gjort i det opprinnelige forprosjektet.

Risiko og usikkerhet:

- Det er svært stor usikkerhet knyttet til noen av Aksons sentrale forutsetninger. Det gjelder blant annet tidsbesparelser, hvor mange som vil ta løsningen i bruk, og hvilken funksjonalitet det er ønskelig og mulig å anskaffe.
- Gjennomføringsrisikoen for Akson er identifisert som høy. Noen innspill om å redusere risikoen ved oppdelt gjennomføring og tidlig utprøving har blitt tatt til følge, men ikke alle.
- Helse- og omsorgsdepartementet har i varierende grad rapportert vesentlige saksopplysninger fra kvalitetssikringen og utredningsprosessen.

6.2 Prosjektmodell og kvalitetssikring

Statlige investeringsprosjekter som overskrider en viss anslått kostnadsramme skal følge kravene til utredning, planlegging og kvalitetssikring i det som kalles statens prosjektmodell. Akson har nå vært gjennom KS1 og KS2, men har ennå ikke blitt lagt frem for investeringsbeslutning for Stortinget. Stortinget har imidlertid bevilget midler til videreføring av tiltaket i 2021, som følge av KS2-anbefalingen om å avvente en finansieringsbeslutning frem til Akson har blitt kvalitetssikret på nytt.



Hva er «statens prosjektmodell»?

Statlige investeringsprosjekter som overskrider en viss kostnadsramme, skal følge spesifikke krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring i statens prosjektmodell. Utredningene skal gjennomgå ekstern kvalitetssikring ved to kontrollpunkter før prosjektet eventuelt legges frem for Stortinget.³⁵² Terskelverdien er 300 millioner kroner for digitaliseringsprosjekter, og 1 milliard for øvrige prosjekter.³⁵³

De følgende er de to viktigste fasene i utredningen av store statlige investeringsprosjekter:³⁵⁴

1. **Konseptfase.** Skal munne ut i en konseptvalgutredning (KVU) som skal gjennom ekstern kvalitetssikring (KS1) før konseptvalg kan fattes i regjeringen. KS1 er en kvalitetssikring av konseptvalgutredningen (KVU) som gjennomføres før det tas beslutning om konsept.

³⁵² Finansdepartementet (2019) *Rundskriv R-108/19. Statens prosjektmodell - Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten*, side 2.

³⁵³ Terskelverdien for at IT-prosjekter skulle falle inn under statens prosjektmodell ble senket fra 750 til 300 millioner kroner i 2019. I tillegg publiserte Finansdepartementet en veileder for digitaliseringsprosjekter i 2020, som skal hjelpe virksomhetene med å tolke prosjektmodellen i en digitaliseringskontekst. Det ble ikke gjort endringer i selve innholdet i metodikken i prosjektmodellen.

³⁵⁴ Finansdepartementet (2019) *Rundskriv R-108/19. Statens prosjektmodell - Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten*, side 5.

2. **Forprosjekt.** Skal utarbeide styringsunderlag og kostnadsanslag for det valgte konseptet, beskrevet i et sentralt styringsdokument (SSD). Dette skal kvalitetssikres gjennom KS2 før investeringsbeslutning og kostnadsramme eventuelt legges frem for Stortinget.

Figur 7 Fasene i statens prosjektmodell



6.2.1 2015-utredningen ble ikke kvalitetssikret

Det går frem av rapporteringen i Prop. 1 at 2015-utredningen opprinnelig var ment å være en konseptvalgutredning som skulle kvalitetssikres gjennom KS1, i tråd med KS-ordningen for store statlige investeringer.³⁵⁵ Departementet rapporterte også om at når KS1 var utført, ville et konsept bli valgt før et eventuelt bevilgningsforslag skulle bli fremmet for Stortinget.³⁵⁶

I proposisjonen står det følgende (Riksrevisjonens utheving):

Side 15: Det foreslås 20 mill. kroner til det videre arbeidet med forstudien i konseptvalgutredningen. En innbygger – én journal. Målet er at nødvendige helseopplysninger kan følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Utredningen skal vurdere helsefaglige behov og foreslå ulike konsepter for mer integrerte og helhetlige nasjonale løsninger. **Konseptvalgutredningen inkluderer kvalitetssikring av forstudien gjennom KS-ordningen for store statlige investeringer.**

[...]

Side 31: Regjeringen vil modernisere IT-plattformen slik at nødvendige helseopplysninger kan følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Helsedirektoratet gjennomfører på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredning av én journal. **Utredningen gjennomføres som en konseptvalgutredning. Konseptvalgutredningen inkluderer gjennomføring av ekstern kvalitetssikring av forstudien i tråd med KS-ordningen for store statlige investeringer.** Når KS1 foreligger vil regjeringen kunne gi tilslutning til foreslått hovedkonsept, og ev. fremme nødvendig bevilgningsforslag for Stortinget.

Helse- og omsorgsdepartementet mener dette ikke betyr at det ble igangsatt en KS1-prosess, og viser til at de rapporterte om at det skulle utarbeides en *forstudie* i konseptvalgutredningen.³⁵⁷ Dette er ifølge departementet et første skritt i en lengre planleggingsprosess hvor alle forslag til funksjonalitet og løsninger kan endres fram mot et endelig forslag. At forstudien i hovedsak følger metodikken og strukturen for konseptutredninger av større statlige investeringsprosjekter, herunder kvalitetssikring, betyr ifølge departementet altså ikke at det er *etablert* en KS1-prosess. Departementet mener også at det på side 31 kun gis en *beskrivelse* av hva en konseptvalgutredning inkluderer, «herunder en eventuell tilslutning fra regjeringen til foreslått hovedkonsept og ev. at det fremmes nødvendig bevilgningsforslag for Stortinget».

Det ble til slutt ikke gjennomført noen KS1 og KS2 av 2015-utredningen. Ifølge interne notater var dette fordi 2015-utredningen endte opp med å anbefale et målbilde og en utviklingsretning snarere enn et konkret

³⁵⁵ Prop. 1 S (2014-2015) Helse- og omsorgsdepartementet, side 15.

³⁵⁶ Prop. 1 S (2014-2015) Helse- og omsorgsdepartementet, side 31.

³⁵⁷ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

konsept.³⁵⁸ Regjeringen ga også i juni 2016 sin tilslutning til anbefalingen om en utviklingsretning «fremfor et konseptvalg i tradisjonell forstand».³⁵⁹

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i et senere notat at de så det som lite hensiktsmessig å ta et tradisjonelt konseptvalg, ettersom tidsperspektivet for helheten var meget langt og dette kunne «binde prosjektet til teknologibaserte valg som kan være utdaterte om noen år».³⁶⁰ Dermed var ikke kvalitetssikring nødvendig. Også i intervju begrunner departementet fraværet av KS1 og KS2 med at dette ikke var påkrevd siden utredningen ikke ledet frem til en investeringsbeslutning.³⁶¹ I tillegg forteller departementet at det ville være uheldig å låse et konseptvalg i den fasen utredningen var i.³⁶²

Helse- og omsorgsdepartementet drøftet hvilken kvalitetssikring utredningene skulle gjennom i et internt notat fra oktober 2015, altså før utredningen ble levert.³⁶³ I notatet blir det vurdert ulike mulige former for kvalitetssikring, herunder gjennom KS-ordningen, Digitaliseringsrådet, eller ved oppnevning av en ekstern vurderingsgruppe/ekstern konsulent.

Notatet vurderte at KS-ordningen ikke gir noen garanti for at IT-prosjekter blir vellykkede, og at det er usikkert om «merverdien av kvalitetssikringen forsvarer kvalitetssikringsarbeidet og ulempene med utsettelsen».³⁶⁴ Notatet tok også opp at KS-regimet er tidkrevende, og at det var diskusjon om hvorvidt KS-regimet egner seg for IT-prosjekter,³⁶⁵ med henvisning til en SINTEF-rapport fra 2014.³⁶⁶ Se *delkapittel 6.2.3* og *6.3.1* for en drøfting av denne problemstillingen.

Notatet viser at departementet vurderte at utredningen var så «omfattende og så kompleks at embetsverket må supplere sin kompetanse med [eksterne] ressurser».³⁶⁷ Departementet valgte til slutt alternativet med å nedsette en egen ekspertgruppe med representanter fra virksomheter med erfaring fra større IT-prosjekter. Gruppen hadde representasjon fra både offentlig og privat sektor og fikk i oppdrag å vurdere utredningens innhold og gi råd om hvordan departementet burde arbeide videre. Gruppen besto av:³⁶⁸

- spesialrådgiver i Arbeids- og sosialdepartementet
- direktør i NAV
- IT-direktør i Politidirektoratet
- økonomi- og IT-direktør i Vinmonopolet
- fastlege og sentralstyremedlem i Legeforeningen
- helse- og sosialdirektør i Kristiansand kommune
- direktør teknologi og e-helse i Helse Sør-Øst RHF
- assisterende FoU-sjef ved Sykehuset i Telemark
- regulatorisk direktør i Telenor Norge

Vurderingsgruppen hadde fem møter i 2016, og produserte fire notater med innspill.³⁶⁹ Vurderingene ble ikke publisert, og er unntatt offentlighet. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er dette fordi anbefalinger, vurderinger og tilbakemeldinger fra vurderingsgruppen ble vurdert til å inngå i departementets interne vurderingsgrunnlag.³⁷⁰ Se slutten av *delkapittel 5.3.5* og *6.3.2* for en henvisning til noen av vurderingene og anbefalingene fra vurderingsgruppen.

³⁵⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal*. Sak 2016/732, Notat til Finansdepartementet fra E-helseavdelingen, 9.5.2016, side 1.

³⁵⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal – videre arbeid*. Sak 2016/1347. Oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse. 22.06.2016.

³⁶⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *En innbygger – én journal - Kvalitetssikring av det videre arbeidet*, Sak 2016/4582. Notat til Finansdepartementet fra E-helseavdelingen, 13.11.2017, side 4.

³⁶¹ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁶² Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

³⁶³ Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Utredning av én innbygger – én journal. Forslag til kvalitetssikring av forstudierapport*. Sak 2013/648. Internt notat fra Administrasjonsavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet til departementsråden, 26.10.2015.

³⁶⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Utredning av én innbygger – én journal. Forslag til kvalitetssikring av forstudierapport*. Sak 2013/648. Internt notat fra Administrasjonsavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet til departementsråden, 26.10.2015, side 5 og 6.

³⁶⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Utredning av én innbygger – én journal. Forslag til kvalitetssikring av forstudierapport*. Sak 2013/648. Internt notat fra Administrasjonsavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet til departementsråden, 26.10.2015, side 4 og 6.

³⁶⁶ SINTEF Teknologi og samfunn (2014) *Utfordringer og gode grep i store IKT-investeringer i offentlig sektor - Erfaringer og kvalifiserte synspunkter*.

³⁶⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Utredning av én innbygger – én journal. Forslag til kvalitetssikring av forstudierapport*. Sak 2013/648. Internt notat fra Administrasjonsavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet til departementsråden, 26.10.2015, side 7.

³⁶⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal: Innspill fra vurderingsgruppen 17. oktober 2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, 17.10.2016.

³⁶⁹ Møtedatoer for vurderingsgruppen: 11. desember 2015, 13. januar 2016, 13. april 2016, 2. juni 2016 og 17. oktober 2016.

³⁷⁰ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

6.2.2 Helse- og omsorgsdepartementet vurderte å hoppe over KVV og KS1 for Akson, og bestilte et forprosjekt som pågikk i 1,5 år før det ble bestemt at KVV skulle gjennomføres likevel

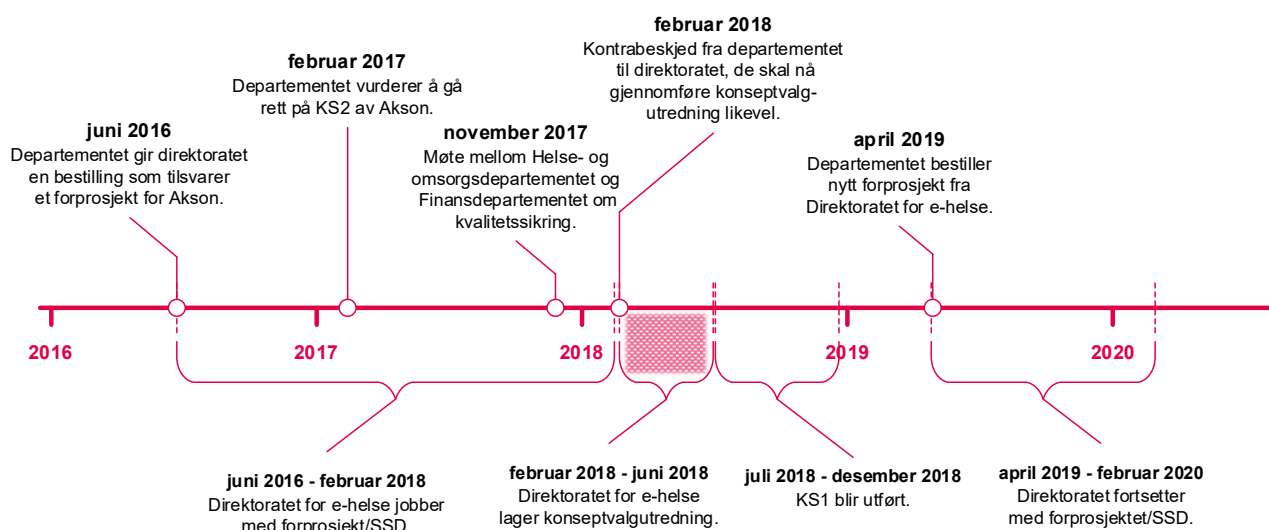
Helse- og omsorgsdepartementet vurderte for Akson å hoppe over konseptvalgutredning (KVV) med påfølgende KS1-kvalitetssikring, og i stedet begynne rett på forprosjektet (sentralt styringsdokument/SSD) med påfølgende KS2-kvalitetssikring.^{371,372} Igjen ble det blant annet vist til at det ville være uheldig å ta et for tidlig teknologisk valg, og at en tradisjonell konseptvalgutredning ville kunne forsinke prosjektet.

Kvalitetssikring ble diskutert i et møte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet. I et notat fra november 2017, sendt i forkant av et møte mellom de to departementene, la Helse- og omsorgsdepartementet frem to alternativer.³⁷³

1. Det første alternativet var å **kvalitetssikre hele målbildet**, altså 2015-utredningen sammen med veikartet og erfaringene fra Helseplattformen. Dette medførte at Akson kunne gå rett gjennom forprosjektet/SSD med påfølgende KS2.
2. Det andre alternativet var å gjennomføre en **tradisjonell KVV og KS1** for Akson. Dette medførte å gjøre om forprosjekt-arbeidet for Akson, som på dette tidspunktet allerede var i gang (se neste overskrift), og i stedet gjøre om dette til konseptvalg-arbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet ga i notatet uttrykk for at alternativ 1 var å foretrekke «fordi det betrakter helheten i utviklingsløpet og fordi vi tror det har minst risiko for at arbeidet blir utsatt». Alternativ 2 ble valgt til slutt, ettersom departementet tre måneder senere (i februar 2018) sendte brev til Direktoratet for e-helse om at direktoratet i stedet skulle omgjøre forprosjektarbeidet til en konseptvalgutredning (se neste overskrift).³⁷⁴ Vi har ikke mottatt dokumentasjon eller notater fra departementet som inneholder vurderinger omkring hvorfor dette alternativet ble valgt, eller når beslutningen ble tatt.

Figur 8 Tidslinje over kvalitetssikring av Akson



Departementet igangsatte arbeidet med forprosjektet / sentralt styringsdokument 1,5 år før kvalitetssikring var avklart, og forårsaket forsinkelser når de senere gjorde om på dette

Som nevnt ovenfor valgte Helse- og omsorgsdepartementet til slutt å gå for alternativ 2, som medførte at utredningsarbeidet gikk tilbake en fase fra forprosjekt/SSD til KVV. Beslutningen om å sette i gang forprosjektet ble tatt allerede i juni 2016. Da ga Helse- og omsorgsdepartementet Direktoratet for e-helse i oppdrag å utarbeide «et beslutningsunderlag for innføring av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste». Beslutningsunderlaget skulle ifølge bestillingen omfatte «gjennomføringsstrategi og

³⁷¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Informasjon om EIEJ - Flak ifbm. møte med depråd KMD 8.2.17*. Sak 2016/4582. Notat fra E-helseavdelingen til departementsråd i HOD før møte med departementsråd i KMD 6.2.2017.

³⁷² Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Kvalitetssikring En innbygger – én journal (EIEJ). Orientering om arbeid med kvalitetssikring av tiltaket*. Sak 16/4582. Internt notat til E-sjefsmøte, 1. mars 2017.

³⁷³ Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *En innbygger – én journal - Kvalitetssikring av det videre arbeidet*. Sak 2016/4582. Notat til Finansdepartementet fra E-helseavdelingen, 13.11.2017, side 5.

³⁷⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Tillegg til tildelingsbrev nr. 1 til Direktoratet for e-helse*. 21.02.2018.

fremdriftsplan, anbefalinger knyttet til styring roller og ansvar, kontrakts-/anskaffelsesstrategi, kostnadsoverslag og finansieringsplan, samt plan for gevinstrealisering».³⁷⁵

Selv om betegnelsen «sentralt styringsdokument» eller «forprosjekt» ikke brukes i bestillingen, beskrives det i senere dokumenter at innholdet i bestillingen tilsvarte en SSD.³⁷⁶ I et internt notat fra juni 2017 fremgår det at Direktoratet for e-helse arbeider med et forprosjekt, og at resultatet skal være et sentralt styringsdokument (SSD) som omfatter **gjennomføringsstrategi og framdriftsplan, styring, roller og ansvar, kontrakts-/anskaffelsesstrategi, kostnadsoverslag og finansieringsplan, samt plan for gevinstrealisering**. Det fremgår også at direktoratet samarbeider med sektoren om forprosjektet.

I et underlagsnotat fra Direktoratet for e-helse til diskusjon i Nasjonalt e-helsestyre fra mars 2017 fremgår det at arbeidet med kommunal journal «er å anse som et **forprosjekt** for beslutning om gjennomføring, jf. planleggingsfasen i Difis prosjektveiviser».³⁷⁷ Det står i notatet at det er «et styringsdokument for planfasen (**forprosjekt**) for nasjonal løsning for kommunale helse og omsorgstjenester». Det fremkommer også at ett av prosjektets hovedleveranser skal være et sentralt styringsdokument (SSD), som «i størst mulig grad [vil] legge til grunn KS-ordningens krav til KS2 og sentralt styringsdokument (SSD)».³⁷⁸ I notatet fremgår det også at:³⁷⁹

Prosjektets sentrale rammebetingelser er knyttet til regjeringens vedtak i r-notat av 16.6.2016, oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i tildelingsbrev 2017 og anbefalinger i utredning av «En innbygger – én journal».

Oppdraget som notatene henviser til i tildelingsbrevet fra 2017, er en *videreføring* av bestillingen som ble gitt i juni 2016.³⁸⁰ Direktoratet tolket også på et senere tidspunkt oppdraget som et forprosjekt som senere skulle gjennom KS2.³⁸¹ I statsbudsjettet for 2018 ble Direktoratet for e-helse til slutt tildelt 50 millioner kroner til «et **forprosjekt** om en nasjonal kommunal pasientjournal».³⁸² Arbeidet med forprosjektet pågikk dermed i hele 2017, og også deler av 2016.

I februar 2018 kom det kontrabeskjød fra departementet. Som beskrevet over hadde departementet likevel kommet til at det måtte gjennomføres en konseptvalgutredning. Direktoratet for e-helses oppdrag om å utføre et forprosjekt ble derfor korrigert til at de i stedet skulle «utarbeide en konseptvalgutredning» (KVU), som skulle kvalitetssikres på vanlig måte.³⁸³ På dette tidspunktet hadde det gått 1,5 år siden forprosjektet ble bestilt i juni 2016.^{384,385} Det fremgår i en møteoversikt fra konseptvalgutredningen at Direktoratet for e-helse i forbindelse med utredningen gjennomførte referansebesøk i oktober og desember i 2016, og en rekke møter med aktører og interessenter i hele 2017.³⁸⁶

Direktoratet rapporterte i april 2018, to måneder etter det nye oppdraget ble gitt, at KS-ordningens krav medførte økt risiko for forsinkelse.³⁸⁷ Direktoratet for e-helse bekrefter i intervju at arbeidet med å planlegge på nytt førte til forsinkelser i utredningsarbeidet.³⁸⁸ Figur 8 viser at endringen gjorde at forprosjektet ble ferdigstilt minst ett år senere enn man opprinnelig hadde tenkt.

Konseptvalgutredningen ble gjennomført hurtig, og det påfølgende forprosjektet bygget videre på arbeid som hadde blitt gjort før konseptvalgutredningen

Det tok kort tid å gjennomføre konseptvalgutredningen. Den ble bestilt av departementet 21. februar 2018 og levert litt over fire måneder senere. En analyse som sammenligner store statlige investeringsprosjekter (ikke bare IT-prosjekter), viser at gjennomsnittlig varighet for KVU er 373 dager.³⁸⁹ Det påfølgende arbeidet med

³⁷⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal – videre arbeid*. Sak 2016/1347. Oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse. 22.06.2016.

³⁷⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Arbeidet med En innbygger – én journal. Informasjon til møte med FIN*. Sak 2016/4582. Internt notat fra E-helseavdelingen til departementsråden, 12.6.2017, side 3.

³⁷⁷ Direktoratet for e-helse (2017) *Styringsdokumentasjon for prosjekt «En innbygger – én journal» – Planleggingsprosjekt for «nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester»*, side 4. Vedlegg til møte i Nasjonalt e-helsestyre 15. mars 2017, sak 9/17, side 4.

³⁷⁸ Direktoratet for e-helse (2017) *Styringsdokumentasjon for prosjekt «En innbygger – én journal» – Planleggingsprosjekt for «nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester»*, side 9. Vedlegg til møte i Nasjonalt e-helsestyre 15. mars 2017, sak 9/17, side 9.

³⁷⁹ Direktoratet for e-helse (2017) *Styringsdokumentasjon for prosjekt «En innbygger – én journal» – Planleggingsprosjekt for «nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester»*, side 9. Vedlegg til møte i Nasjonalt e-helsestyre 15. mars 2017, sak 9/17, side 9.

³⁸⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse 2017*, side 3.

³⁸¹ Direktoratet for e-helse (2017) *Saksunderlag til prosjektskyret for En innbygger – én journal, vedlegg 1*. Sak 22/17, 11.10.2017.

³⁸² Prop. 1 S (2017-2018) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 127.

³⁸³ Helse- og omsorgsdepartementet (2018), *Tillegg til tildelingsbrev nr. 1 til Direktoratet for e-helse*. 21.02.2018.

³⁸⁴ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁸⁵ Direktoratet for e-helse (2018) *Årsrapport for Direktoratet for e-helse 2017*, side 13.

³⁸⁶ Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg J Organisering av arbeidet*, side 9.

³⁸⁷ Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 24. april 2018, sak 15/18.

³⁸⁸ Intervju med Direktoratet for e-helse.

³⁸⁹ EY (2016) *Kartlegging av tid og kostnader ved KS-ordningen*. Rapport utarbeidet på bestilling av Finansdepartementet.

styringsdokumentet tok også kort tid, bare litt over et år. Gjennomsnittlig varighet for denne fasen er 691 dager.³⁹⁰ Direktoratet for e-helse forteller at dette var mulig fordi de bygget videre på arbeidet de hadde gjort med forprosjektet tidligere, før omgjøringen.³⁹¹

Med andre ord ledet konseptvalgutredningen, som ble utført hurtig, til valg av et konsept som direktoratet allerede hadde brukt 1,5 år på å utforske og utdype. Når konseptvalgutredningen var ferdig, fortsatte direktoratet med jobben de tidligere hadde satt på vent.

6.3 Håndtering og reduksjon av risiko

6.3.1 Gjennomføringsrisikoen i Akson er vurdert til å være meget høy

De siste årene har det vært en stadig større bevissthet rundt den høye risikoen som er forbundet med store IT-prosjekter. Det kommer blant annet av at flere store IT-prosjekter det siste tiåret har hatt problemer. Disse dokumenteres blant annet i en Concept-rapport fra 2019, som viser til at flere av de store IT-prosjektene som har vært gjennom Statens prosjektmodell har støtt på utfordringer:³⁹²

Av de 20 IT- og telekomprosjektene som per desember 2018 var registrert i Concepts database for prosjekter under statens prosjektmodell med ekstern kvalitetssikring, var **fire** sluttført med en kostnad under styringsrammen og **seks** med en kostnad noe over styringsrammen. Om lag **en firedel** var ikke kommet ordentlig i gang ennå, og **den siste firedelen** hadde betydelige utfordringer med framdrift, kvalitet og kostnader som førte til stans eller sterke omprioriteringer, noen av disse så langt ut i prosjektforløpet at de har vært omtalt som skandaler i media.

Risikoen ved de valgte konseptene i utredningsprosessen har gjennomgående vært høy, og denne risikoen har vært et stadig tilbakevendende tema. I 2015-utredningen ble konsept 8, en helhetlig løsning for både spesialist- og primærhelsetjenesten, valgt bort fordi risikoen var for høy, og konsept 9 ble også vurdert til å ha flere alvorlige risikopunkter.³⁹³

I Akson hadde også flere av konseptene, inkludert det valgte konsept 7, flere moderate til høye risikopunkter med betydelig sannsynlighet for å inntreffe.³⁹⁴ KS2-rapporten bekreftet dette og vurderte at den samlede risikoen knyttet til løsning og gjennomføring var «meget høy».³⁹⁵

Faktaboksen nedenfor viser at IT-prosjekter har et større behov for fleksibilitet enn andre prosjekter, og at risikoen for å mislykkes blant annet kan reduseres gjennom å dele opp prosjektet i mindre og mer håndterlige delleveranser (heretter omtalt som oppdelt gjennomføring). I tillegg ses det på som hensiktsmessig å utføre en tidlig utprøving/«proof-of-concept» dersom man går inn i ukjent terreng.

Undersøkelsen viser at det underveis i prosessen med Akson har kommet flere innspill fra kvalitetssikring og interessenter nettopp om at risikoen er for høy, og at denne burde håndteres ved å dele opp prosjektet i mindre biter og foreta en begrenset utprøving. Noen av disse innspillene har blitt tatt til følge.

³⁹⁰ EY (2016) *Kartlegging av tid og kostnader ved KS-ordningen*. Rapport utarbeidet på bestilling av Finansdepartementet.

³⁹¹ Intervju med Direktoratet for e-helse.

³⁹² Finne, Håkon (2019) *Styring og gjennomføring av store statlige IKT-prosjekter: Eksperters erfaringer og vurderinger*. Concept-rapport nr. 56, 06.2019, side 11.

³⁹³ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal» – Vedlegg 4 Alternativanalyse*. 12.2015, side 12.

³⁹⁴ Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg B Mulighetsstudie*, side 87.

³⁹⁵ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 9.



Utvalgt forskning om risiko og særtrekk ved IT-prosjekter

Ifølge forskning er IT-prosjekter **forbundet med særegen risiko**, og dette gjelder spesielt de store prosjektene.

15 prosent av IT-prosjekter har mye **større kostnadsoverskridelser** enn «normale» prosjekter.^{396,397} Slike prosjekter har en kostnadssprekk på over 200 prosent, og omtales som «sorte svaner».

En kunnskapsoppsummering bestilt av Kommunal- og moderniseringsdepartementet i 2015³⁹⁸ viser at ca. 10% av investeringer i IT-utvikling ender opp med å **ikke levere noe** som helst.^{399,400,401} IT-prosjekter leverer i gjennomsnitt ca. **30% mindre nytte** enn planlagt.⁴⁰²

Store prosjekter, særlig de over 100 mill. kroner, ser ut til å **mislykkes 2-3 ganger hyppigere** enn middels store og små IT-prosjekter.⁴⁰³ En tidobling av størrelse **dobler risikoen** for å mislykkes.

25 eksperter med erfaring fra nøkkelroller i store norske statlige IT-prosjekter mener at **for mange IT-prosjekter er for store og komplekse**.⁴⁰⁴ Noen ganger er prosjektene for store fra forstudiefasen av, og de blir enda større og dyrere over tid.

Arsaker til at IT-prosjekter mislykkes, kan være⁴⁰⁵

- at de er for ambisiøse og inkluderer for mange mål og endringsønsker i samme prosjekt, noe som fører til at leveransene blir for komplekse
- feil resultatmål i forhold til virksomhetens behov
- mangel på erfaring og kompetanse til anskaffelse og gjennomføring
- at det ved anskaffelser ofte er den mest optimistiske, og ikke beste, leverandøren som vinner
- at prosjektene går over flere år, med risiko for at valgt teknologi er utdatert allerede før lansering
- urealistiske gevinstberegninger og manglende evne til å realisere gevinster etter endt prosjektperiode.

Forskning antyder at Statens prosjektmodell **ikke er godt egnet for IT-prosjekter**, og at den ikke er godt nok tilpasset IT-prosjekters egenart.⁴⁰⁶ IT-prosjekter har nemlig **særegne trekk**, og må **håndteres annerledes** enn andre prosjekter fordibehov og krav til nye løsninger ofte kan løses på **mange ulike måter**.⁴⁰⁷ I tillegg går **teknologisk utvikling går raskt**, og tilgjengelig teknologi og brukerens behov kan endre seg underveis i prosjektet.

Dette tilsier at detaljplanlegging av IT-prosjekter på et tidlig tidspunkt **øker risikoen for å mislykkes**. IT-prosjekter har behov for å endre seg underveis, og må ta høyde for både endringer i teknologiske muligheter og brukerbehov.

Derfor er det viktig å **unngå bindende planlegging** og løsningsvalg i en tidlig fase, frem til man har mer kunnskap, og å innarbeide erfaringer og kunnskap som høstes underveis i prosjektet.

Dette kalles også «**smidig**» tilnærming, som er en iterativ utviklingsmetodikk med mange små, kontinuerlige og hyppige leveranser, basert på tilbakemelding fra brukere. Gjennom oppdeling og tidlig utprøving reduserer man risiko.

Dagens prosjektmodell er imidlertid innrettet som en «**fossefall**»-tilnærming, som betyr at prosjektet planlegges lineært i faser. Først planlegges hele systemet i detalj, dernest bygges det, og til slutt overleveres det til brukerorganisasjonen for implementering.

Eksperter med erfaring fra nøkkelroller i store norske statlige IT-prosjekter mener at dette har negative konsekvenser, og at **prosjektmodellen bør praktiseres annerledes**.⁴⁰⁸

- Modellen er for rigid og for lite fleksibel. Særlig i store og langvarige prosjekter klarer ikke planleggingen å fange opp behov eller muligheter godt nok.
- Kravene i modellen er for detaljerte, og dette driver opp prosjektstørrelse og -omfang («scope creep»).
- Det høye detaljnivået innfører i praksis krav som gjør prosjektene umulige å planlegge eller gjennomføre.
- Kvalitetssikringen medfører lange og fordyrende forsinkelser, noe som i seg selv øker risiko.
- Det er risiko i konseptfasen for at man låser seg for tidlig til en retning, spesielt hvis både behov og teknologi er i raskere utvikling enn prosjektet. Hvis prosjektet binder seg til noe som viser seg å ikke gi tilsiktet effekt, så er det dumt å gjennomføre det, og tungt/kostnadskrevende å gjøre noe annet i stedet.
- Ekspertene mente bevisstheten burde styrkes rundt smidighet som et mulig valg.

³⁹⁶ Flyvbjerg, B. and A. Budzier (2011) *Why your IT project may be riskier than you think*. Harvard Business Review, side 89, 601-603.

³⁹⁷ Budzier, A. and B. Flyvbjerg (2011) *Double whammy – How ICT projects are fooled by randomness and screwed by political intent*. Said Business School Working Papers. Oxford: University of Oxford.

³⁹⁸ Jørgensen, Magne (2015) *Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter: En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak*. Simula Research Laboratory. Oslo: Universitetet i Oslo.

³⁹⁹ Sauer, C., A. Geminio and B. H. Reich (2007) *The impact of size and volatility - On IT project performance*. Communications of the ACM 50(11): 79-84.

⁴⁰⁰ El Emam, K. and A. G. Koru (2008) *A replicated survey of IT software project failures*. IEEE Software 25(5): 84-90.

⁴⁰¹ Tichy, L. and T. Bascom (2008) *The business end of IT project failure*. Mortgage Banking 68(628): 28.

⁴⁰² Budzier, A. and B. Flyvbjerg (2013) *Making sense of the impact and importance of outliers in project management through the use of power laws*. Conference: IRNOP (International Research Network on Organizing by Projects) Volume: 11.

⁴⁰³ Jørgensen, Magne (2015) *Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter: En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak*. Simula Research Laboratory & Scientia. Oslo: Universitetet i Oslo, side 7.

⁴⁰⁴ Finne, Håkon (2019) *Styring og gjennomføring av store statlige IKT-prosjekter: Eksperters erfaringer og vurderinger*. Concept-rapport nr. 56, 06.2019, side 21-26.

⁴⁰⁵ Meld. St. 27 (2015-2016) *Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*, side 82.

⁴⁰⁶ Finne, Håkon (2019) *Styring og gjennomføring av store statlige IKT-prosjekter: Eksperters erfaringer og vurderinger*. Concept-rapport nr. 56, 06.2019.

⁴⁰⁷ Jørgensen, Magne (2016) *Bruk av kostnadsstyrt prosjektplanlegging ("design to cost") i statlige IKT-prosjekter*. Simula Research Laboratory & Scientia. Oslo: Universitetet i Oslo.

⁴⁰⁸ Finne, Håkon (2019) *Styring og gjennomføring av store statlige IKT-prosjekter: Eksperters erfaringer og vurderinger*. Concept-rapport nr. 56, 06.2019, side 27-31.

Forskning kan tyde på at Statens prosjektmodell ikke er egnet for IT-prosjekter

Som det framkommer i faktaboksen over, kan nyere forskning tyde på at Statens prosjektmodell ikke er godt egnet for IT-prosjekters særegne behov.⁴⁰⁹ Både Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse forteller at de ser at IT-prosjekters behov for kontinuerlig endring og fleksibilitet kan komme i konflikt med innretningen i Statens prosjektmodell, og at det er krevende å kombinere den med en smidig tilnærming, selv om dette i teorien er mulig.^{410,411} Direktoratet mener derfor at det er behov for et videre arbeid på dette området, og at det ville være nyttig å se på om en utvikling av praksisen kan gi bedre rammer for IT-prosjekter.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det for digitaliseringsprosjekter er en særskilt risiko for å låse seg til teknologivalg for tidlig, men mener de har unngått dette med Akson.⁴¹² I tillegg vil departementet understreke at det har blitt gjort flere endringer i prosjektmodellen siden den tidligere omtalte forskningen ble utført.⁴¹³

- I 2015 ble det inngått en ny rammeavtale om ekstern kvalitetssikring med endringer i ordningen.
- Videre ble det i 2017 stilt nye krav til systemer for endringshåndtering og kostnadskontroll i alle prosjektene som er omfattet av statens prosjektmodell.
- I 2019 ble det gjort ytterligere endringer med etablering av et eget rundskriv for statens prosjektmodell R-108, der en rekke forhold ble presisert og det blant annet ble innført en egen terskelverdi for når digitaliseringsprosjekter skal omfattes av modellen. I den forbindelse ble det også utarbeidet en egen veileder Digitaliseringsprosjekter i statens prosjektmodell som tar opp flere av spørsmålene knyttet til praktisering av prosjektmodellen som adresseres i forskningen, blant annet knyttet til utredning av prosjekter med smidig metodikk, detaljeringsgrad og hvordan man kan ivareta digitaliseringsprosjektenes behov og samtidig støtte opp under gode beslutningsunderlag, styring av viktige offentlige utviklingsoppgaver og demokratisk kontroll.

Departementet viser også til at Concept-rapporten er basert på erfaringer som ligger flere år tilbake i tid, og at det i rapporten også fremkommer refleksjoner om at kvalitetssikring og konseptvalgutredning er nyttig (side 27 og 28 i rapporten).

6.3.2 Vurderingsgruppen anbefalte i 2016 oppdeling av prosjektet og en avgrenset pilot/utprøving

Første anbefaling om å dele opp gjennomføringen og begynne med en begrenset utprøving, kom i et notat skrevet av Helse- og omsorgsdepartementets eksterne vurderingsgruppe i etterkant av 2015-utredningen.⁴¹⁴ En samlet vurderingsgruppe kom med denne anbefalingen:

«Det anbefalte løsningskonseptets omfang er så betydelig at en vil ta uakseptabelt høy risiko ved å realisere i et enkelt prosjekt eller program. Konseptet må derfor anses som et langsiktig målbilde og en utviklingsretning. Gjennomføring bør deles opp i flere faser med selvstendige prosjekter».⁴¹⁵

Vurderingsgruppen mente at en oppdeling ville gi lavere kostnad, mindre kompleksitet, og større sannsynlighet for å levere i henhold til tidsramme og budsjett sammenlignet med ett, større prosjekt.⁴¹⁶ Videre påpekte den at «et oppdelt og modulært omfang muliggjør en løpende prioritering av de ulike delprosjektene, som gjør det mulig å sikre at prosjektene med høyest risikojustert kost/nytte-forhold prioriteres først».⁴¹⁷

⁴⁰⁹ Finne, Håkon (2019) *Styring og gjennomføring av store statlige IKT-prosjekter: Eksperters erfaringer og vurderinger*. Concept-rapport nr. 56, 06.2019, side 27-31.

⁴¹⁰ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁴¹¹ Direktoratet for e-helse (2021) *Skriftlig svar fra Direktoratet for e-helse på spørsmål fra Riksrevisjonen 19. februar 2021*. E-post til Riksrevisjonen, 19.02.2021.

⁴¹² Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁴¹³ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

⁴¹⁴ Se kapittel 6.2.1 for mer informasjon om vurderingsgruppen og kvalitetssikring av utredningene.

⁴¹⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal: Første konklusjoner fra vurderingsgruppen 15. februar 2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, 15.02.2016, side 2.

⁴¹⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal: Første konklusjoner fra vurderingsgruppen 15. februar 2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, 15.02.2016, side 3.

⁴¹⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal: Første konklusjoner fra vurderingsgruppen 15. februar 2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, 15.02.2016, side 3.

Med bakgrunn i disse vurderingene anbefalte vurderingsgruppen at man *ikke* startet med en utrulling i nasjonal skala i kommunene, slik utredningen anbefalte.⁴¹⁸ Startpunktet burde ifølge gruppen være «et geografisk avgrenset pilotprosjekt som inkluderer ett sykehus med tilhørende avtalespesialister, og omkringliggende kommuner med tilhørende fastleger», der en tester ut deler av ønsket funksjonalitet på utvalgte pasientforløp. Vurderingsgruppen mente at dette ville indikere om visjonen er realiserbar selv i komplekse omgivelser. Gruppen anbefalte en pilotering gjennom en «proof-of-concept»⁴¹⁹ (POC) med aktuelle leverandører, for å få et bedre bilde av hvilken funksjonalitet som må utvikles for lokale forhold.

På spørsmål om hvordan denne anbefalingen ble fulgt opp, viser Helse- og omsorgsdepartementet til at Helseplattformen fikk status som regionalt utprøvningsprogram.⁴²⁰ Departementet forteller at dette var en god mulighet for en begrenset geografisk utprøving av den nasjonale utviklingsretningen, og en god anledning for å teste tidlig ut samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert fastlegene.

Imidlertid fremgår det i et notat fra vurderingsgruppen at de anbefalte en begrenset utprøving («proof-of-concept») *både* for Helseplattformen og det nasjonale prosjektet.⁴²¹ Helseplattformen har blitt gjennomført som en tradisjonell anskaffelse, og ikke med begrenset utprøving. Heller ikke i Akson er det lagt opp til å gjennomføre en proof-of-concept slik den er beskrevet av vurderingsgruppen, men Helse- og omsorgsdepartementet viser til at Direktoratet for e-helse har lagt opp til at det er en begrenset løsning med basisfunksjonalitet som prøves ut i innføringsprosjekt 1.⁴²² Etter innføringsprosjekt 1 er det lagt inn et stoppunkt der det er mulig å stanse videre gjennomføring eller gjøre nødvendige justeringer. Departementet mener derfor det er feil å konkludere med at det ikke er lagt opp til å gjennomføre en begrenset utprøving i Akson.

6.3.3 Innspill om å dele opp anskaffelsen av journalplattform i flere anskaffelser har ikke blitt tatt til følge

I interne notater så det ut til at Helse- og omsorgsdepartementet tok til seg vurderingsgruppens råd om å dele opp gjennomføringen. Departementet skrev blant annet i et internt notat at det er viktig å ikke låse seg til ett målbilde, men lære underveis. Videre ble det i notatet understreket at arbeidet må deles opp, samtidig som sterke mekanismer må hindre avsporing fra den vedtatte utviklingsretningen.

Samtidig har journalløsningen i Akson endt opp med et betydelig omfang. Journalen er et eget kontraktsområde (og den største og viktigste kontrakten⁴²³), og journalløsningen som skal anskaffes skal understøtte omtrent 15 ulike kommunale helse- og omsorgstjenester (se figur 9 for en oversikt over disse). Kvalitetssikrer har inntrykk av at løsningen må ha høy grad av ferdigstillelse før innføringen kan starte.⁴²⁴

«Prinsippet om stegvis innføring som beskrives i SSD, åpner for at kommunene kan velge de tjenestoområdene de ønsker å prioritere først. **Det innebærer i praksis at løsningen må utvikles slik at den fungerer for alle sektorene før kommunene kan velge fritt hvilke sektorer de ønsker å prioritere.** Dette underbygger inntrykket av at Akson journal er planlagt som en omfattende løsning som må utvikles til en høy grad av ferdigstillelse før innføringen starter. Kontraktstrategien inneholder ikke elementer som viser hvordan programmet skal håndtere hyppige delleveranser underveis».

Helse- og omsorgsdepartementet mener at den uthevede setningen er ekstern kvalitetssikrers tolkning.⁴²⁵ Direktoratet for e-helse opplyser at kommunene, som ansvarlig for gjennomføringen av Akson, kan legge opp til en stegvis innføring og ta stilling til hvilke tjenestoområder og funksjonalitet de ønsker å prioritere først, og hvilken rekkefølge det skal være på prioritering av ny funksjonalitet.

⁴¹⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal: Første konklusjoner fra vurderingsgruppen 15. februar 2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, 15.02.2016, side 4.

⁴¹⁹ Proof-of-concept vil si en begrenset uttesting for å demonstrere at en idé eller et konsept er realiserbart.

⁴²⁰ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁴²¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal: Innspill fra vurderingsgruppa 2. juni 2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, 02.06.2016, side 5.

⁴²² Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

⁴²³ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 53.

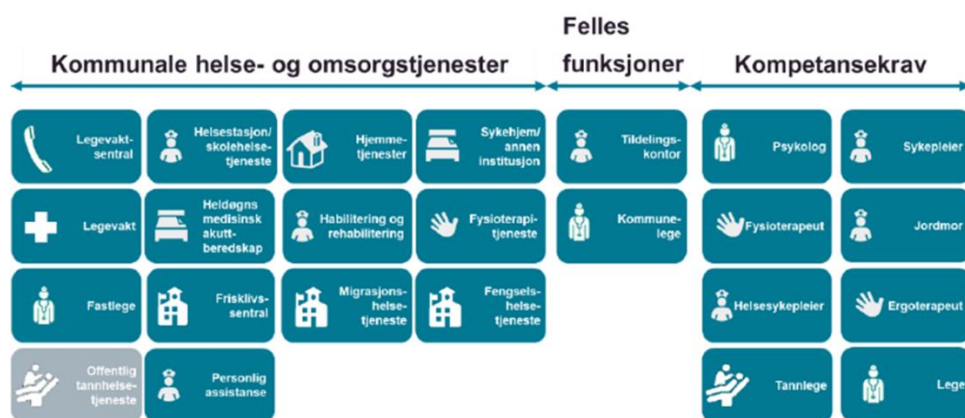
⁴²⁴ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 62.

⁴²⁵ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

Sektoren har gjennom de nasjonale utvalgene uttrykt støtte til å avgrense og dele opp Akson for å redusere risikoen og øke sannsynligheten for å lykkes. Ved flere anledninger har sektoren bemerket at det valgte konseptet for Akson har høy/stor gjennomføringsrisiko.^{426,427,428}

Styringsgruppen for Akson kommenterte i 2017, før beslutningen om en konseptvalgutredning, at det er høy risiko i store anskaffelser og derfor viktig å tenke stegvis.⁴²⁹ Da styringsgruppen behandlet behovsanalysen i konseptvalgutredningen i 2018 ble det kommentert at «tiltaket fremstår komplekst, og at det er viktig å se på muligheten for å avgrense tiltaket for å redusere risiko og øke sannsynligheten for å lykkes».⁴³⁰ Da styringsgruppen drøftet forprosjektets anbefalinger til gjennomføringsstrategi og stegvis gjennomføring var tilbakemeldingen fra flere av styringsgruppens medlemmer at «det er klokt og viktig at tiltaket deles opp», noe som henviste til oppdeling mellom samhandlingsløsning og journalløsning.⁴³¹

Figur 9 Oversikt over kommunale helse- og omsorgstjenester (samt offentlig tannhelsetjeneste) som skal understøttes av felles kommunal journalløsning



Kilde: Sentralt styringsdokument, vedlegg E Kontraktstrategi.⁴³²

Også KS2-rapporten merker seg Aksons gjennomføringsrisiko og manglende oppdeling av omfang. Kvalitetssikrerne vurderer at det må beskrives tydeligere hvordan løsningen kan bli stykket opp for å redusere den høye risikoen.⁴³³ Kvalitetssikrerne legger til at de ikke har tro på at innføringen blir vellykket med mindre løsningen blir stykket opp i mindre deler. De vurderte det også som «uheldig at stegvis utvikling, som synes å være viktig for kommunene, ikke er mer inngående beskrevet og planlagt» i styringsdokumentet.⁴³⁴

Underveis i Akson-utredningen har det kommet flere innspill til hvordan dette kan gjøres. Både fastlegene og deler av kommunesektoren, som skal bruke løsningen, har spilt inn at risikoen bør håndteres ved å ta for seg ett og ett tjenesteområde (for eksempel ved å begynne med sykehjem, deretter helsestasjon eller lignende – heretter omtalt som en **tjenesteområdetilnærming**):

- Da styringsgruppen for Akson i 2017 drøftet det pågående arbeidet med veikart for realisering av *Én innbygger – én journal* kom det i diskusjonen innspill om hvorvidt en tjenesteområdetilnærming burde vurderes. Styringsgruppen konkluderte imidlertid med at det er gitt «et samlet råd til HOD om en nasjonal, kommunal løsning utenfor Helse Midt-Norge», og Direktoratet for e-helse svarte også at det «tidligere er vurdert ulike alternativer, og at det nå er viktig å komme i gang».⁴³⁵
- I 2019 kommenterte kommunesektoren at det bør være en tjenesteområdetilnærming, og at den nye kommunale journalløsningen utvikles område for område. Direktoratet for e-helse svarte at det er

⁴²⁶ Direktoratet for e-helse (2018-2020) Referat fra møter i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS) 31.05.2018 (sak 20/18), 22.06.2018 (sak 27/18), 15.2.2109 (sak 3/19), 22.3.2019 (sak 9/20).

⁴²⁷ Direktoratet for e-helse (2018) Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA) 5-6.09.2018 (sak 27/18).

⁴²⁸ Direktoratet for e-helse (2019) Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT) 27.05.2019 (sak 18/19).

⁴²⁹ Direktoratet for e-helse (2017) Referat fra styringsgruppemøte i Akson, 25.10.2017, sak 41/17-3.

⁴³⁰ Direktoratet for e-helse (2018) Referat fra styringsgruppemøte i Akson, 14.03.2018, sak 7/18-2.

⁴³¹ Direktoratet for e-helse (2019) Referat fra styringsgruppemøte i Akson, 02.12.2019, sak 49/19-2.

⁴³² Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg E Kontraktstrategi, side 20.

⁴³³ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 9.

⁴³⁴ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 62.

⁴³⁵ Direktoratet for e-helse (2018) Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS) 25.10.2017 (sak 41-3/17).

ønskelig at journalløsningen anskaffes som en helhet, men at den endelige gjennomføringsstrategien må legges når leverandør(er) er valgt.⁴³⁶

- KS og kommunesektoren sendte også inn et innspill til sentralt styringsdokument om at det er «ønskelig med smidig utvikling og at tilpasning til noen tjenesteområder kan ferdigstilles før 2025 for å få tidlige erfaringer med innføring og bruk».⁴³⁷ Kvalitetssikringen vurderte at dette innspillet ikke ble fanget opp.⁴³⁸
- I 2020 ga Legeforeningen, som representerer fastlegene, innspill om at «systemer bør utvikles eller skiftes ut tjenesteområde for tjenesteområde», og at «én anskaffelse av én felles journalløsning for alle de 15-18 ulike tjenesteområdene innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester er et for stort enkeltsteg med altfor høy risiko og uavklart gevinstpotensial».⁴³⁹ De frarådet derfor dette som strategi. Direktoratet for e-helse viste til valgt konsept, og at en slik tilnærming ville gi «lavere måloppfyllelse».

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å fremheve direktoratets begrunnelse for å ikke anbefale en oppdeling av journalplattformen:⁴⁴⁰

«Direktoratet for e-helse har i arbeidet med revisjonen redegjort for sitt standpunkt når det gjelder spørsmålet om å dele opp anskaffelsen av journalplattformen og legge en tjenesteområdetilnærming til grunn. De viser til at tiltakets samfunns mål handler om å sikre helhetlige tjenester og mener at en tjenesteområdetilnærming til anskaffelsen av journalplattform ikke ville gitt tilstrekkelig trygghet til at journalløsningen kan understøtte en helhetlig tjeneste.

Direktoratet viser videre til at en tjenesteområdetilnærming ble drøftet i kontraktstrategien, men peker på at ansvaret for å sikre helheten, både på tvers av anskaffelsesområdene, og innad i journalplattformen, i så fall faller på den nyopprettede virksomheten Akson journal AS. De peker på at dette forutsetter at den nyopprettede virksomheten på svært kort tid opparbeider seg kapasitet og kompetanse til å etablere de tette integrasjonene mellom programvarene, samtidig som de klarer å styre leverandørene på tvers og sikre at de leverer på en helhetlig produktplan. Både analysen av dagens situasjon og tilbakemeldinger fra referansebesøk viste samtidig at det er særlig krevende å sikre denne helheten dersom funksjonalitet med tett indre avhengighet anskaffes gjennom flere separate anskaffelser».

En mer oppdelt tilnærming, i tråd med noen kommuners og Legeforeningens ønske, kan nå se ut til å bli realisert likevel. Etter at Akson journal ble overført til kommunene, har den nye lederen for Aksons styringsgruppe antydnet at de «går inn for løsninger som Direktoratet for e-helse tidligere har avslått».⁴⁴¹ I artikkelen blir det vist til at KS lenge har understreket at Akson må utvikles trinnvis, og at Direktoratet for e-helse avsto disse forslagene. Det står også at kommunesektoren nå «tar kontroll» over forslag som direktoratet avsto, at det er «både urealistisk og uhensiktsmessig å lage én løsning fra dag én», og at det er snakk om «anskaffelser i flertall, i stedet for én anskaffelse».

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er en tjenesteområdetilnærming noe som nå utredes av kommunene.⁴⁴² Ifølge departementet ble det på styringsgruppemøte 25. mars 2021 drøftet en arbeidshypotese for løsning- og gjennomføringsstrategi. Styringsgruppen ba prosjektet om å sikre at det gjøres en risiko- og realitetsvurdering av forslaget og at man jobber parallelt med flere alternativer. I møtet ble det påpekt at forslaget virket spennende, men at det kan fremstå som eksperimentelt med tanke på hva leverandørmarkedet kan levere. Videre ble det påpekt at tilnærmingen måtte se på hvilke implikasjoner det får for kostnader, innføringstid, og så videre.

⁴³⁶ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra styringsgruppemøte i Akson 02.12.2019 (sak 49-2/19)*.

⁴³⁷ *Evaluering og innspill til SSD versjon 0.95*. I: Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 62.

⁴³⁸ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 63.

⁴³⁹ Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra møte i Styringsgruppe for Akson 27.02.2020 (sak 9/20)*.

⁴⁴⁰ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

⁴⁴¹ Kommunal rapport, 29. januar 2021. *Ny Akson-topp vil snu opp ned på IKT-giganten*.

⁴⁴² <https://www.kommunal-rapport.no/nyheter/ny-akson-topp-vil-snu-opp-ned-pa-ikt-giganten/128136/>

⁴⁴² Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

6.4 Usikkerhet i samfunnsøkonomiske vurderinger

Dette delkapittelet ser nærmere på usikkerheten ved noen av de samfunnsøkonomiske analysene for Akson, som ble gjennomført i forbindelse med utarbeidelse av konseptvalgutredningene (KVU) og forprosjektet (sentralt styringsdokument – SSD).

6.4.1 Samfunnsøkonomisk nytte for Akson har blitt redusert med 75 prosent fra KVU til SSD, fra 11,9 til 2,9 milliarder

Både KVU og SSD konkluderer med at det valgte konseptet for Akson er samfunnsøkonomisk lønnsomt, når tiltaket ses i en tidshorisont frem mot 2040. Estimaten viser at mange kostnader kommer tidligere enn nyttevirkningene, og at dette gjør at tiltaket har en negativ nettoverdi mellom 2021 og 2037.⁴⁴³ Det estimeres i SSD at tiltaket først vil bli samfunnsøkonomisk lønnsomt i år 2037, som vist i figur 10. Dette forutsetter at man anskaffer en løsning med høy kvalitet, og at kommuner som representerer 85 prosent av befolkningen og 60 prosent av fastleger, velger å delta i løsningen.⁴⁴⁴ Den totale samfunnsøkonomiske kostnaden er estimert til å bli omtrent 22 milliarder kroner, hvorav halvparten er investeringskostnader og drift- og forvaltningskostnader. 10,9 milliarder er endrings- og omstillingskostnader.

I KS1-rapporten, som kvalitetssikret KVU-en, ble det påpekt at det er utfordrende å vurdere gevinster for digitale løsninger som ennå ikke er anskaffet eller endelig utformet, ettersom «ingen helt vet hvor velfungerende og brukervennlig systemet vil være for ulike typer helsepersonell og hvor mye og hvordan helseopplysninger skal registreres».⁴⁴⁵

Fra KVU til SSD har den estimerte nettoytten av Akson blitt redusert fra 11,9 til 2,9 milliarder kroner, en reduksjon på omtrent 75 prosent.⁴⁴⁶ Nedgangen skyldes at det ble gjort endringer i forutsetningene og omfanget av forprosjektet – blant annet har forventet deltakelse blant kommunene og fastleger blitt nedjustert fra 100 til 85 prosent, og samhandlingskomponenten har blitt tatt ut av beregningsgrunnlaget fordi denne har blitt utsatt.⁴⁴⁷ Det ble også lagt til grunn oppdaterte tallgrunnlag på framskrivninger, antall årsverk og arbeidskraftkostnader.

I tilfeller hvor prosjektets omfang, kostnader eller nytte endrer seg betydelig, skal det vurderes om konseptvalget fortsatt er egnet.⁴⁴⁸ I forprosjektet ble det gjort en ny vurdering av hvordan nytten i konsept 1, 4 og 7 «ville endret seg med de endrede forutsetningene som er lagt til grunn i oppdatert samfunnsøkonomisk analyse». Dette gjelder blant annet endringer i innføringstakt, kurver for realisering av nytte og en modellert sammenheng mellom fastlegers deltagelse og realisering av nytte i kommunene. Forprosjektet konkluderer med at konsept 7 fortsatt er mer lønnsomt enn de andre konseptene,⁴⁴⁹ men det blir presisert at konseptene ikke lenger er direkte sammenlignbare.⁴⁵⁰

I KS1 gjennomførte ekstern kvalitetssikrer sin egen samfunnsøkonomiske analyse og benyttet samme underlag. Ekstern kvalitetssikrer har i sin samfunnsøkonomiske analyse i KS1 identifisert tilsvarende type nyttevirkinger som i konseptvalgutredningen. I KS2 var ekstern kvalitetssikrers vurdering at det oppdaterte anslaget på samfunnsøkonomisk lønnsomhet var «rimelig».⁴⁵¹

⁴⁴³ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 7.

⁴⁴⁴ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 8 og 17.

⁴⁴⁵ Holte Consulting m.fl. (2018) KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 81.

⁴⁴⁶ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 69.

⁴⁴⁷ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 7.

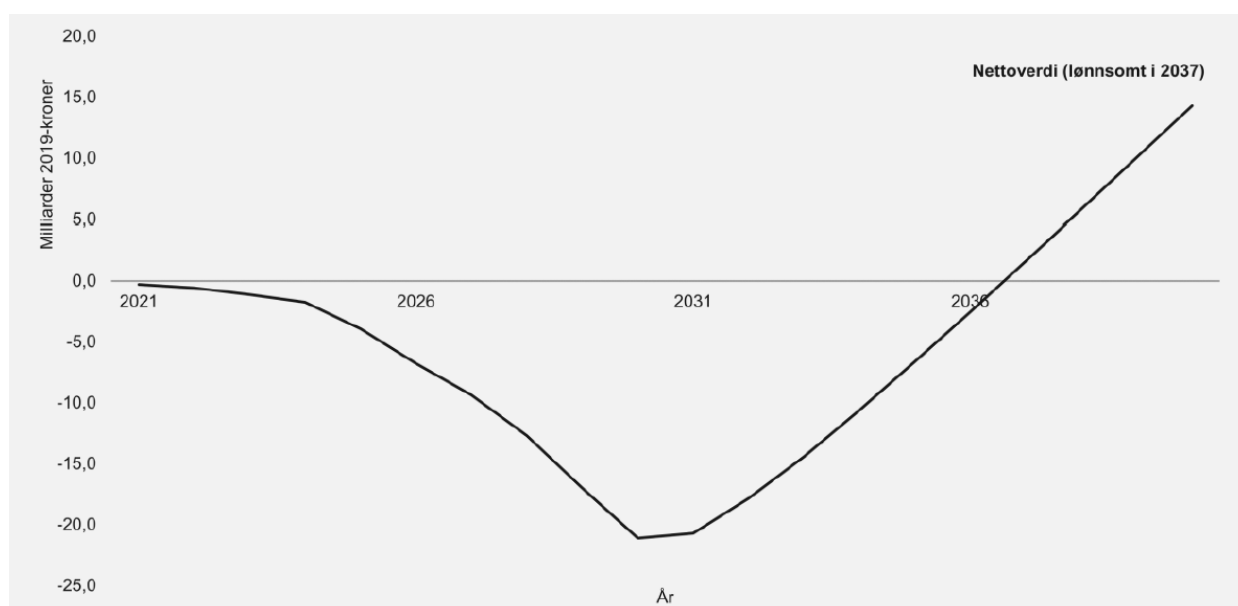
⁴⁴⁸ Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten (Rundskriv R-108/19), side 11.

⁴⁴⁹ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 69.

⁴⁵⁰ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 69.

⁴⁵¹ Holte Consulting m.fl. (2020) Kvalitetssikringsrapport. KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 28.

Figur 10 Nettoverdi av prissatte virkninger i den samfunnsøkonomiske analysen for konsept 7



Kilde: Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse.⁴⁵²

6.4.2 Det er usikkerhet knyttet til hvor store gevinster man kan oppnå gjennom tidsbesparelser

I SSD ble total samfunnsøkonomisk gevinst/nytte for konsept 7 anslått til å være på totalt 25 milliarder.⁴⁵³ Nesten halvparten av dette, 13 milliarder, kommer fra tidsbesparelser for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Anslaget bygget på en antakelse om at bedre digitale løsninger fører til mindre tidsbruk på å innhente pasientopplysninger og færre manuelle rutiner. Det er imidlertid heftet stor usikkerhet ved potensialet for tidsbesparelser. Dette ble påpekt både av KS1 og KS2.

I KVV-en ble mulighetene for tidsbesparelser ifølge kvalitetssikrer estimert ved at det ble nedsatt en referansegruppe som ble presentert med en beskrivelse av konsept 7.⁴⁵⁴ Referansegruppen anslo forventede tidsbesparelser basert på konsept 7, og utredningen anslo deretter forventet utvikling i tidsbesparelser i de andre konseptene basert på disse estimatene. Det ble samlet inn 48 skjemaer som utgjorde grunnlaget for anslagene,⁴⁵⁵ men det fremgår ikke hvor mange eller hva slags helsepersonell som inngikk i gruppen.⁴⁵⁶

KS1 mente at denne tilnærmingen gjorde det «vanskelig å kunne definere estimatene som forventningsrette», spesielt fordi det manglet god statistikk for tidsbruk, størrelsen på referansegruppen og faren for seleksjonseffekter i utvalget av referansepersoner.⁴⁵⁷ KS1 viste videre til at de ikke hadde hatt tilgang til tallgrunnlaget for tidsbesparelsesanslag eller fått presentert spennet i tidsbesparelsene fra referansegruppen, og at dette gjorde det krevende å vurdere kvaliteten i anslagene for tidsbesparelser og hvor konservative de var.⁴⁵⁸ KS1 etterlyste i tillegg en tidsbruksundersøkelse for å få en basis for å beregne tidsbesparelser, og viste til at det finnes etablert metodologi for å gjennomføre slike undersøkelser. Direktoratet for e-helse opplyser om at ekstern kvalitetssikrer aldri etterspurte underlaget, og at ingen av spørsmålene direktoratet ble stilt fra ekstern kvalitetssikrer gjennom KS1-prosessen omhandlet tidsbesparelsen.⁴⁵⁹ Videre viser direktoratet til at:

⁴⁵² Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 7.

⁴⁵³ Dette er altså ikke det samme som netto nytte, som er nytten som gjenstår når kostnader er trukket fra.

⁴⁵⁴ Holte Consulting m.fl. (2018) KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 81.

⁴⁵⁵ Direktoratet for e-helse (2018) Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg D Kost- og nytteverdier. 31.07.2018, side 67.

⁴⁵⁶ En fotnote på side 67 i vedlegg D henviser til at en «oversikt over intervjuene med dato, type helsepersonell og tjeneste samt tema for intervju fremkommer i vedlegg J Organisering av arbeidet, kapittel 4.2», men denne oversikten og dette delkapittelet finnes ikke. Det fremgår imidlertid i møteoversikten at de har møtt 4 referansekommuner med tidsbruk som tema - Kristiansand, Bærum, Bergen og Tromsø.

⁴⁵⁷ Holte Consulting m.fl. (2018) KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 81.

⁴⁵⁸ Holte Consulting m.fl. (2018) KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 82.

⁴⁵⁹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

«I arbeidet med konseptvalgutredningen ble det gjennom intervjuer med helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt eksempler fra pilotprosjekter identifisert et potensial for tidsbesparelser knyttet til dokumentasjon og administrasjon av helsehjelp. Det eksisterer lite dokumentasjon av tidsbruk knyttet til administrasjon, kommunikasjon og ytelse av kommunale helse- og omsorgstjenester. Prosjektet gjennomførte derfor selv en kartlegging av tidsbruken hos ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste i arbeidet med konseptvalgutredningen. Kartleggingen ble gjort over fire arbeidsmøter med helsepersonell fra 44 referansekommuner. Respondentene ga en vurdering av dagens tidsbruk og hva de trodde de ville spare/bruke mer tid på etter innføring av tiltak tilnærmet likt konsept 7. Utredningen gjorde deretter en vurdering av respondentenes anslag og anslo deretter forventet utvikling i tidsbesparelser for de andre konseptene basert på disse estimatene. Det ble samlet inn 48 skjemaer som utgjorde grunnlaget for estimatene.

[...]

Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) gjennomførte i 2017 en tidsbruksundersøkelse blant helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste på oppdrag fra Direktoratet for e-helse. Tallmaterialet ble vurdert til å være for usikkert til å kunne benyttes i den samfunnsøkonomiske analysen (estimatene var langt høyere enn det som er lagt til grunn senere i konseptvalgutredningen)».

I arbeidet med **SSD** ble det estimert at 10,8 av de 13 milliardene i gevinster som var knyttet til tidsbruk ville tilfalle hjemmetjenester og sykehjem, med henholdsvis 4 og 6,8 milliarder.⁴⁶⁰ Estimaten bygget videre på arbeidet som ble gjennomført i konseptvalgutredningen,⁴⁶¹ men man valgte i tillegg å verifisere anslagene gjennom intervjuer, møter og observasjoner. Sykepleiere i hjemmetjenesten ble observert 6 ganger, mens det ikke ble gjennomført noen observasjoner i sykehjem.⁴⁶²

Under utarbeidelsen av **KS2** sendte kvalitetssikrerne et notat til Direktoratet for e-helse med tema for oppfølging. Her ble det vist til at tidsundersøkelsen som ble etterlyst i KS1 for å få et bedre empirisk hold for tidsbesparelsesgevinstene, kun delvis hadde blitt fulgt opp.⁴⁶³ Selv om kvalitetssikrerne mente at potensialet for tidsbesparelser var stort, var det usikkerhet rundt antakelsen om at Akson vil bidra med all denne nytten, og «ikke godt nok begrunnet at Akson vil føre til så mye større tidsbesparelser i den enkelte deltakerkommune enn det man vil klare utenfor Akson». KS2 presiserer at det er en forutsetning for å hente ut beregnet nytteeffekt at man oppnår dyptgripende samhandling.⁴⁶⁴ Samtidig er det hittil ikke valgt et samhandlingskonsept, og det er derfor uklart *når* man vil oppnå høy grad av samhandling.⁴⁶⁵

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å legge til følgende:⁴⁶⁶

Tillegg til tildelingsbrev nr. 3 2019 – oppstart av forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journal presiserte at forprosjektet skulle «kartlegge tidsbruk knyttet til enkelte hovedprosesser i utvalgte kommuner og tjenesteområdet gjennom referansebesøk/observasjoner for å verifisere anslagene knyttet til tidsbruk i KVVU.

Forprosjektet ba Legeforeningen, Norsk sykepleierforbund og KS om innspill til kartleggingen av tidsbruk. Sykepleierforbundet skriver i sitt svar «Generelt er vi noe tvilende til hva en tidsbruksundersøkelse vil gi utover det som allerede er utredet og beskrevet i konseptvalgutredningen, og som vi mener er gjort grundig. Det er også vanskelig å oppnå valide og reliable resultater i slike undersøkelser». Legeforeningen avslutter sitt svar som følger: «Legeforeningen er på bakgrunn av ovenstående i tvil om nytten av å gjennomføre tidsbruksstudier i forprosjektet (...)». Tilbakemeldingene viser at interessentene ikke så nytten i en tidsbruksundersøkelse som KS1 hadde etterspurt.

Det ble likevel gjennomført en kartlegging som er nærmere beskrevet i Boks 5 i Vedlegg J: Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse. En observatør fotfulgte helsepersonell i hjemmetjenesten

⁴⁶⁰ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 38.

⁴⁶¹ Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg B Organisering av arbeidet, side 22.

⁴⁶² Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 14.

⁴⁶³ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 105.

⁴⁶⁴ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 6.

⁴⁶⁵ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 7.

⁴⁶⁶ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

og ved fastlegekontor gjennom en hel arbeidsdag, og tok løpende tiden på aktiviteter knyttet til dokumentasjon, informasjonsinnhenting og samhandling. Hjemmetjenesten ble valgt ut på grunn av det store omfanget av helsepersonell som arbeider i tjenesten og utgjør dermed en stor andel av tidsbruksvirkningen, mens fastlegekontorene ble valgt ut på grunn av avhengigheten til andre tjenesteområder og usikkerheten knyttet til potensielle tidsbesparelser.

Tre av de regionale helseforetakene har nevnt samfunnsøkonomiske beregninger i intervju:

Helse Nord RHF ser på de samfunnsøkonomiske beregningene som svært usikre, og viser til at spesialisthelsetjenesten ikke ble involvert i beregningene for Akson.⁴⁶⁷ Helse Nord har heller ikke sett gevinstberegningene som ligger til grunn. Helse Sør-Øst RHF har fått tilgang til deler av grunnlaget, men betrakter forutsetningene som er lagt inn, som urealistiske på mange områder.⁴⁶⁸ Det regionale helseforetaket mener at dette svekker troverdigheten til beslutningsgrunnlaget. Direktoratet for e-helse begrunner den manglende involveringen av spesialisthelsetjenesten i arbeidet med den samfunnsøkonomiske analysen, med at virkningene som skulle beregnes og vurderes oppstod i kommunal helse- og omsorgstjeneste, ikke i spesialisthelsetjenesten.⁴⁶⁹

Helse Vest RHF har erfart at det er lett å trå feil når det kommer til samfunnsøkonomiske beregninger.⁴⁷⁰ Det regionale helseforetaket har, i likhet med nytteberegningene til Direktoratet for e-helse for Akson, tidligere regnet seg frem til et stort gevinstpotensial, for eksempel ved å multiplisere antall sparte minutter med antall ansatte. Dette ble blant annet gjort i forbindelse med regionens satsing på kurve- og legemiddelhåndtering. Erfaringen er at det først og fremst er kvalitative gevinster som er dokumenterbare, og at eventuelle tidsbesparelser ikke er synlige. Lang tid mellom planlegging og implementering gjør det også vanskelig å realisere gevinstene, og fører til urealistiske vurderinger.⁴⁷¹

Direktoratet for e-helse understreker at en samfunnsøkonomisk analyse kun sier noe om gevinstpotensialet, men ikke noe om hvordan gevinstene skal hentes ut.⁴⁷² I Akson har det vært et viktig prinsipp at det er opp til den enkelte kommune å beslutte hvordan gevinstene skal hentes ut. Når det gjelder påstanden om at det kun er kvalitative gevinster som er dokumenterbare, viser Direktoratet for e-helse til rundskriv fra Finansdepartementet og veileder i samfunnsøkonomisk analyse fra Direktoratet for forvaltning og økonomistyring som understreker at virkninger så langt mulig skal verdsettes i kroner, og at idéverksteder, ekspertpaneler, spørreundersøkelser og intervjuer kan være gode kilder til datagrunnlag. Direktoratet for e-helse mener at usikkerheten i virkningene også er tydelig kommunisert.

Erfaringer fra internasjonale prosjekter viser at innføring av nye systemer fører til høyere tidsbruk, i alle fall i en tidlig fase. Sundhetsplattformen ble i 2016 innført i deler av Danmark, og umiddelbart etter innføringen sank antall behandlede pasienter med 34–37 prosent.⁴⁷³ Etter 1,5 år var produktivitetsnivået 5–10 prosent lavere enn før innføringen, men det er ikke påvist at endringene kun skyldes innføringen av nytt journalsystem. Direktoratet for e-helse opplyser om at de har anerkjent dette, og derfor lagt inn en kostnadsvirkning på 10,9 milliarder kroner i den oppdaterte samfunnsøkonomiske analysen knyttet til endring- og omstillingskostnader.⁴⁷⁴

Både Abelia og Legeforeningen har også kritisert den samfunnsøkonomiske analysen. Det har ikke blitt beregnet gevinster for de ulike konseptene som følger av muligheter for innovasjon. Abelia viste i et brev til at de oppfatter «at mulighetene for innovasjon bevisst er holdt utenfor den samfunnsøkonomiske analysen, og næringslivet har hatt svært liten – om noen – mulighet til å bidra med innspill i tidlig fase».⁴⁷⁵ Legeforeningen kritiserte i et brev til sine medlemmer at de ikke har kunnet etterprøve direktoratets estimater, men mener at kostnadene til produktivitetstap ser ut til å være underestimert, og de ikke kan finne at man har regnet med kostnader til å videreutvikle dagens systemer de neste 13 årene.⁴⁷⁶

⁴⁶⁷ Intervju med Helse Nord RHF.

⁴⁶⁸ Intervju med Helse Sør-Øst RHF.

⁴⁶⁹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁴⁷⁰ Intervju med Helse Vest RHF.

⁴⁷¹ Intervju med Helse Vest RHF.

⁴⁷² Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁴⁷³ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse*, side 25.

⁴⁷⁴ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁴⁷⁵ Abelia (2018) *E-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.

⁴⁷⁶ Den norske legeforening (2020) *Legeforeningen om forprosjekt felles kommunal journalløsning ("Akson journal")*. Brev til medlemmer om Akson, 2. juni 2020.

6.4.3 Det er usikkert hvor mange kommuner og fastleger som kommer til å delta i løsningen

En del av gevinstene ved Akson avhenger av at en stor andel av kommuner og fastleger velger å ta i bruk løsningen. I konseptvalgutredningen var det et mål og en forutsetning at 100 prosent av kommunene og fastlegene skulle være med, men det var ikke avgjort om dette skulle sikres gjennom tvang eller frivillighet.

KS1 mente at muligheten for frivillighet ville gjøre det sannsynlig at «man ikke klarer å oppnå tidsbesparelsene som er lagt til grunn i KVVU», og at et pålegg ville være nødvendig for å oppnå full nytteeffekt.⁴⁷⁷ Kvalitetssikrerne mente det ville være utfordrende å få bruksandelen til å overstige 85 prosent ved frivillig deltakelse. Samtidig presiserte de at det trolig ville være realistisk å oppnå en slik andel, og at 50 prosent ville være lavt.⁴⁷⁸ KS1 anbefalte likevel at det burde foreligge forpliktelser fra kommunene, i form av bindende avtaler, før tiltaket skulle igangsettes.⁴⁷⁹ Dersom dette ikke lykkes, anbefalte KS1 å vurdere obligatorisk deltakelse. Uten verken bindende forpliktelser og/eller obligatorisk innføring var kvalitetssikrerne «kritiske til å igangsette en så stor investering».

I **SSD** var målet om 100 prosent deltakelse beholdt, men i den samfunnsøkonomiske analysen ble det forutsatt en deltakelse på 85 prosent blant kommunene og 60 prosent blant fastlegene. KS2 mente at beskrivelsen i forprosjektet ikke ga en tilstrekkelig trygghet for at full deltakelse ville være mulig.⁴⁸⁰ Kvalitetssikrerne mente at det lave ambisjonsnivået sammen med uklarhet rundt tidsplanen for 100 prosent deltakelse og de konkrete tiltakene for å oppnå dette gjorde at det var usikkert hvor tiltaket ville ende opp.⁴⁸¹ Kvalitetssikrerne vurderte derfor at det fremsto som urealistisk å nå målsettingen om 100 prosent deltakelse, og at lavere deltakerandel ville medføre at man beveger seg vekk fra det valgte konseptet.⁴⁸²

Det ble i SSD beregnet at kommuner som utgjør minst 55 prosent av innbyggerne i Norge og mer enn 39 prosent av fastlegene i hver kommune, måtte delta i Akson for at tiltaket skulle bli samfunnsøkonomisk lønnsomt.⁴⁸³ KS2 vurderte at denne beregningen, til tross for noe usikkerhet, sannsynligvis var riktig. Imidlertid understreket kvalitetssikrerne at man ikke burde være tilfreds med en såpass lav deltakerandel.⁴⁸⁴

«For det første innebærer dette ikke noe samfunnsøkonomisk overskudd sammenlignet med nullalternativet. Hvis kostnads- eller nyttevirkningene skulle vise seg å avvike fra sine respektive forventningsverdier, vil tiltaket lettere bli samfunnsøkonomisk ulønnsomt ved lavere enn ved høyere deltakelse. For det andre vil kostnadene per kommune være høyere, og nytten per kommune lavere, enn de vil være ved høyere deltakelse. Det er, slik vi ser det, en fare for at det ved lav deltakelse kan oppstå en negativ dynamikk, eller nedadgående spiral, der stadig færre kommuner ser seg tjent med å delta».

Kvalitetssikrerne avslutter sin vurdering av deltakelse med å vurdere at det fremstår som helt åpent hvor stor deltakelsen blant kommuner og fastleger faktisk kommer til å være i 2033.⁴⁸⁵ Begrunnelsen var at «teknologiutviklingen innen dette området beveger seg meget raskt», og at det etter kvalitetssikrernes vurdering ikke er «mulig å planlegge på en hensiktsmessig måte hvordan en IT-løsning skal brukes 13 år frem i tid», og at «målsettinger med en slik tidshorisont i praksis har liten verdi».

Med tanke på å håndtere endringer viste kvalitetssikringen derfor til behovet for en god plattformstrategi (disse poengene er utdypet i *kapittel 5.5.2*). Den eksterne kvalitetssikringen viste også til at offentlige uttalelser fra direktøren i Direktoratet for e-helse i juni 2020 bidrar til å redusere sannsynligheten for 100 prosent deltakelse.⁴⁸⁶

«mange er veldig fornøyd med systemene sine i dag [...] dette som skjer fremover nå er basert på frivillighet [...] løsningen må være god, hvis ikke må vi legge opp til at dagens EPJ-systemer tilpasses og kan samhandle med Akson [...] fastlegene kan beholde dem hvis de vil».

⁴⁷⁷ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 82.

⁴⁷⁸ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 90.

⁴⁷⁹ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 97.

⁴⁸⁰ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 6.

⁴⁸¹ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 7.

⁴⁸² Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 7 og 10.

⁴⁸³ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 61.

⁴⁸⁴ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 29.

⁴⁸⁵ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 32.

⁴⁸⁶ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 32.

Uttalelsene gjør kvalitetssikrerne urolige for «hva man faktisk ser for seg når det gjelder deltakelse fra fastleger».⁴⁸⁷ Kvalitetssikrerne gir uttrykk for at de savner et «større fokus på betydningen av fastlegene i forprosjektet», spesielt siden de var sentrale i KVV/KS1 og er viktige for realiseringen av nytte. Kvalitetssikringen understreker at dersom bare en liten andel av fastlegene deltar, beveger man seg bort fra det vedtatte konseptet.

Våren 2020 ba Helse- og omsorgsdepartementet i et brev landets kommuner om å komme med intensjonserklæringer om videre deltakelse i Akson. Det ble understreket at en erklæring ville være «et uttrykk for kommunens støtte til og intensjon om deltakelse i det videre arbeidet med tiltaket Akson», men ikke medføre noen kjøpsforpliktelse eller annen økonomisk forpliktelse for kommunen.⁴⁸⁸

Per 8. februar 2021 hadde kommuner som representerer 63,9 prosent av befolkningen utenfor Midt-Norge signert intensjonserklæringer.⁴⁸⁹ Fastlegene har ikke blitt bedt om å komme med tilsvarende intensjonserklæringer.

6.4.4 Konsept 7 i KVVUen forutsatte en fullverdig samhandlingsløsning for å få full effekt, men nytte og kostnader til dette er verken inkludert eller ferdig estimert i Akson

En omfattende samhandlingsløsning var en sentral del av konsept 7 i konseptvalgutredningen for Akson. Da sentralt styringsdokument (SSD) ble levert av Direktoratet for e-helse, var det imidlertid kun steg 1 av planleggingen av en samhandlingsløsning som var igjen, mens steg 2 hadde blitt tatt ut. Det betyr at både kostnader og nytte knyttet til samhandlingsløsningen ble tatt ut av den oppdaterte samfunnsøkonomiske analysen. Dette har kun blitt beregnet for steg 1, som omfatter perioden fram til 2024.

KS2-rapporten beskrev dette som en «betydelig reduksjon av omfanget som ble beskrevet i KVVU og de forutsetningene som ble lagt til grunn i KS1-rapporten», og at de ikke kunne se at dette avviket hadde blitt beskrevet.⁴⁹⁰ Kvalitetssikrerne mente også at det var verdt å merke seg at «en betydelig del av det funksjonelle behovet forutsettes løst gjennom bruk av en samhandlingsløsning», og at «brukerne vil således ha redusert effekt og nytte av journalløsningen inntil dette er på plass».⁴⁹¹

6.5 Usikkerhet om hvilken funksjonalitet det er ønskelig og mulig å oppnå

Det fremgår av utredningene og annen dokumentasjon at det er knyttet usikkerhet til funksjonaliteten som utredningene legger opp til å tilby gjennom Akson.

- Utredningene har lagt vekt på at fremtidige systemer og løsninger bør inneholde muligheter for avansert beslutningsstøtte, men det er usikkert hvor store gevinster som er knyttet til dette, og i hvilken grad det er ønskelig å ta i bruk slik funksjonalitet.
- Utredningsprosessen har lagt til grunn at det skal anskaffes hyllevare, som deretter skal tilpasses til en norsk kontekst. Samtidig er det usikkert om det faktisk finnes hyllevare med en funksjonalitet som kan tilpasses primærhelsetjenesten i Norge.

6.5.1 Det er usikkert om innføring av avansert beslutningsstøtte gir gevinster, og i hvilken grad det er medisinsk ønskelig

I stortingsmeldingen *En innbygger – én journal* ble muligheten for økt strukturering av journaldata fremhevet som en mulighet for å få bedre kvalitet på rapportering, enklere samhandling og legge til rette for ny funksjonalitet, for eksempel beslutnings- og prosessstøtte for helsepersonell.⁴⁹²

Muligheten for å integrere beslutningsstøtte har blitt viet mye oppmerksomhet i utredningene. Utredningen fra 2015, gjennom rapporten *Gartner survey of EHR suppliers and systems in the Norwegian market*, legger

⁴⁸⁷ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Versjon 1.0 Statens prosjektmodell - Rapport nummer E009b, side 67.

⁴⁸⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2020) Akson: *Felles kommunal journal og helhetlig samhandling – Behov for intensjonserklæring*, Sak 20/1554. Brev til kommuner utenfor Midt-Norge, 24. april 2020.

⁴⁸⁹ KS (2020) *Kommuner som har signert intensjonserklæringen*.

⁴⁹⁰ <<https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/utviklingsprosjekter/fkj/se-kommuner-som-har-signert-intensjonserklaringen/>>

⁴⁹¹ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 10.

⁴⁹² Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 57.

⁴⁹³ Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*, side 24.

til grunn at beslutningsstøtte er en av åtte kjernekapabiliteter som må være på plass for at et journalsystem skal være godt.⁴⁹³

Både utredningen i 2015 og konseptvalgutredningen for Akson inkluderer beslutningsstøtte som krav og mål tiltaket *må* og *skal* oppnå.^{494,495,496,497} Samtidig beskrev behovsanalysen i 2015 at behovet for tilgjengeliggjøring av informasjon er det viktigste for helsepersonell, og at for eksempel legemiddelområdet er et område hvor mangelen på en felles informasjonskilde er et særlig betydelig problem.⁴⁹⁸ En spørreundersøkelse om bruk av journalsystemer i den kommunale omsorgstjenesten⁴⁹⁹, gjennomført av KS og Helsedirektoratet i 2014, viste at misnøye med journalløsningene blant de ulike yrkesgruppene hovedsakelig skyldtes at det var vanskelig å få tilgang på informasjon om pasienter (gjenfinning av informasjon og oversikt over relevant informasjon).⁵⁰⁰

Muligheten for beslutningsstøtte blir benyttet i valget av konsepter som et argument for å velge helhetlige standardløsninger, og å integrere flest mulig systemer i én løsning. 2015-utredningen viste til at jo flere spesialistsystemer som opprettholdes på grunn av at hovedløsningene ikke er funksjonalitetsmessig dekkende nok, desto mindre vil mulighetsrommet være til å implementere helhetlig prosessstøtte og kunnskaps- og beslutningsstøtte.⁵⁰¹ Utredningen la her vekt på Gartners generasjonsmodell, og gjorde følgende vurdering:

«Evnen til å dekke helsepersonells behov for effektivt arbeidsverktøy har de siste årene bedret seg kraftig. Flere av de ledende globale leverandørene er definert av Gartner som Generasjon 3. Gartner forventer at de første produktene som møter kravene for Generasjon 4 vil være på markedet i løpet av 2015.»

Også konseptvalgutredningen for Akson vurderte at dagens systemer i liten grad tilbyr beslutningsstøtte, og at dagens leverandører ikke vil kunne møte de funksjonelle kravene i konseptene.⁵⁰² I tillegg gjentas Gartners vurderinger av at det er de store generasjon 3-løsningene som i størst grad har funksjonalitet for beslutningsstøtte.⁵⁰³

Senere forskning tyder på at gevinsten av avansert beslutningsstøtte i journalløsninger er mer begrenset enn det utredningen legger til grunn. En fagfellevurdert metaanalyse fra 2020 av 100 eksperimenter som involverte over en million pasienter og 10 000 leverandører, påviste at integrert klinisk beslutningsstøtte i journalløsninger kun har ført til små til moderate økninger i andelen pasienter som mottar anbefalt behandling.⁵⁰⁴ Forskning tyder også på at de positive effektene av slik funksjonalitet er mindre i primærhelsetjenesten, fordi arbeidsprosesser og pasientforløp i mindre grad enn i spesialisthelsetjenesten følger felles mønstre.⁵⁰⁵

Leger har lenge bestridt de kliniske gevinstene ved standardiserte forløp og strukturering av informasjon, som er forutsetninger for beslutningsstøtte. Norske spesialister i allmennmedisin har vist til at mens ulike standardiserte behandlingsforløp i sykehus (slik som pakkeforløp for kreft) har vært vellykket, så kan ikke disse overføres direkte til primærhelsetjenesten, «hvor individuell, samlet helsetilstand og funksjon – ikke enkelt diagnoser – danner grunnlag for planlegging av tjenestetilbudet».⁵⁰⁶

Legeforeningen mener generelt, basert på regionale og nasjonale erfaringer, at å standardisere pasientforløp skaper høy risiko for at kvaliteten og effektiviteten taper seg.⁵⁰⁷ Foreningen har derfor vært kritisk til for høy grad av strukturering av medisinsk informasjon, og mener at dette må avstemmes med

⁴⁹³ Gartner (2014) *Gartner survey of EHR suppliers and systems in the Norwegian market*. Rapport utarbeidet for Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, vedlegg 1.6 til Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*, side 9.

⁴⁹⁴ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*. Sammendrag. Desember 2015, side 21.

⁴⁹⁵ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*. Sammendrag. Desember 2015, side 28.

⁴⁹⁶ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*. V3 Mulighetsstudie. Oktober 2015, side 47.

⁴⁹⁷ Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. 31.07.2018, side 42.

⁴⁹⁸ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*. V1.1 Interessentgruppebaserte behov. Januar 2015, side 14.

⁴⁹⁹ Herunder hjemmetjenesten, helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, rehabilitering og habilitering i hjemmet og avlastning utenfor institusjon.

⁵⁰⁰ Helsedirektoratet og KS (2014) *Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten – Status, utfordringer og behov, IS -2221*. Oktober 2014, side 15. Totalt var det 3090 som svarte på spørreundersøkelsen, herunder sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger, vernepleiere og annet personell fra 380 kommuner.

⁵⁰¹ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*. V3 Mulighetsstudie. Oktober 2015, side 62.

⁵⁰² Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Vedlegg B Mulighetsstudie. 31.07.2018, side 49.

⁵⁰³ Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Vedlegg B Mulighetsstudie. 31.07.2018, side 28.

⁵⁰⁴ Kwan, J. et al. (2020) *Computerised clinical decision support systems and absolute improvements in care: meta-analysis of controlled clinical trials*. BMJ 2020, 370. <<https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m3216>>

⁵⁰⁵ Holman, G. T. et al. (2016) *The myth of standardized workflow in primary care*. J Am Med Inform Assoc. 2016; Jan. 23(1):29-37. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26335987/>>

⁵⁰⁶ Fosse A, Wensaas KA, Thorsen B (2020) *Pakk sammen «Pakkeforløp hjem»*, I: Dagens Medisin, nettutgave, 04. februar 2020

<<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/02/04/pakk-sammen-pakkeforlop-hjem/>>

⁵⁰⁷ Den norske legeforening (2018) *Legeforeningens høringssvar om regionale utviklingsplaner 2035 for Helse Nord, Helse Midt og Helse Sør-Øst*. 18.10.2018.

klirikeres behov.⁵⁰⁸ Foreningen advarte i 2018 om at «avgrensninger i klinisk uttrykksfrihet kan gi mindre presis og mindre individtilpasset helsehjelp»,⁵⁰⁹ at klinisk dokumentasjon ikke består av «variabeldefinisjoner og verdsett», og «at sykdommer ikke er entydig definerte med samme symptomer og tegn».⁵¹⁰

Alle de regionale helseforetakene fremhever at innføring av strukturert journal og beslutningsstøtte er et komplisert og langsiktig arbeid, og at slik funksjonalitet må utvikles gradvis og i samråd med klinikere.⁵¹¹ Videre viser de til at det er en risiko for at en overdrevet strukturering kan kollidere med tradisjonen og kulturen for helsepersonellens autonomi i dagens helsetjeneste. Helse Midt-Norge RHF sier at det ikke nødvendigvis er teknologien for beslutningsstøtte i seg selv om er begrensningen, men hvilke og når slike løsninger skal introduseres i arbeidshverdagen.⁵¹² Helse Vest RHF understreker at det vil være områder hvor det fortsatt er viktig å ha stor grad av skjønnsmessige og kontekstbaserte vurderinger, og at klinikere må se nytten av strukturert journal før den blir introdusert.⁵¹³

To av de regionale helseforetakene advarer om at for mye oppmerksomhet på å oppnå avansert funksjonalitet, slik som beslutningsstøtte, kan medføre en risiko for at kortsiktige forbedringer i journalløsningene og felleskomponenter blir nedprioritert.⁵¹⁴ Helse Sør-Øst mener det er viktig å ha et realistisk ambisjonsnivå for hva man kan oppnå gjennom standardiseringsarbeidet.

Direktoratet for e-helse opplever at satsingen på journalløsninger med beslutningsstøtte er forankret i sektoren, men har registrert at blant annet Legeforeningen er kritisk.⁵¹⁵ Direktoratet tror at dette har mest å gjøre med at de er bekymret for at det medfører systemer med «klikk»-løsninger, noe direktoratet mener ikke nødvendigvis medfører riktighet.⁵¹⁶

Strukturert terminologi som skal understøtte beslutningsstøtte, har også få dokumenterte gevinster

Beslutningsstøtte avhenger blant annet av at man bruker en strukturert medisinsk terminologi. I Norge har man begynt å utforske SNOMED CT for å fylle dette behovet. På spørsmål om det finnes empiri som tilsier at bruk av SNOMED CT har gitt gevinster, svarer Direktoratet for e-helse at det foreløpig er lite forskningsbasert empiri på området som viser dette.⁵¹⁷

Kun Kaiser Permanente i USA, enkelte sykehus i England og en journalløsning for nevrologi i Wales har ifølge direktoratet tatt i bruk terminologien. Direktoratet viser til en forskningsartikkel fra Wales, som ifølge direktoratet, viser at terminologien gir klinisk nytte både i valg av type behandling og vurdering av utfall, samt for rapportering og forskning.⁵¹⁸ Direktoratet mener at forskning på SNOMED er mangelfull fordi terminologien siden 2012 har hatt en betydelig berikelse og kvalitetsheving.⁵¹⁹ I forskningssammenheng har man derfor begrenset erfaring over tid.

Beslutningsstøtte er ikke lenger et må-krav

I store deler av utredningsprosessen ble det differensiert mellom hvilke utfordringer/behov som burde tas tak i først. I forprosjektet for Akson har man imidlertid tilsynelatende gått bort fra beslutningsstøtte som et absolutt krav. Direktoratet planlegger å gjennomføre anskaffelsen av den felles kommunale journalløsningen i Akson med leverandørdialog i en tidlig fase, fram til kontrakten inngås. Som en del av denne dialogen er det åpnet for å vurdere funksjonalitetsomfanget, herunder hvorvidt beslutningsstøtte og støtte til analyse skal inngå i anskaffelsen. Hensikten er ifølge direktoratet å lempe noe på kravene til funksjonalitet for å åpne for at flere leverandører kvalifiserer.⁵²⁰

Kvalitetssikrerne stiller likevel spørsmål ved om dette grepet er nok. KS2-rapporten hadde ikke som mandat å vurdere om funksjonaliteten er hensiktsmessig og tilstrekkelig for brukernes behov, men mente at det var en «fare for at det funksjonelle målbildet inneholder deler som kan og bør prioriteres ned».⁵²¹ Kvalitetssikrerne kunne ikke se at det var vurdert hvilke funksjoner i målbildet som var av størst betydning og

⁵⁰⁸ Den norske legeforening (2018) *Legeforeningens innspill til Konseptbeskrivelse for terminologi i EPJ*. Brev til Direktoratet for e-helse, 26. oktober 2018.

⁵⁰⁹ Den norske legeforening (2018) *Legeforeningens innspill til Konseptbeskrivelse for terminologi i EPJ*. Brev til Direktoratet for e-helse, 26. oktober 2018, side 5.

⁵¹⁰ Den norske legeforening (2018) *Legeforeningens innspill til Konseptbeskrivelse for terminologi i EPJ*. Brev til Direktoratet for e-helse, 26. oktober 2018, side 5.

⁵¹¹ Intervju med Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF.

⁵¹² Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

⁵¹³ Intervju med Helse Vest RHF.

⁵¹⁴ Intervju med Helse Sør-Øst og Helse Vest RHF.

⁵¹⁵ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁵¹⁶ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁵¹⁷ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁵¹⁸ Mark Wardle and Andy Spence (2017) *Implementation of SMOMED CT in an online clinical database*. Future Healthcare Journal 2017 Jun; 4(2): 126–130. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502621/>>

⁵¹⁹ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁵²⁰ Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 124.

⁵²¹ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 57.

viktighet for kommunene og de forskjellige tjenestesektorene, og anbefalte at funksjonaliteten skulle gjennomgås med dette for øye.

6.5.2 Det er usikkert om det finnes «hylleware»-løsninger med funksjonalitet som dekker behovene i kommunal sektor

Det har hele veien vært usikkert om det finnes leverandører som kan tilby funksjonalitet som dekker behovene og kravene for primærhelsetjenesten i kommunal sektor.

I 2015-utredningen ble det for konsept 9 (anskaffelse av felles kommunal løsning) sett på som en stor risiko at man «ikke vil kunne tiltrekke seg tilstrekkelig med ledende internasjonale leverandører», fordi man ikke har sett tilsvarende anskaffelse internasjonalt som kun retter seg mot primærhelsetjenesten.⁵²² Utredningen pekte også på at det ikke er sikkert at de internasjonale leverandørene har et produkttilbud som dekker kommunene, særlig hva gjelder kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner og hjemmetjenester. Den viste imidlertid til nylige erfaringer fra Finland, der en av de internasjonale leverandørene skal levere en felles løsning for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i Helsinki. Leverandøren skal konfigurere de anskaffede funksjonelle modulene for å dekke sosiale tjenester.⁵²³

Det fremgår av et innspill fra Norsk Helsenett til styringsgruppen for 2015-utredningen at arbeidsgruppen som skrev utredningen var godt kjent med risikoen for at det ikke fantes programvare for den kommunale helsetjenesten. Norsk Helsenett uttalte i innspillet at «valget av K9 innebærer uansett utvikling av nye løsninger ettersom det p.t. ikke finnes ferdig programvare som løser utfordringene på omsorgssiden av primærhelsetjenesten».⁵²⁴ Utredningsgruppen sa seg enig i dette i sitt svar til Norsk Helsenett: «Vi er enig med Norsk Helsenett i usikkerheten knyttet til tilgjengelige løsninger for kommunemarkedet».⁵²⁵

Også Helse- og omsorgsdepartementets eksterne vurderingsgruppe vurderte at standardløsninger fra de internasjonale/amerikanske leverandørene vil kreve mer tilpasning til kommunal sektor enn 2015-utredningen forutsatte.⁵²⁶

Det er ikke engang sikkert at de ledende aktørene kan levere på kommunenes behov uten betydelig tilpasning. De to største leverandørene, Cerner og Epic, markedsfører riktignok funksjonalitet som på papiret skal dekke kommunenes krav, men representanter fra den pågående Epic-implementeringen i Finland, som McKinsey har vært i kontakt med, uttaler at de forventer betydelig større tilpasninger på dette området enn i spesialisthelsetjenesten.

Konseptvalgutredningen for Akson vurderte at anskaffelser i Helsinki-regionen i Finland, Skåne-regionen i Sverige og Helseplattformen i Midt-Norge er eksempler på anskaffelser som omfatter funksjonalitet for både spesialist- og primærhelsetjenesten, og at internasjonale referansebesøk viser at også større helsesystemer, blant annet i USA, har funksjonalitet for primærhelse.⁵²⁷

Imidlertid er det trukket frem som en mulig risiko i konsept 7 at kravene fra kommunal helse- og omsorgstjeneste avviker fra det leverandørmarkedet kan betjene.⁵²⁸ Konsekvensen av dette omtales som alvorlig, ettersom konseptet da ikke vil være mulig å gjennomføre. Dette omtales også som den største usikkerheten ved konseptet⁵²⁹ og faktoren som trekker kostnadsusikkerheten mest opp.⁵³⁰ Grunnet høy kompleksitet, høyt funksjonelt ambisjonsnivå og stort omfang ble det vurdert at kun et begrenset antall leverandører i markedet vil kunne innfri prosjektets funksjonelle krav.

Både Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse opplyser om at det i Akson ikke er lagt til grunn at det skal anskaffes «hylleware» som skal tilpasses.⁵³¹ Direktoratet opplyser om at kontraktstrategien i Akson ikke legger til grunn at det skal anskaffes «hylleware», men den åpner opp for at både leverandører

⁵²² Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 4 Alternativanalyse, side 15.

⁵²³ Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 5 Føringer for videre arbeid.

⁵²⁴ Norsk Helsenett SF (2015) *Innspill til styringsgruppen for én innbygger – én journal*. 25.09.2015, side 2.

⁵²⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Norsk Helsenetts innspill til utredning av «én innbygger – én journal»*. Notat fra styringsgruppen til Norsk Helsenett vedrørende kjernesystem. 09.11.2015

⁵²⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal: Første konklusjoner fra vurderingsgruppen 15. februar 2016, Sak 2016/4582*. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, 15.02.2016, side 4.

⁵²⁷ Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. 31.7.2018, side 46.

⁵²⁸ Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg B Mulighetsstudie*. 31.07.2018, side 83.

⁵²⁹ Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 75

⁵³⁰ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 45.

⁵³¹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

med komplette løsninger, og leverandører som inngår samarbeid og utvikler løsninger underveis kan levere tilbud og konkurrere om å vinne kontrakten på like vilkår.

6.6 Rapportering til Stortinget

Vi har gått systematisk gjennom Prop. 1 S fra 2013 til 2020 for å se på hvordan Helse- og omsorgsdepartementet har rapportert om fremdriften i *En innbygger – én journal*. Gjennomgangen viser at noen vesentlige saksopplysninger fra kvalitetssikringen av utredningene enten har blitt rapportert sent, ikke i det hele tatt eller på en begrenset måte.⁵³²

- Helse- og omsorgsdepartementet rapporterte i 2014 om at 2015-utredningen skulle være en konseptvalgutredning som skulle kvalitetssikres gjennom en KS1, i tråd med KS-ordningen for store statlige investeringer.⁵³³ Departementet rapporterte også om at når KS1 forelå, ville det velges et konsept, og et eventuelt bevilgningsforslag ville bli fremmet for Stortinget.⁵³⁴ Også året etter ble utredningen kalt en «konseptvalgutredning».⁵³⁵

Det ble ikke informert om at utredningen ikke ble betraktet som en tradisjonell konseptvalgutredning, og dermed ikke skulle kvalitetssikres på vanlig måte, eller at departementet allerede i juni 2016 ga en bestilling til Direktoratet for e-helse som tilsvarte et forprosjekt (jf. *delkapittel 6.2.1* og *6.2.2*).

- I Prop. 1 S (2016-2017) ble det informert om at utredningen innstilte på en utviklingsretning, og at dette vil skje stegvis gjennom selvstendige prosjekter, med en regional utprøving i Helse Midt-Norge som første skritt. Departementet informerer også om at Direktoratet for e-helse skal starte planleggingen av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgssektor. Det ble også opplyst om at en nasjonal løsning ikke nødvendigvis betyr ett system fra én leverandør.
- I 2015 nedsatte departementet en intern vurderingsgruppe, men det ble ikke informert om at dette ble gjort for å støtte departementets vurderinger. Anbefalinger, vurderinger og tilbakemeldinger fra den interne vurderingsgruppen ble ikke rapportert videre (jf. *delkapittel 5.3.5*). Helse- og omsorgsdepartementet forteller at det er fordi notatene fra vurderingsgruppen ble vurdert å inngå i departementets interne vurderingsgrunnlag.⁵³⁶
- I 2017 foreslo Helse- og omsorgsdepartementet en bevilgning på 50 millioner kroner til å sette i gang et *forprosjekt* for Akson.⁵³⁷ I 2018 ble forprosjektet omgjort til en konseptvalgutredning. Året etter ble det ikke rapportert om at dette hadde skjedd, men det ble rapportert om at det i 2018 ble levert en konseptvalgutredning, og at konseptvalgsutredningen kvalitetssikres høsten 2018 i tråd med Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av store statlige investeringer.⁵³⁸ I 2020, da kontroll- og konstitusjonskomiteen stilte spørsmål til departementet om Akson, omtalte departementet imidlertid dette i en beskrivelse av utredningsprosessen.⁵³⁹ Departementet er enig i at omtalen av at forprosjektet var omgjort til en konseptvalgsutredning ble omtalt sent, og at denne burde vært omtalt i Prop. 1 S (2018-2019) som en del av rapporteringen om *En innbygger – én journal*.⁵⁴⁰
- Resultatene av de samfunnsøkonomiske beregningene fra alle utredningene er i liten grad gjengitt. Dette gjelder både 2015-utredningen og Akson-utredningen. KS1-rapporten for Akson påviste usikkerhet rundt gevinstene for tidsbesparelse og deltakelse (jf. *delkapittel 6.4*). Innholdet i KS1-rapporten har imidlertid ikke blitt gjengitt, med unntak av en henvisning til at de eksterne kvalitetssikrerne støttet anbefalingen og at det valgte konseptet har den største samfunnsøkonomiske nytten.⁵⁴¹ I 2020 ble det vist til at KS2 har påpekt at anslaget er «basert på en del usikre forutsetninger», knyttet blant annet til forventet kvalitet på løsningen, deltakelse og lite realisert nytte utenfor løsningen.⁵⁴²

⁵³² Omtalen refererer til årstallet hvor proposisjonen ble lagt frem, ikke til budsjettår.

⁵³³ Prop. 1 S (2014-2015) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 15.

⁵³⁴ Prop. 1 S (2014-2015) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 31.

⁵³⁵ Prop. 1 S (2015-2016) *Helse- og omsorgsdepartementet*, sider 29, 299.

⁵³⁶ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

⁵³⁷ Prop. 1 S (2017-2018) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 127.

⁵³⁸ Prop. 1 S (2018-2019) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 142.

⁵³⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til kontroll- og konstitusjonskomiteen, 13. november 2020.

⁵⁴⁰ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

⁵⁴¹ Prop. 1 S (2019-2020) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 160.

⁵⁴² Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 71.

- Begge utredningene, vurderingsgruppen for 2015-utredningen, KS1 og KS2 viser til at gjennomføringsrisikoen for de valgte konseptene er høy eller meget høy (jf. *delkapittel 6.3*). Anslag på risiko ble imidlertid ikke rapportert før i 2020, i forbindelse med at vurderingene fra KS2-rapporten ble gjengitt.⁵⁴³
- Rapporteringen i 2020 er vesentlig mer utfyllende enn foregående år, og gjengir i hovedtrekk tilbakemeldingen fra kvalitetssikringsrapporten (KS2) og de viktigste saksopplysningene.

⁵⁴³ Prop. 1 S (2020-2021) Helse- og omsorgsdepartementet, side 71.

7 Forutsetninger for *Én innbygger – én journal*: grunnmur, standarder og nasjonale e-helseløsninger

Pasienter overføres ofte mellom de ulike virksomhetene som leverer tjenester i helse- og omsorgssektoren. Derfor er det et stort behov for å kommunisere og utveksle relevant pasientinformasjon. Et viktig mål med *Én innbygger – én journal* er at dette skal bli enklere, og at aktørene skal bli bedre i stand til å samhandle gjennom teknologi.

Dette kapittelet handler om tiltakene som er avgjørende forutsetninger for å muliggjøre bedre informasjonsutveksling, og dermed å komme nærmere målene i *Én innbygger – én journal*. Herunder berøres nasjonale myndigheters innsats for at informasjon lettere skal utveksles på tvers av ulike journalløsninger og omsorgsnivåer gjennom å bygge en felles grunnmur (som inkluderer å utvikle standarder, kodeverk og terminologi og felleskomponenter) og videreutvikling av nasjonale e-helseløsninger. Dette er blant annet en del av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse.

7.1 Oppsummering

- Utvikling av standarder, terminologi og felleskomponenter – sektorens felles grunnmur – har stor betydning, og svært mange prosjekter avhenger av dette for videre fremdrift.
- Gjennomføring og samfinansiering av grunnmurstiltakene har stort sett kommet fra spesialisthelsetjenesten, og dette gir risiko for at kommunenes behov ikke blir avklart tidlig nok.
- Direktoratet for e-helse har hengt etter i noen deler av arbeidet med å videreutvikle standarder og kodeverk/terminologi, og de regionale helseforetakene stiller spørsmål ved om dette blir viet nok oppmerksomhet og ressurser.
- De nasjonale e-helseløsningene har stor betydning for sektoren, og bruken av dem har økt betraktelig de siste årene.
- Noen av de nasjonale e-helseløsningene, slik som legemiddellisten og en fremtidig samhandlingsløsning, har hatt lav fremdrift og prioritet.

7.2 Hvordan standarder og samhandling henger sammen

En av kjerneoppgavene til Direktoratet for e-helse er å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale veiledere og retningslinjer om standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi og arkitektur.⁵⁴⁴ Direktoratet skal også i samråd med sektoren vurdere og ta beslutninger om hvilke standarder, kodeverk og terminologi som bør og skal tas i bruk, og utvikle og tilpasse disse til norske forhold og behov. Direktoratet har også overordnet ansvar for felleskomponenter, og Norsk Helsenett SF har fra 2020 det overordnende ansvaret for de nasjonale e-helseløsningene.

Årsaken til at disse oppgavene er relevante for *Én innbygger – én journal*, er at leveranser på dette området er avgjørende for å bedre samhandlingen og informasjonsutvekslingen i sektoren. Uavhengig av hvilken journalløsning virksomhetene bruker, må en del forutsetninger være på plass. Aktørene må bli enige om formatet på informasjonen som skal utveksles, og standardisere den slik at den måles, dokumenteres og forstås mest mulig likt på tvers av systemer. I denne sammenhengen er standarder, kodeverk og terminologi helt sentrale begreper. Disse begrepene beskriver hvordan informasjonen skal struktureres, og hvordan informasjonsutvekslingen skal foregå.⁵⁴⁵

⁵⁴⁴ Prop. 1 S (2019-2020) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 158.

⁵⁴⁵ Se faktaboks «Viktige begreper» for en nærmere forklaring av hva disse begrepene betyr.



Viktige begreper

Ettersom ulike IT-systemer ofte har egne måter å lagre data på, er det behov for å «oversette» dette til noe som kan forstås av andre systemer.⁵⁴⁶

Standarder gjør dette mulig gjennom å forhåndsdefinere hvordan informasjon skal struktureres, formateres og sendes. HL7 FHIR, HL7 CDA og openEHR er eksempler på standarder.

En forutsetning for å kunne ta ut statistikk som viser hva slags behandling pasienter får, er at det finnes modne og tilpassede medisinske **kodeverk**. Dette gjør det for eksempel mulig å kategorisere sykdommer og diagnoser. Kodeverk brukes i dag som grunnlag for sekundærformål, slik som forskning, styring, planlegging og finansiering.

Ønsker man derimot å bruke klassifikasjoner til primærformål, for eksempel for å lagre strukturert informasjon i pasientjournal, er det nødvendig å benytte en medisinsk **terminologi**.⁵⁴⁷ Dette kan gjøre det lettere å utveksle data automatisk. Det kan også gjøre det mulig å ta i bruk avansert beslutningsstøtte, som for eksempel gir helsepersonell anbefalinger om beste behandling i en gitt situasjon. SNOMED-CT er et eksempel på en terminologi.

For at aktører i helsesektoren skal kunne gjenkjenne hverandre og være sikre på at mottaker og sender av informasjonen er riktig, må det foreligge pålitelige og oppdaterte **grunndata** om både personene og virksomhetene som skal samhandle, slik at de gjenkjenner hverandre. Grunndataplattdformen er et eksempel på dette.

Informasjon må kunne beskyttes slik at kun helsepersonell med tjenstlig behov kan logge seg inn via sikre **autentiseringsløsninger** for å nå informasjonen. HelseID er et eksempel på en slik løsning.

Virksomheter har ofte samme behov, og da kan det være fornuftig å etablere **felleskomponenter og felles e-helseløsninger** som oppfyller dette behovet én gang. Informasjon fra disse løsningene kan gjenbrukes og støtte innholdet i flere systemer i sektoren, slik at virksomhetene kan rette oppmerksomheten mot andre oppgaver fremfor å bruke tid og krefter på å utvikle funksjonalitet andre allerede har laget.⁵⁴⁸ E-resept, kjernejournal og Helsenorge.no er eksempler på nasjonale e-helseløsninger, mens grunndata og HelseID er eksempler på felleskomponenter.

Samhandling i helsesektoren betyr all kontakt, samarbeid og informasjonsutveksling i eller på tvers av flere virksomheter, som inngår i oppfølging av pasienter.⁵⁴⁹ Hensikten er å sikre at tjenester kan ytes effektivt når flere aktører er involvert, og at samhandlingen fortsetter uhindret selv om en innbygger har kontakt med ulike aktører i helse- og omsorgssektoren.⁵⁵⁰

Det er i dag fire modeller for å samhandle og utveksle helseinformasjon på, og figur 11 illustrerer forskjellen mellom dem.⁵⁵¹ Nedenfor beskriver vi modellene, sortert fra lav til høy modenhet:

- **Meldingsutveksling og dokumentutveksling** er overføring av både strukturerte og ikke-strukturerte data og lesbare dokumenter til en kjent mottaker, som sendes ved behov. Det meste av dagens samhandling foregår på denne måten. Direktoratet for e-helse mener imidlertid at meldingsutveksling alene ikke dekker samhandlingsbehovet, og at det er nødvendig med andre samhandlingsformer.⁵⁵²
- **Dokumentdeling** er deling av dokumenter som er lesbare av mennesker. Delingen skjer gjennom at utvalgte dokumenter lagres i et dokumentlager.⁵⁵³ Andre virksomheter enn de som har laget dokumentene, kan se at det finnes dokumenter, og søke om innsyn i dem dersom det oppstår et tjenstlig behov.⁵⁵⁴ Dokumentdeling gjennom kjernejournal er nå under utprøving.⁵⁵⁵
- **Datadeling** går et steg videre ved å omfatte deling av strukturerte data i sanntid gjennom felles ressurser eller tjenester, for eksempel gjennom standardiserte API-er (programmeringsgrensesnitt).⁵⁵⁶ Dette forutsetter at journalinformasjon struktureres i større grad enn i dag.

⁵⁴⁶ Tim Benson and Graham Grieve (2016) *Principles of Health Interoperability - SNOMED CT, HL7 and FHIR*. Springer-Verlag London, Third edition, side 24.

⁵⁴⁷ Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten v1.0*. 23.01.2019, side 62.

⁵⁴⁸ Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten v1.0*. 23.01.2019, side 82.

⁵⁴⁹ Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. 31.07.2018, side 11.

⁵⁵⁰ Direktoratet for e-helse (2018) *Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022*. 30.11.2018, side 27.

⁵⁵¹ Direktoratet for e-helse (2018) *Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022*. 30.11.2018, side 7.

⁵⁵² Direktoratet for e-helse (2019) *Målkitekturer for nasjonal dokumentdeling Versjon 1.0*. 03.2019, side 8.

⁵⁵³ Direktoratet for e-helse (2018) *Referansearkitektur for dokumentdeling*. 12/2018, side 5.

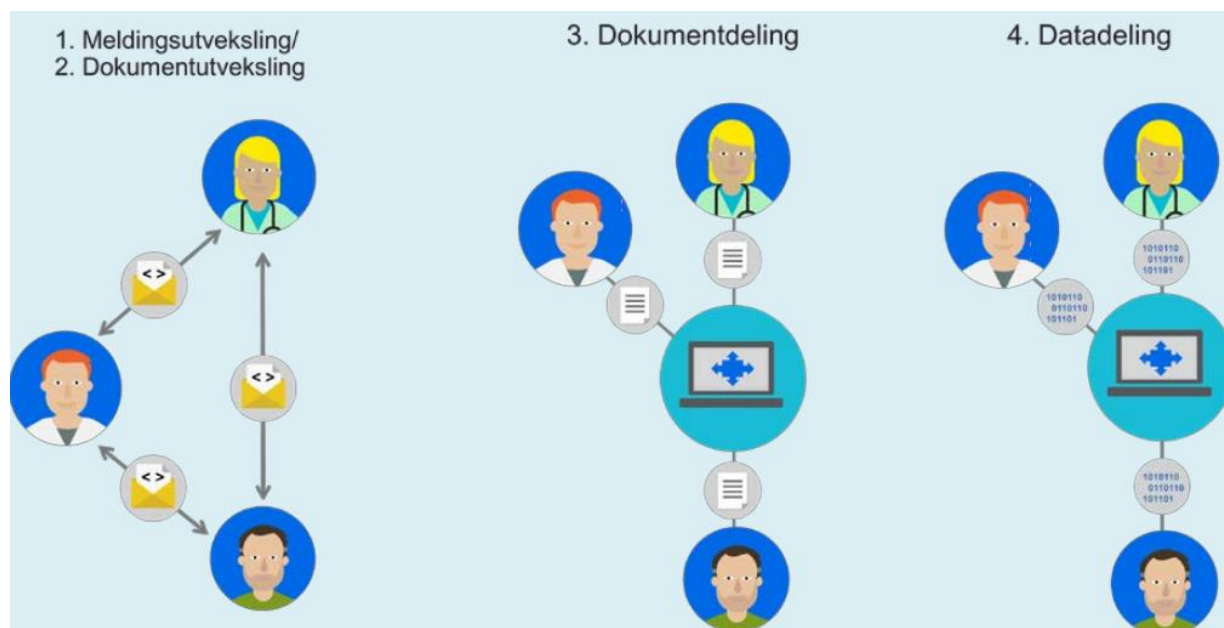
⁵⁵⁴ Direktoratet for e-helse (2019) *Målkitekturer for nasjonal dokumentdeling Versjon 1.0*. 03.2019, side 11.

⁵⁵⁵ Se delkapittel 7.4.2 for nærmere informasjon om dette.

⁵⁵⁶ Direktoratet for e-helse (2018) *Referansearkitektur for datadeling*. 12/2018, side 5.

Dokument- og datadeling er i liten grad i bruk i dag, men direktoratet forventer at omfanget av slik samhandling vil øke fremover ettersom de gir større muligheter for å utveksle mer informasjon.⁵⁵⁷

Figur 11 Samhandlingsmodeller i helse- og omsorgstjenesten



Kilde: Direktoratet for e-helse⁵⁵⁸

7.3 Felles grunnmur – arbeidet med å utvikle felleskomponenter, standarder, kodeverk og terminologi

7.3.1 Kjerneoppgavene til Direktoratet for e-helse på området

Som tidligere nevnt er en av kjerneoppgavene til Direktoratet for e-helse å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale veiledere og retningslinjer om standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi og arkitektur.⁵⁵⁹ Direktoratet har også ansvar for:

- prosesser for å vurdere og ta beslutninger om bruk av nye standarder
- utvikling av «felles grunnmur», som omfatter utvikling av standarder, kodeverk, terminologi og felleskomponenter

Prossesser for å vurdere og ta beslutninger om bruk av nye standarder

Gjennom Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten kan standarder gjøres obligatoriske for en eller flere målgrupper. Helse- og omsorgsdepartementet har fastsatt forskriften og gjennomfører prosess for å endre forskriften, men direktoratet kan foreslå hvilke standarder som bør gjøres obligatoriske.. Prosessen med å beslutte hvilke standarder som skal være anbefalt og obligatoriske, ble i perioden 2017–2019 forankret i produktstyret for e-helsestandarder (fra 2020 områdeutvalg for digital samhandling), hvor aktører i sektoren er representert. Tidligere har nasjonalt nivå først og fremst angitt standarder for meldingsutveksling, men dette området anses nå som dekket.⁵⁶⁰ Direktoratet for e-helse peker på internasjonale standarder som en forutsetning for å oppnå samhandling for eksempel gjennom dokument- og datadeling.⁵⁶¹

⁵⁵⁷ Direktoratet for e-helse (2018) *Referansearkitektur for datadeling*. 12/2018, side 14.

⁵⁵⁸ Direktoratet for e-helse (2018) *Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022*. 30.11.2018, side 8.

⁵⁵⁹ Prop. 1 S (2019-2020) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 158.

⁵⁶⁰ Direktoratet for e-helse (2018) *Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022*. 30.11.2018, side 4.

⁵⁶¹ Direktoratet for e-helse (2018) *Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022*. 30.11.2018, side 4.

Felles grunnmur

Den største og viktigste satsingen for å på plass forutsetninger for bedre samhandling er ivarettatt gjennom en satsning som kalles «felles grunnmur». Den første planen som beskriver hvordan grunnmuren skal realiseres (frem mot 2023), ble levert av Direktoratet for e-helse i desember 2018.⁵⁶² Rapporten deler arbeidet inn i fem «byggeklosser»:

- felles grunndata (for eksempel informasjon om person eller virksomheter)
- felleskomponenter (for eksempel gjenbrukbare tjenester som autentisering gjennom helse-ID)
- felles krav og retningslinjer (for eksempel krav i standarder og arkitekturprinsipper)
- felles infrastruktur (for eksempel Helsenetten)
- kodeverk og terminologi (for eksempel terminologier som SNOMED CT)

Hensikten med å bygge en grunnmur er at sektorens felles behov skal løses én gang.⁵⁶³

7.3.2 Felles grunnmur vurderes til å være av stor betydning, og svært mange prosjekter i sektoren er avhengig av den for videre fremdrift

Arbeidet med felles grunnmur er det viktigste overordnede tiltaket for å videreutvikle felleskomponenter, standarder, kodeverk og terminologi i sektoren. I nasjonal e-helsestrategi beskrives grunnmuren som en forutsetning for å få oppnå strategiens mål.⁵⁶⁴

Aktørene i sektoren ser også på felles grunnmur som et svært viktig tiltak for å nå målet om *Én innbygger – én journal*. Utvalgene i den nasjonale styringsmodellen – NUIT, NUFA og Nasjonalt e-helsestyre⁵⁶⁵ – har ved flere anledninger understreket at behovet for grunnmuren er stort, og at arbeidet med et felles rammeverk for standarder og terminologi for deling av informasjon må prioriteres høyt.⁵⁶⁶ NUIT mener grunnmur er viktig uansett hvilken løsning som velges for kommunal sektor, og har signalisert at arbeidet bør prioriteres.⁵⁶⁷ De regionale helseforetakene uttaler også i intervju at grunnmursarbeidet har stor betydning.⁵⁶⁸

Leverandørmarkedet for elektroniske pasientjournaler er også samstemte i å uttrykke viktigheten av å arbeide med grunnmurskomponenter. Samtlige leverandører vi kontaktet i forbindelse med denne undersøkelsen, bekreftet dette, og det har også blitt kommunisert skriftlig til Helse- og omsorgsdepartementet ved flere anledninger.⁵⁶⁹ Grunnmuren beskrives som det viktigste tiltaket for å sikre framtidsrettede bærekraftige løsninger, som kan tilpasses helsesektorens desentraliserte struktur over tid. Leverandørene vektlegger at en grunnmur vil bidra til å skape muligheter for vekst ved at flere leverandører av pasientjournalssystemer og innovasjonsselskaper kan tilby løsninger tilpasset behovene til de ulike aktørene.

En årsak til at grunnmuren anses som viktig, er at mange planlagte tiltak i sektoren er avhengig av planlagte leveranser i grunnmuren for å lykkes. Noen av de sentrale tiltakene i veikartet for *Én innbygger – én journal* har avhengigheter knyttet til grunnmuren, deriblant Akson, Helseplattformen i Helse Midt-Norge, videreutvikling av DIPS i de øvrige helseregionene, Helsedataprogrammet, Velferdsteknologiprogrammet og Digitalisering av legemiddelområdet.^{570,571} Av prosjektene i den nasjonale e-helseporteføljen har 70 prosent rapportert avhengighet til grunnmuren.⁵⁷²

I NUIT har særlig følgende funksjonalitet blitt fremhevet som vesentlig:⁵⁷³

- data- og dokumentdeling
- grunndata om person, personell og virksomhet
- felles språk

⁵⁶² Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten v1.0*. 23.01.2019.

⁵⁶³ Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten v1.0*. 23.01.2019.

⁵⁶⁴ Direktoratet for e-helse (2019) *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022 - E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*.

⁵⁶⁵ Se delkapittel 7.3.2 og 7.6 for en nærmere beskrivelse av utvalgene.

⁵⁶⁶ Direktoratet for e-helse (2017–2019) *Referat fra møter i Fagutvalget (NUFA)* 07.11.2018 (sak 38, 41 & 45/18), 05.09.2018 (sak 30 & 31/18); *Referat fra møter i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 31.05.2017 (sak 18/17), 30.05.2018 (sak 16/18), 21.11.2018 (sak 22 & 25/18), 27.05.2019 (sak 20/19); *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)* 12.09.2018 (sak 41/18).

⁵⁶⁷ Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møter i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)* 06.12.2018 (sak 52/18).

⁵⁶⁸ Intervju med Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF.

⁵⁶⁹ IKT-Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018; Abelia (2018) *e-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018; Abelia (2020) *Forespørsel om møte: et bærekraftig veikart for Akson*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 08.09.2020.

⁵⁷⁰ Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i områdeutvalg for digital samhandling* 23.10.2020 (sak 22/20).

⁵⁷¹ Intervju med Helsedirektoratet.

⁵⁷² Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 22.06.2018 (sak 25/18).

⁵⁷³ Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 22.06.2018 (sak 25/18).

- tiltak knyttet til videreutvikling av HelseID
- modell for identitets- og tilgangsstyring

I et NUFA-møte i 2019 ble medlemmene bedt om å fordele poeng etter hvor avhengig virksomhetene er av elementer i grunnmuren for å kunne oppnå bedre samhandling. Datadeling, helse-ID, grunndata for virksomheter, dokumentdeling og kodeverk og terminologi ble løftet opp som de fem viktigste elementene.⁵⁷⁴ Medlemmene trakk også frem at det var interne avhengigheter i grunnmuren, ettersom eksempelvis grunndata og helse-ID var viktig for å realisere andre tiltak.

Vår analyse av rapporteringen i den nasjonale prosjektporteføljen viser også at kritiske avhengigheter til grunnmuren har vært et gjennomgående problem, og at fristene for utbedring ofte blir flyttet og skjøvet på.⁵⁷⁵

7.3.3 Prosjektbasert og aktørfordelt gjennomføring av grunnmurstiltak kan være fornuftig, men medfører også for en risiko for at kommunesektoren får mindre innflytelse

For å kunne ferdigstille grunnmuren har Direktoratet for e-helse de siste årene basert seg på å fordele finansieringen og ansvaret for ulike tiltak mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Dette ble påbegynt i 2019, da aktørene ble bedt om å vurdere om de kunne ta gjennomføringsansvar for noen av tiltakene.⁵⁷⁶

Et resultat av denne arbeidsformen er at Helse Sør-Øst RHF og Direktoratet for e-helse samarbeider om et prosjekt for dokument- og datadeling i kjernejournal, mens en del av kodeverk- og terminologiutviklingen gjøres i forbindelse med Helseplattformen. Helse Vest har tatt ansvar for utprøving på legemiddelområdet. NUIT har kommentert at denne måten å få realisert grunnmurstiltak på kan være fornuftig.⁵⁷⁷

Imidlertid medfører formen for gjennomføringen en risiko for at tiltakene først og fremst innrettes og utvikles for aktørene som finansierer dem, noe som i mange tilfeller er spesialisthelsetjenesten. I NUIT har det blitt vist til at spesialisthelsetjenesten er mer aktiv enn kommunene på grunnmursområdet, og medlemmer i utvalget har ytret bekymring for at kommunesektoren blir hengende etter.⁵⁷⁸

Flere kilder i sektoren bekrefter at bekymringen er berettiget. En kommunal NUIT-representant forteller at når det først bevilges midler til felles grunnmur, så har RHF-ene tydelige bestillinger til hva som prioriteres, mens kommunene i mindre grad er samordnet om utviklingsbehov i sin sektor.⁵⁷⁹ Kommunerepresentanter i NUFA forteller at samfinansiering oppleves krevende for kommunene blant annet på grunn av et mangfoldig aktørbilde og begrenset økonomi/finansiering.⁵⁸⁰

KS forteller i intervju at innføring av grunnmurstiltakene HelseID og dokumentdeling i kjernejournal er gode eksempler på at kommunene ikke i tilstrekkelig grad har vært med på å definere felles behov og plan for utvikling slik at kommunenes behov har blitt ivaretatt.⁵⁸¹ HelseID ble startet med utgangspunkt i RHF-enes behov, men måtte senere endres for å bli tilpasset til kommunenes behov og ønsker. KS mener at dette kommer av at RHF-ene setter mer midler inn i slike prosjekter enn kommunene har anledning til, og at de dermed får mer makt og styring på utviklingstiltak. Helse- og omsorgsdepartementet nevner også at én av ulempene ved frivillig samfinansiering av utviklingstiltak, er at aktører som i liten grad bidrar til finansiering, slik som kommunene, i mindre grad er med å påvirke utviklingen.⁵⁸² Departementet nevner også HelseID som et eksempel.

7.3.4 Direktoratet for e-helse har hengt etter i noen deler av arbeidet med å videreutvikle standarder og kodeverk/terminologi

Som en del av grunnmursarbeidet har også Direktoratet for e-helse ansvar for å fastsette standarder og terminologi som sektoren har bruk for og har prioritert. Utviklingsretninger, anbefalinger og krav formidles til aktørene i sektoren gjennom publisering av normerende dokumenter som veiledere og retningslinjer. De normerende produktene utvikles sammen med sentrale fagmiljø i sektor, og sendes på innspillsrunder og høringer overfor leverandører, forskningsmiljø og relevante interessenter.

⁵⁷⁴ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA)* 05.09.2019 (sak 28/19).

⁵⁷⁵ Direktoratet for e-helse (2018-2020) *Rapportering av Prosjekt-/programinformasjon til nasjonal e-helseportefølje*. RR analyse av avhengigheter.

⁵⁷⁶ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 27.05.2019 (sak 23/19).

⁵⁷⁷ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 27.05.2019 (sak 23/19).

⁵⁷⁸ Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 22.06.2018 (sak 25/18).

⁵⁷⁹ Intervju med NUFA og NUIT representanter.

⁵⁸⁰ Intervju med NUFA og NUIT representanter.

⁵⁸¹ Intervju med KS.

⁵⁸² Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

Alle de regionale helseforetakene uttrykker i intervju at Direktoratet for e-helse fyller en nyttig funksjon på dette området, og at arkitektur- og standardmiljøet er kompetent og arbeider godt, med god kommunikasjon mot sektoren. Samtidig er det også en oppfatning om at arbeidet med standarder og kodeverk i noen tilfeller har hengt etter.

De regionale helseforetakene mener at nasjonalt nivå burde vie mer oppmerksomhet til tilgang til informasjon og å legge til rette for utveksling av informasjon ved standarder og tekniske komponenter, og utvikling og drift av felleskomponenter og nasjonale e-helseløsninger.⁵⁸³ De regionale helseforetakene har videre noen konkrete eksempler på områder hvor direktoratet henger etter. Dette er særlig basert på erfaringen fra Helseplattformen, som har stort behov for støtte fra direktoratet på dette området.

Internasjonale standarder må innføres

Den norske helsesektoren baserer i dag mye av kommunikasjonen sin på meldingsutvekslingen, som benytter KITH⁵⁸⁴-standarder som ble utviklet for norske forhold og systemer. De nye samhandlingsmodellene dokumentdeling og datadeling, baseres utelukkende på internasjonale standarder.⁵⁸⁵ De regionale helseforetakene og Helsedirektoratet har også vært pådrivere for i større grad å bruke internasjonale standarder som HL7 FHIR og mener det er viktig at Norge innfører dette så snart som mulig.⁵⁸⁶ Direktoratet for e-helse viser i denne sammenheng til *Plan for internasjonale standarder 2021–2024*, som omhandler tiltak aktører i sektoren har spilt inn.⁵⁸⁷ Planen inneholder også tiltak i det videre arbeidet med å definere roller og ansvar enda mer tydelig for alle relevante aktører i sektoren.

Spesielt Helseplattformen i Midt-Norge har møtt på store utfordringer på grunn av de eldre norske standardene, ettersom de holder på å innføre et system som i stor grad er basert på internasjonale standarder. Fra Helse Midt-Norge sitt ståsted er det derfor viktig at standardiseringsarbeidet i økende grad tar i bruk de internasjonale standarder slik som HL7 FHIR, og regionen mener at arbeidet med dette fra direktoratets side har gått for sent og burde hatt raskere fremdrift enn det hittil har hatt.⁵⁸⁸ Helse Vest RHF viser også til at de har vært i forkant av Direktoratet for e-helse for noen av de internasjonale standardene.⁵⁸⁹

Direktoratet for e-helse mener at behovene fra Helse Midt-Norge RHF er godt dekket inn.⁵⁹⁰ På tidlig tidspunkt i anskaffelsesprosessen til Helseplattformen ble standarder dokumentert – den gang meldingsstandarder. Det ble også gjort klart at en endring av det norske markedet og den norske infrastrukturen for å ta i bruk de standarder en eventuell utenlandsk aktør måtte benytte var en større prosess – som naturlig krever tid. At Helse Midt-Norge RHF finner dette utfordrende er ifølge direktoratet forståelig, men alt er lagt til rette så langt det er juridisk og teknisk mulig på det nåværende tidspunkt.

Terminologi og kodeverk må utvikles

Helseplattformen har stort behov for bistand til utvikling og tilpasning av kodeverk og terminologi, og de regionale helseforetakene forteller at Helse Midt-Norge derfor har tatt ansvar for mye av utviklingen på dette feltet. Direktoratet for e-helse påpeker at det har tatt ansvar for mye av utviklingen på terminologifeltet i forbindelse med arbeidet på Helseplattformen.⁵⁹¹

Helse Midt-Norge viser til at den nasjonale beslutningen om å velge SNOMED CT som «felles språk» og knytte seg til dette arbeidet internasjonalt ble fremskyndet av utviklingsarbeidet og behovene Helseplattformen hadde.⁵⁹² Ved Helseplattformens oppstart forelå det fra direktoratets side en strategi, men ingen konkret plan for innføring. Dersom Helseplattformen ikke hadde hatt så stort behov for SNOMED, ville vedtaket og det nasjonale arbeidet sannsynligvis kommet mye senere.

I forbindelse med innføring av Helseplattformen var det også en utfordring at det nasjonale kodeverket for laboratorietjenester ikke dekket alle behov for kodeverk internt i fagsystemet til Helse Midt-Norge, som derfor til dels måtte utvikle sitt eget kodeverk for slike tjenester, og det regionale helseforetaket mener at Direktoratet for e-helse i større grad burde kommet lenger i utviklingen av kodeverk på laboratorieområdet.⁵⁹³

⁵⁸³ Intervju med Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF.

⁵⁸⁴ KITH står for Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren, som var et offentlig eid selskap med hadde ansvar for å utvikle og tilpasse standarder.

⁵⁸⁵ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁵⁸⁶ Intervjuer med Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF og Helsedirektoratet.

⁵⁸⁷ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse.

⁵⁸⁸ Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

⁵⁸⁹ Intervju med Helse Vest RHF.

⁵⁹⁰ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁵⁹¹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁵⁹² Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

⁵⁹³ Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

Ulempen med at direktoratet henger etter, er at det er en overhengende risiko for at det vil komme et nytt kodeverk for laboratorietjenester senere. Da vil Helseplattformen måtte sette inn ekstra ressurser for å gjøre endringer og tilpasninger i henhold til dette. Helse Midt-Norge RHF mener derfor at det er behov for at direktoratet i større grad er i forkant av utviklingen, men opplever at det for øyeblikket har for lite kapasitet til å være det.

Direktoratet for e-helse svarer at nytt laboratoriesystem (Beaker) opprinnelig ikke var en del av Helseplattformen, men ble innlemmet på et senere tidspunkt.⁵⁹⁴ Dette gjorde også at lab-området ikke ble tatt med i det som skulle bli første versjon av Felles språk. På dette tidspunktet var også den interne kodeverksstrukturen i Beaker valgt. Direktoratet for e-helse var uansett til stede for å gi råd om ny utvikling på området og var med å arbeide frem muligheter for å bruke SNOMED CT på f.eks. prøvemateriale og sted. Det er korrekt at Norsk laboratoriekodeverk kun dekker en del av det totale kodeverksbehovet i lab-sektor. Det er derfor også startet et utredningsarbeid under Program for kodeverk og terminologi på dette området.

Organisasjonsregister må på plass

Helse Nord RHF har i flere år uttrykt at det fra nasjonalt nivå må komme på plass et felles organisasjonsregister.⁵⁹⁵ I arbeidet med felles grunnmur er dette definert som «grunndata». Dette har hittil ikke blitt tilstrekkelig finansiert og tatt høyde for i de nasjonale programmene. Helse Nord viser til at det pågår arbeid på dette området i Midt-Norge, og at man har begynt å avdekke mange tiltak som må korrigeres. Regionen forteller at dette er utfordringer som regionene allerede har møtt på prosjektnivå, og som direktoratet trolig vil møte i en mye større skala i årene som kommer. Det er et problem at denne typen utfordringer gjerne medfører at de store prosjektene stopper opp og blir dyrere enn først forutsatt.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det til nå har vært samfinansiering av aktiviteter i felles grunnmur, noe som har medført en stram prioritering av hva som skal/bør utvikles.⁵⁹⁶ Denne prioriteringen har vært sektordrevet. Departementet viser til at dette nå inngår som en del av steg 1 i samhandlingsløsningen jf. Prop. 1 S (2020–2021).

Nasjonalt nivå deltar ikke i arbeidet med arketyper og informasjonsmodeller

De regionale helseforetakene har et samarbeid om «arketyper» i openEHR-standard, som er informasjonsmodeller definert av klinikere.⁵⁹⁷ Dette legger til rette for programvare- og leverandøruavhengig strukturering av journalinformasjon, som kan danne grunnlag for informasjonsmodeller som legges inn i ulike journalsystemer. Dette er blant annet implementert i DIPS Arena og i noen av fastlegenes journalløsninger. Arbeidet foregår i praksis gjennom et redaksjonsutvalg med representanter fra de ulike regionale helseforetakene. Imidlertid har Direktoratet for e-helse avstått fra å delta i dette arbeidet. Helse Vest RHF mener at nasjonalt nivå burde involvert seg i dette, ettersom informasjonsstandardisering er en kjerneoppgave for Direktoratet for e-helse.⁵⁹⁸ Videre kunne direktoratet lært av arbeidet og gitt det legitimitet.

Direktoratet for e-helse opplyser departementet om at de ikke ser det som nødvendig med involvering i et arbeid som knytter seg til strukturering og lagring internt i ulike fagsystem.⁵⁹⁹ Direktoratets ansvar er å se til at samhandlingen mellom fagsystemene foregår på en standardisert måte. At det gjøres et arbeid i DIPS og hos andre leverandører rundt struktur og lagring internt ser direktoratet som positivt, da det legger et godt grunnlag for å kunne samhandle med andre parter gjennom standardiserte formater, som passer alle aktører.

Digitalisering av kliniske retningslinjer er påbegynt, men bare på noen områder

Helsedirektoratet er nasjonalt normerende fagmyndighet og ansvarlig for de nasjonale helsefaglige retningslinjene. Retningslinjene er relevante for *Én innbygger – én journal* fordi de kan integreres direkte i journalsystemer.⁶⁰⁰ For at dette skal være mulig, må de lages i et hensiktsmessig digitalt format. Hittil har retningslinjene blitt trykket enten fysisk eller i pdf-format, og dette er uegnet dersom informasjonen skal kunne trekkes ut og inn i fremtidige journalløsninger.

⁵⁹⁴ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁵⁹⁵ Intervju med Helse Nord RHF.

⁵⁹⁶ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet.

⁵⁹⁷ Den formelle definisjonen av arketyper fra arketyper.no er: «Arketyper er detaljerte kliniske informasjonsmodeller definert ved hjelp av spesifikasjonen openEHR, der hver arketype omhandler ett klinisk konsept. Arketyper defineres av kliniske domeneeksperter, og inneholder både en definisjon av det kliniske konseptet og dets underelementer, samt en teknisk veldefinert datamodell».

⁵⁹⁸ Intervju med Helse Vest RHF.

⁵⁹⁹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁶⁰⁰ Intervju med Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet arbeider nå med å digitalisere retningslinjene og bryte dem ned i innholdselementer.⁶⁰¹ Elementene skal gjennom programmeringsgrensesnitt kunne integreres i nåværende og fremtidige journal-løsninger, og informasjonen vil da kunne oppdateres ved behov. Helsedirektoratet forteller at det bare er nye retningslinjer som digitaliseres. Eldre retningslinjer konverteres bare når de revideres, grunnet vesentlighets- og ressursprioriteringer. Helse Midt-Norge RHF har i sitt pågående arbeid med Helseplattformen møtt på utfordringer som følge av at de nasjonale kliniske retningslinjene fra Helsedirektoratet ikke har blitt digitalisert, og forteller at de har sett lite fra Helsedirektoratet på dette området.⁶⁰²

7.4 Nasjonale e-helseløsninger

Norge har i dag flere nasjonale e-helseløsninger for helsesektoren. Disse har som formål å understøtte sektorens felles behov, og skal komme innbyggere, pasienter, pårørende, helsepersonell og samfunnet for øvrig til gode.⁶⁰³ Dette er de viktigste løsningene:

- **Helsenorge.no:** Helsenorge.no er en innbyggerportal, som inneholder helseinformasjon, helsetilbud, selvbetjening, og infrastruktur for kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell.⁶⁰⁴
- **Kjernejournal:** Kjernejournal sammenstiller viktig informasjon fra flere kilder, slik at den er tilgjengelig der den trengs.⁶⁰⁵ Dette kan for eksempel være kritiske pasientopplysninger som det er viktig å kjenne til dersom pasienten får et akutt behov for helsehjelp. Løsningen brukes til å vise prøvesvar for covid-19 og er under utprøving for bruk til dokumentdeling i Helse Sør-Øst og Helse Nord RHF.
- **E-resept:** Gjør det mulig for pasienter å hente ut legemidler fra apoteket uten papirresept.⁶⁰⁶ E-resept inkluderer også **pasientens legemiddelliste** (PLL), som er under utvikling. Denne listen skal blant gjøre det mulig å hente informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker, samt annen relevant legemiddelinformasjon.

I tillegg pågår det utredning av en **ny samhandlingsløsning**. Denne var tidligere en del av arbeidet med Akson, men har senere blitt skilt ut som et eget program. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt uttrykk for at denne skal utvikles over tid og med utgangspunkt i de eksisterende e-helseløsningene.⁶⁰⁷

7.4.1 Bruken av de nasjonale e-helseløsningene har økt betraktelig de siste årene, og løsningene har vært nyttige i forbindelse med utvikling av ny funksjonalitet for covid-19

De nasjonale e-helseløsningene har hatt en betydelig økning i bruk. Rapporten *Utviklingstrekk 2021: E-helsetrender* viser at både kjernejournal, helsenorge.no og e-resept har hatt sterk vekst i antall brukere, innlogginger og oppslag de siste årene.⁶⁰⁸

Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet viser til at de nasjonale e-helseløsningene har vært gode grunnlag når ny funksjonalitet skal utvikles raskt.⁶⁰⁹ Et eksempel på dette er videreutvikling av helsenorge og kjernejournal i forbindelse med covid 19-testing og vaksinasjon. Innbyggere får prøvesvar på helsenorge, og kjernejournal er utviklet slik at helsepersonell kan få informasjon om en pasient er vaksinert mot covid-19. Det er lagt til rette for digital timebestilling av test og vaksinasjon på helsenorge.

7.4.2 Det er stort behov for velutviklede nasjonale løsninger og felleskomponenter, men deler av sektoren oppfatter at disse ikke har blitt prioritert høyt nok

I intervju gir de regionale helseforetakene uttrykk for at de har stort behov for nasjonale e-helseløsninger og komponenter, slik at de ikke må utvikle dette selv. I dokumentet *Felles plan* har helseforetakene understreket at følgende tiltak bør prioriteres på kort og mellomlang sikt:⁶¹⁰

- deling av journaldokumenter gjennom kjernejournal
- tilgang til Kritisk info gjennom kjernejournal

⁶⁰¹ Intervju med Helsedirektoratet.

⁶⁰² Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

⁶⁰³ Direktoratet for e-helse (2020) *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025*. November 2020, side 3.

⁶⁰⁴ Direktoratet for e-helse (2020) *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025*. November 2020, side 20.

⁶⁰⁵ Direktoratet for e-helse (2020) *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025*. November 2020, side 30.

⁶⁰⁶ Direktoratet for e-helse (2020) *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025*. November 2020, side 35.

⁶⁰⁷ Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 73.

⁶⁰⁸ Direktoratet for e-helse (2021) *Utviklingstrekk 2021: E-helsetrender*.

⁶⁰⁹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁶¹⁰ Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF (2019) *Felles plan (2019) - Grensesnitt med nasjonale løsninger og overgang til strukturert journal*, side 1.

- pasientens legemiddelliste

Planen understreker at dette er løsninger som *ikke* kan utsettes til lengre sikt, og at de avhenger av grunnmursarbeid og standardisering. Den viser til at alle helseforetakene, også Helse Midt-Norge RHF og Helseplattformen, har behov for disse felles grensesnittene for å kommunisere med virksomheter, helsepersonell og pasienter internt i og utenfor helseregionen.

I intervju forteller de fire regionale helseforetakene at arbeidet med de nasjonale e-helseløsningene, slik som legemiddellisten og kjernejournal, burde ha kommet lenger og vært prioritert mye høyere.⁶¹¹ Sentrale aktører i sektoren har i flere sammenhenger vist til at Pasientens legemiddelliste ikke har blitt prioritert av direktoratet og departementet.⁶¹² Nasjonalt e-helsestyre merket seg for eksempel i 2019 at legemiddelområdet ikke var ett av direktoratets prioriterte prosjekter i 2020, og at det ikke har vært øremerkede statsbudsjetttildelinger til området – til tross for at de nasjonale utvalgene har prioritert legemiddelområdet høyst.⁶¹³

7.4.3 For kjernejournal foregår det utprøving av ny funksjonalitet som vil understøtte målene i *Én innbygger – én journal*

Arbeidet med å etablere en nasjonal kjernejournal begynte i 2012 og hadde da som formål å styrke pasientsikkerheten ved at livsviktig informasjon som legemidler, allergier og annen kritisk informasjon ble gjort tilgjengelig for helsepersonell ved virksomheter som tok løsningen i bruk.⁶¹⁴ Kjernejournalen er nå innført på alle sykehus, alle legevakter og ved 90 prosent av fastlegekontorene.⁶¹⁵ I tillegg har alle innbyggere fått tilgang til egen kjernejournal via Helsenorge.no. Kjernejournal er innført innen sykehjem og hjemmetjenester i 30 kommuner og ytterligere 30 kommuner er i oppstart. En del av utfordringen til kommunal sektor, har vært at de mangler eID på tilstrekkelig sikkerhetsnivå.⁶¹⁶

Utprøving av dokumentdeling gjennom kjernejournal

Kjernejournal begynte som en løsning for å dele kritisk informasjon, spesielt til bruk i den akuttmedisinske kjeden. Imidlertid gir løsningen også mulighet til å dele annen informasjon, som kan være relevant i andre sammenhenger. Et eksempel er at kjernejournal har blitt brukt til å vise prøvesvar for covid-19. Derfor har det de siste årene pågått arbeid med å videreutvikle kjernejournalen til å dele og gjøre relevante journaldokumenter tilgjengelig på tvers av virksomheter.

Ifølge Direktoratet for e-helse begynte arbeidet med dokumentdeling i 2014,⁶¹⁷ og prosjektet har vært en del av den nasjonale e-helseporteføljen siden 2018, med et årlig budsjett på 6–8 millioner kroner.⁶¹⁸ Det har tatt litt over et år fra arbeidet ble startet av de regionale helseforetakene i 2019,⁶¹⁹ til utprøvingen begynte i Helse Sør-Øst i 2020. Utprøvingen foregår gjennom et samarbeid mellom Helse Nord, Helse Sør-Øst og Direktoratet for e-helse. I første omgang foregår utprøvingen ved utvalgte behandlingssteder som samarbeider med Oslo universitetssykehus.⁶²⁰ Helsepersonell ved disse virksomhetene vil da kunne lese journaldokumenter som er tilgjengeliggjort fra Oslo universitetssykehus.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF påpeker i intervju at en slik gjennomføringsstrategi, med gradvis videreutvikling av eksisterende funksjonalitet, vil kunne gi journalinnsyn på tvers i spesialisthelsetjenesten til en betydelig lavere kostnad og mindre risiko enn det Direktoratet for e-helse har lagt opp til gjennom sine utredninger.⁶²¹ Helse Vest RHF forteller at denne typen videreutvikling av ny funksjonalitet, gjennom å bygge på eksisterende løsninger slik man har gjort i forbindelse med dokumentdeling i kjernejournal, i for liten grad har vært gjort de siste årene.⁶²²

Direktoratet for e-helse mener at det er viktig å gjennomføre tiltak som gir gevinster underveis, og som støtter det langsiktige arbeidet med *Én innbygger – én journal*, og har vært en pådriver for å realisere dokumentdeling sammen med sektoren.⁶²³ Direktoratet kjenner seg ikke igjen i uttalelsen om at de har lagt opp til noe annet gjennom deres utredninger, og viser til at de er opptatt av at dokumentdelingen ikke bare

⁶¹¹ Intervju med Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF.

⁶¹² Se delkapittel 8.5.1 for en diskusjon av dette i kontekst av den nasjonale styringsmodellen og nasjonal prosjektportefølje.

⁶¹³ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)* 02.12.2019 (sak 44/19).

⁶¹⁴ Prop. 1 S (2012-2013) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 69.

⁶¹⁵ Prop. 1 S (2012-2013) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 70.

⁶¹⁶ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

⁶¹⁷ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁶¹⁸ Direktoratet for e-helse (2018-2020) *Rapportering av Prosjekt-/programinformasjon til nasjonal e-helseportefølje*. RR analyse av prosjektdata.

⁶¹⁹ Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 22.06.2018 (sak 25/18).

⁶²⁰ Direktoratet for e-helse (2020) *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025*. November 2020, side 35.

⁶²¹ Intervju med Helse Vest og Helse Sør-Øst RHF.

⁶²² Intervju med Helse Vest RHF.

⁶²³ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

skal foregå «på tvers i spesialisthelsetjenesten», men også på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommuner. Tiltakene i felles grunnmur og samfinansieringen av disse er ifølge direktoratet et eksempel på en slik gjennomføringsstrategi med gradvis videreutvikling av eksisterende funksjonalitet.

7.4.4 Legemiddellisten har hatt lite fremdrift, blant annet som følge av mangler i direktoratets styring

Pasientens legemiddelliste (PLL), som ble foreslått av Helse- og omsorgsdepartementet i Meld. St. 28 (2014–2015), er fortsatt under utvikling. I meldingen ble behovet for listen begrunnet med at legemiddelopplysninger registreres i ulike IT-systemer, og at denne informasjonen ikke er tilgjengelig dersom pasienten går fra én behandler til en annen.⁶²⁴ Innsamling av legemiddelopplysninger fra ulike kilder manuelt er både tidkrevende og forbundet med risiko for feil og unøyaktigheter. Videre viser meldingen til at 5–10 prosent av alle akuttinnleggelser på indremedisinsk avdeling på sykehus skyldtes uheldig legemiddelbruk, og at om lag halvparten kunne vært unngått. Ifølge en rapport fra 2020 er feil bruk av legemidler en av de hyppigste årsakene til pasientskader, og det er anslått at det årlig oppstår skader relatert til legemidler ved 2,1 prosent av alle sykehusinnleggelser.⁶²⁵ Forskning på uønskede hendelser i sykehus har vist at 27 pasienter døde og 177 ble alvorlig skadet som følge av legemiddelfeil i årene 2016 og 2017.⁶²⁶

I 2017 rapporterte Helse- og omsorgsdepartementet til Stortinget at legemiddellisten skulle innføres trinnvis, med planlagt oppstart i 2018.⁶²⁷ Imidlertid har den hittil ikke blitt realisert, og løsningen har møtt på problemer. En evaluering av legemiddelprogrammet bestilt av Direktoratet for e-helse konkluderte i 2020 med at «måloppnåelsen i programmet [er] lav sett opp mot målsetningene», og at «legemiddelprogrammet per dags dato i liten grad tilfredsstiller nødvendige suksesskriterier for å lykkes». ⁶²⁸ Evalueringen peker også på at det ikke foreligger en troverdig plan for hvordan programmet skal oppnå målene innen planlagt tid, og at det er behov for at programmet restruktureres og gjennomgås på nytt.⁶²⁹ Helse Midt-Norge vurderer at progresjonen på legemiddelområdet har vært for lav, og at området ikke er vesentlig forbedret de siste fire–fem årene.⁶³⁰

Direktoratet for e-helse forteller at de siden 2016 har hatt som ambisjon å innføre pasientens legemiddelliste (PLL) for bedre og tryggere legemiddelbehandling.⁶³¹ Dette innebærer at helsepersonell og pasienter skal ha en oppdatert oversikt over legemidler i bruk på tvers av virksomheter og behandlingsnivå. I arbeidet så langt har direktoratet erfart at dette er et ambisiøst mål, med høy kompleksitet, og legemiddelprogrammet som ble opprettet i 2019 har ikke vært tilstrekkelig organisert for å ivareta denne kompleksiteten. Basert på disse erfaringene har Direktoratet restrukturert legemiddelprogrammet, og tatt initiativ til en ny ekstern vurdering av programmet.

Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet viser til at området er komplekst, men høyt prioritert

Direktoratet for e-helse forklarer i intervju at dette området er svært komplekst, blant annet som følge av at andre aktører må tilpasse sine arbeidsprosesser og tekniske løsninger og bidra til å heve kvaliteten i dagens legemiddeloversikter.⁶³² I tillegg viser direktoratet til at begrensninger i tekniske løsninger lenge har vært, og fortsatt er, til hinder for realiseringen av pasientens legemiddelliste. For å redusere begrensningene har man derfor begynt å utvikle en sentral forskrivningsmodul (SFM), som skal gjøres tilgjengelig mellom 2021 og 2023. Det skal også leveres funksjonalitet til Helseplattformen, og utbredelse i kommunene vil avhenge av at kjernejournal innføres der først.

Helse- og omsorgsdepartementet forteller i intervju at arbeidet med legemiddellisten både har og har hatt høy prioritet over lang tid.⁶³³ Det har ikke vært en særskilt budsjettsatsing, men tiltaket har vært høyt prioritert innenfor eksisterende rammer. Departementet har også blitt orientert av direktoratet om at det er forsinkelser i tiltakene som samlet skal realisere pasientens legemiddelliste, blant annet grunnet kompleksitet med mange involverte aktører som både må innføre ny teknologi og endre arbeidsprosesser. Departementet viser

⁶²⁴ Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen*, side 49.

⁶²⁵ Helsedirektoratet (2020) *Pasientskader i Norge 2019 – Målt med Global Trigger Tool*, side

⁶²⁶ Mulac et al. (2020) *Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System*. *European Journal of Hospital Pharmacy*.

⁶²⁷ Prop. 1 S (2017–2018) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 33.

⁶²⁸ Boston Consulting Group (2020) *Evaluering av legemiddelområdet: Oppsummerende notat*. 19.08.2020, side 1.

⁶²⁹ Boston Consulting Group (2020) *Evaluering av legemiddelområdet: Oppsummerende notat*. 19.08.2020, side 5.

⁶³⁰ Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

⁶³¹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁶³² Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁶³³ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

også til at Legemiddelprogrammet i 2020 ble reorganisert med sterkere representasjon fra sektoren. I tillegg har Helse Vest RHF blitt tildelt en lederrolle i utprøvingen.

Årsak 1: Legemiddellisten har blitt for lavt prioritert og hatt utfordringer med å sikre finansiering

Se *delkapittel 8.4.1* og *8.5.1*.

Årsak 2: Løsningsarkitekturen i tiltaket har vært lite gjennomtenkt og hensiktsmessig

Flere aktører i sektoren setter videre spørsmålstegn ved løsningsarkitekturen som har blitt lagt til grunn. Den tidligere nevnte evalueringen fra BCG viste til at «flere aktører, både internt i direktoratet og i sektoren for øvrig, har reist bekymringer knyttet til løsningsarkitekturen som ligger til grunn for å realisere PLL». ⁶³⁴

Både Helse Vest RHF, som har fått et overordnet ansvar for å teste ut og videreutvikle PLL, Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF gir uttrykk for at løsningsarkitekturen ikke har vært gjennomtenkt. ⁶³⁵ Helse Midt-Norge RHF erfarer at det blir laget løsninger før standardene er utviklet, og at løsningene derfor ikke fungerer som en helhet. Helse Nord RHF viser til at de tekniske problemene som direktoratet har støtt på, først og fremst er forårsaket av dårlige arkitekturvalg. Helse Vest RHF forteller at legemiddellisten er helt avhengig av at Sentral forskrivningsmodul (SFM) utvikles, og sier at flere tiltak ikke kommer videre i utviklingen før den er klar og tilgjengeliggjort for integrasjon. Det er et stort etterslep i den planlagte utviklingen av dette, og Helse Vest mener at direktoratet og Norsk Helsennett SF burde kommet tidligere i gang med arbeidet.

En oversikt bekrefter at prosjektressurser fra 2016 til 2019 tidlig var rettet mot legemiddellisten, men gradvis har blitt omfordelt til Sentral forskrivningsmodul. ⁶³⁶ Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er dette fordi «Sentral forskrivningsmodell er en svært sentral komponent for å realisere informasjonsutvekslingen i Pasientens legemiddelliste». ⁶³⁷

Ifølge Direktoratet for e-helse vurderte BCG i en senere arkitekturvurdering i oktober 2020 at «at programmets mål om å realisere pasientens legemiddelliste basert på eksisterende e-reseptkjeden, virker hensiktsmessig fra et teknologisk synspunkt» og at «overordnet kan man si at SFM er basert på et fremtidsrettet arkitekturkonsept». ⁶³⁸ Ifølge direktoratet ble det fortsatt pekt på ulike risikoområder, som blant annet manglende godkjent dokumentasjon av løsningsarkitekturen.

Årsak 3: Mangelfull prosjektstyring og gjennomføringsstrategi

Rapporten fra BCG pekte også på noen forbedringspunkter ved måten legemiddelprogrammet har blitt styrt på. Blant annet anbefaler rapporten å øke gjennomføringskraften ved at virkemiddelapparatet utbedres, i form av fungerende finansielle og juridiske virkemidler samt en involvert styringsgruppe. ⁶³⁹ Videre pekte rapporten på at programmet i større grad må ha en bruker- og nytteorientert tilnærming og stegvis realisering, med økt grad av beste praksis for nyttestyring. ⁶⁴⁰

Noen av de regionale helseforetakene bekrefter også at det har vært svakheter ved styringen av legemiddelprogrammet. Helse Midt-Norge RHF vurderer at både virkemiddelbruken og oppdragene ikke har vært gode og sammenhengende nok, og at Direktoratet for e-helse og andre aktører ikke har fulgt opp og utført oppdragene godt nok. ⁶⁴¹ Helse Midt-Norge opplever at programstyringen, som Direktoratet for e-helse har ansvar for, har vært fraværende. For eksempel var det nesten ikke møter i programstyret for legemiddelområdet i tidsperioden 2019–2020. Helse Sør-Øst RHF viser også til dette som et tegn på at fremdriften har stanset opp. ⁶⁴² Helse Midt-Norge mener denne manglende overordnede styringen av programmet er uheldig og har ført til at det er uklart hvem som har ansvar, og hvem som skal levere hva. ⁶⁴³

Helse Vest RHF setter spørsmålstegn ved gjennomføringsstrategien som har blitt valgt, og mener at planene har forutsatt komplett realisering basert på utvikling etter en «fossefallsmetode». ⁶⁴⁴ Ifølge Helse Vest RHF har man tidligere i for stor grad tenkt at all funksjonalitet skulle være på plass fra dag én, når man heller burde tenkt mer trinnsvis. Det regionale helseforetaket mener at denne tilnærmingen kan lede til at det

⁶³⁴ Boston Consulting Group (2020) *Evaluering av legemiddelområdet: Oppsummerende notat*. 19.08.2020, side 8.

⁶³⁵ Intervju med Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge RHF.

⁶³⁶ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁶³⁷ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

⁶³⁸ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁶³⁹ Boston Consulting Group (2020) *Evaluering av legemiddelområdet: Oppsummerende notat*. 19.08.2020, side 8.

⁶⁴⁰ Boston Consulting Group (2020) *Evaluering av legemiddelområdet: Oppsummerende notat*. 19.08.2020, side 9.

⁶⁴¹ Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

⁶⁴² Intervju med Helse Sør-Øst RHF.

⁶⁴³ Intervju med Helse Midt-Norge.

⁶⁴⁴ Intervju med Helse Vest RHF.

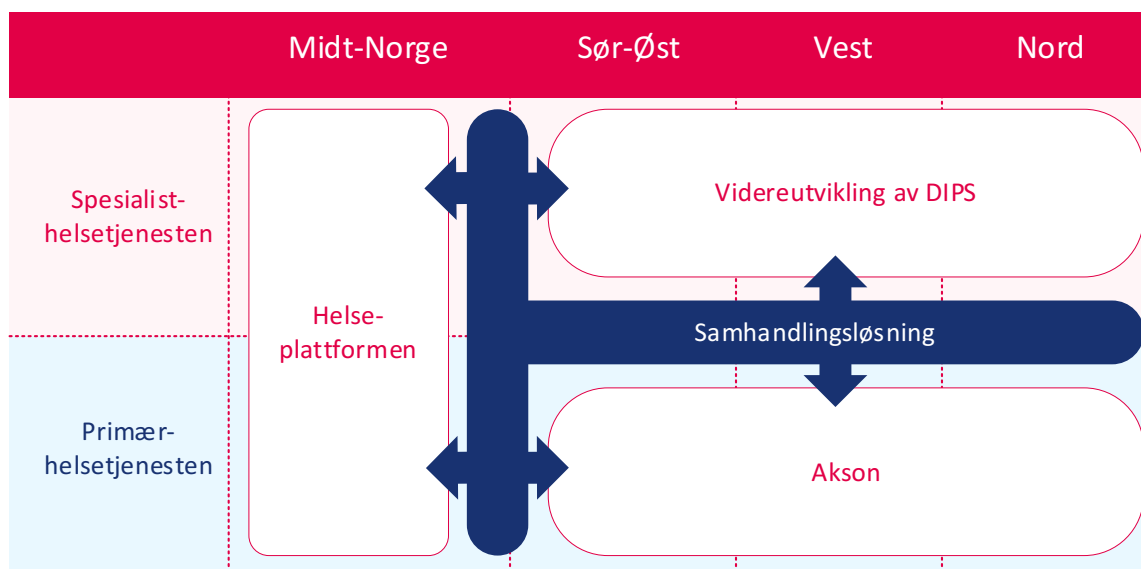
«perfekte blir det godes fiende», og at en slik tilnærming er krevende i en situasjon med usikker finansiering. Helse Vest RHF har derfor satt i gang en utprøving av en delmengde av en fremtidig løsning for Pasientens legemiddelliste, i den hensikt å få nødvendig erfaringsgrunnlag for å gjøre relevante justeringer.

7.4.5 Det gjenstår fortsatt å beskrive og planlegge sektorens fremtidige samhandlingsløsning

En svært sentral del av arbeidet med *Én innbygger – én journal*, er realisering av en samhandlingsløsning som skal «bygge bro» mellom og knytte sammen de ulike journalløsningene i helsesektoren.

Det har lenge vært klart at det er behov for en slik løsning. I forbindelse med 2015-utredningen ble det klart at man *ikke* skulle gå videre med en felles journalløsning for både primær- og spesialisthelsetjenesten, og i første omgang ta utgangspunkt i primærhelsetjenestens behov. Dette medførte at det ville være behov for å få på plass en *samhandlingsløsning* som kan forbedre informasjonsutvekslingen mellom de to tjenestenivåene, noe som fremgår av beskrivelsen av konsept 9 i 2015-utredningen. En omfattende samhandlingsløsning var også en sentral del av konsept 7 i konseptvalgutredningen for Akson. Figur 12 viser hvordan samhandlingsløsningen er ment å knytte sammen de ulike delene av veikartet (se *delkapittel 5.7* for en beskrivelse av veikartet).

Figur 12 Samhandlingsløsningen som en del av veikartet



Forprosjektet for Akson utsatte å konkretisere samhandlingsløsningen, og utsatte iverksettelse av den til etter at kommunal journal var anskaffet

Som tidligere nevnt, forutsatte konsept 7 i Akson at det skulle inngå en samhandlingsløsning. Når sentralt styringsdokument (SSD) ble levert av Direktoratet for e-helse, hadde imidlertid den langsiktige planleggingen og detaljene i løsningen blitt tatt ut. Igjen sto kun steg 1 av planleggingen, mens steg 2 ble utsatt. KS2-rapporten beskrev dette som en «betydelig reduksjon av omfanget som ble beskrevet i KVV og de forutsetningene som ble lagt til grunn i KS1-rapporten», og at de ikke kunne se at dette avviket hadde blitt beskrevet.⁶⁴⁵

SSD la også opp til at samhandlingsløsningen først skulle implementeres i 2025, altså tre år etter anskaffelse av journalløsning, og dette så kvalitetssikrerne på som uheldig.⁶⁴⁶ Årsaken var at dette ville medføre anskaffelse av en journalløsning *før* samhandlingsløsningen var på plass. Kvalitetssikrerne mente at dette var feil rekkefølge fordi en fremtidig samhandlingsplattform ville stille tekniske krav som man måtte ta hensyn til ved valg av journalløsning. Kvalitetssikrerne påpekte også at KS1-rapporten anbefalte å velge samhandlingskonsept i forkant av KS2, men at prosjektgruppen valgte å skyve denne beslutningen foran seg. Resultatet var ifølge KS2 at innføringen av samhandlingsløsninger kommer senere enn nødvendig og ønskelig.

⁶⁴⁵ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 10.

⁶⁴⁶ Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 10.

Kvalitetssikringen presiserte også at det var uklart hvordan samhandlingsløsningen kom til å se ut. KS2 mente det ikke var «tydelig hvordan man skal nå alle målsettingene og hvordan Akson samhandling vil påvirke og utfylle Akson journal». ⁶⁴⁷ Videre ble det understreket som viktig at eier er bevisst på uklarhetene i samhandlingsløsningene og at tiltakets kostnadsramme ennå ikke er definert, med den konsekvens at det vil bli utfordrende å ha en god oversikt over total kostnad og nyttegevinster fra tiltaket. Det blir også vist til at det er uklart *når* en høy grad av samhandling vil bli oppnådd, og at «prosjektet har skjøvet viktige beslutninger og egenskaper ved konseptet foran seg i tid». ⁶⁴⁸ Selv om kvalitetssikrerne skriver at dette ikke bryter med konseptet, gir det «en usikkerhet når man ikke vet innholdet, hva det vil koste, hvordan man kommer dit, om det kan finansieres og når målene kan nås».

Med bakgrunn i dette anbefalte KS2-rapporten å fremskynde steg 2 i planleggingen av samhandlingsløsningen og lande et fremtidig samhandlingskonsept i løpet av 2021, med en ny påfølgende kvalitetssikring, slik at løsningen kunne være klar for innføring i 2023. Kvalitetssikrerne merket seg at Direktoratet for e-helse var uenig i planendringen. ⁶⁴⁹ Helse- og omsorgsdepartementet valgte imidlertid å stille seg bak kvalitetssikrernes anbefaling om å fremskynde planleggingen (steg 2) av samhandlingsløsningen. ⁶⁵⁰ Samhandlingsløsningen har nå blitt tatt ut av Akson, og det skal etableres et forprosjekt som skal beskrive den nasjonale samhandlingsløsningen i en helhet. ⁶⁵¹

Direktoratet for e-helse begrunner valget om å vente med å konkretisere steg 2 av samhandling med at mange avhengigheter og høy usikkerhet gjør det uhensiktsmessig å gjennomføre målbildet for samhandling som ett tiltak. ⁶⁵² Innholdet i steg 1 omfattet modernisering og videreutvikling av grunndata- og tillitstjenester, en nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar og et forprosjekt for steg 2 i utviklingsretningen. Direktoratet mener at både målbildet for helhetlig samhandling og det nye omfanget er beskrevet i SSD, men erkjenner at forskjellen mellom hva som ble beskrevet i KVVU og steg 1 kunne fremgått tydeligere.

⁶⁴⁷ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 20.

⁶⁴⁸ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 7.

⁶⁴⁹ Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 11.

⁶⁵⁰ Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 71.

⁶⁵¹ Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 73.

⁶⁵² Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

8 Styring, prioritering og forankring

Helse- og omsorgssektoren har over flere år hatt manglende gjennomføringsevne på e-helseområdet, blant annet som følge av mange selvstendige aktører. Dette har også blitt synliggjort i utredningene som en sentral utfordring for å nå målene i *Én innbygger – én journal*.

Som *kapittel 7* viste, er det svært mange ulike prosjekter og utviklingstiltak som utgjør forutsetninger for *Én innbygger – én journal*, og disse må dra i samme retning. For å lykkes med dette er det en forutsetning at man har modne mekanismer for styring, prioritering og forankring.

Dette kapittelet viser hvilke strategiske beslutninger Helse- og omsorgsdepartementet har tatt for å realisere målene i *Én innbygger – én journal*, og hva slags grep departementet har tatt for å sikre en mer hensiktsmessig organisering, styring og finansiering av området. Videre belyser kapittelet noen utfordringer knyttet til prioritering og finansiering av viktige tiltak, og hvordan den etablerte nasjonale styringsmodellen har bidratt med innspill til prioriteringer.

8.1 Oppsummering

- Departementet har tatt flere strategiske beslutninger, men ikke alle har bidratt like godt til å nå målene om *Én innbygger – én journal*.
- Departementet og direktoratet har forsøkt å endre virkemidler og styrke styringen av sektoren, men en rekke forhold ved nasjonale myndigheters styring av sektoren er fortsatt uavklarte.
 - Rollefordelingen mellom nasjonale myndigheter og resten av sektoren er fortsatt uavklart.
 - Fungerende finansieringsmodeller er fortsatt ikke på plass, selv om det over lengre tid har vært klart at dette er en hovedutfordring. Det har vært uklart hvor stort ansvar sektoren skal ha for å finansiere nasjonale løsninger, og frivillig samfinansiering har ikke hatt ønskede resultater
 - Aktører i sektoren vurderer at den nasjonale styringsmodellen ikke har økt gjennomføringsevnen for IT-utviklingen i sektoren utover å være en arena for orientering og dialog.
- Den nasjonale styringsmodellen skal blant annet sikre at tiltak som aktører i sektoren mener er viktige, blir prioritert, men aktørene opplever at de mangler innflytelse på hvordan nasjonalt nivå faktisk prioriterer.
- Sektoren har opplevd det som utfordrende å se sammenhengen mellom de nasjonale tiltakene og har ønsket at den nasjonale styringsmodellen skal rette mer oppmerksomhet mot disse.
- Nasjonal styringsmodell har svakheter som mekanisme for forankring. Det gjennomføres sjelden høringer i sektoren, heller ikke ved viktige veivalg.

8.2 Helse- og omsorgsdepartementets styring og virkemiddelbruk

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at de politiske målene ved IT-politikken i helse- og omsorgssektoren blir nådd, og skal styre og koordinere utviklingen innenfor sektoren. Denne delen redegjør for hvilke virkemidler departementet har tilgjengelig, hovedtrekkene i hvordan departementet har styrt sektoren og valgt å bruke de tilgjengelige virkemidlene, og hvilke strategiske beslutninger som har blitt tatt for å nå målet om *Én innbygger – én journal*.

8.2.1 Helse- og omsorgsdepartementets virkemidler på e-helseområdet

Departementet har en rekke virkemidler som kan brukes til å oppnå målene i *Én innbygger – én journal* og e-helsepolitikken for øvrig. Nedenfor er de viktigste beskrevet:

Styring av Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF. Direktoratet for e-helse er Helse- og omsorgsdepartementets fag- og myndighetsorgan innenfor digitalisering og det viktigste virkemiddelet for å sette i verk tiltak på e-helseområdet. Direktoratet har flere faste oppgaver knyttet til styring og samordning på e-helseområdet, og skal også være en faglig rådgiver for departementet og aktørene i sektoren.

Direktoratet hadde også lenge ansvar for drift, forvaltning og vedlikehold av de nasjonale e-helseløsningene Nasjonal kjernejournal, Helsenorge.no og e-resept, samt grunndata.⁶⁵³ Fra 1. januar 2020 ble ansvaret for disse overført til Norsk Helsenett SF. Den nye organiseringen skal forsterke myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse, mens Norsk Helsenett SF skal fungere som *nasjonal tjenesteleverandør* for helsesektoren. Norsk Helsenett SF har videre ansvar for drift av nasjonal IT-infrastruktur, deriblant Helsenettet og påloggingsløsningen HelselD, som er en del av sektorens «felles grunnmur».

Styring av de regionale helseforetakene. Departementet ivaretar den helhetlige styringen av de regionale helseforetakene gjennom å formidle det helsepolitiske oppdraget, finansiering og eierstyring. De regionale helseforetakene spiller en sentral rolle når det gjelder å nå målene for *Én innbygger – én journal*.

Det pågår store prosjekter i alle fire regioner som skal sørge for journalløsninger med bedre samhandling, og det er utviklet løsninger som gir behandlere mulighet til å lese journalinformasjon på tvers av helseforetak i egen region. De regionale helseforetakene samarbeider om dette gjennom *Felles plan for neste generasjon PAS/EPJ*. Helseforetakene har tatt i bruk de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal og Helsenorge.no. De bidrar også i arbeid med forutsetningene for samhandling (omtalt i *kapittel 7*) der de har tatt hovedansvar for enkelte prosjekter som er viktige på dette området (felles legemiddelliste, kodeverk m.m., dokumentdeling).

Juridiske virkemidler. Departementet har et begrenset sett med juridiske virkemidler på e-helseområdet.^{654,655} Departementet fremhever forskrift om IT-standarder i helse- og omsorgssektoren, som trådte i kraft 1. september 2015, som den mest sentrale på området.⁶⁵⁶ Forskriften pålegger aktørene i sektoren å bruke elektroniske journalsystemer, å oppdatere adresseregisteret i helsenettet og å bruke standardiserte meldingsformater til å utveksle pasientinformasjon. Direktoratet for e-helse har også ansvar for å utgi referansekatalogen med oversikt over obligatoriske og anbefalte standarder og kodeverk innenfor IT. Oversikten skal være et viktig virkemiddel for å gi leverandørene forutsigbarhet ved utvikling og tilpasning av IT-systemer.⁶⁵⁷

Finansiering. Finansiering av nasjonale e-helsetiltak og fellesløsninger (Helsenorge.no, kjernejournal, e-resept) har vært gjennomført med frivillig samfinansiering fra aktørene i sektoren, med finansiering fra Direktoratet for e-helse og delvis over statsbudsjettet. Det ble innført obligatorisk samfinansiering for forvaltning og drift av utvalgte e-helseløsninger i statsbudsjettet for 2020, men dette omfatter ikke kostnader til utvikling av nye løsninger.

Dialog og samstyring med kommunesektoren. Den direkte kontakten mellom Helse- og omsorgsdepartementet og kommunesektoren foregår gjennom *konsultasjonsordningen* mellom regjeringen og KS. Konsultasjonsordningen er en formalisert arena for dialog om statlige rammer og måloppnåelse innenfor kommunesektoren. Kommunesektoren er også representert i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Styringsgruppen for Akson ledes også av kommunesektoren, og kommunene skal i sum ha majoritetseierskap i selskapet Akson journal AS.

8.2.2 Oversikt over beslutningene som er tatt for å nå målene i *Én innbygger – én journal*

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt en liste over beslutningene de har tatt, som de anser som viktigst for å nå målene i *Én innbygger – én journal*. Tabell 5 viser en oversikt over disse beslutningene, sammen med informasjon om når de ble tatt, og hvor i rapporten disse beslutningene omtales.

⁶⁵³ Grunndata inneholder informasjon om organisasjoner og personell i helse- og omsorgssektoren.

⁶⁵⁴ Se Prop. 65 L (2019-2020) *Lov om e-helse (e-helseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet, side 8 og 29.

⁶⁵⁵ Relevante lover knyttet til e-helseløsninger er blant annet spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, pasientjournalloven og helseregisterloven.

⁶⁵⁶ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶⁵⁷ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

Tabell 4 Liste over strategiske beslutninger

Beslutning	År/periode
Veikart og strategi	
• Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022	2017/2019
• Veikart for Én innbygger – én journal.	2017
• Veikart for nasjonale e-helseløsninger.	2020
Felles grunnmur, standarder og nasjonale e-helseløsninger	
• Besluttet å etablere Pasientens legemiddelliste.	2015
• Besluttet å opprette Program for felles infrastruktur (FIA) og arkitektur.	2017
• Besluttet å opprette Program for kodeverk og terminologi (PKT) og utvikle nasjonalt kodeverk og terminologi.	2017
• Besluttet å innføre Felles krav for meldingsutveksling, standarder og prinsipper for deling av data og dokumenter, samt vurdering av internasjonale standarder.	2018
• Besluttet å etablere og videreutvikle nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter (helsenettet, kjernejournal, e-resept, grunndata, HelseID, Helsenorge.no).	2005–2020
Juridiske virkemidler	
• Besluttet endringer og utvidelser av Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren.	2017
• Besluttet endring i pasientjournalloven for å legge til rette for deling av informasjon i nasjonal pasientjournal.	2014
• Sendt på høring forslag om ny e-helselov, inkludert nye finansieringsmodeller for drift- og forvaltning og tydeliggjøring av direktoratets myndighetsrolle. Loven ble senere trukket.	2020
Organisatoriske virkemidler	
• Besluttet å etablere et Direktorat for e-helse som premissgiver og rådgivende organ til Helse- og omsorgsdepartementet.	2015
• Besluttet opprettelsen av nasjonal tjenesteleverandør/overføring til NHN, og etablert Teknisk beregningsutvalg.	2018
• Besluttet å etablere et Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger.	2019
Samstyring og forankring	
• Besluttet å etablere og senere videreutvikle en nasjonal styringsmodell og utvalg (Nasjonalt e-helsestyre, NUIT og NUFA).	2012–2020
• Ga Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF i oppdrag om å sørge for en felles plan og koordinert utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative system (PAS)	2017
• Besluttet å styrke innføringsarbeidet i kommunal helse- og omsorgstjeneste, gjennom samarbeidsavtale med KS og innføringsnettverk.	2020
• Besluttet å opprette EPJ-løftet for fastleger og fysioterapeuter.	2014, 2016

Vår undersøkelse viser at ikke alle beslutningene for sektoren, slik de fremgår av tabellen, har bidratt like godt til å nå målene i *Én innbygger – én journal*. Funnene våre kan oppsummeres på følgende måte:

- **Veikart:** En av de viktigste strategiske beslutningene på overordnet nivå ble tatt i forbindelse med Veikart for Én innbygger – én journal. Denne prosessen ledet blant annet frem til dagens oppdeling av konkrete journaltiltak i tre (se *delkapittel 5.7* for en oversikt):
 - Helseplattformen i Midt-Norge RHF og kommunene i Midt-Norge
 - videreutvikling av eksisterende journalløsninger (DIPS) hos de andre regionale helseforetakene
 - Akson i de gjenværende kommunene

Samtidig viser *delkapittel 5.7* at veikartet har oppstått som følge av at selvstendige aktører i sektoren har tatt valg for egne virksomheter som de anser som bedre tilpasset egne behov.

Delkapittel 5.7 viser også at departementet sto sentralt i beslutningen om å gi Helseplattformen status som en regional utprøving av det nasjonale målbildet. Samtidig fremgår det også at beslutningen ble tatt etter påtrykk fra kommunene og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge, som på dette tidspunktet hadde jobbet med prosjektet i flere år.

- **Grunnmur og e-helseløsninger:** Departementet har etablert flere programmer som skal understøtte en felles grunnmur for sektoren, etablert nasjonale e-helseløsninger for sektoren, og gjort endringer i forskriften om IKT-standarder. *Delkapittel 7.3, 7.4 og 8.5* viser samtidig at flere aktører i sektoren opplever at standardarbeidet og samhandlingstiltak har hatt lite fremdrift.
- **Endring i juridiske virkemidler:** Departementet har gjennom forslag til e-helselov foreslått en ny finansieringsmodell og muligheter for å gi sektoren pålegg. Lovforslaget ble senere trukket, og en rekke forhold rundt rollen til nasjonale myndigheter er fortsatt uavklarte (se *delkapittel 8.3 og 8.4*).
- **Organisatoriske virkemidler:** Departementets viktigste organisatoriske grep har vært å opprette Direktoratet for e-helse, og overføre leveranseoppgaver fra direktoratet til Norsk Helsenett SF.
- **Konsensus- og samstyringsvirkemidler:** Departementet har opprettet en rekke nasjonale utvalg og samstyrings-/konsensusstrukturer, slik som den nasjonale styringsmodellen og samarbeidsavtalen med KS. Det fremgår imidlertid av 8.3.3 og 8.6 og at aktører i sektoren ønsker ytterligere reell medinnflytelse på prioritering og utvikling innenfor e-helse i sektoren.

8.2.3 Direktoratet for e-helse har vært departementets mest sentrale virkemiddel på e-helseområdet

Helse- og omsorgsdepartementet mener at å opprette Direktoratet for e-helse er det viktigste organisatoriske grepet de har tatt for å øke gjennomføringsevnen innenfor digitalisering, og for å oppnå målene i *En innbygger – én journal*.⁶⁵⁸

Direktoratet for e-helse ble etablert i 2016 som et fag- og myndighetsorgan som skal bidra til at vedtatt politikk settes i verk på e-helseområdet i tråd med føringene fra departementet.^{659,660} Direktoratet skal sørge for nasjonal styring og koordinering i samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljø og interesseorganisasjoner. Direktoratets hovedinstruks angir følgende faste oppdrag:



Direktoratet for e-helses faste oppgaver

Helse- og omsorgsdepartementet har i hovedinstruksen for 2020 gitt Direktoratet for e-helse følgende faste oppdrag:⁶⁶¹

- holde seg orientert om og informere om den nasjonale og internasjonale utviklingen innen e-helse og om relaterte utfordringer
- utrede og foreslå nasjonale e-helsestrategier, -planer og tiltak
- utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale veiledere og retningslinjer om standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv.
- gi råd og veiledning i spørsmål om e-helse til departementet og til aktører som planlegger e-helsetiltak
- føre en systematisk og offentlig oversikt (portefølje) over e-helsetiltak med nasjonal betydning og legge til rette for nasjonal samordning og prioritering
- 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
- forvalte, informere om og fortolke utvalgte paragrafer⁶⁶² i pasientjournalloven med tilhørende forskrifter

⁶⁵⁸ Vedtak om etablering av Direktoratet for e-helse og Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) og andre organisatoriske endringer i den sentrale helseforvaltningen (Vedtak om organisatoriske endringer i helseforvaltningen) (FOR-2015-12-18-1589).

⁶⁵⁹ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶⁶⁰ Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet den 17. desember, punkt 2.

⁶⁶¹ Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 16. januar 2020, punkt 2.

⁶⁶² Pasientjournalloven § 9 om samarbeid om journal, § 12 om reseptformidleren, § 13 om nasjonal kjernejournal, § 21 om personopplysninger fra folkeregisteret, § 22 om informasjonssikkerhet og forskrifter gitt i hjemme i pasientjournalloven § 7 om elektroniske systemer, standardisering m.m. og § 10 om nasjonale journalsystemer.

Direktoratet har nasjonal myndighet overfor helse- og omsorgssektoren. Myndighetsoppgavene omfatter ulike regulatoriske og strategiske oppgaver og omfatter følgende hovedroller:^{663,664}

- Som **premissgiver** har direktoratet ansvar for å etablere rammer og retning for utviklingen på e-helseområdet gjennom nasjonale retningslinjer, strategi for sektoren, råd til departementet og juridiske vurderinger. Virkemidlene som ligger til premissgiverrollen er regulering (juridisk styring), instruksjon av enheter som forvalter e-helseløsninger (linjestyring) og finansiering. Direktoratet for e-helse presiserer at de i begrenset grad har disse virkemidlene, men gir faglige anbefalinger og innspill til departementet som benytter alle de tre virkemidlene.⁶⁶⁵
- Som **fagorgan** har direktoratet ansvar for å utarbeide faglige grunnlag for beslutninger i statsforvaltningen og sektoren, følge med utviklingen av e-helse og gi råd og veiledning på e-helseområdet.
- Som **pådriver** har direktoratet ansvar for å legge til rette for prosesser som bidrar til at aktørene i helse- og omsorgssektoren opptrer samordnet og i henhold til nasjonale strategier.

Målene i Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal* og Innst. 224 S (2012–2013) skal være førende for direktoratets arbeid.⁶⁶⁶ Direktoratet har en rekke ulike oppgaver knyttet til *Én innbygger – én journal*:

- **Utredning av *Én innbygger – én journal*.** Direktoratet har siden opprettelsen i 2016 overtatt Helsedirektoratets ansvar for utredning av *Én innbygger – én journal* og senere Akson.
- **Ansvar for nasjonal styringsmodell, som skal bidra til å samordne e-helseutviklingen.** Direktoratet for e-helse har ansvaret for en nasjonal styringsmodell for e-helse, som skal få aktørene i sektoren til å trekke i samme retning på e-helseområdet. Dette er svært viktig for å oppnå målene med *Én innbygger – én journal*. Styringsmodellen beskrives i større detalj nedenfor.
- **Arbeid med sektorens «felles grunnmur», legemiddellisten m.m.** Direktoratet har jobbet med utvikling av standarder, kodeverk, terminologi og felleskomponenter som skal inngå i sektorens felles grunnmur. Grunnmuren er en viktig forutsetning for samhandling (se nærmere omtale i *kapittel 7.3.2*). Direktoratet har også ansvar for ulike utviklingstiltak, slik som legemiddelprogrammet og flere andre programmer som er viktige for samhandling og kvaliteten på informasjon i helsesektoren.
- **Utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold av nasjonale e-helseløsninger.** Direktoratet hadde også fram til 2020 ansvar for de nasjonale e-helseløsningene Nasjonal kjernejournal, Helsenorge.no og e-resept, samt grunndata.⁶⁶⁷

Direktoratet for e-helse har formalisert en nasjonal styringsmodell og etablert nasjonale prosesser for strategiutvikling, portefølje- og forvaltningsstyring

Som det framgår av faktaboksen ovenfor, har Direktoratet for e-helse i fast oppdrag å blant annet sikre en konsensusbasert styringsmodell for e-helse, utrede og foreslå nasjonale e-helsestrategier, -planer og tiltak, og føre en systematisk og offentlig oversikt (portefølje) over e-helsetiltak av nasjonal betydning.

En nasjonal styringsmodell har gradvis blitt utviklet siden 2010, men den ble først formalisert av Direktoratet for e-helse i 2016. Nasjonal styringsmodell skal «bidra til at e-helseløsningene som etableres samsvarer godt med behovene i sektoren, og bidra til raskere gjennomføring av e-helseutviklingen». Modellen skal bidra til bedre koordinering i helse- og omsorgssektoren.

Styringsmodellen skal sikre forankring i hele sektoren og er konsensusbasert. Deltakerne i nasjonal styringsmodell er bredt sammensatt, blant annet av representanter for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, statlig helseforvaltning, fagprofesjoner og pasientgrupper. Styringsmodellen endrer imidlertid ikke de etablerte styringslinjene fra Stortinget, regjeringen og departementene til etater, virksomheter og kommuner.

⁶⁶³ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶⁶⁴ Direktoratet for e-helse (2019) *Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*. Versjon 1.0 – februar 2019. Rapport IE-1046.

⁶⁶⁵ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁶⁶⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Statsbudsjettet 2016 - Kap. 701 Direktoratet for e-helse - tildelingsbrev*. Brev til Direktoratet for e-helse, 17.12.2015.

⁶⁶⁷ Grunndata inneholder informasjon om organisasjoner og personell i helse- og omsorgssektoren. Kilde: <Norsk Helsenet SF - Grunndata (nhn.no)>

Direktoratet for e-helse har ansvaret for styringsmodellen og sekretariatsansvar for *tre nasjonale utvalg*.⁶⁶⁸

- **Nasjonalt e-helsestyre** er øverste organ og samler toppledelsen i helse- og omsorgssektoren for å samordne og styre e-helseutviklingen i Norge. Styret drøfter og gir sin tilslutning til strategiske beslutninger om blant annet prioriteringer, organisering og finansieringsmodeller.
- **Prioriteringsutvalget (NUIT)** innstiller årlig prioritering av nasjonal e-helseportefølje, og gir råd og anbefalinger i taktiske og strategiske problemstillinger.
- **Fagutvalget (NUFA)** består av fagpersoner innen helsefag og IT-arkitektur og gir råd og faglige vurderinger om e-helse.⁶⁶⁹

Utgangene skal gi råd til Direktoratet for e-helse.⁶⁷⁰ Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er modellen «Direktoratet for e-helses arena for å drøfte og få innspill til prioriteringer i det nasjonale e-helsearbeidet. Dette inngår som et viktig grunnlag i direktoratets råd til departementet».⁶⁷¹ Utgangene skal delta i tre nasjonale prosesser, som skal sørge for felles strategisk retning, koordinering og forankring i sektoren. Direktoratet for e-helse er eier av disse tre prosessene.⁶⁷²

- *Strategiprosessen* skal lede til en nasjonal strategi for e-helse og fireårige handlingsplaner. Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan skal bidra til at aktørene i sektoren samler seg om en felles utviklingsretning på e-helseområdet. Direktoratet for e-helse legger til rette for prosessen, mens NUFA og NUIT har ansvar for å innstille strategier og planer til nasjonalt e-helstyre for tilrådning.
- *Nasjonal porteføljestytingsprosess* skal realisere e-helsestrategien ved å sikre at de riktige prosjektene/programmene velges, og følge gjennomføringen av disse slik at gevinster kan hentes ut. Porteføljestyting er et av virkemidlene for å bidra til sterkere nasjonal samordning i helse- og omsorgssektoren, og direktoratet har etablert en nasjonal e-helseportefølje. Denne består av nasjonale e-helsetiltak og tiltak aktørene selv har meldt inn.⁶⁷³

Kriteriene for tiltak som meldes inn til nasjonal e-helseportefølje, er at tiltaket understøtter nasjonal e-helsestrategi, har avhengigheter til prosjekter i porteføljen og/eller er avhengig av nasjonal innsats.⁶⁷⁴ Porteføljen følges opp av de tre nasjonale utgangene. NUFA gir faglige råd om nasjonal portefølje og utvalgte nasjonale prosjekter, NUIT innstiller årlig prioritering av porteføljen basert på gitte kriterier, og Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til porteføljen. Direktoratet har etablert et nasjonalt porteføljekontor som blant annet legger til rette for prosesser, lager analyser og gir statusrapporter for porteføljen.

- Forvaltningsstyringsprosessen er styringen og utviklingen av nasjonale e-helseløsninger. Det er etablert to produktstyrer, e-helsestandarder og Helsenorge.no, som skal prioritere større endringsbehov og foreslå nye prosjekter til nasjonal portefølje. Disse ble i 2020 supplert med områdeutvalg for samhandling. Forvaltningsstyring av flere e-helseløsninger er under utvikling. De tre prosessene skal understøttes av nasjonal arkitekturstyring, men denne funksjonen er fortsatt under etablering i Direktoratet for e-helse.

De tre prosessene skal understøttes av *nasjonal arkitekturstyring*, men denne funksjonen er fortsatt under etablering i Direktoratet for e-helse.⁶⁷⁵ Konkret skal direktoratet blant annet bidra med analyser og vurderinger av tiltakene i nasjonal e-helseportefølje, vurdere avhengigheter, identifisere overlappende tiltak og bidra til å identifisere nye behov.⁶⁷⁶ Arkitekturstyringen skal sikre at IT-utviklingen ses i et langsiktig perspektiv.

⁶⁶⁸ Direktoratet for e-helse (2018) *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør. Anbefaling om ny e-helseorganisering med tilhørende styrings- og finansieringsmodeller*. Versjon 1.00 – august 2018. Rapport IE-1031.

⁶⁶⁹ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶⁷⁰ Direktoratet for e-helse (2018) *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør. Anbefaling om ny e-helseorganisering med tilhørende styrings- og finansieringsmodeller*. Versjon 1.00 – august 2018. Rapport IE-1031.

⁶⁷¹ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶⁷² Direktoratet for e-helse (2018) *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør. Anbefaling om ny e-helseorganisering med tilhørende styrings- og finansieringsmodeller*. Versjon 1.00 – august 2018. Rapport IE-1031.

⁶⁷³ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁶⁷⁴ Direktoratet for e-helse (2019) *Statusrapport for nasjonal e-helseportefølje*. Oktober 2019.

⁶⁷⁵ Direktoratet for e-helse (2018) *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør. Anbefaling om ny e-helseorganisering med tilhørende styrings- og finansieringsmodeller*. Versjon 1.00 – august 2018. Rapport IE-1031.

⁶⁷⁶ Direktoratet for e-helse (2019) *Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*. Versjon 1.0 – februar 2019. Rapport IE-1046, side 18.

Direktoratet for e-helse har fulgt opp målene i *Én innbygger – én journal* gjennom nasjonal e-helsestrategi, handlingsplan og e-helseportefølje

Direktoratet har utarbeidet en nasjonal strategi for e-helse (2017–2022) og en handlingsplan for e-helse (2017–2022). Både strategien og handlingsplanen er laget med involvering av aktørene i helse- og omsorgssektoren i tråd med styringsmodellen vist ovenfor. Nasjonalt e-helsestyre har gitt sin tilslutning til strategien og handlingsplanen.⁶⁷⁷

Nasjonal e-helsestrategi «tar utgangspunkt i ambisjonen for e-helseutviklingen som ble formulert i Meld. St. 9 «Én innbygger – én journal», og beskriver seks strategiske satsingsområder for perioden.⁶⁷⁸ Den oppdaterte *Plan for e-helse (2019–2022)* beskriver 14 innsatsområder som understøtter de seks plansatsingsområdene i Nasjonal e-helsestrategi.⁶⁷⁹ Planen skal være et samlende og veiledende redskap for aktørene når de planlegger og gjennomfører egne og felles e-helsetiltak.⁶⁸⁰

Figur 13 Strategiske satsingsområder innen e-helse



Kilde: Nasjonal plan for e-helse 2019-2022

Dokumentgjennomgangen viser at flertallet av satsingsområdene er sentrale for å nå målene i *Én innbygger – én journal*. *Felles grunnmur for digitale tjenester og nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne* beskriver grunnleggende forutsetninger for de øvrige satsingsområdene i strategien.

Prioritering og oppfølging av konkrete e-helsetiltak skjer gjennom arbeidet med den nasjonale e-helseporteføljen. Porteføljestyringen skal sikre at de riktige tiltakene startes, og bidra til en helhetlig oppfølging og koordinering av tiltak på e-helseområdet. Dokumentgjennomgangen viser at etablering av nasjonal e-helseportefølje og porteføljestyring har lagt grunnlaget for å

- identifisere sentrale e-helsetiltak i sektoren
- sortere sektorens tiltak innen strategiske satsingsområder
- balansere nasjonal e-helseportefølje med tiltak og ressurser fordelt på de strategiske satsingsområdene
- prioritere tiltak i nasjonal e-helseportefølje

Direktoratet for e-helse har vært departementets viktigste utredningsressurs

Direktoratet for e-helse skal være helse- og omsorgssektorens og Helse- og omsorgsdepartementets sentrale rådgiver på e-helseområdet. Direktoratet har også ansvar for å informere departementet om vesentlige forhold av betydning for sektorens måloppnåelse. Videre skal direktoratet gi råd og veiledning i spørsmål om e-helse til departementet og aktører som planlegger e-helsetiltak.⁶⁸¹

Vår dokumentgjennomgang viser at Helse- og omsorgsdepartementet i perioden 2016–2020 har gitt direktoratet minst 21 oppdrag om å utrede og gi anbefalinger innen ulike tema for e-helse.^{682,683} Direktoratet for e-helse har gjennomført minst 32 utredninger og analyser av tema knyttet til e-helse i perioden 2016–2020. Disse belyser blant annet organisering, finansiering og juridiske virkemidler, arkitekturstyring, kodeverk og terminologi, og gir styringsinformasjon og beslutningsgrunnlag til utvikling av e-helseområdet.⁶⁸⁴

⁶⁷⁷ Direktoratet for e-helse (2018) *Utviklingstrekk 2018 - Beskrivelse av drivere og trender relevant for e-helse*. Versjon 1.0 – april 2018. Rapport IE-1026, side 6.

⁶⁷⁸ Direktoratet for e-helse (2017) *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022*. Versjon 1.0.

⁶⁷⁹ Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for e-helse 2019-2022. Vedlegg til Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022*.

⁶⁸⁰ Direktoratet for e-helse (2019) *Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren. Oppdatert 2019*.

⁶⁸¹ *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*. Fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet den 17. desember 2015.

⁶⁸² Helse- og omsorgsdepartementet (2016-2020) *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse*.

⁶⁸³ *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*. Fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet den 17. desember 2015, omtale av faste oppdrag.

⁶⁸⁴ *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*. Fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet den 17. desember 2015.

8.2.4 Departementet har hovedsakelig stilt overordnede krav til de regionale helseforetakene, men kravene har blitt mer konkrete de siste årene

En gjennomgang av foretaksmøteprotokoller og oppdragsbrev viser at Helse- og omsorgsdepartementet i perioden først og fremst har styrt de regionale helseforetakene gjennom overordnede krav i foretaksmøtene. Departementet sier i intervju at deres overordnede mål med eierstyringen på e-helsefeltet har vært å legge til rette for god ressursutnyttelse ved å gi overordnede føringer som angir en samlet retning for IT-området. Departementet begrunner dette med at det ønsket å gi de regionale helseforetakene rom for å samarbeide om hvordan de bør innrette digitaliseringsarbeidet.⁶⁸⁵ Departementet viser til at de regionale helseforetakene har ansvar for å gjøre selvstendige vurderinger på dette området, og at de skal ha dialog med blant annet Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenet SF i arbeidet.

I undersøkelsesperioden har departementet i økende grad benyttet foretaksmøtene til å stille krav om at IT-utviklingen skal være koordinert og helhetlig på tvers av regioner og forvaltningsnivåer.⁶⁸⁶ Kravene til de regionale helseforetakene for perioden 2013–2020 har handlet om økt nasjonal styring og koordinering av e-helse, samordning av de regionale helseforetakenes IT-utvikling, og utvikling av digitale innbyggertjenester.

Departementet har i perioden lagt til grunn at de regionale helseforetakene bidrar i arbeidet med og oppfølgingen av Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*. I tillegg har departementet stilt krav om at de regionale helseforetakene skal samarbeide med hverandre og utarbeide en felles plan for koordinert utvikling av pasientjournal. Departementet har også stilt krav til om at de i større grad skal bruke og videreutvikle den nasjonale tjenesteplattformen Helsenorge.no og kjernejournal.

Videre har departementet stilt et generelt krav om at helseregionene skal delta i arbeidet med nasjonale tiltak for å bidra til at sektoren utnytter sine samlede ressurser effektivt, og at regionene samordner sin deltakelse rettet mot nasjonale tiltak.⁶⁸⁷ Departementet har fulgt opp dette med konkrete krav om at regionene skal bidra til å videreutvikle nasjonale e-helseløsninger, slik som tjenesteportalen Helsenorge.no, og bidra til og finansiere nasjonale tiltak innenfor infrastruktur, arkitektur, kodeverk og terminologi, samt legemiddelområdet. I 2020 stilte departementet krav om at de regionale helseforetakene skulle ta hovedansvar for utprøving av ulike tiltak, slik som SNOMED CT, dokumentdeling i kjernejournal og pilotering av pasientens legemiddelliste.

Direktoratet for e-helse har ansvaret for å formidle signaler og resultater fra prosessene i nasjonal styringsmodell til Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet kan på bakgrunn av denne informasjonen og gjennom styring av de regionale helseforetakene sikre at tiltak i den nasjonale porteføljen blir gjenspeilet i de formelle styringsdokumentene. Direktoratet for e-helse vurderer at e-helseområdet i større grad bør integreres i eierstyringen, og mener at eierstyringen kan benyttes på en annen måte gjennom mer konkrete krav i foretaksprotokollene,⁶⁸⁸ for eksempel knyttet til finansiering eller gevinstuttak.⁶⁸⁹

Dokumentgjennomgangen (2013–2020) viser at departementet har stilt generelle og spesifikke krav til de regionale helseforetakene om planer og bidrag til tiltak i den nasjonale e-helseporteføljen. Videre dreier flere av de konkrete kravene seg om tiltak som de nasjonale utvalgene har prioritert høyt. De regionale helseforetakene gir i intervju uttrykk for at departementets styring av de regionale helseforetakene hittil ikke oppleves som for detaljert og operativt. Styringen har derfor ikke kommet i konflikt med samfunnsoppdragene til helseforetakene, og dette opplever de som positivt.

Direktoratets anbefalinger om sterkere eierstyring av de regionale helseforetakene har ikke blitt fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet forteller at dette er en balansegang, og at det finnes hensyn som taler både for og imot sterkere styring.⁶⁹⁰ Departementet påpeker at den etablerte ansvarsmodellen i spesialisthelsetjenesten ikke åpner opp for et operativt departementsansvar, og at det heller ikke er naturlig for departementet.

Departementet opplever at de beste løsningene finnes når sektoren i fellesskap snakker sammen og kommer frem til konsensus. Hovedtilnærmingen for nasjonal styring og økt gjennomføringsevne er derfor å

⁶⁸⁵ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶⁸⁶ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶⁸⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Protokoll fra foretaksmøte. Krav og rammer m.v. for 2017*.

⁶⁸⁸ Direktoratet for e-helse (2017) *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren*. November 2017. Rapport IE-1010, side 21.

⁶⁸⁹ Direktoratet for e-helse (2019) *Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*. Versjon 1.0 – februar 2019. Rapport IE-1046, side 12.

⁶⁹⁰ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

invitere aktørene inn i nasjonal styringsmodell for å bidra, fremfor å bruke strengere nasjonal styring som hovedvirkemiddel.

8.2.5 Samstyring mellom stat og kommune har i hovedsak foregått gjennom den eksisterende konsultasjonsordningen med KS, samt nasjonal styringsmodell

Realisering av helsepolitiske mål krever nasjonal styring basert på samstyring mellom staten og kommunene.⁶⁹¹ Kommunesektorens organisasjon (KS) legger til grunn at samstyring innebærer at kommunal sektor har vesentlig innflytelse på nasjonale avgjørelser som har konsekvenser for kommunene, noe som ofte er tilfellet med digitalisering. KS mener at samstyring må bygge på lik representativitet, likeverdige parter, tidlig involvering av nasjonale råd og utvalg, og reell innflytelse ved at avgjørelser tatt gjennom samtyring følges opp.⁶⁹²

Helse- og omsorgsdepartementet forteller i intervju at samarbeidet mellom statlig sektor og kommunene i hovedsak har foregått gjennom konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS, som er en formalisert arena for dialog om statlige rammer og måloppnåelse i kommunesektoren.⁶⁹³ Helse- og omsorgsdepartementet oppgir at de bruker konsultasjonsordningen med KS for å drøfte problemstillinger knyttet til e-helse. Direktoratet for e-helse vurderer at konsultasjonsordningen er nødvendig, men ikke en tilstrekkelig arena for å håndtere utfordringer ved digitalisering av e-helseområdet. Utvikling av dialogen mellom KS og staten omtales videre i *delkapittel 8.6.1*.

Departementet viser også til at den nasjonale styringsmodellen er en viktig arena. Samstyringen gjennom nasjonal styringsmodell skal gi aktører som KS og kommunesektoren mulighet til å påvirke prioritering, ressursrammer og kvalitetskrav. Helse- og omsorgsdepartementet mener at representasjon i styringsmodellen bidrar til å ivareta og samordne kommunenes interesser i nasjonal e-helseutvikling.

Direktoratet for e-helse har i utredninger pekt på behovet for å i større grad formalisere samstyring gjennom styringsmodellen ved blant annet å justere mandatene for nasjonale utvalg og bruke økonomiske og juridiske virkemidler.⁶⁹⁴ Videre mener direktoratet at KS bør få et mer formelt mandat / en mer formell posisjon på vegne av kommunene innen digitalisering. Direktoratet vurderer at det er et tydelig behov for at kommunene i større grad samarbeider om digitalisering, for eksempel innen velferdsteknologi.

Departementet viser videre til at KS gjennom vedtekter og Landstingsvedtak i februar 2020 ble gitt en særlig rolle i nasjonale digitaliseringsarbeid på vegne av kommunal sektor, herunder som sektorens representant overfor staten. I tillegg har departementet og KS utarbeidet en samarbeidsavtale om å innføre nasjonale e-helseløsninger i kommunene, som ble signert den 3. desember 2020. Formålet med avtalen er å løfte felles mål for kommunesektoren og staten for digitalisering av helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet bidrar med økonomisk støtte til KS for å drive nettverk for innføring i tjenestene.⁶⁹⁵

Nasjonal tjenesteleverandør ble etablert som en funksjon hos Norsk Helsenett SF i januar 2020. Direktoratet for e-helse mener at kommunene bør sikres sterkere innflytelse både på eierstyringen og selskapsstyringen av nasjonal tjenesteleverandør, og at dette kan gjøres gjennom en lovfesting av konsultasjon mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS ved eierstyringen, og at KS/kommunesektoren utnevnes til å sitte i tjenesteleverandørens styre for å øke innflytelsen på selskapet.

⁶⁹¹ Direktoratet for e-helse (2017) *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren*. November 2017. Rapport IE-1010.

⁶⁹² KS (2018) *Samstyring i digitaliseringsarbeidet – prinsipper, mekanismer og tiltak*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 06.12.2018.

⁶⁹³ Denne ordningen har som formål å komme til enighet om hva som kan oppnås innen kommunenes inntekstrammer.

⁶⁹⁴ Direktoratet for e-helse (2018) *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør. Anbefaling om ny e-helseorganisering med tilhørende styrings- og finansieringsmodeller*. Versjon 1.0 – august 2018. Rapport IE-1031, side 24-25.

⁶⁹⁵ Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2020) *Samarbeidsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunene*.

8.3 Uavklarte forhold rundt nasjonal styring og rollefordeling

Utvalgte revisjonskriterier⁶⁹⁶

- I stortingsmeldingen *En innbygger – én journal* ble det understreket at mange selvstendige aktører gjorde det nødvendig å klargjøre nasjonalt ansvar for IT-utviklingen, og at det var nødvendig med en tydelig rolle- og oppgavefordeling mellom aktørene.
- Helse- og omsorgskomiteen har ved flere anledninger uttrykt at det er behov for bedre organisering, koordinering og en sterkere nasjonal styring av IT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren for å styrke gjennomføringsevnen for nasjonale IT-tiltak.^{697,698,699}

Manglende gjennomføringsevne som følge av utfordringer med nasjonal styring av e-helseområdet har flere ganger blitt trukket frem i utredningene av *En innbygger – én journal*. I rapporten *IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren*, som var vedlagt 2015-utredningen, ble det gjennomført en analyse av de styringsmessige og organisatoriske utfordringene med å realisere felles løsninger på tvers av sektoren. Ifølge rapporten var en hovedutfordring med etablert styring at den «omfatter mange aktører med beslutningsansvar og at det ofte ikke er én aktør som har det samlede styrings-, finansierings- og gjennomføringsansvaret for tiltak som er overgripende for alle aktører i sektoren».⁷⁰⁰ Det ble derfor foreslått at gjennomføringsevnen skulle styrkes gjennom organisatoriske, økonomiske og juridiske virkemidler.

I etterkant har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Direktoratet for e-helse i oppgave å utrede hvordan e-helsearbeidet i sektoren burde organiseres for å øke gjennomføringsevnen, og hvordan direktoratets myndighetsrolle kan tydeliggjøres og styrkes.

8.3.1 Direktoratet for e-helse og departementet har foreslått sterkere styring, men innretningen og nivået på den nasjonale styringen av e-helseområdet er fremdeles uavklart

Vi har gått gjennom direktoratets forslag til hvordan virkemidler bør endres, departementets vurdering og tilpasning av forslagene, samt sektorens tilbakemelding på forslagene. Gjennomgangen viser at det har blitt gjort forsøk på å styrke styringen av sektoren, men at det fremdeles gjenstår en rekke uavklarte forhold som vedrører nasjonale myndigheters styring av sektoren.

Direktoratet for e-helse har de siste årene utredet og anbefalt departementet å ta konkrete grep for å styrke nasjonale myndigheters styringsmuligheter over aktørene i sektoren (se faktaboks).

Forslag fra Direktoratet for e-helse om styrket nasjonal styring

Direktoratets rolle og mandat. Direktoratet for e-helse har vurdert at de selv må få en mer rendyrket myndighetsrolle, og foreslått å overføre ansvaret for drift og forvaltning til Norsk Helsenett SF. Direktoratet har også bedt om et tydeligere mandat ved at⁷⁰¹

- premissgiverrollen styrkes gjennom at direktoratet gjøres mer synlig i relevant lovgivning
- direktoratet får lovhjemmel til å gi nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer
- direktoratets hovedinstruks utdypes og konkretiserer direktoratets ansvar for å koordinere IT-utviklingen i sektoren

Nye finansieringsmodeller. Direktoratet har utredet og anbefalt nye finansieringsmodeller forvaltning, drift og utvikling av nasjonale e-helseløsninger (omtales i *delkapittel 8.4.3*), som blant annet medfører pålagt samfinansiering fra aktørene i helsesektoren.

Mer bruk av juridiske virkemidler og pålegg for å sikre etterlevelse. Direktoratet vurderer at det tas i bruk for få juridiske virkemidler for å styre sektoren og pålegge bruk av nasjonale e-helseløsninger. Direktoratet mener dette gir lav gjennomføringsevne og effektivitet.⁷⁰³

Direktoratet har derfor utredet og anbefalt at juridiske virkemidler, tilsyn, sanksjoner og pålegg i større grad tas i bruk. Ifølge direktoratet er det behov for å bruke sterkere virkemidler til å få på plass «felles grunnmur», for eksempel gjennom lovhjemmel til

⁶⁹⁶ Se kapittel 4 «Revisjonskriterier» for mer utdypende informasjon.

⁶⁹⁷ Innst. 224 S (2012-2013), jf. Meld. St. 9 (2012-2013) *En innbygger – én journal*, side 7.

⁶⁹⁸ Innst. 206 S (2015-2016), jf. Meld. St. 11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, side 22.

⁶⁹⁹ Innst. 11 S (2014-2015), jf. Prop. 1 S (2014 – 2015) Helse- og omsorgsdepartementet, side 34.

⁷⁰⁰ Helsedirektoratet (2014) *Utredning av «En innbygger – én journal»*. Vedlegg 1.4 *IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren*, side 137.

⁷⁰¹ Direktoratet for e-helse (2019) *Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*. Versjon 1.0 – februar 2019. Rapport IE-1046.

⁷⁰³ Direktoratet for e-helse (2017) *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren*. November 2017, rapport IE-1010. Punkt 2.3.

Direktoratet har pekt på at en alternativ tilnærming til å synliggjøre dem i relevant lovgivning kan være å vedta en egen lov for Direktoratet for e-helse.

Videreutvikling og formalisering av nasjonal styringsmodell. Direktoratet vurderer det som en utfordring at nasjonal styringsmodell er konsensusbasert, og at aktørene ikke forpliktes til å stå ved beslutningene som blir tatt. Direktoratet har derfor anbefalt å formalisere modellen og stille krav til at aktører etterlever beslutninger som er forankret gjennom styringsmodellen.⁷⁰²

å pålegge virksomheter i helsesektoren å ta i bruk standarder, nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter som grunndata og HelselD.⁷⁰⁴ Ifølge Direktoratet for e-helse vurderer de som regel et bredere spekter av virkemidler, utover de juridiske, når de gir departementet råd om tiltak for å løse behov eller problemer.

Direktoratet har anbefalt å endre *forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten* slik at direktoratet kan gi sanksjoner ved manglende etterlevelse, og stille krav om bruk av kodeverk, terminologi, grunndata, felleskomponenter og godkjenning av programvare for meldingsutveksling.⁷⁰⁵

I tillegg anbefaler direktoratet mer omfattende juridiske fullmakter til å håndheve nasjonal arkitekturstyring, ved å få myndighet til å kreve og initiere arkitekturgjennomgang av alle prosjekter i sektoren som har nasjonal betydning, og å fatte arkitekturbeslutninger ved uenighet.^{706,707}

Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp mange av disse anbefalingene i et forslag til ny e-helselov, som ble fremmet for Stortinget i 2020.⁷⁰⁸ Ifølge departementet var formålet med lovforslaget å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren og å tilrettelegge for bedre nasjonal samordning og samhandling.⁷⁰⁹ Lovforslaget inneholdt tre hovedelementer:

- **Nasjonal styringsmodell og portefølje.** Den nasjonale e-helseporteføljen og styringsmodellen lovfestes. Aktørene blir pålagt å melde inn prosjekter som har nasjonal betydning i porteføljen.
- **Direktoratets rolle.** Direktoratet for e-helses mandat og hovedoppgaver i sektoren lovfestes.
- **Plikt til å ta i bruk og betale for nasjonale e-helseløsninger.** Hjemmelsgrunnlag for å pålegge virksomheter i sektoren til å gjøre tilgjengelig, ta i bruk og betale for bruk av e-resept, kjernejournal, helsenettet og Helsenorge.no (finansieringsmodeller omtales nærmere i *kapittel 8.4.3*).

I høringsrunden ble lovforslaget møtt med tydelig motstand fra aktører i sektoren, men fikk samtidig støtte fra flere pasient- og brukerorganisasjoner og helseforvaltningen. Lovforslaget ble lagt frem for Stortinget, og⁷¹⁰ senere trukket tilbake av departementet fordi det ikke lenger hadde flertall i Stortinget.⁷¹¹ En gjennomgang av hørings svarene viser at noen innvendinger mot loven gikk igjen:

- **Juridiske virkemidler er uegnet til å oppnå bedre gjennomføringsevne og samhandling.** Flere høringsinstanser, blant annet kommunene og de regionale helseforetakene, stilte spørsmål ved om lovpålegg var riktig virkemiddel for å oppnå bedre gjennomføringsevne og samhandling, og mente at dette burde være mulig innenfor dagens rammer og virkemidler. Flere aktører etterlyste større grad av tillit og muligheten for å bruke mer positive virkemidler for å nå målene for sektoren, fremfor tvang.
- **Uppreis lovtekst, med uklare konsekvenser og formål.** Flere høringsinstanser reagerte på uklare formuleringer i lovteksten, og mente at dette gjorde konsekvensene av loven uforutsigbare. De oppfattet at Direktoratet for e-helse fikk et stort handlingsrom til å håndheve loven. Det var uklart hva det ville medføre dersom et prosjekt ble meldt inn i den nasjonale porteføljen, og hva det i praksis betydde å lovfeste en konsensusbasert styringsmodell. Det fremsto også for flere aktører som uklart hvordan innholdet i lovforslaget skulle oppnå bedre samhandling og samordning.
- **Aktørenes autonomi og eksisterende styringslinjer utfordres.** Regionale helseforetak påpekte at loven kunne utfordre de eksisterende styringslinjene i spesialisthelsetjenesten, og at det var prinsipielt uheldig om andre enn styret skulle ta beslutninger med prioriteringsmessige og økonomiske konsekvenser. Det ble også vist til at kommunene og de regionale helseforetakene hadde ulike styringslinjer, og at dette var en styringsmessig ubalanse som ikke ble utjevnet av lovforslaget.

⁷⁰² Direktoratet for e-helse (2018) *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 16.04.2018, side 25-26.

⁷⁰⁴ Direktoratet for e-helse (2018) *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 16.04.2018, side 19-22.

⁷⁰⁵ Direktoratet for e-helse (2019) *Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*. Versjon 1.0 – februar 2019. Rapport IE-1046, side 10.

⁷⁰⁶ Direktoratet for e-helse (2019) *Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*. Versjon 1.0 – februar 2019. Rapport IE-1046, side 25.

⁷⁰⁷ Direktoratet for e-helse (2018) *Nasjonal arkitekturstyring i helse- og omsorgssektoren*. Desember 2018, rapport IE-1039.

⁷⁰⁸ Prop. 65 L (2019-2020) *Lov om e-helse (e-helseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

⁷⁰⁹ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁷¹⁰ Prop. 65 L (2019-2020) *Lov om e-helse (e-helseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

⁷¹¹ Jf. Meld. St. 6 (2020-2021) *Tilbaketrekning av Prop. 65 L (2019-2020) Lov om e-helse (e-helseloven)* og tilhørende Innst. 59 S (2020-2021)

Regionale helseforetak, KS og kommunene viste til at den foreslåtte betalingsplikten uten kompensasjon i praksis medførte en tvunget omprioritering av midler til e-helse fra andre oppgaver.

- **Lovforslaget medfører ikke reell medinnflytelse på løsninger og e-helsetjenester.** KS viste til lovforslaget ikke ga kommunesektoren tilstrekkelig innflytelse verken på utvikling av e-helsetjenester tilpasset kommunens behov, prioriteringer eller utvikling av strategier som direkte berører kommunesektoren. Ifølge KS førte dette til en risiko for at kommunesektoren må betale for kostnader som ikke gir nytte. Mange av de regionale helseforetakene viste til at prosjekter og tjenester burde utvikles ute hos brukerne og at lovforslaget ville kunne hemme dette.

Både intervjuer og andre skriftlige kilder utdyper disse innvendingene og viser at motstanden bunnar i en prinsipiell uenighet om hvordan rolle- og ansvarsfordelingen mellom nasjonalt og lokalt/regionalt nivå bør være. De fleste aktørene i sektoren er enige om at nasjonalt nivå spiller en viktig rolle, og støtter det overordnede målet om at det trengs bedre samhandling og samordning blant aktørene innenfor e-helseområdet. For eksempel støtter både bransjeforeningen Abelia, de regionale helseforetakene og KS at Direktoratet for e-helse stiller krav til hvilke standarder og kodeverk som må være på plass, og tar ansvar for å utvikle og tilpasse standarder, felleskomponenter og fellesløsninger.^{712,713,714}

Slike presiseringer tyder på at aktørene i sektoren opplever at eventuelle styringstiltak som gjøres utover dette, er for inngripende. Dette innebærer at aktørene i sektoren ønsker at nasjonale myndigheter konsentrerer seg om å ivareta viktige fellesfunksjoner og samhandlingsløsninger, og primært være støttende og «tilretteleggende» – snarere enn å bruke harde juridiske virkemidler, pålegg og sanksjoner til å drive e-helseutviklingen fremover.

Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse mener kritikken mot lovforslaget i sektoren til dels skyldes at lovutkastet utfordrer etablerte strukturer og autonomien til aktørene ved at den tydeliggjør myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse og hjemler for pålegg.⁷¹⁵ Departementet og direktoratet mener at OECD-rapporten *Health in the 21st century* viser at helsesektorens organisering i seg selv er en barriere for å få til omstilling, og at det er lite villighet i sektoren til å endre etablerte beslutningsstrukturer som allerede eksisterer fra en predigital tid. Direktoratet opplever at de møter liten endringsvilje i sektoren, spesielt når det gjelder krav om sterkere samordning og nye finansieringsmodeller.⁷¹⁶ Departementet påpeker at selv om dagens sektororganisering har gode begrunnelser og lange tradisjoner, medfører denne utfordringer for nasjonal koordinering av digitaliseringsarbeidet.⁷¹⁷

8.3.2 Det mangler en tydelig rolleavklaring mellom Direktoratet for e-helse og leverandørmarkedet

I undersøkelsesperioden har det også vært uenigheter om rolledelingen mellom Direktoratet for e-helse og leverandørmarkedet. Mer spesifikt har leverandørmarkedet tidvis oppfattet at direktoratet utfører oppgaver som kunne og burde leveres av markedet. Direktoratet for e-helse opplyser at de siden etablering har lagt vekt på å benytte markedet slik det er gjenspeilet i føringene i tildelingsbrev.⁷¹⁸ Strategi for bruk av markedet er ifølge direktoratet vurdert og beskrevet i gjennomføring av de enkelte programmene, og har vært en del av produktstrategiene til de nasjonale e-helseløsningene som direktoratet hadde ansvar for fram til januar 2020. Direktoratet for e-helse skal innen 1. oktober levere forslag til prinsipper for bruk av markedet jf. Tildelingsbrev for 2021.

Direktoratet for e-helse viser til at de som myndighetsorgan har en nasjonal rolle som tilrettelegger og pådriver for næringsliv og innovasjon.⁷¹⁹ Dette er tema i blant annet Nasjonal e-helsestrategi og Plan for felles digital grunnmur, der det pekes på nødvendigheten av nasjonale tiltak for å bidra til næringsutvikling og innovasjon.⁷²⁰ Direktoratet uttaler at de legger vekt på et godt samarbeid med markedet og å legge til rette for innovasjon og næringsutvikling.

Bransjen opplever imidlertid ikke at det er tydelig avklart når direktoratet selv skal utføre utviklingsarbeid, og når slike oppgaver skal overlates til leverandørmarkedet. Leverandørene vi har vært i kontakt med, trekker

⁷¹² KS (2019) *Høring ny e-helselov med endring av forskrift - KS' høringsuttalelse*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 13.12.2019.

⁷¹³ Intervju med de regionale helseforetakene.

⁷¹⁴ Abelia (2020) *En innbygger, én journal - et bærekraftig veikart for Akson*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 06.09.2020.

⁷¹⁵ Intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse.

⁷¹⁶ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁷¹⁷ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁷¹⁸ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁷¹⁹ Direktoratet for e-helse (2021) *Vedr. forvaltningsrevisjon - svar på oppfølgingsspørsmål*. Epost til Riksreisjonen, 05.02.2021.

⁷²⁰ Direktoratet for e-helse (2021) *Vedr. forvaltningsrevisjon - svar på oppfølgingsspørsmål*. Epost til Riksreisjonen, 05.02.2021.

frem Helsenorge.no som et eksempel på at myndighetene utviklet løsninger som kunne vært levert av markedet.⁷²¹ Leverandørene oppfattet dette som et signal om at myndighetene selv ville utvikle en innbyggerportal, og at de derfor ikke var forberedt når direktoratet åtte år senere etterspurte en innbyggerportal i markedsdialogen for Akson.⁷²²

Direktoratet for e-helse gir, ifølge leverandørene, lite informasjon om framtidige behov. Tidsriktig informasjon fra myndighetene er nødvendig for leverandørenes egne strategier og produktplanlegging. Abelia viser til at direktoratet mangler en leverandørstrategi, og at direktoratet i liten grad har arbeidet for å utvikle leverandørmarkedet.⁷²³

Departementet sier i intervju at de ikke har utarbeidet en strategi for hvordan leverandørmarkedet skal brukes, men at de har gitt føringer om bruk av leverandørmarkedet.⁷²⁴ Departementet har for eksempel over flere år bedt direktoratet om⁷²⁵

- at bruk av markedet skal følge en leverandørstrategi
- at markedet i størst mulig grad brukes til å utvikle nye tjenester og løsninger
- at offentlige anskaffelser skal brukes mer strategisk for å fremme innovasjon og å bruke «innovative offentlige anskaffelser der dette er relevant».

Direktoratet for e-helse har ikke utarbeidet en overordnet leverandørstrategi.⁷²⁶ Dette er imidlertid noe som vurderes og eventuelt utarbeides i det enkelt prosjekter eller program. Hensikten med en slik strategi vil være å gi førende prinsipper for bruk av det eksterne leverandørmarkedet, ulike kontraktsformer og anskaffelsesformer (som for eksempel innovative anskaffelser).⁷²⁷

Direktoratets evaluering av EPJ-løftet i 2018 konkluderer med at det er behov for å tilrettelegge for prosedyrer og kontraktstyper som stimulerer leveranseevnen.⁷²⁸ Til høsten 2021 skal direktoratet på oppdrag fra departementet levere en anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling.⁷²⁹ Hensikten er å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet. I den sammenheng skal direktoratet fremme et forslag til prinsipper for bruk av markedet.

Konsekvensen av at bruken av leverandørmarkedet har uklare strategier og mangler avklaringer, er at rammebetingelsene blir lite forutsigbare for leverandørene. Dette påvirker investeringsviljen i markedet, svekker innenlandsk konkurranseevne og fører til forsinkelser i innovasjon og realisering av bærekraftige løsninger.^{730,731}

Norske myndigheter sendte i 2019 brev til European Surveillance Authority (ESA) for å avklare at opprettelsen av en nasjonal tjenesteleverandør (gjennom Norsk Helsenett SF) ikke ville utgjøre ulovlig statsstøtte.⁷³² Norske myndigheter argumenterte blant annet med at markedet ikke hadde vært i stand til å levere løsninger som tilsvarte enkelte av de nasjonale e-helseløsningene. Myndighetene fikk medhold i dette av ESA. Abelia og WTW AS gikk deretter til sak mot ESA for å ikke undersøke påstanden nærmere i deres avklaringsprosess. De fikk ikke medhold i EFTA-domstolen for sitt syn.⁷³³

8.4 Det gjenstår uavklarte forhold om finansiering av tiltak som er viktige for *Én innbygger – én journal*

Det har vært utfordringer knyttet til finansiering både av de eksisterende nasjonale e-helseløsningene, og til utvikling av nye løsninger. Dette delkapittelet utdyper utfordringene og redegjør for de foreslåtte endringene fra Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet for å løse dem.

⁷²¹ Intervju med leverandørene.

⁷²² Direktoratet for e-helse (2019) *Market Dialogue. Planning project for a national electronic health record for primary care services and a national health sector information exchange*. 16.05.2019, side 5.

⁷²³ Intervju med Abelia.

⁷²⁴ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁷²⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2019) *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2017, 2018 og 2019*.

⁷²⁶ Direktoratet for e-helse (2021) *Vedr. forvaltningsrevisjon - svar på oppfølgingsspørsmål*. Epost til Riksrevisjonen, 05.02.2021.

⁷²⁷ Direktoratet for e-helse (2017) *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren*. November 2017, rapport IE-1010, side 31.

⁷²⁸ Direktoratet for e-helse (2018) *Evaluering av EPJ-løftet. Versjon 1.01* - Juni 2018, side 5.

⁷²⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2021*. Brev til Direktoratet for e-helse, 18.12.2020.

⁷³⁰ Abelia (2018) *e-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.

⁷³¹ Intervju med leverandører.

⁷³² ESA (2019) *eHealth*, brev til Nærings- og fiskeridepartementet 10. juli 2019 om avgjørelse No 057/19/COL.

⁷³³ EFTA-domstolen (2020) *Judgement of the court in case E-9/19*, 17. November 2020.

Det er to typer kostnader, som i dag finansieres på ulike måter:

- **Forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene** (e-resept, Helsenorge, kjernejournal, grunndata, HelsED) finansieres delvis over statsbudsjettet gjennom bevilgningene til Norsk Helsenett SF, delvis gjennom medlemsavgiften til helsenettet og delvis gjennom frivillige bidrag fra aktørene i sektoren.
- **Utvikling av nye løsninger** finansieres gjennom en kombinasjon av statsbudsjettbevilgninger og frivillig samfinansiering fra aktørene i sektoren. Det er som regel Direktoratet for e-helse som mottar bevilgninger og gjennomfører de nasjonale utviklingstiltakene ved å gi oppdrag til Norsk helsenett SF.⁷³⁴

8.4.1 Det har vært utfordrende å sikre finansiering av viktige fellestiltak

Bruken av de etablerte nasjonale e-helseløsningene har økt og gitt betydelig vekst i kostnader til forvaltning og drift, noe som ifølge Helse- og omsorgsdepartementet har gått ut over videreutvikling og vedlikehold av disse løsningene. Det vil ifølge departementet være behov for større investeringer dersom disse skal videreutvikles og utbres i enda større grad.⁷³⁵

Mens forvaltning og drift av de etablerte nasjonale e-helseløsningene i hovedsak har blitt finansiert over statsbudsjettet (med øremerkede midler),⁷³⁶ har utvikling av nye løsninger hatt større innslag av frivillig samfinansiering fra aktørene i sektoren. Det har vært utfordrende å sikre finansiering av utviklingstiltak som er viktige for å oppnå bedre samhandling, og som har stor betydning for å nå målene i *En innbygger – én journal*. Dette gjelder særlig to tiltak:

- **Pasientens legemiddelliste.** Sektoren har vært enig om at digitalisering av legemiddelområdet, og særlig arbeidet med Pasientens legemiddelliste, burde hatt førsteprioritet. Likevel har prosjektet, som gjennomføres av Direktoratet for e-helse, manglet finansiering. Utvalgene i den nasjonale styringsmodellen har diskutert dette en rekke ganger, og de har ønsket at det bevilges øremerkede midler til prosjektet over statsbudsjettet, og/eller at Direktoratet for e-helse prioriterer mer av sine frie midler til arbeidet. Direktoratet har på sin side ønsket mer samfinansiering fra aktørene i sektoren.^{737,738}
- **Felles grunnmur.** I *delkapittel 7.3.2* fremgår det at aktørene i sektoren er enige om at felles grunnmur har stor betydning, og at mange prosjekter er avhengige av at denne kommer på plass for å komme videre og oppnå resultater. Samtidig har finansieringen av grunnmuren i stor grad uteblitt. Enkelte tiltak i grunnmuren har blitt finansiert med øremerkede midler over statsbudsjettet,⁷³⁹ men i hovedsak har man vært avhengig av at aktørene i sektoren går sammen om finansiering for å få fremdrift. Manglende finansiering av grunnmuren har vært et tilbakevendende tema i utvalgene i styringsmodellen,^{740,741,742} og Direktoratet for e-helse gir i intervju uttrykk for at finansieringen er krevende.⁷⁴³

I mangel på gode finansieringsmodeller har de regionale helseforetakene fra og med 2019 tatt gjennomføringsansvar for noen av utviklingstiltakene de mener er viktigst. Som vist i *kapittel 7.3.2* samarbeider direktoratet med Helse Sør-Øst om et prosjekt for dokumentdeling i kjernejournal, med Helse Midt-Norge og Helseplattformen om kodeverk- og terminologiutvikling (del av felles grunnmur), og med Helse Vest om utprøving på legemiddelområdet/Pasientens legemiddelliste. Dette beskrives av aktører som en arbeidsdeling som kan være fornuftig, men som også kan gi en risiko for at kommunesektoren får mindre innflytelse ettersom de ikke bidrar med samfinansieringsmidler.

8.4.2 Det har vært uklart hvor stort ansvar sektoren skal ha for å finansiere nasjonale løsninger, og frivillig samfinansiering har ikke gitt ønskede resultater

En fellesnevner for de ovennevnte utviklingstiltakene er at det har vært uavklart hvor mye sektoren skal finansiere, og hvor mye som skal finansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet. Nasjonalt e-

⁷³⁴ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁷³⁵ Prop. 65 L (2019-2020) *Lov om e-helse (e-helseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet, side 8.

⁷³⁶ Prop. 65 L (2019-2020) *Lov om e-helse (e-helseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet, side 13.

⁷³⁷ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA)*, 7. november 2019, sak 45/19.

⁷³⁸ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 2. desember 2019, sak 44/19.

⁷³⁹ Enkelte utviklingstiltak har blitt finansiert over statsbudsjettet. Dette gjelder: satsning på helsesektorens del av Folkeregisteret jf. Prop. 1 S (2018-2019) Helse- og omsorgsdepartementet, side 19. Program kodeverk og terminologi – Felles språk i 2020 jf. Prop. 1 S (2019-2020) Helse- og omsorgsdepartementet, side 160. Grunnmurstiltak under bevilgningen på 189 millioner kroner til Akson samhandling steg 1 jf. Prop. 1 S (2020-2021) Helse- og omsorgsdepartementet, side 72.

⁷⁴⁰ Direktoratet for e-helse (2018-2020) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, sak 41/18, 43/19, 41/20.

⁷⁴¹ Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA)*, 5. september 2018, sak 30/18.

⁷⁴² Direktoratet for e-helse (2017-2019) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, sak 26/17, 16/18, 5/19 og 31/19.

⁷⁴³ Intervju med Direktoratet for e-helse.

helsestyre uttalte ved behandling av den nasjonale e-helsestrategien for 2017–2022 at det var utydelig for aktørene hvordan nye nasjonale e-helsetiltak som skisseres, skal finansieres, og i hvilken grad sektoren skal bære kostnadene.⁷⁴⁴ En annen fellesnevner er at den frivillige samfinansieringen fra sektoren, som tiltakene i stor grad har vært avhengig av, ikke har vært store nok til å dekke ambisjonsnivået.

Samfinansieringen har blitt koordinert/administrert av Direktoratet for e-helse, som årlig har bedt aktørene om midler til konkrete prosjekter.⁷⁴⁵ Over de siste årene har felles nasjonale løsninger i større grad blitt samfinansiert, men andelen som finansieres gjennom frivillige bidrag, har fortsatt vært beskjeden.⁷⁴⁶ Dokumentgjennomgangen viser at for prosjektene i nasjonal e-helseportefølje i perioden 2017–2019, bidro de regionale helseforetakene årlig med 50–70 millioner kroner i frivillig samfinansiering fordelt på 5–10 ulike prosjekter/programmer. Nasjonal e-helseportefølje har vært på mellom 1–1,7 milliarder kroner og rundt 50 prosjekter/programmer. Nivået på samfinansiering har vært stabilt i hele perioden. Det er i stor grad de regionale helseforetakene som har bidratt i samfinansieringen, noe også Helse- og omsorgsdepartementet også viser til.⁷⁴⁷

Det kan være flere årsaker til at det er vanskelig å få til samfinansiering av nasjonale e-helsetiltak. Når det gjelder felles grunnmur framgår det for eksempel av intervjuer og gjennomgang av referater fra de nasjonale utvalgene at en sentral årsak er at aktører ikke ser nytten for egen del på kort sikt:

- Flere aktører peker på at det fort blir et misforhold mellom hvem som betaler kostnaden, og hvem som får gevinstene. Medlemmer i NUFA har trukket frem at det er til dels utfordrende å vurdere hver nyttevirkning samlet for hver aktør, og at utfallet kan være at enkelte virksomheter får større investeringskostnader mens kostnadene blir mindre for andre.⁷⁴⁸
- Det har også blitt påpekt at grunnmuren ikke nødvendigvis gir nytte isolert sett, men først og fremst vil gi nytteverdi når «lett IT» og applikasjoner bygges på toppen av den.⁷⁴⁹ Både Helse Midt-Norge og Helse Vest RHF bekrefter dette og forteller at få aktører er interessert i å gi finansiering, fordi de ikke ser den kortsiktige og direkte nytten, selv om det er enighet om at sektoren som helhet trenger det.⁷⁵⁰ I tillegg er det en utfordring at noen av komponentene medfører store kostnader til endringer av teknologien som bygges oppå grunnmuren, som noen aktører allerede delvis har fått på plass.

Dette er ikke ensbetydende med at aktørene oppfatter grunnmuren som unyttig. *Delkapittel 7.3.2* viser for eksempel at sektoren er samstemt i å uttrykke at grunnmuren er svært viktig.

Det har vært varierende hvor villige aktørene har vært til å sette av ressurser til felles nasjonale prosjekter. Utover midler fra Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett (og tilskudd til konkrete prosjekter fra for eksempel Norges Forskningsråd, Digdir m.fl.), er det i hovedsak spesialisthelsetjenesten som har bidratt med samfinansiering av nasjonale prosjekter.

Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge* legger også vekt på at kommunene og de selvstendige næringsdrivende i helsesektoren i større grad må bidra i finansiering, ettersom de har store gevinster av felles IT-løsninger. Representanter for kommunene har i de nasjonale utvalgene kommentert at bidrag fra dem krever at alle kommunestyre bidrar, noe de mener er urealistisk. Sektoren har – gjennom *Handlingsplan for e-helse 2017–2022* – vist at den er enig i at det er behov for nye finansieringsmodeller for e-helseområdet, som ivaretar at finansiering også kommer fra kommunale og private aktører.⁷⁵¹

Selv om kommunene i liten grad har vært med på å samfinansiere nasjonale utviklingstiltak, vil de samme løsningene måtte innføres i kommunene dersom man skal oppnå ønskede gevinster. Kommunene har i liten grad innført HelseID og kjernejournal, som igjen er forutsetninger for å ta i bruk Pasientens legemiddelliste.

Innføring av disse løsningene vil utgjøre en betydelig kostnad. Representanter for kommunene som er intervjuet i denne undersøkelsen, er bekymret for innføringskostnader knyttet til både nasjonale e-helseløsninger og grunnmurstiltak.⁷⁵² Kommunene har overfor Kommunal- og moderniseringsdepartementet

⁷⁴⁴ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 6. desember 2018, sak 51/18.

⁷⁴⁵ Direktoratet for e-helse (2017) *Budsjett 2018 – behov for samfinansiering av forvaltning av helsenorge.no og utvalgte program/prosjekt i nasjonal e-helseportefølje*. Brev til AD-møtet for RHFene, 22. mai 2017.

⁷⁴⁶ Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for e-helse 2019–2022 (oppdatert versjon 2019)*, side 29.

⁷⁴⁷ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

⁷⁴⁸ Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA)*, 7. november 2018, sak 39/18.

⁷⁴⁹ Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, 21. november 2018, sak 25/18.

⁷⁵⁰ Intervju med Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.

⁷⁵¹ Direktoratet for e-helse (2017) *Handlingsplan for e-helse 2017–2022*, side 18.

⁷⁵² Gruppeintervju med NUFA-representanter.

og Helse- og omsorgsdepartementet påpekt at innføringskostnadene ofte undervurderes i IT-prosjekter, og at det er avgjørende at slike kostnader for kommunal sektor beregnes og inngår i et samlet beslutningsgrunnlag for etablering av nye e-helseløsninger.⁷⁵³

8.4.3 Nye modeller for finansiering er utredet og delvis innført, men det er flere uavklarte spørsmål

Det er enighet mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Direktoratet for e-helse og sektoren om at fungerende finansieringsmodeller er nødvendig for å understøtte den nasjonale styringsmodellen, og at dagens finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak og fellesløsninger ikke fungerer.^{754,755,756} Det framgår også av sektorens *Handlingsplan for e-helse 2017–2022* at det har vært ansett som nødvendig å endre dagens finansieringsmodeller. Det har imidlertid ikke vært enighet om hvordan dette best kan løses.

Departementet har bedt direktoratet utarbeide forslag til modell for finansiering av kostnader ved utvikling av felles løsninger.⁷⁵⁷ I rapporten *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak* skisserte Direktoratet for e-helse finansieringsprinsipper og -modeller basert på oppgavetype og finansieringsform.⁷⁵⁸ Anbefalingen omfattet en løsning for både finansiering av forvaltning og driftsoppgaver og for utviklingsoppgaver:

- **Myndighetsoppgaver** bør som hovedregel løses av Direktoratet for e-helse og egenfinansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet fra Helse- og omsorgsdepartementet (årlig budsjettfinansiering inkludert eventuelt satsingsforslag).
- **Leveranseoppgaver** for de nasjonale e-helseløsningene bør som hovedregel samfinansieres/brukerfinansieres av sektoren, og dette burde gjøres *obligatorisk*:
 - *Leveranseoppgaver som er del av felles grunnmur*, bør som hovedregel finansieres gjennom obligatorisk samfinansiering fra alle virksomhetene i sektoren, det vil si alle *potensielle brukere*. Det bør etableres én felles betalingsmodell for dette.

Leveranseoppgaver som ikke er del av felles grunnmur, bør som hovedregel finansieres gjennom en modell med obligatorisk samfinansiering for *faktisk bruk*, basert på tjenestekjøp med tilhørende prising. «Leveranseoppgaver» omfatter her både *utvikling* av nye nasjonale e-helseløsninger og ny funksjonalitet i eksisterende løsninger, og *forvaltning*, *drift* og *vedlikehold* av løsningene. Når det gjelder utvikling, skilles det mellom finansiering av:

- **store utviklingsprosjekter** der en nasjonal tjenesteleverandør (Norsk Helsenett⁷⁵⁹) gis tilstrekkelig likviditet til å gjennomføre prosjektet (enten gjennom tilskutt egenkapital eller låneordning), som deretter finansieres av sektoren gjennom årlige avdrag i løsningens levetid
- **mindre utviklingsprosjekter** der utviklingskostnadene finansieres forskuddsvis gjennom årlige investeringsbidrag fra sektoren (sektoren skal prioritere midlene gjennom nasjonal styringsmodell)

Helse- og omsorgsdepartementet fulgte opp flere av anbefalingene til prinsipper og modeller i forslaget til ny e-helselov. I høringsnotatet om den nye e-helseloven legges det vekt på at ny finansieringsmodell vil bidra til at eksisterende nasjonale e-helseløsninger innføres til nye grupper, og til at ny funksjonalitet utvikles i de etablerte nasjonale e-helseløsningene.⁷⁶⁰ Forslagene i loven ble dermed avgrenset til finansiering av utvalgte eksisterende nasjonale løsninger:

- Det etableres en ny samfinansieringsmodell der regionale helseforetak og kommuner blir pålagt å betale for *forvaltning* og *drift* av de nasjonale løsningene e-resept, kjernejournal og Helsenorge.no. Dette har tidligere blitt finansiert over en egen bevilgning på statsbudsjettet.

⁷⁵³ KS (2018) *Samstyring i digitaliseringsarbeidet – prinsipper, mekanismer og tiltak*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 06.12.2018.

⁷⁵⁴ Direktoratet for e-helse (2017) *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*. November 2017, rapport IE-1011.

⁷⁵⁵ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF

⁷⁵⁶ Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 16. desember 2020, sak 37/20.

⁷⁵⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2016-2017) *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse 2016 og 2017*. Brev til Direktoratet for e-helse.

⁷⁵⁸ Direktoratet for e-helse (2017) *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*. November 2017, rapport IE-1011.

⁷⁵⁹ På dette tidspunktet var det ikke bestemt at Norsk Helsenett skulle få rollen som «nasjonal tjenesteleverandør».

⁷⁶⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Forslag til lov om e-helse (e-helseloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering*, side 46.

- Medlemsavgiften til Helsenettet gjeninnføres for kommunene, og kostnader til *forvaltning og drift* av felleskomponentene grunndata og HelselD legges til i medlemsavgiften. Videre ble det foreslått en endring av modellen for fordeling mellom kommunene.⁷⁶¹
- Departementet fastsetter samlet betalingspliktig beløp, og kostnadsfordelingen mellom de enkelte virksomhetene. Norsk Helsenett SF bes legge fram tallgrunnlaget for fastsettelse av betalingen, og at et teknisk beregningsutvalg bør vurdere grunnlaget.

Selv om lovforslaget ble trukket tilbake, er disse endringene til dels innført gjennom budsjettproposisjonen for budsjettåret 2020 (Prop. 1 S 2019–2020):

- Her ble det foreslått å bevilge til sammen 100 millioner kroner for å dekke veksten i kostnader til forvaltning og drift av kjernejournal, e-resept, helsenorge.no, grunndata og HelselD.
- Veksten skal i sin helhet dekkes innenfor vekstrammen til de regionale helseforetakene (56 millioner kroner) og kommunene (44 millioner kroner).
- I tillegg ble det foreslått å bevilge 38 millioner kroner for å øke kommunenes bidrag til forvaltning og drift av helsenet.

I proposisjonen heter det at «kommuner og regionale helseforetak framover vil bli belastet for veksten i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale helseløsningene». Departementet har også etablert et teknisk beregningsutvalg der kommunesektoren og regionale helseforetak deltar, som skal sikre legitimitet til tallgrunnlaget og innsyn i beregning av kostnadene.

Ifølge departementet kreves det imidlertid en lov hjemmel for å kunne fakturere aktørene for kostnadene. Dette gjør at departementet foreløpig må basere seg på å gjøre årlige endringer gjennom budsjettproposisjon. Departementet arbeider nå med endringer i det opprinnelige lovforslaget.⁷⁶²

Det er flere ubesvarte spørsmål, og sektoren mener det er viktig å gjøre avklaringer om finansieringsmodellene

Lovforslaget, og endringene departementet har gjort for å legge grunnlaget for dette, omfatter ikke *kostnader til utviklingsprosjekter*. Dette var en sentral del av Direktoratet for e-helses forslag. I intervju oppgir departementet at de foreløpig ikke har tatt stilling til en finansieringsmodell for utviklingskostnader.⁷⁶³ Det betyr at utviklingsprosjekter – som tiltakene nevnt i *delkapittel 8.4.1* – fortsatt i stor grad vil være avhengig av frivillig samfinansiering.

Dokumentgjennomgang viser også at de regionale helseforetakene og kommunene/KS har flere kritiske innvendinger til foreslått finansieringsmodell i lovforslaget og mener at sentrale forhold må avklares. De viktigste innvendingene kan sammenfattes slik:

- De regionale helseforetakene (RHF) mente at større finansieringsansvar, gjennom at sektoren pålegges betaling for forvaltning og drift av utvalgte nasjonale løsninger, må innebære at sektoren også får større mulighet for å påvirke og et tydeligere ansvar for å styre løsningene enn det legges opp til i loven – både overfor tjenesteleverandør Norsk Helsenett og i prioriteringen av nasjonal e-helseportefølje (se neste delkapittel).⁷⁶⁴
- De regionale helseforetakene mente videre at det legges opp til et finansieringsbehov gjennom regional samfinansiering som regionale langtidsplaner ikke har tatt høyde for, og at disse midlene ikke kan frigjøres uten betydelige negative konsekvenser for pågående regionale tiltak og kjernevirksomheten.
- KS uttalte at pålegg om å ta i bruk, implementere og betale for nasjonale e-helseløsninger er en ny oppgave for kommuner (og ikke del av deres «sørge for»-ansvar), som burde kompenseres i tråd med statlig veileder for styring av kommuner. De mener derfor det er urimelig at de skal dekke kostnadsveksten fra 2021.⁷⁶⁵

⁷⁶¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Forslag til lov om e-helse (e-helseloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering*, side 53.

⁷⁶² Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁷⁶³ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁷⁶⁴ Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF (2018) *Tilbakemelding på forslag til finansieringsmodell for nasjonale ehelseløsninger og Direktoratet for e-helses forslag til samfinansiering*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.05.2018.

⁷⁶⁵ KS (2019) *Høring ny e-helselov med endring av forskrift - KS' høringsuttalelse*, 13.12.2019, side 5 og 8.

- KS viste til at lovforslaget ikke ga kommunesektoren tilstrekkelig innflytelse verken på utvikling av e-helsetjenester, prioriteringer eller utvikling av strategier som direkte berører kommunesektoren. Ifølge KS ga dette en risiko for at kommunene pålegges kostnader for tjenester som ikke vil gi dem nytte.

Det framgår også av referat fra Nasjonalt e-helsestyre i desember 2020 at e-helsestyret – det øverste organet i nasjonal styringsmodell, som samler toppledelsen i helse- og omsorgssektoren – mener at finansieringsmodeller for e-helseområdet ikke er avklart. Derfor ga ikke Nasjonalt e-helsestyre sin tilslutning til nasjonal e-helseportefølje for 2021, men tok i stedet denne til orientering.⁷⁶⁶

8.5 Prioritering gjennom nasjonal styringsmodell

Nasjonal styringsmodell for e-helse skal «bidra til at e-helseløsningene som etableres samsvarer godt med behovene i sektoren, og bidra til raskere gjennomføring av e-helseutviklingen».⁷⁶⁷ Modellen skal identifisere felles avhengigheter, fange opp hva sektoren mener burde prioriteres, og sikre at det viktigste blir prioritert først. Samtidig har modellen kun en rådgivende funksjon, og det fattes ikke forpliktende beslutninger.

Direktoratet for e-helse vurderte i en rapport i 2018 at den nasjonale styringsmodellen har hatt positive effekter for utviklingen av e-helse ved å bidra til en bedre oversikt over e-helsetiltak i sektoren, og bedre dialog om e-helse blant aktørene i sektoren.⁷⁶⁸ Flere aktører vi har intervjuet, mener at deltakelse i utvalgene gir en orientering om tiltakene som pågår i sektoren.

Samtidig vurderte Direktoratet for e-helse i samme rapport at styringsmodellen gir for lav gjennomføringsevne med begrenset koordinert IT-utvikling og lav utnyttelse av stordriftsfordeler med tanke på sektorens ambisjoner og behov innenfor e-helse. Direktoratet påpekte behovet for fortsatt styrket samhandling og koordinering mellom statlige aktører, og mellom stat og kommunesektor.

Også sentrale aktører i styringsmodellen, som representanter for de fire regionale helseforetakene og KS, oppgir i intervju at modellen ikke har styrket gjennomføringsevnen og hatt liten effekt utover å være en arena for orientering og dialog.⁷⁶⁹ De er særlig kritiske til den manglende sammenhengen mellom de nasjonale e-helsetiltakene som utvalgene har prioritert høyest – tiltak som er forutsetninger for samhandling – og gjennomføring av disse tiltakene.

Representanter for de regionale helseforetakene og kommunene gir uttrykk for at det er krevende å få til en konsensusbasert styringsmodell med aktører med så forskjellige behov, erfaringer og styringslinjer.⁷⁷⁰

8.5.1 Sektoren opplever at de ikke har reell innflytelse på prioriteringer på det nasjonale nivået

De regionale helseforetakene og representanter fra kommunene peker i intervju på at det er lav grad av samsvar mellom prioriteringene som er foreslått i de nasjonale utvalgene, og prioriteringene som gjøres i praksis. Dette fremgår også av referater fra utvalgsmøter.

Som del av den nasjonale porteføljestyringsprosessen utarbeider prioriteringsutvalget (NUIT) hvert år en innstilling om prosjekter (områder og enkelttiltak) innenfor e-helse som sektoren er enig om at burde prioriteres. Denne behandles i Nasjonalt e-helsestyre og gis som råd til Direktoratet for e-helse. Utvalgene har i perioden 2017–2020 gitt uttrykk for at de prioriterer følgende områder og tiltak innenfor e-helse høyest:

- digitalisering av legemiddelområdet (legemiddelliste og sentral forskrivningsmodul)⁷⁷¹
- felles grunnmur for digitale tjenester
- nasjonale samhandlingsløsninger (dokumentdeling i kjernejournal)

Flertallet av disse er viktige forutsetninger for samhandling og realisering av målene med *Én innbygger – én journal*, og som vist i *kapittel 7* er noen aktører i sektoren misfornøyd med fremdriften i disse prosjektene. De regionale helseforetakene er for eksempel enige om at kjernejournal, dokumentdeling og pasientens legemiddelliste må prioriteres på kort og mellomlang sikt for å realisere *Felles plan for neste generasjon*

⁷⁶⁶ Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 16. desember 2020, sak 37/20.

⁷⁶⁷ Direktoratet for e-helse (2018) *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør. Anbefaling om ny e-helseorganisering med tilhørende styrings- og finansieringsmodeller*. Versjon 1.00 – august 2018. Rapport IE-1031, side 10.

⁷⁶⁸ Direktoratet for e-helse (2018) *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør. Anbefaling om ny e-helseorganisering med tilhørende styrings- og finansieringsmodeller*. Versjon 1.00 – august 2018. Rapport IE-1031, side 10-11.

⁷⁶⁹ Intervjuer med KS-representant, NUIT-representant fra Oslo kommune, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.

⁷⁷⁰ Referat fra intervjuer med Helse Sør-Øst RHF og Midt-Norge RHF, gruppeintervju med NUFA/NUIT-representanter.

⁷⁷¹ Direktoratet for e-helse sine prosjekter innenfor legemiddelområdet rapporteres som ett felles prosjekt i Nasjonal e-helseportefølje.

PAS/EPJ.⁷⁷² Denne dreier seg om å oppgradere journalløsningene i helseregionene, og dekker altså to av tiltakene i *Veikart for realisering av Én innbygger – én journal*. Pasientens legemiddelliste er igjen avhengig av framdrift med sentral forskrivningsmodul.

Nasjonale utvalg har, i tråd med et samlet ønske fra sektoren, prioritert legemiddelområdet og pasientens legemiddelliste høyest i perioden 2017–2020. En gjennomgang av Direktoratet for e-helses statusrapporter for porteføljen for perioden 2018–2020 viser at flere tiltak i nasjonal e-helseportefølje innenfor legemiddelområdet har blitt utsatt eller gjennomført med redusert omfang i denne perioden. Helse Nord uttaler i intervju at:

«[...] en minimumstest på om styringsmodellen fungerer, må være at en klarer å gjennomføre initiativ som alle aktører i sektoren støtter».⁷⁷³

Nasjonalt e-helsestyre (NEHS) har, med henvisning til pasientens legemiddelliste, stilt spørsmål ved om utvalgene i nasjonal styringsmodell har reell innflytelse på prioriteringene som gjøres i nasjonal e-helseportefølje.⁷⁷⁴ Representanter fra kommuner og de regionale helseforetakene i prioriteringsutvalget NUIT erfarer at utvalget ikke fungerer som et prioriteringsorgan, og i liten grad har anledning til å prioritere mellom ulike initiativ i nasjonal e-helseportefølje.⁷⁷⁵ NUIT-representantene erfarer at utvalget er mer som et forum for informasjonsutveksling enn et forum for prioritering.

Manglende finansieringsmodeller hindrer reell prioritering, men det har også vært misnøye med direktoratets og departementets prioritering av midler gitt dagens modeller

Formålet med den nasjonale porteføljestyringsprosessen er «å realisere e-helsestrategien, ved å sikre at de riktige prosjektene startes og ved å følge gjennomføringen av disse, slik at gevinster hentes ut». Når de nasjonale utvalgene tar stilling til og prioriterer nasjonal e-helseportefølje, er det imidlertid ikke slik at de kan ta avgjørelser om å starte eller avslutte prosjekter, eller flytte midler mellom dem.

Store deler av nasjonal e-helseportefølje består av prosjekter/programmer som allerede er besluttet gjennomført gjennom aktørenes respektive styringslinjer. Dokumentgjennomgang av nasjonal e-helseportefølje (2017–2019) viser at flertallet av de innmeldte tiltakene enten var myndighetspålagte med øremerkede midler eller besluttet og finansiert hos aktørene selv. Diskusjonene i de nasjonale utvalgene om prioritering blir dermed avgrenset til tiltak uten øremerkede midler.



Nasjonal e-helseportefølje

- Den nasjonale e-helseporteføljen består av nasjonale e-helsetiltak og tiltak aktører i sektoren selv har meldt inn.⁷⁷⁶ Kriteriene for tiltak som meldes inn, er at de understøtter nasjonal e-helsestrategi, har avhengigheter til prosjekter i porteføljen og/eller er avhengig av nasjonal innsats.
- I 2021 besto porteføljen av 48 prosjekter og hadde et budsjett på 1,62 mrd. kroner.⁷⁷⁷ Dokumentgjennomgangen viser at porteføljen omfatter flere strategiske tiltak knyttet til målbildet for *Én innbygger – én journal*.⁷⁷⁸
- De største prosjektene (over 100 millioner kroner) kjennetegnes av å være nasjonale prosjekter eller regionale prosjekter gjennomført i regi av de regionale helseforetakene, som går over flere år og dekker et fagområde eller nasjonal tjeneste. De mindre prosjektene (under 30 millioner kroner) kjennetegnes av kortere varighet og dekker gjerne en enkelttjeneste eller moduler av en større IT-løsning, som eies av flere ulike aktører.

⁷⁷² Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF (2019) *Felles plan 2019. Grensesnitt med nasjonale løsninger og overgang til strukturert journal*, side 1.

⁷⁷³ Intervju med Helse Nord RHF.

⁷⁷⁴ Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 2. desember 2019, sak 44/19.

⁷⁷⁵ Intervjuer med NUIT-representant fra Oslo kommune, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, KS-representant, gruppeintervju NUFA/NUIT-representanter.

⁷⁷⁶ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁷⁷⁷ Direktoratet for e-helse (2021) *Nasjonal e-helseportefølje*. Versjon 1.0, februar 2021. Rapport IE-1077.

⁷⁷⁸ Noen av de viktigste prosjektene og prosjektområdene i porteføljen er: Én innbygger – én journal, Akson, Helseplattformen i Helse Midt-Norge, oppgradering til DIPS Arena i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord, Helsedataplattformen, de nasjonale e-helseløsningene og felles grunnmurkomponentene, modernisering av kliniske applikasjoner, samt legemiddelprogrammet.

Når utvalgene diskuterer tiltak, gir de kun *råd* om prioritering – utvalgene rår ikke over midler som de kan prioritere på vegne av sektoren. Det er mange eksempler på at tiltak som de nasjonale utvalgene ønsker skal gjennomføres, har manglet finansiering. Dermed har de blitt utsatt eller gjennomført med redusert omfang. Konsekvensen er at det mangler sammenheng mellom hva utvalgene mener burde prioriteres, og hvilke prosjekter som faktisk blir finansiert og gjennomført. Dette trekkes fram som en sentral utfordring av flere aktører i intervjuer,⁷⁷⁹ og har blitt tatt opp både i prioriteringsutvalget NUIT og i Nasjonalt e-helsestyre.^{780, 781, 782}

Nasjonalt e-helsestyre har ved behandling av nasjonal e-helseportefølje for henholdsvis 2020 og 2021 ikke villet gi «tilslutning» til innstillingene, men heller tatt disse «til orientering». Begrunnelsen har vært at de ikke har hatt nok innflytelse på faktiske prioriteringer, og at det manglet avklaringer om finansiering:

- Ved behandling av porteføljen for 2020 konstaterte styret at de har begrenset innflytelse på prioriteringene i nasjonal e-helseportefølje siden store deler av tiltakene og midlene porteføljen blir prioritert utenfor nasjonal styringsmodell.⁷⁸³
- Ved behandling av porteføljen for 2021 ga styret uttrykk for at det var vanskelig å gi tilslutning til innstillingen så lenge finansieringsmodeller for e-helseområdet ikke er avklart. Det var også flere av de andre sakene på samme møte som styret ikke ville behandle før styrings- og finansieringsmodeller var på plass.⁷⁸⁴

Direktoratet for e-helse har vært enig med sektoren om at det er behov for nye finansieringsmodeller, og har overfor Helse- og omsorgsdepartementet gitt uttrykk for at de mener koblingen mellom finansieringsmodellen og nasjonal styringsmodell ikke er god nok, noe som hindrer en reell prioritering av nasjonal e-helseportefølje. Direktoratet har – som vist i *kapittel 8.4* – anbefalt en finansieringsmodell som de mener kan løse dette.

Misnøyen har imidlertid ikke bare handlet om mangelen på fungerende finansieringsmodeller. Prosjektene i e-helseporteføljen som utvalgene har ønsket å prioritere, er utviklingsprosjekter som gjennomføres på nasjonalt nivå i regi av Direktoratet for e-helse. Mange aktører har hatt en forventning om at direktoratets bruk av frie midler og departementets tildelinger over statsbudsjettet skal reflektere disse prioriteringene.

Flere aktører mener det er uklart hvordan prioriteringer på det nasjonale nivået foregår.⁷⁸⁵ Nasjonalt e-helsestyre, NUFA og NUIT reagerte spesielt på at legemiddelområdet verken fikk midler i statsbudsjettet i 2020 eller ble valgt ut som ett av de prioriterte prosjektene til direktoratene i 2020, til tross for at de nasjonale utvalgene prioriterte legemiddelområdet høyest.^{786, 787, 788} Som omtalt i *kapittel 8.4.3* mener de regionale helseforetakene at større innflytelse på nasjonale prioriteringer er en forutsetning dersom de skal få økt finansieringsansvar, slik forslag til ny e-helselov legger opp til.

Direktoratet for e-helse svarte i møte med Nasjonalt e-helsestyre at de i stor grad var styrt av øremerkede midler, og at de frie midlene deres hadde blitt prioritert til legemiddelområdet. Direktoratet påpekte at signaler om prioritering også skal påvirke prioriteringene som gjøres i resten av sektoren.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i intervju at de ønsker større sammenheng mellom styringsmodellen og budsjettprosessen. Departementet oppgir at de ga oppdrag til Direktoratet for e-helse i 2019 å videreutvikle den nasjonale styringsmodellen for e-helse, blant annet for å knytte prioriteringsforslag opp mot statsbudsjettprosessen. Samtidig understreker departementet at sektorens ønsker ikke alltid er mulige å gjennomføre innenfor eksisterende rammer, og mange av forslagene til investering avhenger av at flere aktører bidrar med samfinansieringsmidler.⁷⁸⁹

⁷⁷⁹ Intervjuer med Helse Sør-Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, KS og gruppeintervju NUFA/NUIT-representanter.

⁷⁸⁰ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 2. desember 2019, sak 44/19.

⁷⁸¹ Direktoratet for e-helse (2017) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 11. desember 2017, sak 50/17.

⁷⁸² Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, 27. mai 2019, sak 24/19.

⁷⁸³ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 2. desember 2019, sak 44/19.

⁷⁸⁴ Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 16. desember 2020, sak 37/20.

⁷⁸⁵ Intervjuer med Helse Sør-Øst RHF, representant for KS, og gruppeintervju med NUIT-representanter.

⁷⁸⁶ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 2. desember 2019, sak 44/19.

⁷⁸⁷ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, 19. november 2019, sak 30/19.

⁷⁸⁸ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA)*, 7. november 2019, sak 45/19.

⁷⁸⁹ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

8.5.2 Sektoren har opplevd det som utfordrende å se sammenhengen mellom de nasjonale tiltakene, og har ønsket å rette mer oppmerksomhet mot disse i de nasjonale utvalgene

Intervjuer og gjennomgang av referater i de nasjonale utvalgene viser at sektoren ønsker mer informasjon om e-helsetiltak som gjennomføres på nasjonalt nivå. Videre ønsker mange at Nasjonal styringsmodell og e-helseportefølje i større grad retter oppmerksomheten mot de nasjonale tiltakene. Nasjonal e-helseportefølje inneholder både sektorens egne tiltak og nasjonale e-helsetiltak, og omfanget av porteføljen har blitt stadig større de siste årene.

Det har vært utfordrende for sektoren å se sammenhengen mellom nasjonale tiltak som skal bidra til å nå målene i *Én innbygger – én journal*

De nasjonale utvalgene i styringsmodellen har i perioden 2017–2020 gitt uttrykk for at det er utfordrende å se sammenhengen mellom de nasjonale tiltakene som skal bidra til å nå målene i *Én innbygger – én journal*, hvilken rekkefølge tiltakene skal skje i, og hvordan prioriteringer mellom tiltakene foregår.

Aktørene i sektoren har gjennom de nasjonale utvalgene blant annet etterlyst en mer helhetlig plan og oversikt over hvordan de nasjonale fellesløsningene (jernejournal, e-resept, Helsenorge.no), grunnmuren og de langsiktige initiativene (som Akson) skal henge sammen. Sektoren har pekt på at det er uklart hva som skal løses på kort sikt, og hva som skal løses av den framtidige nasjonale samhandlingsløsningen og Akson. Dette har blitt tatt opp ved en rekke anledninger i Nasjonalt e-helsestyre⁷⁹⁰, NUFA⁷⁹¹ og NUIT.⁷⁹² Nasjonalt e-helsestyre har etterspurt et helhetlig veikart for strategiske tiltak i sektoren, og gitt uttrykk for at de ulike prioriteringene til aktørene i sektoren forsterker behovet for et slikt felles veikart og omforente prioriteringer av tiltak.⁷⁹³

Direktoratets svar på dette kom først i november 2020, da de publiserte *Veikart for nasjonale e-helseløsninger*. Løsningene som ble kartlagt i dette dokumentet, var kjernejournal, Helsenorge.no, e-resept, meldingsutveksling og felles grunnmur. Disse ble sett i sammenheng med den felles kommunale journalløsningen Akson og «helhetlig samhandling steg 1» (den framtidige samhandlingsløsningen). I perioden 2019–2020 publiserte Direktoratet for e-helse også en plan for det videre arbeidet med felles grunnmur (januar 2019), og en plan for det videre arbeidet med pasientens legemiddelliste (august 2020). Planene gir bedre oversikt over nasjonale tiltak som sektoren har vært opptatt av, og sammenhengen mellom dem.

Sektoren mener omfanget av nasjonal e-helseportefølje gjør at det blir viet for lite oppmerksomhet til de nasjonale tiltakene, og at den blir krevende å følge opp

Den nasjonale e-helseporteføljen har blitt gradvis utvidet til å omfatte mer og mer av den samlede e-helseutviklingen i sektoren.⁷⁹⁴ Omfanget av nasjonal e-helseportefølje har vokst fra henholdsvis 35 prosjekter og budsjett på 508 millioner kroner i 2017 til 48 prosjekter og budsjett på 1,62 milliarder kroner i 2020.^{795,796}

Helse- og omsorgsdepartementet har vært opptatt av å inkludere flere e-helsetiltak i den nasjonale porteføljen, blant annet for å sikre større nasjonal oppmerksomhet om flere e-helsetiltak, synliggjøre avhengigheter mellom tiltakene, samt gi større gjenbruksmuligheter.⁷⁹⁷ I forslag til ny e-helselov foreslo de å lovfeste at alle planlagte e-helsetiltak av nasjonal betydning skulle forelegges Direktoratet for e-helse, som skulle vurdere om tiltaket skulle tas inn i porteføljen.

Departementet uttrykker i intervju at de la til grunn en noe vid definisjon av «nasjonal betydning» i forslaget, slik at plikten også omfatter e-helsetiltak på lokalt eller regionalt nivå som kan ha interesse for flere eller kan gjenbrukes:⁷⁹⁸ «at tiltaket har betydning for flere helseforetak eller flere kommuner, og at tiltaket i tillegg har potensial for gjenbruk i store deler av helse- og omsorgstjenesten eller betydning for nasjonale e-helseløsninger».

⁷⁹⁰ Direktoratet for e-helse (2017–2019) *Referater fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, sak 19/17, 39/18, 21/19 og 43/19.

⁷⁹¹ Direktoratet for e-helse (2017–2018) *Referater fra møte i Fagutvalget (NUFA)*, sak 7/17, 37/17, og 6/18.

⁷⁹² Direktoratet for e-helse (2017–2019) *Referater fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, sak 15/17, 21/18 og 7/19.

⁷⁹³ Direktoratet for e-helse (2018, 2020) *Referater fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, sak 52/18 og 6/20.

⁷⁹⁴ Direktoratet for e-helse (2019) *Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*. Versjon 1.0 – februar 2019. Rapport IE-1046.

⁷⁹⁵ Direktoratet for e-helse (2017) *Nasjonal e-helseportefølje*. Notat til møtet 2/7 i Nasjonalt e-helsestyre, 22.06.2017, sak 19/17.

⁷⁹⁶ Direktoratet for e-helse (2021) *Nasjonal e-helseportefølje*. Versjon 1.0, februar 2021. Rapport IE-1077.

⁷⁹⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Forslag til lov om e-helse (e-helseloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering*, side 43.

⁷⁹⁸ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

Direktoratet for e-helse peker i intervju på at porteføljen er viktig for å avdekke avhengigheter mellom prosjekter. Prosjektene og programmene i nasjonal e-helseportefølje rapporterer om avhengigheter for å levere på sine resultatmål, og avhengighetene omtales i statusrapporteringen for porteføljen. Dokumentgjennomgangen viser at antall rapporterte avhengigheter økte i perioden 2018–2020 fra 95 til 129. Over halvparten av de rapporterte avhengighetene har høy kritikalitet, det vil si at prosjektet ikke kommer videre uten at avhengigheten innfris. Direktoratet framhever særlig viktigheten av å få oversikt over behov til felles grunnmur.⁷⁹⁹ Som vist i *kapittel 7* har 70 prosent av prosjektene i porteføljen rapportert avhengigheter til grunnmuren.

En gjennomgang av statusrapportering for nasjonal portefølje 2017–2021 viser at aktørene rapporterte om at hvis avhengighetene ikke ble løst, ville det få følgende konsekvenser:

- Prosjektet stopper opp eller forsinkes.
- Gevinstrealiseringen forsinkes.
- Det oppstår manglende utvikling av funksjonalitet i løsninger og tjenester.
- Kvaliteten på løsningene og tjenestene som utvikles, blir dårligere.
- Eldre løsninger må opprettholdes lenger.
- Det utvikles lokale løsninger.

Flere aktører er kritiske til omfanget av den nasjonale e-helseporteføljen. Nasjonalt e-helsestyre har uttrykt bekymring rundt summen av aktiviteter i porteføljen og mener at risikoen for å ikke lykkes med sentrale tiltak for *Én innbygger – én journal* øker når det er såpass mye som pågår.⁸⁰⁰

De regionale helseforetakene mener at porteføljens viktigste funksjon burde være at sektoren får gi innspill på tiltakene som krever nasjonal innsats, som nasjonale samhandlingsløsninger og fellesløsninger. De mener porteføljens omfang gjør at de viktigste prosjektene/programmene får for lite oppmerksomhet i de nasjonale utvalgene. Videre mener de at det er utfordrende at porteføljen både omfatter nasjonale IT-tiltak og aktørenes egne tiltak som det nasjonale nivået ikke har mulighet til å styre.

De regionale helseforetakene gir i intervju også uttrykk for at porteføljens omfang gjør det krevende for aktørene å følge den opp. De er kritiske til omfanget av rapportering for prosjekter i porteføljen i forhold til nytteverdi. Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF opplever at rapporteringen ikke har hatt noen annen effekt enn at man blir orientert om andre aktørers prosjekter. De mener porteføljestyringen ikke har gitt noen effekt i form av større leveranseevne, færre dupliserte tiltak, høyere kvalitet, lavere kostnader eller bedre prosjektstyring.⁸⁰¹

Flere av innspillene til forslag om ny e-helselov, der departementet som nevnt foreslo å lovfeste en plikt til å rapportere IT-tiltak av «nasjonal betydning» til porteføljen, handlet nettopp om omfanget av rapportering forslaget kunne medføre.⁸⁰²

⁷⁹⁹ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁸⁰⁰ Direktoratet for e-helse (2017) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 15. mars 2017, sak 13/17.

⁸⁰¹ Intervju med Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF.

⁸⁰² Høringsinnspill på forslag til ny e-helselov fra Helse Sør-Øst, Helse Nord, Helse Vest, samt Oslo kommune.

[illegible]

Direktoratet for e-helse foreslo i 2020 flere endringer i forvaltningen av nasjonal e-helseportefølje, blant annet for å ta høyde for at ulike prosjekter/tiltak trenger ulik grad av styring og oppfølging. Forslaget innebærer nye kriterier for innmelding av tiltak og at det opprettes fire «porteføljesegmenter» for å differensiere håndtering av tiltakene i e-helseporteføljen. Kategoriene tar utgangspunkt i hvordan de nasjonale utvalgene skal forholde seg til tiltakene i segmentet.⁸⁰³

- Direktoratet foreslår at det stilles ulike krav til informasjon ved innmelding av prosjekter i de ulike kategoriene. Det stilles størst krav til informasjon for tiltakene som skal «samstyres», og mindre krav til tiltakene som skal «inspirere». Direktoratet peker på *Legemiddelprogrammet* og *Helhetlig samhandling* som kandidater for kategorien «samstyring».

⁸⁰³ Direktoratet for e-helse (2020) Porteføljestyring 2.0. Sakspapirer til møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS), 16. desember 2020, sak 39/20.

⁸⁰⁴ Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 16. desember 2020, sak 39/20.

8.5.3 Kommunene har få prosjekter og finansierer få tiltak i nasjonal portefølje, og opplever at dette har gitt dem mindre innflytelse på noen av prosjektene i nasjonal e-helseportefølje

Direktoratet for e-helse erfarer at det er utfordrende for kommunesektoren å få oversikt over eventuelle prosjekter av nasjonal betydning.⁸⁰⁵ Det er i dag få kommunale prosjekter i den nasjonale porteføljen.

Dokumentgjennomgang av rapportering i nasjonal e-helseportefølje viser at Direktoratet for e-helse, de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet eier over 80 prosent av prosjektene i porteføljen og har bidratt med 77 prosent av porteføljens prosjektmidler i perioden 2017–2019. KS og kommunene eier 6 prosent av prosjektene i porteføljen og har finansiert 1 prosent av porteføljen i samme periode. KS viser til at ressurssterke kommuner som Oslo, Bergen og Trondheim har startet fellesprosjekter sammen med Direktoratet for e-helse. Imidlertid har det hittil vært få kommuneinitierte tiltak innenfor e-helse på nasjonalt nivå.

KS og kommunerepresentanter i NUFA/NUIT oppgir i intervju at de regionale helseforetakene setter mer midler inn i nasjonale prosjekter enn kommunene har anledning til, og at dette påvirker hvorvidt kommunenes behov blir ivaretatt. Som eksempel nevnes tiltakene HelseID og dokumentdeling i kjernejournal, som ble startet med utgangspunkt i RHF-enes, og ikke kommunenes, behov og måtte senere endres.⁸⁰⁶ KS mener det er viktig å involvere kommunene tidlig i planleggingen av statlige tiltak for å unngå slike situasjoner.⁸⁰⁷

Kommunerepresentanter i NUIT/NUFA mener at prioriteringsdiskusjoner i styringsmodellen synliggjør hvordan kommunene i større grad bør samarbeide og etablere nasjonale og regionale samarbeidsfora for kommunene.⁸⁰⁸ KS mener at effektiviteten i samstyringen over tid blant annet vil avhenge hvordan kommunal sektor utvikler og styrker mekanismer for samordning og koordinering internt i egen sektor.⁸⁰⁹

Helse- og omsorgsdepartementet bekrefter i intervju at en av ulempene ved frivillig samfinansiering av utviklingstiltak er at aktører som i liten grad bidrar til finansiering, som for eksempel kommunene, i mindre grad er med å påvirke utviklingen.⁸¹⁰ Departementet oppgir at direktoratet har forsøkt å legge til rette for en mer helhetlig tilnærming gjennom den nasjonale styringsmodellen og den nasjonale e-helseporteføljen, og det viser også til at forslagene om å lovforankre styringsmodellen i forslag til ny e-helselov var ment å bidra til å styrke den nasjonale samordningen.⁸¹¹

8.6 Høring og forankring

8.6.1 Nasjonal styringsmodell skal være et virkemiddel for forankring, men har noen svakheter på dette området

Den konsensusbaserte nasjonale styringsmodellen handler om at et bredt spekter av aktører i sektoren deltar, slik at aktørene får større innflytelse på den nasjonale e-helseutviklingen og sikrer at nasjonal valg er forankret. Medlemmene i styringsmodellen skal representere sin virksomhet/aktør i møtene, og har et ansvar for å forankre prioriteringsutvalgets (NUIT) anbefalinger og råd i egen virksomhet.

Helse- og omsorgsdepartementet forteller i intervju at de har lagt til grunn at Direktoratet for e-helse skal samarbeide tett med aktørene, involvere interessenter og legge til rette for felles prioriteringer, motivere, forberede og støtte sektoren i gjennomføring av tiltakene som har blitt prioritert. Videre må direktoratet sikre at forslag til nasjonale tiltak er godt forankret i sektoren. Departementet påpeker at aktørene skal involveres på en likeverdig måte med åpenhet og rettferdighet i alle prosesser. Dette skal bidra til å styrke sektorens innflytelse over e-helseutviklingen. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse skal bidra til dette.⁸¹²

⁸⁰⁵ Direktoratet for e-helse (2018) *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 16.04.2018.

⁸⁰⁶ Se delkapittel 7.3.3 for en utdyping av dette.

⁸⁰⁷ Intervju med KS-representant.

⁸⁰⁸ Intervju med NUFA/NUIT-representanter.

⁸⁰⁹ KS (2018) *Samstyring i digitaliseringsarbeidet – prinsipper, mekanismer og tiltak*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 06.12.2018, kapittel 9.

⁸¹⁰ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁸¹¹ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁸¹² Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

Kommunesektoren ser på den nasjonale styringsmodellen som velfungerende, men understreker samtidig at er behov for nye dialog- og forankringsmekanismer *utenfor* modellen

Kommunerepresentanter i de nasjonale utvalgene fagutvalget (NUFA) og prioriteringsutvalget (NUIT) oppgir i intervju at de gjennom å være representert i nasjonal styringsmodell blir bedre hørt i utviklingen av e-helse. I et notat fremhever KS styringsmodellen innenfor e-helse som et eksempel på en velfungerende modell for samstyring.⁸¹³ KS opplever at modellen gir bedre beslutningsgrunnlag, riktigere prioriteringer og større gevinstpotensial enn det som ville vært tilfellet uten en slik samstyringsmodell. I samme notat viser KS også til flere svakheter ved dagens styringsmodell.

KS forteller i intervju at det er behov for mer direkte dialog mellom kommunesektoren og Helse- og omsorgsdepartementet *utenfor* styringsmodellen. KS viser til at de har et ønske om å komme tettere på beslutningene innenfor e-helse, ettersom disse beslutningene har økonomiske og tjenestemessige konsekvenser for kommunene.⁸¹⁴ KS ser på det som uheldig at de ikke sitter tett nok på og kan ta denne dialogen med staten, og viser til at de regionale helseforetakene har faste møter og dialog med Helse- og omsorgsdepartementet. Dialogen KS har med departementet og direktoratet, er imidlertid basert på initiativ fra sak til sak og er ikke en fast dialog om helheten eller spesifikke tema. KS ønsker derfor at en konsultasjonsplikt skal utredes som supplement til den rådgivende rollen de har i dagens styringsmodell.

Helse- og omsorgsdepartementet forteller i intervju at samarbeidet mellom statlig sektor og kommunene i hovedsak har foregått gjennom konsultasjonsordningen. Høsten 2020 ble det gjennomført et eget konsultasjonsmøte om digitalisering, hvor e-helse var et sentralt tema. Departementet deler direktoratets oppfatning om at konsultasjonsordningen med KS ikke alene er tilstrekkelig til å dekke behovene på e-helseområdet.⁸¹⁵ Samtidig ser ikke departementet behov for en konsultasjonsplikt, slik KS ønsker. Departementet mener at det er tilstrekkelig at e-helse løftes inn i etablerte fora som en integrert del av fagdiskusjonene på feltet. I tillegg viser departementet til den nasjonale styringsmodellen.

Saksomfang og -underlag sendes ut kort tid i forkant, og dette byr på utfordringer for representantene i utvalgene

Representanter for kommuner og regionale helseforetak i flere nasjonale utvalg gir uttrykk for at det er utfordrende at sakene ofte handler om komplekse tema, og at de ofte bygger på svært omfattende bakgrunnsdokumentasjon.⁸¹⁶ Spesielt representanter fra KS og diverse kommuner legger vekt på at det er mange sakspapirer og utredninger å gjennomgå på forhånd, og at det ofte er vanskelig å ta stilling til krevende tekniske og organisatoriske spørsmål.

Flere representanter forteller også at saksdokumentasjonen sendes over for kort tid i forkant av møter, og at dette gjør det enda vanskeligere å gi gode innspill.⁸¹⁷ Helse Nord RHF opplever at dette fører til at det sjelden blir gode diskusjoner i møtene, og at man får lite tid til å håndtere komplekse og tverrgående problemstillinger som for eksempel finansieringsmodeller for e-helse.⁸¹⁸

En kartlegging vi har gjennomført, viser at agenda og sakspapirer sendes ut til representantene i utvalgene i snitt ut åtte til tolv dager i forkant av møtene:

- NUFA: 12 dager
- NUIT: 9 dager
- NEHS: 8 dager

NUFA- og NUIT-representanter fra ulike kommuner og KS erfarer at dette gir for lite tid til å diskutere og forankre med andre kommuner og kommunerepresentanter, samt politisk ledelse i kommunen i egen kommune før møtene.⁸¹⁹ De kommunale representantene fra NUFA og NUIT mener det er utfordrende å sikre at kommunene representeres bredt i de nasjonale utvalgene. De representerer kun egen kommune og kan ikke gi tilslutning eller støtte på vegne av landets kommuner.⁸²⁰ KS-representanten oppgir at de

⁸¹³ KS (2018) *Samstyring i digitaliseringsarbeidet – prinsipper, mekanismer og tiltak*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 06.12.2018.

⁸¹⁴ Intervju med KS.

⁸¹⁵ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

⁸¹⁶ Intervjuer med Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF, utvalgsrepresentanter fra KS og utvalgte kommuner.

⁸¹⁷ Intervjuer med Helse Nord RHF, utvalgsrepresentanter fra KS og utvalgte kommuner.

⁸¹⁸ Intervju med Helse Nord RHF.

⁸¹⁹ Intervjuer med NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren og KS.

⁸²⁰ Intervjuer med NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren.

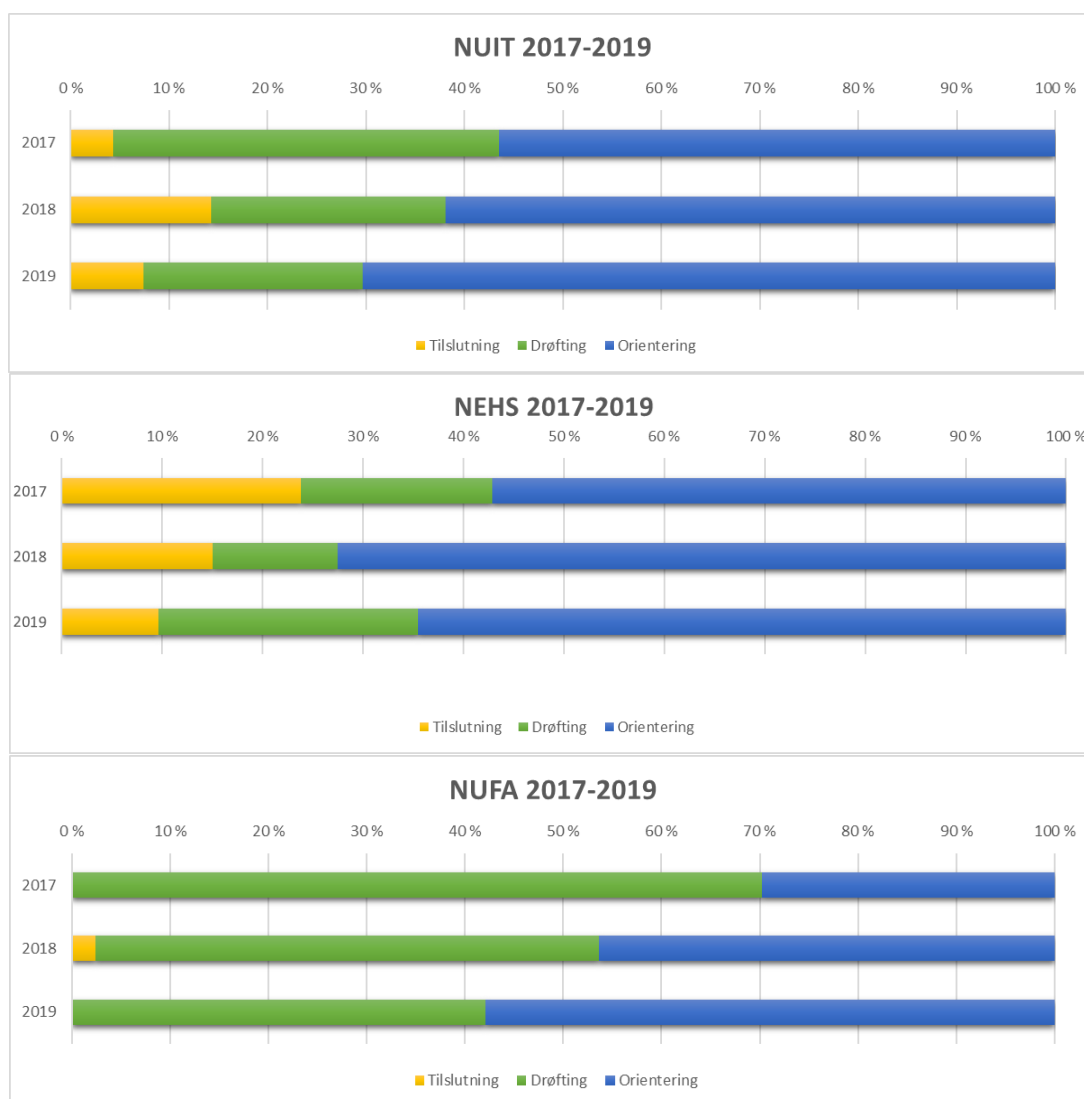
etterstreber å samkjøre kommunenes synspunkter så langt det er mulig, men mener at det krever litt mer tid å få lest gjennom sakene, stille spørsmål og diskutere med kommunene.⁸²¹

KS opplever at verken direktoratet eller departementet tar hensyn til hvor utfordrende slike prosesser og beslutninger innen e-helse er for kommunene, og har derfor utfordret Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet når det gjelder korte tidsfrister i forkant av viktige møter og beslutninger.⁸²²

Aktørene mener det er for få drøftings- og tilslutningssaker

Flere av aktørene vi har snakket med opplever at det er positivt for sektoren at de nasjonale utvalgene gir aktørene mulighet til å bli orientert om pågående saker. Imidlertid gir flere utvalsrepresentanter uttrykk for at det er for mange orienteringssaker, og for få drøftings- og prioriterings-/tilslutningssaker på agendaen, spesielt i NUIT.⁸²³ KS-representanten opplever at orienteringssakene arter seg som en form for enveiskommunikasjon mellom Direktoratet for e-helse og aktørene i styringsmodellen.⁸²⁴ At det stort sett er orienterings- og drøftingssaker, bekreftes også av figur 15, som viser andelen av sakstyper i de ulike utvalgene fordelt på årstall.

Figur 15 Saker og sakstyper i de nasjonale utvalgene 2017–2019



Kilde: Riksrevisjonens analyse av saksregister for nasjonale utvalg (2017-2019)

⁸²¹ Intervju med KS-representant.

⁸²² Intervjuer med KS-representant og NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren.

⁸²³ Intervjuer med Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, KS-representant og NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren.

⁸²⁴ Intervju med KS-representant.

Figuren viser at over halvparten av sakene i Nasjonalt e-helsestyre og NUIT var orienteringssaker. Andelen orienteringssaker har også gått opp hos de fleste utvalgene, mens andelen drøftings- og tilslutningssaker har blitt lavere i løpet av perioden. NUFA har størst andel drøftingssaker i de nasjonale utvalgene. NUFA-representanter opplever det som positivt å ha flere drøftingssaker og workshops, ettersom det gir tid til å diskutere og gå i dybden i sakene. De opplever at drøftingssaker og diskusjoner er mer åpne enn ferdigbehandlede utredninger og saker som andre har arbeidet frem.⁸²⁵

Det er ikke alltid tydelig hva aktørene har blitt enige om, og uenighet blir ikke løftet opp til departementet eller synliggjort i referatene

Flere av de regionale helseforetakene har noen reflektert rundt hvordan man tar beslutninger i Nasjonalt e-helsestyre. Selv om det er enighet om at det ikke er hensiktsmessig at de nasjonale utvalgene overstyrer de etablerte styringslinjene, stiller de seg spørrende til hvordan det blir fattet vedtak og beslutninger i e-helsestyret, og hvordan det blir vist til disse vedtakene:

- Helse Vest RHF forteller at diskusjoner i Nasjonalt e-helsestyre ikke blir trukket frem slik at man tydeliggjør om aktørene er for eller imot det som fremmes.⁸²⁶ Ettersom representantene vet at det ikke skal fattes beslutninger, fører dette til en tilbakelent og lite substansiell diskusjon om de viktigste problemstillingene. Det er utfordrende å komme frem til gode beslutninger som alle aktører kan stille seg bak, og resultatet er gjerne kompromisser som ikke leder i en klar retning. Det «kan oppleves som uheldig å sitte som representant i et rådgivende organ hvor det senere fremstilles skriftlig som saker og tilslutninger som aktørene i sektoren stiller seg bak». Helse Vest RHF mener derfor at det er behov for en grundig gjennomgang av styringssystemene i den nasjonale styringsmodellen.
- Helse Sør-Øst RHF mener at det i de nasjonale utvalgene ikke er tydelig hva det er enighet om, og at det ikke er klart hva som skal besluttes eller hva man skal gi råd om. Det er få konkrete vedtak i utvalgene, og det blir ofte misvisende at Direktoratet for e-helse henviser til god forankring.
- Helse Nord RHF mener at Direktoratet for e-helse først og fremst bruker nasjonal styringsmodell til å legitimere egne prosesser og synspunkter.⁸²⁷ Før beslutninger legges frem, burde det gjennomføres en grundig prosess med aktørene i sektoren for å gi alle aktører mulighet til å kjenne seg igjen i det som legges frem, og sikre at saken er godt belyst og forankret hos alle involverte parter. Dette ville også føre til at saken blir godt forstått slik at «skinn»-uenighet kan unngås, noe som til dels oppleves i de pågående diskusjonene om Akson. Dette gjøres imidlertid ikke i dag, og Helse Nord RHF mener dette tyder på at Direktoratet for e-helse er en umoden aktør i forankringsmessig sammenheng.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF, og utvalsrepresentanter fra KS og Oslo kommune opplever at diskusjoner og uenigheter ikke blir tilstrekkelig gjengitt i møtetreferatene fra de nasjonale utvalgene. Helse Sør-Øst RHF mener utredninger fra Direktoratet for e-helse viser til involvering av aktørene i sektoren, men i liten grad synliggjør reell uenighet, mottatte innspill og hvordan disse er håndtert. Helse Nord og Helse Sør-Øst opplever at reelle diskusjoner med uenighet ikke synliggjøres når saken løftes til avklaring hos Helse- og omsorgsdepartementet.

De regionale helseforetakene og representanten fra Oslo kommune mener at mer utfyllende informasjon og innspill i større grad burde løftes oppover i styringslinjen til departementet. Oslo kommunes representant opplever at premissene for utredninger i stor grad etableres og defineres av Direktoratet for e-helse og ligger fast i forkant av sektorens behandling av saken.⁸²⁸ Høring og involvering oppleves mer som til orientering enn som en invitasjon til å bidra med synspunkter og diskusjoner om sakene.

Helse- og omsorgsdepartementet bekrefter at uenighet sjelden eller aldri blir løftet til departementet, og mener at dette viser at styringsmodellen har fungert godt og bidratt til å samle sektoren om felles strategier og mål over tid.⁸²⁹

Departementet viser videre til at den nasjonale styringsmodellen er «*Direktoratet for e-helses* [vår utheving] arena for å drøfte og få innspill til prioriteringer i det nasjonale e-helsearbeidet», og at dette inngår som et

⁸²⁵ Intervju med KS-representant og NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren.

⁸²⁶ Intervju med Helse Vest RHF.

⁸²⁷ Intervju med Helse Nord RHF.

⁸²⁸ Intervju med NUIT-representant for Oslo kommune.

⁸²⁹ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

viktig grunnlag i direktoratets råd til departementet. Departementet forteller at uenigheter synliggjøres i innspillene til departementet, og viser til at direktoratet legger stor vekt på å komme fram til konsensus.

Direktoratet for e-helse mener at referatene gjenspeiler de faktiske diskusjonene på et overordnet nivå, og påpeker at referatene blir formelt godkjent av medlemmene.⁸³⁰ Videre forteller direktoratet at innspill til referatet alltid blir behandlet og hensyntatt.

Kommunerepresentantene opplever at det er vanskelig å delta enhetlig i de mange nye underutvalgene/-gruppene, og advarer mot fragmentering av beslutninger

Antall saker og områder som behandles i den nasjonale styringsmodellen, har etter hvert blitt svært omfattende, og dette stiller krav til både bredde- og dybdekompetansen til representantene. Blant annet har det etter hvert blitt flere underutvalg og produktstyrer. Produktstyrene har etter hvert blitt slått sammen til områdeutvalg, som forbereder saker til de tre hovedutvalgene NUFA, NUIT og NEHS.

NUIT har uttalt at de ønsker seg færrest mulig styrer og utvalg, og stiller seg derfor positive til å samle løsninger i områder fremfor å etablere flere produktstyrer.⁸³¹ NUIT mener også at kompleksiteten i og bredden av saker som NUIT behandler, er så stor at det er hensiktsmessig å dele inn i mer begrensede områder som kan behandles på taktisk nivå.

Flere representanter fra kommunene og KS erfarer at det er krevende å ha oversikt over og ivareta helheten i sakskompleksene når det er så mange ulike utvalg og diskusjoner/tilslutninger.⁸³² For eksempel må det som sies i ett utvalg koordineres med det som sies i et annet utvalg. I tillegg opplever flere at samme saker tas opp i flere utvalg, og at dette gjør det ekstra utfordrende å være samsnakket i forkant. Representanten fra Oslo kommune erfarer at til og med større kommuner med sterke fagmiljøer innen e-helse, slik som Oslo, har utfordringer med å få gjennomslag og ha dialog på tvers av de ulike utvalgene og gruppene.⁸³³

Selv om det kan være riktig å opprette områdeutvalg for å få frem mer detaljerte planer og bryte saksområder ned i mer håndterbare størrelser, advarer representanter fra kommunene og KS om at dette kan lede til en økt fragmentering av diskusjoner, prioriteringer og beslutninger innen e-helse.⁸³⁴

Helsenæringen er ikke representert i de nasjonale utvalgene

Direktoratet for e-helse skal ha dialog med og involvere leverandører for å utvikle digitale tjenester.⁸³⁵ Bransjeorganisasjonen Abelia viser til at helsenæringen har svak eller ingen representasjon i sentrale arenaer som setter premissene for IT-initiativ i helse- og omsorgssektoren, og verken er representert i Nasjonalt e-helsestyre, prioriteringsutvalget (NUIT) eller fagutvalget (NUFA).⁸³⁶ Abelia påpeker at et sentralt virkemiddel for å dra nytte av bidraget fra næringslivet er å gi aktører fra næringslivet plass i pågående og framtidige utrednings- og prioriteringsprosesser.⁸³⁷

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er bakgrunnen for at næringen ikke er representert i utvalgene at det har vært et bærende prinsipp at det skal være ansvarlige beslutningstakere og brukerinteresser som er representert, ikke kommersielle aktører.⁸³⁸ På spørsmål om det er behov for å styrke leverandørenes representasjon i viktige fora, svarer departementet at det har gitt føringer til direktoratet om bruk av leverandørmarkedet. Departementet er kjent med at direktoratet har faste EPJ-leverandørmøter for å gi informasjon og sikre koordinering for nasjonale prosjekter.⁸³⁹

⁸³⁰ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁸³¹ Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, 27. mai 2019 og 19. november 2019, saker 20/19 og 33/19.

⁸³² Intervjuer med NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren og NUIT-representant fra Oslo kommune.

⁸³³ Intervju med NUIT-representant fra Oslo kommune.

⁸³⁴ Intervjuer med KS, NUIT-representant Oslo kommune, og NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren.

⁸³⁵ *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*. Fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet den 17. desember 2015, punkt 2, side 2.

⁸³⁶ Abelia og Norway Health Tech (2018) *e-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.

⁸³⁷ Abelia og Norway Health Tech (2018) *e-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.

⁸³⁸ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

⁸³⁹ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

8.6.2 Det blir sjeldent gjennomført høringer innenfor e-helsefeltet, også av vesentlige tiltak

Utvalgte revisjonskriterier⁸⁴⁰

- Offentlige utredninger, forslag til lov og forskrift og forslag til tiltak med vesentlige virkninger skal normalt legges ut på høring. Høringene skal være åpne for innspill fra alle.
- Høring kan unnlates dersom den
 - ikke vil være praktisk gjennomførbar
 - kan vanskeliggjøre gjennomføringen av tiltaket
 - må anses som åpenbart unødvendig
- En beslutning om å unnlate høring skal treffes av øverste leder i det ansvarlige forvaltningsorganet. Beslutningen skal være skriftlig og begrunnet, og skal følge saken.

Direktoratet for e-helse oppgir at de i forbindelse med utredningsarbeidet i *Én innbygger – én journal* gjennomgående har forankret med en rekke aktører i helse- og omsorgssektoren.⁸⁴¹ Sektoren har vært involvert gjennom arbeidsgrupper, møter, intervjuer og innspillsrunder, og innspill fra interessentene har lagt grunnlaget for vurderinger som er gjort. En sektorsammensatt styringsgruppe har gitt innspill til arbeidet og gitt tilslutning til sentrale beslutninger. Fra 2016 har Nasjonalt e-helsestyre vært styringsgruppe for arbeidet.⁸⁴² Direktoratet opplyser også om at de i mindre grad har hatt tradisjonelle høringsrunder.⁸⁴³ Høringer benyttes alltid i forbindelse med innføring av nye standarder og ved endring av forskrift og lov.

Aktører i sektoren opplever det som problematisk at høringsinstituttet ikke benyttes, mens Direktoratet for e-helse viser til de nasjonale utvalgene, innspillsrunder og møter

Flere aktører i sektoren mener at høringer burde benyttes i større grad enn dagens praksis tilsier. I en felles uttalelse viser Apotekforeningen, Fysioterapeutforbundet, Legeforeningen, Psykologforeningen og Tannlegeforeningen til at Direktoratet for e-helse sjelden inviterer til «reelle høringsrunder selv på sentrale veivalgdokumenter», men oftest inviterer til å gi innspill innenfor korte frister på uferdige dokumenter.⁸⁴⁴

Med bakgrunn i erfaringen med direktoratet siden det ble etablert i 2016, ber foreningene derfor om bedre rutiner for innspill og høringer. Foreningene mener at direktoratet i størst mulig grad må ta i bruk det ordinære høringsinstituttet med de frister som gjelder for hørings saker fra statsforvaltningen, og sikre at innspill skal gjøres tilgjengelig for alle for å sikre transparens. Foreningene understreker videre at utvalgene i nasjonal styringsmodell ikke kan erstatte de formelle høringsprosessene.

To av de regionale helseforetakene, Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF, gir også uttrykk for at Direktoratet for e-helse høringer bør brukes i større grad for å gi aktørene reell uttalerett.⁸⁴⁵ Helse Sør-Øst nevner Akson som et eksempel på et tiltak hvor det kunne vært naturlig å ha høring. Helse Nord RHF mener direktoratet burde gjennomføre grundigere høringsprosesser med aktørene i sektoren i forkant av at beslutninger legges frem for behandling. Helse Nord RHF mener det vil gi aktørene mulighet til å kjenne seg igjen i det som legges frem, og sikre at sakene er godt belyst og forankret i sektoren.⁸⁴⁶

Direktoratet for e-helse oppgir i intervju at de i flere utredninger har anført at mangelfull forankring er en betydelig risiko for gjennomføring av *Én innbygger – én journal*.⁸⁴⁷ Direktoratet kjenner seg ikke igjen i kritikken, og mener at praksisen for høring er i henhold til kravene i utredningsinstruksen.

Ifølge direktoratet er utvalgene i den nasjonale styringsmodellen den viktigste kanalen for å kommunisere og forankre endringsforslag. I tillegg har de møter med aktører og interessenter på forespørsel, og representanter fra sektoren i styringsgrupper for ulike prosjekter og programmer. Direktoratet inviterer også til innspillsrunder på utkast til utredninger og rapporter. Dette sendes til målgrupper via e-post og nyhetsbrev,

⁸⁴⁰ Dette er et utvalg av kriterier som vi vurderer som relevante for denne konteksten. Se kapittel 4 «Revisjonskriterier» for mer utdypende informasjon.

⁸⁴¹ Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

⁸⁴² Direktoratet for e-helse (2020) *Skriftlig svar fra Direktoratet for e-helse på spørsmål fra Riksrevisjonen* 27. januar 2020. E-post til Riksrevisjonen, 27.01.2020.

⁸⁴³ Intervju med Direktoratet for e-helse.

⁸⁴⁴ Apotekforeningen, Fysioterapeutforbundet, Legeforeningen, Psykologforeningen og Tannlegeforeningen (2019) *Ønske om forbedring av høringsprosesser*. Brev til Direktoratet for e-helse, 4. juni 2019.

⁸⁴⁵ Intervjuer med Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF.

⁸⁴⁶ Intervjuer med Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF.

⁸⁴⁷ Intervju med Direktoratet for e-helse.

og direktoratet gjennomgår innspill for å vurdere om de skal innarbeides i det ferdige produktet. I disse rundene vurderes det om oppsummering av innspillene skal sendes ut til alle som har gitt innspill.

Høring av Akson

I 2020 ble det skrevet flere nyhetsartikler om Akson og årsakene til at tiltaket ikke har blitt lagt ut på offentlig høring.^{848,849,850,851} Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité fulgte opp temaet overfor Helse- og omsorgsdepartementet i et brev, hvor komiteen blant annet stilte spørsmål om når Helse- og omsorgsdepartementet tok beslutningen om at Akson ikke skulle være gjenstand for offentlig høring, og hvilke dokumenter som i så fall viser dette.⁸⁵²

Helse- og omsorgsdepartementet svarte at det ikke har vært en egen beslutning om hvorvidt Akson skal på offentlig høring, og viste til at det gjensto ubesvarte spørsmål før en endelig løsning var beskrevet.⁸⁵³ Videre viste departementet til at Direktoratet for e-helse i stor grad hadde involvert interessenter underveis i utredningsprosessen, og at Statens prosjektmodell ikke stiller spesifikke krav til hvordan involveringen skal foregå. Videre viste departementet til at eierskapet for Akson ligger hos kommunene, og at det ikke er naturlig at det gjennomføres en statlig høring på vegne av kommunene.

⁸⁴⁸ Storvik, Anne Grete (2020) *Vil ikke sende milliardprosjekt på høring – får kritikk av juss-ekspert*. I: Dagens Medisin, nettutgave, 14. august 2020. <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/08/14/hoie--ikke-naturlig-a-sende-akson-pa-horing/>>

⁸⁴⁹ Storvik, Anne Grete (2020) *Krever Akson-høring: – Vi er meget opprørte*. I: Dagens Medisin, nettutgave, 17. august 2020. <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/08/17/krever-akson-horing--vi-er-meget-opprorte/>>

⁸⁵⁰ Storvik, Anne Grete (2020) *Innrømmer: Det finnes ikke et skriftlig vedtak om å unnlate Akson-høring*. I: Dagens Medisin, nettutgave, 1. november 2020. <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/11/01/innrommer-det-finnes-ikke-et-skriftlig-vedtak-om-a-unnlate-akson-horing/>>

⁸⁵¹ Ekroll, Henning Carr (2020) *Staten droppet høring om Norges største digitaliseringsprosjekt. Vedtaket og begrunnelsen eksisterer ikke*. I: Aftenposten, nettutgave, 2. november 2020. <<https://www.aftenposten.no/norge/i/IEE9yM/staten-droppet-horing-om-norges-stoerste-digitaliseringsprosjekt-vedta>>

⁸⁵² Kontroll- og konstitusjonskomiteen (2020) *Vedr. nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 3. november 2020.

⁸⁵³ Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til kontroll- og konstitusjonskomiteen, 13. november 2020.

9 Vurderinger

9.1 Veikartet for sektorens journalløsninger er et resultat av aktørers selvstendige valg, og dette kan gjøre det utfordrende å koordinere IT-utviklingen slik at målene i *Én innbygger – én journal* nås

Aktørene i den norske helsesektoren har stor grad av autonomi. Helse- og omsorgskomiteen har ved flere anledninger uttalt at et stort antall selvstendige aktører over tid har ført til en lite koordinert utvikling av IT i helse- og omsorgssektoren, og at det er nødvendig med bedre organisering, koordinering, tydelig rolle- og oppgavedeling og sterkere nasjonal styring av sektoren for å bøte på dette.

Utredningsarbeidet i 2013 begynte med å se på mulige løsninger for helse- og omsorgssektoren som *helhet*, altså både for spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette har endret seg over tid. I dag er det tre separate tiltak som til sammen skal realisere målet om *Én innbygger – én journal*. Akson er ett av disse og omfatter kommunale helsetjenester i tre av fire regioner.

Oppdelingen i tre parallelle tiltak har oppstått som følge av at ulike aktører i sektoren har tatt selvstendige avgjørelser om å satse videre på egne prosjekter. I 2018 ble det laget et veikart som oppsummerte hvordan de ulike journaltiltakene skulle henge sammen.

Aktørene har hatt ulike begrunnelser for å jobbe videre med egne prosjekter:

- **Helse Sør-Øst RHF, Helse Nord RHF og Helse Vest RHF** ønsket i 2015 ikke en felles løsning for både primær- og spesialisthelsetjenesten, fordi det pekte mot anskaffelse av en stor standardløsning og dermed utskiftning av journalløsningen de nylig hadde investert i. RHF-ene så ikke tidspunktet for utskiftning som riktig. De tre regionene valgte å samarbeide om å videreutvikle sine journalsystemer.
- I 2015 hadde Helse Midt-Norge RHF allerede jobbet lenge med planer om å skifte ut sine journalsystemer, i et prosjekt som senere fikk navnet Helseplattformen. Da det ble klart at 2015-utredningen ikke ville innstille på en felles løsning for både primær- og spesialisthelsetjenesten, opplyste **Helse Midt-Norge RHF** i et brev til departementet om at de kom til å jobbe videre med arbeidet på regionalt nivå.
- Styringsgruppen for utredningen ønsket at **kommunene i Midt-Norge** skulle inngå i det videre nasjonale arbeidet med kommunal journal, men det regionale helseforetaket tok senere med seg kommunene i sin region i arbeidet med Helseplattformen. Senere ga Helse- og omsorgsdepartementet Helseplattformen status som regionalt utprøvningsprogram i det nasjonale arbeidet.

Det er også heftet usikkerhet ved om Akson kommer til å ende opp med å omfatte alle aktørene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utenfor Midt-Norge. I det valgte konseptet for Akson i 2018 var det en forutsetning at 100 prosent av kommunene og fastlegene skulle være med, men det var ikke avgjort om dette skulle sikres gjennom tvang eller frivillighet. Senere har det blitt avgjort at deltakelse i Akson skal være frivillig. Det finnes allerede indikasjoner på at noen av aktørene ikke kommer til å delta:

- En sentral forutsetning for at Akson skal lykkes, er at en stor andel av **fastlegene** velger å ta i bruk løsningen. Imidlertid har Legeforeningen, som representerer fastlegene, ved gjentatte anledninger uttrykt seg kritisk til den valgte utviklingsretningen fordi de frykter at det vil resultere i at de blir låst til et stort system som ikke dekker deres behov. I hovedtrekk er fastlegene fornøyd med de journalsystemene de har. Med dette som bakgrunn frarådet foreningen sine medlemmer i 2020 å delta i Akson.
- Høsten 2020 uttalte helsebyråd Robert Steen at **Oslo kommune** ikke hadde til hensikt å delta i Akson, blant annet begrunnet med at man ikke bør binde seg til én leverandør de neste 20 årene, og at konseptet ikke er innovativt eller fleksibelt nok. Samtidig lanserte han en alternativ utviklingsretning i forbindelse med den nye storbylegevakten i Oslo som skal være klar i 2023. Kommunen sitter fortsatt i styringsgruppen for Akson.
- **Kommunene utenfor helseregion Midt-Norge** ble invitert til å signere frivillige og ikke-bindende intensjonserklæringer som uttrykk for at de er positive til videre deltakelse i Akson innen 1. juli 2020. Kommuner som representerer 65 prosent av befolkningen utenfor Midt-Norge, signerte erklæringen.

Departementet presiserer at kommunene som ikke har signert, ikke nødvendigvis er negative til å delta i Akson, og at dette kan skyldes at de ønsket mer informasjon og fikk for kort frist til politisk behandling.

Måten veikartet har blitt til på tyder på at Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang utredningsprosessen med et ønske om å samle sektorens aktører om en felles retning. Dette har imidlertid over tid vist seg å ikke være mulig, spesielt ettersom flere av aktørene allerede hadde igangsatt betydelige investeringer og søkt mot egne prosjekter som var bedre tilpasset deres egne behov. Etter vår vurdering har aktørene hatt gode argumenter for å gjøre disse valgene, og sektorens organisering legger ikke opp til at det er naturlig for departementet å overstyre dem. Det er heller ikke gitt at en overstyring ville hatt heldige konsekvenser.

Aktørenes veivalg kan samtidig være uttrykk for at de ikke har hatt tilstrekkelig tillit til at den nasjonale utredningsprosessen har ledet i riktig retning. I tillegg har de selvstendige tiltakene først i *etterkant* blitt inkludert i det nasjonale planarbeidet. Etter vår vurdering er dagens veikart derfor ikke et resultat av gjennomtenkt styring og planlegging fra Helse- og omsorgsdepartementets side. At man har endt opp med en løsning som integrerer primær- og spesialisthelsetjenesten i én region (Helseplattformen), og valgt et skille mellom tjenestenivåene i de øvrige regionene, illustrerer etter vårt syn dette.

Vi mener dette gir en betydelig risiko for at det kan bli utfordrende for departementet og direktoratet å koordinere IT-utviklingen og ivareta helheten i det videre arbeidet, slik at målene i *Én innbygger – én journal* nås.

9.2 Utredningen av *Én innbygger – én journal* har, til tross for stort omfang og over åtte års varighet, hatt betydelige svakheter

Utredningsprosessen har foregått i to faser:

- **Første fase (2013–2015)**, heretter omtalt som 2015-utredningen, utforsket løsningsalternativer på det nasjonale nivået. Hele helsesektoren ble i denne utredningen vurdert, men det ble til slutt anbefalt å begynne med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert fastlegene.
- **Andre fase (2016–2020)**, heretter omtalt som Akson-utredningen, vurderte mulighetene for kommunal helse- og omsorgstjeneste og for samhandling med øvrig helsetjeneste. Det ble levert en konseptvalgutredning juli 2018 og et forprosjekt mars 2020.

Utredningsprosessen har samlet pågått i over åtte år og kostet minst 150 millioner kroner. Dokumentasjonen er svært omfattende, og består av mer enn 5000 sider. Til tross for dette gjenstår en rekke ubesvarte spørsmål, og det pågår fortsatt utredning av veien videre.

Undersøkelsen viser at utredningene har hatt svakheter, og at dette har bidratt til at det har oppstått forsinkelser.

9.2.1 Rask teknologisk utvikling har gjort åpne plattform-/økosystemløsninger mer aktuelle for helsesektoren, men utredningene har blitt forsinket fordi dette ikke har blitt fanget opp tidlig nok

For å legge et godt grunnlag for beslutninger skal alternative tiltak som er relevante for å oppnå målene identifiseres og utredes. Tiltak skal defineres bredt, og det er viktig ikke å binde seg til et tiltak for tidlig. Innenfor det definerte mulighetsrommet skal en vurdere tiltak bredt, slik at flere realistiske alternativer blir vurdert. Tiltakene skal beskrives så detaljert at det blir mulig å identifisere og gi en beskrivelse av tiltakets forventede virkninger. De som blir berørt av tiltaket skal bli involvert tidlig i prosessen.

I forbindelse med behandlingen av stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal*, ble det understreket at utredningen skulle vurdere alternative løsninger før en beslutning skulle tas. Meldingen inneholdt også noen eksempler på mulige løsningsalternativer:

1. **Lokale systemer, lokal datalagring.** Virksomhetene bruker egne systemer, og har egne databaser. Dette er en videreføring av dagens situasjon, som utredningene ikke ser på som ønskelig fordi det vanskeliggjør samhandling og informasjonsutveksling grunnet mange systemer.
2. **Lokale systemer, felles datalagring.** Medfører et skille mellom data og programvare. Virksomheter bestemmer selv hvilken programvare de bruker, men bygger på samme opplysninger og database.

3. **Felles system og datalagring.** Alle aktører bruker samme programvare og database, men med mulighet for tilpassede brukerflater.

Alternativene var kun ment som eksempler, og ikke krav, men illustrerer at formuleringen om «én journal» ikke var ment bokstavelig, og at det kunne være flere måter å oppnå målene på. Dette er tre ulike former for IT-arkitektur. Det var utredningenes oppgave å finne ut av hva som ville være den beste fremgangsmåten.

Utredningene har først og fremst undersøkt konsepter innenfor løsningsalternativ 3, og snevret tidlig inn mot anskaffelse av ferdig spesifisert «hyllevare» (store standardløsninger)

Undersøkelsen viser at utredningene i stor grad har utforsket og anbefalt konsepter som faller under løsningsalternativ 3, som skal realiseres ved å anskaffe og ta utgangspunkt i ferdigutviklet «hyllevare». Denne innsnevringen ble gjort i forbindelse med 2015-utredningen, som gikk langt i å anbefale at det var ønskelig å anskaffe en stor standardløsning.

De store standardløsningene ble i 2015-utredningen sett på som svaret på to av sektorens utfordringer. Ettersom systemene dekket svært mange fagområder og spesialiteter, var rasjonale at man kunne dekke flere aktører med samme system, og at dette ville løse samhandlingsutfordringene. Systemene kunne også tilby avansert funksjonalitet for helsepersonell, slik som avansert beslutningsstøtte, og innsamling, tilgjengeliggjøring og analyse av data til kvalitetsforbedring. Samtidig ble det pekt på at norske og nordiske leverandører ikke tilbyr funksjonalitet på linje med de ledende systemene internasjonalt.

2015-utredningen staket ut en retning som i stor grad ble videreført av Akson-utredningen. Også for Akson er det planlagt at man skal ta utgangspunkt i en anskaffet hyllevare som skal tilpasses. Akson-utredningen har samtidig ikke vært like eksplisitt på at det skal anskaffes en større standardløsning, og har presisert at det ikke nødvendigvis er slik at anskaffelsen vil resultere i anskaffelse av ett system fra én leverandør.

I senere år har plattform-/økosystemløsninger gradvis vokst frem som aktuelle løsningsalternativer for helsesektoren

Til grunn for 2015-utredningen lå en analyse av leverandørmarkedet utført av analyseselskapet Gartner. Denne analysen vurderte at fremtidens pasientjournalmarked ville være dominert av store standardløsninger (også kalt «suite-løsninger») fra store leverandører. Over tid har imidlertid denne oppfatningen endret seg i takt med en rivende teknologisk utvikling, både hos Gartner og andre analyseselskaper. Endringen har også blitt drevet frem ved at store standardløsninger kan føre til problemer med leverandøravhengighet og informasjonsblokkering.

Konsensus er nå at plattform-/økosystemløsninger er fremtiden for helsesektoren. Slike løsninger skiller seg fra tradisjonelle standardløsninger ved at det blir etablert et kjernesystem (*plattform*) som i større grad *deler data* med tredjepartsapplikasjoner, og dermed understøtter innovasjon og et *økosystem* av applikasjoner og tjenester fra mange forskjellige leverandører.

Undersøkelsen viser at plattform-/økosystembegrepet fikk en sentral betydning i styringsdokumentet for Akson i 2020. Styringsdokumentet gjorde en retningsendring ved å erklære at:

- Akson skulle være en «åpen plattform»
- det skulle være et tydelig skille mellom programvare og data
- det skulle stilles krav til at data skulle deles
- flere leverandører kunne gå sammen for å tilby én løsning som består av flere systemer

Utredningene kunne fanget opp disse perspektivene tidligere

Samtidig viser undersøkelsen at det finnes indikasjoner på at retningsendringen kunne ha kommet tidligere:

- IT-forskere ved UiO vurderer at mulighetene som ligger i plattform-/økosystemløsninger både som forretningsmodell og alternativ til store standardløsninger, var godt dokumentert i forskningen allerede da arbeidet med grunnlaget for 2015-utredningen pågikk.
- Norsk Helsenett SF sendte allerede i 2015 inn et konseptforslag til 2015-utredningen fordi kjernesystemet som ble foreslått var «mer omfattende enn det bør være og at det gjør prosjektet mer komplisert, mer risikofyllt og mindre fleksibelt og åpent for løpende innovasjon og tilpasning til ulike brukergrupper enn det som er mulig». Forslaget forutsatte et skille mellom programvare og data, og kan betraktes som en plattformløsning, men ble avvist av styringsgruppen for utredningen fordi de mente det ikke hadde høy nok forventet måloppnåelse.

- Analyyseselskapene Gartner og IDC vurderte i henholdsvis 2016 og 2017 at plattformer var fremtidsrettede løsninger, og disse vurderingene var kjent for Direktoratet for e-helse.
- Stiftelsen Apperta publiserte rapporten *Defining An Open Platform* i 2017. Direktoratet for e-helse baserer seg blant annet på en definisjon av «åpen plattform» fra denne rapporten.
- Etablering av et felles datalager, som gir mulighet for at virksomheter kan bruke sine egne lokale systemer (Løsningsalternativ 2), kan være én måte å realisere plattformer på. Men kun noen få konsepter i utredningene har hatt innslag av en slik tilnærming.
- Gjennom ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredningen for Akson i 2018 fremkommer det også at:
 - kvalitetssikrerne savnet et konsept som inkluderte en omfattende samhandlingsløsning, og som i liten grad la til grunn at aktørene benyttet samme system (K1b). Kvalitetssikrerne mente et slikt konsept kunne være et steg på veien mot en plattformløsning. Samtidig vurderte kvalitetssikrerne at inkluderingen av et slikt konsept ikke ville ført til valg av et annet konsept.
 - viktigheten av og konsekvensene knyttet til plattformtenkningen, kommer ikke godt nok frem ved vurdering av de ulike konseptene og beskrivelsen av dem. Helse- og omsorgsdepartementet er også enig med kvalitetssikrerne i at mulighetene for å videreutvikle konseptene til en plattformløsning kunne kommet bedre frem i utredningene.
- I etterkant av konseptvalgutredningen for Akson i 2018, fikk tiltaket mye kritikk fra ulike aktører – blant annet forskere, enkelte kommuner, Legeforeningen og helsenæringen – for ikke å ivareta innovasjon i tilstrekkelig grad.

I tillegg tyder flere forhold på at det fortsatt er uklart hvor åpen plattformen i Akson kommer til å være. Kvalitetssikrerne, fagmiljøer og andre aktører har påpekt et misforhold mellom de skisserte plattformprinsippene og den faktiske innretningen på Akson, som fortsatt baserer seg på anskaffelse av en standardløsning. I KS2-rapporten anbefalte derfor kvalitetssikrerne at plattformprinsippene måtte konkretiseres, og at en endelig investeringsbeslutning for Akson måtte utsettes til de nye prinsippene har blitt kvalitetssikret på nytt. Dette ble tatt til følge av Helse- og omsorgsdepartementet.

Ifølge Direktoratet for e-helse er det en utfordring at det ikke finnes velutviklede plattformløsninger som er tilrettelagt for helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet mener derfor at det fortsatt er nødvendig med en anskaffelse av en løsning som eksisterer på markedet, samtidig som det er for tidlig å si om de tradisjonelle journalleverandørene vil lykkes med å oppfylle forventningene knyttet til arkitekturprinsippene om plattformegenskaper og å dele mer data fra sine løsninger.

Det fremstår som tydelig at utredningene har blitt innhentet av teknologisk utvikling, til dels fordi de har pågått over lang tid. Samtidig mener vi at utredningene ikke raskt nok har fanget opp at dette har skjedd og vurdert plattform-/økosystemløsninger som realistiske alternativer. Dette har igjen forsinket og økt varigheten på utredningene ved at det har utløst behov for nye utredninger og ny kvalitetssikring.

Undersøkelsen viser at mange aktører har vært mot Akson fordi de har tolket prosjektet som et forsøk på å anskaffe ett system (standardløsning) fra én leverandør. Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet har på sin side understreket at dette ikke nødvendigvis er det man vil ende opp med, noe også kontraktsstrategien åpner for. Etter vår vurdering viser spriket i oppfatninger at det konkrete innholdet i beslutningsgrunnlaget har vært for vagt og diffust. Anskaffelse av én eller noen få større standardløsninger er fortsatt et mulig utfall, og det bør derfor ikke være overraskende at flere aktører har tolket utredningene på denne måten. Vi anser også at oppfatninger om ett system i stor grad stammer fra 2015-utredningens tydelighet på at dette ville være ønskelig.

9.2.2 Sentrale fagmiljøer har ikke blitt tilstrekkelig involvert, og utredningene kunne vist til et bredere forskningsgrunnlag

I forbindelse med behandlingen av stortingsmeldingen *En innbygger – én journal* understreket helse- og omsorgskomiteen betydningen av at «alle sentrale miljøer» støtter opp under arbeidet med utredningen. I forbindelse med meldingens omtale av sterkere nasjonal styring påpekte komiteen at det var flere kompetente miljøer som kunne spille en viktig rolle i arbeidet med «den nasjonale IT-strategien», og fremhevet spesielt Nasjonalt senter for telemedisin (siden omdøpt til Nasjonalt senter for e-helseforskning). Videre understreket komiteen at direktoratet i forbindelse med oppfølging og realisering av IT-

handlingsplaner måtte ta i bruk «den kompetanse og kunnskap som finnes i mange gode IT-miljøer», og at alle relevante aktører skulle medvirke både i nasjonale utvalg og i «den forestående utvikling og implementering av IT-tiltakene».

Undersøkelsen viser at Direktoratet for e-helse har lagt stor vekt på involvering av interessenter i utredningene, og inkludert viktige aktører i styringsgruppene. Det har også blitt gjennomført svært mange forankringsmøter, og kvalitetssikrer har hatt inntrykk av at involveringen har vært bred.

Samtidig viser undersøkelsen at sentrale fagmiljøer, herunder forskningsmiljøene og helsenæringen, opplever å ikke ha blitt tilstrekkelig involvert i utredningsprosessen. Sentrale forskningsmiljøer som Nasjonalt senter for e-helseforskning, Universitetet i Agder, SINTEF og Universitetet i Oslo viser til at de har vært lite involvert i arbeidet med utredningene, og at prosessen ikke har lagt til rette for at forskningsmiljøer kan:

- gjennomføre kunnskapsoppsummeringer
- utdype og informere behovsanalysen som har blitt gjennomført
- beskrive og eventuelt prøve ut mulige alternative konsepter
- utføre systematisk følgeforskning og -evaluering

En forskningsfaglig analyse av sentrale utredningsdokumenter som er utført av forskere ved UiO viser at utredningene kunne vist til et bredere forskningsgrunnlag.

Undersøkelsen viser også at Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse ikke har satt av midler til at forskningsmiljøer skulle bidra til utredningene. Samtidig brukte Direktoratet for e-helse i perioden 2016–2020 omtrent 84 millioner på konsulentbistand til utredningsarbeidet.

IT-fagmiljøer i helsenæringen, representert ved innovasjonsbedrifter, journalleverandører og bransjeforeninger som IKT-Norge og Abelia sier de i liten grad har fått gi innspill til utredningsprosessen, og i flere tilfeller bare i etterkant av at sentrale valg har blitt tatt. Direktoratet for e-helse har gjennomført møter med leverandørene. Samtidig har disse møtene funnet sted etter at konsepter har blitt valgt, og leverandørene opplever derfor at de ikke har hatt mulighet til å gi innspill om mulige løsningsalternativer basert på deres kompetanse og erfaring.

Direktoratet for e-helse mener at de har involvert sentrale forsknings- og fagmiljøer i tilstrekkelig grad, og innhentet tilgjengelig informasjon fra forskningsartikler, rapporter, undersøkelser og datagrunnlag. Direktoratet viser til at de ikke har direkte styring over forskningsmiljøer, og ikke har egne midler til å finansiere forskning. Videre mener direktoratet at det er opp til forskningsmiljøene å starte opp prosjekter basert på kunnskapsbehovet de har identifisert. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at forskningsmiljøene ikke har hatt en fremtredende rolle i forbindelse med 2015-utredningen og forprosjektet til Akson, men sier at de vil bli involvert i større grad i det videre arbeidet.

E-helse er et svært komplekst område som det er krevende å utrede. Etter vår vurdering har ikke sentrale fagmiljøer blitt godt nok involvert. Vi vil vise til at direktoratet har brukt over 80 millioner kroner på konsulentbistand for å utrede, men ikke satt av midler til forskning til samme formål. Det er svært viktig å involvere ulike typer kompetanse og erfaring i arbeidet, og både forskningsmiljøene og helsenæringen kan ha nyttige perspektiver.

9.2.3 Det valgte konseptet for Akson har høy kompleksitet, usikkerhet og risiko, og enkelte forslag om å redusere denne gjennom å dele opp tiltaket har ikke blitt tatt til følge av Direktoratet for e-helse

I forbindelse med behandlingen av stortingsmeldingen *En innbygger – én journal* forutsatte helse- og omsorgskomiteen at utredningen skulle gjennomføres i et trinnvis løp og inneholde risikoanalyser for de ulike alternativene. Utredningsinstruksen stiller krav om at gjennomføringsrisiko og usikkerhet skal være godt belyst og håndtert.

Undersøkelsen viser at gjennomføringsrisikoen og kompleksiteten både i 2015-utredningen og i Akson-utredningen har vært høy. De samfunnsøkonomiske forutsetningene og antagelsene om redusert tidsbruk og hvilke aktører som kommer til å delta er usikre, selv om ekstern kvalitetssikrer konkluderer i KS2 med at anslaget på samfunnsøkonomisk lønnsomhet er rimelig. Det er videre usikkert om det finnes hyllevare som inneholder funksjonalitet for den kommunal helse- og omsorgssektoren.

Den totale samfunnsøkonomiske kostnaden for Akson er estimert til å være 22 milliarder kroner, hvorav halvparten er kostnader til endring og omstilling. Resten av kostnadene er drifts- og investeringskostnader.

Utredningene anslår at det valgte konseptet vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Gevinstestimatene strekker seg helt frem til 2040, med beregnet lønnsomhet i år 2037. Fra konseptvalgutredning til forprosjekt har den samfunnsøkonomiske lønnsomheten blitt redusert med 75 prosent, fra 11,9 til 2,9 milliarder. Justeringen skyldes at det ble gjort endringer i forutsetningene og omfanget av forprosjektet, og et oppdatert tallgrunnlag.

Forskning viser at mange IT-prosjekter er for store, ambisiøse og komplekse, og at dette øker risikoen for å mislykkes. IT-prosjekter har andre behov enn for eksempel byggeprosjekter, gjennom at de har stort behov for tidlig utprøving og endring underveis. Forskningen kan tyde på at Statens prosjektmodell, som har blitt lagt til grunn for utredningene, er for tradisjonelt innrettet og dårlig tilpasset disse behovene, og at kravene om tidlig detaljeringsnivå og fastlåsing av konsepter er med på å blåse opp store IT-prosjekter til å bli enda større og mer risikable. Samtidig påpeker Helse- og omsorgsdepartementet at det i senere tid er gjort flere endringer i prosjektmodellen, slik som ny rammeavtale med nye krav til leverandører, nye krav til systemer for endringshåndtering og kostnadskontroll, og en egen veileder for digitaliseringsprosjekter i 2019.

En vanlig måte å håndtere høy kompleksitet og gjennomføringsrisiko i IT-prosjekter er å bryte det ned i mindre og mer håndterbare deler, og gjennomføre en tidlig, begrenset utprøving. Dette har både departementet og direktoratet fått tilrådninger om, blant annet fra ekstern kvalitetssikring og aktører i sektoren. Noen endringer i prosjektet kan ses på som uttrykk for at innspillene har blitt hørt – Akson har blitt delt opp i flere kontraktsområder, samhandlingsløsningen er ikke lenger en del av Akson, og det har blitt lagt inn nye stoppunkter i innføringsplanene.

Andre tilrådninger og innspill har ikke blitt tatt til følge. En vurderingsgruppe tilrådet i 2015 å gjennomføre en begrenset, tidlig utprøving (proof-of-concept), men det har ikke blitt lagt opp til at dette skal skje. Videre gjenstår journalløsningen i Akson som et eget, stort kontraktsområde. Dette betyr at det skal anskaffes en felles journalløsning levert av en hovedleverandør med underleverandører, som skal løse behovene til de 15 tjenesteområdene som finnes i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Legevakt, sykehjem og fastleger er eksempler på noen av disse tjenesteområdene. Løsningen kan bestå av flere systemer og leverandører, men skal henge sammen som en helhet. Kvalitetssikrer har inntrykk av at løsningen må ha høy grad av ferdigstillelse før innføringen starter.

Enkelte kommuner og Legeforeningen, som representerer noen av brukerne av løsningen, har ved flere anledninger uttrykt ønske om å håndtere gjennomføringsrisikoen ved at man for eksempel tar for seg ett og ett tjenesteområde, for eksempel ved å begynne med journalløsningen for sykehjem, deretter helsestasjon, og så videre. Dette har imidlertid ikke blitt tatt til følge av Direktoratet for e-helse med begrunnelse om at det ville gi lavere måloppnåelse. I senere tid, etter at prosjektet ble overført til kommunene, har den nye prosjektledelsen kommet med signaler om at endringer som tidligere har blitt avvist kanskje vil bli gjennomført likevel. Kommunene utreder nå ifølge Helse- og omsorgsdepartementet muligheten for dette.

Etter vår vurdering fremstår både kompleksiteten og gjennomføringsrisikoen i Akson som svært høy. Sett i lys av den store usikkerheten rundt gevinstberegninger for tidsbruk og deltakelse, mener vi at det er risiko for at man til slutt kan ende opp med et ulønnsomt prosjekt. Det å estimere gevinster fra teknologi som er i rask utvikling 20 år frem i tid, for et system som man hverken har anskaffet, utviklet, tilpasset eller konkretisert, og hvis funksjonalitet man ikke kjenner til, er etter vår vurdering en svært krevende øvelse, selv om det er i tråd med metodeverket for samfunnsøkonomisk analyse og statens prosjektmodell.

Vi mener det er positivt at noen innspill om oppdeling av prosjektet har blitt tatt til følge underveis. Samtidig registrerer vi også at dette først har skjedd en stund etter at innspillene har kommet. Det er viktig at godt begrunnede innspill om å redusere risiko vurderes nøye, og det kan være uheldig om det tar lang tid før de tas til følge, spesielt dersom de ender opp med å bli tatt inn likevel.

9.2.4 Konsekvensene for helsenæringen har ikke blitt tilstrekkelig utredet

Det er et mål å styrke helsenæringen særlig innen e-helse, med særlig vekt på innovasjon og et tettere samarbeid mellom næringslivet, helsetjenestene og andre aktører i sektoren. I tillegg skal utredningen av statlige tiltak belyse konsekvenser for privat og offentlig næringsvirksomhet. Samtidig var helse- og omsorgskomiteen, under behandling av stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal*, enig med meldingen om at de mange og spredte pasientjournalsystemene måtte reduseres, og at pasienters/brukeres helseopplysninger skulle samordnes i et integrert og helhetlig journalsystem. Ifølge komiteen måtte målet være at helseopplysninger skal følge pasienter overalt der behandling og annen helsehjelp skal ytes – uavhengig av hvor i systemet dette skal foregå.

I forbindelse med utarbeidelsen av 2015-utredningen ble det bestilt en analyse av det norske journalleverandørmarkedet fra markedsanalyse selskapet Gartner Group. Analysen vurderte at de norske og nordiske leverandørene ikke tilbyr funksjonalitet på linje med de ledende systemene internasjonalt, og at disse leverandørene ikke har høy nok finansiell styrke og utviklingskapasitet til å levere løsninger til samme funksjonelle nivå som de internasjonalt ledende løsningene. Analysen vurderte også at fremtidens marked ville domineres av større standardløsninger. Denne analysen har blitt gjengitt i flere av direktoratets utredninger og blitt benyttet som begrunnelse for at det norske/nordiske markedet har for liten investeringsevne til å gjøre et større funksjonelt løft, som følge av mange små aktører med begrenset inntjening.

Undersøkelsen viser at utredningene har fulgt denne retningen. Det blir vurdert i Akson-utredningen at det valgte konseptet vil ha konsekvenser for det eksisterende leverandørmarkedet for pasientjournaler og trolig føre til konsolidering. I konseptvalgutredningen kom det frem at konseptet som er valgt, innebærer en vesentlig endring av leverandørmarkedet som over tid kan innebære overgang til én leverandør. Videre antar konseptvalgutredningen at det kun vil være et fåtall tilbydere som vil være i stand til å innfri kravene til funksjonalitet. Direktoratet for e-helse presiserer her at forprosjektet for Akson i ettertid anbefalte at anskaffelsene for Akson skal deles opp, og at det bør legges til rette for at andre leverandører kan supplere denne funksjonaliteten.

Kvalitetssikrer påpeker at konseptvalgutredningen i liten grad diskuterer hvilke konsekvenser de ulike konseptene vil ha for leverandørmarkedet. Gevinstberegningene har ikke drøftet hvordan de ulike konseptene ivaretar muligheter for innovasjon. Leverandører vi har vært i kontakt med uttaler at signaler fra direktoratet om dagens marked har bidratt til å skape usikkerhet og stillstand i det norske markedet, og kan ha medført redusert investeringsvilje. Den internasjonale analysen i utredningene kartla også at flere andre land (Danmark, New Zealand, UK) har hatt en sterkere kobling enn Norge mellom satsing på e-helse og politikk for innovasjon og næringsutvikling.

Undersøkelsen viser videre at noen journalleverandører vi har vært i kontakt med, mener at utredningene rundt *En innbygger – én journal* har skapt uforutsigbare rammer og stillstand i det norske markedet. Abelia, som representerer innovasjonsbedrifter, har også uttalt at mulighetene for innovasjon i de ulike konseptene bevisst har blitt holdt utenfor den samfunnsøkonomiske analysen.

Det har også vært en uklar rollefordeling mellom helsemyndighetene og leverandørmarkedet i det nasjonale utviklingsarbeidet for e-helse, og deler av leverandørmarkedet mener at direktoratet har løst oppgaver som burde vært overlatt til markedet. Bransjeforeningen Abelia har meldt inn en sak til EFTA-domstolen fordi de mener at den offentlige finansieringen av e-helsetjenester regnes som statsstøtte, men fikk ikke medhold i dette.

Etter vår vurdering har nasjonale myndigheter her vært stilt overfor en målkonflikt. Stortinget har gitt uttrykk for at det er ønskelig å konsolidere og redusere antall journalsystemer, men også ønsket at e-helsenæringen skal styrkes. Tiltakets størrelse og betydning tilsier imidlertid at det som et minimum burde vært gjort et grundigere arbeid med å kartlegge konsekvensene for det eksisterende leverandørmarkedet, og beregnet gevinster knyttet til konseptenes muligheter for innovasjon. I tillegg mener vi at den langvarige utredningsprosessen og uklarheter rundt løsningsvalg gir risiko for at de eksisterende leverandørene ikke har investert så mye i løsningene sine som de ellers ville gjort. Dette kan ha gått ut over kvaliteten på sektorens eksisterende journalløsninger.

9.3 Helse- og omsorgsdepartementet har ikke ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte, og dette har forsinket arbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for å styre helse- og omsorgssektoren og for å følge opp Direktoratet for e-helse. Videre har departementet ansvar for å sikre at det foreligger et forsvarlig beslutningsgrunnlag før viktige avgjørelser skal tas, og for at vesentlige saksopplysninger rapporteres til Stortinget på en korrekt og utførlig måte.

Undersøkelsen viser at Helse- og omsorgsdepartementet har hatt en sentral rolle i å vurdere og bestemme hvordan utredningene fra Direktoratet for e-helse skal følges opp og kvalitetssikres. 2015-utredningen skulle egentlig kvalitetssikres på vanlig måte gjennom statens prosjektmodell for store statlige investeringer. Dette skjedde imidlertid ikke, ettersom utredningen innstilte på en utviklingsretning fremfor et konsept, og departementet ikke så det som naturlig å betrakte den som en «tradisjonell konseptvalgutredning».

I interne notater var departementet skeptisk til forsinkelsene kvalitetssikring ville medføre, og viste til forskning på at statens prosjektmodell var uegnet for IT-prosjekter. For å støtte sine vurderinger nedsatte departementet en ekstern vurderingsgruppe som besto av ledere for store offentlige virksomheter, og disse avholdt fem møter som resulterte i tre notater med anbefalinger. 2015-utredningen ble altså ikke kvalitetssikret med samme omfang som Statens prosjektmodell legger opp til.

Selv om 2015-utredningen ikke ble betraktet som en konseptvalgutredning, valgte Helse- og omsorgsdepartementet likevel å gi en bestilling til Direktoratet for e-helse som tilsvarte et forprosjekt i juni 2016, for tiltaket som senere fikk navnet Akson. I halvannet år, parallelt med at forprosjektet pågikk, argumenterte departementet i flere notater for at det ville være mest fornuftig å hoppe over konseptvalgutredning (KVU) og ekstern kvalitetssikring (KS1) for Akson, og heller gå rett på forprosjekt og kvalitetssikring av styringsunderlag og kostnadsoverslag (KS2). Også denne gangen argumenterte departementet for at tradisjonell kvalitetssikring ville forsinke tiltaket.

Etter at forprosjektet hadde pågått i halvannet år, kom departementet frem til at det likevel måtte gjennomføres en konseptvalgutredning for Akson. Dette forsinket Akson-utredningen med minst ett år. Konseptvalgutredningen ble deretter utført på bare fire måneder. Da forprosjektet startet opp igjen, tok det kortere tid å ferdigstille det fordi direktoratet bygde videre på forprosjektarbeid de hadde gjort før konseptvalgutredningene. Altså ledet konseptvalgutredningen, som ble utført hurtig, til valg av et konsept som direktoratet allerede hadde brukt halvannet år på å utforske og utdype. Da konseptvalgutredningen var ferdig, fortsatte direktoratet videre på jobben de tidligere hadde satt på vent.

Etter vår vurdering har Helse- og omsorgsdepartementets beslutninger om kvalitetssikring av utredningene, og senere omgjøring av de samme beslutningene, hatt tre konsekvenser:

1. **Forsinkelse:** En allerede langvarig utredningsprosess har tatt lenger tid enn den kunne og burde.
2. **Vanskelige rammevilkår for utredning:** Forsinkelsen har gitt Direktoratet for e-helse vanskelige rammevilkår for å utføre utredningsarbeid, og trolig ført til oppfatninger om tidsnød som kan ha begrenset muligheten for å utforske mulighetsrommet og ivareta perspektivene om plattform-/økosystem som fremkommer i første delpunkt i denne vurderingen.
3. **Svekket legitimitet:** Utredningenes legitimitet og nøytralitet blir satt på spill, ettersom detaljering av et konsept som senere ble valgt pågikk i 1,5 år *før* man utforsket mulige konsepter.

Undersøkelsen viser videre at noen vesentlige saksopplysninger fra kvalitetssikringen av utredningene enten har blitt rapportert til Stortinget sent, ikke i det hele tatt, eller på en begrenset måte. Risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble for eksempel frem til 2020 i liten grad rapportert videre.

Sett i sammenheng med den ovennevnte håndteringen av beslutninger rundt kvalitetssikring og oppfølging, har Helse- og omsorgsdepartementet etter vår vurdering ikke ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte.

9.4 Flere tiltak og prosjekter som er forutsetninger for å lykkes med *Én innbygger – én journal*, har ikke hatt høy nok fremdrift

9.4.1 Noen av de nasjonale e-helseløsningene har hatt for lav fremdrift

I forbindelse med behandling av stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal* understreket helse- og omsorgskomiteen at dagens aktiviteter innen feltet ikke måtte stoppe opp, og at det i det videre arbeidet måtte tenkes langsiktig og kortsiktig på én gang. For eksempel skulle initiativene for bedre elektronisk samhandling fortsette, og omfanget av kjernejournalen skulle gradvis videreutvikles og utvides. Senere ga komiteen føringer om at regjeringen skulle prioritere arbeidet med en felles legemiddelliste.

Direktoratet for e-helse har i store deler av undersøkelsesperioden hatt ansvar for drift og utvikling av de nasjonale e-helseløsningene. Norge har i dag flere nasjonale e-helseløsninger for helsesektoren. Disse har som formål å understøtte sektorens felles behov, og skal komme innbyggere, pasienter, pårørende, helsepersonell og samfunnet for øvrig til gode. De nasjonale e-helseløsningene har de siste årene hatt sterk vekst i bruk. De viktigste nasjonale e-helseløsningene er:

- **Helsenorge.no**, som er en tjenesteportal for innbyggere.

- **E-resept** har gjort det mulig å hente ut legemidler uten papirresept. E-resept inkluderer også **Pasientens legemiddelliste (PLL)**, som skal gjøre det mulig å hente informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker, samt annen relevant legemiddelinformasjon. Listen er fortsatt under utvikling.
- **Kjernejournal** sammenstiller viktig informasjon og kritiske opplysninger fra flere kilder, slik at den er tilgjengelig der den trengs, for eksempel på legevakt. Løsningen ble brukt som utgangspunkt for funksjonalitet for å vise testresultat for covid-19. Det pågår nå utprøving av ny funksjonalitet som legger til rette for deling av annen type informasjon, slik som dokumenter.
- En ny **samhandlingsløsning**, som i større grad skal knytte sektorens ulike journalsystemer sammen, er under planlegging. Denne skal ta utgangspunkt i løsningene over.

Undersøkelsen viser at noen av de nasjonale e-helseløsningene har hatt lav fremdrift, og at de regionale helseforetakene mener at disse ikke har hatt høy nok prioritet.

Pasientens legemiddelliste skulle egentlig ha blitt innført allerede i 2018, men har stadig blitt forsinket. Legemiddellisten skal redusere antall pasientskader, og har derfor i flere år vært blant tiltakene som aktører i sektoren er mest opptatt av å realisere for å bedre pasientsikkerhet. Flere aktører i sektoren mener at legemiddellisten ikke har vært prioritert i tråd med viktigheten den har, og at finansieringen ikke har vært tilstrekkelig.

I 2020 ble legemiddelprogrammet evaluert, og tekniske utfordringer, dårlig programstyring, lite smidig gjennomføringsstrategi og en lite gjennomtenkt løsningsarkitektur har blitt vist til som årsaker. Helse- og omsorgsdepartementet erkjenner at legemiddelprogrammet som ble opprettet i 2019 i Direktoratet for e-helse ikke var tilstrekkelig organisert for å ivareta denne kompleksiteten, og har iverksatt en replanlegging av legemiddelprogrammet.

Helt siden det i 2016 ble besluttet at man skulle begynne med en ny kommunal journalløsning fremfor en felles løsning for hele sektoren, har det vært klart at løsningsbildet ville bestå av flere separate journalsystemer. Konseptene som har blitt valgt både i 2015-utredningen og i Akson-utredningen, har forutsatt at det blir opprettet en **ny samhandlingsløsning** som kan håndtere og legge til rette for informasjonsflyt mellom de ulike systemene.

Samhandlingsløsningen er fortsatt under utredning, og i liten grad konkretisert. Den skulle egentlig bli nærmere konkretisert i forbindelse med forprosjektet for Akson i 2020, men Direktoratet for e-helse tok samhandlingsløsningen ut av forprosjektet før det ble levert, og kvalitetssikrer kunne ikke se at dette avvirket var beskrevet. Forprosjektet foreslo opprinnelig at løsningen skulle utredes videre og være klar i 2025, altså *etter* at Akson journal skulle være implementert, noe kvalitetssikrer mente var for sent og i feil rekkefølge. Departementet var enig i dette, og innføringen har blitt fremskyndet slik at et konsept skal velges i 2021.

Riktig bruk og videreutvikling av de nasjonale e-helseløsningene har avgjørende betydning for sektorens fremtid uansett hvilken løsning man ender opp med til slutt, og utgjør dermed grunnleggende forutsetninger for å nå målene i *Én innbygger – én journal*.

Vi vurderer at mangelfull styring delvis har bidratt til at legemiddellisten er blitt forsinket. Selv om kompleksiteten i å innføre en slik løsning er stor, er pasientskader som følge av dårlig oversikt over legemidler en stor utfordring for pasientsikkerheten. Vi mener også det er uheldig at Direktoratet for e-helse i 2020 gjorde en aktiv nedprioritering av samhandlingsløsningen i forprosjektet for Akson – spesielt ettersom behovet for en slik løsning da hadde vært kjent i nesten fem år.

Samtidig ser vi på det som positivt at samhandlingsløsningen har blitt fremskyndet, at det foregår utprøving av ny funksjonalitet gjennom kjernejournal, og at legemiddelprogrammet har gjennomgått en replanlegging.

9.4.2 Direktoratet for e-helse har hengt etter i noen deler av arbeidet med å utvikle standarder, kodeverk og terminologi

Direktoratet for e-helse har ansvar for en rekke nasjonale tjenester og fellesoppgaver som aktørene i helsesektoren har nytte av. Dette gjelder blant annet utviklingstiltakene som sorteres under det som har fått navnet **felles grunnmur**. Grunnmuren inkluderer blant annet utvikling og tilpasning av nye standarder og felleskomponenter. Overgangen til en mer strukturert journal og beslutningsstøtte avhenger videre av at det kommer på plass nytt kodeverk og ny terminologi som understøtter slik funksjonalitet. Beslutningsstøtte er

også avhengig av at det foreligger nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, og dette er det Helsedirektoratet som har ansvar for.

Undersøkelsen viser at Direktoratet for e-helse henger etter med å videreutvikle standarder, kodeverk og terminologi, og at de regionale helseforetakene setter et spørsmålstegn ved hvor høyt dette arbeidet faktisk blir prioritert. Manglene kommer delvis som følge av rammebetingelser for grunnmurstiltakene, slik som uavklarte finansieringsmodeller, og de regionale helseforetakene understreker at arkitektur- og standardmiljøet i direktoratet arbeider godt. Likevel gir de regionale helseforetakene klart uttrykk for at de har behov for leveranser fra nasjonale myndigheter på flere områder for å unngå å gjøre jobben på egen hånd:

- Flere referansearkitekturer og veiledere må på plass.
- Gamle og særnorske samhandlingsstandarder må erstattes av internasjonale standarder.
- Kodeverk og terminologi, slik som SNOMED CT, må oversettes og tilpasses en norsk kontekst.
- Felleskomponenter og fellesregistre, som Helse-ID og grunndata/organisasjonsregister, må fullføres og innføres.
- Helseplattformen har støtt på utfordringer fordi de nasjonale kliniske retningslinjene fra Helsedirektoratet ikke foreligger i et digitalt og maskinlesbart format.

Direktoratet for e-helse har flere oppgaver som må løses på vegne av sektoren, og spiller på dette området en svært viktig rolle. Vi mener at noen av disse tiltakene, som viktige aktører i sektoren har behov for, henger etter i utviklingsarbeidet. Samtidig vurderer vi at dette også kan skyldes samfinansieringsutfordringene som beskrives i neste punkt.

9.5 Rollen til nasjonale myndigheter er ikke tydelig definert, og mekanismene for styring, prioritering og forankring av e-helseutviklingen er ikke effektive nok

En innbygger – én journal består av svært mange ulike prosjekter og utviklingstiltak som skal dra i samme retning. Måten disse prosjektene og tiltakene koordineres, styres og prioriteres på har derfor stor relevans for sannsynligheten for å nå det langsiktige målbildet. Til dette formålet har det blitt opprettet en nasjonal styringsmodell, som blant annet består av flere utvalg hvor aktørene i sektoren er representert:

- **Nasjonalt e-helsestyre** består av toppledelsen fra aktører i helse- og omsorgssektoren for å samordne og styre e-helseutviklingen i Norge.
- **Prioriteringsutvalget (NUIT)** innstiller årlig prioritering av nasjonal e-helseportefølje, og gir råd og anbefalinger i taktiske og **strategiske** problemstillinger.
- **Fagutvalget (NUFA)** gir råd og faglige vurderinger knyttet til e-helse, og består av fagpersoner innen helsefag og IT-arkitektur.

I tillegg kan Helse- og omsorgsdepartementet styre sektoren gjennom lov og forskrift eller gjennom de etablerte styringslinjene for de underliggende virksomhetene.

9.5.1 Den nasjonale styringen har ikke ført til økt gjennomføringsevne

Helse- og omsorgskomiteén har ved flere anledninger uttalt at et stort antall selvstendige aktører over tid har ført til lav gjennomføringsevne og en lite koordinert utvikling av IT i helse- og omsorgssektoren, og at det er nødvendig med bedre organisering, koordinering, tydelig rolle- og oppgavedeling og sterkere nasjonal styring av sektoren for å bøte på dette.

Undersøkelsen viser at flere av de viktigste fellestiltakene og e-helseløsningene i sektoren, slik som Felles grunnmur og Pasientens legemiddelliste, har hatt problemer med manglende fremdrift, og at en årsak som går igjen i stor grad er manglende finansiering. Dette skyldes at de nasjonale fellestiltakene i stor grad har vært avhengig av samfinansiering fra aktørene i sektoren for å komme videre, men dette har ikke vært en tilstrekkelig og forutsigbar nok finansieringskilde.

Et av tiltakene som Direktoratet for e-helse har iverksatt for å øke gjennomføringsevnen, har vært opprettelse av den nasjonale styringsmodellen. Utvalgene i styringsmodellen skal blant annet gi innspill til

tiltak i den nasjonale e-helseporteføljen som bør prioriteres. Imidlertid viser undersøkelsen at både Direktoratet for e-helse selv og flere aktører i sektoren oppfatter at den nasjonale styringsmodellen ikke har økt sektorens gjennomføringsevne. Videre har aktørene i sektoren vært kritiske til en manglende sammenheng mellom de nasjonale e-helsetiltakene som utvalgene har prioritert høyest – tiltak som er forutsetninger for samhandling – og gjennomføring av disse tiltakene.

For å øke gjennomføringsevnen og sikre mer stabil finansiering har Direktoratet for e-helse videre utredet og foreslått flere endringer som utvider både det nasjonale nivåets rolle, mandat og disponible virkemidler. Nye finansieringsmodeller og økt grad av obligatorisk samfinansiering har også blitt foreslått. Mange av forslagene ble til slutt videreført av departementet i forslag til ny e-helselov, som ga sterkere lovhjemler til Direktoratet for e-helse, påla aktørene å melde inn prosjekter av nasjonal betydning i den nasjonale porteføljen, og ga muligheter for pålegg om bruk og betaling av nasjonale e-helseløsninger.

Lovforslaget møtte imidlertid sterk motstand i sektoren under høringsrunden, og lovforslaget ble trukket etter at det ikke lenger hadde støtte i Stortinget. Tilbakemeldingene fra aktørene var at lovforslaget ville ha uklare konsekvenser og uklart omfang, og det ble oppfattet at juridiske pålegg i liten grad ville løse sektorens utfordringer. Videre ble det vist til at sterkere nasjonal styring ville komme i konflikt med virksomhetenes selvstendige ansvar for å løse samfunnsoppgaver, og at betalingsplikt innenfor e-helse uten kompensasjon ville medføre omdisponering av ressurser fra andre områder.

Kjernen i motstanden ligger i en prinsipiell uenighet om hvordan rolle- og ansvarsdelingen mellom nasjonalt og lokalt/regionalt nivå bør være. De fleste aktørene i sektoren er enige om at nasjonalt nivå spiller en viktig rolle, og støtter det overordnede målet om at det trengs bedre samhandling og samordning blant aktørene innen e-helseområdet. For eksempel støtter aktørene at nasjonale myndigheter stiller krav til bruk av standarder og tar ansvar for å utvikle og tilpasse standarder, felleskomponenter og fellesløsninger. Imidlertid synes det å være en oppfatning om at styringstiltak som gjøres *utover* dette, vil være for inngripende.

Proessen rundt e-helseloven vitner om at nasjonale myndigheter har vurdert og tatt Stortingets overordnede signaler om sterkere styring på alvor. Samtidig viser den sterke motstanden i sektoren at grepene har kommet i konflikt med det aktørene oppfatter som legitimt og hensiktsmessig. Etter vår vurdering viser dette at rolle- og arbeidsdelingen mellom staten og resten av sektoren ikke er avklart.

Helse- og omsorgssektoren er kompleks og består av mange selvstendige aktører med ulike styringslinjer. Det er derfor viktig at nasjonale myndigheter identifiserer hvilke sentrale beslutninger som må tas, for å sikre en effektiv styring for å nå målene i *Én innbygger – én journal*. Undersøkelsen viser at avklaringer knyttet til rollefordeling, finansiering og gode mekanismer rundt prioritering er avgjørende for å sikre god fremdrift.

Manglende avklaring på disse områdene har etter vår vurdering ført til at gjennomføringsevnen ikke har økt. Dette skyldes særlig at man ikke har lyktes med å sikre gode finansieringsmodeller. Samtidig har aktørenes opplevelse av mangel på innflytelse over hvordan samfinansieringsmidlene brukes, etter vår vurdering ført til at frivillig samfinansiering ikke har hatt større effekt. Dette har svekket den grunnleggende forutsetningen for samstyring, som handler om at aktørene må oppleve at de oppnår mer sammen enn hver for seg. Vi vurderer det som uheldig at mange aktører i sektoren opplever at de ikke har tilstrekkelig medinnflytelse på nasjonale prioriteringer.

9.5.2 Den nasjonale styringsmodellen er et steg i riktig retning, men har svakheter når det gjelder forankring og prioritering

Ved forslag til endringer er det krav om at parter som blir berørt i både offentlig og privat sektor, skal bli involvert. Dersom det er snakk om tiltak som vil ha vesentlige virkninger, skal de normalt legges ut på høring. Direktoratet for e-helse skal samarbeide tett med aktørene, involvere interessenter, og legge til rette for felles prioriteringer, motivere, forberede og støtte sektoren i gjennomføringen av tiltakene som har blitt prioritert. Videre må direktoratet sikre at forslag til nasjonale tiltak er godt forankret i sektoren.

Undersøkelsen viser at Direktoratet for e-helse har vurdert at mangelfull forankring er en betydelig risiko for gjennomføringen av *Én innbygger – én journal*. Derfor har direktoratet opprettet den nasjonale styringsmodellen, som gjennom bred deltakelse fra aktører i sektoren skal bidra til at disse får økt innflytelse på den nasjonale e-helseutviklingen, og sikre forankring av nasjonale veivalg. Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet har først og fremst benyttet denne modellen som mekanisme for å forankre beslutninger fremfor tradisjonelle høringsrunder.

Undersøkelsen viser at etableringen av nasjonal styringsmodell oppleves å gi positive effekter, slik som blant annet bedre koordinering, representasjon og synliggjøring av kommunenes behov, og som arena for dialog om e-helseutviklingen. Imidlertid viser undersøkelsen også at den nasjonale styringsmodellen har svakheter med hensyn til forankring:

- Aktørene opplever lav grad av medinnflytelse på nasjonale prioriteringer.
- Kommunesektoren understreker at styringsmodellen alene ikke er tilstrekkelig, og ønsker mer direkte dialog med Helse- og omsorgsdepartementet (for eksempel gjennom en konsultasjonsplikt).
- Sakspapirer er svært omfattende og oversendes i snitt 8–12 dager før utvalgsmøtene, og dette er for kort tid til at kommunesektoren får forankret beslutninger innad og mellom hverandre.
- Aktørene mener det er for mange orienteringssaker og for få drøftings- og *tilslutningssaker*.
- Fokuset på konsensus kan medføre utydelighet rundt hva man er enig og uenig om, og kompromisser som ikke gir en klar retning. Noen aktører opplever at diskusjoner og *uenigheter* ikke gjengis i stor nok grad i referatene, og at de i liten grad løftes videre til departementet.
- Det har etter hvert blitt etablert mange underutvalg, noe spesielt kommunene opplever som krevende.

Etableringen av nasjonal styringsmodell er etter vår vurdering et steg i riktig retning ved at den legger gode strukturelle rammer for koordinering og forankring av e-helseutviklingen blant aktørene i sektoren. Imidlertid opplever flere aktører at de ikke har reell innflytelse. Dette gjør at styringsmodellen blir brukt som en legitimerings- og konsultasjonsordning fremfor en reell konsensusmodell. Dette mener vi er en hindring for effektiv koordinering av området.

Undersøkelsen viser videre at høringer av vesentlige tiltak sjelden gjennomføres innen e-helse, og flere aktører opplever å bli invitert til å gi innspill innenfor korte frister på uferdige dokumenter. Flere gir uttrykk for at høringer bør brukes i større grad for å gi aktørene reell uttalerett, og nevner Akson som et eksempel på et vesentlig tiltak som kunne blitt lagt ut på høring. Styringsmodellen er etter vår vurdering ikke en fullverdig erstatning for det tradisjonelle høringsinstituttet. Høringer er for eksempel åpne for alle, mens bare utvalgte aktører sitter i de nasjonale utvalgene. Motstanden som fremkom i høringsrunden for e-heselloven er et tydelig eksempel på at det er større uenigheter og uavklarte spørsmål i sektoren enn utvalgsreferater gir uttrykk for. Etter vår vurdering har høringer av vesentlige tiltak blitt for lite brukt. Dette kunne bidratt til å sikre et bedre beslutningsgrunnlag.

10 Referanseliste

Stortingsdokumenter

Stortingsmeldinger

- Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*.
- Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen*.
- Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*.
- Meld. St. 18 (2018–2019) *Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester*.

Proposisjoner til Stortinget

- Prop. 1 S (2012–2013) *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Prop. 1 S (2014–2015) *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Prop. 1 S (2015–2016) *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Prop. 1 S (2016–2017) *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Prop. 1 S (2017–2018) *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Prop. 1 S (2018–2019) *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Prop. 1 S (2019–2020) *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Prop. 1 S (2020–2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Prop. 72 L (2013–2014) *Pasientjournalloven og helseregisterloven*.
- Prop. 51 L (2015–2016) *Lov om offentlige anskaffelser*.
- Prop. 65 L (2019–2020) *Lov om e-helse (e-helseloven)*.

Innstillinger fra Stortinget

- Innst. 224 S (2012–2013), jf. Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*.
- Innst. 11 S (2014–2015), jf. Prop. 1 S (2014–2015) *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Innst. 151 S (2015–2016), jf. Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen*.
- Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.
- Innst. 84 S (2016–2017), jf. Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge*.
- Innst. 453 S (2016–2017), jf. Meld. St. 27 (2016–2017) *Industrien – grønnere, smartere og mer nyskapende*.
- Innst. 11 S (2017–2018), jf. Prop. 1 S (2017–2018) *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Innst. 59. S (2020–2021), jf. Meld. St. 6 (2020–2021) *Tilbaketrekning av Prop. 65 L (2019–2020) Lov om e-helse (e-helseloven)*.

Lover og forskrifter

- Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren.
- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven).
- Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven).
- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven).

Reglementer, rundskriv, instruksjer, veiledere og rutiner

- Bestemmelser om økonomistyring i staten (økonomibestemmelsene).
- Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen).
- Reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet).
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (2021) *Veileder til utredningsinstruksen*.
- Finansdepartementet (2014) *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv*. Rundskriv R-109/2014.
- Finansdepartementet (2019) *Rundskriv R-108/19. Statens prosjektmodell – Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten*.
- Finansdepartementet (2020) *Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell*. Veileder.

Rapporter og evalueringer

- Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*.
- Boston Consulting Group (2020) *Evaluering av legemiddelområdet: Oppsummerende notat*.
- Direktoratet for e-helse (2017) *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*.
- Direktoratet for e-helse (2017) *Handlingsplan for e-helse 2017–2022*.
- Direktoratet for e-helse (2017) *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren*.
- Direktoratet for e-helse (2017) *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017–2022*. Versjon 1.0.
- Direktoratet for e-helse (2017) *Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet*.
- Direktoratet for e-helse (2018) *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør. Anbefaling om ny e-helseorganisering med tilhørende styrings- og finansieringsmodeller*.
- Direktoratet for e-helse (2018) *Evaluering av EPJ-løftet*.
- Direktoratet for e-helse (2018) *Nasjonal arkitekturstyring i helse- og omsorgssektoren*.
- Direktoratet for e-helse (2018) *Referansearkitektur for datadeling*.
- Direktoratet for e-helse (2018) *Referansearkitektur for dokumentdeling*.
- Direktoratet for e-helse (2018) *Utviklingstrekk 2018 – Beskrivelse av drivere og trender relevant for e-helse*.
- Direktoratet for e-helse (2018) *Veikart og planer for e-helsestandarder 2018–2022*.
- Direktoratet for e-helse (2019) *Market Dialogue. Planning project for a national electronic health record for primary care services and a national health sector information exchange*.
- Direktoratet for e-helse (2019) *Målarkitektur for nasjonal dokumentdeling* Versjon 1.0.
- Direktoratet for e-helse (2019) *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022. E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*. Oppdatert 2019.
- Direktoratet for e-helse (2019) *Ny e-helseorganisering – tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*.
- Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for e-helse 2019–2022 (oppdatert versjon 2019)*.
- Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten*.
- Direktoratet for e-helse (2019) *Statusrapport for nasjonal e-helseportefølje*.
- Direktoratet for e-helse (2020) *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021–2025*.
- Direktoratet for e-helse (2021) *Nasjonal e-helseportefølje*.
- Direktoratet for e-helse (2021) *Utviklingstrekk 2021: E-helsetrender*.
- EY (2016) *Kartlegging av tid og kostnader ved KS-ordningen*.
- EY (2020) *How will you design information architecture to unlock the power of data? Creating the right data environment for a connected health ecosystem*.
- Gartner (2013) *Save Costs and Optimize Service Delivery by Limiting Your Data Center Topology to Two per Continent*.
- Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF (2019) *Felles plan 2019. Grensesnitt med nasjonale løsninger og overgang til strukturert journal*.
- Menon Economics (2020) *Helsenæringens verdi 2020*.

Interne notater

- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Utredning av Én innbygger – én journal. Forslag til kvalitetssikring av forstudierapport*. Sak 2013/648. Internt notat fra Administrasjonsavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet til departementsråden, 26.10.2015.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Talepunkter for statsrådens telefon til Helse Midt-Norge ifbm. oppfølging av forstudierapport om Én innbygger – én journal*. Notat til statsråden via departementsråden, 26.02.2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Én innbygger – én journal*. Sak 2016/732, Notat til Finansdepartementet fra E-helseavdelingen, 09.05.2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Arbeidet med Én innbygger – én journal. Informasjon til møte med FIN*. Sak 2016/4582. Internt notat fra E-helseavdelingen til departementsråden, 12.06.2017.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Informasjon om EIEJ – Flak ifbm. møte med depråd KMD 08.02.17*. Sak 2016/4582. Notat fra E-helseavdelingen til departementsråd i HOD før møte med departementsråd i KMD 06.02.2017.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Én innbygger – én journal – Kvalitetssikring av det videre arbeidet*. Sak 2016/4582. Notat til Finansdepartementet fra E-helseavdelingen, 13.11.2017.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Kvalitetssikring Én innbygger – én journal (EIEJ). Orientering om arbeid med kvalitetssikring av tiltaket*. Sak 16/4582. Internt notat til E-sjefsmøte, 01.03.2017.

Kvalitetssikringsdokumenter

- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Én innbygger – én journal: Første konklusjoner fra vurderingsgruppen 28.02.2016*, Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet 28.02.2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Én innbygger – én journal: Innspill fra vurderingsgruppa 02.06.2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, 02.06.2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Én innbygger – én journal: Innspill fra vurderingsgruppa 17.10.2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, 17.10.2016.
- Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a.
- Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b.

Årsrapporter, instrukser, protokoller og tildelingsbrev

- Direktoratet for e-helse (2018) *Årsrapport for Direktoratet for e-helse 2017*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Statsbudsjettet 2016 – Kap. 701 Direktoratet for e-helse – tildelingsbrev*. Brev til Direktoratet for e-helse, 17.12.2015.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Én innbygger – én journal – videre arbeid, sak 2016/1347*. Oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse. 22.06.2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF*. 22.06.2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016-2021) *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 og 2021*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Protokoll fra foretaksmøte. Krav og rammer m.v. for 2017*.
- Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 16.01.2020.
- Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 17.12.2015.

Brev

- Abelia (2018) *E-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.
- Abelia (2020) *Én innbygger, én journal – et bærekraftig veikart for Akson*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 06.09.2020.
- Abelia (2020) *Forespørsel om møte: et bærekraftig veikart for Akson*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 08.09.2020.
- Abelia og Norway Health Tech (2018) *E-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.
- Apotekforeningen, Fysioterapeutforbundet, Legeforeningen, Psykologforeningen og Tannlegeforeningen (2019) *Ønske om forbedring av høringsprosesser*. Brev til Direktoratet for e-helse, 04.06.2019.
- Den norske legeforening (2018) *Legeforeningens innspill til Konseptbeskrivelse for terminologi i EPJ*. Brev til Direktoratet for e-helse, 26.10.2018.
- Den norske legeforening (2019) *Kvalitetssikring av konseptvalgutredningen av nasjonal kommunal løsning for én innbygger – én journal – Legeforeningens innspill*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 24.01.2019.
- Den norske legeforening (2020) *Legeforeningen om forprosjekt felles kommunal journalløsning ("Akson journal")*. Brev til medlemmer om Akson, 02.06.2020.

- Den norske legeforening (2020) *Legeforeningen om forprosjekt felles kommunal journalløsning ("Akson journal")*. Brev til medlemmer, 02.06.2020.
- Den norske legeforening, Den norske tannlegeforening og Fagforbundet (2020) *Akson kan reddes – hvis helsearbeidere og IT-arkitekter samarbeider tett basert på moderne teknologiforståelse*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 06.10.2020.
- Direktoratet for e-helse (2016) *Vurdering av pågående program i Midt-Norge og det nasjonale arbeidet med «Én innbygger – én journal»*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 18.04.2016.
- Direktoratet for e-helse (2017) *Budsjett 2018 – behov for samfinansiering av forvaltning av helsenorge.no og utvalgte program/prosjekt i nasjonal e-helseportefølje*. Brev til AD-møtet for RHFene, 22.05.2017.
- Direktoratet for e-helse (2018) *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 16.04.2018.
- ESA (2019) *eHealth*, brev til Nærings- og fiskeridepartementet 10.07.2019 om avgjørelse No 057/19/COL.
- Helse Midt-Norge RHF (2015) *Innspill til utredning EIEJ styringsgruppemøte 5. og 6. november*. Brev til Helsedirektoratet, 05.11.2015.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – oppdrag til Helsedirektoratet*. Brev til Helsedirektoratet, 08.02.2013.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Norsk Helsenetts innspill til utredning av «én innbygger – én journal»*. Notat fra styringsgruppen til Norsk Helsenett vedrørende kjernesystem. 09.11.2015
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Oppfølging av utredningen av Én innbygger – én journal, vurdering av Helse Midt-Norges rolle*. Brev til Direktoratet for e-helse, 01.03.2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til kontroll- og konstitusjonskomiteen, 13.11.2020.
- IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.
- Kontroll- og konstitusjonskomiteen (2020) *Vedr. nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 03.11.2020.
- KS (2018) *Samstyring i digitaliseringsarbeidet – prinsipper, mekanismer og tiltak*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 06.12.2018.
- Nasjonalt senter for e-helseforskning (2020) *Innspill til Akson*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 14.08.2020.
- Norsk Helsenett SF (2015) *Innspill til styringsgruppen for én innbygger – én journal*, 25.09.2015.
- Trondheim kommune (2016) *Avklaring av status vedr. Trondheim kommunes tilslutning til samarbeidsavtalen med Helse Midt-Norge RHF om forberedelse og gjennomføring av anskaffelse om nytt felles pasientjournalssystem*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 08.02.2016.

Utredningsdokumenter

- Helsedirektoratet (2013) *Utredning av «Én innbygger – én journal»*. Hovedrapport fase 1.
- Helsedirektoratet (2014) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 1.4 IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren*.
- Gartner (2014) *Gartner survey of EHR suppliers and systems in the Norwegian market*. Rapport utarbeidet for Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, vedlegg 1.6 til Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*.
- Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Sammendrag*.
- Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 1.1 Interessentgruppebaserte behov*.
- Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 1.8 Beslutningsstøtte*.
- Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 2 Overordnet strategi og krav*.
- Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 3 Mulighetsstudie*.
- Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 4 Alternativanalyse*.
- Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 4.1 Detaljering av konsepter*.
- Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 4.3 Kostnadsestimater*.

- Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 5 Føringer for videre arbeid.*
- Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 6 Internasjonal analyse.*
- Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «Én innbygger – én journal» – Vedlegg 6.1. Internasjonale erfaringer.*
- Helsedirektoratet og KS (2014) *Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten – Status, utfordringer og behov.*
- Direktoratet for e-helse (2016) *«Én innbygger – én journal» – Vurdering av Helseplattformen i Midt-Norge som startpunkt i den nasjonale utviklingsretningen mot realisering av målbildet i «Én innbygger – én journal».*
- Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Hovedrapport.*
- Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg B Mulighetsstudie.*
- Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg C Detaljerte konseptbeskrivelser til alternativanalysen.*
- Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg D Kost- og nyttevurderinger.*
- Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg J Organisering av arbeidet.*
- Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.*
- Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg B Organisering av arbeidet.*
- Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg E Kontraktstrategi.*
- Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg F Nødvendigheten av å pålegge plikt til å bruke den felles kommunale journalløsningen.*
- Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg G Løsningsomfang og arkitektur.*
- Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse.*
- Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg Q Felles dokument fra KS, Direktoratet for e-helse og utvalgte kommuner vedrørende arkitektur for Akson.*

Høringer og høringsvar

- Den norske legeforening (2018) *Legeforeningens høringsvar om regionale utviklingsplaner 2035 for Helse Nord, Helse Midt og Helse Sør-Øst.* 18.10.2018.
- KS (2019) *Høring ny e-helselov med endring av forskrift – KS' høringsuttalelse.* Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 13.12.2019.
- Helse Midt-Norge RHF (2020) *Høringsuttalelse til forslag til ny e-helselov.*
- Helse Nord RHF (2020) *Høringsuttalelse til forslag til ny e-helselov.*
- Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF (2018) *Tilbakemelding på forslag til finansieringsmodell for nasjonale ehelseløsninger og Direktoratet for e-helses forslag til samfinansiering.* Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.05.2018.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Forslag til lov om e-helse (e-helseloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering.*
- Helse Sør-Øst RHF (2020) *Høringsuttalelse til forslag til ny e-helselov.*
- Helse Vest RHF (2020) *Høringsuttalelse til forslag til ny e-helselov.*
- Oslo kommune (2020) *Høringsuttalelse til forslag til ny e-helselov.*

Forskning, artikler, bøker og faglige tidsskrifter

- Agarwal, R. & Tiwana, Amrit (2015) *Editorial–Evolvable Systems: Through the Looking Glass of IS*. I: Information Systems Research, INFORMS, Vol. 26(3), September 2015, side 473–479.
- Ali, M. & Miller, L. (2017) *ERP system implementation in large enterprises – a systematic literature review*. I: Journal of Enterprise Information Management, Vol. 30 Issue 4, 2017, side 666–692.
- Amdam, R. og Bergem, R. (2008) *Kriterium for evaluering av partnerskap og planlegging i kommunalt folkehelsearbeid*. Arbeidsrapport nr. 222. Høgskulen i Volda/Møreforskning (2008:21,30).
- Bansler, J. P. (2021) *Challenges in user-driven optimization of EHR: A case study of a large Epic implementation in Denmark*. I International Journal of Medical Informatics, nettutgave (i forkant av trykk i vol. 148 april 2021), januar 2021, <<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104394>>.
- Budzier, A. & B. Flyvbjerg (2011) *Double whammy – How ICT projects are fooled by randomness and screwed by political intent*. Saïd Business School Working Papers. Oxford: University of Oxford.
- Budzier, A. & B. Flyvbjerg (2013) *Making sense of the impact and importance of outliers in project management through the use of power laws*. Conference: IRNOP (International Research Network on Organizing by Projects) Volume: 11.
- Bygstad, B. og Hanseth, O. (2016) *Governing e-Health Infrastructures: Dealing with Tensions*.
- Bygstad, B. og Iden, J. (2017) *Styringsmodeller for digitalisering*.
- Ceccagnoli, M. et. al. (2012) *Cocreation of Value in a Platform Ecosystem: The Case of Enterprise Software*. I: MIS Quarterly, Vol.36, March 2012, side 263–290.
- Eisenmann, Thomas R., Geoffrey Parker, and Marshall Van Alstyne (2009) *Opening Platforms: When, How and Why?* Kapittel 6 i Platforms, Markets and Innovation. Annabelle Gawer (red.). Cheltenham, U.K. and Northampton, MA: Edward Elgar Publishing.
- El Emam, K. and A. G. Koru (2008) *A replicated survey of IT software project failures*. IEEE Software 25(5): side 84–90.
- Finne, Håkon (2019) *Styring og gjennomføring av store statlige IKT-prosjekter: Eksperters erfaringer og vurderinger*. Concept-rapport nr. 56, 06.2019.
- Flyvbjerg, B. & A. Budzier (2011) *Why your IT project may be riskier than you think*. Harvard Business Review, side 89, 601–603.
- Flyvbjerg, B. & Budzier, A. (2011) *Why Your IT Project May Be Riskier Than You Think*. I: Harvard Business Review, September 2011.
- G. G. Parker, M. Van Alstyne, and P. C. Choudary (2016) *Pipelines, Platforms, and the New Rules of Strategy*, Harvard Business Review, vol. April.
- Gregory, RW et. al. (2018) *IT Consumerization and the Transformation of IT Governance*. I: MIS Quarterly, Vol. 42 No. 4, December 2018, side 1225–1253.
- Hanssen, G. K. og Dybå, T. (2012) *Theoretical foundations of software ecosystems*, Proceedings of the International Workshop on Software Ecosystems (IWSECO), Boston.
- Hertzum, Morten og Gunnar Ellingsen (2019) *The implementation of an electronic health record: Comparing preparations for Epic in Norway with experiences from the UK and Denmark*. I: International Journal of Medical Informatics, Vol. 129, September 2019, side 312–317.
- Higdén, Ulla (2009) *Regional Partnerships and their Construction and Implementations. A case study of three Norwegian Counties*. Saarbrücken VDM Verlag Dr. Müller (2009:59).
- Holgeid, Kjetil og Thompson, Mark (2013) *A reflection on why large public projects fail*. I: The Governance of Large-Scale Projects: Linking Citizens and the state. Römmele, Andrea & Henrik Schober (red.). Nomos, side 219–244.
- Holman, G. T. et. al. (2016) *The myth of standardized workflow in primary care*. J Am Med Inform Assoc. 2016: Jan. 23(1): side 29–37.
- Huang, Tingting og Kazuhiko Yasuda (2016) *Reinventing ERP Life Cycle Model: From Go-Live To Withdrawal*. I: Journal of Enterprise Resource Planning Studies, Vol. 2016, side 1–21.
- Jørgensen, Magne (2015) *Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter: En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak*.
- Jørgensen, Magne (2016) *Bruk av kostnadsstyrt prosjektplanlegging ("design to cost") i statlige IKT-prosjekter*. Simula Research Laboratory & Scienta. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kwan, J. et. al. (2020) *Computerised clinical decision support systems and absolute improvements in care: meta-analysis of controlled clinical trials*. BMJ 2020, 370. <<https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m3216>>

- Mark Wardle and Andy Spence (2017) *Implementation of SNOMED CT in an online clinical database*. Future Healthcare Journal 2017 Jun; 4(2): side 126–130.
- Marshall W. Van Alstyne, Geoffrey G. Parker, Sangeet Paul Choudary (2016) *6 reasons platform fail*, Harvard Business Review.
- Mohagheghi, P., Jørgensen, M. (2017) *What Contributes to the Success of IT Projects? An Empirical Study of IT Projects in the Norwegian Public Sector*.
- Monsen, Leif-Kristian og Sundet, Marit (2008) *Partnerskap eller pratnerskap?* I Andersen, Ole Johan og Røiseland, Asbjørn red. *Partnerskap. Problemløsning og politikk*.
- Parker Geoffrey G., Marshall W. Van Alstyne, og Sangeet Paul Choudary (2016) *Pipelines, Platforms, and the New Rules of Strategy*. I: Harvard Business Review, vol. April 2016, side 54–60.
- Pollock Neil, Robin Williams og Rov Procter (2003) *Fitting standard software packages to non-standard organizations: The "biography" of an enterprise-wide system*. I: Technology Analysis & Strategic Management, Vol. 15:3, side 317–332.
- Robertson A., Cresswell, K., Takian A, Petrakaki D, et al. (2010) *Prospective evaluation of the implementation and adoption of NHS Connecting for Health's electronic health record in secondary care in England: interim results from a national evaluation*. BMJ 341: c4564.
- Røiseland, Asbjørn og Vabo, Signy Irene (2008) *Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen*. I: Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, Vol 24, side 86–103.
- Sauer, C., A. Gemino and B. H. Reich (2007) *The impact of size and volatility – On IT project performance*. Communications of the ACM 50(11): side 79–84.
- SINTEF Teknologi og samfunn (2014) *Utfordringer og gode grep i store IKT-investeringer i offentlig sektor – Erfaringer og kvalifiserte synspunkter*.
- Tichy, L. and T. Bascom (2008) *The business end of IT project failure*. Mortgage Banking 68(628): side 28.
- Tim Benson and Graham Grieve (2016) *Principles of Health Interoperability – SNOMED CT, HL7 and FHR*. Springer-Verlag London, Third edition, side 24.
- Tiwana, A. (2013) *Platform Ecosystems: Aligning Architecture, Governance, and Strategy*. Morgan Kaufmann Publisher.
- Tiwana, Amrit (2014) *Platform Ecosystems: Aligning Architecture, Governance, and Strategy*. Waltham: Morgan Kaufmann Publishers.
- Topol, Eric (2019) *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. New York: Basic Books.
- Vial, Gregory (2019) *Understanding digital transformation: A review and a research agenda*. I: The Journal of Strategic Information Systems, Vol. 28 Issue: 2, juni 2019, side 118–144.
- Wareham, Jonathan, Paul B. Fox og Josep Lluís Cano Giner (2014) *Technology ecosystem governance*. I: Organization Science, Vol. 25 (4), side 969–1286.
- Weill, Peter og Ross, Jeanne W. (2004) *IT governance: how top performers manage IT decision rights for superior results*. Boston: Harvard Business School Press.

Vedlegg 4:

Rapport om Sak 2: Anskaffelser av konsulentttjenester i Direktoratet for e-helse

Riksrevisjonens undersøkelse av anskaffelser av konsulentttjenester i Direktoratet for e-helse

Vedlegg 4 til Dokument 3:14 (2020–2021)



Revisjonen er en del av Riksrevisjonens kontroll av disposisjoner i henhold til *lov om Riksrevisjonen* § 9, første ledd og instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 3b. Revisjonen er gjennomført i samsvar med ISSAI 400/4000, internasjonale prinsipper og standarder for etterlevelsesrevisjon.

Forsidebilde: Til venstre Unsplash, til høyre Shutterstock / NTB.

ISBN-978-82-8229-514-7

Innhold

1	Sammendrag	3
2	Innledning	4
3	Revisjonens mål og problemstillinger	6
4	Revisjonskriterier	7
4.1	Revisjonskriterier til problemstilling 1	7
4.2	Revisjonskriterier til problemstilling 2	9
5	Metoder	12
5.1	Dokumentanalyse	12
5.2	Analyse av regnskapsdata	13
5.3	Intervjuer	13
6	Funn	14
6.1	Problemstilling 1: Er anskaffelsene av konsulentttjenester i tråd med anskaffelsesregelverket?	15
6.2	Problemstilling 2: Sikrer Direktoratet for e-helse gjennom styring og kontroll at bruken av konsulenter er i tråd med regelverket for økonomistyring i staten?	23
7	Konklusjoner	34
7.1	Direktoratet etterlever ikke kravene til konkurranse og likebehandling i tråd med anskaffelsesregelverket	35
7.2	Direktoratet etterlever ikke kravene til etterprøvnbarhet av vurderinger i anskaffelsesprosessen	35
7.3	Direktoratet har mangelfull kostnadskontroll for kjøp av konsulentttjenester	36
7.4	Direktoratet har mangelfulle prosesser for å redusere avhengigheten av konsulentbruk	37

1 Sammendrag

Direktoratet for e-helse er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet ble etablert i 2016 for å styrke utviklingen på e-helseområdet. Direktoratet skal ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet har valgt å organisere dette arbeidet i blant annet programmer og prosjekter.

Direktoratet for e-helse har en uttalt strategi om å bruke konsulenter for å gjennomføre oppgavene. Et betydelig omfang av konsulentanskaffelser stiller krav til at direktoratet etablerer en styring og kontroll som ivaretar tilliten til at direktoratets anskaffelser gjennomføres etter regelverket. Det er videre viktig for å skape tillit til at fellesskapets midler brukes på en god måte.

I perioden 2016–2020 har direktoratet gjennomført om lag 550 minikonkurranser på rammeavtaler for IT-konsulenttjenester for til sammen 1,2 milliarder kroner.

Målet med revisjonen av anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse har vært å undersøke om direktoratet kjøper og styrer konsulenttjenester i tråd med anskaffelsesregelverket og økonomiregelverket i staten.

Revisjonen har tatt utgangspunkt i følgende revisjonskriterier:

- *lov om offentlige anskaffelser*
- *forskrift om offentlige anskaffelser*
- *reglement for økonomistyring i staten*
- *bestemmelser om økonomistyring i staten*

Revisjonen er gjennomført ved analyse av dokumenter og regnskapsdata for perioden 2016–2020. Analysene er fulgt opp med intervjuer av Direktoratet for e-helse. Anskaffelsene vi har kontrollert er hentet fra direktoratets tre største programmer og prosjekter målt i utgifter til konsulenttjenester i 2020; prosjektet *En innbygger – én journal/Akson*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*.

Revisjonens hovedfunn:

- Direktoratet etterlever ikke kravene til konkurranse og likebehandling i tråd med anskaffelsesregelverket.
- Direktoratet etterlever ikke kravene til etterprøvnbarhet av vurderinger i anskaffelsesprosessen.
- Direktoratet har mangelfull kostnadskontroll for kjøp av konsulenttjenester.
- Direktoratet har mangelfulle prosesser for å redusere avhengigheten av konsulentbruk.

Utkast til revisjonsrapport ble lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 26. mars 2021. Departementet har i brev av 23. april 2021 gitt kommentarer til rapporten. Departementets kommentarer er i hovedsak innarbeidet i endelig rapport.

2 Innledning

Media skrev i 2020 en rekke kritiske artikler om anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse. Stortinget fulgte opp med spørsmål til statsråden om konsulentbruken i direktoratet.¹

Direktoratet for e-helse er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.² Direktoratet skal bidra til et enklere Helse-Norge med kvalitet, økt pasientsikkerhet og mer effektive helse- og omsorgstjenester.³ Det ble etablert i 2016, med utgangspunkt i divisjon for e-helse i Helsedirektoratet.

Direktoratet har ved to anledninger i 2020 redegjort for bruken av konsulenttjenester til departementet.⁴ Departementet ba om opplysninger om direktoratets konsulentbruk og særlig om anskaffelsen av konsulenttjenester til prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson* i 2018.

Direktoratet for e-helse har ansvar for utredninger og utviklingsoppgaver, som blant annet organiseres i programmer og prosjekter.⁵ I 2020 hadde direktoratet ansvar for ti utviklingsprogrammer/prosjekter.⁶

De store programsatsingene til Direktoratet for e-helse er nasjonale satsninger for hele helsesektoren, hvor direktoratet har en koordinerende rolle.

Direktoratet benytter i stor grad innleide konsulenter i arbeidet. Dette er en strategi som direktoratet har benyttet i flere år. Formålet er å ha en fleksibel organisasjon og kunne justere tilgangen til ulike typer kompetanse. Direktoratet for e-helse benytter konsulenter:

- for å hente inn kompetanse eller øke kapasiteten når direktoratet eller andre aktører som deltar i de nasjonale programmene ikke har mulighet til å benytte egne ansatte til en oppgave
- ved behov for ekstra kapasitet i en tidsavgrenset periode
- ved behov for spisskompetanse som direktoratet, eller andre aktører som deltar i de nasjonale programmene, ikke har selv⁷

Konsulentene har viktige roller i direktoratets oppgaveløsning. I flere av programmene og prosjektene er de innleide konsulentene program- eller prosjektledere. Direktoratet bruker også konsulenter som samarbeidspartnere og som støtte til interne program- og prosjektledere.

I perioden 2016–2020 har direktoratet kjøpt konsulenttjenester for 1,2 milliarder kroner.⁸

I perioden 2016–2019 har andelen innleide konsulenter utgjort fra om lag 20 til 30 prosent av totale årsverk.⁹ I 2020 ble antall ansatte i direktoratet redusert med 183 som følge av ny organisering av e-helseområdet. Direktoratet for e-helse har totalt 170 ansatte i 2020. Andelen konsulenter i 2020 er derfor ikke sammenlignbar med tidligere år.

Direktoratet for e-helse har rammeavtaler for kjøp av konsulenttjenester på IT-området. Ved kjøp (avrop) på rammeavtalene gjennomfører direktoratet minikonkurranse. En minikonkurranse vil si at en kontrakt tildeles etter en konkurranse mellom leverandørene på rammeavtalen.

¹ Brev av 6. oktober 2020 fra kontroll- og konstitusjonskomiteen til statsråd Høie, Stortingsbehandling av interpellasjon nr. 10 (2020–2021) 13. oktober 2020, brev av 3. november 2020 fra kontroll- og konstitusjonskomiteen til statsråd Høie.

² Direktoratet ble opprettet 1. januar 2016, og har i oppdrag å styrke digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren i Norge. Direktoratet skal sørge for nasjonal styring og koordinering av IKT-området i samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljø og interesseorganisasjoner. Før 2016 ble dette arbeidet utført av divisjon for e-helse i Helsedirektoratet.

³ Årsrapport 2020 for Direktoratet for e-helse, s. 7.

⁴ Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse, 17. august 2020 og *Utfyllende opplysninger om bruk av konsulenttjenester*, brev fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet, 28. september 2020.

⁵ Digitaliseringsdirektoratet forklarer forskjellen på program og prosjekt slik:

«Eit prosjekt er ein foreløpig organisasjon etablert for å levere eitt eller fleire produkt som skal realisere den avtalte prosjektgrunngevinga.

Eit program er ei samling av prosjekt med eit felles overordna mål, som saman skal bidra til forandringar og gevinstar i ein eller fleire verksemdar eller sektorar.»

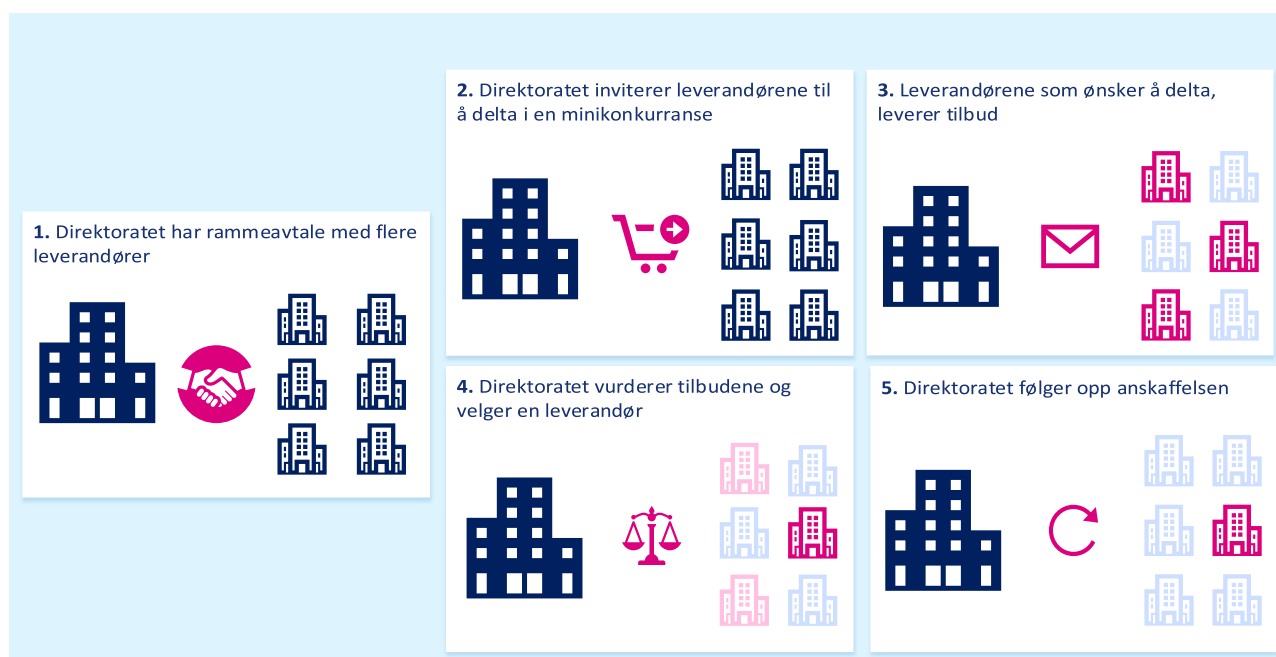
⁶ Mottatt oversikt fra direktoratet.

⁷ Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse 17 august 2020.

⁸ Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse 17 august 2020, e-post fra Direktoratet for e-helse 16. mars 2021.

⁹ Prop. 1 S (2020–2021) Helse- og omsorgsdepartementet s. 171.

Figur 1 Slik gjennomføres anskaffelser gjennom avrop på rammeavtale



Kilde: Riksrevisjonen

Figur 1 viser hvordan direktoratet gjennomfører anskaffelser ved avrop på rammeavtaler. Leverandørene på rammeavtalen inviteres til å delta i en minikonkurranse, og direktoratet vurderer hvilken leverandør som har best tilbud utfra kravene som er stilt i konkurransen (konkurransesgrunnlaget). Etter at kontrakt er inngått skal direktoratet blant annet påse at eventuelle endringer i kontrakten er i tråd med anskaffelsesregelverket og at kostnadene som påløper er i tråd med det som er avtalt.

Riksrevisjonen besluttet høsten 2020 å undersøke direktoratets anskaffelsespraksis og styring og kontroll med bruken av innleide konsulenter. Vi har undersøkt anskaffelser i prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*.

Faktaboks 1 Beskrivelse av prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*

Prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson* skal bidra til enklere og sikrere tilgang til pasient- og brukeropplysninger for helsepersonell og at innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester.

Helsedataprogrammet skal gjøre det enklere å gjennomføre analyser og sette sammen helsedata på tvers av ulike datakilder.

Program kodeverk og terminologi skal realisere et felles språk i helse- og omsorgstjenestene.

Kilde: e-helse.no

Denne revisjonen kommer i tillegg til en undersøkelse av den overordnede styringen av arbeidet med prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*.

3 Revisjonens mål og problemstillinger

Målet med revisjonen er å undersøke om Direktoratet for e-helse kjøper og styrer konsulentttjenester i tråd med anskaffelsesregelverket og økonomiregelverket i staten.

Målet er besvart gjennom følgende to problemstillinger:

1. Er anskaffelsene av konsulentttjenester i tråd med anskaffelsesregelverket?
2. Sikrer Direktoratet for e-helse gjennom styring og kontroll at bruken av konsulenter er i tråd med regelverket for økonomistyring i staten?

Revisjonen omfatter anskaffelser utført i perioden 2016–2020.

4 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er en beskrivelse av relevante normer og standarder som er aktuelle for denne revisjonen. Kriteriene danner grunnlaget for vurderingene og konklusjonene i revisjonsrapporten.

4.1 Revisjonskriterier til problemstilling 1

Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven) skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser. Loven skal også bidra til at det offentlige opptre med integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte, jf. anskaffelsesloven § 1.

Ifølge anskaffelsesloven § 4 skal oppdragsgiver opptre i samsvar med grunnleggende prinsipper om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og forholdsmessighet. Vi legger til grunn at det blant annet innebærer at oppdragsgiver skal sikre at en anskaffelse så langt som mulig baserer seg på konkurranse, at leverandørene behandles likt gjennom hele anskaffelsesprosessen, og at det kan dokumenteres hvordan anskaffelsen er gjennomført.

I forbindelse med Stortingets behandling av forslaget til anskaffelsesloven viser næringskomiteen til at arbeidet med offentlige anskaffelser må underlegges god styring, planlegging og oppfølging, og at det må være hensiktsmessig organisert.¹⁰ Det er viktig at anskaffelser gjennomføres planmessig etter en fastlagt prosess som omhandler planlegging (behovsvurderinger), gjennomføring (konkurransgjennomføring) og oppfølging og forbedringer. Prosessen skal sikre at anskaffelsesarbeidet blir godt styrt og profesjonelt gjennomført.

4.1.1 Like konkurransevilkår

Konkurranse og likebehandling er grunnleggende prinsipper i anskaffelsesregelverket. Det følger av disse prinsippene at direktoratet har ansvaret for en rettferdig konkurranse.

Konkurransen skal være reell. Dersom man i planlegging og gjennomføring av en anskaffelse, gir uttrykk for at en spesifikk leverandør er ønsket, innebærer det en begrensning i konkurransen. Dette bryter med anskaffelseslovens grunnleggende krav om konkurranse og likebehandling. Det samme gjelder formuleringer om at det ikke er ønskelig eller nødvendig at andre leverandører deltar i konkurransen.

4.1.2 Dokumentasjonsplikt og etterprøvnbarhet

Oppdragsgiveren skal begrunne viktige beslutninger i anskaffelsesprosessen, og vurderingene skal dokumenteres, jf. anskaffelsesforskriften § 7-1 første ledd.

Hovedformålet er at dokumentasjonen samlet sett skal gi oversikt over og begrunne vesentlige valg og forhold i anskaffelsen. Bakgrunnen for dokumentasjonsplikten er at det skal være mulig å etterprøve hvilke vurderinger virksomheten har gjort og om anskaffelsen er gjennomført i tråd med anskaffelsesregelverket.

Det er oppdragsgiver som har bevisbyrden for at anskaffelser er gjennomført i tråd med anskaffelsesregelverket. Det vil si at virksomheten har ansvaret for å sannsynliggjøre at de beslutningene som er tatt, er i henhold til regelverket. Manglende dokumentasjon fører til at virksomheten ikke kan bevise at regelverket er fulgt, for eksempel i en eventuell tvist eller ved en ekstern vurdering.

Dokumentasjonsplikten er også viktig for virksomhetens internkontroll.

Oppdragsgiver har i en rekke tilfeller adgang til å utvise skjønn ved vurderingen av forhold som er vesentlige ved gjennomføringen av anskaffelser og praktisering av regelverket. Vi legger til grunn at det som regelverket definerer som krav eller forhold som må vurderes, skal dokumenteres, men at virksomheten har et visst skjønn ved vurderingen av om forholdene foreligger og kravene er oppfylt.

¹⁰ Innst. 358 L (2015–2016) Innstilling fra næringskomiteen til lov om offentlige anskaffelser.

Eksempler på dette er

- om en endring i en kontrakt er lovlig, eller om det er behov for å gjennomføre en ny konkurranse
- om varigheten på avtaler foretatt som minikonkurranse på en rammeavtale er lovlig

En nærmere beskrivelse av disse eksemplene er gitt under punktene «Endringer i kontrakt» og «Varighet på rammeavtale».

Vurderinger av vesentlige endringer i kontrakten fører også til at dokumentasjonsplikten gjelder så lenge kontrakten varer.

Mangelfull eller manglende dokumentasjon av vesentlige forhold og vurderinger kan også innebære risiko for at det foreligger en ulovlig direkte anskaffelse. En ulovlig direkte anskaffelse regnes som et særlig grovt brudd på regelverket siden det unndrar kontrakten fra åpen konkurranse.

Endringer i kontrakt

Ved endringer i kontrakten må direktoratet vurdere om endringen er tillatt, jf. *forskrift om offentlige anskaffelser* (anskaffelsesforskriften) §§ 28-1 og 28-2. En endring kan for eksempel være der oppdragsgiveren utvider avtalen ved å bruke konsulentene i større omfang enn det som ble utlyst i konkurransen. For at det skal være et brudd på regelverket, må endringen være vesentlig og ikke være omfattet av unntaksbestemmelsene i anskaffelsesregelverket. Dette er en konkret vurdering som må gjøres i hvert enkelt tilfelle.

Reglene om vesentlige endringer av kontrakten er et utslag av de grunnleggende prinsippene om likebehandling og etterprøvbarhet. De samme prinsippene gjør at oppdragsgiverens mulighet til å gjøre endringer i en konkurranse (det vil si før signering av kontrakt) også er begrenset.

Direktoratet må vurdere om en endring er vesentlig, og om det i så fall må gjennomføres en ny konkurranse. Vi legger til grunn at vurderinger av vesentlige endringer skal dokumenteres, jf. anskaffelsesforskriften § 7-1.

Vesentlige endringer av kontrakten uten at det er gjennomført en ny konkurranse, kan bryte med de grunnleggende prinsippene i anskaffelsesloven og utgjøre en ulovlig direkte anskaffelse.

Varighet på rammeavtaler

En rammeavtale er en avtale som oppdragsgiveren inngår med én eller flere leverandører, og som fastsetter kontraktsvilkårene for de kontraktene oppdragsgiveren skal inngå i løpet av en bestemt periode.¹¹

Hensikten med slike avtaler er å forenkle og redusere arbeidet i forbindelse med en anskaffelse. Med en rammeavtale behøver ikke oppdragsgiveren gjennomføre en hel anskaffelsesprosedyre hver gang noe skal anskaffes. Kjøp (avrop) på rammeavtalen kan skje ved minikonkurranse, jf. anskaffelsesforskriften § 26-3, annet ledd. En minikonkurranse vil si at en kontrakt tildeles etter en konkurranse mellom leverandørene på rammeavtalen.

En oppdragsgiver kan ikke inngå rammeavtaler for mer enn fire år, med mindre det foreligger særlige forhold, for eksempel knyttet til avtalens formål, investeringskostnader eller brukerens behov, jf. anskaffelsesforskriften § 26-1 fjerde ledd. Bakgrunnen for dette er hensynet til konkurranseprinsippet i anskaffelsesloven § 4.

Hvor lang varighet en kontrakt som er inngått med bakgrunn i en rammeavtale kan ha, er ikke direkte regulert i anskaffelsesforskriften. Det følger av EUs innkjøpsdirektiv artikkel 62 at et avrop på en rammeavtale kan ha en varighet som er lengre enn rammeavtalen.¹² Det som er avgjørende er hvor lenge virksomheten har behov for varen eller tjenesten som skal anskaffes. Dette er en konkret vurdering som må gjøres i hvert tilfelle.

Hensynet til konkurranse ligger til grunn for fireårsprinsippet for rammeavtaler. Et avrop som varer lenge etter at rammeavtalen er gått ut, kan anses som en omgåelse av bestemmelsen om at en rammeavtale ikke

¹¹ Forskrift om offentlige anskaffelser § 4-1 bokstav i.

¹² Europaparlaments- og rådsdirektiv 2014/24/EU.

skal ha en lengre varighet enn fire år. Det innebærer for eksempel at jo lenger et avrop varer utover rammeavtalen, desto viktigere vil det være å dokumentere en vurdering av behovet, jf. anskaffelsesloven § 4 og kravet til etterprøvbarehet.

4.1.3 Forholdet til eldre lovgivning

Den nye anskaffelsesloven og anskaffelsesforskriften trådte i kraft 1. januar 2017, og erstattet det gamle regelverket.¹³

Noen av anskaffelsene som omfattes av denne undersøkelsen, er gjennomført etter gammelt regelverk. Det vil gå fram av notehenvisningene hvilket regelverk som er lagt til grunn.

4.2 Revisjonskriterier til problemstilling 2

Regelverket for økonomistyring i staten (økonomiregelverket) består av *reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) med tilhørende bestemmelser og rundskriv. Bestemmelsene og rundskrivene utdyper hovedreglene i reglementet.

Formålet med økonomiregelverket er blant annet at statlige midler skal brukes i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger og at statlige midler skal brukes effektivt, jf. økonomireglementet § 1. Økonomiregelverket konkretiserer bevilgningsreglementet som er vedtatt av Stortinget.

Det følger av de grunnleggende prinsippene i økonomiregelverket at virksomheter skal sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag.¹⁴ Alle virksomheter skal etablere systemer og rutiner som sikrer at måloppnåelse og resultater står i et tilfredsstillende forhold til fastsatte mål og resultatkrav.¹⁵

Internkontrollen skal være tilpasset risiko og vesentlighet og virksomhetens egenart, og den skal dokumenteres. Direktoratet har en omfattende bruk av konsulenttjenester. Vi legger til grunn at direktoratet må ta hensyn til dette i utformingen av internkontrollen. Ved større anskaffelser kreves det egne rutiner og metoder for å sikre kontroll med prosjektet.¹⁶

4.2.1 Oppfølging av kontrakt og avtaler

Direktoratet må sikre at de har kontroll med de økonomiske rammene for anskaffelsene, jf. økonomibestemmelsene punkt 2.4 og 5.3.8. Dette innebærer blant annet å følge opp kostnadsutviklingen i kontraktene med leverandørene.

Oppdragsgiver har ansvaret for at det er samsvar mellom det som er avtalt, og oppdraget som utføres. Virksomheten skal gjennomføre kontroll med at fakturaene er i henhold til det som er avtalt, jf. økonomibestemmelsene punkt 5.3.5.2.

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring beskriver på sine fagsider om offentlige anskaffelser at kontraktsoppfølging og kontroll er viktig. Grunnen er blant annet for at oppdragsgiveren skal vite hvilke endringer som lovlig kan gjøres i en kontrakt, og hvilke som ikke kan gjøres uten at det innebærer at man i realiteten gjør en ulovlig direkte anskaffelse. En god kontraktsoppfølging skal bidra til

- bedre vurderinger av om leveransen er i tråd med kontrakt og tilbud
- god dialog med leverandør under gjennomføringen
- økt læring hos begge parter og forbedrede anskaffelsesprosesser
- dokumenterte erfaringer til senere anskaffelser

¹³ Lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69 og forskrift til offentlige anskaffelser av 7. april 2006 nr. 402. Begge opphevet ved lov 17. juni 2016 nr. 73.

¹⁴ Økonomireglementet § 4 bokstav c.

¹⁵ Økonomireglementet § 14 bokstav b.

¹⁶ Økonomibestemmelsene punkt. 5.3.8.

4.2.2 Vurderinger

Risikovurdering

Det følger av økonomiregelverket at direktoratets ledelse skal etablere systemer, rutiner og tiltak (styring og kontroll) med vekt på blant annet identifisering av risikofaktorer som kan medvirke til at virksomhetens mål ikke nås.¹⁷ For å sikre en tilfredsstillende internkontroll må Direktoratet for e-helse

- gjennomføre en risikovurdering av bruken av innleide konsulenter, som også omfatter risikoen for å bli avhengig av enkeltleverandører eller enkeltkonsulenter
- iverksette tiltak basert på risikovurderingene

Behovsvurderinger

Stortingets bevilgningsreglement § 10 slår fast at utgiftsbevilgningene skal disponeres på en slik måte at ressursbruken og virkemidlene er effektive i forhold til de forutsatte resultatene.

Bestemmelser om økonomistyring i staten (økonomibestemmelsene) punkt 2.3 krever at virksomheten sørger for planlegging, gjennomføring og oppfølging av aktiviteter i samsvar med fastsatte mål og prioriteringer. Oppfølgingen omfatter også kjøp og bruk av konsulenttjenester. Konsulentoppdrag og prosjekter skal forankres i virksomheten.

Vi legger til grunn at direktoratet skal gjennomføre en vurdering av behovet for konsulenttjenester forut for anskaffelsene.

4.2.3 Kompetanseoverføring

I Innst. 96 S (2017–2018) til Dokument 3:6 (2016–2017) *Riksrevisjonens undersøkelse av konsulentbruk i staten* viser kontroll- og konstitusjonskomiteen til at staten ved kjøp av konsulenttjenester skal legge til rette for overføring av kompetanse fra konsulenten til de ansatte for å redusere virksomhetens behov for å kjøpe slike tjenester.

Komiteen viser til statens veileder for kjøp av konsulenttjenester¹⁸ og til at veilederen kan være et positivt bidrag til statlige virksomheters håndtering av konsulenttjenester. I veilederen går det blant annet fram at virksomhetene bør utarbeide en konkurransestrategi for å dokumentere prosessen og de ulike aktivitetene som må gjennomføres.

Det går også fram av veilederen at bevissthet om hva som er virksomhetens kjerneoppgaver, er et viktig grunnlag for å beslutte om en oppgave bør utføres av konsulenter. En slik bevissthet kan også bidra til å redusere risikoen for å gjøre seg for avhengig av enkelte konsulenters kompetanse.

Vi legger til grunn at Direktoratet for e-helse skal sikre kompetanseoverføring fra konsulentene til egne ansatte der det er hensiktsmessig. Kompetanseoverføring er særlig viktig når konsulenter brukes til oppgaver som er en del av virksomhetens samfunnsoppdrag. Konsulentoppdrag og prosjekter skal forankres i virksomheten og organiseres og styres på en slik måte at kompetanseoverføring kan finne sted. Dette kan gjøres ved å

- utarbeide en strategi for overføring av kompetanse
- iverksette tiltak som bidrar til kompetanseoverføring

Kompetanseoverføring er viktig for å øke nytten av konsulentkjøpet og kan bidra til å redusere virksomhetens fremtidige behov for konsulentbruk i tilsvarende situasjoner.

4.2.4 Etisk regelverk

Etisk kvalitet på tjenesteyting og myndighetsutøvelse er en forutsetning for at innbyggerne skal ha tillit til statsforvaltningen. Kommunal- og moderniseringsdepartementet har vedtatt etiske retningslinjer for

¹⁷ Økonomibestemmelsene punkt. 2.4.

¹⁸ Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) er fra 1. januar 2020 samlet i det nye Digitaliseringsdirektoratet, som nå har ansvaret for veilederen. Veileder for kjøp av konsulenttjenester, januar 2016, oppdatert i henhold til nytt anskaffelsesregelverk som trådte i kraft 1. januar 2017.

statstjenesten. Målet med disse generelle etiske retningslinjene er at alle statsansatte skal være bevisste på dette.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet forutsetter at hver enkelt virksomhet med utgangspunkt i retningslinjene videreutvikler og styrker den etiske bevisstheten blant de ansatte, og slik legger et godt grunnlag for lederes og ansattes muligheter for etisk refleksjon. Den enkelte virksomhet må vurdere behovet for å supplere med egne retningslinjer tilpasset den enkelte virksomhets behov.

Direktoratet bruker konsulenter i stor grad i sin oppgaveløsning. Vi legger derfor til grunn at direktoratet har en internkontroll for etisk bevissthet og krav som også omfatter konsulentene. Det inkluderer blant annet krav til habilitet, taushetsplikt og andre forhold som ivaretar etisk kvalitet på tjenestene konsulentene utfører. Dette er også en forutsetning for at innbyggerne skal ha tillit til Direktoratet for e-helse.

5 Metoder

Problemstillingene i revisjonen er besvart gjennom dokumentanalyse av enkeltanskaffelser og styringsdokumentasjon, analyse av regnskapsdata og intervjuer.

Datainnsamlingen er gjennomført i perioden oktober 2020 til mars 2021.

5.1 Dokumentanalyse

5.1.1 Anskaffelsesdokumentasjon

Vi har analysert anskaffelsesdokumentasjonen for til sammen 14 enkeltanskaffelser.

To av anskaffelsene tilhører prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, fire tilhører *Helsedataprogrammet* og åtte er anskaffelser til *Program kodeverk og terminologi*.¹⁹

Grunnen til at vi har analysert anskaffelser i flere programmer og prosjekt, er å vurdere direktoratets anskaffelsespraksis i et større og videre omfang. Vi har valgt anskaffelser i prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi* fordi disse er de tre største programmene og prosjektene målt i utgifter til konsulenttjenester i 2020. De 14 anskaffelsene innbefatter kjøp av ledelsesroller og andre sentrale roller i programmene/prosjektene. Bakgrunnen for dette utvalget er at slike roller og oppgaver er sentrale for at direktoratet skal få gjennomført samfunnsoppdraget.

5.1.2 Rapportering fra direktoratet til departementet

Vi har også brukt dokumentanalyse til å undersøke hva Direktoratet for e-helse har rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet. Analysen omfatter følgende dokumenter:

- årsrapporter i perioden 2016–2020
- referat fra etatsstyringsmøter i perioden 2016–2020
- *Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse*, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020
- *Utfyllende opplysninger om bruk av konsulenttjenester*, brev fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet, 28. september 2020

5.1.3 Interne styringsdokumenter

Vi har gjennomført dokumentanalyse av interne styringsdokumenter som er relevante for direktoratets arbeid med anskaffelser av konsulenttjenester. Analysen omfatter følgende dokumenter:

- *intern veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT*
- *intern rutinebeskrivelse for avrop med minikonkurranse*

5.1.4 Øvrig dokumentasjon

I perioden oktober 2020 – mars 2021 har vi også kommunisert med Direktoratet for e-helse per e-post for å avklare ulike spørsmål, innhente dokumentasjon og sikre at vi har en riktig forståelse av relevante forhold i revisjonen. Følgende dokumenter er benyttet i dokumentgjennomgangen:

- Direktoratets presentasjoner i intervjuene med Riksrevisjonen
- Organisasjonskart for prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*
- Oversikt over direktoratets portefølje 2020
- Oversikt over personer i ledende roller i direktoratets programmer og prosjekter i perioden 2016–2020
- E-postutveksling mellom Direktoratet for e-helse og utvalgte leverandører av konsulenttjeneste

¹⁹ Anskaffelsene har saksnummer 15/255 og 18/851 (*Én innbygger – én journal/Akson*); 16/364, 16/1111, 17/151 og 20/26 (*Helsedataprogrammet*) og 16/473, 17/841, 19/310, 19/1000, 19/1001, 19/1002, 19/1003 og 19/1119 (*Program kodeverk og terminologi*).

- Brev fra Direktoratet for e-helse til leverandør av konsulenttjenester
- Direktoratets rutiner og retningslinjer utarbeidet i 2020/21:
 - *Retningslinjer for konsulentbruk*, godkjent 12. januar 2021
 - *HR-strategi 2020–2023*, med vedlegg
 - *Retningslinjer for vurdering av habilitet og konkurransefordeler i direktoratets anskaffelser*, godkjent 6. oktober 2020
 - *Etiske retningslinjer for alle ansatte i Direktoratet for e-helse*, september 2020
- Utdrag fra Prosjektmodellen i direktoratet, beskrivelse av roller og ansvar
- Oversikt over utviklingen av antall ansatte i direktoratet fra 2016

5.2 Analyse av regnskapsdata

Ved hjelp av Riksrevisjonens datafangstløsning har vi innhentet regnskapsdata for 2020. Dataene har blitt benyttet som grunnlag for valg av programmer og prosjekt, som er beskrevet i avsnittet om dokumentanalyse ovenfor.

Vi har gjennomført analyser av regnskapsdataene for de 14 anskaffelsene i prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson, Helsedataprogrammet og Program kodeverk og terminologi* for årene 2016 til og med 2020. For hvert av dem har vi mottatt en fil fra direktoratet med enkelttransaksjonene fra regnskapet for årene 2016–2020.²⁰

Analysene inkluderer også et utvalg fakturaer med tilhørende timelister, som er hentet ut fra fakturasystemet. En sammenstilling av regnskapsdataene gir informasjon om både den årlige og totale kostnaden for innleide konsulenter per program/prosjekt og kontrakt. Kostnadene er vurdert opp mot kontraktsverdiene som estimeres i forkant av en kontraktsinngåelse. Tall fra regnskapet er også brukt for å beregne hvor mange timer enkelte av konsulentene har fakturert for per måned.

5.3 Intervjuer

Vi har gjennomført følgende intervjuer for å belyse begge problemstillingene i revisjonen:

- 9. desember 2020: Intervju med ansatte i Direktoratet for e-helse ved konstituert direktør, avdelingsdirektør for HR og organisasjon, representant for juridisk avdeling og representanter for prosjektledelsen for prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*
- 25. januar 2021: Intervju med ansatte i Direktoratet for e-helse ved konstituert direktør, avdelingsdirektør for Organisasjon, innkjøpskoordinator, juridisk avdeling²¹ og representanter for prosjektledelsen for prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson, Helsedataprogrammet og Program kodeverk og terminologi*

Formålet med intervjuene var å få informasjon om direktoratets anskaffelsespraksis og styring og kontroll med bruken av konsulenter i de utvalgte programmene/prosjektet.

Referat fra begge intervjuene er verifisert.

²⁰ *Én innbygger – én journal/Akson* hovedbokuttrekk 2016–2020, *Helsedataprogrammet* hovedbokuttrekk 2016–2020 og *Program kodeverk terminologi* hovedbokuttrekk 2016–2020, alle mottatt fra Direktoratet for e-helse 2. mars 2021.

²¹ Avdelingen skiftet navn fra HR og organisasjon per 1. januar 2021.

6 Funn

I 2020 hadde Direktoratet for e-helse ansvaret for til sammen 10 programmer/prosjekter.²² Vi har undersøkt 14 anskaffelser som er gjort i perioden 2016–2020.²³ Anskaffelsene er knyttet til:

- Prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*
- *Helsedataprogrammet*
- *Program kodeverk og terminologi*

De 14 anskaffelsene er gjennomført ved konkurranse mellom leverandørene på eksisterende rammeavtaler, og har en samlet kostnadsramme på 389 millioner kroner.

Faktaboks 2 beskriver prosjektet og de to programmene. Direktoratet har anskaffet konsulenter i ledende roller i alle tre, og ett konsultentselskap har hatt en sentral rolle i hvert av dem. Direktoratet har også egne ansatte i ledende roller.

Faktaboks 2 Beskrivelse av de tre programmene/prosjektet

<i>Prosjektet Én innbygger – én journal/Akson (EIEJ)</i>	<i>Helsedataprogrammet (HDP)</i>	<i>Program kodeverk og terminologi (PKT)</i>
Prosjektet ble etablert i 2013. ²⁴	Programmet ble etablert i 2017.	Programmet ble etablert i 2015. ²⁵
Direktoratet har i 2020 brukt 19 millioner kroner på konsulenttjenester til prosjektet.	Direktoratet har i 2020 brukt 52 millioner kroner på konsulenttjenester til programmet.	Direktoratet har i 2020 brukt 57 millioner kroner på konsulenttjenester til programmet.
87 prosent av kostnadene gjelder ett konsultentselskap.	94 prosent av kostnadene gjelder ett konsultentselskap.	48 prosent av kostnadene gjelder ett konsultentselskap
Direktoratet har anskaffet konsulenter til prosjektlederrollen og til prosjektteamet.	Direktoratet har inngått avtale med denne leverandøren som strategisk hovedsamarbeidspartner, inkludert programlederrollen.	Direktoratet har anskaffet konsulenter til blant annet program- og prosjektlederroller.
Prosjektleder har fra 2013 til august 2020 vært den samme innleide konsulenten. Fra høsten 2020 er det en ansatt som er prosjektleder.	Leverandøren har ansvar for å tilby nødvendig kapasitet og kompetanse etter det direktoratet definerer av behov.	Fra oppstart var programmet ledet av en ansatt med en innleid konsulent som støtte. Fra 2019 har programleder vært innleid konsulent.
Direktør i direktoratet er prosjekteier.	Programeier er avdelingsdirektør i direktoratet.	Programeier er avdelingsdirektør i direktoratet.

Kilde: Riksrevisjonen basert på informasjon fra Direktoratet for e-helse.

²² Mottatt oversikt fra Direktoratet for e-helse 4. februar 2021.

²³ Bakgrunnen for valg av programmer/prosjekt og anskaffelsene er beskrevet i kapittel 5 *Metoder*.

²⁴ Arbeidet ble etablert i 2013 i Helsedirektoratet og fra 2016 videreført i Direktoratet for e-helse.

²⁵ Arbeidet ble etablert i 2015 i Helsedirektoratet og fra 2016 videreført i Direktoratet for e-helse.

6.1 Problemstilling 1: Er anskaffelsene av konsulentttjenester i tråd med anskaffelsesregelverket?

Direktoratet har inngått rammeavtaler med leverandører om kjøp av konsulentttjenester til IKT-utviklingsprosjekter. De gjennomfører kjøp (avrop) på rammeavtalene gjennom minikonkurranser. En minikonkurranse vil si at en kontrakt tildeles etter en konkurranse mellom leverandørene på rammeavtalen. Direktoratet har i perioden 2016–2020 gjennomført om lag 550 minikonkurranser på rammeavtalene for IKT-konsulentttjenester.²⁶

Anskaffelsene vi har undersøkt er alle avrop på disse rammeavtalene. Flere av anskaffelsene vi har undersøkt gjelder tjenester som det tidligere har vært gjennomført minikonkurranser på, men hvor kontrakten har utløpt. Siden det fortsatt har vært behov for tilsvarende tjenester, har direktoratet gjennomført nye minikonkurranser for disse tjenestene. Minikonkurransene må gjennomføres slik at det er en reell konkurranse og likebehandling av leverandørene som inviteres til å delta.

Oppsummering

Revisjonen viser at direktoratet informerer i konkurransegrunnlaget om at et oppdrag er en videreføring av et eksisterende oppdrag eller rolle. Å opplyse om hvilken leverandør direktoratet benytter i dag, er i utgangspunktet tillatt. Informasjonen må imidlertid gis på en slik måte at den ikke bidrar til å svekke konkurransen om oppdraget og dermed innebærer risiko for brudd på anskaffelsesregelverket.

Direktoratet har gitt denne typen informasjon i forbindelse med anskaffelser av konsulentttjenester i alle de tre undersøkte programmene/prosjektet. Vi har funnet brudd på anskaffelsesloven i sju av anskaffelsene vi har undersøkt.

Revisjonen viser også at direktoratet i fire av de undersøkte anskaffelsene, ikke oppfyller plikten til å dokumentere viktige beslutninger i anskaffelsesprosessen. Dersom direktoratet gjør endringer i kontrakter som de mener det foreligger hjemmel for, må disse vurderingene dokumenteres. Manglende eller mangelfull dokumentasjon av vesentlige forhold vil være et brudd på anskaffelsesregelverkets krav om etterprøvbarehet. Det gjør det også vanskelig både for virksomheten selv og for tredjepart å vurdere om en har holdt seg innenfor det regelverket tillater.

²⁶ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

6.1.1 Sikrer Direktoratet for e-helse reell konkurranse ved kjøp av konsulentttjenester?

Direktoratet må legge til rette for konkurranse. Det er i strid med de grunnleggende kravene til konkurranse og likebehandling i anskaffelsesloven § 4 å gi uttrykk for at det er en spesifikk leverandør som ønskes, eller på annet vis gi uttrykk for at det ikke er ønskelig at andre leverandører deltar i konkurransen.²⁷

Revisjonen viser følgende:

- Direktoratet opplyser i konkurransegrunnlaget at et oppdrag er en videreføring av et eksisterende oppdrag.
- I sju av anskaffelsene vi har undersøkt, har direktoratet brutt anskaffelsesregelverket ved å behandle eksisterende leverandør mer fordelaktig enn de andre leverandørene på rammeavtalen.
- I de sakene vi har undersøkt leverer bare eksisterende leverandør tilbud når opplysninger om videreføring av oppdrag, blir gitt. Det er risiko for at informasjonen svekker konkurransen og innebærer en risiko for brudd på anskaffelsesregelverket.

Lov om offentlige anskaffelser § 4

Oppdragsgiveren skal opptre i samsvar med grunnleggende prinsipper om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvbarehet og forholdsmessighet.

Direktoratet opplyser i konkurransegrunnlaget at oppdraget er en videreføring

I 10 av de 14 undersøkte anskaffelsene har direktoratet opplyst i konkurransegrunnlaget, at de allerede har en leverandør på oppdraget. Dette er formulert på følgende måter:

1. «Helsedirektoratet har i forstudien i dag tilsvarende funksjoner dekket av ekstern leverandør. Utlysningen innebærer en videreføring av tilsvarende roller, og kontinuitet er i utgangspunktet ønskelig.» (Avrop 15/255 i prosjektet *Én innbygger – én journal*)²⁸
2. «Direktoratet for e-helse har denne rollen dekket av en leverandør i dag, og utlysningen er en videreføring av denne.» (Avrop 16/1111 i *Helsedataprogrammet*)
3. «For ordens skyld gjøres det oppmerksom på at rollen er besatt i dag.» (Avrop 17/841 i *Program kodeverk og terminologi*)
4. «NB! Utlysningen innebærer en videreføring av roller i et pågående prosjekt som også i dag er besatt med ressurser fra ekstern leverandør.» (Avrop 18/851 i prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*)
5. «For ordens skyld gjøres det oppmerksom på at dette er en videreføring av et oppdrag som i dag er dekket av [leverandøren]. Vedkommende leverandør har opparbeidet seg god erfaring gjennom oppdraget. De øvrige leverandørene fritas derfor for tilbudsplikten²⁹ i denne konkurransen.» (Avropene 19/1000, 19/1001, 19/1002, 19/1003 og 19/1119 i *Program kodeverk og terminologi*)
6. «Programmets varighet vil bli lenger enn det vi planla i 2017, og derfor forlenges også behovet for kontrakt med hovedsamarbeidspartner. Den nåværende leverandøren har gjennom oppdraget opparbeidet seg betydelig innsikt og erfaring og har vist en solid leveranseevne og oppdragsforståelse. Øvrige leverandører fritas derfor fra tilbudsplikten.»³⁰ (Avrop 20/26 i *Helsedataprogrammet*)

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser³¹ at direktoratet har fulgt DFØs veileder hvor det går fram en anbefaling om følgende:

²⁷ Noen av anskaffelsene som er tatt med i dette kapitlet (15/255 og 16/1111) er gjennomført etter gammelt regelverk. Det er ingen endring i reglene om konkurranseprinsippet fra gammelt til nytt regelverk. Konkurranseprinsippet var nedfelt i den tidligere anskaffelsesloven (*lov om offentlige anskaffelser* av 16. juli 1999 nr. 69) § 5. Det følger av NOU (2014: 4) at selv om det ble foreslått betydelige regeltekniske endringer, var endringene ikke ment å innebære noen realitetsendring.

²⁸ Anskaffelsen er gjennomført av Helsedirektoratet/Direktoratet for e-helse, jf. *Tildelingsskjema for Rammeavtale for Konsulentttjenester innen IKT*.

²⁹ Formuleringen om at øvrige leverandører fritas for tilbudsplikten, skyldes ifølge direktoratet at det i den nye rammeavtalen (19/1057) er lagt inn en plikt for leverandørene på om å levere tilbud. Det går fram av direktoratets *Veileder for gjennomføring av minikonkurranse og avrop Konsulentttjenester IKT* pkt. 5 at «Det er tilbudsplikt i minikonkurransene, dog er den så vagt formulert at det ikke får følger om leverandøren ikke leverer tilbud i alle konkurransene.»

³⁰ Formuleringen om at øvrige leverandører fritas for tilbudsplikten, skyldes ifølge direktoratet at det i den nye rammeavtalen (19/1057) er lagt inn en plikt for leverandørene på om å levere tilbud. Det går fram av direktoratets *Veileder for gjennomføring av minikonkurranse og avrop Konsulentttjenester IKT* pkt. 5 at «Det er tilbudsplikt i minikonkurransene, dog er den så vagt formulert at det ikke får følger om leverandøren ikke leverer tilbud i alle konkurransene.»

³¹ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet, 23. april 2021.

«Vær ryddig – særlig dersom det finnes en konsulent som har hatt kontrakten frem til den konkurranseutsettes. Enhver forskjell i leverandørenes kunnskap om anskaffelsen kreves ikke utlignet, men som oppdragsgiver er du forpliktet til å utjevne forskjeller f.eks. ved å sørge for at all relevant informasjon er tilgjengelig for alle, at tidsfrister som skal nås er rimelige etc. Du bør også opplyse om hvilken leverandør din virksomhet benytter i dag.»
(vår understrekning)³²

Vi vurderer at DFØs anbefaling er å gi en konkret og nøytral saksopplysning. Direktoratet har gått lenger enn å oppgi eksisterende leverandørs navn i de anskaffelsene vi har undersøkt.

Direktoratet har uttalt seg om bakgrunnen for disse formuleringene:

- Direktoratet opplyser til departementet at informasjonen i avrop 18/851 *Forprosjekt Akson* ble tatt med fordi direktoratet tidligere hadde fått tilbakemelding fra leverandørene på rammeavtalene om at dette er informasjon de ønsker å kjenne til når de vurderer hvilke konkurranser de skal prioritere. Direktoratet opplyser også om følgende:

«For å sikre lik tilgang til slik informasjon, har direktoratet derfor hatt som praksis å opplyse om dette i konkurransegrunnlaget.»³³

- Direktoratet opplyser i intervju at bakgrunnen for å ta med informasjonen, er hensynet til forutberegnelighet for og likebehandling av leverandørene. Direktoratet uttaler at det er tids- og arbeidskrevende for en leverandør å komme med et tilbud. Derfor er det nyttig for dem å få informasjon om at det allerede er en ekstern leverandør på oppdraget, når de skal vurdere om de skal prioritere å levere inn tilbud.³⁴

Vi vurderer at direktoratet har en praksis om å gi informasjon til leverandørene om at kjøpet gjelder videreføring av roller i et pågående prosjekt. Slik vi vurderer det er direktoratet innforstått med at denne praksisen *kan* føre til at de får færre eller ingen konkurrerende tilbud.

Direktoratet innførte i oktober 2020 nye rutiner. Det er presisert at der det er behov for en videreføring av et eksisterende oppdrag, så skal konkurransefordelen den/de allerede innleide konsulentene har opparbeidet seg under det eksisterende oppdraget, utlignes. Veilederen viser til ulike måter dette kan gjøres på.³⁵ Veilederen gir ikke føringer for hvordan informasjon om at kjøpet gjelder videreføring, skal utformes for å sikre konkurranse og likebehandling.

I sju av anskaffelsene vi har undersøkt, har direktoratet brutt anskaffelsesregelverket

Å informere om at kontinuitet er ønsket, er i strid med prinsippet om konkurranse og likebehandling. I forbindelse med en anskaffelse til Helsedataprogrammet³⁶ opplyser direktoratet følgende i konkurransegrunnlaget:

«Programmets varighet vil bli lenger enn det vi planla i 2017, og derfor forlenges også behovet for kontrakt med hovedsamarbeidspartner. Den nåværende leverandøren har gjennom oppdraget opparbeidet seg betydelig innsikt og erfaring og har vist en solid leveranseevne og oppdragsforståelse. Øvrige leverandører fritas derfor fra tilbudsplikten.»³⁷ (eksempel 6 i lista ovenfor)

En av leverandørene på rammeavtalen stilte følgende spørsmål:

³² *Veileder for kjøp av konsulenttjenester*, Difi Oslo januar 2016, side 17. Veilederen er oppdatert i henhold til nytt anskaffelsesregelverk som trådte i kraft 1. januar 2017.

³³ Utfyllende opplysninger om bruk av konsulenttjenester, brev fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet, 28. september 2020.

³⁴ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse, 25. januar 2021.

³⁵ *Veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT*.

³⁶ Avrop 20/26.

³⁷ Formuleringen om at øvrige leverandører fritas for tilbudsplikten, skyldes ifølge direktoratet at det i den nye rammeavtalen (19/1057) er lagt inn en plikt for leverandørene på om å levere tilbud. Det går fram av direktoratets *Veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT* pkt. 5 at «Det er tilbudsplikt i minikonkurransene, dog er den så vagt formulert at det ikke får følger om leverandøren ikke leverer tilbud i alle konkurransene.»

«Er dette en reell konkurranse eller vil [leverandør] med sine tidligere oppdrag ligge an til å vinne dette? Dersom [leverandør] er ønsket, bør det opplyses om det (slik det kanskje indirekte kan forstås), slik at ikke mange selskaper bruker mange hundre timer hver på å sette sammen tilbud.»

Direktoratet svarte leverandøren at dette var en videreføring av et oppdrag, og at øvrige leverandører på rammeavtalen derfor ble fritatt fra tilbudsplikten.³⁸

Direktoratet vedgår at formuleringen som ble gitt i konkurransegrunnlaget for denne anskaffelsen, er i strid med konkurranse- og likebehandlingsprinsippene i anskaffelsesloven:

«Hensynet til forutberegnelighet må veies opp mot hensynet til konkurranse. Dette er en balansegang som kan være krevende. I anskaffelsen 20/26 ser direktoratet at formuleringene som ble benyttet kunne forstås slik at det ikke var en reell konkurranse, og beklager dette.»³⁹

Vi vurderer at beskrivelsen av kvaliteten på arbeidet den eksisterende leverandøren har gjort, og informasjonen om at kontinuitet er ønskelig, er brudd på konkurranse- og likebehandlingsprinsippene i anskaffelsesloven § 4. I tillegg til denne anskaffelsen gjelder dette også anskaffelsene vist i eksempel 1 og 5 i lista ovenfor.

I de sakene vi har undersøkt er det bare eksisterende leverandør som gir tilbud når slike opplysninger blir gitt

I konkurransegrunnlaget for alle de ti avropene i lista ovenfor opplyser direktoratet om at kjøpet er en videreføring av et eksisterende oppdrag. Vi har undersøkt hvor mange leverandører som gir tilbud når konkurransegrunnlaget inneholder opplysninger om at et oppdrag er en videreføring av tilsvarende rolle.

Figur 2 Sammenhengen mellom informasjon i konkurransegrunnlag og antall tilbud

Anskaffelse	Er det gitt informasjon om at oppdraget er en videreføring?	Antall innkomne tilbud
EIEJ 15/255	Ja	1
EIEJ 18/851	Ja	1
HDP 16/364	Nei	5
HDP 16/1111	Ja	1
HDP 17/151	Nei	2
HDP 20/26	Ja	1
PKT 16/473	Nei	4
PKT 17/841	Ja	1
PKT 19/310	Nei	4
PKT 19/1000	Ja	1
PKT 19/1001	Ja	1
PKT 19/1002	Ja	1
PKT 19/1003	Ja	1
PKT 19/1119	Ja	1

EIEJ= Prosjektet Én innbygger – én journal/Akson, HDP=Helsedataprogrammet, PKT=Program kodeverk og terminologi

Kilde: Riksrevisjonen basert på anskaffelsesdokumentasjon.

Tabellen i figur 2 viser at direktoratet bare fikk tilbud fra eksisterende leverandør i de ti anskaffelsene der konkurransegrunnlaget inneholdt informasjon om at det var videreføring av en rolle. I de fire andre anskaffelsene, hvor denne informasjonen ikke ble gitt, kom det inn flere tilbud.

³⁸ Formuleringen om at øvrige leverandører fritas for tilbudsplikten, skyldes ifølge direktoratet at det i den nye rammeavtalen (19/1057) er lagt inn en plikt for leverandørene på om å levere tilbud. Det går fram av direktoratets *Veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT* pkt. 5 at «Det er tilbudsplikt i minikonkurransene, dog er den så vagt formulert at det ikke får følger om leverandøren ikke leverer tilbud i alle konkurransene.»

³⁹ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse, 25. januar 2021.

Vår analyse indikerer at de øvrige leverandørene på rammeavtalen kan ha forstått konkurransegrunnlaget slik at direktoratet ønsket at kontrakten skulle gå til eksisterende leverandør, og derfor ikke ga tilbud i minikonkurransen. Det er risiko for at direktoratets praksis svekker konkurransen.

6.1.2 Sikrer Direktoratet for e-helse etterprøvnbarhet i anskaffelsene?

Direktoratet for e-helse skal oppfylle dokumentasjonsplikten etter anskaffelsesforskriften § 7-1, jf. § 25-5. Dokumentasjonsplikten innebærer at oppdragsgiveren skal dokumentere viktige beslutninger og vesentlige forhold for gjennomføringen av anskaffelser.

Dersom oppdragsgiveren ikke kan legge fram dokumentasjon i henhold til kravene, vil dette være et brudd på dokumentasjonsplikten. Dokumentasjon av viktige beslutninger er avgjørende for at det skal være mulig å etterprøve vurderingene og at de er fattet i henhold til regelverket, jf. anskaffelsesloven § 4 om etterprøvnbarhet.

Revisjonen viser følgende:

- Direktoratet har etter kontraktsinngåelsen gitt en annen konsulent rollen som programleder enn den som var avtalt.
- Direktoratet har inngått avtale om flere ressurser enn det som går fram av behovsbeskrivelsen i konkurransegrunnlaget.
- Direktoratet har gjort avrop (kjøp) på rammeavtale som har varighet utover hovedregelen i anskaffelsesregelverket.

Vi finner ikke dokumentasjon på at direktoratet har vurdert om disse forholdene er i henhold i regelverket.

Direktoratet har ikke en internkontroll som sikrer at vesentlige forhold i anskaffelsesprosessen blir dokumentert. God dokumentasjon er også viktig for direktoratets styring og kontroll med at anskaffelsene har gått riktig for seg.

Betydningen av dokumentasjon er viktigere, jo større og omfattende anskaffelsene er. Anskaffelsene vi har undersøkt, er hovedsakelige anskaffelser av betydelige verdi.

Helse- og omsorgsdepartementet er enig i at det i noen tilfeller ville vært en fordel om endringer i kontraktsforholdene, uavhengig av vesentlighet, i større grad hadde vært dokumentert skriftlig for å sikre sporbarhet. Departementet er også enig i at nivået på slik dokumentasjon må ses i sammenheng med omfanget av den enkelte kontrakt og av direktoratets konsulentbruk totalt sett.⁴⁰

Direktoratet har etter kontraktsinngåelse gitt en annen konsulent rollen som programleder enn den som var avtalt

I en anskaffelse til *Helsedataprogrammet* med total kostnadsramme på 90 millioner kroner, tiltrådte ikke konsulenten som leverandøren hadde tilbudt som programleder.⁴¹

Blant ressursene som ble etterspurt i konkurransen, var en person til å lede programmet.

I konkurransegrunnlaget heter det at:

«Ved evaluering av tilbudt kompetanse vil vi legge mest vekt på de navngitte ressursene som kan dekke oppgavene og rollene og som kan inngå i programteamet fra mars 2017.»

Det kom inn to tilbud. Leverandørene leverte tilbud med navngitte ressurser, inkludert konsulent i rollen som programleder. Kvalifikasjonene til de enkelte konsulentene ble presentert i CV.⁴² I utvelgelsesprosessen intervjuet direktoratet programlederne.⁴³

I direktoratets vurdering av tilbudet fra leverandøren, står følgende:

⁴⁰ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁴¹ Avrop 17/151 *Helsedataprogrammet*.

⁴² Vedlegg til leverandørens tilbud.

⁴³ *Anskaffelse - Meddelelse om tildeling 17/151 - Strategisk samarbeidspartner for bistand med Helsedataplattformen*, brev datert 17. mars 2017 til leverandørene fra Direktoratet for e-helse.

«For den tilbudte programlederen fremheves det særdeles tung og relevant erfaring fra et svært stort, komplekst og politisk viktig program. I intervjuet fremstod den tilbudte konsulent som programleder som svært solid og reflektert, med stor forståelse for oppdraget, samt med relevant erfaring fra mange lignende utfordringer som vil bli aktuelt for Helsedataprogrammet. Denne erfaringen fra et stort program med sammenlignbar juridisk, politisk, organisatorisk og teknisk kompleksitet veier tungt.»⁴⁴

Direktoratet oppsummerte valget slik:

«Begge de to leverandørenes tilbudte ressurser scorer høyt på kompetanse og relevans for oppdraget i de skriftlige tilbudene. Tilbudet fra [leverandør] fremhever seg med den tilbudte ressursen til programlederrollen, som har den mest solide og sammenlignbare erfaringen til denne rollen. [leverandør] utmerker seg også i erfaring, refleksjon og konkrete virkemidler for rollen som strategisk samarbeidspartner.»⁴⁵

Dette viser at direktoratet i valget av leverandør, la stor vekt på den tilbudte programlederens kompetanse. Direktoratet vurderte at vedkommende hadde en særlig kompetanse og erfaring som veide tungt i valget av vinnertilbudet.

Alle leverandørene på rammeavtalen ble orientert om beslutningen og vurderingene, og direktoratet inngikk kontrakt med leverandøren om et team med de tilbudte ressursene, herunder programlederen.⁴⁶ Leverandøren startet arbeidet samme dag som kontrakten ble inngått.⁴⁷

Direktoratet opplyser at vedkommende som ble tilbudt som programleder aldri tiltrådte i rollen.⁴⁸ En annen konsulent fra den samme leverandøren ble i stedet programleder.⁴⁹ Vedkommende ble opprinnelig ikke tilbudt som programleder.⁵⁰ Han var ikke intervjuet til denne rollen, og heller ikke vurdert i rollen.⁵¹

Endringen av konsulent i rollen som programleder innebærer at forutsetningen direktoratet la til grunn for valg av leverandør, ikke lenger var til stede.

Det følger av kontrakten at det er tillatt å bytte ut konsulentene. Det er en forutsetning at den andre konsulenten har tilsvarende kompetanse og erfaring. Direktoratet har ikke dokumentert at de vurderte om endringen var tillatt, eller om endringen var vesentlig og om det derfor skulle vært gjennomført en ny konkurranse, jf. anskaffelsesforskriften § 28-3 bokstav a.

Den manglende dokumentasjonen av vurderinger gjør det ikke mulig å bringe på det rene om direktoratet vurderte om skiftet av konsulent kunne innebære et brudd på forutsetningene for konkurransen og eventuelt anskaffelsesregelverket. Det foreligger heller ikke dokumentasjon på at direktoratet har vurdert om konsulenten som tiltrådte som programleder hadde kompetanse for rollen.

Direktoratet har inngått avtale om flere ressurser enn det som går fram av behovsbeskrivelsen i konkurransegrunnlaget

I en anskaffelse til *Helsedataprogrammet*, med total kostnadsramme på 6 millioner kroner, ba direktoratet om en rolle i 50–100 prosent stilling som virksomhetsarkitekt/prosjektlederstøtte.⁵² Direktoratet viser i konkurransegrunnlaget til hvilke kvalifikasjoner *konsulenten* må ha.

Valgt leverandør tilbød to konsulenter, den ene i 20–100 prosent stilling og den andre i 50–100 prosent stilling. I tilbudet fra leverandøren heter det:

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ *Anskaffelse - Meddelelse om tildeling 17/151 - Strategisk samarbeidspartner for bistand med Helsedataplattformen*, brev datert 17. mars 2017 til leverandørene fra Direktoratet for e-helse.

⁴⁷ Jf. bilag 41702889.

⁴⁸ Svar fra Direktoratet for e-helse på spørsmål fra Riksrevisjonen, 24. februar 2021.

⁴⁹ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁵⁰ Jf. tilbudet fra leverandøren.

⁵¹ Det fremkommer av tildelingsmeddelelsen at: «Leverandørenes motivasjon og egnethet til å ta rollen som samarbeidspartner har blitt utdypet i intervju av de to leverandørene, der også de tilbudte ressursene som programleder ble intervjuet.»

⁵² Avrop 16/1111: Dette avropet er gjort etter tidligere regelverk, jf. *lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69 og forskrift til offentlige anskaffelser av 7. april 2006 nr. 402*. Ifølge daværende forskrift § 3 var kravet til dokumentasjon den samme som etter någjeldende regelverk.

«De to konsulentene som er tilbudt vil fungere som et team, der innsatsen og timeuttaket underveis vil tilpasses direktoratets behov og budsjett.»

Direktoratet vurderte begge konsulentene og rangerte dem. De informerte alle leverandørene på rammeavtalen om hvilken leverandør som vant konkurransen, og meddelte at det ville bli inngått kontrakt med leverandøren om den konsulenten som direktoratet hadde rangert høyest.

Vi vurderer at den samlede anskaffelsesdokumentasjonen viser at *minikonkurransen* gjaldt kjøp av én konsulent.

Etter at meddelelsen var sendt, inngikk imidlertid direktoratet kontrakt med leverandøren om at *begge* konsulentene skulle bistå direktoratet. Det går fram av *anskaffelsesprotokollen* at:

«Konsulentene er tilbudt som et team, og vurderes til å være aktuelle for oppdraget.»

Direktoratet har ikke dokumentert at de vurderte om tilbudet var et vesentlig avvik fra konkurransegrunnlaget, og om tilbudet av den grunn skulle vært avvist, jf. anskaffelsesforskriften § 24-8. Den manglende dokumentasjonen av vurderinger gjør det ikke mulig å bringe på det rene om direktoratet vurderte om beslutningen de gjorde var i henhold til anskaffelsesregelverket.

Opprinnelig var avtalen inngått for ett år med ett års opsjon. Kontrakten ble avsluttet etter tre måneder. Vi har gjennomgått timelistene for disse tre månedene. Gjennomgangen viser at konsulentene til sammen arbeidet mer enn en 100 prosent stilling, som var det direktoratet hadde satt som maksimal ramme i konkurransegrunnlaget.

I konkurransegrunnlaget er det avtalt at leverandøren ikke kan fakturere mer enn 37, 5 timer per uke. Det tilsvarer 154 timer per måned.⁵³ Direktoratet har ikke dokumentert at det var avtalt at konsulentene kunne arbeide mer.

Figur 3 Avtalte og fakturerte timer i avrop 16/1111 Helsedataprogrammet

Måned	Avtalt maksimalt antall timer	Fakturerte timer	Prosentvis avvik
Januar 2017	154	172,5	12 %
Februar 2017	154	305,5	98 %
Mars 2017	154	306	99 %
Sum	462	784	70 %

Kilde: Riksrevisjonen basert på anskaffelsesdokumentasjon og regnskapsdata fra Direktoratet for e-helse.

Tabellen i figur 3 viser maksimalt antall timer det kan faktureres per måned for en 100 prosent stilling (154 timer). Den viser også antall timer som ble fakturert i de tre månedene i avtaleperioden, og prosentvis avvik mellom avtalt timebruk og fakturert timebruk.

Av tabellen går det fram at konsulentene allerede den første måneden arbeidet mer enn det som var avtalt. I de to neste månedene har leverandøren fakturert nesten dobbelt så mye som konkurransegrunnlaget tilsier. Direktoratet har ikke dokumentert en vurdering av om denne endringen er i tråd med anskaffelsesregelverket, jf. anskaffelsesforskriften §§ 28-1 og 28-2. Den manglende dokumentasjonen gjør det ikke mulig å etterprøve om direktoratet har vurdert om beslutningen de gjorde var i henhold til anskaffelsesregelverket.

⁵³ 1700 timer per år/11 måneder. Juli er feriemåned og regnes ikke med.

Direktoratet har gjort avrop (kjøp) på rammeavtale som har varighet utover hovedregelen i anskaffelsesregelverket

Oppdragsgiveren kan ikke inngå rammeavtaler for mer enn fire år, med mindre det foreligger særlige forhold, for eksempel knyttet til avtalens formål, investeringskostnader eller brukerens behov, jf. anskaffelsesforskriften § 26-1 fjerde ledd. Det er tillatt å gjøre avrop (kjøp) på en rammeavtale som varer lengre enn rammeavtalen.

Direktoratet må i det konkrete avropet vurdere hvor lenge de har *behov* for konsulenttjenesten som skal anskaffes.

Et avrop som varer lenge etter at rammeavtalen er gått ut, kan anses som en omgåelse av bestemmelsen om at en rammeavtale ikke skal ha en lengre varighet enn fire år. Det innebærer at jo lenger et avrop varer utover rammeavtalen, desto viktigere vil det være å dokumentere en vurdering av behovet og varigheten, jf. kravet til etterprøvbarehet.

I tre av anskaffelsene vi har undersøkt, er det avtalt en opsjonstid som går utover varigheten på rammeavtalen avropet er gjort på. Dette gjelder én anskaffelse til *Helsedataprogrammet*, én anskaffelse til prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson* og én anskaffelse til *Program kodeverk og terminologi*.⁵⁴ Estimert kontraktsverdi er fra 5 til 90 millioner kroner.

De tre anskaffelsene er gjort på rammeavtalen for kjøp av IKT-konsulenttjenester som utløp 31. desember 2019. Den nye rammeavtalen gjelder fra 1. januar 2020 og varer ut 2023.

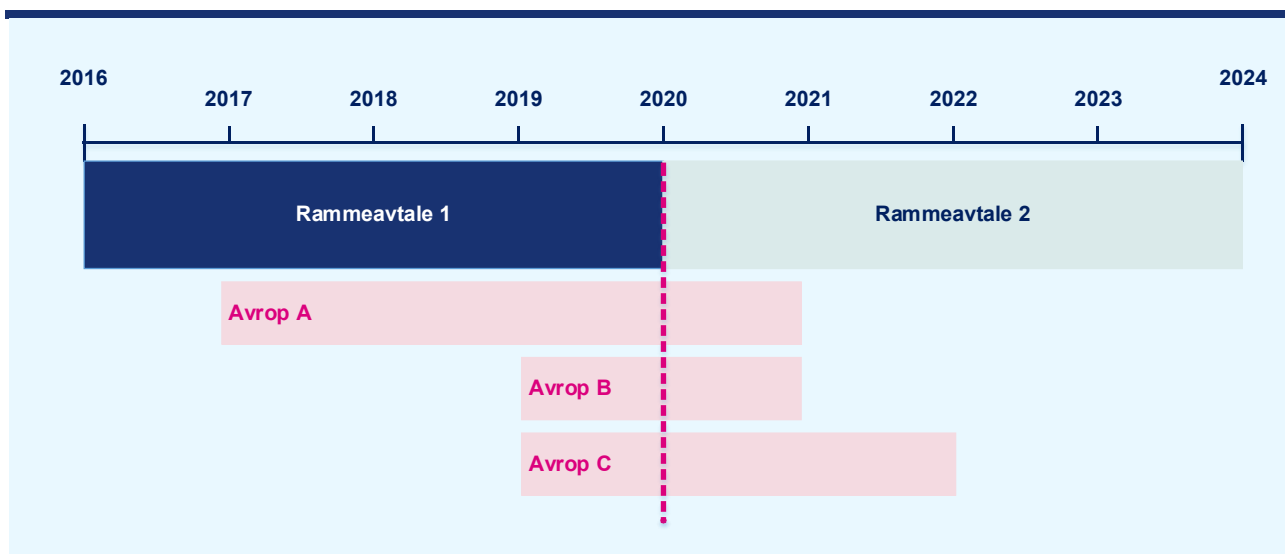


Rammeavtale

En rammeavtale er en avtale for en gitt periode mellom oppdragsgiver og en eller flere leverandører om en type leveranse som oppdragsgiver ved behov kan gjøre avrop (kjøp) på.

Hensikten med slike avtaler er å forenkle og redusere arbeidet som må foretas i forbindelse med en anskaffelse, fordi oppdragsgiver ikke behøver å gjennomføre en hel anskaffelsesprosedyre hver gang noe skal anskaffes.

Figur 4 Oversikt over varigheten på tre avrop som er foretatt på rammeavtale 1



Kilde: Riksrevisjonen basert på anskaffelsesdokumentasjon.

Figur 4 viser varigheten på de to rammeavtalene og på de tre avropene som direktoratet har gjennomført.⁵⁵ *Rammeavtale 1* gjaldt for perioden 2016 til 2020, mens *rammeavtale 2* har varighet fra 2020 til 2024.

Figuren viser at alle de tre avropene ble gjort på *rammeavtale 1*, og har hatt virkning utover rammeavtalens varighet. Avrop A og B hadde en avtalt opsjon som varte ett år etter at rammeavtalen opphørte. Avrop C hadde avtalt opsjoner som varer to år etter at rammeavtalen opphørte.

Direktoratet har ikke i noen av de tre avropene, dokumentert at det var et konkret behov for å gjøre et avrop som hadde betydelig lengre varighet enn rammeavtalen.

⁵⁴ Avrop 17/151 *Helsedataprogrammet* (Avrop A), 19/310 *Program kodeverk og terminologi* (Avrop B) og 18/851 *Én innbygger – én journal/Akson* (Avrop C).

⁵⁵ Rammeavtalene for Konsulenttjenester innen IKT, Avropsdokumentasjon for avrop 17/151, 19/310 og 18/851.

6.2 Problemstilling 2: Sikrer Direktoratet for e-helse gjennom styring og kontroll at bruken av konsulenter er i tråd med regelverket for økonomistyring i staten?

Det følger av de grunnleggende prinsippene i økonomiregelverket at direktoratet skal sikre at fastsatte mål og resultatkrav oppnås, at ressursbruken er effektiv, og at virksomheten drives i samsvar med gjeldende lover og regler. Økonomibestemmelsene utfyller prinsippene og slår i punkt 2.4 fast at virksomhetens internkontroll skal forhindre styringssvikt, feil og mangler. Direktoratets omfattende bruk av konsulenter i ledende roller og til å utføre direktoratets samfunnsoppdrag, stiller særskilte krav til direktoratets internkontroll.

Oppsummering

Revisjonen viser at direktoratet ikke har en tilstrekkelig kontroll av kostnadsutviklingen i de enkelte anskaffelsene. I 5 av de 14 avtalene vi har undersøkt er kostnaden overskredet. Direktoratet foretar nye kjøp først når den totale kostnadsrammen for en anskaffelse er oversteget. Betydelige kjøp ut over kostnadsrammen kan bli vurdert som en ulovlig direkte anskaffelse. Konsekvensen av mangelfull kostnadskontroll kan også være at direktoratets programmer og prosjekter blir dyrere enn planlagt.

Direktoratet bruker ofte innleide konsulenter i viktige roller som program- og prosjektledere og til å gjennomføre direktoratets samfunnsoppdrag. I alle de tre programmene/prosjektet vi har undersøkt, har leverandøren som opprinnelig fikk oppdraget, fortsatt en sentral rolle. Direktoratet har ikke dokumentert at de har vurdert risikoen for at de ved å benytte den samme leverandøren i hele prosjektperioden, kan gjøre seg avhengige av en bestemt leverandør. Ingen av de 14 anskaffelsene vi har kontrollert, har dokumentasjon som viser at behovet for å leie inn konsulenter er vurdert mot egne ressurser.

Direktoratet har ikke etablert en skriftlig strategi for å overføre kompetanse fra innleide konsulenter til egen virksomhet. Direktoratet stiller ikke krav til leverandøren i kontraktene om at konsulentene skal bidra med kompetanseoverføring til interne ressurser. I 2020 har direktoratet etablert rutiner som legger vekt på kompetanseoverføring.

Revisjonen viser at partnere hos leverandøren som også er konsulenter i program- og prosjektledelsen, har underskrevet kontrakter og godkjent opsjoner på vegne av leverandøren. Direktoratet sikrer ikke at leverandørene har tilstrekkelig bevissthet om mulige habilitetsutfordringer. Det kan gi risiko for at allmennhetens tillit til direktoratet svekkes.

6.2.1 Har direktoratet kontroll med kostnadsutviklingen i avtalene om konsulenttjenester?

Direktoratet må sikre at de har kontroll med de økonomiske rammene for anskaffelsene, jf. økonomibestemmelsene punkt 2.4 og 5.3.8. Dette innebærer blant annet å følge opp kostnadsutviklingen i kontraktene med leverandørene. Direktoratet må kontrollere at leverandørene holder seg innenfor avtalt timebruk, og at fakturaene er i henhold til det som er avtalt, jf. økonomibestemmelsene punkt 5.3.5.2.

Vi har undersøkt hvordan direktoratet følger opp kostnadsutviklingen i anskaffelser i prosjektet *Én innbygger – én journal, Helsedataprogrammet og Program kodeverk og terminologi*.

Revisjonen viser følgende:

- Det er i fem anskaffelser fakturert betydelig mer enn avtalt og kostnadene er høyere enn beregnet kostnad for den enkelte anskaffelsen.
- I fem anskaffelser har direktoratet overskredet estimert kostnadsramme.
- I disse anskaffelsene foretok direktoratet nye kjøp først når den totale kostnadsrammen på anskaffelsen var oversteget.

Direktoratet har etablert et system for å følge opp kostnadsutviklingen på programnivå, men følger ikke tilstrekkelig opp kostnadsutviklingen i de enkelte kontraktene. Systematisk oppfølging av kostnadsutviklingen i kontraktene er viktig for å hindre overforbruk på eksisterende avtaler.

Betydelige kjøp utover kostnadsrammen kan anses som en ulovlig direkte anskaffelse. Konsekvensen av mangelfull kostnadskontroll kan også være at direktoratets programmer og prosjekter blir dyrere enn planlagt.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at direktoratet har etablert nye rutiner som skal sikre at nye avtaler inngås i tide, og hindre overforbruk på eksisterende avtaler.

Fakturert timeantall er høyere enn avtalt timeantall

Når Direktoratet for e-helse inngår kontrakt med leverandøren, så avtales det hvor mye den enkelte konsulent skal jobbe. Direktoratet bruker en standardtekst i kontrakten som opplyser leverandøren om følgende vilkår:

«Leverandøren kan kun fakturere Kunden 7 ½ timer per virkedag og 37,5 timer per uke. Timeantall som overstiger dette skal godkjennes skriftlig av Kunden. I hastetilfelle kan Kunden gi muntlig samtykke og bekreftes skriftlig i etterkant.»⁵⁶

Det står også i kontraktens standardtekst at det unntaksvis kan avtales at konsulentene kan arbeide mer. Dette skal i så fall avtales i det enkelte tilfellet.

Direktoratet legger til grunn at ett årsverk for en konsulent utgjør 1700 timer.⁵⁷ I snitt utgjør det 154 timer per måned.⁵⁸

Vi har undersøkt timebruket for åtte avtaler i *Program kodeverk og terminologi*. I fem av avtalene har leverandøren fakturert flere timer i avtaleperioden enn det som er avtalt i kontrakten, jf. tabell 2. Alle avtalene er inngått med samme leverandør.

Figur 5 Avvik mellom avtalt antall timer og fakturert antall timer i *Program kodeverk og terminologi*

Avtale og tidsrom	Avtalt antall timer	Fakturert antall timer ⁵⁹	Prosentvis avvik
Avtale 1	2545	3415	34 %
Avtale 2	3400	4408	30 %
Avtale 3	1694	2813	66 %
Avtale 4	1694	2454	45 %
Avtale 5	1694	2735	61 %

Kilde: Riksrevisjonen og Brev til Riksrevisjon fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021

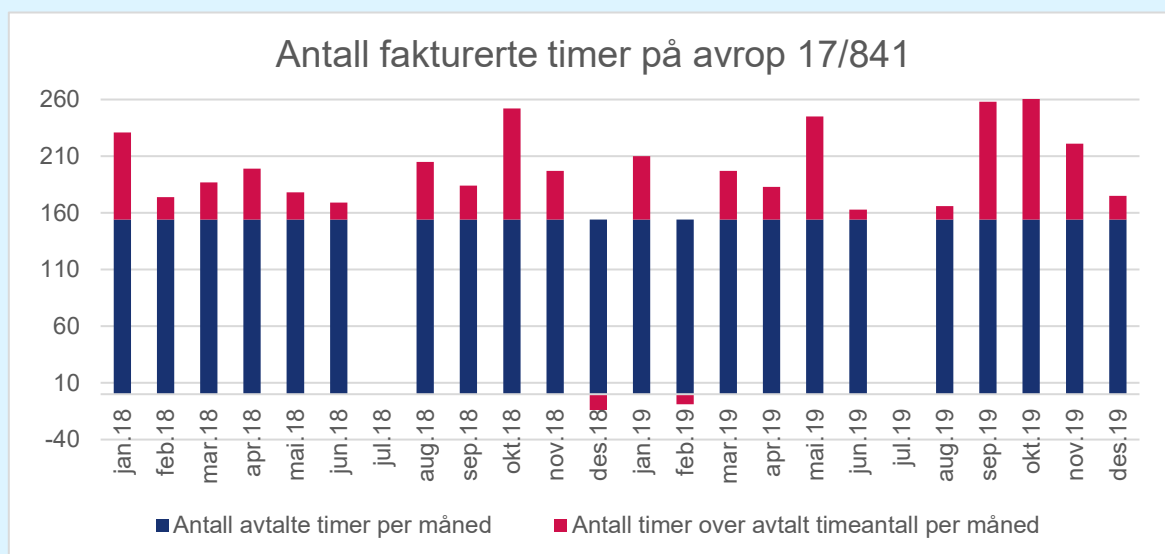
Tabellen i figur 5 viser at det er betydelige avvik mellom avtalte og fakturerte antall timer i de fem avtalene.

⁵⁷ Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020, s.17.

⁵⁸ 1700 timer per år/11 måneder. Juli er feriemåned og regnes ikke med.

⁵⁹ Fakturert beløp i kontraktstiden delt på avtalens timepris.

Figur 6 Antall fakturerte timer per måned for avtale 2



Kilde: Riksrevisjonen basert på anskaffelsesdokumentasjon og regnskapsdata fra Direktoratet for e-helse.

Diagrammet i figur 6 viser antall fakturerte timer for avtale 2 i avtaleperioden.

De blå søylene i diagrammet viser antall avtalte timer per måned⁶⁰, mens de røde søylene viser timer som er arbeidet utover det som er avtalt. Summen av disse to utgjør det totale arbeidet i måneden. Juli er feriemåned og har dermed ikke fakturerte timer.

Diagrammet viser at konsulenten, med unntak av desember 2018 og februar 2019, arbeidet mer – og til tider betydelig mer – enn avtalt i hele avtaleperioden fra januar 2018 til desember 2019. Det er i gjennomsnitt fakturert 200 timer per måned, som utgjør i snitt 30 prosent mer enn det som er avtalt.

Direktoratet tok ikke opp overskridelsen av timebruket i denne avtalen med leverandøren. De tok heller ikke opp overskridelsen i avtale 1.

I september 2020 tok direktoratet opp overskridelsen i avtalene som var inngått for 2020 (avtale 3, 4 og 5 i tabell 3) med leverandøren. De to andre avtalene var avsluttet. I brevet fra direktoratet heter det:

«Helt siden oppstart av avropskontraktene har praksis vært at de innleide ressursene har jobbet svært lange dager. Denne praksisen er det formidlet muntlig om at er uønsket, og det er lagt fram forslag at det er mer hensiktsmessig å heller leie inn flere konsulenter. De aktuelle konsulentene på sin side har ønsket å fortsette en slik praksis da de har ment at det er mer krevende å gjennomføre opplæring av nye ressurser innenfor tidsrammen.»

Brevet viser at direktoratet fra oppstart av disse tre kontraktene i januar 2020 og fram til de skrev brevet i september 2020, aksepterte leverandørens ønske om å ikke leie inn flere konsulenter. Gjennomgang av fakturaer viser at konsulentene fortsatte å fakturere flere timer enn avtalt.

Direktoratet ba også i brevet om at den innarbeidede praksisen opphørte, og varslet at fra og med oktober 2020 ville timer utover 48 timer per uke ikke kunne faktureres med mindre dette var skriftlig avtalt med programeier, og kun for én uke om gangen.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at direktoratet har dokumentasjon på at det er avtalt med konsulentene at de kan arbeide mer enn det som følger av kontrakten i noen av disse avtalene. I perioden

⁶⁰ Direktoratet søkte etter en konsulent i 100 % stilling for perioden januar 2018 - desember 2019. Antall avtalte timer per måned utgjør i snitt 154 timer. 1700 timer per år/11 måneder. Juli er feriemåned og regnes ikke med.

2017–2019 var det rutine for å godkjenne timer i forkant av fakturering.⁶¹ Direktoratet har nå presisert følgende i veilederen:

«Merk at konsulentene ikke skal jobbe mer enn 7,5 timer pr dag og 37,5 timer pr uke.

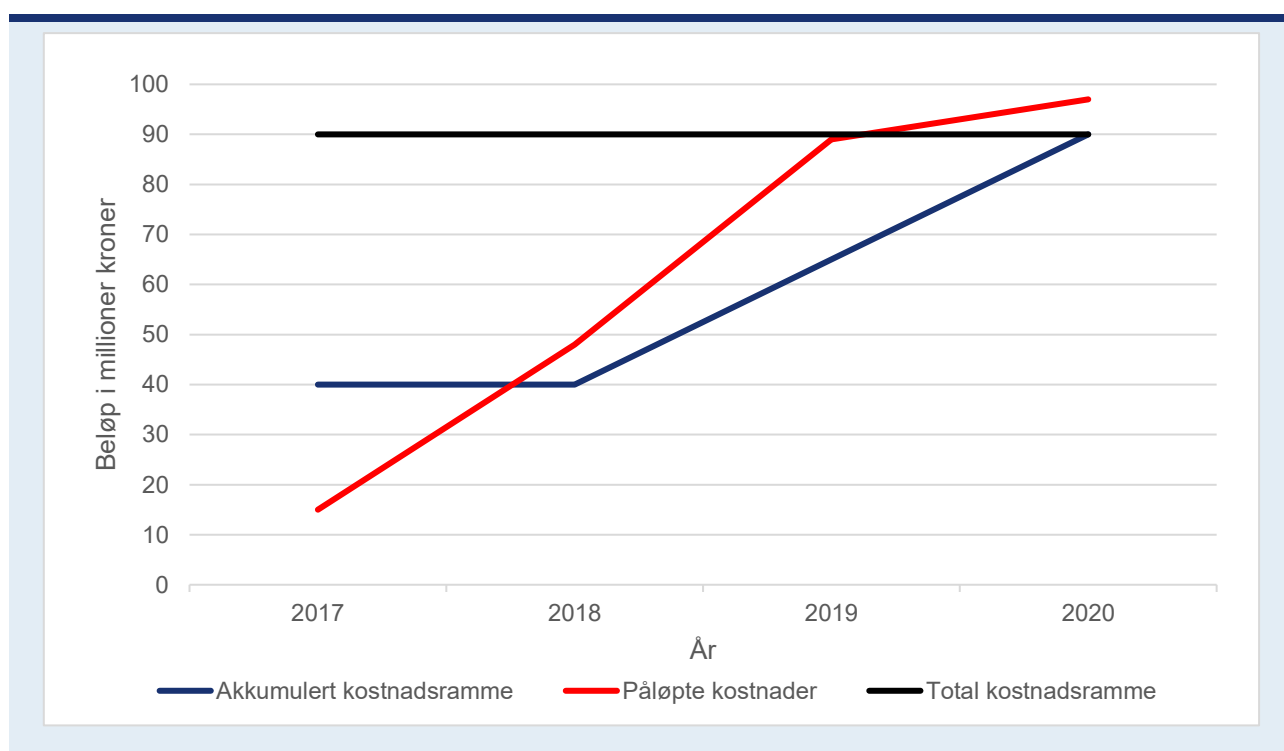
Vi har et sosialt ansvar for de personene som arbeider med å oppfylle kontraktene våre, og arbeid ut over Arbeidsmiljølovens bestemmelser skal ikke forekomme. De innleide konsulentene skal behandles med respekt og på en slik måte at det ikke skader direktoratets omdømme.

Videre kan man havne i en situasjon der det jobbes mer enn hva som fremkom i utlysningen, og da kan merarbeidet anses som en ulovlig direkteanskaffelse da merarbeidet ikke har vært konkurranseutsatt.»⁶²

Direktoratet har ikke tilstrekkelig kostnadsoppfølging av kontraktene

I flere av anskaffelsene vi har kontrollert er estimerte kostnadsrammer overskredet. I avrop 17/151 for *Helsedataprogrammet* var estimerte kostnader inntil 40 millioner kroner for årene 2017–2018 og inntil 25 millioner kroner for hvert av opsjonsårene 2019 og 2020.

Figur 7 Kostnadsutviklingen i avrop 17/151 Helsedataprogrammet



Kilde: Riksrevisjonen basert på anskaffelsesdokumentasjon og regnskapsdata fra Direktoratet for e-helse.

Figur 7 illustrerer kostnadsutviklingen mot kostnadsestimatet per år. Den røde linjen viser påløpte kostnader. Den blå linjen viser at kostnadsrammen i 2017 og 2018 var på til sammen var 40 millioner kroner. I slutten av 2019, da avtalen hadde vart i tre år, var estimert kostnadsramme for denne perioden 65 millioner kroner.⁶³ Den svarte linjen viser estimert kostnadsramme for hele kontraktsperioden.

Figur 7 viser at de estimerte kostnadene var overskredet med 8 millioner kroner allerede ved utgangen av 2018. Ved utgangen av 2019 hadde overskridelsen økt til 24 millioner kroner. Rundt årsskiftet 2019/20 overskred kostnadene den estimerte kostnadsrammen på 90 millioner kroner. Direktoratet har ikke fulgt opp

⁶¹ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁶² Veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT, versjon 20. april 2021, side 12.

⁶³ Notatet Bekreftelse på budsjettmessig dekning datert 20. februar 2017. Beløpene er oppgitt eksklusiv mva.

at kostnadene ble holdt innenfor de estimerte kostnadsrammene i avtalen, underveis i perioden. Total kostnad ble 96,8 millioner kroner. Det er 6,8 millioner kroner over kostnadsestimatet.

Det ble utløst en opsjon for perioden 1. januar 2020–31. mars 2020.

Direktoratet gjennomførte i februar 2020 en ny minikonkurranse fordi kostnadsrammen var nådd.⁶⁴ Dette viser at direktoratet ikke hadde fulgt kostnadsutviklingen slik at de kunne foretatt nytt kjøp før den totale kostnadsrammen var oversteget.

Tre av anskaffelsene⁶⁵ på *Program kodeverk og terminologi* hadde hver en estimert kostnadsramme på 4,1 millioner kroner over to år. Etter ett år var det påløpt kostnader for henholdsvis 4,7 millioner kroner, 4,1 millioner kroner og 4,6 millioner kroner. Direktoratet utløste deretter en opsjon for én måned⁶⁶ og gjorde nye kjøp. Det var først når den totale kostnadsrammen var overskredet at direktoratet foretok nye avrop.

I et fjerde avrop på *Program kodeverk og terminologi* var den estimerte kostnadsrammen på 5,2 millioner kroner fordelt over to år. Etter ett år var det påløpt kostnader for 3,3 millioner kroner, det vil si 0,7 millioner kroner over den budsjetterte rammen første året. Den totale kostnaden ble 6,8 millioner kroner, det vil si at kostnadsrammen totalt ble oversteget med 1,6 millioner kroner.

I perioden 2016–2018 hadde ikke direktoratet rutiner for å bokføre kostnadene på det enkelte avtalenummeret.⁶⁷ Det var derfor ikke mulig å følge opp hver enkelt anskaffelse ved hjelp av regnskapssystemet. I 2019 innførte direktoratet en ny økonomimodell som medfører at direktoratet ble bedre i stand til å følge opp prosjekter og aktiviteter på faktisk ressursbruk.⁶⁸

Direktoratet opplyser i intervju at hvert enkelt program/prosjekt har ansvar for å følge opp kostnadsrammen for de enkelte avtalene og for at budsjettet for programmet/prosjektet totalt sett ikke overskrides.⁶⁹

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at direktoratets seksjon for økonomi og virksomhetsstyring følger opp kostnadene i programmene på månedlig basis, og påser at disse er innenfor budsjett og tildelte rammer.⁷⁰

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at direktoratet har vært for sent ute med å utløse opsjoner eller etablere ny avtale i enkelte tilfeller. Nye rutiner er etablert som skal sikre at nye avtaler inngås i tide, og hindre overforbruk på eksisterende avtaler. Direktoratets økonomistyring på etatsnivå er god og godt dokumentert. Direktoratet ser selv forbedringspunkter knyttet til kostnadskontrollen i oppfølging av anskaffelsene, og vil ta tak i dette.⁷¹

6.2.2 Vurderer direktoratet bruken av konsulenter?

Det følger av de grunnleggende prinsippene i økonomiregelverket at virksomheten skal sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag. For å redusere risikoen for å bli avhengig av konsulenttjenester må direktoratet vurdere omfanget av bruken av innleide konsulenter i det enkelte prosjektet. I tillegg må direktoratet vurdere risikoen for å bli avhengig av enkeltkonsulenter eller at én leverandør blir dominerende. En slik risikovurdering vil danne grunnlag for å iverksette eventuelle tiltak.

I henhold til statens veileder for kjøp av konsulenttjenester må virksomhetene være bevisst på hva som er virksomhetens kjerneoppgaver.⁷² Dette er et viktig grunnlag for å beslutte om en oppgave bør utføres av konsulenter eller ikke. Bevissthet om dette kan også bidra til å redusere risikoen for å gjøre seg for avhengig av enkeltkonsulenters kompetanse.

Revisjonen viser følgende:

- Direktoratet for e-helse har en strategi om å bruke konsulenter i oppgaveløsingen.

⁶⁴ Notat *Bekreftelse på budsjettmessig dekning* datert 3. februar 2020.

⁶⁵ Avrop 19/1000, 19/1001 og 19/1002. Dette er de samme avtalene som også hadde en timebruk som var vesentlig høyere enn avtalt, jf. omtalen ovenfor.

⁶⁶ Notat *Bekreftelse på budsjettmessig dekning*, datert 24. november 2020.

⁶⁷ Epost til Riksrevisjonen fra Direktoratet for e-helse 2. mars 2021.

⁶⁸ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁶⁹ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 25. januar 2021.

⁷⁰ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁷¹ Ibid.

⁷² Veileder for kjøp av konsulenttjenester, Direktoratet for forvaltning og IKT (nå Digitaliseringsdirektoratet) januar 2016, oppdatert i henhold til nytt anskaffelsesregelverk som trådte i kraft 1. januar 2017.

- Direktoratet bruker samme konsulent i sentrale roller over lang tid, og samme leverandør forblir i programmene/prosjektet.
- Direktoratet vurderer ikke risikoen for å bli avhengig av konsulenter.
- Direktoratet dokumenterer ikke i anskaffelsesprosessen om de har vurdert bruk av interne ressurser før de går til anskaffelse av konsulenttjenester.

Direktoratets omfattende bruk av konsulenter til å løse samfunnsoppdraget gjør det ekstra viktig å vurdere risikoen for at direktoratet blir avhengig av konsulenter og enkeltleverandører.

Direktoratet for e-helse har en strategi om å bruke konsulenter i oppgaveløsingen

Direktoratet har et stort behov for konsulenter og har en strategi om å bruke dem. Det har de rapportert til departementet i årsrapportene og i en egen redegjørelse om konsulentbruken. Det går også fram av interne rutiner.

I perioden 2016–2020 rapporterer direktoratet i årsrapportene om strategien og et stort behov for konsulenter i forbindelse med flere større utviklingsprosjekter. Direktoratet er en prosjektorganisasjon med oppgaver som endrer seg, noe som krever ulike typer kompetanse. Strategien begrunnes med at direktoratet trenger fleksibilitet og ulike typer kompetanse.⁷³

I redegjørelsen til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2020 opplyser direktoratet at det er flere grunner til å bruke ekstern kompetanse:⁷⁴ Det er blant annet nyttig å knytte til seg ekstern ekspertise og kompetanse fra private konsultentselskaper, både for å øke kapasiteten raskt og for å tilføre kompetanse.

Direktoratet har ikke hatt interne retningslinjer for konsulentbruk før de utarbeidet dette høsten 2020.⁷⁵ I de nye retningslinjene gir direktoratet følgende begrunnelser for bruken av innleid kompetanse:

«Innleid kompetanse bidrar til økt kvalitet i arbeidet, f.eks. når det leies inn spisskompetanse direktoratet ikke har.

Direktoratet får en fleksibel organisasjon som kan håndtere utrednings- og utviklingsoppgaver på en kostnadseffektiv måte ved å opp- og nedskalere tilgang på ulike typer kompetanse.

Det er et uttalt mål å benytte markedet der det er hensiktsmessig, ettersom bruk av markedet bidrar til økt mulighet for nyttegjøring av spesialisert kompetanse og en mer optimal bruk av offentlige midler.

Direktoratet får i mange tilfeller varig verdi av innleie fordi det overføres kompetanse til direktoratets ansatte. Rammeavtalen for IKT-konsulenttjenester gir en mulighet til å benytte høy kompetanse som kan gi verdi i leveranser og overføring av kompetanse til direktoratets ansatte.

Direktoratet får overført egen kompetanse til eksterne miljøer. Direktoratet kan ved bruk av konsulenter bidra til at det bygges opp kompetansemiljøer i konsultentselskapene som igjen bidrar til leverandørutvikling som gir både direktoratet og sektoren merverdi.»

Direktoratet bruker samme konsulent i sentrale roller over lang tid, og samme leverandør forblir i programmene/prosjektet

Vi har undersøkt bruken av konsulenter i prosjektet *Én innbygger – én journal, Helsedataprogrammet og Program kodeverk og terminologi*:

I prosjektet *Én innbygger – én journal*/Akson

- har samme konsulent hatt rollen som prosjektleder fra 2013 til 2020, det vil si i åtte år.⁷⁶
- var konsulenten leid inn i 2012 for å bistå med forberedelser til å følge opp stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal* i 2012–2013.⁷⁷

⁷³ Direktoratet for e-helses årsrapporter for årene 2016–2020.

⁷⁴ *Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse*, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020, s. 11-13.

⁷⁵ *Retningslinjer og rutiner for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse* ble utarbeidet i 2020 og godkjent av ledelsen i direktoratet 18. januar 2021.

⁷⁶ Mottatt oversikt fra Direktoratet for e-helse: *Oversikt over prosjektledelse og kjerneteamet i Én innbygger – én journal/Akson*.

⁷⁷ Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal/Akson*.

- overtok en ansatt i direktoratet rollen som prosjektleder høsten 2020, med konsulenten som prosjektlederstøtte.

Direktoratet opplyser i intervju at bakgrunnen for å bruke samme innleide konsulent som prosjektleder i hele prosjektperioden skyldes behovet for å sikre kontinuitet og konsulentens kompetanse på statens prosjektmodell. Prosjektet har gått i ulike faser som i stor grad har bygget på hverandre og med korte frister. Direktoratet har vurdert prosjektlederrollen flere ganger og konkluderte med at det fortsatt var behov for å besette rollen med innleid kompetanse. Direktoratets kompenserende tiltak har vært å opprette et prosjektlederteam bestående av internt ansatte i tillegg til innleid prosjektleder.⁷⁸

Direktoratet opplyser i redegjørelsen til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2020 at de jevnlig skal vurdere hvilke nøkkelposisjoner eksterne skal kunne ha og varigheten på slike avtaler.

87 prosent av kostnadene til konsulenttjenester i prosjektet i 2020 gjelder kjøp av tjenester fra det samme konsulentselskapet.

I **Helsedataprogrammet** har direktoratet inngått avtale med ett konsulentfirma om å være strategisk hovedsamarbeidspartner. 94 prosent av kostnadene til konsulenttjenester i 2020 gjelder kjøp fra dette konsulentselskapet.

Direktoratet opplyser at det er en bistandsavtale, hvor virksomheten har én partner som har ansvaret for å levere kapasitet og kompetanse etter de behov direktoratet definerer og bestiller. Behovet i programmet er fagkompetanse innenfor systemarkitektur, samfunnsøkonomi, prosjektledelse, prosessledelse, sektorkompetanse, registerforvaltningskompetanse, juridisk kompetanse og anskaffelseskompetanse.⁷⁹

Direktoratet har i løpet av programmet vekslet mellom å ha en innleid konsulent og en egen ansatt som programleder. Programledelsen besto i 2020 av intern programleder og innleid assisterende programleder/fagansvarlig. Fagansvarlig skal blant annet bidra til å sikre hensiktsmessige prosesser og koordinere fagutviklingen på tvers av prosjektene i programmet.

Ved oppstart av programmet i 2017 inngikk direktoratet avtale med én leverandør om rollen som strategisk samarbeidspartner.⁸⁰ Direktoratet lyste i 2020 ut en forlengelse av denne rollen. I tilbudet fra den eksisterende leverandøren står følgende:

«I tillegg tilbyr vi erfarne nøkkelressurser som har vært med siden programmet ble etablert, som sitter på spisskompetanse som går på tvers av flere av kompetanseområdene.»

En gjennomgang av anskaffelsesdokumentasjonen viser at konsulenten som har ulike lederroller i programmet kom inn allerede i en forprosjektfase før programmet ble etablert.

I **Program kodeverk og terminologi** har direktoratet inngått flere avtaler med sju ulike leverandører. Ett konsulentfirma har fakturert halvparten av kostnadene til konsulenter i 2020:

- Fra oppstart var programmet ledet av en ansatt med en innleid konsulent som støtte. Fra april 2019 har programleder vært innleid konsulent.
- Programmet består av flere prosjekter, som er underlagt programeier, programledelsen og programstyret. Alle prosjektledere er innleide konsulenter. Fagansvarlig er internt ansatt i dette programmet.

En gjennomgang av anskaffelsesdokumentasjonen viser også følgende:

- Én konsulent kom inn i programmet som programleder våren 2016, og vedkommende har fortsatt en sentral rolle.
- Flere innleide konsulenter fra samme konsulentfirma har også vært inne i programmet i flere år og har sentrale roller.

⁷⁸ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 9. desember 2020.

⁷⁹ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 9. desember 2020.

⁸⁰ Anskaffelsesdokumentasjon.

Av de ti programmene/prosjektene direktoratet hadde i 2020, var fem bemannet med innleide konsulenter i prosjekt-/programlederroller.

Direktoratet vurderer ikke risikoen for å bli avhengig av konsulenter

Direktoratet for e-helse opplyser i intervju at de ikke har dokumentert at det er gjennomført vurderinger av risikoen for å bli avhengig av innleide konsulenter i prosjektet *En innbygger – én journal* Akson. Konsulentbruk har imidlertid vært tema i ledermøtene, herunder bruk av enkeltkonsulenter som har hatt sentrale roller i dette og andre prosjekter.⁸¹

Direktoratet gjennomfører risikovurdering av gjennomføringsevnen i Helsedataprogrammet, hvor innleie av eksterne ressurser vurderes som et tiltak for å sikre gjennomføring.⁸² Direktoratet har ikke dokumentert at det er gjennomført vurderinger av risikoen for å bli avhengig av de innleide konsulentene i *Helsedataprogrammet*. Det gjelder også *Program kodeverk og terminologi*.

Direktoratet opplyser i intervju at prosjekteier alltid skal være en ansatt leder i linjeorganisasjonen i direktoratet for å sikre kontroll med programmene og prosjektene.⁸³

Direktoratet viser i redegjørelsen til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2020 til tiltak direktoratet vil vurdere. Der står det blant annet at direktoratet i større grad skal besette sentrale roller i programmer og prosjekter med egne ansatte, når det er mulig og hensiktsmessig.⁸⁴

Departementet opplyser at vurdering av risikoen for uønsket leverandørvhengighet og tiltak for å avhjelpe dette, bør være bedre sporbart i direktoratets styring.

Direktoratet dokumenterer ikke i anskaffelsesprosessen om de har vurdert bruk av interne ressurser før går til anskaffelse av konsulenttjenester

Direktoratet opplyser i intervju at delprosjektene og programorganisasjonen melder behov for nye ressurser til programledelsen og programkontoret.⁸⁵ Det er de ansatte i programledelsen eller programkontoret som vurderer behovet sammen med linjeleder. Det er en linjeleder med disposisjonsfullmakt som beslutter om ytterligere ressurser skal anskaffes, og beslutningene dokumenteres med en skriftlig budsjettdisponeringsfullmakt.⁸⁶

I direktoratets rutinebeskrivelse⁸⁷ går det fram at direktoratet skal vurdere om egne ansatte kan utføre oppdraget, eller om det må leies inn konsulent(er). Ingen av de 14 undersøkte anskaffelsene har dokumentasjon som viser at behovet for å leie inn konsulenter er vurdert mot mulig bruk av egne ansatte.

Departementet opplyser at direktoratet i arbeidet med virksomhetsplan og budsjett for kommende år vurderer behovet for å leie inn konsulenter vurdert mot bruk av egne ansatte. For noen av programmene finnes også en bemanningsstrategi. Direktoratet vedgår at det ikke har vært tydelig hvordan dette skal dokumenteres.⁸⁸

Direktoratet opplyser at det fra 2021 er ledelsen som i sine faste møter, skal godkjenne kjøp av konsulenter.⁸⁹ Dette er presisert i en ny rutine som skal sikre at direktoratet vurderer om det finnes egnede ressurser med ledig kapasitet i egen virksomhet.

Direktoratet opplyser videre at program- og prosjektleder er sentrale roller, og at direktoratet ønsker at disse rollene som hovedregel skal være besatt av egne ansatte. Det er imidlertid ikke alltid tilstrekkelig kapasitet av denne type kompetanse tilgjengelig i direktoratet. Direktoratet har nylig opprettet en egen avdeling for program- og prosjektledelse. Direktoratet planlegger framover å ha en egen ressurspool som skal dekke dette behovet.⁹⁰

⁸¹ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 9. desember 2020.

⁸² *Risikovurderinger Helsedataprogrammet*.

⁸³ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 25. januar 2021.

⁸⁴ *Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse*, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020.

⁸⁵ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 25. januar 2021.

⁸⁶ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁸⁷ Intern rutinebeskrivelse for - *Avrop med minikonkurranse*.

⁸⁸ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁸⁹ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 25. januar 2021.

⁹⁰ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

Det går også fram av de nylig vedtatte *Retningslinjer og rutiner for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse* at program- og prosjektledere som hovedregel skal besettes av direktoratets ansatte når dette er mulig og hensiktsmessig.⁹¹ Direktoratet har ikke hatt rutiner for dette tidligere.

6.2.3 Har direktoratet lagt til rette for kompetanseoverføring fra konsulentene til egne ansatte?

Direktoratet skal sørge for at planlegging, gjennomføring og oppfølging av aktiviteter er i samsvar med fastsatte mål og prioriteringer.⁹² Oppfølgingen omfatter også kjøp og bruk av konsulenttjenester. Konsulentoppdrag og prosjekter skal forankres i virksomheten og organiseres og styres på en slik måte at kompetanseoverføring kan finne sted.

Vi legger til grunn at Direktoratet for e-helse skal sikre kompetanseoverføring fra konsulentene til egne ansatte der det er hensiktsmessig. Kompetanseoverføring er viktig for å øke nytten av konsulentkjøpet og kan bidra til å redusere virksomhetens fremtidige behov for konsulentbruk i tilsvarende situasjoner. Dette er særlig viktig når konsulenter brukes i sentrale roller.

Revisjonen viser følgende:

- Kompetanseoverføringen skjer ved at ansatte og konsulenter jobber sammen i team.
- Direktoratet stiller ikke krav til leverandøren i kontraktene om at konsulentene skal bidra med kompetanseoverføring til interne ressurser.
- I 2020 har direktoratet etablert rutiner som legger vekt på kompetanseoverføring.

Ved å avtalefeste en plikt for konsulenten til å overføre kompetanse der det er relevant, kan virksomheten oppnå en mer systematisk og forutsigbar oppbygging av kompetanse hos egne ansatte. Direktoratet har ikke stilt krav om dette i de 14 anskaffelsene vi har undersøkt.

Direktoratet opplyser i intervju at kompetanseoverføringen fra innleide konsulenter blant annet skjer ved at ansatte og konsulenter jobber sammen i team. Det er ikke avtalt at konsulentene har ansvar for å sikre at kompetanseoverføringen finner sted. Direktoratet opplyser at ansvaret ligger implisitt i kravet til at arbeidet skal utføres i kundens lokaler og at kompetanseoverføring skal skje gjennom det daglige arbeidet.⁹³

Direktoratet opplyser i redegjørelsen til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2020 at kompetanseoverføring til interne ressurser er et mål. Hvordan kompetanseoverføringen skal sikres, er ikke omtalt i redegjørelsen.⁹⁴

Direktoratet har på slutten av 2020 utarbeidet en HR-strategi hvor det blant annet går fram følgende strategiske mål for direktoratet:

«Innleie av konsulenter skal gi strategisk verdi til organisasjonen»

For å nå de strategiske målene skal direktoratet

«komplettere organisasjonen med målrettet innleid konsulentkraft ut fra behovsanalyse og sikre kompetanseoverføring til interne ressurser»

Direktoratet har i 2021 fått på plass rutiner⁹⁵ som sier følgende:

«Kompetanseoverføring fra konsultentselskap til direktoratets ansatte vil øke nytten av konsulentkjøpet og bidra til å redusere fremtidige behov for konsulenttjenester. Behov for og overføring av kompetanse skal vurderes i hvert enkelt tilfelle og linjeressurs, fortrinnsvis linjeleder er ansvarlig for dette. Konsulentoppdrag vil variere både med hensyn til omfang og karakter. Hva som er hensiktsmessig kompetanseoverføring må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Felles føringer vil bli lagt til grunn i form av en sjekkliste for alle oppdrag.»

⁹¹ *Retningslinjer og rutiner for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse*, 18. januar 2021.

⁹² *Bestemmelser om økonomistyring i staten* punkt 2.3.

⁹³ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 9. desember 2020, Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 25. januar 2021

⁹⁴ *Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse*, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020.

⁹⁵ *Retningslinjer og rutiner for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse*, godkjent 18. januar 2021.

6.2.4 Sikrer direktoratet at de etiske retningslinjene følges av innleide konsulenter?

Alle statlige forvaltningsorganer må forholde seg til etiske retningslinjer for statstjenesten.⁹⁶ Den enkelte virksomhet må vurdere om det er behov for å supplere disse med egne retningslinjer tilpasset den enkelte virksomhets egenart og risiko. Etisk kvalitet på tjenesteyting og myndighetsutøvelse er en forutsetning for at innbyggerne skal ha tillit til statstjenesten.

Revisjonen viser følgende:

- Hvilke etiske krav som stilles til konsulentene, er uklare.
- Konsulenter, som også er partnere i konsulentselskapet, har underskrevet kontrakter og godkjent opsjoner på vegne av leverandøren.

Direktoratets omfattende bruk av konsulenter i sin oppgaveløsning stiller ekstra store krav til ansatte og konsulents bevissthet om etisk adferd.

Hvilke etiske krav som stilles til konsulentene, er uklare

Direktoratet for e-helse har utarbeidet interne etiske retningslinjer som skal sikre en god etisk praksis og definere felles standarder for ansatte i direktoratet.⁹⁷ Retningslinjene handler blant annet om hvordan de ansatte må være bevisst på hvordan forretningsetiske regler påvirker allmenhetens tillit til at direktoratet forvalter statens midler på en samfunnstjenlig måte. Det står eksplisitt at

«alle anskaffelser skal baseres på konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvbarhet og forholdsmessighet.»

De etiske retningslinjene sier ingen ting om hvordan innleide konsulenter skal forholde seg til de ulike temaene, eller om de er omfattet av retningslinjene.

Departementet opplyser at de forventer at innleide konsulenter som har roller i direktoratet, forholder seg til de etiske retningslinjer som direktoratet er omfattet av. Dette gjelder både de etiske retningslinjene for statstjenesten og de interne etiske retningslinjene, selv om konsulenter ikke er eksplisitt nevnt i disse. I tillegg signerer de innleide konsulentene på en omfattende bruker- og taushetserklæring med referanser blant annet til forvaltningsloven. De etiske retningslinjene er publisert på direktoratets intranett, som konsulentene også har tilgang til.⁹⁸

Konsulenter som også er partnere i konsulentselskapet, har underskrevet kontrakter og godkjent opsjoner på vegne av leverandøren

Direktoratet for e-helse opplyser til Helse- og omsorgsdepartementet at direktoratet i stor grad opplever at «leverandørene er bevisst på mulig habilitetsproblematikk og gjør profesjonelle vurderinger» knyttet til dette.⁹⁹

Konsulenter vil ofte ha økonomisk interesse i hvor store inntekter oppdraget genererer for leverandøren. Dette er en generell problemstilling som er aktuell ved konsulentbruk.¹⁰⁰ Dette er forhold som får betydning for hvilke krav direktoratet må stille til konsulentenes etiske bevissthet.

Eiere (partnere) i konsulentfirmaer har åpenbare økonomiske interesser i kraft av muligheten for å ta utbytte. Det stiller særlige krav til direktoratets oppfølging av konsulentene for å redusere risikoen for rolleblanding og habilitetskonflikter.

Direktoratet opplyser at prosjekt- og programledere i direktoratet har større påvirkningskraft på hvordan oppgaver løses, og at dette stiller ekstra store krav til ansattes og konsulents bevissthet.¹⁰¹

Vår gjennomgang av 14 anskaffelser viser at to konsulenter med lederrolle i programmet/prosjektet

- har signert kontrakten på vegne av leverandøren i tre anskaffelser

⁹⁶ Kommunal- og moderniseringsdepartementet *Etiske retningslinjer for statstjenesten*, revidert juni 2017.

⁹⁷ *Etiske retningslinjer for alle ansatte i Direktoratet for e-helse*.

⁹⁸ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁹⁹ *Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse*, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020, s. 26.

¹⁰⁰ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

¹⁰¹ Ibid.

- har godkjent opsjoner og bestillinger av nye ressurser på vegne av leverandøren i fire avtaler

Disse to konsulentene er også partnere i konsulentselskapet. Konsulentene er innleid for å dekke sentrale roller som prosjekt- og programledere i direktoratet, og har hatt rollene i en årrekke. Avtalene gjelder *Helsedataprogrammet* og prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*.

Direktoratet er enig i at dette i noen tilfeller kan fremstå uheldig.¹⁰² Direktoratet har laget nye retningslinjer for anskaffelser i oktober 2020 som omhandler vurdering av habilitet og konkurransefordeler i direktoratets anskaffelser.

¹⁰² Ibid.

7 Konklusjoner

Hovedkonklusjon

Direktoratet for e-helse har ikke tilstrekkelig kontroll med at anskaffelsesprosessene gjennomføres i tråd med regelverket. Manglene svekker tilliten til direktoratets anskaffelser.

Direktoratet har i flere tilfeller brutt anskaffelsesregelverket ved kjøp av konsulenttjenester til prosjektet *En innbygger – én journal*/Akson, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*.

Kravene til styring og kontroll i økonomiregelverket etterleves ikke godt nok.

Anskaffelsene og styringen av konsulentbruken er innrettet på en slik måte at direktoratet er avhengige av enkelte konsulenter og leverandører.

Direktoratet har høsten 2020 endret anskaffelsesrutinene. Det er positivt at direktoratet har utarbeidet rutiner og retningslinjer som skal bidra til etterlevelse av regelverket. God internkontroll er viktig for å etterleve anskaffelsesregelverket, ha kontroll på kostnadsutviklingen og redusere avhengigheten.

Direktoratet for e-helse ble etablert i 2016 og har som kjerneoppgave å bidra til og styrke digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren i Norge. Gjennom ansvaret for store og komplekse programmer og prosjekter skal direktoratet bidra til et enklere Helse-Norge med kvalitet, økt pasientsikkerhet og mer effektive helse- og omsorgstjenester.

Direktoratet for e-helse kjøper årlig konsulenttjenester for betydelige beløp. Direktoratet for e-helse har i perioden 2016 til 2020 brukt 1,2 milliarder kroner på konsulenttjenester. Det går fram av direktoratets rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet at direktoratet har en strategi om å bruke konsulenttjenester, og at de er avhengige av innleide konsulenter for å gjennomføre oppgavene sine.

Riksrevisjonen besluttet høsten 2020 å gjennomføre en revisjon av anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse. I 2020 var det flere medieoppslag om konsulentbruken i prosjektet. Revisjonen kommer i tillegg til en undersøkelse av den overordnede styringen av arbeidet med *En innbygger – én journal*, som rapporteres sammen med denne revisjonen.

Målet med revisjonen er å undersøke om Direktoratet for e-helse kjøper og styrer konsulenttjenester i tråd med anskaffelsesregelverket og økonomiregelverket i staten.

Anskaffelsesregelverket stiller krav til virksomhetene om å sikre konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvbarhet og forholdsmessighet i anskaffelsesprosessen. Prinsippene skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser og bidra til at det offentlige opptrer med integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte.

Økonomiregelverkets krav til styring og kontroll operasjonaliserer bevilgningsreglementet vedtatt av Stortinget. Regelverket gir føringer på virksomhetens gjennomføring av oppgavene og skal sikre at bevilgninger over statsbudsjettet brukes i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger, jf. økonomireglementet § 1.

7.1 Direktoratet etterlever ikke kravene til konkurranse og likebehandling i tråd med anskaffelsesregelverket

Direktoratets oppgaveportefølje inneholder hovedsakelig programmer og prosjekter som går over flere år. I alle de tre programmene/prosjektet vi har undersøkt, har leverandøren kommet tidlig inn, gjerne i en forprosjektfase. Etter hvert som programmene/prosjektet har utviklet seg, har den samme leverandøren fått flere og mer omfattende oppdrag.

I *Helsedataprogrammet* og i prosjektet *En innbygger – én journal/Akson* er én leverandør dominerende. I *Program kodeverk og terminologi* bruker direktoratet konsulenter fra flere leverandører, men leverandøren med flest avtaler har også her vært med i flere år, og fått flere oppgaver underveis.

Konkurranse og likebehandling er grunnleggende prinsipper i anskaffelsesloven. Det følger av disse prinsippene at direktoratet har ansvaret for en rettferdig konkurranse. Flere av anskaffelsene vi har undersøkt gjelder tjenester som det tidligere har vært gjennomført minikonkurranser på, men hvor kontrakten har utløpt. Siden direktoratet fortsatt har hatt behov for tilsvarende tjenester, har direktoratet gjennomført nye minikonkurranser for disse tjenestene.

Direktoratet informerer i konkurransegrunnlaget om at et oppdrag er en videreføring av et eksisterende oppdrag eller rolle. Å opplyse om hvilken leverandør direktoratet benytter i dag, er i utgangspunktet tillatt. Informasjonen må imidlertid gis på en slik måte at den ikke bidrar til å svekke konkurransen om oppdraget og dermed innebærer risiko for brudd på anskaffelsesregelverket.

I konkurransegrunnlaget for 7 av de 14 anskaffelsene vi har kontrollert, har direktoratet gitt opplysninger som kunne oppfattes som at de foretrakk at eksisterende leverandør fortsatte. Formuleringen medfører at direktoratet har brutt konkurranse- og likebehandlingsprinsippene i disse sju anskaffelsene fordi informasjonen svekker konkurransen og behandler en leverandør mer fordelaktig.

Å informere om at oppdraget er en videreføring av eksisterende oppdrag og roller, gir risiko for at konkurransen begrenses og at direktoratet ikke får tilbud fra andre leverandører enn eksisterende leverandør. Det er tilfellet i de anskaffelsene vi har undersøkt.

Å gi slik informasjon forsterker risikoen for å bli avhengig av én leverandør.

7.2 Direktoratet etterlever ikke kravene til etterprøvbarehet av vurderinger i anskaffelsesprosessen

Direktoratet skal dokumentere vesentlige forhold og begrunnelser for viktige beslutninger i anskaffelsene. Et vesentlig forhold er for eksempel vurderingen av om en endring i en kontrakt er tillatt, eller om det er behov for å gjennomføre en ny konkurranse. Dokumentasjonsplikten gjelder så lenge kontrakten varer.

Anskaffelseslovens grunnleggende prinsipp om etterprøvbarehet innebærer at en tredjepart skal kunne forstå hva som er gjort og hvorfor. Virksomheten har ansvaret for å sannsynliggjøre at de beslutningene som er tatt, er i henhold til regelverket. Manglende eller mangelfull dokumentasjon gjør det vanskelig både for virksomheten selv og for tredjepart å vurdere om en har holdt seg innenfor det regelverket tillater.

Våre funn viser at direktoratet ikke har dokumentert viktige beslutninger, i økonomisk store anskaffelser. I fire av anskaffelsene vi har undersøkt foreligger etter vår vurdering, vesentlige forhold som skulle vært vurdert og dokumentert.

Direktoratet mangler rutiner for å sikre etterprøvbarehet i anskaffelsene. God dokumentasjon er også viktig for direktoratets styring og kontroll med at anskaffelsene har gått riktig for seg. Direktoratet gjennomfører mange og store anskaffelser. Det gjør det ekstra viktig at direktoratet har tilstrekkelig styring og kontroll med anskaffelsene.

Direktoratet har etter kontraktsinngåelse gitt en annen konsulent rollen som programleder enn den som var avtalt. I anskaffelsen med en total kostnadsramme på 90 millioner kroner, ba direktoratet om et team inkludert programleder. Det kom inn to tilbud.

I utvelgelsen la direktoratet stor vekt på den tilbudte programlederens kompetanse. Direktoratet inngikk kontrakt med leverandøren som inkluderte denne konkrete programlederen. Det viste seg at vedkommende aldri tiltrådte. En annen konsulent fra leverandøren fikk rollen som programleder. Denne konsulenten ble opprinnelig ikke tilbudt som programleder i tilbudet fra leverandøren, og var heller ikke intervjuet til denne rollen.

Endringen av konsulent i rollen som programleder innebærer at forutsetningen direktoratet la til grunn for valg av leverandør, ikke lenger var til stede. Direktoratet har ikke dokumentert at de vurderte om endringen var tillatt, om endringen var vesentlig eller om det derfor skulle vært gjennomført en ny konkurranse. Det foreligger heller ikke dokumentasjon på at direktoratet har vurdert om konsulenten som tiltrådte som programleder hadde kompetanse for rollen.

Direktoratet har inngått avtale om flere ressurser enn det som går fram av behovsbeskrivelsen i konkurransegrunnlaget. I anskaffelsen med en total kostnadsramme på seks millioner kroner, ba direktoratet om én konsulent. Valgt leverandør tilbød to ressurser til oppdraget. Direktoratet inngikk kontrakt med leverandøren om at begge konsulentene skulle bistå direktoratet. De to konsulentene jobbet betydelig mer enn det en full stilling tilsier.

Direktoratet har ikke dokumentert at de vurderte om tilbudet var et vesentlig avvik fra vilkårene i konkurransen, og om tilbudet skulle vært avvist, jf. anskaffelsesforskriften § 24-8. Direktoratet har heller ikke dokumentert at de vurderte om denne endringen er i tråd med anskaffelsesregelverket, jf. anskaffelsesforskriften §§ 28-1 og 28-2.

Direktoratet har i 3 av de 14 undersøkte anskaffelsene gjort avrop med en tidsramme som går utover rammeavtalens varighet. De tre avropene har varighet fra ett til to år utover rammeavtalen. Direktoratet har ikke i noen av de tre avropene dokumentert vurderinger av at de hadde behov for konsulenttjenestene så lenge.

En rammeavtale kan som hovedregel bare inngås for fire år med mindre det foreligger særlige forhold, jf. anskaffelsesforskriften § 26-1 fjerde ledd. Bakgrunnen for dette er konkurransehensynet. Det er imidlertid tillatt å gjøre avrop som varer lenger enn rammeavtalen. Direktoratet må i det konkrete avropet vurdere hvor lenge de har behov for konsulenttjenesten som skal anskaffes.

Et avrop som varer lenge etter at rammeavtalen er gått ut, kan anses som en omgåelse av bestemmelsen om at en rammeavtale ikke skal ha en lengre varighet enn fire år. Det innebærer at jo lenger et avrop varer utover rammeavtalen, desto viktigere vil det være å dokumentere en vurdering av behovet og varigheten.

7.3 Direktoratet har mangelfull kostnadskontroll for kjøp av konsulenttjenester

Mange og komplekse anskaffelser av konsulenttjenester krever oppfølgingsrutiner for å sikre kostnadskontroll med konsulentbruken i programmene og prosjektene.¹⁰³ Direktoratet må sikre at de økonomiske rammene i de enkelte kontraktene ikke overskrides. Timebruk som kommer ut av kontroll, kan få konsekvenser for totalkostnadene.

Direktoratet har etablert et system for å følge opp kostnadsutviklingen på programnivå, men følger ikke tilstrekkelig opp kostnadsutviklingen i de enkelte kontraktene. Systematisk oppfølging av kostnadsutviklingen i kontraktene er viktig for å hindre overforbruk på eksisterende avtaler.

I flere av anskaffelsene vi har kontrollert er det brukt mer penger enn det som er estimert i konkurransegrunnlaget. I slike tilfeller må direktoratet vurdere om overskridelsen er betydelig, og om det må gjennomføres en ny konkurranse. Konsekvensen av manglende kostnadskontroll med anskaffelsene, gir risiko for ulovlige direkte anskaffelser.

En av anskaffelsene vi har kontrollert hadde en estimert kostnadsramme på 90 millioner kroner over fire år. Direktoratet har ikke fulgt opp at kostnadene ble holdt innenfor de estimerte kostnadsrammene i avtalen, underveis i perioden. Etter tre år hadde direktoratet brukt 97 millioner kroner og kostnadsrammen var

¹⁰³ Økonomibestemmelsene punkt 5.3.8.

overskredet med 7 millioner kroner. Som følge av kostnadsoverskridelsene foretok direktoratet nytt avrop (kjøp).

Revisjonen viser også at direktoratet har tillatt at leverandøren har arbeidet mer enn det som er avtalt. I fem av avtalene vi har kontrollert har avviket vært fra 30 prosent til 66 prosent høyere enn det som er avtalt. Alle avtalene er inngått med samme leverandør. Direktoratet tok først høsten 2020 forholdet skriftlig opp med leverandøren og ba om at konsulentene måtte arbeide mindre. Den omfattende overskridelsen av avtalt timebruk hadde da vart i fire år.

Manglende kostnadskontroll gir risiko for at direktoratet ikke har tilstrekkelig kontroll med at anskaffelsesprosessene gjennomføres i tråd med regelverket.

7.4 Direktoratet har mangelfulle prosesser for å redusere avhengigheten av konsulentbruk

Det følger av de grunnleggende prinsippene i økonomiregelverket at virksomheten skal sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag. Virksomheten skal drives i samsvar med gjeldende lover og regler, herunder krav til etisk adferd.¹⁰⁴ Internkontrollen skal være tilpasset risiko og vesentlighet og virksomhetens egenart, og den skal dokumenteres.

Direktoratets omfattende bruk av konsulenter i ledende roller og til å utføre direktoratets samfunnsoppdrag, stiller særskilte krav til direktoratets oppfølging. Direktoratet har i perioden 2016–2020 gjennomført om lag 550 minikonkurranser på rammeavtalene for IKT-konsulenttjenester for til sammen 1,2 milliarder kroner.

I prosjektet *En innbygger – én journal/Akson* og *Helsedataprogrammet* har det vesentlige av kostnadene til konsulenttjenester gått til én leverandør i hele prosjekt/programperioden. Direktoratet har i flere anskaffelser gitt opplysninger som kan forstås slik at de ønsker at nåværende leverandør skal fortsette. Det har da kommet inn ett tilbud fra eksisterende leverandør. Direktoratet har ikke vurdert risikoen for å bli avhengig av én dominerende leverandør i disse to programmene/prosjektene.

Direktoratet hadde i 2020 ti programmer/prosjekter hvor fem var bemannet med innleide konsulenter i prosjekt-/programlederroller. Det er viktig at direktoratet har bevissthet om mulige risikoer ved å bruke konsulenter i program/prosjektlederroller og i så stort omfang. Ingen av de 14 anskaffelsene som er kontrollert, har dokumentasjon som viser at behovet for å leie inn konsulenter i slike roller er vurdert mot mulig bruk av egne ansatte. Direktoratet har i 2020 opprettet en egen avdeling for program- og prosjektledelse. Planen er å få flere interne program- og prosjektledere.

I prosjektet *En innbygger – én journal/Akson* har én konsulent vært program/prosjektleder fra oppstart i 2013 til høsten 2020. Også i *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi* har én konsulent hatt sentrale roller over lang tid. Bevissthet om risikoen for å bli avhengig av enkeltkonsulenters kompetanse er særlig viktig i slike tilfeller. Direktoratet har ikke dokumentert at de har vurdert risikoen for å bli avhengige av enkeltkonsulenter i sentrale roller.

Direktoratet for e-helse utnytter ikke muligheten for kompetanseoverføring fra konsulenter til egne ansatte. Kompetanseoverføring kan bidra til å redusere avhengigheten av konsulenter. Direktoratet mangler en systematisk tilrettelegging for overføring av kompetanse fra konsulenter til ansatte. I januar 2021 har direktoratet vedtatt retningslinjer for konsulentbruk som omtaler kompetanseoverføring.

Direktoratet stiller ikke tilstrekkelige krav til konsulentene når det gjelder etisk adferd. Konsulenter som har lederroller i et prosjekt eller program i direktoratet, underskriver kontrakter på vegne av leverandøren. Dette er en uheldig praksis, og kan svekke tilliten til at anskaffelsen er foretatt på en samfunnstjenlig måte. Det gjelder særlig når konsulenten har en personlig økonomisk fordel, slik en partner i et konsultentselskap har. Prosjekt- og programledere i direktoratet har nøkkelposisjoner med stor påvirkningskraft på hvordan oppgavene løses. Dette stiller ekstra krav til ansattes og konsulenters bevissthet om etisk adferd.

¹⁰⁴ Reglementet for økonomistyring i staten § 4 bokstav b og c.

Direktoratet bruker konsulenter til å løse flere av sine oppgaver. Det å være bevisst på de etiske dilemmaene knyttet til bruken av konsulenter er ekstra viktig for direktoratet som bruker konsulenter i et stort omfang, slik at allmenheten har tillit til at anskaffelsene skjer på en riktig måte.