

# 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

|          |                                                                                                                                                        |            |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1</b> | <b>Innhold .....</b>                                                                                                                                   | <b>2</b>   |
| <b>2</b> | <b>Innledning .....</b>                                                                                                                                | <b>7</b>   |
| 2.1      | Bakgrunn .....                                                                                                                                         | 7          |
| 2.2      | Mål og problemstillinger .....                                                                                                                         | 8          |
| <b>3</b> | <b>Metodisk tilnærming og gjennomføring .....</b>                                                                                                      | <b>9</b>   |
| 3.1      | Dokumentanalyse .....                                                                                                                                  | 9          |
| 3.2      | Brev med spørsmål .....                                                                                                                                | 10         |
| 3.3      | Intervju .....                                                                                                                                         | 10         |
| 3.4      | Ekspertvurdering .....                                                                                                                                 | 12         |
| 3.5      | Referansegruppe .....                                                                                                                                  | 13         |
| <b>4</b> | <b>Revisjonskriterier .....</b>                                                                                                                        | <b>14</b>  |
| 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         |
| <b>5</b> | <b>Den nasjonale utredningsprosessen .....</b>                                                                                                         | <b>19</b>  |
| 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         |
| <b>6</b> | <b>Usikkerhet, risiko og kvalitetssikring av utredningene .....</b>                                                                                    | <b>66</b>  |
| 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         |
| <b>7</b> | <b>Forutsetninger for <i>Én innbygger – én journal</i>: grunnmur, standarder og nasjonale e-helseløsninger .....</b>                                   | <b>88</b>  |
| 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         |
| <b>8</b> | <b>Styring, prioritering og forankring .....</b>                                                                                                       | <b>101</b> |
| 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        |
| <b>9</b>  | <b>Vurderinger</b> .....                                                                                                                                                                                       | <b>131</b> |
| 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        |
| <b>10</b> | <b>Referanseliste</b> .....                                                                                                                                                                                    | <b>143</b> |

## 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 Helsenet 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                      | <p>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.</p> <p>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.</p> |
| 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 tidshorison 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><br><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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• V1 Behovsanalyse</li> <li>• V1.2 Etterspørselsorienterte behov</li> <li>• V1.3 Normative behov</li> <li>• V1.5 Komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området</li> <li>• V1.6 Gartner survey of EHR suppliers and systems in the Norwegian market</li> <li>• V2 Overordnet strategi og krav</li> </ul> | X                            | X                          |                                   | X                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                 | Målbilde og fremdriftsplaner | Løsningsvalg frem til 2015 | Anbefalte løsningsvalg etter 2015 | Styring og organisering |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>V3 Mulighetsstudie</li> <li>V3.1 E-helsekapabiliteter</li> <li>V4.1 Detaljering av konsepter</li> <li>V5 Føringer for videre arbeid</li> <li>V6 Internasjonal analyse</li> <li>V6.1 Internasjonale erfaringer</li> </ul> |                              |                            |                                   |                         |
| 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) <ul style="list-style-type: none"> <li>Vedlegg A Behovsanalyse</li> <li>Vedlegg B Mulighetsstudie</li> </ul>                                                 |                              |                            | X                                 |                         |
| Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør (2018)                                                                                                                                                                            |                              |                            |                                   | X                       |
| Kvalitetssikringsrapport KS1 av Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste: En innbygger – én 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.<sup>1</sup>

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.<sup>2,3</sup> 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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup>

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.<sup>6</sup> Systemene må innrettes slik at de understøtter samhandling på tvers av institusjoner, foretak og nivåer.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> Komiteen forutsatte også at innholdet og omfanget av kjernejournalen gradvis skulle videreutvikles og utvides.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup>

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.<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup>

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.<sup>14</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup>

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.<sup>17</sup>

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.<sup>18,19</sup>

Vedtektene til de regionale helseforetakene beskriver at de skal oppfylle de sektorpolitiske målsettingene slik de fremkommer i nasjonale helsepolitiske planer.<sup>20</sup> 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.<sup>21,22,23</sup> 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 kommuneloven<sup>24</sup> 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

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

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

<sup>17</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*.

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

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

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

<sup>21</sup> 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).

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

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> *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 tiltak<sup>25</sup> (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.<sup>26</sup>

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.<sup>27</sup> 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.<sup>28</sup>

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.<sup>29</sup> 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.<sup>30</sup> En slik samfunnsøkonomisk analyse skal identifisere ulike tiltak som kan bidra til å løse problemet, og som tilfredsstillende mål og krav. Den skal vurdere tiltak innenfor det definerte mulighetsrommet bredt, slik at flere realistiske alternativer blir vurdert.<sup>31</sup> Usikkerheten om forutsetningene som er lagt til grunn, bør belyses. Det forutsettes at den samfunnsøkonomiske analysen bygger på forventningsrette estimater.<sup>32</sup>

### 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:<sup>33</sup>

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

<sup>25</sup> Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) § 1-1.

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

<sup>27</sup> Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) § 1-3.

<sup>28</sup> Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) § 2-1.

<sup>29</sup> Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) § 3-3.

<sup>30</sup> Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) § 2-2.

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

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

<sup>33</sup> 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.<sup>34</sup> 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.<sup>35</sup>

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.<sup>36</sup> 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».<sup>37</sup>

Videre forutsatte helse- og omsorgskomiteen at «alle sentrale miljøer» skulle støtte opp under arbeidet med utredningen.<sup>38</sup> 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.<sup>39</sup>

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».<sup>40</sup>

### 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.<sup>41</sup>

Prinsippene om forutberegnelighet og etterprøvnbarhet skal sikre tilstrekkelig åpenhet rundt alle stadier i anskaffelsesprosessen,<sup>42</sup> 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.<sup>43</sup> 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.<sup>44</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>41</sup> Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven), § 5.

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

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

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

<sup>45</sup> 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.<sup>46</sup>

#### 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.<sup>47</sup>

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.

---

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

<sup>47</sup> 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.<sup>48</sup> 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 <sup>49</sup> | Kilde                          | Konsulent-kostnader | Total-kostnader <sup>50</sup> | 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 %            |

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

<sup>49</sup> 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.

<sup>50</sup> 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 tilrådene organ for Helsedirektoratet og arbeidsgruppen som har utført utredningene ved viktige strategiske valg.<sup>51</sup> 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.<sup>52</sup> 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.<sup>53</sup> 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 ivaretatt interessenter og brukeres behov i arbeidet.<sup>54,55</sup>

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

### Utvalgte revisjonskriterier<sup>56</sup>

- 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.

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

<sup>52</sup> Skriftlig innspill på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>53</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

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

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

<sup>56</sup> Se kapittel 4 «Revisjonskriterier» for mer utdypende informasjon.

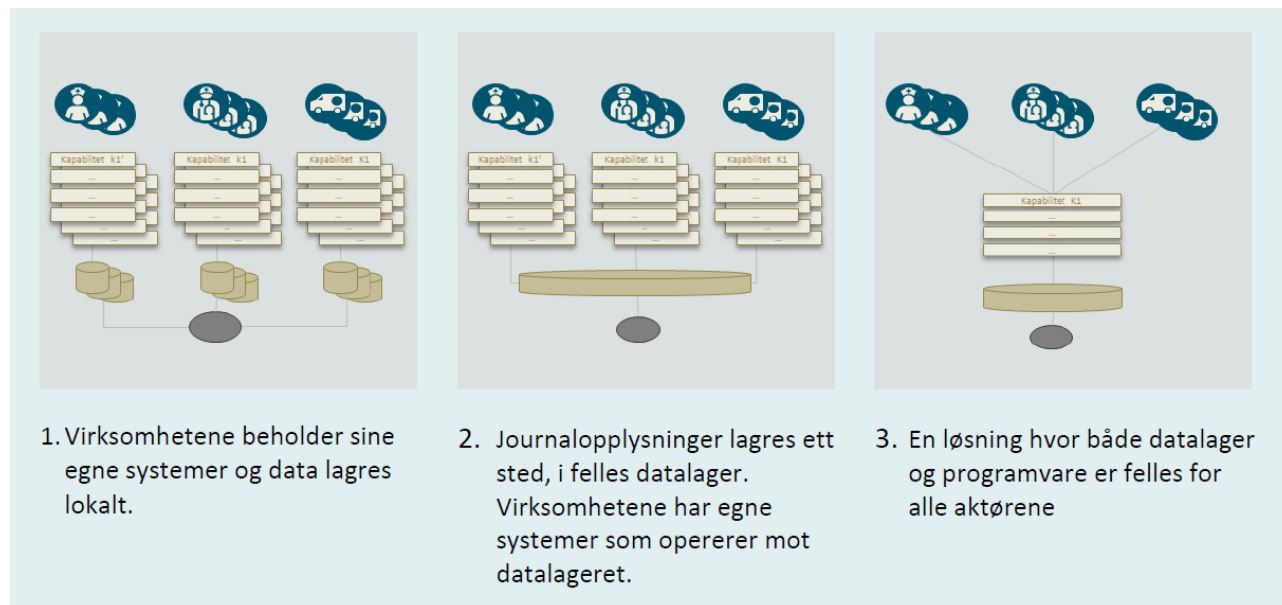
### 5.3.1 Helse- og omsorgsdepartementet ba om at løsninger skulle vurderes bredt

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.<sup>57</sup> Departementet viste til at meldingen skisserer flere mulige løsningsalternativer, og at disse er å forstå som eksempler på ulike løsninger.<sup>58</sup>

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.<sup>59</sup> 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

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

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

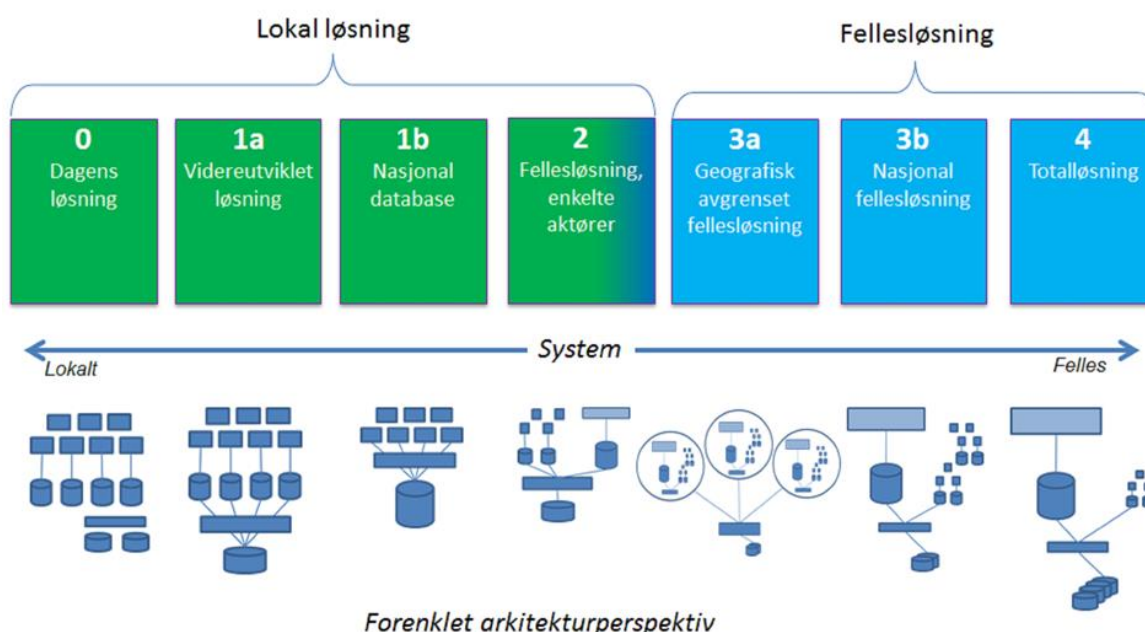
<sup>59</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 3 Mulighetsstudie, side 99–104.

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.<sup>60</sup>

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:<sup>61</sup>

- **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.

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

<sup>61</sup> 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.<sup>62</sup>

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.<sup>63</sup>

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.<sup>64</sup> Rapporten så på et utvalg av 15 casestudier (land, regioner, og organisasjoner) fordelt på tolv land,<sup>65</sup> 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.<sup>66</sup>

- 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

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

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

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

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

<sup>66</sup> 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.<sup>67</sup>

### 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.<sup>68</sup> 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.<sup>69</sup>

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.<sup>70</sup>

### 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 spesialisthelsetjenesten<sup>71</sup> og den kommunale helse- og omsorgstjenesten<sup>72</sup> 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.<sup>73</sup> Sistnevnte leverer «suite-løsninger» – det vil si større standardsystemer som dekker de fleste fagområder og spesialisiteter 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.

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

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

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

<sup>70</sup> 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»*.

<sup>71</sup> Cambio, CSC, DIPS og Tieto.

<sup>72</sup> ACOS, CGM, CSC, Hove Medical, Infodoc, Extensor, Tieto, Visma.

<sup>73</sup> 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.<sup>74</sup>

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.<sup>75</sup>
- 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.<sup>76</sup>

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.<sup>77</sup> 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.<sup>78</sup>

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

<sup>74</sup> 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.

<sup>75</sup> 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.

<sup>76</sup> 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.

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

<sup>78</sup> 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.<sup>79</sup>

Når det gjelder DIPS, som i dag leverer pasientjournalløsninger 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.<sup>80</sup>

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.<sup>81</sup> 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.<sup>82</sup> Disse konseptene samsvarer med løsningsalternativ 3, felles system (med datalager), beskrevet i *delkapittel 5.3.1*.

<sup>79</sup> 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.

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

<sup>81</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>82</sup> 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.<sup>83</sup> 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.<sup>84</sup> 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.<sup>85</sup> 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.<sup>86</sup>

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.

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

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

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

<sup>86</sup> 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-<br>alternativ<br>(RRs<br>sortering)           | Konsept-<br>alternativ                     | Konseptbeskrivelse                                                                                                                                                           | Direktorat-<br>sortering | Direktoratets<br>begrunnelse for<br>plassering                                                                                          |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Lokale<br/>systemer,<br/>lokale<br/>datalager</b> | 0 null-<br>alternativ<br>dagens<br>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.                                                                                                                               |
| <b>2. Lokale<br/>systemer,<br/>felles<br/>datalager</b> | 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). |
| <b>3. Felles<br/>system<br/>(med<br/>datalager)</b>     | 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*<sup>87</sup> 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,<sup>88</sup> 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).

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

<sup>88</sup> 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.<sup>89</sup>

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*».<sup>90</sup>

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.<sup>91</sup> 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.<sup>92</sup> 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.<sup>93</sup>

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).<sup>94</sup>

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

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

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

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

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

<sup>94</sup> 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.<sup>95</sup>

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».<sup>96</sup> Det står også at konseptet vil være et «paradigmeskift mot suitebaserte systemer som oppfyller Gartner generasjon 4-kriteria».<sup>97</sup> 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».<sup>98</sup> 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.<sup>99</sup> 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.<sup>100</sup>



### 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

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

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

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

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

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

<sup>100</sup> 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.<sup>101</sup> 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.<sup>102</sup> 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.<sup>103</sup>

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.<sup>104</sup> 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.<sup>105</sup> Hvorvidt

<sup>101</sup> Se kapittel 6.2 for mer informasjon om vurderingsgruppen og kvalitetssikring av utredningene.

<sup>102</sup> 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.

<sup>103</sup> 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.

<sup>104</sup> 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.

<sup>105</sup> 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.<sup>106,107,108,109</sup>

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.<sup>110</sup> 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.<sup>111</sup> Også Direktoratet for e-helse og KS viser til denne rapporten i sin definisjon av åpne plattformer.<sup>112</sup> 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.<sup>113</sup>

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

Gjennom å bruke åpne standarder<sup>115</sup> 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.<sup>116</sup>

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.<sup>117</sup> Her lagres data separat fra systemene som samler inn, endrer og viser dataene.
- **Gartner** reviderte i 2016 sin generasjonsmodell,<sup>118</sup> og «generasjon 4» har blitt omdøpt til «ny klinisk plattform».<sup>119</sup> 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 journalløsning 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.<sup>120</sup>

### 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

<sup>106</sup> 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.

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

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

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

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

<sup>111</sup> Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*, side 16.

<sup>112</sup> 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.

<sup>113</sup> Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*, side 20.

<sup>114</sup> Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*, side 13.

<sup>115</sup> For eksempel openEHR og IHE-XDS.

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

<sup>117</sup> 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.

<sup>118</sup> Se nærmere omtale i kapittel 5.3.3.

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

<sup>120</sup> 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.<sup>121</sup> 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).<sup>122</sup>

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.<sup>123</sup>

**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.<sup>124</sup> 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 (Sundhedsplattformen, basert på Epic). Sundhedsplattformen 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.

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

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

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

<sup>124</sup> 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.<sup>125</sup> Totalt var løsninger basert på lokale systemer og felles datalager viet to til fire sider.<sup>126</sup>

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*».<sup>127</sup>

Utredningen la til grunn at tiltaket blant annet bør ta høyde for fritt behandlingsvalg, endringer i kommunestruktur og endringer i strukturer i spesialisthelsetjenesten.<sup>128</sup> 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.<sup>129</sup>

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.<sup>130,131</sup>

- 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.

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

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

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

<sup>128</sup> 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.

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

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

<sup>131</sup> 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.<sup>132</sup>

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.<sup>133</sup>

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.<sup>134,135,136</sup>

### **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.<sup>137</sup> Ved å kjøpe løsninger som tilbys til flere aktører i markedet, er gjennomføringsrisikoen ifølge utredningen betydelig lavere.<sup>138</sup>

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.<sup>139</sup>

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.<sup>140</sup> 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>140</sup> 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.<sup>141</sup> New Zealands IT-arkitektur består ifølge den internasjonale analysen av en samhandlingsløsning<sup>142</sup> 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.<sup>143</sup>

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.<sup>144</sup>

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».<sup>145</sup> 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).<sup>146</sup>

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.<sup>147</sup>

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

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

<sup>142</sup> Health information exchange eller HIE-løsning.

<sup>143</sup> 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>

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

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

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

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

<sup>148</sup> 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.<sup>149</sup>

### **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.<sup>150,151</sup>

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».<sup>152</sup>

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.<sup>153</sup> 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».<sup>154</sup>

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

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

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

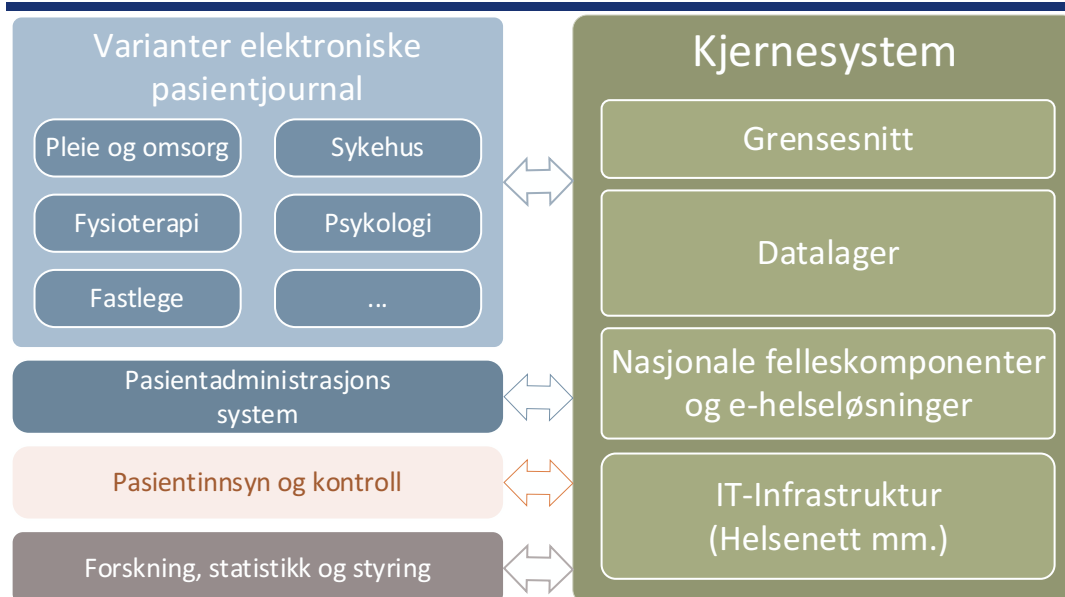
<sup>152</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 6 Internasjonal analyse, side 33.

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

<sup>154</sup> 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).<sup>155</sup>

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*).<sup>156</sup> 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.<sup>157</sup>

I notatet argumenterte NHN for at forvaltning og lagring av data med tilhørende infrastruktur *må* være en statlig samfunnsoppgave.<sup>158</sup> Ifølge NHN medfører ikke lagring og tilgjengeliggjøring av informasjon på nasjonalt nivå at behandling, bruk og presentasjon av informasjonen *også* må eller bør sentraliseres.<sup>159</sup> 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».<sup>160</sup>

#### **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 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:<sup>161</sup>

- «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

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

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

<sup>157</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

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

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

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

<sup>161</sup> Saksnotat styringsgruppemøte (2015) *Agenda fra styringsgruppemøte 5.- 6. november 2015. Vedlegg 5 - tilsvarende til 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.<sup>162</sup> 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.<sup>163</sup> 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.<sup>164</sup> I Akson-utredningens mulighetsstudie ble det imidlertid vist til at det moderate konseptet for felles datalagring er et relevant konsept for en samhandlingsløsning.<sup>165</sup>

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

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

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

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

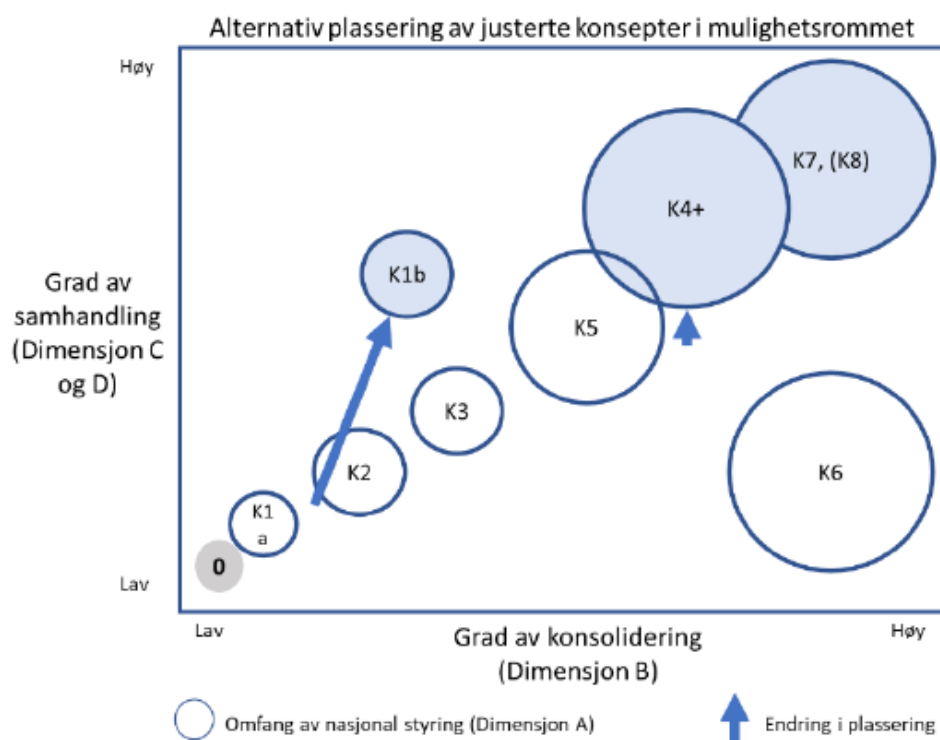
<sup>165</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg B Mulighetsstudie*, side 16.

Anbefalingen fra konseptvalgutredningen var en nasjonal journalløsning (K7).

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».<sup>166</sup> 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 mål bilde knyttet til å levere løsninger basert på en plattformfilosofi».

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



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

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

<sup>168</sup> Med konsidering 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.

<sup>169</sup> 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,<sup>170</sup> og ha gjenspeilet mulighetsdimensjonene bedre enn de tre valgte konseptene.<sup>171</sup>

Kvalitetssikrerne vurderte at et slikt konsept kunne ha vist en mulig evolusjon i retning av neste generasjons journalløsning basert på en plattformfilosofi.<sup>172</sup> 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.<sup>173</sup> Samtidig vurderte kvalitetssikrerne at et bedre K1 ikke ville ha endret konklusjonen, og derfor ba de ikke om videre utredning.<sup>174</sup>

I en oppsummerende vurdering av mulighetsstudien i Akson, skrev kvalitetssikrerne:<sup>175</sup>

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 interessent-grupper 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.<sup>176</sup> 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.<sup>177</sup> 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.<sup>178</sup> 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.

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

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

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

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

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

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

<sup>176</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>177</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>178</sup> 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.<sup>179</sup> 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.<sup>180</sup> Definisjonen betrakter en plattform som åpen når de følgende kriteriene er oppfylt:<sup>181</sup>

«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».<sup>182</sup>

<sup>179</sup> «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.

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

<sup>181</sup> 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.

<sup>182</sup> 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.<sup>183</sup> 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.<sup>184</sup> 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».<sup>185</sup> 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».<sup>186</sup>

Vedlegget som vedrører arkitektur, ble utarbeidet i samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, KS og Oslo, Bærum og Bergen kommune.<sup>187</sup> 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.<sup>188</sup>

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

<sup>183</sup> 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.

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

<sup>185</sup> 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.

<sup>186</sup> 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.

<sup>187</sup> 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.

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

<sup>189</sup> 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/>>

<sup>190</sup> 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/>>

<sup>191</sup> 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/>>

<sup>192</sup> 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/>>

<sup>193</sup> 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/>>

<sup>194</sup> 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/>>

<sup>195</sup> 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>>

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

<sup>197</sup> 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>>

<sup>198</sup> 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/>>

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

<sup>200</sup> Sunnevåg, Tor Arild (2020) AKSON - «Elefanten i rommet» x 2. <<https://www.linkedin.com/pulse/akson-elefanten-i-rommet-x-2-tor-arild-sunnv%C3%A5g/?trackingId=VT280m8NQRekeqSiNKFvw%3D%3D>>. 27. januar 2020.

<sup>201</sup> 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/>>

<sup>202</sup> 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/>>

<sup>203</sup> 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.<sup>204</sup> 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)<sup>205</sup>
- skape verdi ved at ny funksjonalitet kan utvikles på utsiden og skalere raskere enn mer tradisjonelle modeller<sup>206</sup>
- utfordre leverandørmarkedet for å motvirke informasjonsblokkering gjennom å etablere et tydeligere skille mellom data og applikasjoner/funksjonalitet<sup>207</sup>
- understøtte utvikling og integrasjon gjennom å tilgjengeliggjøre av data fra kjerneløsningen gjennom åpne programmeringsgrensesnitt<sup>208</sup>
- gi andre leverandører mulighet til å tilby ulike former for tilleggsfunksjonalitet basert på disse grensesnittene.<sup>209</sup>

Imidlertid fremgår det av vedlegg G at det skal anskaffes én journalløsning som skal være felles og lik for alle kommunale helse- og omsorgstjenester.<sup>210</sup> 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.<sup>211</sup> 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.

<sup>204</sup> Se delkapittel 3.4 for mer informasjon om hvordan vi har samarbeidet med forskere om IT-faglige vurderinger.

<sup>205</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 17.

<sup>206</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 27.

<sup>207</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg G Løsningsomfang og arkitektur*, side 22.

<sup>208</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg G Løsningsomfang og arkitektur*, side 22.

<sup>209</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg G Løsningsomfang og arkitektur*, side 23.

<sup>210</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg G Løsningsomfang og arkitektur*, side 40-41.

<sup>211</sup> 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.<sup>212</sup>

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.<sup>213</sup> Det åpnes videre for at «tilbydere av journalfunksjonalitet kan tilby løsninger basert på komponenter eller på nyutvikling for å dekke behovene».<sup>214</sup>

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.<sup>215</sup>

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».<sup>216</sup>

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».<sup>217</sup> 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».<sup>218</sup>

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.<sup>219</sup> 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 definierende for en plattformtilnærming.

Direktoratet mener dette også fremgår av Appertas definisjon av åpen plattform, som de legger til grunn (direktoratets oversettelse):<sup>220</sup>

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.

<sup>212</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>213</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg E Kontraktsstrategi*, side 42.

<sup>214</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg E Kontraktsstrategi*, side 48.

<sup>215</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 85.

<sup>216</sup> 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).

<sup>217</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 90.

<sup>218</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg E Kontraktsstrategi*, side 87.

<sup>219</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>220</sup> Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*.



Direktoratet omtaler ikke at Appertas definisjon også forutsetter at et åpent økosystem skal være leverandør- og teknologiavhengig, med formål om å redusere leverandøravhengighet, og for å styrke innovasjon og konkurranse.<sup>221</sup>

**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 spørsmålsteget 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.<sup>222</sup> Videre uttalte forskningssenteret at Norge bør ha som prinsipp at helsedata eies og forvaltes av staten, slik at legitim bruk av data gjøres leverandøravhengig.
- 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».<sup>223</sup> 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».<sup>224</sup> 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.<sup>225</sup>
- 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.<sup>226</sup> 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.<sup>227,228</sup>

**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.

<sup>221</sup> Apperta Foundation (2017) *Defining an open platform*, side 8.

<sup>222</sup> Nasjonalt senter for e-helseforskning (2020) *Innspill til Akson*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 14. august 2020.

<sup>223</sup> 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.

<sup>224</sup> 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/>>

<sup>225</sup> 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/>>

<sup>226</sup> 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/>>

<sup>227</sup> 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.

<sup>228</sup> 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». <sup>229</sup> 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». <sup>230</sup>

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». <sup>231</sup>

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». <sup>232</sup> 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. <sup>233</sup> 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* <sup>234</sup> å allerede i styringsdokumentet konkludere på detaljert design. <sup>235</sup> Gjennom å holde åpent spørsmålene om hvordan funksjonaliteten og plattformegenskapene skal

<sup>229</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 58.

<sup>230</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 59.

<sup>231</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 62.

<sup>232</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 60.

<sup>233</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>234</sup> Finansdepartementet (2020) *Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell*. Veileder, 31.01.2020.

<sup>235</sup> 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.<sup>236</sup> 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.<sup>237</sup> 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 KVU 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 KVU-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».<sup>238</sup>

### **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,<sup>239</sup> 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».<sup>240</sup> Departementet forutsatte at det oppdaterte styringsdokumentet skal kvalitetssikres på nytt før den endelige finansieringsbeslutningen skal tas.<sup>241</sup>

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.<sup>242</sup>

### **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-

<sup>236</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 64.

<sup>237</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 10.

<sup>238</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 6-7.

<sup>239</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*, side 149.

<sup>240</sup> Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 73.

<sup>241</sup> Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 71.

<sup>242</sup> 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:<sup>243</sup>

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.<sup>244</sup>

### **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

<sup>243</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 93.

<sup>244</sup> 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.<sup>245</sup> 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.<sup>246</sup>

Direktoratet forklarer også noe av støyen og misforståelsene som har oppstått, med at konseptvalget utfordrer et eksisterende leverandørmarked.<sup>247</sup> I tillegg mener direktoratet at sektoren og andre interessenter ikke har forstått budskapet om at mulighetsrommet fortsatt er åpent.<sup>248</sup> Direktoratet har senere skrevet en kronikk hvor de sier seg enige i at kommunikasjonen rundt prosjektet ikke har vært godt nok.<sup>249</sup> 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.<sup>250</sup> 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*.<sup>251</sup>

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.<sup>252</sup> Direktoratet har ifølge NSE ikke konkretisert videre deltakelse i utredningsarbeidet og heller ikke vært aktive i å ta kontakt.<sup>253</sup> 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.<sup>254</sup> Dette har imidlertid ikke blitt fulgt opp videre. NSE erkjenner at

<sup>245</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>246</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>247</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>248</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>249</sup> 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>>

<sup>250</sup> Intervju med Norsk senter for e-helseforskning.

<sup>251</sup> Prop. 1 S (2016-2017) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 33.

<sup>252</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>253</sup> Intervju med Nasjonalt senter for e-helseforskning.

<sup>254</sup> 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.<sup>255</sup>

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».<sup>256</sup> NSE fremførte også samme budskap i Aftenposten høsten 2020.<sup>257</sup> 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 *En 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.<sup>258</sup>

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.<sup>259</sup> Direktoratet viser til at de etter 2018 har hatt flere samarbeidsprosjekter med NSE *utenfor* rammen av *En 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.<sup>260</sup> 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

<sup>255</sup> Intervju med Nasjonalt senter for e-helseforskning.

<sup>256</sup> Nasjonalt senter for e-helseforskning (2020) *Innspill til Akson*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 14. august 2020.

<sup>257</sup> 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>>

<sup>258</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>259</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>260</sup> 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.<sup>261</sup> Direktoratet forteller at arbeidet med *Én 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 *Én 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.<sup>262</sup> 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*.<sup>263</sup> Rapporten pekte blant annet på behovet for følgeforskning på *Én innbygger – én journal* og systematiske kunnskapsoppsummeringer.<sup>264</sup> 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 UiO<sup>265</sup> 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

<sup>261</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>262</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>263</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet*.

<sup>264</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *Nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet*. Side 5.

<sup>265</sup> 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.<sup>266,267,268,269</sup>

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.<sup>270,271,272,273</sup> 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.<sup>274</sup> Derfor er det vanskelig å ha en sikker oppfatning av hvilke teknologier som vil være viktige om ti år,<sup>275,276</sup> og dermed viktigere med fleksibilitet («real options») enn komplette målbilder.<sup>277</sup>

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

<sup>266</sup> 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.

<sup>267</sup> Tiwana, Amrit (2014) *Platform Ecosystems: Aligning Architecture, Governance, and Strategy*. Waltham: Morgan Kaufmann Publishers.

<sup>268</sup> 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.

<sup>269</sup> 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.

<sup>270</sup> 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.

<sup>271</sup> 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.

<sup>272</sup> 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.

<sup>273</sup> 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>>.

<sup>274</sup> Topol, Eric (2019) *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. New York: Basic Books.

<sup>275</sup> 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.

<sup>276</sup> 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.

<sup>277</sup> 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.<sup>278</sup> 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»<sup>279</sup>, 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.<sup>280,281,282</sup> 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».<sup>283</sup>

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.<sup>284</sup>

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».<sup>285</sup>

Direktoratet for e-helse svarer at det langt på vei er enig med forskernes betraktninger omkring utviklingen av IT-markedet.<sup>286</sup> Direktoratet for e-helse mener imidlertid at forskerne i for liten grad har gjort generell

<sup>278</sup> 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.

<sup>279</sup> Se delkapittel 6.3.1 for en beskrivelse av hva fossefall-tilnærming betyr.

<sup>280</sup> Jørgensen, Magne (2015) *Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter: En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak*.

<sup>281</sup> 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.

<sup>282</sup> Flyvbjerg, Bent og Alexander Budzier (2011) *Why Your IT Project May Be Riskier Than You Think*. I: Harvard Business Review, September 2011.

<sup>283</sup> Wareham, Jonathan, Paul B. Fox og Josep Lluís Cano Giner (2014) *Technology ecosystem governance*. I: Organization Science, Vol. 25 (4), side 969-1286.

<sup>284</sup> Weill, Peter og Ross, Jeanne W. (2004) *IT governance: how top performers manage IT decision rights for superior results*. Boston: Harvard Business School Press.

<sup>285</sup> 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.

<sup>286</sup> 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.<sup>287</sup> Dette skillet mellom tung og lett IT ble underbygget i en artikkel av B. Bygstad og J. Iden.<sup>288</sup>

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.<sup>289</sup>

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.<sup>290</sup>

Direktoratet mener videre at man ikke bare kan basere seg på evidensbasert forskning når man skal innføre ny teknologi.<sup>291</sup> 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.<sup>292</sup> 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.<sup>293</sup> 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

<sup>287</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 4.1 *Detaljer av konsepter* (avsnitt 1.4.5).

<sup>288</sup> Bygstad, B. og Iden, J. (2017) *Styringsmodeller for digitalisering*, side 25-32, <https://www.magma.no/styringsmodeller-for-digitalisering>.

<sup>289</sup> Marshall W. Van Alstyne, Geoffrey G. Parker, Sangeet Paul Choudary (2016) *6 reasons platform fail*, Harvard Business Review.

<sup>290</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>291</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>292</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»*. Vedlegg 4 *Alternativanalyse*.

<sup>293</sup> 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 helseindustrien<sup>294</sup> i Norge i 2018.<sup>295</sup> 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».<sup>296</sup> 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».<sup>297</sup>

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.<sup>298</sup> 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.<sup>299</sup> 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.<sup>300</sup>

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

<sup>294</sup> Foruten e-helse består helseindustrien av legemidler, diagnostiske produkter, medisinsk-tekniske produkter og spesialiserte underleverandører av råvarer, utstyr og tjenester.

<sup>295</sup> Menon Economics (2020) *Helsenæringens verdi 2020*. Menon-publikasjon nr 50/2020, side 36-37 og 98.

<sup>296</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg C Detaljerte konseptbeskrivelser til alternativanalysen*, side 19.

<sup>297</sup> Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 45.

<sup>298</sup> Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 95.

<sup>299</sup> Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 45.

<sup>300</sup> 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.<sup>301</sup>

Tilsvarende forekom også i Akson-utredningen. Leverandørdialogen ble gjennomført etter at konseptvalgutredningen var gjennomført.<sup>302</sup> 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.<sup>303,304,305</sup> 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.<sup>306</sup> 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».<sup>307,308</sup>

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».<sup>309</sup>

### **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,

<sup>301</sup> 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.

<sup>302</sup> 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.

<sup>303</sup> IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.

<sup>304</sup> Abelia og Norway Health Tech (2018) *e-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.

<sup>305</sup> Abelia (2020) *En innbygger, én journal - et bærekraftig veikart for Akson*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 06.09.2020.

<sup>306</sup> IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.

<sup>307</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>308</sup> Dagens Medisin (2019) *IT-leverandørene sendte bekymringsmelding*.

<sup>309</sup> 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.<sup>310</sup> 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-systemer<sup>311</sup> 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.<sup>312</sup> 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.<sup>313</sup> 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.<sup>314,315</sup> 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:<sup>316,317,318,319</sup>

- 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.

<sup>310</sup> Direktoratet for e-helse (2021) *Vedr. forvaltningsrevisjonen - svar på oppfølgingsspørsmål*. E-post til Riksrevisjonen 05.02.2021.

<sup>311</sup> 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»*.

<sup>312</sup> IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.

<sup>313</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>314</sup> IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.

<sup>315</sup> Abelia (2020) *Én innbygger, én journal - et bærekraftig veikart for Akson*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 06.09.2020.

<sup>316</sup> Abelia (2020) *Én innbygger, én journal - et bærekraftig veikart for Akson*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 06.09.2020.

<sup>317</sup> IKT Norge (2018) *Bekymring for valg av konsept om nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 31.08.2018.

<sup>318</sup> 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>

<sup>319</sup> 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.<sup>320</sup>

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.<sup>321</sup> 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

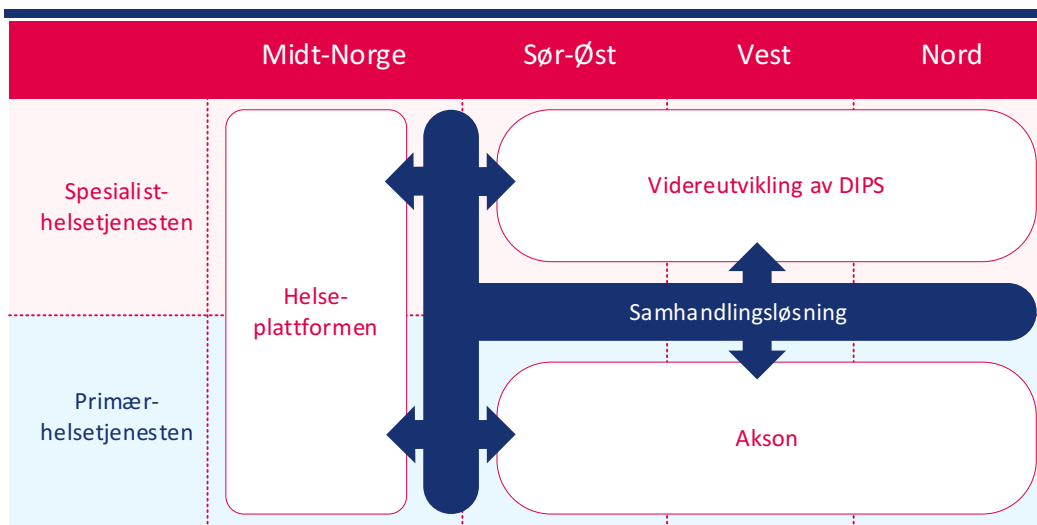
2015-utredningen hadde som utgangspunkt å vurdere løsningsalternativer i hele sektoren. I dag er det tre tiltak som skal realisere målbildet om *Én innbygger – én journal*. Akson er ett av disse, og Akson omfatter kommunale helsetjenester i tre av fire regioner. Oppdelingen i tre parallelle tiltak har 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**



<sup>320</sup> Intervju med Helse Sør-Øst RHF.

<sup>321</sup> 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).<sup>322</sup> 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.<sup>323</sup> 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):<sup>324</sup>

«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.<sup>325</sup> 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).<sup>326</sup> 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».<sup>327</sup>

### 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

<sup>322</sup> Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 21.

<sup>323</sup> Styringsgruppe for utredning av «En innbygger – én journal» (2015) *Referat fra styringsgruppemøte*. 2.-3. september 2015, side 2.

<sup>324</sup> Styringsgruppe for utredning av «En innbygger – én journal» (2015) *Referat fra styringsgruppemøte*. 14.09.2015, side 1.

<sup>325</sup> Intervjuer med Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF.

<sup>326</sup> Intervjuer med Helse Vest RHF.

<sup>327</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

Helseplattformen).<sup>328</sup> 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.<sup>329</sup> 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.<sup>330</sup>
- I januar 2016 informerte Helse Midt-Norge Direktoratet for e-helse om at de kom til å inkludere kommunene i Midt-Norge likevel.<sup>331</sup> I februar sendte Trondheim kommune et brev til Helse- og omsorgsdepartementet fordi Helseplattformens status hos departementet og direktoratet var uklar.<sup>332</sup> 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*.<sup>333,334</sup> 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.<sup>335</sup> Dette ble understøttet av den endelige anbefalingen om at Helseplattformen skulle være et «regionalt utprøvningsprogram».<sup>336</sup>

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.<sup>337</sup>

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.<sup>338</sup> 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.<sup>339</sup> 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

<sup>328</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>329</sup> Helse Midt-Norge RHF (2015) *Innspill til utredning EIEJ styringsgruppemøte 5. og 6. november*. Brev til Helsedirektoratet, 05.11.2015.

<sup>330</sup> Styringsgruppe for utredning av «En innbygger – én journal» (2015) *Referat fra styringsgruppemøte*. 5.-6. november 2015, side 3.

<sup>331</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>332</sup> 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.

<sup>333</sup> 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.

<sup>334</sup> 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.

<sup>335</sup> 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.

<sup>336</sup> 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.

<sup>337</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF*. 22.06.2016.

<sup>338</sup> Intervju med Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF.

<sup>339</sup> 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.<sup>340</sup> 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 at<sup>341</sup>

- 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.<sup>342</sup> 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.<sup>343</sup> 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.<sup>344</sup> I forkant av dette hadde helsebyråden gitt offentlig uttrykk for at Akson er for

<sup>340</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre*, 31.05.2018.

<sup>341</sup> 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.

<sup>342</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra styringsgruppemøte for Akson*, 01.07.2020.

<sup>343</sup> Den norske legeforening (2020) *Legeforeningen om forprosjekt felles kommunal journalløsning ("Akson journal")*. Brev til medlemmer, 02.06.2020.

<sup>344</sup> 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.<sup>345,346,347,348,349</sup> 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».<sup>350</sup> 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.<sup>351</sup>

---

<sup>345</sup> 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/>>

<sup>346</sup> 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/>>

<sup>347</sup> 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>>

<sup>348</sup> Aftenposten, nettutgave 13.06.2020: *Storkommuner nøler med å støtte milliardprosjekt*. <<https://www.aftenposten.no/article/ap-6iLV8W.html>>

<sup>349</sup> 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/>>

<sup>350</sup> Steen, Robert (2020) *Helsehjelp må oppdateres*. Dagens Medisin, nettutgave, 26.08.2020. <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/08/26/helsehjelp-ma-kunne-oppdateres/>>

<sup>351</sup> 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 ivarettatt 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.<sup>352</sup> Terskelverdien er 300 millioner kroner for digitaliseringsprosjekter, og 1 milliard for øvrige prosjekter.<sup>353</sup>

De følgende er de to viktigste fasene i utredningen av store statlige investeringsprosjekter:<sup>354</sup>

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.

<sup>352</sup> Finansdepartementet (2019) *Rundskriv R-108/19. Statens prosjektmodell - Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten*, side 2.

<sup>353</sup> 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.

<sup>354</sup> 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.<sup>355</sup> Departementet rapporterte også om at når KS1 var utført, ville et konsept bli valgt før et eventuelt bevilgningsforslag skulle bli fremmet for Stortinget.<sup>356</sup>

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.<sup>357</sup> 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

<sup>355</sup> Prop. 1 S (2014-2015) Helse- og omsorgsdepartementet, side 15.

<sup>356</sup> Prop. 1 S (2014-2015) Helse- og omsorgsdepartementet, side 31.

<sup>357</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

konsept.<sup>358</sup> Regjeringen ga også i juni 2016 sin tilslutning til anbefalingen om en utviklingsretning «fremfor et konseptvalg i tradisjonell forstand».<sup>359</sup>

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».<sup>360</sup> 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.<sup>361</sup> I tillegg forteller departementet at det ville være uheldig å låse et konseptvalg i den fasen utredningen var i.<sup>362</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet drøftet hvilken kvalitetssikring utredningene skulle gjennom i et internt notat fra oktober 2015, altså før utredningen ble levert.<sup>363</sup> 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».<sup>364</sup> Notatet tok også opp at KS-regimet er tidkrevende, og at det var diskusjon om hvorvidt KS-regimet egner seg for IT-prosjekter,<sup>365</sup> med henvisning til en SINTEF-rapport fra 2014.<sup>366</sup> 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».<sup>367</sup> 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:<sup>368</sup>

- 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.<sup>369</sup> 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.<sup>370</sup> Se slutten av *delkapittel 5.3.5* og *6.3.2* for en henvisning til noen av vurderingene og anbefalingene fra vurderingsgruppen.

<sup>358</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal*. Sak 2016/732, Notat til Finansdepartementet fra E-helseavdelingen, 9.5.2016, side 1.  
<sup>359</sup> 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.

<sup>360</sup> 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.

<sup>361</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>362</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>363</sup> 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.

<sup>364</sup> 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.

<sup>365</sup> 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.

<sup>366</sup> SINTEF Teknologi og samfunn (2014) *Utfordringer og gode grep i store IKT-investeringer i offentlig sektor - Erfaringer og kvalifiserte synspunkter*.

<sup>367</sup> 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.

<sup>368</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *En innbygger – én journal: Innspill fra vurderingsgruppa 17. oktober 2016*. Sak 2016/4582. Memorandum fra vurderingsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, 17.10.2016.

<sup>369</sup> Møtedatoer for vurderingsgruppen: 11. desember 2015, 13. januar 2016, 13. april 2016, 2. juni 2016 og 17. oktober 2016.

<sup>370</sup> 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

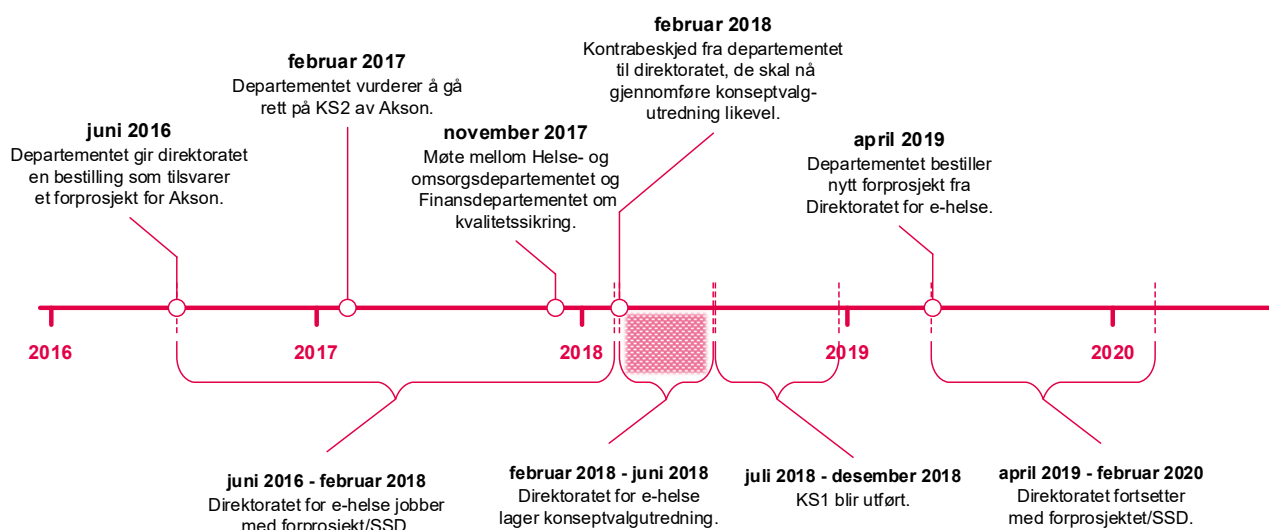
Helse- og omsorgsdepartementet vurderte for Akson å hoppe over konseptvalgutredning (KVV) med påfølgende KS1-kvalitetssikring, og i stedet begynne rett på forprosjektet (sentralt styringsdokument/SSD) med påfølgende KS2-kvalitetssikring.<sup>371,372</sup> Igjen ble det blant annet vist til at det ville 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.<sup>373</sup>

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).<sup>374</sup> 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

<sup>371</sup> 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.

<sup>372</sup> 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.

<sup>373</sup> 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.

<sup>374</sup> 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».<sup>375</sup>**

Selv om betegnelsen «sentralt styringsdokument» eller «forprosjekt» ikke brukes i bestillingen, beskrives det i senere dokumenter at innholdet i bestillingen tilsvarte en SSD.<sup>376</sup> 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».<sup>377</sup> 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)».<sup>378</sup> I notatet fremgår det også at:<sup>379</sup>

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.<sup>380</sup> Direktoratet tolket også på et senere tidspunkt oppdraget som et forprosjekt som senere skulle gjennom KS2.<sup>381</sup> I statsbudsjettet for 2018 ble Direktoratet for e-helse til slutt tildelt 50 millioner kroner til «et **forprosjekt** om en nasjonal kommunal pasientjournal».<sup>382</sup> Arbeidet med forprosjektet pågikk dermed i hele 2017, og også deler av 2016.

I februar 2018 kom det kontrabeskjed 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.<sup>383</sup> På dette tidspunktet hadde det gått 1,5 år siden forprosjektet ble bestilt i juni 2016.<sup>384,385</sup> 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.<sup>386</sup>

Direktoratet rapporterte i april 2018, to måneder etter det nye oppdraget ble gitt, at KS-ordningens krav medførte økt risiko for forsinkelse.<sup>387</sup> Direktoratet for e-helse bekrefter i intervju at arbeidet med å planlegge på nytt førte til forsinkelser i utredningsarbeidet.<sup>388</sup> 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.<sup>389</sup> Det påfølgende arbeidet med

<sup>375</sup> 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.

<sup>376</sup> 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.

<sup>377</sup> 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.

<sup>378</sup> 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.

<sup>379</sup> 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.

<sup>380</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse 2017*, side 3.

<sup>381</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *Saksunderlag til prosjektskyret for En innbygger – én journal, vedlegg 1*. Sak 22/17, 11.10.2017.

<sup>382</sup> Prop. 1 S (2017-2018) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 127.

<sup>383</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2018), *Tillegg til tildelingsbrev nr. 1 til Direktoratet for e-helse*. 21.02.2018.

<sup>384</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>385</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Årsrapport for Direktoratet for e-helse 2017*, side 13.

<sup>386</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg J Organisering av arbeidet*, side 9.

<sup>387</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 24. april 2018, sak 15/18.

<sup>388</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>389</sup> 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.<sup>390</sup> Direktoratet for e-helse forteller at dette var mulig fordi de bygget videre på arbeidet de hadde gjort med forprosjektet tidligere, før omgjøringen.<sup>391</sup>

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:<sup>392</sup>

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.<sup>393</sup>

I Akson hadde også flere av konseptene, inkludert det valgte konsept 7, flere moderate til høye risikopunkter med betydelig sannsynlighet for å inntreffe.<sup>394</sup> KS2-rapporten bekreftet dette og vurderte at den samlede risikoen knyttet til løsning og gjennomføring var «meget høy».<sup>395</sup>

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.

<sup>390</sup> EY (2016) *Kartlegging av tid og kostnader ved KS-ordningen*. Rapport utarbeidet på bestilling av Finansdepartementet.

<sup>391</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>392</sup> Finne, Håkon (2019) *Styring og gjennomføring av store statlige IKT-prosjekter: Eksperters erfaringer og vurderinger*. Concept-rapport nr. 56, 06.2019, side 11.

<sup>393</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal» – Vedlegg 4 Alternativanalyse*. 12.2015, side 12.

<sup>394</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg B Mulighetsstudie*, side 87.

<sup>395</sup> 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.<sup>396,397</sup> Slike prosjekter har en kostnadssprekk på over 200 prosent, og omtales som «sorte svaner».

En kunnskapsoppsummering bestilt av Kommunal- og moderniseringsdepartementet i 2015<sup>398</sup> viser at ca. 10% av investeringer i IT-utvikling ender opp med å **ikke levere noe** som helst.<sup>399,400,401</sup> IT-prosjekter leverer i gjennomsnitt ca. **30% mindre nytte** enn planlagt.<sup>402</sup>

Store prosjekter, særlig de over 100 mill. kroner, ser ut til å **mislykkes 2-3 ganger hyppigere** enn middels store og små IT-prosjekter.<sup>403</sup> 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**.<sup>404</sup> 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 være<sup>405</sup>

- 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.<sup>406</sup> 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**.<sup>407</sup> 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**.<sup>408</sup>

- 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.

<sup>396</sup> Flyvbjerg, B. and A. Budzier (2011) *Why your IT project may be riskier than you think*. Harvard Business Review, side 89, 601-603.

<sup>397</sup> 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.

<sup>398</sup> 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.

<sup>399</sup> 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.

<sup>400</sup> El Emam, K. and A. G. Koru (2008) *A replicated survey of IT software project failures*. IEEE Software 25(5): 84-90.

<sup>401</sup> Tichy, L. and T. Bascom (2008) *The business end of IT project failure*. Mortgage Banking 68(628): 28.

<sup>402</sup> 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.

<sup>403</sup> 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.

<sup>404</sup> Finne, Håkon (2019) *Styring og gjennomføring av store statlige IKT-prosjekter: Eksperters erfaringer og vurderinger*. Concept-rapport nr. 56, 06.2019, side 21-26.

<sup>405</sup> Meld. St. 27 (2015-2016) *Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*, side 82.

<sup>406</sup> Finne, Håkon (2019) *Styring og gjennomføring av store statlige IKT-prosjekter: Eksperters erfaringer og vurderinger*. Concept-rapport nr. 56, 06.2019.

<sup>407</sup> Jørgensen, Magne (2016) *Bruk av kostnadsstyrt prosjektplanlegging ("design to cost") i statlige IKT-prosjekter*. Simula Research Laboratory & Scientia. Oslo: Universitetet i Oslo.

<sup>408</sup> 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.<sup>409</sup> 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.<sup>410,411</sup> 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.<sup>412</sup> I tillegg vil departementet understreke at det har blitt gjort flere endringer i prosjektmodellen siden den tidligere omtalte forskningen ble utført.<sup>413</sup>

- 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.<sup>414</sup> 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».<sup>415</sup>

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.<sup>416</sup> 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».<sup>417</sup>

<sup>409</sup> Finne, Håkon (2019) *Styring og gjennomføring av store statlige IKT-prosjekter: Eksperters erfaringer og vurderinger*. Concept-rapport nr. 56, 06.2019, side 27-31.

<sup>410</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>411</sup> 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.

<sup>412</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>413</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>414</sup> Se kapittel 6.2.1 for mer informasjon om vurderingsgruppen og kvalitetssikring av utredningene.

<sup>415</sup> 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

<sup>416</sup> 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.

<sup>417</sup> 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.<sup>418</sup> 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»<sup>419</sup> (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.<sup>420</sup> 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.<sup>421</sup> 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.<sup>422</sup> 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 kontrakten<sup>423</sup>), 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.<sup>424</sup>

«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.<sup>425</sup> 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.

<sup>418</sup> 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.

<sup>419</sup> Proof-of-concept vil si en begrenset uttesting for å demonstrere at en idé eller et konsept er realiserbart.

<sup>420</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>421</sup> 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.

<sup>422</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>423</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 53.

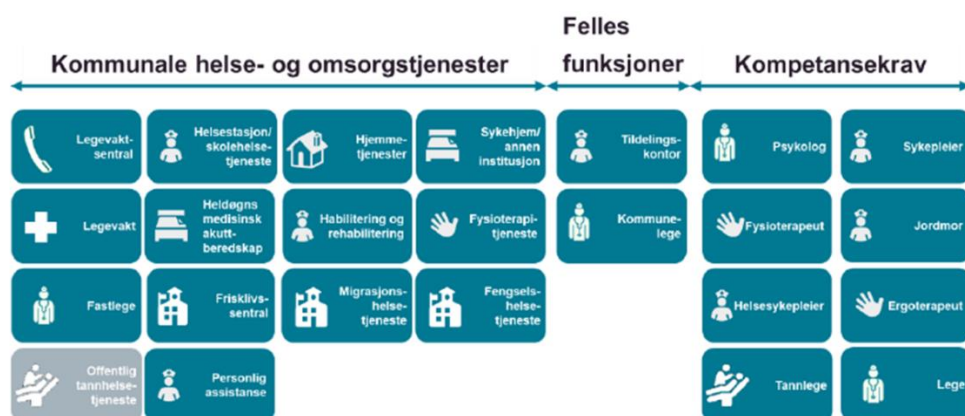
<sup>424</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 62.

<sup>425</sup> 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.<sup>426,427,428</sup>

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.<sup>429</sup> 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».<sup>430</sup> 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.<sup>431</sup>

**Figur 9 Oversikt over kommunale helse- og omsorgstjenester (samt offentlig tannhelsetjeneste) som skal understøttes av felles kommunal journalløsning**



Kilde: Sentralt styringsdokument, vedlegg E Kontraktstrategi.<sup>432</sup>

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.<sup>433</sup> 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.<sup>434</sup>

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».<sup>435</sup>
- 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

<sup>426</sup> 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).

<sup>427</sup> Direktoratet for e-helse (2018) Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA) 5-6.09.2018 (sak 27/18).

<sup>428</sup> Direktoratet for e-helse (2019) Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT) 27.05.2019 (sak 18/19).

<sup>429</sup> Direktoratet for e-helse (2017) Referat fra styringsgruppemøte i Akson, 25.10.2017, sak 41/17-3.

<sup>430</sup> Direktoratet for e-helse (2018) Referat fra styringsgruppemøte i Akson, 14.03.2018, sak 7/18-2.

<sup>431</sup> Direktoratet for e-helse (2019) Referat fra styringsgruppemøte i Akson, 02.12.2019, sak 49/19-2.

<sup>432</sup> Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg E Kontraktstrategi, side 20.

<sup>433</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 9.

<sup>434</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 62.

<sup>435</sup> 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.<sup>436</sup>

- 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».<sup>437</sup> Kvalitetssikringen vurderte at dette innspillet ikke ble fanget opp.<sup>438</sup>
- 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».<sup>439</sup> 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:<sup>440</sup>

«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».<sup>441</sup> 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.<sup>442</sup> 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.

<sup>436</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra styringsgruppemøte i Akson 02.12.2019 (sak 49-2/19)*.

<sup>437</sup> *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.

<sup>438</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 63.

<sup>439</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra møte i Styringsgruppe for Akson 27.02.2020 (sak 9/20)*.

<sup>440</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>441</sup> Kommunal rapport, 29. januar 2021. *Ny Akson-topp vil snu opp ned på IKT-giganten*.

<sup>442</sup> <https://www.kommunal-rapport.no/nyheter/ny-akson-topp-vil-snu-opp-ned-pa-ikt-giganten/128136/>

<sup>442</sup> 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.<sup>443</sup> 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.<sup>444</sup> 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».<sup>445</sup>

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.<sup>446</sup> 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.<sup>447</sup> 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.<sup>448</sup> 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,<sup>449</sup> men det blir presisert at konseptene ikke lenger er direkte sammenlignbare.<sup>450</sup>

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».<sup>451</sup>

<sup>443</sup> Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 7.

<sup>444</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 8 og 17.

<sup>445</sup> Holte Consulting m.fl. (2018) KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 81.

<sup>446</sup> Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 69.

<sup>447</sup> Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 7.

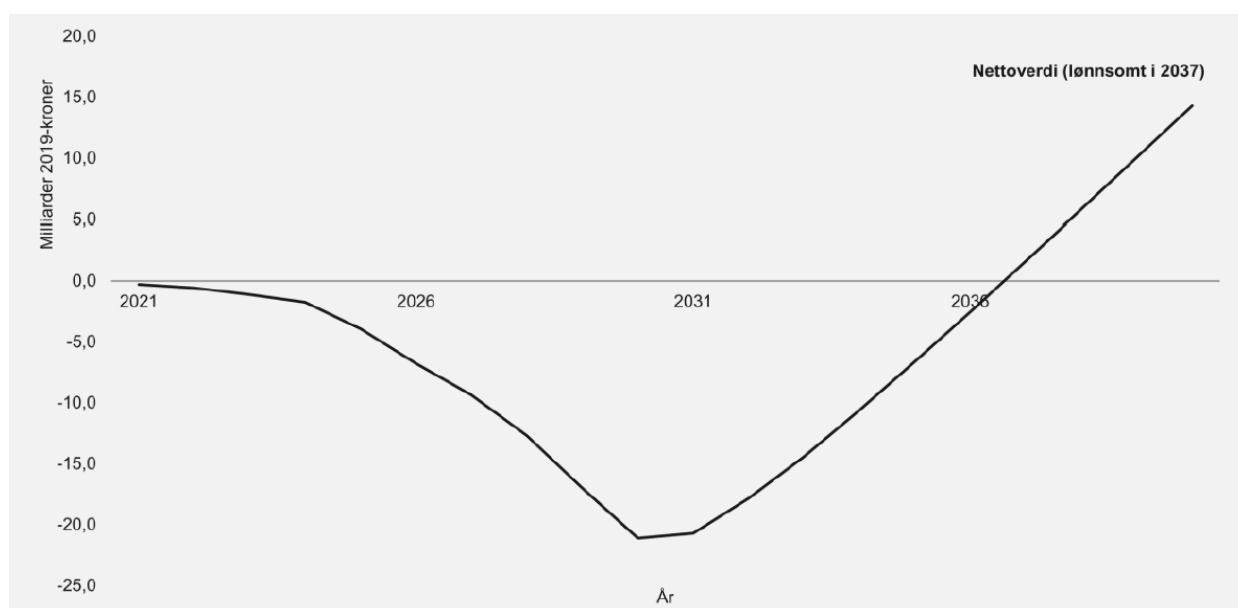
<sup>448</sup> Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten (Rundskriv R-108/19), side 11.

<sup>449</sup> Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 69.

<sup>450</sup> Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 69.

<sup>451</sup> 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.<sup>452</sup>

#### 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.<sup>453</sup> 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.<sup>454</sup> 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,<sup>455</sup> men det fremgår ikke hvor mange eller hva slags helsepersonell som inngikk i gruppen.<sup>456</sup>

**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.<sup>457</sup> 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.<sup>458</sup> 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.<sup>459</sup> Videre viser direktoratet til at:

<sup>452</sup> Direktoratet for e-helse (2020) Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 7.

<sup>453</sup> Dette er altså ikke det samme som netto nytte, som er nytten som gjenstår når kostnader er trukket fra.

<sup>454</sup> Holte Consulting m.fl. (2018) KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 81.

<sup>455</sup> Direktoratet for e-helse (2018) Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg D Kost- og nytteverdier. 31.07.2018, side 67.

<sup>456</sup> 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.

<sup>457</sup> Holte Consulting m.fl. (2018) KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 81.

<sup>458</sup> Holte Consulting m.fl. (2018) KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 82.

<sup>459</sup> 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.<sup>460</sup> Estimaten bygget videre på arbeidet som ble gjennomført i konseptvalgutredningen,<sup>461</sup> 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.<sup>462</sup>

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.<sup>463</sup> 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.<sup>464</sup> Samtidig er det hittil ikke valgt et samhandlingskonsept, og det er derfor uklart *når* man vil oppnå høy grad av samhandling.<sup>465</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å legge til følgende:<sup>466</sup>

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

<sup>460</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse*, side 38.

<sup>461</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg B Organisering av arbeidet*, side 22.

<sup>462</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse*, side 14.

<sup>463</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b*, side 105.

<sup>464</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b*, side 6.

<sup>465</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b*, side 7.

<sup>466</sup> 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.<sup>467</sup> 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.<sup>468</sup> 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.<sup>469</sup>

Helse Vest RHF har erfart at det er lett å trå feil når det kommer til samfunnsøkonomiske beregninger.<sup>470</sup> 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.<sup>471</sup>

Direktoratet for e-helse understreker at en samfunnsøkonomisk analyse kun sier noe om gevinstpotensialet, men ikke noe om hvordan gevinstene skal hentes ut.<sup>472</sup> 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.<sup>473</sup> 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.<sup>474</sup>

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».<sup>475</sup> Legeforeningen kritiserte i et brev til sine medlemmer at de ikke har kunnet etterprøve direktoratets estimer, 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.<sup>476</sup>

<sup>467</sup> Intervju med Helse Nord RHF.

<sup>468</sup> Intervju med Helse Sør-Øst RHF.

<sup>469</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>470</sup> Intervju med Helse Vest RHF.

<sup>471</sup> Intervju med Helse Vest RHF.

<sup>472</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>473</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse*, side 25.

<sup>474</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>475</sup> Abelia (2018) *E-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.

<sup>476</sup> 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.<sup>477</sup> 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.<sup>478</sup> **KS1** anbefalte likevel at det burde foreligge forpliktelser fra kommunene, i form av bindende avtaler, før tiltaket skulle igangsettes.<sup>479</sup> 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.<sup>480</sup> 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.<sup>481</sup> 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.<sup>482</sup>

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.<sup>483</sup> **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.<sup>484</sup>

«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.<sup>485</sup> 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.<sup>486</sup>

«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».

<sup>477</sup> Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 82.

<sup>478</sup> Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 90.

<sup>479</sup> Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 97.

<sup>480</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 6.

<sup>481</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 7.

<sup>482</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 7 og 10.

<sup>483</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse, side 61.

<sup>484</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 29.

<sup>485</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 32.

<sup>486</sup> 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».<sup>487</sup> Kvalitetssikrerne gir uttrykk for at de savner et «større fokus på betydningen av fastlegene i forprosjektet», spesielt siden de var sentrale i KVU/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.<sup>488</sup>

Per 8. februar 2021 hadde kommuner som representerer 63,9 prosent av befolkningen utenfor Midt-Norge signert intensjonserklæringer.<sup>489</sup> Fastlegene har ikke blitt bedt om å komme med tilsvarende intensjonserklæringer.

#### **6.4.4 Konsept 7 i KVUen 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 KVU og de forutsetningene som ble lagt til grunn i KS1-rapporten», og at de ikke kunne se at dette avviket hadde blitt beskrevet.<sup>490</sup> 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».<sup>491</sup>

### **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 *Én 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.<sup>492</sup>

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

<sup>487</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Versjon 1.0 Statens prosjektmodell - Rapport nummer E009b, side 67.

<sup>488</sup> 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.

<sup>489</sup> KS (2020) *Kommuner som har signert intensjonserklæringen*.

<sup>490</sup> <<https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/utviklingsprosjekter/fkj/se-kommuner-som-har-signert-intensjonserklaringen/>>

<sup>491</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 10.

<sup>492</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 57.

<sup>493</sup> Meld. St. 9 (2012–2013) *Én 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.<sup>493</sup>

Både utredningen i 2015 og konseptvalgutredningen for Akson inkluderer beslutningsstøtte som krav og mål tiltaket *må* og *skal* oppnå.<sup>494,495,496,497</sup> 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.<sup>498</sup> En spørreundersøkelse om bruk av journalsystemer i den kommunale omsorgstjenesten<sup>499</sup>, 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).<sup>500</sup>

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.<sup>501</sup> 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.<sup>502</sup> I tillegg gjentas Gartners vurderinger av at det er de store generasjon 3-løsningene som i størst grad har funksjonalitet for beslutningsstøtte.<sup>503</sup>

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.<sup>504</sup> 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.<sup>505</sup>

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».<sup>506</sup>

Legeforeningen mener generelt, basert på regionale og nasjonale erfaringer, at å standardisere pasientforløp skaper høy risiko for at kvaliteten og effektiviteten taper seg.<sup>507</sup> Foreningen har derfor vært kritisk til for høy grad av strukturering av medisinsk informasjon, og mener at dette må avstemmes med

<sup>493</sup> 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.

<sup>494</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*. Sammendrag. Desember 2015, side 21.

<sup>495</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*. Sammendrag. Desember 2015, side 28.

<sup>496</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*. V3 Mulighetsstudie. Oktober 2015, side 47.

<sup>497</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. 31.07.2018, side 42.

<sup>498</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*. V1.1 Interessentgruppebaserte behov. Januar 2015, side 14.

<sup>499</sup> Herunder hjemmetjenesten, helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, rehabilitering og habilitering i hjemmet og avlastning utenfor institusjon.

<sup>500</sup> 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.

<sup>501</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «én innbygger – én journal»*. V3 Mulighetsstudie. Oktober 2015, side 62.

<sup>502</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Vedlegg B Mulighetsstudie. 31.07.2018, side 49.

<sup>503</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Vedlegg B Mulighetsstudie. 31.07.2018, side 28.

<sup>504</sup> 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>>

<sup>505</sup> 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/>>

<sup>506</sup> 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/>>

<sup>507</sup> Den norske legeforening (2018) *Legeforeningens høringssvar om regionale utviklingsplaner 2035 for Helse Nord, Helse Midt og Helse Sør-Øst*. 18.10.2018.

klinikerens behov.<sup>508</sup> Foreningen advarte i 2018 om at «avgrensninger i klinisk uttrykksfrihet kan gi mindre presis og mindre individtilpasset helsehjelp»,<sup>509</sup> at klinisk dokumentasjon ikke består av «variabeldefinisjoner og verdsett», og «at sykdommer ikke er entydig definerte med samme symptomer og tegn».<sup>510</sup>

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.<sup>511</sup> 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.<sup>512</sup> 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.<sup>513</sup>

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.<sup>514</sup> 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.<sup>515</sup> 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.<sup>516</sup>

### **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.<sup>517</sup>

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.<sup>518</sup> Direktoratet mener at forskning på SNOMED er mangelfull fordi terminologien siden 2012 har hatt en betydelig berikelse og kvalitetsheving.<sup>519</sup> 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.<sup>520</sup>

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».<sup>521</sup> Kvalitetssikrerne kunne ikke se at det var vurdert hvilke funksjoner i målbildet som var av størst betydning og

<sup>508</sup> Den norske legeforening (2018) *Legeforeningens innspill til Konseptbeskrivelse for terminologi i EPJ*. Brev til Direktoratet for e-helse, 26. oktober 2018.

<sup>509</sup> Den norske legeforening (2018) *Legeforeningens innspill til Konseptbeskrivelse for terminologi i EPJ*. Brev til Direktoratet for e-helse, 26. oktober 2018, side 5.

<sup>510</sup> Den norske legeforening (2018) *Legeforeningens innspill til Konseptbeskrivelse for terminologi i EPJ*. Brev til Direktoratet for e-helse, 26. oktober 2018, side 5.

<sup>511</sup> Intervju med Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF.

<sup>512</sup> Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

<sup>513</sup> Intervju med Helse Vest RHF.

<sup>514</sup> Intervju med Helse Sør-Øst og Helse Vest RHF.

<sup>515</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>516</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>517</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>518</sup> Mark Wardle and Andy Spence (2017) *Implementation of SNOMED CT in an online clinical database*. Future Healthcare Journal 2017 Jun; 4(2): 126–130. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502621/>>

<sup>519</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>520</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, side 124.

<sup>521</sup> 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.<sup>522</sup> 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.<sup>523</sup>

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».<sup>524</sup> 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».<sup>525</sup>

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.<sup>526</sup>

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.<sup>527</sup>

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.<sup>528</sup> Konsekvensen av dette omtales som alvorlig, ettersom konseptet da ikke vil være mulig å gjennomføre. Dette omtales også som den største usikkerheten ved konseptet<sup>529</sup> og faktoren som trekker kostnadsusikkerheten mest opp.<sup>530</sup> 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.<sup>531</sup> Direktoratet opplyser om at kontraktstrategien i Akson ikke legger til grunn at det skal anskaffes «hylleware», men den åpner opp for at både leverandører

<sup>522</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 4 Alternativanalyse, side 15.

<sup>523</sup> Helsedirektoratet (2015) *Utredning av «En innbygger – én journal»* – Vedlegg 5 Føringer for videre arbeid.

<sup>524</sup> Norsk Helsenett SF (2015) *Innspill til styringsgruppen for én innbygger – én journal*. 25.09.2015, side 2.

<sup>525</sup> 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

<sup>526</sup> 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.

<sup>527</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. 31.7.2018, side 46.

<sup>528</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg B Mulighetsstudie*. 31.07.2018, side 83.

<sup>529</sup> Holte Consulting m.fl. (2018) *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Kvalitetssikringsrapport nummer D068a, side 75

<sup>530</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 45.

<sup>531</sup> 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.<sup>532</sup>

- 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.<sup>533</sup> Departementet rapporterte også om at når KS1 forelå, ville det velges et konsept, og et eventuelt bevilgningsforslag ville bli fremmet for Stortinget.<sup>534</sup> Også året etter ble utredningen kalt en «konseptvalgutredning».<sup>535</sup>

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.<sup>536</sup>
- I 2017 foreslo Helse- og omsorgsdepartementet en bevilgning på 50 millioner kroner til å sette i gang et forprosjekt for Akson.<sup>537</sup> 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.<sup>538</sup> I 2020, da kontroll- og konstitusjonskomiteen stilte spørsmål til departementet om Akson, omtalte departementet imidlertid dette i en beskrivelse av utredningsprosessen.<sup>539</sup> Departementet er enig i at omtalen av at forprosjektet var omgjort til en konseptvalgutredning 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*.<sup>540</sup>
- 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.<sup>541</sup> 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.<sup>542</sup>

<sup>532</sup> Omtalen refererer til årstallet hvor proposisjonen ble lagt frem, ikke til budsjettår.

<sup>533</sup> Prop. 1 S (2014-2015) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 15.

<sup>534</sup> Prop. 1 S (2014-2015) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 31.

<sup>535</sup> Prop. 1 S (2015-2016) *Helse- og omsorgsdepartementet*, sider 29, 299.

<sup>536</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>537</sup> Prop. 1 S (2017-2018) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 127.

<sup>538</sup> Prop. 1 S (2018-2019) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 142.

<sup>539</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til kontroll- og konstitusjonskomiteen, 13. november 2020.

<sup>540</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>541</sup> Prop. 1 S (2019-2020) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 160.

<sup>542</sup> 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.<sup>543</sup>
- Rapporteringen i 2020 er vesentlig mer utfyllende enn foregående år, og gjengir i hovedtrekk tilbakemeldingen fra kvalitetssikringsrapporten (KS2) og de viktigste saksopplysningene.

---

<sup>543</sup> 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.<sup>544</sup> 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.<sup>545</sup>

<sup>544</sup> Prop. 1 S (2019-2020) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 158.

<sup>545</sup> 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.<sup>546</sup>

**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**.<sup>547</sup> 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. Grunndataplattformen 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.<sup>548</sup> 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.<sup>549</sup> 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.<sup>550</sup>

Det er i dag fire modeller for å samhandle og utveksle helseinformasjon på, og figur 11 illustrerer forskjellen mellom dem.<sup>551</sup> 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.<sup>552</sup>
- **Dokumentdeling** er deling av dokumenter som er lesbare av mennesker. Delingen skjer gjennom at utvalgte dokumenter lagres i et dokumentlager.<sup>553</sup> 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.<sup>554</sup> Dokumentdeling gjennom kjernejournal er nå under utprøving.<sup>555</sup>
- **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).<sup>556</sup> Dette forutsetter at journalinformasjon struktureres i større grad enn i dag.

<sup>546</sup> Tim Benson and Graham Grieve (2016) *Principles of Health Interoperability - SNOMED CT, HL7 and FHIR*. Springer-Verlag London, Third edition, side 24.

<sup>547</sup> 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.

<sup>548</sup> 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.

<sup>549</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. 31.07.2018, side 11.

<sup>550</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022*. 30.11.2018, side 27.

<sup>551</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022*. 30.11.2018, side 7.

<sup>552</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Målkitekturer for nasjonal dokumentdeling Versjon 1.0*. 03.2019, side 8.

<sup>553</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referansearkitektur for dokumentdeling*. 12/2018, side 5.

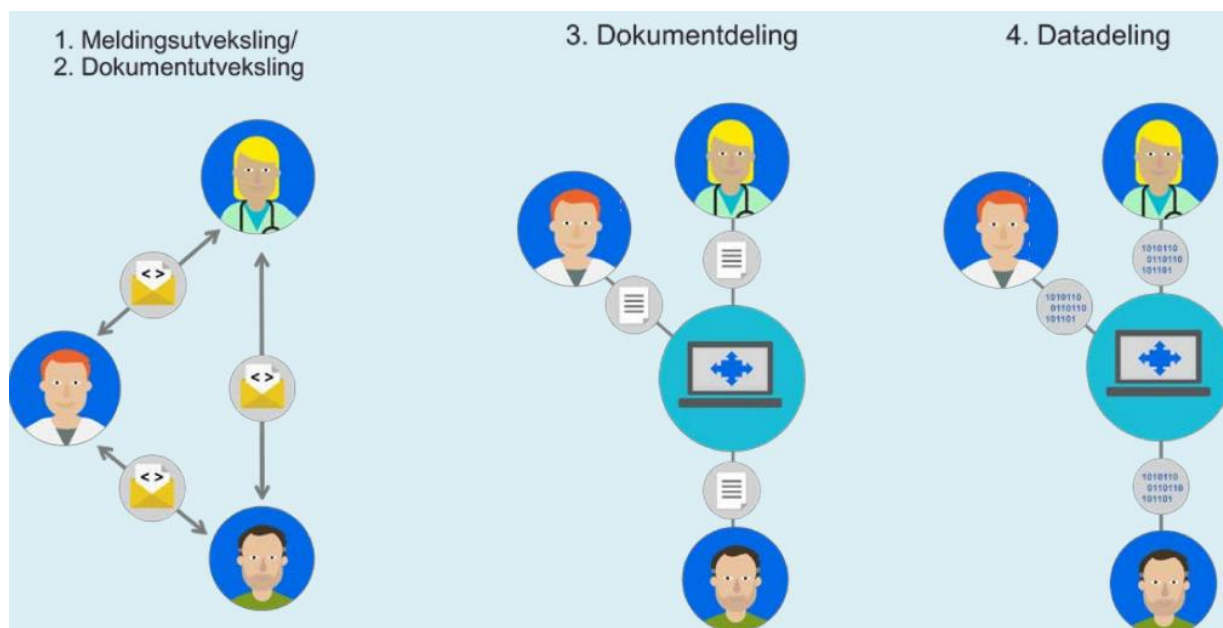
<sup>554</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Målkitekturer for nasjonal dokumentdeling Versjon 1.0*. 03.2019, side 11.

<sup>555</sup> Se delkapittel 7.4.2 for nærmere informasjon om dette.

<sup>556</sup> 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.<sup>557</sup>

**Figur 11 Samhandlingsmodeller i helse- og omsorgstjenesten**



Kilde: Direktoratet for e-helse<sup>558</sup>

## 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.<sup>559</sup> 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.<sup>560</sup> Direktoratet for e-helse peker på internasjonale standarder som en forutsetning for å oppnå samhandling for eksempel gjennom dokument- og datadeling.<sup>561</sup>

<sup>557</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referansearkitektur for datadeling*. 12/2018, side 14.

<sup>558</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022*. 30.11.2018, side 8.

<sup>559</sup> Prop. 1 S (2019-2020) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 158.

<sup>560</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022*. 30.11.2018, side 4.

<sup>561</sup> 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.<sup>562</sup> 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.<sup>563</sup>

### 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.<sup>564</sup>

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-helsestyre<sup>565</sup> – 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.<sup>566</sup> NUIT mener grunnmur er viktig uansett hvilken løsning som velges for kommunal sektor, og har signalisert at arbeidet bør prioriteres.<sup>567</sup> De regionale helseforetakene uttaler også i intervju at grunnmursarbeidet har stor betydning.<sup>568</sup>

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.<sup>569</sup> 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.<sup>570,571</sup> Av prosjektene i den nasjonale e-helseporteføljen har 70 prosent rapportert avhengighet til grunnmuren.<sup>572</sup>

I NUIT har særlig følgende funksjonalitet blitt fremhevet som vesentlig:<sup>573</sup>

- data- og dokumentdeling
- grunndata om person, personell og virksomhet
- felles språk

<sup>562</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten v1.0*. 23.01.2019.

<sup>563</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten v1.0*. 23.01.2019.

<sup>564</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022 - E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*.

<sup>565</sup> Se delkapittel 7.3.2 og 7.6 for en nærmere beskrivelse av utvalgene.

<sup>566</sup> 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).

<sup>567</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møter i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)* 06.12.2018 (sak 52/18).

<sup>568</sup> Intervju med Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF.

<sup>569</sup> 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.

<sup>570</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i områdevalg for digital samhandling* 23.10.2020 (sak 22/20).

<sup>571</sup> Intervju med Helsedirektoratet.

<sup>572</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 22.06.2018 (sak 25/18).

<sup>573</sup> 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.<sup>574</sup> 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.<sup>575</sup>

### **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.<sup>576</sup>

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.<sup>577</sup>

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.<sup>578</sup>

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.<sup>579</sup> Kommunerepresentanter i NUFA forteller at samfinansiering oppleves krevende for kommunene blant annet på grunn av et mangfoldig aktørbilde og begrenset økonomi/finansiering.<sup>580</sup>

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.<sup>581</sup> 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.<sup>582</sup> 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.

<sup>574</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA)* 05.09.2019 (sak 28/19).

<sup>575</sup> Direktoratet for e-helse (2018-2020) *Rapportering av Prosjekt-/programinformasjon til nasjonal e-helseportefølje*. RR analyse av avhengigheter.

<sup>576</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 27.05.2019 (sak 23/19).

<sup>577</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 27.05.2019 (sak 23/19).

<sup>578</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 22.06.2018 (sak 25/18).

<sup>579</sup> Intervju med NUFA og NUIT representanter.

<sup>580</sup> Intervju med NUFA og NUIT representanter.

<sup>581</sup> Intervju med KS.

<sup>582</sup> 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.<sup>583</sup> 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 KITH<sup>584</sup>-standarder som ble utviklet for norske forhold og systemer. De nye samhandlingsmodellene dokumentdeling og datadeling, baseres utelukkende på internasjonale standarder.<sup>585</sup> 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.<sup>586</sup> Direktoratet for e-helse viser i denne sammenheng til *Plan for internasjonale standarder 2021–2024*, som omhandler tiltak aktører i sektoren har spilt inn.<sup>587</sup> 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.<sup>588</sup> Helse Vest RHF viser også til at de har vært i forkant av Direktoratet for e-helse for noen av de internasjonale standardene.<sup>589</sup>

Direktoratet for e-helse mener at behovene fra Helse Midt-Norge RHF er godt dekket inn.<sup>590</sup> 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.<sup>591</sup>

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.<sup>592</sup> 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.<sup>593</sup>

<sup>583</sup> Intervju med Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF.

<sup>584</sup> 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.

<sup>585</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>586</sup> Intervjuer med Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF og Helsedirektoratet.

<sup>587</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse.

<sup>588</sup> Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

<sup>589</sup> Intervju med Helse Vest RHF.

<sup>590</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>591</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>592</sup> Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

<sup>593</sup> 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.<sup>594</sup> 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.<sup>595</sup> 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.<sup>596</sup> 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.<sup>597</sup> 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.<sup>598</sup> 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.<sup>599</sup> 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.<sup>600</sup> 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.

<sup>594</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>595</sup> Intervju med Helse Nord RHF.

<sup>596</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>597</sup> 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».

<sup>598</sup> Intervju med Helse Vest RHF.

<sup>599</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>600</sup> Intervju med Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet arbeider nå med å digitalisere retningslinjene og bryte dem ned i innholdselementer.<sup>601</sup> 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.<sup>602</sup>

## 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.<sup>603</sup> 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.<sup>604</sup>
- **Kjernejournal:** Kjernejournal sammenstiller viktig informasjon fra flere kilder, slik at den er tilgjengelig der den trengs.<sup>605</sup> 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.<sup>606</sup> 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.<sup>607</sup>

### 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.<sup>608</sup>

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.<sup>609</sup> 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:<sup>610</sup>

- deling av journaldokumenter gjennom kjernejournal
- tilgang til Kritisk info gjennom kjernejournal

<sup>601</sup> Intervju med Helsedirektoratet.

<sup>602</sup> Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

<sup>603</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025*. November 2020, side 3.

<sup>604</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025*. November 2020, side 20.

<sup>605</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025*. November 2020, side 30.

<sup>606</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025*. November 2020, side 35.

<sup>607</sup> Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 73.

<sup>608</sup> Direktoratet for e-helse (2021) *Utviklingstrekk 2021: E-helsetrender*.

<sup>609</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>610</sup> 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.<sup>611</sup> Sentrale aktører i sektoren har i flere sammenhenger vist til at Pasientens legemiddelliste ikke har blitt prioritert av direktoratet og departementet.<sup>612</sup> 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.<sup>613</sup>

### 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.<sup>614</sup> Kjernejournalen er nå innført på alle sykehus, alle legevakter og ved 90 prosent av fastlegekontorene.<sup>615</sup> 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.<sup>616</sup>

#### 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,<sup>617</sup> og prosjektet har vært en del av den nasjonale e-helseporteføljen siden 2018, med et årlig budsjett på 6–8 millioner kroner.<sup>618</sup> Det har tatt litt over et år fra arbeidet ble startet av de regionale helseforetakene i 2019,<sup>619</sup> 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.<sup>620</sup> 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.<sup>621</sup> 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.<sup>622</sup>

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.<sup>623</sup> 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

<sup>611</sup> Intervju med Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord RHF.

<sup>612</sup> Se delkapittel 8.5.1 for en diskusjon av dette i kontekst av den nasjonale styringsmodellen og nasjonal prosjektportefølje.

<sup>613</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)* 02.12.2019 (sak 44/19).

<sup>614</sup> Prop. 1 S (2012-2013) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 69.

<sup>615</sup> Prop. 1 S (2012-2013) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 70.

<sup>616</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>617</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>618</sup> Direktoratet for e-helse (2018-2020) *Rapportering av Prosjekt-/programinformasjon til nasjonal e-helseportefølje*. RR analyse av prosjektdata.

<sup>619</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)* 22.06.2018 (sak 25/18).

<sup>620</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025*. November 2020, side 35.

<sup>621</sup> Intervju med Helse Vest og Helse Sør-Øst RHF.

<sup>622</sup> Intervju med Helse Vest RHF.

<sup>623</sup> 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.<sup>624</sup> 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.<sup>625</sup> 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.<sup>626</sup>

I 2017 rapporterte Helse- og omsorgsdepartementet til Stortinget at legemiddellisten skulle innføres trinnvis, med planlagt oppstart i 2018.<sup>627</sup> 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». <sup>628</sup> 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.<sup>629</sup> Helse Midt-Norge vurderer at progresjonen på legemiddelområdet har vært for lav, og at området ikke er vesentlig forbedret de siste fire–fem årene.<sup>630</sup>

Direktoratet for e-helse forteller at de siden 2016 har hatt som ambisjon å innføre pasientens legemiddelliste (PLL) for bedre og tryggere legemiddelbehandling.<sup>631</sup> 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.<sup>632</sup> 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.<sup>633</sup> 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

<sup>624</sup> Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen*, side 49.

<sup>625</sup> Helsedirektoratet (2020) *Pasientskader i Norge 2019 – Målt med Global Trigger Tool*, side

<sup>626</sup> Mulac et al. (2020) *Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System*. *European Journal of Hospital Pharmacy*.

<sup>627</sup> Prop. 1 S (2017–2018) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 33.

<sup>628</sup> Boston Consulting Group (2020) *Evaluering av legemiddelområdet: Oppsummerende notat*. 19.08.2020, side 1.

<sup>629</sup> Boston Consulting Group (2020) *Evaluering av legemiddelområdet: Oppsummerende notat*. 19.08.2020, side 5.

<sup>630</sup> Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

<sup>631</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>632</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>633</sup> 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». <sup>634</sup>

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. <sup>635</sup> 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. <sup>636</sup> Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er dette fordi «Sentral forskrivningsmodell er en svært sentral komponent for å realisere informasjonsutvekslingen i Pasientens legemiddelliste». <sup>637</sup>

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». <sup>638</sup> 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. <sup>639</sup> 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. <sup>640</sup>

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. <sup>641</sup> 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. <sup>642</sup> 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. <sup>643</sup>

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». <sup>644</sup> 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

<sup>634</sup> Boston Consulting Group (2020) *Evaluering av legemiddelområdet: Oppsummerende notat*. 19.08.2020, side 8.

<sup>635</sup> Intervju med Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge RHF.

<sup>636</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>637</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>638</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>639</sup> Boston Consulting Group (2020) *Evaluering av legemiddelområdet: Oppsummerende notat*. 19.08.2020, side 8.

<sup>640</sup> Boston Consulting Group (2020) *Evaluering av legemiddelområdet: Oppsummerende notat*. 19.08.2020, side 9.

<sup>641</sup> Intervju med Helse Midt-Norge RHF.

<sup>642</sup> Intervju med Helse Sør-Øst RHF.

<sup>643</sup> Intervju med Helse Midt-Norge.

<sup>644</sup> Intervju med Helse Vest RHF.

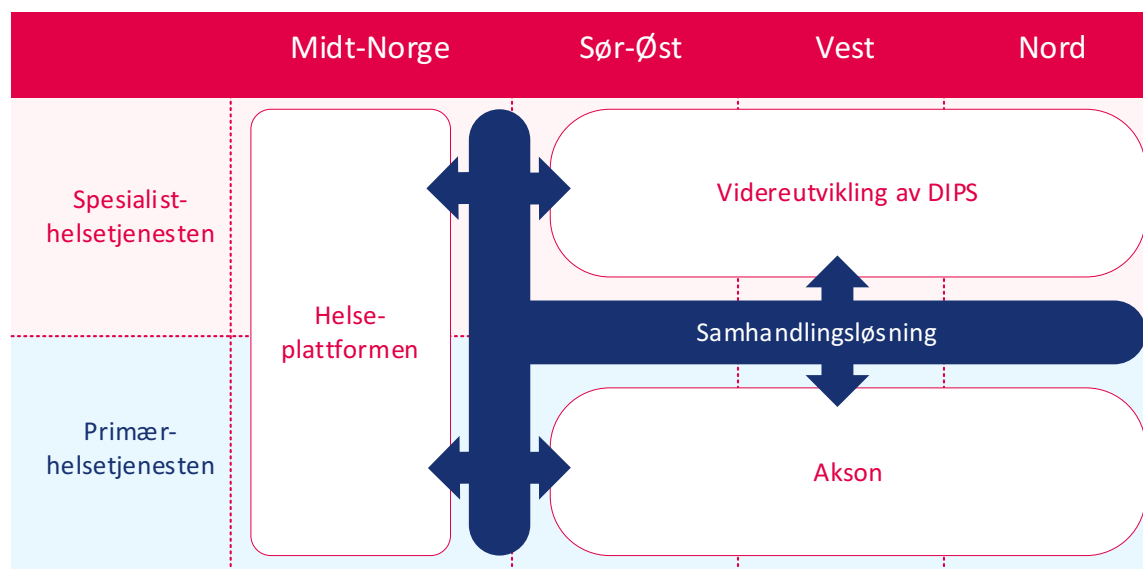
«perfekte blir det godes fiende», og at en slik tilnærming er krevende i en situasjon med usikker finansiering. Helse Vest RHF har derfor satt i gang en utprøving av en delmengde av en fremtidig løsning for Pasientens legemiddelliste, i den hensikt å få nødvendig erfaringsgrunnlag for å gjøre relevante 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.<sup>645</sup>

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.<sup>646</sup> 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.

<sup>645</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) KS2 av Akson: *Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 10.

<sup>646</sup> 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». <sup>647</sup> 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». <sup>648</sup> 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. <sup>649</sup> Helse- og omsorgsdepartementet valgte imidlertid å stille seg bak kvalitetssikrernes anbefaling om å fremskynde planleggingen (steg 2) av samhandlingsløsningen. <sup>650</sup> Samhandlingsløsningen har nå blitt tatt ut av Akson, og det skal etableres et forprosjekt som skal beskrive den nasjonale samhandlingsløsningen i en helhet. <sup>651</sup>

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. <sup>652</sup> 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.

---

<sup>647</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 20.

<sup>648</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 7.

<sup>649</sup> Holte Consulting m.fl. (2020) *KS2 av Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal*. Kvalitetssikringsrapport nummer E009b, side 11.

<sup>650</sup> Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 71.

<sup>651</sup> Prop. 1 S (2020-2021) *Helse- og omsorgsdepartementet*, side 73.

<sup>652</sup> 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.<sup>653</sup> 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 HelseID, 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.<sup>654,655</sup> Departementet fremhever forskrift om IT-standarder i helse- og omsorgssektoren, som trådte i kraft 1. september 2015, som den mest sentrale på området.<sup>656</sup> 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.<sup>657</sup>

**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.

<sup>653</sup> Grunndata inneholder informasjon om organisasjoner og personell i helse- og omsorgssektoren.

<sup>654</sup> Se Prop. 65 L (2019-2020) *Lov om e-helse (e-helseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet, side 8 og 29.

<sup>655</sup> Relevante lover knyttet til e-helseløsninger er blant annet spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, pasientjournalloven og helseregisterloven.

<sup>656</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>657</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

**Tabell 4 Liste over strategiske beslutninger**

| Beslutning                                                                                                                                                                                         | År/periode |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Veikart og strategi</b>                                                                                                                                                                         |            |
| • Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022                                                                                                                                              | 2017/2019  |
| • Veikart for Én innbygger – én journal.                                                                                                                                                           | 2017       |
| • Veikart for nasjonale e-helseløsninger.                                                                                                                                                          | 2020       |
| <b>Felles grunnmur, standarder og nasjonale e-helseløsninger</b>                                                                                                                                   |            |
| • 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  |
| <b>Juridiske virkemidler</b>                                                                                                                                                                       |            |
| • 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       |
| <b>Organisatoriske virkemidler</b>                                                                                                                                                                 |            |
| • 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       |
| <b>Samstyring og forankring</b>                                                                                                                                                                    |            |
| • 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*.<sup>658</sup>

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.<sup>659,660</sup> 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:<sup>661</sup>

- 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 paragrafer<sup>662</sup> i pasientjournalloven med tilhørende forskrifter

<sup>658</sup> 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).

<sup>659</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>660</sup> Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet den 17. desember, punkt 2.

<sup>661</sup> Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 16. januar 2020, punkt 2.

<sup>662</sup> 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:<sup>663,664</sup>

- 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.<sup>665</sup>
- 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.<sup>666</sup> 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.<sup>667</sup>

### **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.

<sup>663</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>664</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*. Versjon 1.0 – februar 2019. Rapport IE-1046.

<sup>665</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>666</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Statsbudsjettet 2016 - Kap. 701 Direktoratet for e-helse - tildelingsbrev*. Brev til Direktoratet for e-helse, 17.12.2015.

<sup>667</sup> 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*.<sup>668</sup>

- **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.<sup>669</sup>

Utgangene skal gi råd til Direktoratet for e-helse.<sup>670</sup> 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».<sup>671</sup> 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.<sup>672</sup>

- *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.<sup>673</sup>

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.<sup>674</sup> 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.<sup>675</sup> 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.<sup>676</sup> Arkitekturstyringen skal sikre at IT-utviklingen ses i et langsiktig perspektiv.

<sup>668</sup> 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.

<sup>669</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>670</sup> 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.

<sup>671</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>672</sup> 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.

<sup>673</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>674</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Statusrapport for nasjonal e-helseportefølje*. Oktober 2019.

<sup>675</sup> 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.

<sup>676</sup> 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.<sup>677</sup>

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.<sup>678</sup> Den oppdaterte *Plan for e-helse (2019–2022)* beskriver 14 innsatsområder som understøtter de seks plansatsingsområdene i Nasjonal e-helsestrategi.<sup>679</sup> Planen skal være et samlende og veiledende redskap for aktørene når de planlegger og gjennomfører egne og felles e-helsetiltak.<sup>680</sup>

**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.<sup>681</sup>

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.<sup>682,683</sup> 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.<sup>684</sup>

<sup>677</sup> 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.

<sup>678</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022*. Versjon 1.0.

<sup>679</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for e-helse 2019-2022. Vedlegg til Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022*.

<sup>680</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren. Oppdatert 2019*.

<sup>681</sup> *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*. Fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet den 17. desember 2015.

<sup>682</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2016-2020) *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse*.

<sup>683</sup> *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*. Fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet den 17. desember 2015, omtale av faste oppdrag.

<sup>684</sup> *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.<sup>685</sup> 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 Helsenett 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.<sup>686</sup> 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) *Én 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.<sup>687</sup> 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,<sup>688</sup> for eksempel knyttet til finansiering eller gevinstuttak.<sup>689</sup>

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.<sup>690</sup> 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

<sup>685</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>686</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>687</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Protokoll fra foretaksmøte. Krav og rammer m.v. for 2017*.

<sup>688</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren*. November 2017. Rapport IE-1010, side 21.

<sup>689</sup> 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.

<sup>690</sup> 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.<sup>691</sup> 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.<sup>692</sup>

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.<sup>693</sup> 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.<sup>694</sup> 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.<sup>695</sup>

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.

<sup>691</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren*. November 2017. Rapport IE-1010.

<sup>692</sup> KS (2018) *Samstyring i digitaliseringsarbeidet – prinsipper, mekanismer og tiltak*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 06.12.2018.

<sup>693</sup> Denne ordningen har som formål å komme til enighet om hva som kan oppnås innen kommunenes inntekstrammer.

<sup>694</sup> 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.

<sup>695</sup> 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 revisjonskriterier<sup>696</sup>

- 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.<sup>697,698,699</sup>

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».<sup>700</sup> 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 at<sup>701</sup>

- 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.<sup>703</sup>

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

<sup>696</sup> Se kapittel 4 «Revisjonskriterier» for mer utdypende informasjon.

<sup>697</sup> Innst. 224 S (2012-2013), jf. Meld. St. 9 (2012-2013) *En innbygger – én journal*, side 7.

<sup>698</sup> Innst. 206 S (2015-2016), jf. Meld. St. 11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, side 22.

<sup>699</sup> Innst. 11 S (2014-2015), jf. Prop. 1 S (2014 – 2015) Helse- og omsorgsdepartementet, side 34.

<sup>700</sup> Helsedirektoratet (2014) *Utredning av «En innbygger – én journal»*. Vedlegg 1.4 *IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren*, side 137.

<sup>701</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*. Versjon 1.0 – februar 2019. Rapport IE-1046.

<sup>703</sup> 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.<sup>702</sup>

å pålegge virksomheter i helsesektoren å ta i bruk standarder, nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter som grunndata og HelselD.<sup>704</sup> 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.<sup>705</sup>

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.<sup>706,707</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp mange av disse anbefalingene i et forslag til ny e-helselov, som ble fremmet for Stortinget i 2020.<sup>708</sup> Ifølge departementet var formålet med lovforslaget å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren og å tilrettelegge for bedre nasjonal samordning og samhandling.<sup>709</sup> 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, og<sup>710</sup> senere trukket tilbake av departementet fordi det ikke lenger hadde flertall i Stortinget.<sup>711</sup> 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.

<sup>702</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 16.04.2018, side 25-26.

<sup>704</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 16.04.2018, side 19-22.

<sup>705</sup> 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.

<sup>706</sup> 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.

<sup>707</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Nasjonal arkitekturstyring i helse- og omsorgssektoren*. Desember 2018, rapport IE-1039.

<sup>708</sup> Prop. 65 L (2019-2020) *Lov om e-helse (e-helseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>709</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>710</sup> Prop. 65 L (2019-2020) *Lov om e-helse (e-helseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>711</sup> 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.<sup>712,713,714</sup>

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.<sup>715</sup> 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.<sup>716</sup> Departementet påpeker at selv om dagens sektororganisering har gode begrunnelser og lange tradisjoner, medfører denne utfordringer for nasjonal koordinering av digitaliseringsarbeidet.<sup>717</sup>

### 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.<sup>718</sup> 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.<sup>719</sup> 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.<sup>720</sup> 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

<sup>712</sup> KS (2019) *Høring ny e-helselov med endring av forskrift - KS' høringsuttalelse*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 13.12.2019.

<sup>713</sup> Intervju med de regionale helseforetakene.

<sup>714</sup> Abelia (2020) *En innbygger, én journal - et bærekraftig veikart for Akson*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 06.09.2020.

<sup>715</sup> Intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse.

<sup>716</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>717</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>718</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>719</sup> Direktoratet for e-helse (2021) *Vedr. forvaltningsrevisjon - svar på oppfølgingsspørsmål*. Epost til Riksreisjonen, 05.02.2021.

<sup>720</sup> 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.<sup>721</sup> 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.<sup>722</sup>

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.<sup>723</sup>

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.<sup>724</sup> Departementet har for eksempel over flere år bedt direktoratet om<sup>725</sup>

- 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.<sup>726</sup> 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).<sup>727</sup>

Direktoratets evaluering av EPJ-løftet i 2018 konkluderer med at det er behov for å tilrettelegge for prosedyrer og kontraktstyper som stimulerer leveranseevnen.<sup>728</sup> Til høsten 2021 skal direktoratet på oppdrag fra departementet levere en anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling.<sup>729</sup> 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.<sup>730,731</sup>

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.<sup>732</sup> 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.<sup>733</sup>

## 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.

<sup>721</sup> Intervju med leverandørene.

<sup>722</sup> 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.

<sup>723</sup> Intervju med Abelia.

<sup>724</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>725</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2019) *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2017, 2018 og 2019*.

<sup>726</sup> Direktoratet for e-helse (2021) *Vedr. forvaltningsrevisjon - svar på oppfølgingsspørsmål*. Epost til Riksrevisjonen, 05.02.2021.

<sup>727</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren*. November 2017, rapport IE-1010, side 31.

<sup>728</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Evaluering av EPJ-løftet. Versjon 1.01* - Juni 2018, side 5.

<sup>729</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2021*. Brev til Direktoratet for e-helse, 18.12.2020.

<sup>730</sup> Abelia (2018) *e-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.

<sup>731</sup> Intervju med leverandører.

<sup>732</sup> ESA (2019) *eHealth*, brev til Nærings- og fiskeridepartementet 10. juli 2019 om avgjørelse No 057/19/COL.

<sup>733</sup> 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.<sup>734</sup>

#### 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.<sup>735</sup>

Mens forvaltning og drift av de etablerte nasjonale e-helseløsningene i hovedsak har blitt finansiert over statsbudsjettet (med øremerkede midler),<sup>736</sup> 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.<sup>737,738</sup>
- **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,<sup>739</sup> 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,<sup>740,741,742</sup> og Direktoratet for e-helse gir i intervju uttrykk for at finansieringen er krevende.<sup>743</sup>

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-

<sup>734</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>735</sup> Prop. 65 L (2019-2020) *Lov om e-helse (e-heselloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet, side 8.

<sup>736</sup> Prop. 65 L (2019-2020) *Lov om e-helse (e-heselloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet, side 13.

<sup>737</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA)*, 7. november 2019, sak 45/19.

<sup>738</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 2. desember 2019, sak 44/19.

<sup>739</sup> 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.

<sup>740</sup> Direktoratet for e-helse (2018-2020) *Referater fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, sak 41/18, 43/19, 41/20.

<sup>741</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA)*, 5. september 2018, sak 30/18.

<sup>742</sup> Direktoratet for e-helse (2017-2019) *Referater fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, sak 26/17, 16/18, 5/19 og 31/19.

<sup>743</sup> 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.<sup>744</sup> 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.<sup>745</sup> Over de siste årene har felles nasjonale løsninger i større grad blitt samfinansiert, men andelen som finansieres gjennom frivillige bidrag, har fortsatt vært beskjeden.<sup>746</sup> 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.<sup>747</sup>

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.<sup>748</sup>
- 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.<sup>749</sup> 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.<sup>750</sup> 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.<sup>751</sup>

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.<sup>752</sup> Kommunene har overfor Kommunal- og moderniseringsdepartementet

<sup>744</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 6. desember 2018, sak 51/18.

<sup>745</sup> 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.

<sup>746</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Plan for e-helse 2019–2022 (oppdatert versjon 2019)*, side 29.

<sup>747</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>748</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA)*, 7. november 2018, sak 39/18.

<sup>749</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, 21. november 2018, sak 25/18.

<sup>750</sup> Intervju med Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.

<sup>751</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *Handlingsplan for e-helse 2017–2022*, side 18.

<sup>752</sup> 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.<sup>753</sup>

#### 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.<sup>754,755,756</sup> 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.<sup>757</sup> I rapporten *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak* skisserte Direktoratet for e-helse finansieringsprinsipper og -modeller basert på oppgavetype og finansieringsform.<sup>758</sup> 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 Helsenet<sup>759</sup>) 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.<sup>760</sup> 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.

<sup>753</sup> KS (2018) *Samstyring i digitaliseringsarbeidet – prinsipper, mekanismer og tiltak*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 06.12.2018.

<sup>754</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*. November 2017, rapport IE-1011.

<sup>755</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF

<sup>756</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 16. desember 2020, sak 37/20.

<sup>757</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2016-2017) *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse 2016 og 2017*. Brev til Direktoratet for e-helse.

<sup>758</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*. November 2017, rapport IE-1011.

<sup>759</sup> På dette tidspunktet var det ikke bestemt at Norsk Helsenet skulle få rollen som «nasjonal tjenesteleverandør».

<sup>760</sup> 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.<sup>761</sup>
- 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.<sup>762</sup>

### **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.<sup>763</sup> 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).<sup>764</sup>
- 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.<sup>765</sup>

<sup>761</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Forslag til lov om e-helse (e-helseloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering*, side 53.

<sup>762</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>763</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>764</sup> 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.

<sup>765</sup> 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.<sup>766</sup>

## 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».<sup>767</sup> 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.<sup>768</sup> 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.<sup>769</sup> 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.<sup>770</sup>

### 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)<sup>771</sup>
- 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*

<sup>766</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 16. desember 2020, sak 37/20.

<sup>767</sup> 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.

<sup>768</sup> 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.

<sup>769</sup> Intervjuer med KS-representant, NUIT-representant fra Oslo kommune, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.

<sup>770</sup> Referat fra intervjuer med Helse Sør-Øst RHF og Midt-Norge RHF, gruppeintervju med NUFA/NUIT-representanter.

<sup>771</sup> Direktoratet for e-helse sine prosjekter innenfor legemiddelområdet rapporteres som ett felles prosjekt i Nasjonal e-helseportefølje.

PAS/EPJ.<sup>772</sup> Denne dreier seg om å oppgradere journalløsningene i helseregionene, og dekker altså to av tiltakene i *Veikart for realisering av En 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».<sup>773</sup>

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.<sup>774</sup> 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.<sup>775</sup> 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 prioriteringer 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.<sup>776</sup> 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.<sup>777</sup> Dokumentgjennomgangen viser at porteføljen omfatter flere strategiske tiltak knyttet til målbildet for *En innbygger – én journal*.<sup>778</sup>
- 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.

<sup>772</sup> 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.

<sup>773</sup> Intervju med Helse Nord RHF.

<sup>774</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 2. desember 2019, sak 44/19.

<sup>775</sup> Intervjuer med NUIT-representant fra Oslo kommune, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, KS-representant, gruppeintervju NUFA/NUIT-representanter.

<sup>776</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>777</sup> Direktoratet for e-helse (2021) *Nasjonal e-helseportefølje*. Versjon 1.0, februar 2021. Rapport IE-1077.

<sup>778</sup> Noen av de viktigste prosjektene og prosjektområdene i porteføljen er: En 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,<sup>779</sup> og har blitt tatt opp både i prioriteringsutvalget NUIT og i Nasjonalt e-helsestyre.<sup>780, 781, 782</sup>

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.<sup>783</sup>
- 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.<sup>784</sup>

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.<sup>785</sup> 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.<sup>786, 787, 788</sup> 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.<sup>789</sup>

<sup>779</sup> Intervjuer med Helse Sør-Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, KS og gruppeintervju NUFA/NUIT-representanter.

<sup>780</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 2. desember 2019, sak 44/19.

<sup>781</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 11. desember 2017, sak 50/17.

<sup>782</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, 27. mai 2019, sak 24/19.

<sup>783</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 2. desember 2019, sak 44/19.

<sup>784</sup> Direktoratet for e-helse (2020) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 16. desember 2020, sak 37/20.

<sup>785</sup> Intervjuer med Helse Sør-Øst RHF, representant for KS, og gruppeintervju med NUIT-representanter.

<sup>786</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 2. desember 2019, sak 44/19.

<sup>787</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, 19. november 2019, sak 30/19.

<sup>788</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Fagutvalget (NUFA)*, 7. november 2019, sak 45/19.

<sup>789</sup> 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-helsestyre<sup>790</sup>, NUFA<sup>791</sup> og NUIT.<sup>792</sup> 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.<sup>793</sup>

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.<sup>794</sup> 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.<sup>795,796</sup>

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.<sup>797</sup> 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:<sup>798</sup> «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».

<sup>790</sup> Direktoratet for e-helse (2017–2019) *Referater fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, sak 19/17, 39/18, 21/19 og 43/19.

<sup>791</sup> Direktoratet for e-helse (2017–2018) *Referater fra møte i Fagutvalget (NUFA)*, sak 7/17, 37/17, og 6/18.

<sup>792</sup> Direktoratet for e-helse (2017–2019) *Referater fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, sak 15/17, 21/18 og 7/19.

<sup>793</sup> Direktoratet for e-helse (2018, 2020) *Referater fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, sak 52/18 og 6/20.

<sup>794</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse*. Versjon 1.0 – februar 2019. Rapport IE-1046.

<sup>795</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *Nasjonal e-helseportefølje*. Notat til møtet 2/7 i Nasjonalt e-helsestyre, 22.06.2017, sak 19/17.

<sup>796</sup> Direktoratet for e-helse (2021) *Nasjonal e-helseportefølje*. Versjon 1.0, februar 2021. Rapport IE-1077.

<sup>797</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Forslag til lov om e-helse (e-helseloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering*, side 43.

<sup>798</sup> 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.<sup>799</sup> 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.<sup>800</sup>

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.<sup>801</sup>

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.<sup>802</sup>

<sup>799</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>800</sup> Direktoratet for e-helse (2017) *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)*, 15. mars 2017, sak 13/17.

<sup>801</sup> Intervju med Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF.

<sup>802</sup> Høringsinnspill på forslag til ny e-helselov fra Helse Sør-Øst, Helse Nord, Helse Vest, samt Oslo kommune.

| Category                                                            | Count |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| Helsesdataprogrammet (DEH)                                          | 254   |
| Nasjonalt Velferdsteknologiprogram (HDIR)                           | 240   |
| Program for infrastruktur (DEH)                                     | 145   |
| Lab (Helse Midt-Norge)                                              | 124   |
| FRESK (Helse Nord)                                                  | 120   |
| Program for kodewerk og terminologi (DEH)                           | 86    |
| Regional kurve og medikasjon (Helse Sør-Øst)                        | 89    |
| Felles samarbeidsprosjekt for modernisering av Folkeregister (DEH)  | 92    |
| Regionalt laboratoristystem (Helse Sør-Øst)                         | 73    |
| GREP - NPR og KPR (HDIR)                                            | 44    |
| Digitalisering av legemiddelområdet (DEH)                           | 48    |
| Primærhelseteam (HDIR)                                              | 48    |
| Digitalisert individuell refusjon legemidler (HDIR)                 | 60    |
| EPI-løftet (HDIR/DEH)                                               | 69    |
| Høytilgjengelig infrastruktur (NHN SF)                              | 66    |
| Regional Ambulansejournal (Helse Sør-Øst)                           | 38    |
| Min Helse - Digital dialog fastlege (DEH)                           | 32    |
| Regional EPJ Journalinnsyn (Helse Sør-Øst)                          | 62    |
| Digitale tjenester til kommunene i Norge                            | 21    |
| Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten (N-IKT HF) | 60    |
| Helsekort for gravide                                               | 29    |
| Kjernejournal                                                       | 20    |
| Robust Mobilitet                                                    | 20    |
| Gene risk                                                           | 20    |
| Nasjonalt Velferdsteknologiprogram (HDIR)                           | 240   |
| Vestlandspasienten (Helse Vest)                                     | 126   |
| Forprosjekt én innbygger - én journal (DEH)                         | 117   |
| Heliks (Helse Vest)                                                 | 139   |
| Oppfølgingsteam i AMK                                               | 13    |
| Ny teknolog i AMK                                                   | 13    |
| Forbedre legemiddelformasj...                                       | 17    |
| Medikamentell kreftbeha...                                          | 17    |
| Pakkeforløp psykisk helse og rus                                    | 22    |
| En vel inn-hovedprosjekt                                            | 21    |
| Utvikle og innføre multido...                                       | 21    |
| Personliggjort medisin                                              | 21    |
| Digitale tjenester til kommunene i Norge                            | 21    |
| Regional EPJ Journalinnsyn (Helse Sør-Øst)                          | 62    |
| Høytilgjengelig infrastruktur (NHN SF)                              | 66    |
| EPI-løftet (HDIR/DEH)                                               | 69    |
| Digitalisert individuell refusjon legemidler (HDIR)                 | 60    |
| Felles samarbeidsprosjekt for modernisering av Folkeregister (DEH)  | 92    |
| Regional kurve og medikasjon (Helse Sør-Øst)                        | 89    |
| Program for kodewerk og terminologi (DEH)                           | 86    |
| Regionalt laboratoristystem (Helse Sør-Øst)                         | 73    |
| GREP - NPR og KPR (HDIR)                                            | 44    |
| Digitalisering av legemiddelområdet (DEH)                           | 48    |
| Primærhelseteam (HDIR)                                              | 48    |
| Digitalisert individuell refusjon legemidler (HDIR)                 | 60    |
| EPI-løftet (HDIR/DEH)                                               | 69    |
| Høytilgjengelig infrastruktur (NHN SF)                              | 66    |
| Regional Ambulansejournal (Helse Sør-Øst)                           | 38    |
| Min Helse - Digital dialog fastlege (DEH)                           | 32    |
| Regional EPJ Journalinnsyn (Helse Sør-Øst)                          | 62    |
| Digitale tjenester til kommunene i Norge                            | 21    |
| Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten (N-IKT HF) | 60    |
| Helsekort for gravide                                               | 29    |
| Kjernejournal                                                       | 20    |
| Robust Mobilitet                                                    | 20    |
| Gene risk                                                           | 20    |
| Nasjonalt Velferdsteknologiprogram (HDIR)                           | 240   |
| Vestlandspasienten (Helse Vest)                                     | 126   |
| Forprosjekt én innbygger - én journal (DEH)                         | 117   |
| Heliks (Helse Vest)                                                 | 139   |
| Oppfølgingsteam i AMK                                               | 13    |
| Ny teknolog i AMK                                                   | 13    |
| Forbedre legemiddelformasj...                                       | 17    |
| Medikamentell kreftbeha...                                          | 17    |
| Pakkeforløp psykisk helse og rus                                    | 22    |
| En vel inn-hovedprosjekt                                            | 21    |
| Utvikle og innføre multido...                                       | 21    |
| Personliggjort medisin                                              | 21    |
| Digitale tjenester til kommunene i Norge                            | 21    |
| Regional EPJ Journalinnsyn (Helse Sør-Øst)                          | 62    |
| Høytilgjengelig infrastruktur (NHN SF)                              | 66    |
| EPI-løftet (HDIR/DEH)                                               | 69    |
| Digitalisert individuell refusjon legemidler (HDIR)                 | 60    |
| Felles samarbeidsprosjekt for modernisering av Folkeregister (DEH)  | 92    |
| Regional kurve og medikasjon (Helse Sør-Øst)                        | 89    |
| Program for kodewerk og terminologi (DEH)                           | 86    |
| Regionalt laboratoristystem (Helse Sør-Øst)                         | 73    |
| GREP - NPR og KPR (HDIR)                                            | 44    |
| Digitalisering av legemiddelområdet (DEH)                           | 48    |
| Primærhelseteam (HDIR)                                              | 48    |
| Digitalisert individuell refusjon legemidler (HDIR)                 | 60    |
| EPI-løftet (HDIR/DEH)                                               | 69    |
| Høytilgjengelig infrastruktur (NHN SF)                              | 66    |
| Regional Ambulansejournal (Helse Sør-Øst)                           | 38    |
| Min Helse - Digital dialog fastlege (DEH)                           | 32    |
| Regional EPJ Journalinnsyn (Helse Sør-Øst)                          | 62    |
| Digitale tjenester til kommunene i Norge                            | 21    |
| Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten (N-IKT HF) | 60    |
| Helsekort for gravide                                               | 29    |
| Kjernejournal                                                       | 20    |
| Robust Mobilitet                                                    | 20    |
| Gene risk                                                           | 20    |
| Nasjonalt Velferdsteknologiprogram (HDIR)                           | 240   |
| Vestlandspasienten (Helse Vest)                                     | 126   |
| Forprosjekt én innbygger - én journal (DEH)                         | 117   |
| Heliks (Helse Vest)                                                 | 139   |
| Oppfølgingsteam i AMK                                               | 13    |
| Ny teknolog i AMK                                                   | 13    |
| Forbedre legemiddelformasj...                                       | 17    |
| Medikamentell kreftbeha...                                          | 17    |
| Pakkeforløp psykisk helse og rus                                    | 22    |
| En vel inn-hovedprosjekt                                            | 21    |
| Utvikle og innføre multido...                                       | 21    |
| Personliggjort medisin                                              | 21    |
| Digitale tjenester til kommunene i Norge                            | 21    |
| Regional EPJ Journalinnsyn (Helse Sør-Øst)                          | 62    |
| Høytilgjengelig infrastruktur (NHN SF)                              | 66    |
| EPI-løftet (HDIR/DEH)                                               | 69    |
| Digitalisert individuell refusjon legemidler (HDIR)                 | 60    |
| Felles samarbeidsprosjekt for modernisering av Folkeregister (DEH)  | 92    |
| Regional kurve og medikasjon (Helse Sør-Øst)                        | 89    |
| Program for kodewerk og terminologi (DEH)                           | 86    |
| Regionalt laboratoristystem (Helse Sør-Øst)                         | 73    |
| GREP - NPR og KPR (HDIR)                                            | 44    |
| Digitalisering av legemiddelområdet (DEH)                           | 48    |
| Primærhelseteam (HDIR)                                              | 48    |
| Digitalisert individuell refusjon legemidler (HDIR)                 | 60    |
| EPI-løftet (HDIR/DEH)                                               | 69    |
| Høytilgjengelig infrastruktur (NHN SF)                              | 66    |
| Regional Ambulansejournal (Helse Sør-Øst)                           | 38    |
| Min                                                                 |       |

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:<sup>803</sup>

- 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».

<sup>803</sup> Direktoratet for e-helse (2020) Porteføljestyring 2.0. Sakspapirer til 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.<sup>805</sup> 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.<sup>806</sup> KS mener det er viktig å involvere kommunene tidlig i planleggingen av statlige tiltak for å unngå slike situasjoner.<sup>807</sup>

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.<sup>808</sup> 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.<sup>809</sup>

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.<sup>810</sup> 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.<sup>811</sup>

## 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.<sup>812</sup>

<sup>805</sup> Direktoratet for e-helse (2018) *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet, 16.04.2018.

<sup>806</sup> Se delkapittel 7.3.3 for en utdyping av dette.

<sup>807</sup> Intervju med KS-representant.

<sup>808</sup> Intervju med NUFA/NUIT-representanter.

<sup>809</sup> KS (2018) *Samstyring i digitaliseringsarbeidet – prinsipper, mekanismer og tiltak*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 06.12.2018, kapittel 9.

<sup>810</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>811</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>812</sup> 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.<sup>813</sup> 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.<sup>814</sup> 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.<sup>815</sup> 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.<sup>816</sup> 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.<sup>817</sup> 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.<sup>818</sup>

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.<sup>819</sup> 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.<sup>820</sup> KS-representanten oppgir at de

<sup>813</sup> KS (2018) *Samstyring i digitaliseringsarbeidet – prinsipper, mekanismer og tiltak*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 06.12.2018.

<sup>814</sup> Intervju med KS.

<sup>815</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>816</sup> Intervjuer med Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF, utvalgsrepresentanter fra KS og utvalgte kommuner.

<sup>817</sup> Intervjuer med Helse Nord RHF, utvalgsrepresentanter fra KS og utvalgte kommuner.

<sup>818</sup> Intervju med Helse Nord RHF.

<sup>819</sup> Intervjuer med NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren og KS.

<sup>820</sup> Intervjuer med NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren.

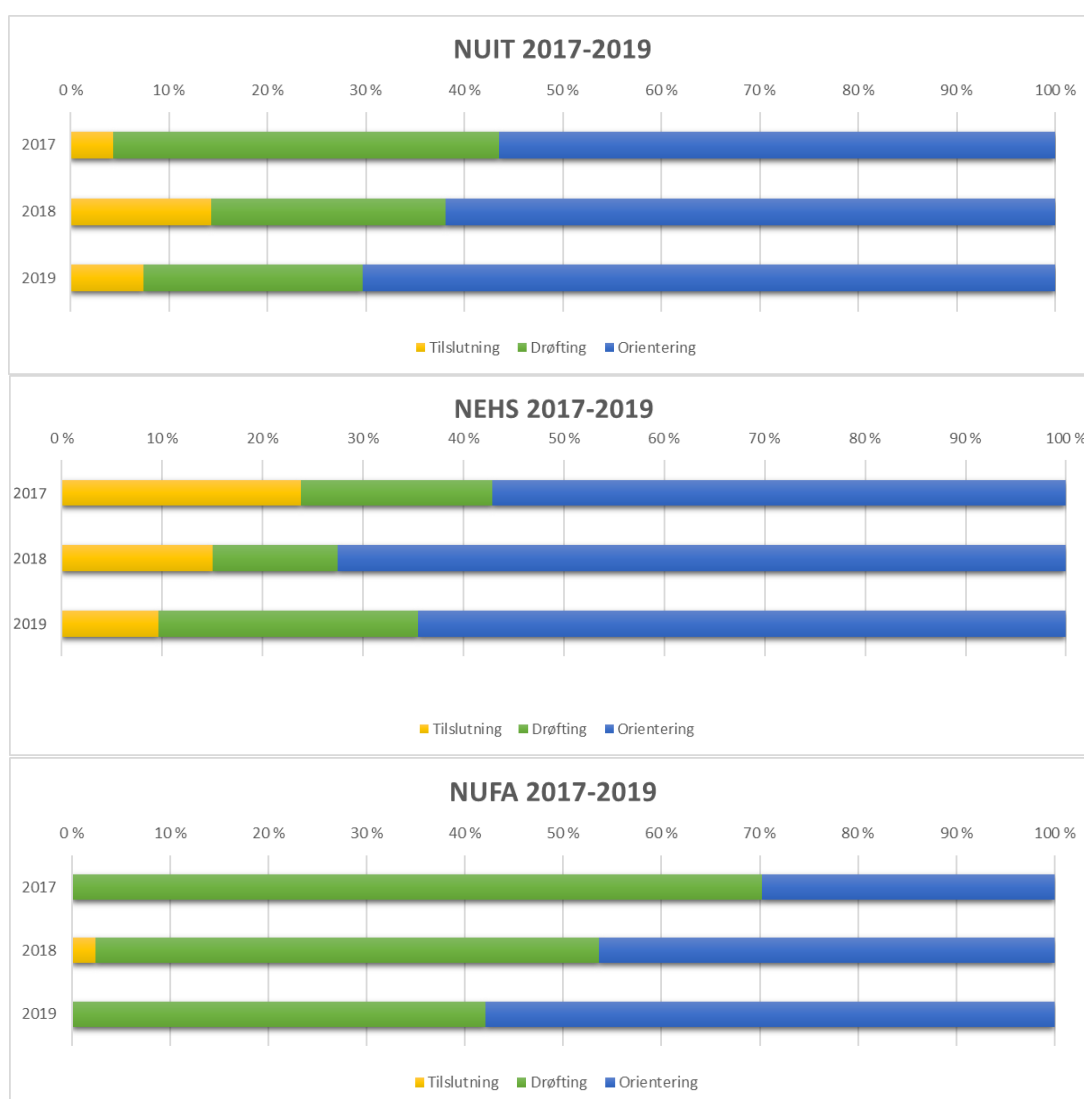
etterstreber å samkjøre kommunenes synspunkter så langt det er mulig, men mener at det krever litt mer tid å få lest gjennom sakene, stille spørsmål og diskutere med kommunene.<sup>821</sup>

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.<sup>822</sup>

### 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.<sup>823</sup> KS-representanten opplever at orienteringssakene arter seg som en form for enveiskommunikasjon mellom Direktoratet for e-helse og aktørene i styringsmodellen.<sup>824</sup> 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)

<sup>821</sup> Intervju med KS-representant.

<sup>822</sup> Intervjuer med KS-representant og NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren.

<sup>823</sup> Intervjuer med Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, KS-representant og NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren.

<sup>824</sup> 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.<sup>825</sup>

### **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.<sup>826</sup> 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.<sup>827</sup> 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.<sup>828</sup> 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.<sup>829</sup>

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

<sup>825</sup> Intervju med KS-representant og NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren.

<sup>826</sup> Intervju med Helse Vest RHF.

<sup>827</sup> Intervju med Helse Nord RHF.

<sup>828</sup> Intervju med NUIT-representant for Oslo kommune.

<sup>829</sup> 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.<sup>830</sup> 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.<sup>831</sup> 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.<sup>832</sup> 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.<sup>833</sup>

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.<sup>834</sup>

### **Helsenæringen er ikke representert i de nasjonale utvalgene**

Direktoratet for e-helse skal ha dialog med og involvere leverandører for å utvikle digitale tjenester.<sup>835</sup> 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).<sup>836</sup> 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.<sup>837</sup>

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.<sup>838</sup> 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.<sup>839</sup>

<sup>830</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>831</sup> Direktoratet for e-helse (2019) *Referat fra møte i Prioriteringsutvalget (NUIT)*, 27. mai 2019 og 19. november 2019, saker 20/19 og 33/19.

<sup>832</sup> Intervjuer med NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren og NUIT-representant fra Oslo kommune.

<sup>833</sup> Intervju med NUIT-representant fra Oslo kommune.

<sup>834</sup> Intervjuer med KS, NUIT-representant Oslo kommune, og NUFA/NUIT-representanter fra kommunesektoren.

<sup>835</sup> *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*. Fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet den 17. desember 2015, punkt 2, side 2.

<sup>836</sup> Abelia og Norway Health Tech (2018) *e-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.

<sup>837</sup> Abelia og Norway Health Tech (2018) *e-helse og mulighetsrommet for innovasjon*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 09.11.2018.

<sup>838</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, 30. april 2021.

<sup>839</sup> Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

## 8.6.2 Det blir sjeldent gjennomført høringer innenfor e-helsefeltet, også av vesentlige tiltak

### Utvalgte revisjonskriterier<sup>840</sup>

- 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.<sup>841</sup> 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.<sup>842</sup> Direktoratet opplyser også om at de i mindre grad har hatt tradisjonelle høringsrunder.<sup>843</sup> 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.<sup>844</sup>

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.<sup>845</sup> 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.<sup>846</sup>

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*.<sup>847</sup> 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,

<sup>840</sup> Dette er et utvalg av kriterier som vi vurderer som relevante for denne konteksten. Se kapittel 4 «Revisjonskriterier» for mer utdypende informasjon.

<sup>841</sup> Skriftlig tilbakemelding på rapportutkast fra Direktoratet for e-helse, 30. april 2021.

<sup>842</sup> 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.

<sup>843</sup> Intervju med Direktoratet for e-helse.

<sup>844</sup> Apotekforeningen, Fysioterapeutforbundet, Legeforeningen, Psykologforeningen og Tannlegeforeningen (2019) *Ønske om forbedring av høringsprosesser*. Brev til Direktoratet for e-helse, 4. juni 2019.

<sup>845</sup> Intervjuer med Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF.

<sup>846</sup> Intervjuer med Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF.

<sup>847</sup> 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.<sup>848,849,850,851</sup> 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.<sup>852</sup>

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.<sup>853</sup> 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.

---

<sup>848</sup> 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/>>

<sup>849</sup> 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/>>

<sup>850</sup> 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/>>

<sup>851</sup> 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>>

<sup>852</sup> Kontroll- og konstitusjonskomiteen (2020) *Vedr. nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 3. november 2020.

<sup>853</sup> 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 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 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-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.

## 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, instruks, 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.
- Higdem, 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.