

Riksrevisjonens undersøkelser av:

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

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

Dokument 3:14 (2020–2021)



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

ISBN-978-82-8229-512-3

Til Stortinget

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

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

Dokumentet har følgende inndeling:

- Konklusjoner, Utdyping av konklusjoner, Anbefalinger, Riksrevisjonens kritikk, Statsrådets svar og Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar
- Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet
- Vedlegg 2: Statsrådets svar
- Vedlegg 3: Forvaltningsrevisjonsrapport med vurderinger (publiseres som separat PDF-dokument)
- Vedlegg 4: Etterlevelserevisjonsrapport med vurderinger (publiseres som separat PDF-dokument)

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

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

Riksrevisjonen, 22. juni 2021

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss

riksrevisor

Innhold

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

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

Vedlegg 2: Statsrådens svar

1 Innledning

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Konklusjoner

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

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

Undersøkelsen konkluderer med:

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

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

3 Riksrevisjonens kritikk

Riksrevisjonen mener det er **alvorlig** at:

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

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

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

Riksrevisjonen mener det er **kritikkverdig** at:

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

4 Utdypning av konklusjoner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

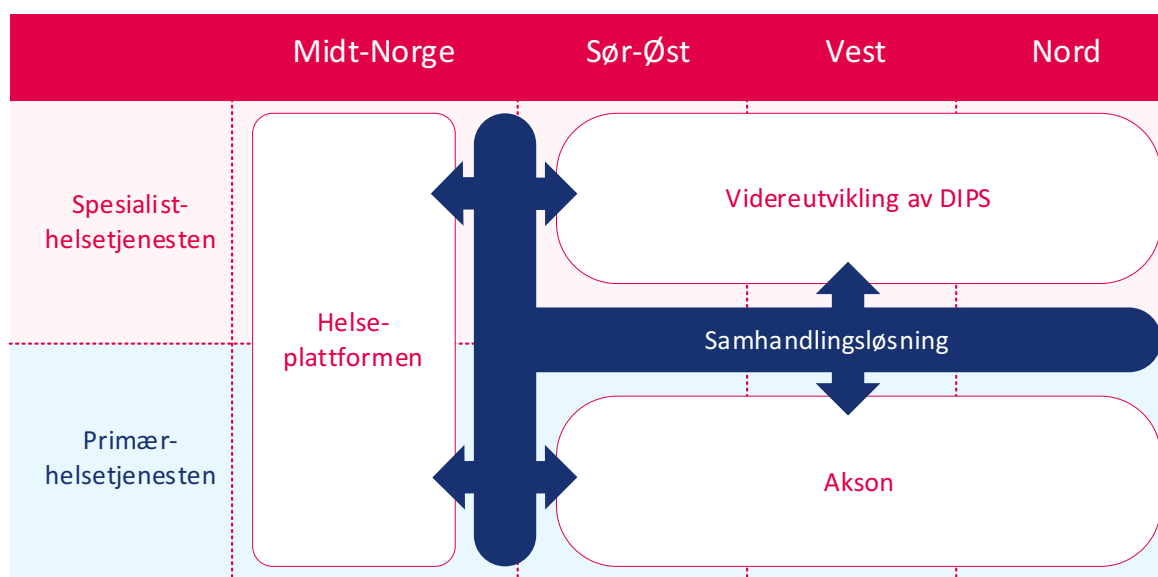
4.1 Veikartet for sektorens journalløsninger er et resultat av aktørers selvstendige valg, og dette kan gjøre det utfordrende å koordinere IT-utviklingen slik at målene i *Én innbygger – én journal* nås

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

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

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

Figur 1 Veikartet for *Én innbygger – én journal*



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Utredningsprosessen har foregått i to faser:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Utredningene kunne fanget opp disse perspektivene tidligere

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Undersøkelsen viser at gjennomføringsrisikoen og kompleksiteten både i 2015-utredningen og i Akson-utredningen har vært høy. De samfunnsøkonomiske forutsetningene og antagelsene om redusert tidsbruk og hvilke aktører som kommer til å delta er usikre, selv om ekstern kvalitetssikrer konkluderer i KS2 med at anslaget på samfunnsøkonomisk lønnsomhet er rimelig. Det er videre usikkert om det finnes 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. Blant annet utreder kommunene muligheten for å ta utgangspunkt i tjenesteområdene.

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

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

4.2.4 Konsekvensene for helsenæringen har ikke blitt tilstrekkelig vektlagt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figur 2 Tidslinje over kvalitetssikring av Akson

Normalt forløp for kvalitetssikring i statens prosjektmodell



Forløp for kvalitetssikring i Akson



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5.1 Den nasjonale styringen har ikke ført til økt gjennomføringsevne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabell 1 Brudd på anskaffelsesregelverket

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

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

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

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

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

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

Tabell 2 Eksempler på informasjon og Riksrevisjonens vurdering av informasjonen

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

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

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

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

Direktoratet har brutt prinsippet om etterprøvbarhet i 4 av 14 anskaffelser

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

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

Faktaboks 1 Eksempel på manglende dokumentasjon på vesentlige forhold

Den tilbudte programlederen tiltrådte ikke:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.6.2 Direktoratet sikrer ikke tilstrekkelig kostnadskontroll i anskaffelsene

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5 Anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at:

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse:

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet:

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

Direktoratet for e-helse innretter anskaffelsespraksisen slik at:

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

6 Statsrådens svar

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

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

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

6.1.1 Riksrevisjonens konklusjoner og kritikk

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

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

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

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

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

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

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

6.1.2 Departementets og direktoratets oppfølging av Riksrevisjonens anbefalinger

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar

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

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

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

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

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

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

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 15. juni 2021

Per-Kristian Foss

Helga Pedersen

Anne Tingelstad-Wøien

Gunn Karin Gjøl

Arve Lønnum

Jens Gunvaldsen

Vedlegg

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Utsatt offentlighet jf. revl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

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

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

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

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

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

Svarfrist: 4. juni 2021.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 2:
Statsrådets svar



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref

Dato

18/4114-4947

4. juni 2021

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

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

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

Under følger min redegjørelse.

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

1.1 Riksrevisjonens konklusjoner og kritikk

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Departementets og direktoratets oppfølging av Riksrevisjonens anbefalinger

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Anskaffelse av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

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

2.1 Departementets oppfølging av Riksrevisjonens anbefalinger

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

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

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

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

2.2 Direktoratet for e-helses oppfølging

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

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

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

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

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

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

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

Med hilsen



Bent Høie