



Direktoratet for  
e-helse

# Årsrapport 2016

Rapportering til Helse- og  
omsorgsdepartementet





# Innhold

<b>DEL I. LEDERS BERETNING.....</b>	<b>3</b>
<b>DEL II. INTRODUKSJON TIL VIRKSOMHET OG HOVEDTALL .....</b>	<b>6</b>
2.1 OMTALE AV VIRKSOMHETEN OG SAMFUNNSOPPDRAGET .....	6
2.2 OMTALE AV ORGANISASJON OG LEDELSE.....	8
2.3 UTVALGTE HOVEDTALL .....	8
<b>DEL III. ÅRETS AKTIVITETER OG RESULTATER .....</b>	<b>10</b>
3.1 SAMLET VURDERING AV PRIORITERINGER, RESSURSBRUK, RESULTATER, MÅLOPPNÅELSE .....	10
3.2 RESULTATER OG MÅLOPPNÅELSE PÅ OPPDRAG OG STYRINGSPARAMETERE .....	10
3.3 FORVALTNINGSOPPGAVER I HENHOLD TIL HOVEDINSTRUKS .....	23
3.4 RESSURSFORDELING OG RESULTATER .....	24
<b>DEL IV. STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN .....</b>	<b>34</b>
4.1 DIREKTORATETS OVERORDNEDE VURDERING AV STYRING OG KONTROLL I VIRKSOMHETEN .....	34
4.2 PORTEFØLJESTYRING .....	34
4.3 SIKKERHET, PERSONVERN OG BEREDSKAP .....	34
4.4 ANDRE FORHOLD .....	35
4.5 ARBEIDSMILJØ OG LIKESTILLING.....	36
<b>DEL V. VURDERING AV FRAMTIDSUTSIKTER.....</b>	<b>37</b>
<b>DEL VI. ÅRSREGNSKAP .....</b>	<b>38</b>
6.1 LEDELSESKOMMENTARER .....	38
6.2 PRINSIPPNOTE ÅRSREGNSKAPET .....	40
6.3 BEVILGNINGSRAPPORTERINGEN .....	40
6.4 ARTSKONTORRAPPORTERINGEN .....	40
6.5 NOTER OG OPPSTILLINGER.....	41

## Del I. Leders beretning

Direktoratet for e-helse ble etablert 1. januar 2016. Målet er økt nasjonal satsing på digitalisering i helsetjenesten for å oppnå økt kvalitet og effektivitet. Det er særlig viktig å understøtte bedre samhandling mellom helseaktørene og legge til rette for en mer aktiv pasientrolle.

Vi har i all hovedsak levert tjenester i henhold til tildelingsbrevet og også ivaretatt leveranser til helseregionene og andre på våre plattformer. E-resept er nå innført hos fastleger, sykehus og apotek. I tillegg er kjernejournal nasjonalt innført i løpet av 1. kvartal 2017. De regionale helseforetakene har sammen med direktoratet ferdigstilt et treårig arbeid med felles nettsider på helsenorge.no-plattformen. På denne måten er spesialisthelsetjenesten blitt mer helhetlig og tilgjengelig for pasienter og brukere. Helse-Vest og Helse-Nord har utviklet og innført flere tjenester på helsenorge.no i 2016. I 2017 startes et arbeid med å innføre disse i Helse Sør-Øst.

I 2016 var det en økning i bruken av grunndata på 336 %. Dette er data som ligger i ulike helseadministrative registre som for eksempel fastlegeregisteret, helsepersonellregisteret og adresseregisteret. Disse er svært viktige for å få god effekt av digitalisering, et sterkt personvern og god informasjonssikkerhet.

I 2016 innførte Helse-Nord og Helse-Vest journalinnsyn for alle sine pasienter. Pasientene logger seg inn i egen journal via helsenorge.no og både helsepersonell og pasienter gir positive tilbakemeldinger på løsningen. Dette er kanskje det viktigste enkelttiltaket som er gjennomført i 2016 for å gi pasientene større ansvar og muligheter for å mestre sin egen sykdom og komme i en bedre dialog med helsetjenesten.



En av de viktige tjenestene på helsenorge.no er «Digital dialog fastlege». Dette er en krevende og kompleks løsning integrert med pasientjournalene. Løsningen er viktig fordi den gir pasient og lege nye muligheter for samhandling. I 2016 har vi ferdigstilt løsningen og innen utgangen av året var den innført på 40 legekontorer. Fastlegene og pasienter som har tatt løsningen i bruk er fornøyde. I 2017 må nasjonal innføring gjennomføres.. En annen viktig tjeneste er digital løsning via helsenorge.no for reiseoppgjør til Pasientreiser ANS. Tjenestener utviklet i samarbeid med RHF'ene og ble innført i 2016.

I 2016 har vi sammen med de regionale helseforetakene og Norsk Helsenett (NHN) iverksatt en rekke tiltak for å styrke kvaliteten i meldingsutvekslingen. Antall meldinger mellom ulike aktører i helsetjenesten er kraftig økende, og tiltakene for å fjerne papir og manuelle rutiner i sektoren virker. Vi er i rute med hensyn til å nå målet om at meldingsutvekslingen skal fungere mellom aktørene på en effektiv og pålitelig måte ila 2018. Dette gir store gevinster allerede og vi beregner ytterligere gevinster de neste to årene.

Bruk av velferdsteknologi skaper forventninger om gevinster i kommunene. Pasienter som prøver ut ulike løsninger er fornøyde, og opplever en bedre hverdag og større trygghet ved hjelp av teknologiske løsninger. Spredningen av løsningene til nye kommuner går imidlertid ikke raskt nok, og det mangler en infrastruktur på nasjonalt nivå for å gi god effekt av teknologi og nye arbeidsprosesser. I løpet av 2016 har vi planlagt anskaffelse av en plattform for deling av informasjon fra velferdsteknologi sammen med Oslo kommune. Plattformen skal kunne benyttes av andre kommuner etter hvert.

I løpet av 2016 har vi utarbeidet ulike strategier for den nasjonale innsatsen på e-helse. Strategiene skal skape forutsigbarhet, trekke de mange initiativene i sektoren i samme retning og legge grunnlag for prioriteringer. Arbeidet har gitt oss anledning til å vurdere vår egen virksomhet, hvilke roller og ansvar vi bør ta fremover samt hvordan vi bør samhandle med helseaktørene og leverandørene. Vi har nå et godt grunnlag for å utarbeide en virksomhetsstrategi for Direktoratet for e-helse.

I samarbeid med helsesektoren er vi i ferd med å slutføre en strategi for e-helse 2017-2022. Den viktigste oppgaven er anskaffelse og innføring av en felles løsning for pasientjournal for kommunale helse- og omsorgstjenester. I løpet av 2016 har vi i dialog med kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten avklart en overordnet organisering og fremdrift for dette arbeidet. Vi har også deltatt aktivt i den pågående anskaffelsen av en felles journalløsning i Midt-Norge for å få erfaring som kan gjenbrukes i den nasjonale anskaffelsen. Det er et krevende arbeid å få alle aktører, herunder flere departementer, til å trekke denne satsingen i riktig retning.

Direktoratet for e-helse har utarbeidet produktstrategier for våre nasjonale løsninger som e-resept, kjernejournal, grunndata og helsenorge.no. Løsningene understøtter informasjonsdeling og samhandling, og er viktige på mellomlang sikt. Ambisjonsnivået for disse løsningene er derfor høyt. Særlig gjelder dette legemiddelfeltet og tjenester på helsenorge.no. Det er også viktig at det utvikles ny funksjonalitet i kjernejournal slik at den oppleves som enda mer nyttig for helsepersonell. En viktig del av strategiene for alle produktene er å tilgjengeliggjøre data for andre, og legge til rette for mer åpne plattformer hvor markedet gis mulighet til å drive innovasjon. På denne måten skapes det større kraft i utviklingen av e-helse, og bedre resultater i tjenesten.

I desember 2016 leverte direktoratet en rapport om referansearkitektur for helseregistre. Sammen med Forskningsrådet, Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet foreslår vi å etablere et helsedataprogram som har som hovedmål å etablere felles tjenester for forskere, ved å gi enklere tilgang til og kobling av data. Avtalen med Forskningsrådet ble inngått 27. februar 2017 og er en milepæl for e-helsefeltet. Avtalen innebærer stor satsing på bruk av helsedata og er ett av hovedmålene for satsingen på e-helse.

Styringsmodellen for e-helse på nasjonalt nivå fikk et løft ved etablering av Nasjonalt e-helsestyre i januar 2016. Styret arbeider konsensusbasert, men bidrar til økt nasjonal styring ved at deltakerne møtes jevnlig og er med på beslutninger, blant annet knyttet til prioriteringer. Fra før hadde vi fagutvalget NUFA og prioriteringsutvalget NUIT, samt nasjonal porteføljestyling. Prosessene her er under gradvis utvikling, og ble ytterligere styrket i 2016. Dette gjelder særlig nasjonal porteføljestyling. Men fremdeles er denne delen av styringen overordnet, og utgjør ikke et godt nok verktøy i forhold til ambisjonene om felles nasjonal styring av e-helseområdet.

I løpet av 2016 har vi hatt utstrakt kontakt med leverandørmarkedet. Det er avholdt rundt 100 møter med ulike leverandører, også i form av en del større arrangementer. Direktoratet har i stor grad også prioritert å delta på andres arenaer. Målet vårt er å gi økt innsikt i pågående prosesser, øke forståelsen i bransjen for vedtatte strategier og sikre økt bruk av markedet.

Etableringen av Direktoratet for e-helse har skapt forventninger hos helseaktører, pasient- og brukerforeninger samt hos leverandørene. Forventningene er at tempoet med innføring av e-helseløsninger økes blant annet ved økt bruk av myndighet og sterkere styringsmodeller. Mange peker også på behovet for nasjonale finansieringsmodeller. Dette arbeidet er forsinket, men iverksatt og vi vil ferdigstille modeller for finansiering i løpet av 2017.

Direktoratet for e-helse løser de fleste av sine oppgaver i samarbeid med sektoren. I årenes løp har helsemyndighetene jobbet tett med de regionale helseforetakene, og bidragene deres har vært viktige for å løfte e-helse på nasjonalt nivå. Dette gjelder både utvikling og innføring av nasjonale løsninger, men også oppgaver knyttet til direktoratets myndighetsrolle blant annet rundt den viktige satsingen på helsefaglige kodeverk og terminologi. I 2016 ferdigstilte vi arbeidet med oppdatering av kodeverkene og iverksatte utprøving av Snomed CT. Det er besluttet konsepter for videreutvikling av området.

I 2016 ble samarbeidet med kommunesektoren styrket. Vi har etablert en felles innsats for anskaffelse av en nasjonal journalløsning. Kommunesektoren uttrykker et tydelig ønske om samstyring for å oppnå en mer effektiv innføring av e-helseløsninger i kommunene. Samarbeidet ble også ytterligere styrket ved etablering av nye arenaer som Nasjonalt e-helsestyre, prosjektstyret for en felles journalløsning og produktstyret for helsenorge.no. I tillegg samarbeider direktoratet med Bergen, Oslo og kommunene på Øvre Romerike om digitale løsninger for pasienter og pårørende på helsenorge.no. Vi har også et godt samarbeid med Oslo kommune om velferdsteknologi. Løsningene som utvikles og innføres i enkeltkommuner skal kunne benyttes av andre kommuner senere. Erfaringene så langt er blant annet at det mangler gode modeller for finansiering.

I etableringsåret vårt har vi innført ny organisering og ansatt flere ledere og medarbeidere. Det er et viktig mål for direktoratet å innføre gode prosesser som er standardisert både internt og ut mot sektoren. Dette gjelder blant annet bruk av felles rammeverk og metodikk, felles avtaler med sektoren og leverandører, samt mer forutsigbar finansiering av nasjonale løsninger. Tilbakemeldingen fra medarbeiderne gjennom en undersøkelse gjennomført høsten 2016, er at prosessene på tvers internt fungerer for dårlig. Arbeidet med profesjonalisering av roller og samarbeid på tvers er derfor viktige mål fremover.

I medarbeiderundersøkelsen hadde vi en høy score på «engasjement». Dette er et av de viktigste områdene for en virksomhet. Engasjementet har gjort det mulig å levere gode resultater i etableringsåret 2016. Direktoratet har fått flere priser for løsningene våre. Medarbeidere og ledere har et sterkt ønske om å oppnå gode resultater, og bidrar til dette ved stor innsats og høy kompetanse.

Oslo, 1. mars 2017



Direktør, Direktoratet for e-helse



## Del II. Introduksjon til virksomhet og hovedtall

### 2.1 Omtale av virksomheten og samfunnsoppdraget

Direktoratet for e-helse er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og ble etablert 1. januar 2016 som et fagdirektorat og myndighetsorgan. Vårt samfunnsoppdrag er å bidra til én helhetlig og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som utnytter de teknologiske mulighetene og involverer innbyggere. Målene er å skape bedre resultat av helsehjelp, bedre utnyttelse av kapasitet og ressurser – og med dette bidra til bedre helse.

Visjonen vår er å skape et enklere helse-Norge. Som myndighet skal direktoratet ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i hele helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal etablere standarder, forvalte og realisere digitale, nasjonale e-helseløsninger som forenkler og forbedrer helse- og omsorgssektoren. Vi skal også bidra til at den nasjonale utviklingen av e-helse danner grunnlag for nyskaping, innovasjon av helsetjenester og næringsutvikling.

Direktoratet skal følge med på teknologitrender som kan påvirke utviklingen av e-helse, og gi råd og veiledning på området. Vi skal være nasjonalt normerende, sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og ha ansvar for utredningsoppdrag innenfor direktoratets fagområder.

Dialog med - og involvering av - innbygger, helsetjenesten og leverandører skal legges til grunn for vår utvikling av nasjonale e-helsetjenester. Direktoratet skal ha bred kontaktflate. Gjennom samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljøer, leverandører og interesseorganisasjoner skal direktoratet bidra til å skape en mer effektiv helsetjeneste med høy kvalitet.

### Hovedmål og prioriteringer i 2016

Direktoratet for e-helse skal være en pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Målene som er angitt i Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal er førende for direktoratets arbeid. I 2016 har direktoratet hatt fem hovedmål:

- 1. Enkle og sikre digitale tjenester for helsepersonell*  
Digitale tjenester skal gi helsepersonell rask og enkel tilgang til nødvendig pasientinformasjon. Direktoratet for e-helse skal bidra i utviklingen av digitale tjenester som understøtter helhetlige pasientforløp og samhandling på tvers av virksomheter og tjenestenivåer. Etablerte e-helsetjenester skal videreutvikles og moderniseres.
- 2. Enkle og sikre nasjonale e-helsetjenester for innbyggerne*  
Direktoratet for e-helse har ansvar for forvaltning av den nasjonale helsenorge.no-plattformen, og skal bidra til at utviklingen på plattformen gjør nye e-helsetjenester og kvalitetssikret informasjon tilgjengelig til innbyggerne. Velferdsteknologi og mobil helseteknologi skal utnyttes for å gi innbyggerne bedre muligheter til å mestre egen hverdag.
- 3. Oppdaterte og tilgjengelige data for styring, finansiering, kvalitetsforbedring, helseanalyse og forskning*  
Utviklingen av helse- og omsorgstjenesten er avhengig av oppdatert, tilgjengelig og helhetlig kunnskapsgrunnlag. Nasjonale helseregistre er en viktig kilde til slik kunnskap. Det er et mål at de nasjonale helseregistrene utvikles med bakgrunn i enhetlige teknologiske løsninger som legger til rette for riktig ressursbruk og understøtter bruk av registerdata til styring, finansiering, beredskap, kvalitetsforbedring, helseanalyse og forskning.
- 4. Bedre gjennomføringsevne og nasjonal styring av e-helse*  
Sterkere nasjonal styring med felles mål og koordinert gjennomføring skal bidra til en forutsigbar utvikling av e-helse for både helse- og omsorgstjenesten og leverandørene. Direktoratet for e-helse skal legge til rette for nasjonal styring på e-helseområdet i samarbeid med de regionale helseforetakene, kommunene, helseforvaltningen og fagmiljøene. Direktoratet skal bidra til å ivareta en helhetlig oppfølging av vedtatte nasjonale e-helsestrategier.
- 5. Nasjonal IKT-infrastruktur og felleskomponenter ivaretar behovet for sikker digital kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren*  
En nasjonal infrastruktur er viktig for å sikre høy tilgjengelighet for informasjonsdeling og ivareta behovet for at innbyggerne har tillit til at opplysninger blir behandlet og lagret på en trygg og sikker måte. Direktoratet for e-helse skal arbeide målrettet på informasjonssikkerhetsområdet.

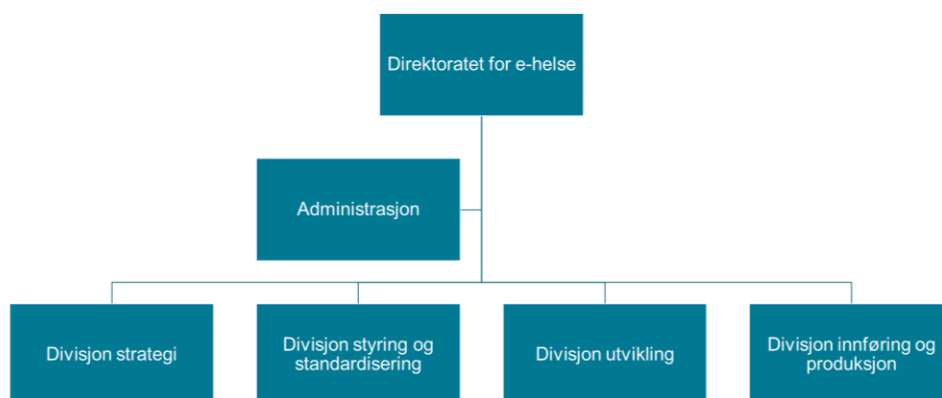
Utover disse hovedmålene har direktoratet også arbeidet med andre prioriterte områder:

- Organisasjonsutvikling*  
Direktoratet har arbeidet med å innføre gode interne prosesser og rutiner i organisasjonen.
- Innføring av beredskapsmodell med tilhørende organisasjon og planverk*  
Direktoratet har hatt som mål å innføre beredskapsmodell med tilhørende organisasjon og planverk, samt å etablere samarbeids- og samhandlingsmekanismer med de øvrige beredskapsetatene i helse- og omsorgssektoren.
- Bidra til digitalisering av offentlig sektor*  
Direktoratet har hatt som mål aktivt å understøtte Difi sitt arbeid med digitalisering av offentlig sektor.



## 2.2 Omtale av organisasjon og ledelse

Direktoratet for e-helse har 306 ansatte fordelt på 304 årsverk (per 31.12.2016) og ledes av direktør Christine Bergland. Direktoratet har hovedkontor i Oslo, og en avdeling i Trondheim. Direktoratet er organisert i fire divisjoner og en administrasjonsavdeling.



## 2.3 Utvalgte hovedtall

Utvalgte hovedtall	Totalt
<b>Årsverk og antall ansatte</b>	
Antall årsverk*	304
Antall ansatte**	306
Antall ansatte justert for permisjoner	289
<b>Økonomiske tall***</b>	
Samlet tildeling over statsbudsjett (millioner kroner)	451
Utnyttelsesgrad av tildeling****	96 %
Lønnsandel av driftsutgifter	42 %

\* Antall årsverk er per 31.12.16 basert på ansettelsesforpliktelse

\*\* Antall ansatte er per 31.12.16 basert på ansettelsesforpliktelse

\*\*\* Grunnlaget for de økonomiske nøkkeltallene er hentet fra årsregnskapet for 2016

\*\*\*\* Utnyttelsesgrad av tildeling er justert for merinntekt

Se del VI Årsregnskap for ytterligere kommentarer til regnskapet

## Volumtall for nasjonale løsninger

Direktoratet for e-helse utvikler og forvalter nasjonale løsninger, hvor målet hele tiden er enkle og sikre e-helsetjenester. helsenorge.no ble etablert i 2011. Her kan innbyggerne finne kvalitetssikret informasjon om sykdommer, behandling, helse råd og rettigheter. Totalt var det i 2016 i overkant av 12,7 millioner besøk på helsenorge.no. Dette er en økning på 51 % sammenliknet med foregående år.

Det er flere selvbetjeningstjenester tilgjengelig på helsenorge.no<sup>1</sup>. I 2016 var det 3,2 millioner besøk på selvbetjeningstjenestene, en økning på 154 % sammenliknet med 2015.

E-resept og kjernejournal er virkemidler for å understøtte målet om enkle og sikre digitale tjenester for helsepersonell. E-resept gir tryggere legemiddelbruk og færre feil ved forskrivninger og utleveringer. Andelen legemidler som utleveres på bakgrunn av e-resepter er økende. Over 4,1 millioner e-resepter ble utlevert i desember 2016 mot rundt 3,8 millioner året før.

Kjernejournal er en digital løsning som samler viktige helseopplysninger og gjør dem tilgjengelig både for innbygger og helsepersonell. Per november 2016 var det opprettet kjernejournal for 4,1 millioner innbyggere mot 2,5 millioner i utgangen av 2015.

<sup>1</sup> Beskrivelse av tjenester på helsenorge.no: <https://helsenorge.no/om-min-helse/tjenester>

<b>Volumtall for nasjonale løsninger</b>	
<b>Kjernejournal</b>	
Totalt antall innbyggere med kjernejournal i 2016	4,1 millioner
Antall helsepersonell som har gjort oppslag i kjernejournal per desember 2016	6000
Antall oppslag i kjernejournal per uke per desember 2016	5500
<b>E-resept</b>	
Totalt antall utleverte e-resepter i 2016	24,1 millioner
Antall rekvirentvirksomheter	2000
Andel solgte pakninger på e-resept <sup>2</sup>	88 %
<b>Grunndata (Helseadministrative registre)<sup>3</sup></b>	
Trafikkøkning i 2016 sammenliknet med 2015	336 %
Estimert antall oppslag i 2017	1200 millioner
Antall oppslag i Adresseregisteret i november 2016	73,2 millioner
<b>Helsenorge.no</b>	
Besøk på helsenorge.no	12,7 millioner
Innlogginger på selvbetjeningstjenester	3,2 millioner

<sup>2</sup> Kilde: Apotekenes bransjestatistikk

<sup>3</sup> Her inngår helseadministrative registre, blant annet Adresseregisteret, Fastlegeregisteret, Kopi av folkeregisteret

## Del III. Årets aktiviteter og resultater

### 3.1 Samlet vurdering av prioriteringer, ressursbruk, resultater, måloppnåelse

I sitt første driftsår har Direktoratet for e-helse arbeidet for å balansere etablering, drift og utvikling av egen organisasjon opp mot krav til leveranser gitt i tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg har direktoratet arbeidet for å imøtekomme forventninger fra helsesektoren, leverandører og innbyggere.

Overordnet sett har direktoratet lagt til rette for å knytte sektoren sammen og styrke den strategiske gjennomføringsevnen innenfor e-helseområdet. E-helsestyret ble etablert i 2016 som en viktig komponent i en nasjonal styringsmodell, hvor topplederne fra helsesektoren sitter samlet. Mandat for e-helsestyret er etablert og mandatene for prioriteringsutvalget NUIT og fagutvalget NUFA er revidert.

I 2016 har direktoratet mottatt priser for løsningene sine: Rosing IT-sikkerhetspris 2016, ble tildelt [helsenorge.no](http://helsenorge.no) av Den Norske Dataforening. Direktoratet mottok UX-prisen 2016, gitt til den som har utmerket seg ved å skape gode og brukervennlige løsninger på nett som er tilgjengelige for alle. Prisen ble tildelt av Norges Blindeforening og Siteimprove. Direktøratsleder Christine Bergland ble også tildelt Rosingprisen i kategorien «Årets toppleder», for sitt lederskap og organisasjonsbygging innenfor digitalisering av helsesektoren.

Samlet sett er direktoratet i all hovedsak fornøyd med resultater, måloppnåelse og ressursbruk i 2016.

### 3.2 Resultater og måloppnåelse på oppdrag og styringsparametere

I dette kapitlet beskrives det nærmere hvordan Direktoratet for e-helse har løst oppgavene som ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i tildelingsbrevet for 2016 og hva som er status på de gitte styringsparametere. Under hvert av hovedmålene er også oppgaver og status for oppdrag som er gitt gjennom året, samt oppgaver som fremgår av hovedinstruksen, beskrevet nærmere.

#### Hovedmål og prioriteringer

Oppgave	Status
<i>Direktoratet for e-helse skal i 2016 etablere et aktivt samarbeid med Difi, og understøtte Difi sitt arbeid med digitalisering av offentlig sektor.</i>	Gjennomført

#### Samarbeid med DIFI

Det er etablert et aktivt samarbeid med Difi. Direktoratet for e-helse bidrar i Skate (Styring og koordinering av tjenester i e-forvaltning), et strategisk samarbeidsråd under ledelse av DIFI. Direktoratet for e-helse deltar i Skate direktørmøte, Skate AU (arbeidsutvalg) og i noen pågående Skate tiltak, for eksempel tiltak fullmakt virksomheter og fullmakt innbyggere. Direktoratet for e-helse deltar også i Styringsråd for DIFIs felleskomponenter.

Nasjonale e-helseløsninger benytter og påvirker utvikling og forvaltning av nasjonale felleskomponenter (ID-porten, Kontakt- og reservasjonsregister m.m.) og innbyggerne benytter ID-porten for innlogging mot digitale helsetjenester. Det tette samarbeidet med Difi bidrar til økt fokus på bruken av nasjonale felleskomponenter og gjenbruk av data.

Direktoratet for e-helse og DIFI har også startet dialog om ny digitaliseringsstrategi i kjølvannet av Meld. St. 27 (2015–2016) «Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet».

#### Tverrsektorielt samarbeid

Direktoratet for e-helse deltar i Kartverkets «Samordningsforum» for å forberede kommune- og regionreformen for å bidra til at nasjonale felleskomponenter fungerer i nasjonale e-helseløsninger og IKT-systemer. Sammenslåingen av Andebu, Stokke og Sandefjord kommune 1. januar 2017 gikk problemfritt uten avvik i våre løsninger. Erfaringene fra 2016/2017 legges til grunn for sammenslåing av kommuner og fylkeskommuner i Midt-Norge 1. januar 2018.

Direktoratet for e-helse har innledet dialog med Fylkesmennene og fylkeslegene i 2016 i samarbeid med Helsedirektoratet. Direktoratet for e-helse vil utvikle samarbeidet og dialogen videre i 2017 for å fremme Fylkesmannens arbeid på e-helseområdet og formidling av dette til landets kommuner.

Oppgave	Status
<i>Direktoratet for e-helse skal i 2016 etablere samarbeid og samhandlingsmekanismer med de øvrige beredskapsstatene i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse skal oppfylle kravene til sikkerhetsarbeid i lov av 20. mars 1998 nr. 10 om forebyggende sikkerhetstjeneste og tilhørende forskrifter og skal ha iverksatt sikringstiltak for skjermingsverdige objekter etter objektsikkerhetsforskriften.</i>	Gjennomført

Direktoratet for e-helse har i 2016 etablert en beredskapsmodell med tilhørende organisasjon. Denne bidrar til godt samarbeid og gode samhandlingsmekanismer med de andre beredskapsstatene i helse- og omsorgssektoren. Planverket er revidert og forankret i Direktoratet for e-helse, Ansvarsfordeling og kommunikasjon mellom berørte aktører ved en eventuell beredskapshendelse er tydeliggjort.

En intern beredskapsøvelse er gjennomført og Direktoratet for e-helse har planlagt, gjennomført og evaluert deltakelse i den nasjonale beredskapsøvelsen IKT16. Direktoratet for e-helse vil følge opp denne med deltakelse i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap sitt oppfølgingsarbeid.

Alle produktene i Direktoratet for e-helse er vurdert i henhold til Forskrift om objektsikkerhet. Høsten 2016 ble det også gjennomført en GAP-analyse for å sikre iverksettelse av nødvendige tiltak for å tilfredsstillende lovverket. Avvikene som fremkom i GAP-analysen vil bli lukket tidlig i 2017.

### 3.2.1 Hovedmål 1: Enkle og sikre digitale tjenester for helsepersonell

Digitale tjenester skal gi helsepersonell rask og enkel tilgang til nødvendig pasientinformasjon. Direktoratet for e-helse skal, i tråd med nasjonale strategier, bidra i utviklingen av digitale tjenester som understøtter helhetlige pasientforløp og samhandling på tvers av virksomheter og tjenestenivåer. Arbeidet med utredningen av "Én innbygger – én journal" skal videreføres og etablerte e-helsetjenester skal videreutvikles og moderniseres slik at de tekniske løsningene kan håndtere økningen i utveksling av basismeldinger og antall resepter. Det skal tilrettelegges for ny funksjonalitet og nye aktørgrupper.

Styringsparameter	Status
<i>Innen 1. juni 2016 gjennomføre konsekvensutredning og risikoanalyse for arbeidet med modernisering og forvaltning av Reseptformidleren, herunder tilrettelegging for nettapotek.</i>	Gjennomført

Det ble i 2016 gjennomført en konsekvensutredning og risikoanalyse i forbindelse med arbeidet med modernisering og forvaltning av Reseptformidleren. Analysen tok høyde for innføring av støtte for nettapotek.

Overordnet viser analysen at Reseptformidleren er en robust og sikker løsning som er designet og dimensjonert til å håndtere forventet økt trafikkmengde, uten at dette vil påvirke ytelse og responstider. Det ble imidlertid avdekket noen forbedringspunkter, og det er etablert en tiltaksplan som oppfølging til dette.

Det ble i 2016 gjennomført et prosjekt for å etablere nettapotek knyttet til Reseptformidleren. Løsningen ble satt i produksjon 1.oktober og tre leverandører av nettapotekløsning er koblet på fra oppstartstidspunkt.

Oppdrag	Status
<i>Videreutvikle og modernisere dagens løsning for e-resept. Det skal gjøres tilpasninger i e-resept for å legge til rette for effektive nettapotekløsninger.</i>	Gjennomført

E-resept er videreutviklet for å understøtte en effektiv og sikker nettapotekløsning. Nettapotek i e-resept forenkler tilgang på reseptbelagte legemidler for innbyggere. Løsningen for nettapotek ble lansert 19. oktober 2016. Ved utgangen av 2016 er tre leverandører av nettapotekløsning koblet på. Direktoratet arbeider med en modell for å legge til rette for at flere leverandører kan ta løsningen i bruk.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Utredning og påbegynne utvikling av løsning for felles meldingsforvaltning og elektronisk helsekort for gravide.</i>	Gjennomført

### **Elektronisk helsekort for gravide**

Prosjektet startet opp i februar 2016 og det ble utarbeidet et konsept. Behovene og aktørbildet ble kartlagt gjennom en rekke forskjellige metoder. Det har også vært avholdt en rekke møter med ulike aktører, slik som Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet (medisinsk fødselsregister) og andre.

Ulike tekniske løsningsvalg og realiseringsmodeller er vurdert. Utgangspunktet for prosjektet var å se på muligheten for gjenbruk av eksisterende løsninger og samtidig bruk av leverandørmarkedet. I oktober og november ble det avholdt en dialogkonferanse og tilhørende en til en møter med mange aktuelle leverandører. Dialogen med markedet ga prosjektet verdifull informasjon og nye innspill. Prosjektet har i tillegg hatt dialog med Digitaliseringsrådet.

En realisering av elektronisk helsekort for gravide forutsetter et betydelig forarbeid knyttet til referansearkitektur for blant annet standarder, kodeverk og infrastruktur. Det må derfor gjøres en vurdering av hvordan prosjektet skal gå videre slik at det langsiktige målet med «*En innbygger – én journal*» kan underbygges.

### **Løsning for felles meldingsforvaltning**

I 2016 er det utviklet og satt i produksjon verktøy for monitorering av medisinske meldinger på helsenettet (Meldingsvalidatoren). Dette understøtter arbeidet med å sikre at alle aktører følger gjeldende standard med hensyn til utforming og transport av elektroniske meldinger. Det er også utviklet, forankret og besluttet en forvaltningsmodell for elektroniske meldinger. Dette sikrer at nye standarder, endringsbehov og videre utvikling av meldingsutvikling kvalitetssikres, forankres og implementeres på en enhetlig måte i sektoren.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Det skal utredes løsning for felles legemiddelliste, herunder forslag til løsning for tilgjengeliggjøring av legemiddelinformasjon til nasjonale helseregistre.</i>	Gjennomført

Opgaven ivaretas som et prosjekt i programmet Felles infrastruktur (FIA). Planleggingen ble ferdigstilt i desember 2016 med beslutning om oppstart av første gjennomføringsfase, inkludert juridisk og helsefaglig arbeid, i januar 2017. Konseptet ble besluttet i sektorsammensatt styringsgruppe med forankring i nasjonal styringsmodell. Konseptet kan ikke realiseres innenfor dagens regelverk. Arbeidet med regelverksendringene startes i januar 2017. Første fase av prosjektet er tiltak som er innenfor gjeldende rett og baserer seg på videre innføring av e-resept og kjernejournal.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Forberede gjennomføringsprosjekt for «<i>En innbygger – én journal</i>».</i>	Gjennomført

5. januar 2016 overleverte Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse sin innstilling til Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan målet for «*En innbygger – én journal*» bør realiseres, jf. Meld. St. nr. 9 (2012-2013). Innstillingen bygget på et omfattende arbeid med bred sektorinvolvering og behandling i en styringsgruppe med virksomhetsledere fra spesialisthelsetjenesten, KS og kommuner, pasient- og brukerforeninger, nasjonale helsemyndigheter og Norsk Helsenett (NHN). Innstillingen var at en felles, nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten bør være målbildet og utviklingsretning, og at en felles, nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester bør være startpunkt for utviklingsretningen.

Som oppfølging til innstillingen fikk Direktoratet for e-helse i oppdrag å vurdere om det pågående arbeid i Midt-Norge kunne være et startpunkt i den nasjonale utviklingsretningen for «*En innbygger – én journal*». Direktoratet for e-helse leverte sin anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2016. Vurderingen ble gjort i tett samarbeid med ulike aktører fra helse- og omsorgstjenesten inkludert de nasjonale foraene Prioriteringsutvalget (NUIT) og Nasjonalt e-helsestyre.

I juni 2016 stilte regjeringen seg bak hovedanbefalingen fra utredningen og besluttet at Helseplattformen i Midt-Norge skal være et regionalt utprøvningsprogram for det nasjonale målbildet. Direktoratet for e-helse fikk i oppdrag å bistå Helseplattformen og planlegge hvordan en nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester

kan realiseres. Høsten 2016 ble det etablert en samarbeidsmodell mellom Helseplattformen og Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse gjennomførte også en arbeidsprosess hvor kommuner, spesialisthelsetjenesten og nasjonale fagmyndigheter vurderte og gav innspill til Helseplattformens konkurransegrunnlag. Formålet var å legge grunnlaget for at Helseplattformens arbeid i størst mulig grad kan gjenbrukes i andre nasjonale og regionale prosesser.

I desember etablerte Direktoratet for e-helse et prosjektstyre for det nasjonale arbeidet med «Én innbygger – én journal». Nasjonalt e-helsestyre er styringsgruppe for arbeidet.

Det pågående prosjektet påvirker langsiktige investeringsplaner og tiltak knyttet til EPJ/PAS. Det påvirker investeringsplanene direkte i kommunal helse- og omsorgstjeneste og indirekte i spesialisthelsetjenesten. En framtidig løsning vil eventuelt stille nye krav til nasjonal samhandlingsarkitektur og nasjonale løsninger som helt eller delvis kompensere for dagens EPJ/PAS-situasjon.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Delta i Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide et forslag til en strategi som skal sikre at riktig type og mengde billeddiagnostikk skal anvendes til den enkelte pasient, innenfor et tidsrom som er faglig riktig.</i>	Gjennomført

Direktoratet for e-helse har gitt innspill til Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide et forslag til en strategi som skal sikre at riktig type og mengde billeddiagnostikk skal anvendes til den enkelte pasient, innenfor et tidsrom som er faglig riktig. Direktoratet for e-helse har gjennom utredningen av «Én innbygger – én journal» belyst problemstillinger relatert til billeddiagnostikk. Direktoratets bidrag er ferdigstilt.

### *3.2.1.2 Øvrige oppdrag og arbeid med enklere og sikrere tjenester for helsepersonell*

#### **Nasjonal innføring av kjernejournal i akuttmedisinsk kjede**

Innføringsaktiviteter er gjennomført i henhold til planer lagt i samarbeid med de regionale helseforetakene. Ved utgangen av 2016 er kjernejournal innført til 4,1 millioner innbyggere. 80 % av landets helseforetak, 53 % av fastlegekontorene og 73 % av legevaktene har begynt å bruke kjernejournal. I 2016 er kjernejournal innført i sykehus, legevakter og legekantor innen nedslagsfeltet til helse Nord, Sørlandet HF, Innlandet HF og OUS HF. Med kjernejournal får innbyggerne muligheten til å dele informasjon med hele helsetjenesten. Over 540 000 innbyggere har logget inn på helsenorge.no og sett på sin kjernejournal, og ukentlig er cirka 35 000 innbyggere innom sin oversikt over legemidler/resepter. 92 660 innbyggere har registrert informasjon i egen kjernejournal.

Det er lavere bruk av kjernejournal blant helsepersonell enn ønsket. Det er ressurskrevende å få helsepersonell, spesielt fastlegekontorer i gang. Ved utgangen av 2016 gjorde de rundt 5 500 oppslag i kjernejournal ukentlig. Med kjernejournal blir en ny standard for kritisk informasjon testet ut, og hittil er i overkant av 11 000 registreringer gjort. Dette er lavere enn målet om registreringer på 2-3 % av befolkningen.

De viktigste tiltakene fremover er knyttet til å øke bruken, spesielt på sykehus og legevakt. Det bør også gjøres nødvendige tilpasninger for kommunale journalssystemer for å dekke hele den akuttmedisinske kjede, herunder kommunale akutt døgn-enheter (KAD). I 2017 skal kjernejournal innføres på sykehus, legevakter og legekantor i de fire siste fylkene; Østfold, Vestfold, Telemark og Buskerud samt i Asker og Bærum kommune. Fra 1. mars 2017 vil alle landets innbyggere ha kjernejournal.

#### **Innføring av e-resept i helseforetakene**

Målet i 2016 var at samtlige helseforetak skulle være påstartet eller ferdig med innføring av e-resept. Dette målet ble nådd. Det er de regionale helseforetakene som har hatt ansvaret for innføringen og direktoratet har hatt en understøttende rolle.

E-resept ble definert ferdig innført hos fastleger, avtalespesialister, apotek og bandasjister i 2013. Helse Vest var først ute blant helseforetakene og var ferdige i 2015. Ved utgangen av 2016 har 16 av 20 helseforetak fullført innføringen, og de siste fire helseforetakene planlegger å avslutte sine innføringsløp i januar 2017. I løpet av 2016 har det vært arbeidet med å få på plass gode prosesser og trygg forvaltning, både hos helseforetakene internt og mot e-reseptkjeden nasjonalt. Det nasjonale innføringsprosjektet for helseforetakene avsluttes 1. mars 2017.

I desember 2016 ble 9,7 % av alle e-resepter rekvirert i spesialisthelsetjenesten. I helseforetakene var 90 % av alle reseptene elektroniske.

### Innføring av e-resept hos nye aktører

Direktoratet for e-helse tilbyr forskrivningsmodulen (FM) til EPJ-leverandører som ønsker e-reseptfunksjonalitet uten å utvikle dette selv. Direktoratet koordinerer aktiviteter for utvikling, test og godkjenning av integrasjonen før leverandøren kan kobles på e-reseptkjeden, herunder kommunale helse- og omsorgsenheter (PLO) og tannleger. Arbeidet omfatter også å kvalitetssikre leverandørens planer for innføring, samt bidra med informasjon, kompetanse og generelt informasjons-/ opplæringsmaterieil.

### EPJ-løftet

EPJ-løftet er et samarbeidsprogram mellom Direktoratet for e-helse og Legeforeningen som ble etablert etter normaltariffoppgjør mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Legeforeningen i 2014. Programmet skal bidra til utvikling av IKT-verktøy for fastleger og avtalespesialister for å øke kvaliteten og sikkerheten i pasientbehandlingen. Det skal understøtte samhandling og informasjonsformidling mellom aktører i sektoren og en mer effektiv ressursbruk.

EPJ-løftet består av flere prosjekter og tiltak der krav til funksjonalitet baseres på brukerstyrte behov. Løsningene som utvikles kan brukes av alle EPJ-system.

I EPJ-løftet er det etablert prosesser for balansering, oppfølging og gjennomføring av prosjekter fra idé til realisering i nært samarbeid med Senter for kvalitet i legekontor (SKIL), brukerrepresentanter, leverandører og nasjonale myndigheter. EPJ-løftet gjennomfører prosjekter på kort- og mellomlang sikt. Programmet er et strategisk virkemiddel for økt gjennomføringsevne, og et eksempel på hvordan leveranser kan styres og finansieres for å bidra til å realisere e-helse på en rask og kostnadseffektiv måte.

I 2016 har de viktigste leveransene fra programmet vært:

- Elektronisk overføring av pasientjournaler ved fastlegebytte
- Tilrettelegging av nasjonalt laboratoriekodeverk og bruk av synonymordliste
- Forbedring av modul for samstemming av legemidler
- Pilotering og innføring av funksjonalitet for digital dialog mellom pasienter og fastleger
- Tilrettelegging og innføring av overvåking av elektroniske meldinger til og fra EPJ-systemer

### 3.2.2 Hovedmål 2: Enkle og sikre nasjonale e-helsetjenester for innbyggerne

Digitale tjenester skal bidra til å gjøre kontakten mellom innbyggerne og helse- og omsorgstjenesten enklere. Innbyggeren skal oppleve tjenesten som tilgjengelig og helhetlig. Pasienter og brukere skal kunne delta i utformingen av eget helse- og omsorgstilbud gjennom tilgang til informasjon om egen helse og mulighet for digital dialog med helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet for e-helse har ansvar for forvaltning av den nasjonale helsenorgeplattformen, og skal bidra til nye e-helsetjenester og kvalitetssikret informasjon til innbyggerne på denne. Helsenorge.no-portalen inkluderer også telefontjenester i helse- og omsorgssektoren.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>I samarbeid med Pasientreiser ANS avklare bidrag og leveranser i arbeidet med å forenkle refusjonsordningen for pasientreiser, herunder etablering av elektronisk løsning på helsenorge.no.</i>	Gjennomført
<b>Styringsparametere</b>	<b>Status</b>
<i>Bruksvolum og brukerundersøkelser fra bruk av elektronisk løsning for pasientreiser på helsenorge-portalen</i>	Sidebesøk: I snitt 45 000 per måned.  Elektroniske søknader for reiser: 67 000 etter to måneders drift.

Direktoratet for e-helse har i 2016 samarbeidet med Pasientreiser ANS om realisering av tjenesten Pasientreiser på helsenorge.no. 1. oktober 2016 ble skjema for søknad om refusjon for enkle pasientreiser lansert. All informasjon til innbyggere om rettigheter knyttet til pasientreiser ble samtidig en del av helsenorge.no.

Tjenesten innebærer en forenkling for innbygger, lavere transaksjonskostnader, samt økt antall elektroniske søknader. Støtte for elektronisk saksbehandling og kontroll, vil gi økt kvalitet i saksbehandling og forvaltningen av denne pasientrettigheten.

Tjenesteavtale og forvaltningsmodell er etablert. Med tjenesten er det lagt grunnlag for videre utvikling og ytterligere forbedring. Det videre gevinstrealiseringsansvaret ligger hos eier av tjenesten, Pasientreiser ANS.

Det er stor interesse for den nye tjenesten. I november og desember var det henholdsvis 53 539 og 36 922 besøk til disse sidene. Etter to måneders drift var det mottatt 67 000 søknader via helsenorge.no. Dette utgjør 40 % av alle reiser det er søkt refusjon for etter 1. oktober 2016.

Det er gjennomført brukertest av tjenesten i flere omganger underveis i utviklingsfasen.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Gjennomføre nasjonalt prosjekt for avstandsbehandling og – oppfølging ved hjelp av teknologi, i tråd med Innst. 11 S (2014-2015). Prosjektet innebærer en konsentrert innsats i utvalgte kommuner for å sikre best mulig grunnlag for nasjonal utbredelse. Følgforskning om brukerefaringer og helseøkonomiske konsekvenser skal videreføres.</i>	Gjennomført
<b>Styringsparametere</b>	Status
<i>Antall brukere og brukerundersøkelser fra prosjekt for avstandsbehandling og -oppfølging ved hjelp av teknologi.</i>	437 personer har deltatt i utprøvingen

Velferdsteknologi og mobil helseteknologi skal utnyttes for å gi innbyggerne bedre muligheter til å mestre egen hverdag. Teknologien skal også utnyttes for å kunne behandle og følge opp personer med kroniske sykdommer.

Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet har i 2016 fulgt opp arbeidet med å implementere trygghetskapende teknologier i 34 utviklingskommuner (Trygghets- og mestringsoppdraget). Gevinster er kartlagt og publisert i to gevinstrapporter (<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologi-program>).

Programmet har i 2016 også gjennomført oppdraget knyttet til avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer. Oppdraget vil fortsette i 2017 og 2018. Det er valgt ut og fulgt opp fire prosjekter:

- Oslo kommune – Prosjektet Velferdsteknologi I Sentrum (VIS-prosjektet) med bydelene St. Hanshaugen, Sagene, Gamle Oslo og Grünerløkka. Utprøvingen har fokus mot et bredt spekter av kroniske diagnoser.
- Trondheim kommune har fokus mot andre grupper av kroniske sykdommer enn KOLS. Trondheim kommune bidrar også inn i piloteringen av nasjonal arkitektur og standarder for velferdsteknologi
- Stavanger kommune med tett samspill med Helse Stavanger HF. Oppdraget retter seg dels inn mot personer med KOLS, herunder personer med KOLS som også har andre diagnoser (multidiagnoser), og dels inn mot utvikling av Online frisklivssentral.
- Sarpborg kommune med privat oppfølgingstjeneste. Målgruppen er personer med ulike kroniske sykdommer.

Følgforskning skal gi anbefalinger om gevinstrealiseringspotensialet og innretning for skalering. Oppdraget skal sikre implementering av løsninger som gir økt kvalitet og ressursutnyttelse

437 personer har deltatt i utprøvingen og 297 av disse er aktive brukere nå. Målet om 400-500 brukere ved årets slutt er innfridd. Videre leveranser vil primært komme gjennom følgforskning og effektrapporter som følger de fire



prosjektene. I 2016 kom VIS-rapporten fra Oslo kommune som demonstrerte betydelige effekter for brukere og helsetjeneste (de fire VIS-bydelene). Den tekniske referansearkitekturen som er anbefalt av programmet er i tillegg pilotert i Trondheim kommune sitt prosjekt.

### 3.2.2.1 Øvrige oppdrag og arbeid med enkle og sikre nasjonale e-helsetjenester for innbyggerne

#### Helsenorge.no

Bruken av helsenorge.no er i stadig økning. Portalen hadde 12,7 millioner besøk i 2016. Det er en økning på 51 % mot 2015. Stadig flere av de besøkende logger seg også inn til tjenestene. Portalen hadde 154 % økning i antall innlogginger i 2016 mot 2015. Nye tjenester som mulighet til å bytte fastlege, søke refusjon for pasientreiser og tilgang på egen sykehusjournal i Helse Vest og Helse Nord, er medvirkende forklaringer på økningen.

Flere nye tjenester har i samarbeid med sektoren blitt lansert i 2016:

- Meldingssenteret - der innbygger mottar dialog og oppdateringer fra helseaktører
- Personverntjenester - muligheter for å involvere pårørende i egen helse gjennom fullmakter
- Helsekontakter - inngang til oversikt over dine behandlere. Oversikten vil dynamisk utvides i 2017
- Velg behandlingssted
- Bytte fastlege – med mulighet for å stå på venteliste
- Søke refusjon for pasientreiser
- Beslutningsstøtte/samvalgsverktøy for prostatakreft (pilot)

Over 400 åpne artikler om sykdom, helse, livsstil og rettigheter på helsenorge.no er blitt oppdatert og forbedret i samarbeid med sektoren.

Helse Vest tok i mai i bruk tjeneste for innsyn i pasientjournal. Helse Nord tok dette i bruk i 2015 og ga fra 2016 pasienter mulighet for innsyn i tilgangsløkken, det vil si oversikten over hvilke helsepersonell som har gjort oppslag i deres journal. Fra september har Helse Nord tatt i bruk tjeneste for å vise timeavtale og henvisninger.

Helsenorge.no er gjort tilgjengelig som app for iPhone og Android.

Det er igangsatt et arbeid med produkt- og innholdsstrategi for helsenorge.no i perioden 2017 – 2020.

#### Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten

Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten er fra 2016 tatt i bruk av alle helseforetak. 36 helseforetak i de fire helseregionene har lansert nye nettsider, basert på samme tekniske løsning, samme grafiske profil og med mulighet for deling av innhold på tvers av helseforetakene. Prosjektet har også levert en felles innholdsstrategi for spesialisthelsetjenestens nettløsninger. Med disse leveransene er prosjektet avsluttet. Spesialisthelsetjenesten ved de fire helseregionene eier løsningen sammen.

#### Digital Dialog Fastlege

Tjenesten Digital dialog mellom fastlege og innbygger innføres gradvis. Ved årsslutt hadde 33 legekontorer tatt løsningen aktivt i bruk. Omtrent 40 legekontorer var teknisk tilrettelagt for løsningen.

Prosjektet er forankret i EPJ-løftet og har et godt samarbeid med fastleger gjennom dette. Det er risiko knyttet til innføring hos EPJ-leverandørene. To av tre EPJ-leverandører er forsinket. Tiltak er iverksatt, og planene tilsier at disse to vil tilby løsningen til sine kunder i løpet av 2017.

Oppdrag	Status
Arianson-utvalget (NOU 2015:11) har forslått at det opprettes en side på helsenorge.no hvor det samles informasjon om ulike ordninger som kan være aktuelle når det har skjedd en uønsket hendelse. Departementet ber Direktoratet for e-helse vurdere hvordan forslaget kan følges opp.	Pågående

Direktoratet for e - helse har gjort en vurdering av forslaget om å opprette en side på helsenorge.no hvor det samles informasjon om ulike ordningers som kan være aktuelle når det har skjedd en uønsket hendelse. Det er lagt frem tre løsningsforslag. Direktoratet er i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om realisering.

### 3.2.3 Hovedmål 3: Oppdaterte og tilgjengelige data for styring, finansiering, kvalitetsforbedring, helseanalyse og forskning

Direktoratet for e-helse skal i likhet med Folkehelseinstituttet (FHI), Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene legge «Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre (2010-2020)» til grunn for sitt arbeid på helseregisterfeltet. Gjenstående tiltak i handlingsplanen «Gode helseregistre – bedre helse (2014-2015)» videreføres i 2016. Aktiviteter og utviklingsarbeid i helseregistre og medisinske kvalitetsregistre skal ses i sammenheng med det øvrige e-helsearbeidet i helse- og omsorgssektoren. IKT-utvikling i registrene som har konsekvenser for, eller avhengigheter til andre e-helsetiltak, meldes inn til nasjonal porteføljestyling.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Utrede referansearkitektur for nasjonale helseregistre som skal bidra til enklere datafangst, bedre datakvalitet og bedre utnyttelse av registerdata.</i></li> <li>• <i>Anbefale og, på prioriterte områder, utvikle tekniske fellesløsninger for å understøtte pågående arbeid med nasjonale helseregistre.</i></li> </ul>	Gjennomført
<b>Styringsparametere</b>	<b>Status</b>
<i>Rapport med foreløpige anbefalinger om referansearkitektur og tekniske fellesløsninger for de nasjonale helseregistrene. Statusrapport skal leveres innen 1. oktober 2016. Relevante aktører i sektoren skal være involvert i prosessen.</i>	Gjennomført

Prosjektet for referansearkitektur er gjennomført og avsluttet som planlagt i desember 2016. Direktoratet for e-helse etablerte en arbeidsgruppe med deltagere fra Folkehelseinstituttet (FHI), Helsedirektoratet, RHF, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), Nasjonal IKT (NIKT) og Norsk Helsenett (NHN). Prosjektet leverte en statusrapport 1. oktober 2016 med drøfting av foreløpige anbefalinger og videre arbeid. Sluttrapporten ble levert i desember 2016 og inneholdt beskrivelser av anbefalt referansearkitektur samt forslag til hvilke nasjonale, tekniske fellesløsninger som bør prioriteres. Arbeidet ble koblet mot øvrigt arbeid med utarbeidelse av nasjonal strategi og handlingsplan.

I første runde har sluttrapporten gitt styringsgrunnlag for arkitekturstyring av registerfeltet, samt grunnlag for etablering av Helsedataprogrammet, som skal følge opp anbefalingene i rapporten. Helsedataprogrammet etableres januar 2017.

Gjennomføringen av Helsedataprogrammet skal bidra til bedre utnyttelse, bedre kvalitet, enklere innrapportering og sikrere håndtering av data i de nasjonale helseregistrene. Dette gir stort potensiale for innovasjon. På sikt vil løsninger påvirke de nasjonale helseregistre og de nasjonale e-helseløsningene, i tillegg til at løsningene vil ha gevinst for innbyggere, helsepersonell, forskere og næringsliv.

Direktoratet for e-helse har startet etableringen av programmet i henhold til tilleggsoppdrag.

Direktoratet for e-helse ble, som oppfølging til arbeidet, bedt om å legge til grunn rapportene fra Nasjonalt helseregisterprosjekt («Målbilde og veikart for digitale innbyggertjenester fra nasjonale helseregistre») og NHN («Filoverføringstjeneste: Sluttrapport») som en del av underlaget for arbeidet med å utrede referansearkitektur og tekniske fellesløsninger for nasjonale helseregistre, og som innspill til arbeidet med å utvikle tjenester til helsenorge.no. Rapportene ble tatt hensyn til i arbeidet.

### 3.2.4 Hovedmål 4: Bedre gjennomføringsevne og nasjonal styring av e-helse

Direktoratet for e-helse skal legge til rette for nasjonal styring på e-helseområdet i samarbeid med de regionale helseforetakene, kommunene, helseforvaltningen og fagmiljø. Direktoratet for e-helse skal bidra til å ivareta en helhetlig oppfølging av vedtatte nasjonale e-helsestrategier. Direktoratet skal også bistå øvrige etater i utredning av relevante IKT-konsekvenser ved utvikling av nye tjenester og nye reformer.

Nasjonal styringsmodell for e-helse er videreutviklet i 2016. Denne omfatter fora og prosesser hvor aktørene i helse- og omsorgssektoren involveres for å koordinere den nasjonale e-helseutviklingen. De nasjonale foraene er basert på «samstyring» mellom statlige og kommunale aktører, og inkluderer Fagutvalget (NUFA), Prioriteringsutvalget (NUIT) og Nasjonalt e-helsestyre. Foraene er involvert i tre prosesser på nasjonalt nivå; strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring.

I 2016 er Nasjonalt e-helsestyre etablert og mandatene og representasjonen i NUIT og NUFA er revidert. Det er gjennomført fem møter i Nasjonalt e-helsestyre, fem møter i NUFA og fire møter i NUIT.

Arbeidet innen nasjonal strategi er videre beskrevet under oppdraget knyttet til «*Nasjonalt strategi og handlingsplan for 2017-2021*».

Nasjonalt porteføljestyring er videre utviklet i 2016. Dette er videre beskrevet under oppdraget knyttet til «*Etablere struktur for nasjonal porteføljestyring på e-helseområdet*».

Nasjonalt forvaltningsstyring er under etablering. I 2016 er det etablert en pilot for forvaltningsstyring av helsenorge.no. Som en del av denne piloten er det etablert et produktstyre med representasjon fra tjenesteeiere og andre aktører i helse- og omsorgssektoren. Formålet med produktstyret er blant annet å sikre en helhetlig utvikling av helsenorge.no.

Direktoratet for e-helse skal, i samarbeid med Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) og andre relevante aktører, avklare de nasjonale behovene for forskning og utredning på e-helseområdet. Behovet for forskning og utredninger er drøftet på nasjonale arenaer, og NSE har etablert og iverksatt en e-helse en forskningsportefølje for 2016. Forskningsbehov for 2017 er drøftet i Nasjonalt e-helsestyre i november 2016.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>I samarbeid med sektoren utarbeide forslag til handlingsplan for perioden 2017-2021 som følger opp vedtatte nasjonale strategier. Planen skal gi en samlet fremstilling av pågående og prioriterte e-helse tiltak av nasjonal betydning. Handlingsplanen skal inkludere helseregistre og medisinske kvalitetsregistre.</i>	Pågående
<b>Styringsparametere</b>	<b>Status</b>
<i>Innen 1. oktober 2016 levere utkast til handlingsplan som inneholder forslag til et nasjonalt indikatorsystem for måling av gjennomføring og effekt av tiltak på e-helsefeltet.</i>	Pågående

I dialog med Helse- og omsorgsdepartementet er det besluttet å utvide oppdraget til også å omfatte en Nasjonal strategi for e-helse. Perioden for strategien og handlingsplanen er utvidet til å gjelde for perioden 2017-2022. Arbeidet er omfattende og innebærer tett involvering av aktørene i sektoren, både i og utenfor de nasjonale foraene. Arbeidet skulle etter planen ferdigstilles innen utgangen av 2016.

For å sikre kvalitet og tilstrekkelig forankring, ble arbeidet utvidet i tid. Den nasjonale strategien og handlingsplanen skal legges fram for Nasjonalt e-helsestyre samt oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen utgangen av første kvartal 2017.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Utarbeide forslag til modeller for felles finansiering av utvikling av nasjonale e-helsetjenester som blant annet inneholder aktivitets- og tjenestepricing for forvaltning, drift og vedlikehold.</i>	Pågående
<b>Styringsparametere</b>	<b>Status</b>
<i>Innen 1. desember 2016 levere forslag til modeller for felles finansiering av nasjonale e-helsetiltak.</i>	Pågående

Arbeidet med finansieringsmodeller inngår som del av arbeidet med nasjonal strategi- og handlingsplan.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Utredning og anbefale et nasjonalt indikatorsystem (indikatorer for nøkkelytelser IFN) for e-helse for å sikre et godt kunnskapsgrunnlag om bruk og effekter av IKT i helse- og omsorgssektoren. Det skal legges vekt på å kunne gjøre internasjonale sammenlikninger.</i>	Gjennomført

Direktoratet har utredet konsept for e-helsemonitor, inklusive forvaltningsmodell («Sluttrapport – Nasjonal e-helsemonitor»). Rapporten beskriver hvordan en monitor kan struktureres i lys av politiske, styringsmessige og andre typer behov. Rapporten har fokusert på det praktiske rundt en opprettelse, blant annet ved å beskrive en del prinsipper som bør være førende innenfor dataanalyse, indikatorutvikling og publisering. Det er lagt vekt på følgende:

- Indikatorer må ha et formål og treffe interessentene godt

- Utvikling av e-helsemonitor bør ha en gradvis tilnærming og ta det enkleste først
- Det foreslås å komme raskt i gang, blant annet foreslås en enkel intern prosjektorganisering for 2017

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Etablere struktur for nasjonal porteføljestyling på e-helseområdet.</i>	Gjennomført

Nasjonal porteføljestyling av e-helseinitiativ er videreutviklet i 2016. Direktoratet for e-helse driver prosessene knyttet til nasjonal porteføljestyling og sørger for kontinuerlig forbedring av disse. Nasjonal porteføljestyling startet ved etablering av Prioriteringsutvalget (NUIT) i 2012 og er videreutviklet i årene etter. Den nasjonale e-helseporteføljen for 2016 inneholdt 50 prosjekter og programmer av nasjonal betydning. Samlet var budsjettammen for 2016 cirka 750 MNOK.

Det er etablert en årlig prioriteringsprosess for den nasjonale porteføljen. Fagutvalget (NUFA) gir faglige råd knyttet til porteføljen, Prioriteringsutvalget (NUIT) innstiller forslag til prioritering og Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til denne. Prioriteringsutvalget (NUIT) gav sin innstilling til prioritering for 2017 i møte i oktober 2016, og Nasjonalt e-helsestyre gav sin tilslutning til prioriteringene i møte i november 2016.

Det er etablert jevnlige rapporteringer fra prosjekter og programmer i porteføljen og dette gjøres via nasjonale porteføljekontakter hos aktørene. Aktørene har etablert interne porteføljefunksjoner for forberedende arbeid til nasjonal prioritering. Analyser av porteføljen legges frem for NUFA, NUIT og Nasjonalt e-helsestyre for drøfting og eventuell iverksetting av nødvendige tiltak for å sikre porteføljens leveranse.

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

Direktoratet for e-helse arbeider målrettet på informasjonssikkerhetsområdet, og i henhold til «Nasjonal strategi for informasjonssikkerhet» med tilhørende handlingsplan «Handlingsplan for informasjonssikkerhet i statsforvaltningen 2015-2017». Nasjonale e-helsetjenester som virksomhetene i helse- og omsorgssektoren benytter, skal bidra til å redusere kompleksitet og møte behovet for økt informasjonsdeling.

Grunddataplattformen er en samling av sentrale fellesregistre for helse- og omsorgssektoren som har en tett avhengighet til hverandre. Disse er kritiske for å sikre den digitale informasjonsflyten i helsesektoren. De ulike registrene inneholder helseadministrativ informasjon om tjenester, personell, organisering mm. Registrene tilbyr tjenester for søk, oppslag, lagring og distribusjon som det stilles svært høye kvalitets- og tilgjengelighetskrav til. Grunndata skal være sannhetskilden som helsesektoren har tillit til.

<b>Styringsparametere</b>	<b>Status</b>
Direktoratet for e-helse skal sørge for en forvaltningsmodell for helseadministrative registre med tydelig ansvarsfordeling. De helseadministrative registrene skal ha god datakvalitet, og utviklingen av disse skal se hen til arbeidet med en nasjonal sikkerhetsinfrastruktur.	Gjennomført

I 2016 er det etablert en operativ forvaltning av registrene i Direktoratet for e-helse med tydelig ansvarsdeling mellom direktoratet, Norsk helsenett (NHN) og eierne av de ulike registrene. Det er også iverksatt en rekke tiltak for bedring av datakvaliteten. Eksempler på dette er «Strakstiltak for Adresseregisteret», integrasjon mellom Legestillingsregisteret og de regionale HR-systemene og tiltak for å øke datakvaliteten i Register for enheter i spesialisthelsetjenesten (RESH).

Adresseregisteret er i 2016 utvidet for å støtte bedre opp om den elektroniske samhandlingen i sektoren. Det er etablert et nytt Fastlegeregister som erstatter tidligere register hos NAV. I tillegg arbeides det med forbedring av rapporteringen og en samhandlingsportal for grunndata. Portalen vil synliggjøre teststatus for leveransene og status på tjenestene fra registrene.

<b>Styringsparametere</b>	<b>Status</b>
<i>Gjennomføre programmet for felles infrastruktur og administrative registre (FIA) i henhold til planer for 2016.</i>	Gjennomført

Program Felles Infrastruktur (FIA) ble etablert i 2015 – delvis basert på Riksrevisjonens undersøkelse fra 2014 om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren. Programmet eies og ledes av Direktoratet for e-

helse, og består av tre underliggende prosjekter som alle har som mål å løse nasjonale utfordringer relatert til elektronisk samhandling og felleskomponenter. FIA er tett koordinert med de nasjonale foraene Fagutvalget (NUFA), Prioriteringsutvalget (NUIT), og Nasjonalt e-helsestyre. Programmet er gjennomført i henhold til plan for 2016.

I prosjekt FIA Samhandling har det i 2016 særlig vært arbeidet med å presisere og tydeliggjøre standarder og dokumentasjon, samt å utarbeide enhetlige krav til leverandører og verktøy for kontroll og overvåkning av elektronisk meldingsutveksling. Det er vedtatt ny standard for tjenestebasert adressering og veiledning, og dokumentasjon til denne er revidert og publisert. Verktøyene for kontroll og overvåkning av elektronisk meldingsutveksling setter aktørene i stand til å etterleve etablerte standarder på en enkel måte. En effekt av arbeidet er at antall oppslag mot Adresseregisteret har økt med 180 % i 2016<sup>4</sup>. Bedre kvalitet i Adresseregisteret kombinert med riktigere elektronisk meldingsutveksling gir positive ringvirkninger i en digital verdikjede med mange aktører.

I prosjekt FIA sikkerhetsinfrastruktur er det i 2016 vurdert konsepter for hvordan helsepersonell kan bruke sin elektroniske identitet for å få tilgang til nødvendige helseopplysninger uavhengig av hvor informasjon er lagret. Prosjektet har vurdert alternative løsninger som kan bidra til å forbedre brukeropplevelsen for helsepersonell (reducere antall pålogginger), og redusere kompleksiteten og kostnader knyttet til sikkerhetsløsninger for den enkelte virksomhet. Et løsningskonsept er pilotert i 2016 med gode resultater, og planer for videre nasjonal realisering fra 2017 er utarbeidet og vedtatt.

Prosjekt FIA Felles legemiddelliste har som mål å utvikle en strukturert, komplett og oppdatert oversikt over en pasients faktiske legemiddelbruk. Oversikten skal være tilgjengelig for alt helsepersonell med tjenstlig behov. Dette krever blant annet effektiv elektronisk meldingsutveksling på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for forskriftsendringer for at en slik løsning skal kunne realiseres. Prosjektet har i 2016 utredet og fått godkjent et løsningskonsept som er planlagt å påbegynne en realisering av i 2017.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Etablere nasjonalt program for utvikling og bruk av terminologi og kodeverk for både pasientjournalssystemer og nasjonale helseregistre.</i>	Gjennomført

Program for kodeverk og terminologi (PKT) er en nasjonal satsing som skal bidra til å sikre at prioriterte fagområder er dekket med nødvendige standardiserte kodeverk og terminologier, og at disse er oppdaterte i takt med utviklingen, benyttes korrekt og konsistent, har tilstrekkelig høy datakvalitet og er tilgjengelig for direkte bruk i relevante fagsystemer.

I prosjekt Kodeverk blir det særlig arbeidet med nye eller endringer i eksisterende kodeverk, samt gjort forbedringer i forvaltningen av eksisterende kodeverk og terminologier. Prosjektet skal særlig bidra til at nasjonalt vedtatte kodeverk og terminologier er oppdatert i takt med utviklingen.

Prosjekt Terminologi har i 2016 vurdert bruk av SNOMED-CT terminologi etter Helse- og omsorgsdepartementets beslutning om innmelding i SNOMED int. Prosjektet skal særlig bidra til at standardiserte termer i fagsystemer blir korrekt og konsistent brukt.

Prosjekt Kodingskvalitet har i 2016 hatt særlig fokus på opplæring i medisinsk koding, blant annet gjennom anskaffelse av e-læringsprogram og bruk av dette. Prosjektet skal særlig bidra til at det blir gitt korrekte koder slik at underlaget for forskning og statistikk får tilstrekkelig høy kvalitet.

Prosjekt IKT-støtte har i 2016 vurdert ny løsning for sentral lagring, forvaltning og distribusjon av kodeverk og terminologi. Prosjektet skal særlig bidra til at oppdaterte kodeverk og terminologier, med tilhørende veiledere, er tilgjengelig for direkte bruk i relevante fagsystemer.

<sup>4</sup> Fra 25 millioner oppslag i januar 2016 til 70 millioner oppslag i desember 2016

Leveransene fra programmet har som mål å redusere tidsbruk og gi lavere kostnader ved forvaltning av kodeverk og terminologi, gi bedre kvalitet på den medisinske kodingen, redusere administrativt arbeid og tidsbruk ved pasientkonsultasjoner og gi bedre grunnlaget for forskning, innsatsstyrt finansiering og virksomhetsstyring.

De ønskede virkningene av tiltakene i programmet forutsetter at de nasjonale løsningene, helsetjenesten og leverandørene tar resultatene i bruk. Innføring av nye/reviderte kodeverk og terminologier kan isolert sett oppleves som en ulempe for primærbrukere. Innføring av strukturert journal og automatisering av elektronisk innrapportering vil imidlertid redusere denne ulempen og samtidig øke kvalitet på innrapporterte data.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Prosjektere, gjennomføre og implementere standard kodeverk for diagnoser og behandlinger som kan anvendes i elektronisk pasientjournal på tannhelsefeltet. I dette inngår innmelding i IHTSDO med sikte på innføring av enhetlig terminologikodeverk på tannhelse.</i>	Gjennomført

Det er i 2016 etablert et standard kodeverk, basert på SNOMED-CT, for diagnoser og behandlinger som kan anvendes i elektronisk pasientjournal på tannhelsefeltet. Innmelding i SNOMED International er gjennomført, og Norge er per 01.01.2017 medlem (3 års utprøvsperiode). Pilotering av SNOMED-CT i elektronisk pasientjournal på tannhelsefeltet er påbegynt. Pilotarbeidet inkluderer etablering av en forskningsdatabase/-register og videre innrapportering til KPR.

Innføring av elektronisk pasientjournal på tannhelsefeltet og enhetlig terminologikodeverk for tannhelse basert på SNOMED-CT muliggjør blant annet rapportering til kommunalt pasientregister (KPR), og gir et forbedret underlag for forskning og statistikkproduksjon på dette området.

<b>Oppdrag</b>	<b>Status</b>
<i>Utarbeide planer for videre arbeid i prosjekt for nasjonal sikkerhetsinfrastruktur, inkludert utvikling av tjenester for sikker identifisering av helsepersonell, sporbarhet og tilgangsstyring. Arbeidet skal ses i sammenheng med utredning av «én innbygger – én journal».</i>	Pågår

EU-forordningen for eID og tillitstjenester (eIDAS) er vedtatt og skal implementeres i Norge. Dette vil kunne påvirke helse- og omsorgssektoren. I 2016 er koordineringstiltak som skal sikre at nasjonal sikkerhetsinfrastruktur blir utviklet i en hensiktsmessig rekkefølge blitt prioritert. Direktoratet for e-helse opprettet dialog med Nærings- og fiskeridepartementet vedrørende implementeringen av eIDAS i norsk rett. Nærings- og fiskeridepartementet er ansvarlig myndighet for dette området. Målet for arbeidet er å sikre gode overgangsordninger for helse- og omsorgssektoren med tanke på å kunne få til en vellykket gjennomføring av de krav som stilles i forordningen.

Gjennom FIA-programmet er det i 2016 etablert et løsningskonsept for en felles autentiseringstjeneste. Denne er teknisk verifisert og testet med nasjonal kjernejournal, medisinsk registersystem, et klinisk fagsystem og en fullstendig demonstrator. Utprøvingen har vist at løsningskonseptet vil kunne gi mulighet for enkel og sikker pålogging som en tjeneste. Dette kan legge til rette for engangspålogging på tvers av virksomheter og mellom IKT-systemer. Gevinstkartlegging er gjennomført, og et anbefalt mål bilde og veikart på kort til mellomlang sikt er utarbeidet. De ønskede virkningene av tiltaket forutsetter at de nasjonale løsningene, helsetjenesten og leverandørene tar løsningen i bruk.

### *3.2.5.1 Øvrige oppdrag og arbeid med Nasjonal IKT-infrastruktur og felleskomponenter*

#### **Evaluering av forskrift**

På oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet 15. mars har Direktoratet for e-helse kartlagt sektorens bruk av forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter, jf. pasientjournalloven § 19 siste ledd. I oppdraget ble det presisert at det skulle særlig legges vekt på at «informasjonssikkerhet og personvern er ivarett på en velegnet og sikker måte, herunder bruk av systemer for tilgangsstyring».

Funnene fra kartleggingen viser at ordningen i liten grad er tatt i bruk. Årsaken til det er liten kunnskap om forskriften og innholdet/kravene i denne, i tillegg til at tekniske utfordringer hos virksomhetene gjør det vanskelig å oppfylle kravene i praksis. Rapport er oversendt HOD.

## **EHIN 2016**

Departementet har bedt Direktoratet for e-helse om å bidra i gjennomføringen av EHIN-konferansen i 2016. Direktoratet har deltatt både i forberedelse og gjennomføring av EHIN-konferansen, blant annet som foredragsholdere og som ledere av fagsesjoner.

### **Kompetansespredning om personvern og informasjonssikkerhet**

Norm for informasjonssikkerhet er i 2016 videreutviklet. Blant annet er skyveileder, revidert veileder for tilgang mellom virksomheter, revidert veileder for felles journal og miniveileder for tilgangsstyring utarbeidet. Det er i tillegg avholdt en rekke fagkurs for kommunene om emnet i samarbeid med Norsk Helsenett, og temaene er formidlet og utdypet på Normkonferansen som ble arrangert den 11. – 12.oktober.

## **3.2.6 Status på øvrige forventninger og oppdrag**

### **Modernisering av Folkeregisteret**

Skatteetaten startet i 2016 et prosjekt for å modernisere Folkeregisteret. Moderniseringen av Folkeregisteret forutsetter at det utvikles nye elektroniske grensesnitt også i NAV, helsesektoren og Utlendingsdirektoratet. Helsesektoren skal i samarbeid med Skatteetaten utvikle dette grensesnittet i 2016 og 2017. Direktoratet for e-helse skal følge opp Skatteetatens planer for dette arbeidet.

Mottaksprosjekt Helse for Modernisert folkeregister er etablert med bred deltagelse fra sektoren. Prosjektet har gjennomført konseptfasen i 2016. Konseptrapport med målbilde og anbefalte tiltak i sektoren leveres februar 2017. Oppdraget videreføres i 2017 og planfasen starter etter godkjenning av konseptrapporten.

Systemer hos aktørene i sektoren som benytter folkeregisteropplysninger vil bli berørt. Dagens prosesser for innmelding av fødsel og død fra sektoren vil digitaliseres. Dette vil gi bedre identifikasjon av pasienter på tvers av virksomheter i sektoren. Helsesektorens kopi av Folkeregisteret (PREG i NHN) vil også bli berørt.

Det forventes at resultatene fra prosjektet, i samarbeid med moderniseringsprosjektet i Skattedirektoratet (og andre sektorer), vil gi stor samfunnmessig nytte ved at manuelle prosesser digitaliseres. Det kan forventes raskere tilgang til riktig informasjon, bedre datakvalitet, økt pasientsikkerhet og mer effektiv forvaltning av området. Skattedirektoratet er førende for modernisering av Folkeregisteret, og deres planer og løsninger vil være av stor betydning for forventet effekt. Helsesektoren ved alle berørte aktører sin samlede gjennomføringsevne vil være av stor betydning for å kunne hente ut effektene.

Moderniseringsarbeidet vil med stor sannsynlighet kreve regelverksendringer både i helserettlig regelverk og tverrsektorielt regelverk. Prosjektet har tett dialog med Skatteetaten og helsesektoren er representert i etatens eksterne styringsgruppe og fagråd.

### **Vurdering etablering av internrevisjon**

I 2016 ble Direktoratet for e-helse bedt om å vurdere etablering av internrevisjon. Direktoratet vurderte det som hensiktsmessig å etablere internrevisjon i henhold til kravene i R-117, i form av innkjøpt internrevisjonstjeneste. Helse og omsorgsdepartementet delte denne vurderingen, og besluttet at internrevisjon skal etableres fra 01.01.18.

### **Deltakelse i arbeidsgruppe for utarbeidelse av felles retningslinjer for styringsdialog**

E-helse har deltatt med en deltaker i arbeidsgruppe for utarbeidelse av felles retningslinjer for styringsdialog. Arbeidsgruppen avsluttet sitt arbeid i 2. tertial.

### **Fellesføring for 2016**

I 2016 ba Helse- og omsorgsdepartementet Direktoratet for e-helse om å kartlegge hvordan brukere opplever virksomheten, med formål å vurdere og eventuelt ta initiativ til tiltak som kan forbedre tjenestene.

Etter avtale med Helse- og omsorgsdepartementet er kartleggingen planlagt gjennomført i 2017, da det ikke er vurdert hensiktsmessig å gjennomføre denne i Direktoratets oppstartsår.

### 3.3 Forvaltningsoppgaver i henhold til hovedinstruks

#### Nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester

En nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester for elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten er utarbeidet i regi av FIA-programmet, og er under implementering. Modellen inneholder styringsmodell og relasjon til nasjonal styringsmodell for e-helse, samt felles prosesser, roller, ansvar og kommunikasjon for samordnet utvikling, endring, implementering og vedlikehold av e-helsestandarder og fellestjenester. Modellen skal bidra til å nå målet om at elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten er effektiv og sikker, etterlever myndighetskrav og foregår enhetlig med høy tillit blant aktørene i sektoren.

#### Referansekatalogen

Direktoratet for e-helse forvalter Referansekatalogen for e-helse og behandler søknader om unntak fra forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten. Referansekatalogen inneholder en oversikt over standarder og andre kravdokumenter for IKT-systemer som er obligatoriske med hjemmel i forskrift eller er anbefalt av offentlig myndighet. Det tilbys ulike støttetjenester vedrørende bruk av standarder for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og deres leverandører.

#### Kodeverk

Direktoratet for e-helse har ansvar for forvaltning og drift av kodeverk i Norge. Tjenesten «Kodehjelp» skal støtte sektoren i vanskelige spørsmål vedrørende koding. Tiltaket vil sørge for å forbedre kodingskvaliteten på sikt. I korte trekk økte antallet henvendelser til kodehjelp betydelig i 2016, opp 26 % fra året før. Antallet behandlede saker økte imidlertid enda mer og svartiden ble betydelig redusert, med 60 % i gjennomsnitt.

#### Samarbeid med forskning

Samarbeid med Nasjonalt Senter for e-helseforskning er etablert, og i 2016 ble 15 forslag til forsknings- og utredningsprosjekter utarbeidet. Elleve av forslagene (samt to ad hoc oppdrag) ble igangsatt, og ved årets utgang er fem avsluttet.

Direktoratet deltar i HelseOmsorg21-rådet og leder arbeidsgruppen for satsingsområdet «Helsedata som nasjonalt fortrinn». Direktoratet har etablert samarbeid med to av de nye «Fyrtårnprosjektene» i Norges Forskningsråds IKTPLUSS-program.

#### Informasjonssikkerhet

Direktoratet for e-helse har en myndighets- og premissgiverrolle ovenfor sektoren innen informasjonssikkerhet. Direktoratet har ansvaret for sekretariatet for Norm for informasjonssikkerhet.

Det er utarbeidet veiledere og faktaark forankret i Normen for å forenkle og forbedre arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern i sektor. Av åtte påbegynte dokumentleveranser i 2016 er fem ferdige. De resterende ferdigstilles innen juni 2017. Direktoratet for e-helse har gjennomført flere aktiviteter innen kurs og foredrag. Seks kurs (fagkurs, lederkurs, introkurs og pilot leverandørkurs) er gjennomført i 2016, samt 13 foredrag (hvorav tre internasjonalt på europeiske konferanser).

#### Høringer

Direktoratet for e-helse har mottatt 35 høringsbrev, gitt 20 uttalelser og blir i økende grad ført opp som fast høringsinstans. Uttalelser publiseres på [www.ehelse.no](http://www.ehelse.no) og noen av disse har bidratt til offentlig debatt om utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

#### E-helse i utdanning

Direktoratet for e-helse har bidratt til læringsmål på e-helseområdet i utdanningene, i første omgang for legers- og tannlegers videre- og etterutdanning i spesialistutdanningene. Læringsmålene er vedtatt av Helsedirektoratet og vedlegges forskrift. Det er i tillegg etablert et samarbeid med lederutdanningsprogrammet ved BI (for primærhelsetjenesten) for å fremme læringsmål og aktiviteter som adresserer e-helse. Direktoratet vil medvirke til at læringsmål på e-helseområdet gradvis kommer med i flere utdanninger og lederutviklingsprogrammer.



### **Internasjonalt samarbeid**

Direktoratet deltar i internasjonalt samarbeid gjennom OECD, EU, Verdens helseorganisasjon (WHO), internasjonale telekommunikasjonsunionen (ITU) samt Nordisk Ministerråd. I 2016 deltok Direktoratet i tillegg for første gang med offisiell representasjon i SNOMED International (tidl IHTSDO) i forbindelse med etablering av norsk medlemskap fra 1.januar 2017. Direktoratet står for sekretariatsfunksjon i Nordclass som samordner nordiske initiativer mot WHO, og har også tett samarbeid med nordiske land for laboratoriterminologi under IFCC/IUPAC. Direktoratet for e-helse har deltatt på tre workshops i OECD-regi i 2016. Her har temaene vært Utarbeidelse av rapport på «Nye teknologi» som saksunderlag for Ministermøtet initio 2017, m-helse (velferdsteknologi) samt kvalitetsindikatorer.

Direktoratet for e-helse har koordinert Norges deltakelse i det internasjonale rammeverksprogrammet Be He@lthy – Be Mobile. Programmet gjennomføres i regi av WHO og ITU. Målet er å redusere for tidlig død som følge av ikke-smittsomme sykdommer med 25 % innen 2025. Oppdraget er organisert under det nasjonale velferdsteknologiprogrammet.

Direktoratet holdt foredrag under Verdens Helseforsamling i mai 2016. Temaet var norsk nasjonal e-helsestrategi. WHO og ITU besøkte Norge i juni og fikk gjennomførte en to-dagers workshop der fokus var gjennomgang av norsk e-helsestrategi og norske e-helseinitiativ.

E-helse representerer Norge i et sett med arbeidsgrupper for eksperter i EU kommisjonens prosjekt - JAseHN – Joint Action to Support the eHealth Network. I tillegg har E-helse en støttefunksjon for Helse- og omsorgsdepartementet i eHealth Network, et policy-besluttende organ under EU-kommisjonen. I 2016 har Direktoratet deltatt i arbeidsgrupper i innenfor terminologi og kodeverk, standardisering, CEF – International Exchange, eID, regelverksutvikling, E-resept og kjernejournal og Kunnskapsdeling.

### **Representasjonsbesøk**

Direktoratet for e-helse har i 2016 hatt besøk av det polske helsedepartementet og det danske helsedepartementet. Direktoratet deltok sammen med Helse- og omsorgsdepartementet i det norske statsbesøket til Finland i september, der både kongeparet og helseministeren deltok. Velferdsteknologi og e-helsestrategi var sentralt på dagsorden.

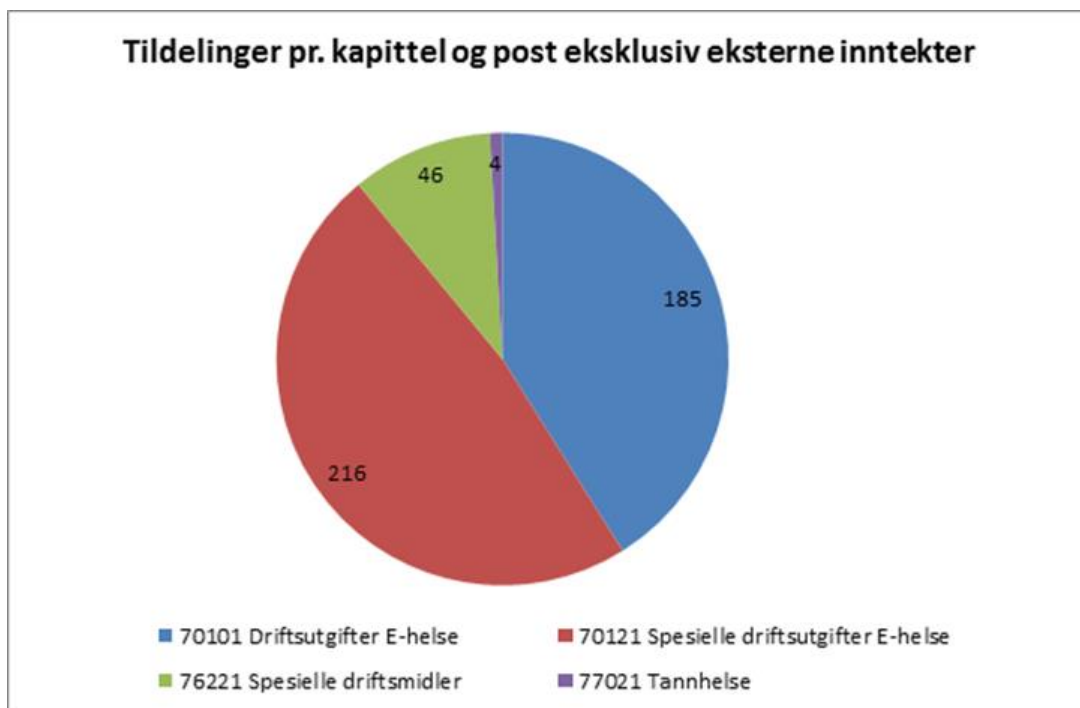
Ledergruppen i Direktoratet for e-helse besøkte USA i november, og møtte Nasjonal eHelse-koordinator (Office of National Coordinator for Health Information Technology), Veterans Affairs, UPMC og to internasjonale teknologiaktører – IBM og Apple.

### **3.4 Ressursfordeling og resultater**

Tildeling for 2016, samt årsrapporten, viser at direktoratet hadde et høyt aktivitetsnivå i første oppstartsår. Av direktoratets tildelte midler brukes om lag halvparten på forvaltning av de nasjonale løsningene. Disse omfatter drift og utvikling av kjernejournal, helsenorge.no, e-resept, grunndata og meldingsutveksling. Resterende brukes i hovedsak på utredningsarbeid knyttet til programmene, samt myndighetsutøvelse. De største programmene i 2016 var Velferdsteknologiprogrammet, Program for felles infrastruktur (FIA), Én innbygger – én journal og Program for kodeverk og terminologi. Arbeidet knyttet til myndighetsutøvelse omfatter standardisering, kodeverk og terminologi, nasjonal styringsmodell, norm for informasjonssikkerhet, juridiske vurderinger og hørings svar.

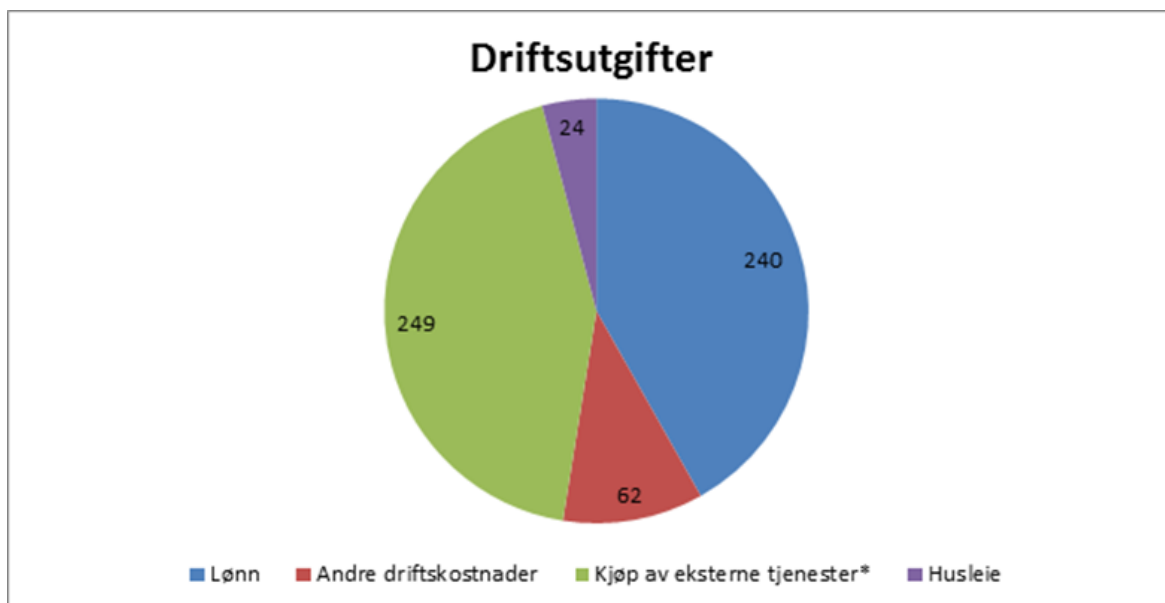
#### **3.4.1 Tildeling og driftsutgifter**

Direktoratets tildelinger over statsbudsjett var kr 451 mill. i 2016. Tildelingen er vist i diagram under uten inntektskapittel 3701.02 – diverse inntekter e-helse pålydende kr. 100 000.



I tillegg hadde Direktoratet for e-helse inntekter fra eksterne aktører i helsesektoren knyttet til den nasjonale porteføljen og forvaltning av nasjonale løsninger pålydende kr 169 mill.

Diagrammet under viser driftsutgiftene fordelt på hovedutgiftsposter:



*\*Består hovedsakelig av kjøp av tjenester til utviklingsoppgaver, drift av nasjonale e-helseløsninger og drift av interne IKT-løsninger*

Direktoratet har stort behov for konsulenter i forbindelse med flere større utviklingsprosjekter. Bruk av konsulenter er en bevisst strategi for Direktoratet for e-helse. Den gir virksomheten fleksibilitet fordi direktoratet er en prosjektorganisasjon med endrede oppgaver fra år til år, noe som igjen krever ulik type kompetanse. Jevn flyt av kompetanse utenfra gjør at direktoratet bedre evner å fornye og forbedre sin interne kompetanse, og konsulentbruk er en av flere måter å stimulere det private leverandørmarkedet på. I tillegg gir konsulentbruk større fleksibilitet i forhold til endringer av oppgaveportefølje mellom Direktoratet og andre aktører.

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

### 3.4.2 Utvikling og resultater for nasjonale løsninger som Direktoratet forvalter

#### 3.4.2.1 Kjernejournal

Kjernejournal er en elektronisk løsning som samler viktige helseopplysninger og gjør dem tilgjengelig både for innbyggere og helsepersonell. Dette er opplysninger som det er viktig at helsepersonell kjenner til ved behandling av en pasient, for eksempel alvorlige allergier, spesielle tilstander og bruk av legemidler. Kjernejournal gir tryggere helsehjelp og utgjør et supplement til de vanlige pasientjournalene hos fastlege, legevakt og sykehus. Innbyggere kan selv se sin kjernejournal på helsenorge.no, samt legge inn egne opplysninger.

#### Innføringstakt

Direktoratet samarbeider med de regionale helseforetakene om innføringsplaner for kjernejournal. Løsningen innføres samtidig til innbyggere, sykehus, legevakter og legesentre.

Utpøring av kjernejournal startet høsten 2013 i Trondheim og deretter i Stavanger våren 2014. Helse Vest innførte kjernejournal i hele sin region våren 2015, Helse Midt høsten 2015 og Helse Nord i 2016. Helse Sør-Øst begynte høsten 2015 og vil ferdigstille innføringen i 2017.

Tabell 1: Innføringen av kjernejournal, antall innbyggere, kommuner og helseforetak 2013-2016:

Kjernejournal er innført til (antall):	2014	2015	2016*
Innbyggere (av 5,2 millioner)	0,7	2,5	4,1
Kommuner (av 428)	47	233	356
Helseforetak (av 20)	2	8	16

\* 2016: januar-november.

Kilde: Kjernejournal, Direktoratet for e-helse

#### Andel helsevirksomheter som har tatt kjernejournal i bruk

Innføring av nasjonale e-helseløsninger tar tid da det er mange virksomheter involvert. Det er mange beslutningstakere som skal sikre innføring i egne virksomheter. I tillegg krever nye løsninger en viss teknisk tilrettelegging. Variasjonen i virksomhetenes teknologiske plattformer i sektoren er stor, med til dels utdatert teknologi og/eller mangelfull driftskompetanse.

Per 31. desember 2016 har 53 prosent av landets fastlegekontorer og 73 prosent av landets legevakter<sup>5</sup> tatt i bruk kjernejournal.

#### Bruk av kjernejournal blant helsepersonell

Pr. 1. desember 2016 er det cirka 5 800 helsepersonell som har tatt i bruk kjernejournal. Hver uke gjøres det gjennomsnittlig rundt 5 500 oppslag i kjernejournal.

#### Registrering av kritisk informasjon i kjernejournal

Med kjernejournal blir en ny standard for kritisk helseinformasjon prøvd ut. Alle leger kan registrere kritisk informasjon for sine pasienter. Det antas at 2-3 % av landets innbyggere har kritisk informasjon som bør registreres. Per 1. desember 2016 er det totalt 11 242 registreringer, og ukentlig registreres det i gjennomsnitt i underkant av 300.

#### Innbyggers oppslag og registreringer i kjernejournal

På helsenorge.no kan innbyggerne logge seg inn for å se egen kjernejournal, samt registrere utvalgte opplysninger. Per 1. desember 2016 har over 540 000 innbyggere sett på sin kjernejournal. Ukentlig slår rundt 100 000 innbyggere opp på sine legemidler/resepter.

Opplysninger som kan registreres av innbyggeren selv er kontaktpersoner, kommunikasjonsbehov og sykdomshistorie. Per 1. desember 2016 har totalt 92 660 innbyggere lagt inn informasjon i egen kjernejournal.

<sup>5</sup> Dette er legevakter av en viss størrelse og omfatter ikke legekantorer med legevaktfunksjon.

Tabell 2: Antall innbyggere som har registrert ulike typer informasjon i sin kjernejournal 2014-2016:

	2014	2015	2016*
Totalt antall innbyggere som har lagt inn informasjon	3 361	42 257	92 660
Type informasjon			
Kontaktpersoner	3 252	37 100	80 694
Kommunikasjonsutfordringer (syn, hørsel, tale eller språk)	65	563	1 233
Egenregistrert sykdom	716	10 606	22 142

\* 2016: januar-november.

Kilde: Kjernejournal, Direktoratet for e-helse

### Innbyggers bruk av personverninnstillinger i kjernejournal

Personvern og informasjonssikkerhet er bygget inn i løsningen. Innbyggerne kan velge å reservere seg mot kjernejournal, legge inn sperringer og sette opp varslingsprofil. Cirka 4000 (<1 promille) innbyggere har per desember 2016 aktivt reservert seg fra kjernejournal.

### 3.4.2.2 E-resept

E-resept er et viktig bidrag til modernisering av legemiddelforvaltningen og til bedre samhandling i helsetjenesten. E-resepter gir tryggere legemiddelbruk, fordi omfanget av feil ved rekvirering og utlevering reduseres. Det har vært en gradvis innføring av e-resept fra 2011.

E-resept er ferdig innført hos fastleger, avtalespesialister, apotek og bandasjister.

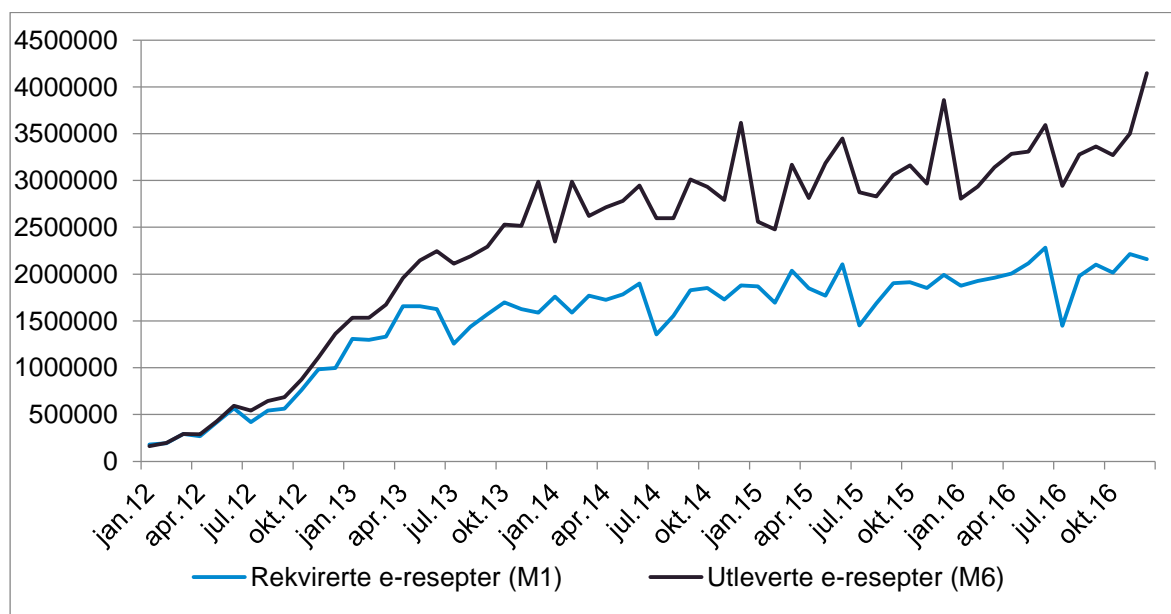
Ved utgangen av 2016 benytter alle helseforetakene e-resept. 16 av 20 helseforetak har fullført innføringen av e-resept og fire helseforetak er fortsatt under innføring.

Det arbeides med å tilrettelegge for innføring av e-resept til andre rekvirentgrupper, for eksempel tannleger og kommunale helse- og omsorgsenheter.

### Rekvireringer og utleveringer

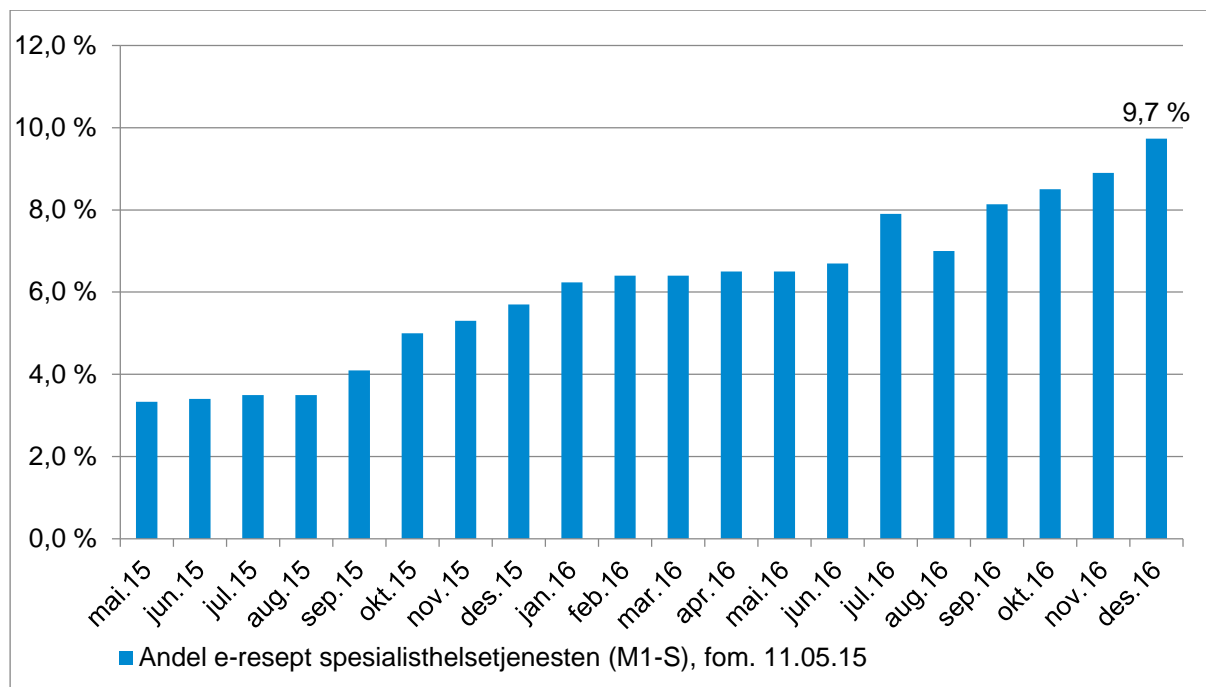
Antall rekvirerte og utleverte e-resepter øker fordi flere legekontor, sykehus og helseforetak tar i bruk løsningen. Det kan være flere utleveringer tilknyttet én e-resept.

I desember 2016 ble det rekvirert over 2,1 millioner e-resepter. Samtidig ble det utlevert over 4,1 millioner e-resepter.



Figur 1: Antall rekvirerte og utleverte e-resepter, januar 2012 – desember 2016 (kilde: Reseptformidleren, M1 og M6).

Rekvirerte resepter fra spesialisthelsetjenesten (både e-resepter og papirsepter) antas å utgjøre cirka 20 prosent av det totale antall rekvirerte resepter) per år. Per desember 2016 utgjør e-resepter fra spesialisthelsetjenesten 9,7 prosent av totalantallet e-resepter.



Figur 2: Andel e-resept rekvirert i spesialisthelsetjenesten, mai 2015 – desember 2016 (kilde: Reseptformidleren, M1).

### Mine resepter

Med tjenesten Mine resepter på helsenorge.no får innbyggere oversikt over egne e-resepter. Bruk av tjenesten måles på antall innlogginger gjennom ID-porten. I desember 2016 var antallet innlogginger i Mine resepter over 225 000.

### Nettapotek

Fra 1. januar 2016 ble det tillatt å sende reseptpliktige legemidler fra apotek til kunder i hele landet.

Oppdrag om etablering av nettapotek ble gitt i revidert nasjonalbudsjett 2015. Oppdraget planlagt av direktoratet i nært samarbeid med Apotekforeningen og Statens Legemiddelverk høsten 2015. Direktoratet for e-helse har i sitt utviklingsprosjekt hatt løpende dialog med alle interessenter for å sikre informasjonsflyt og koordinert fremdrift. Apotekene har på sin side utviklet sine nettløsninger i tråd med krav fra direktoratet.

Nettapotek-tjenesten ble lansert 19. oktober 2016 i henhold til plan med de tre nettapotek-aktørene som hadde meldt sin interesse (Komplett Apotek, Apotek 1 og Vitus Apotek).

#### 3.4.3.3 Grunndata

Grunndata er en viktig byggestein for å sikre informasjonsflyt innen helsesektoren i dag og er en samling av sentrale fellesregistre for helse- og omsorgssektoren. Porteføljen av registre eies av Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Norsk Helsenett (NHN), og plattformen driftes av sistnevnte. De ulike registrene inneholder administrativ informasjon om tjenester, personell, organisering mm. Registrene har en tett kobling og avhengighet. Registrene tilbyr tjenester for søk, oppslag, lagring og distribusjon. Det er svært høye krav til tilgjengelighet og kvalitet i dataene. Grunndata skal være sannhetskilden som helsesektoren har tillit til. I løpet av 2016 har grunndataplattformen hatt en økning i antall oppslag på 334 % mot 2015. Vi forventer en ytterligere vekst i oppslag og har estimert dette til å bli 1,2 milliarder i 2017.

#### 3.4.3.4 Helsenorge.no

Helsenorge.no ble etablert i juni 2011. Her kan innbyggerne finne kvalitetssikret informasjon om sykdommer, behandling, helseråd og rettigheter.

Flere elektroniske selvbetjeningstjenester er tilgjengelig på helsenorge.no, for eksempel:

- bytte fastlege
- resepter
- timeavtaler
- henvisninger
- frikort og egenandeler
- pasientjournal
- kjernejournal
- pasientreiser
- helsekontakter
- personlig helsearkiv

Nye tjenester vil legges til på helsenorge.no fremover.

#### Brukerundersøkelse

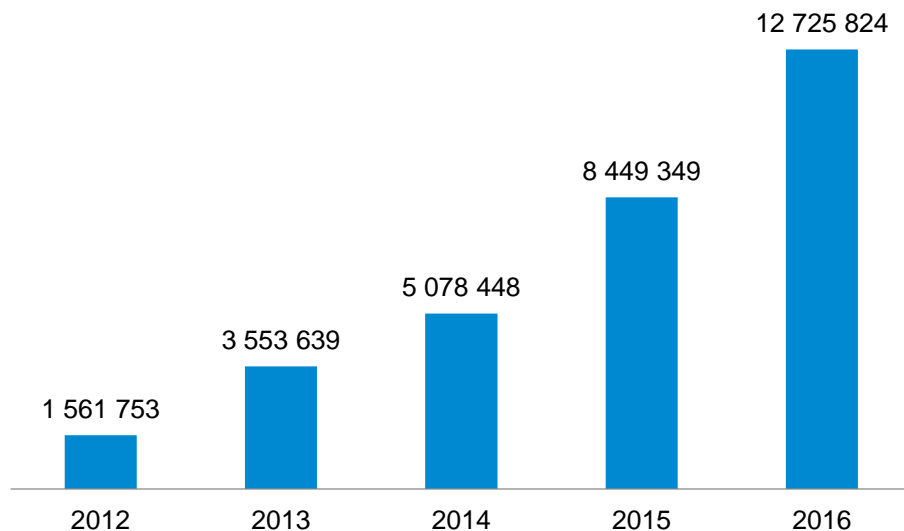
I 2016 gjorde Direktoratet for e-helse en spørreundersøkelse på helsenorge.no, hvor brukerne ble spurt om blant annet:

- hva de kom til helsenorge.no for å gjøre
- om de fikk gjort det de kom for

Av cirka. 11 000 respondenter, svarte 78 % at de fikk gjort det de kom til helsenorge.no for å gjøre.

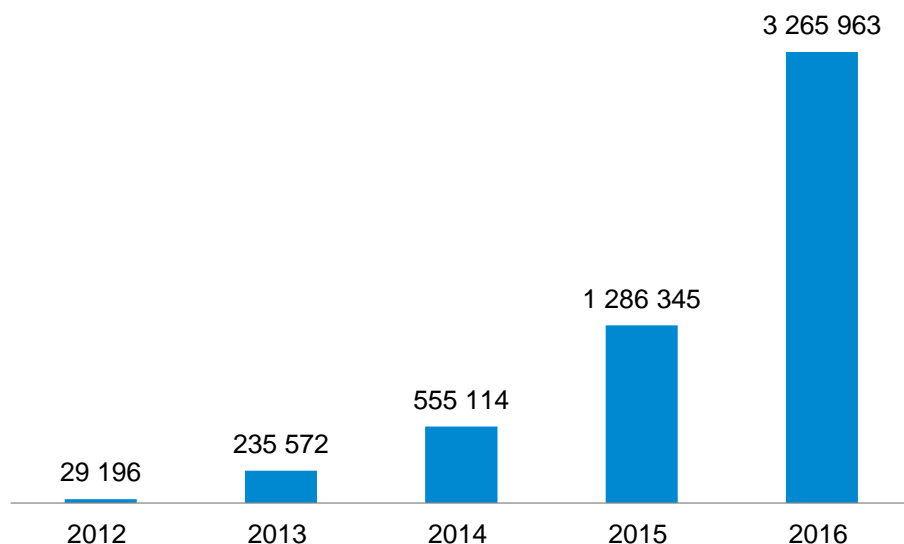
#### Antall besøk på helsenorge.no

I 2016 hadde helsenorge.no mer enn 12,7 millioner besøk. Det er en økning på 51 % sammenlignet med 2015.



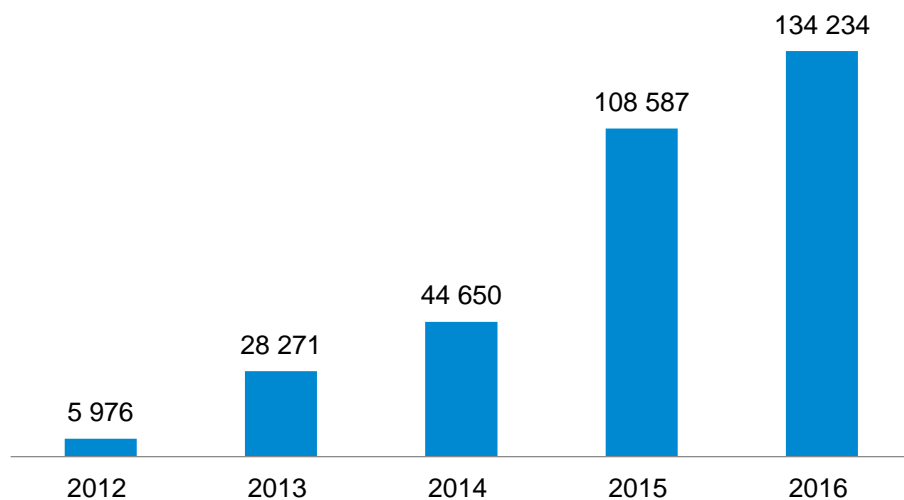
#### Bruk av innloggede tjenester

Innlogging på helsenorge.no fra ID-porten ble etablert med tjenesten Mine egenandeler i 2012. Siden da har flere tjenester blitt lagt til, og fra 17. november 2015 ble det mulig å logge inn med Bank-ID på mobil. Helsenorge.no hadde 3 265 963 innlogginger i 2016. Det er en økning på 154 % sammenlignet med 2015.



### Mine vaksiner

Tjenesten Mine vaksiner lar innbyggere se vaksinasjonsstatus for seg selv og sine barn under 16 år. Man kan også skrive ut vaksinasjonskort på norsk og engelsk. Tjenesten leveres av Folkehelseinstituttet (FHI), og lenkes til fra helsenorge.no. Mine vaksiner hadde 134 234 innlogginger i 2016. Det er en økning på 24 % sammenlignet med i 2015.



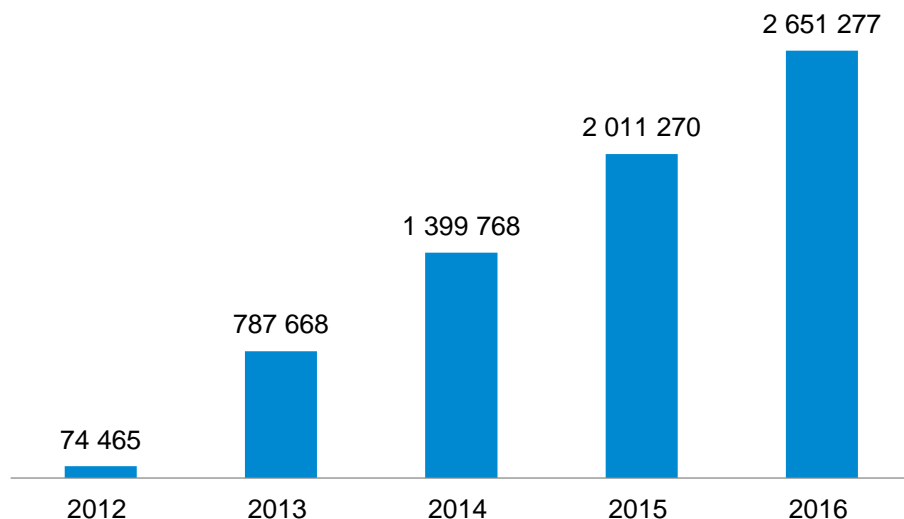
### Mineresepter.no

Mineresepter.no er en netjtjeneste som gir innbyggere oversikt over

- sine aktive resepter
- legemidler de har fått utlevert hos apotek
- antall utleveringer som er gjort

Tjenesten leveres av Direktoratet for e-helse, og er i ferd med å bli integrert som en innlogget tjeneste på helsenorge.no.

Mineresepter.no hadde 2 651 277 innlogginger i 2016. Det er en økning på 32 % sammenlignet med i 2015.



### 3.4.3.5 Meldingsutveksling

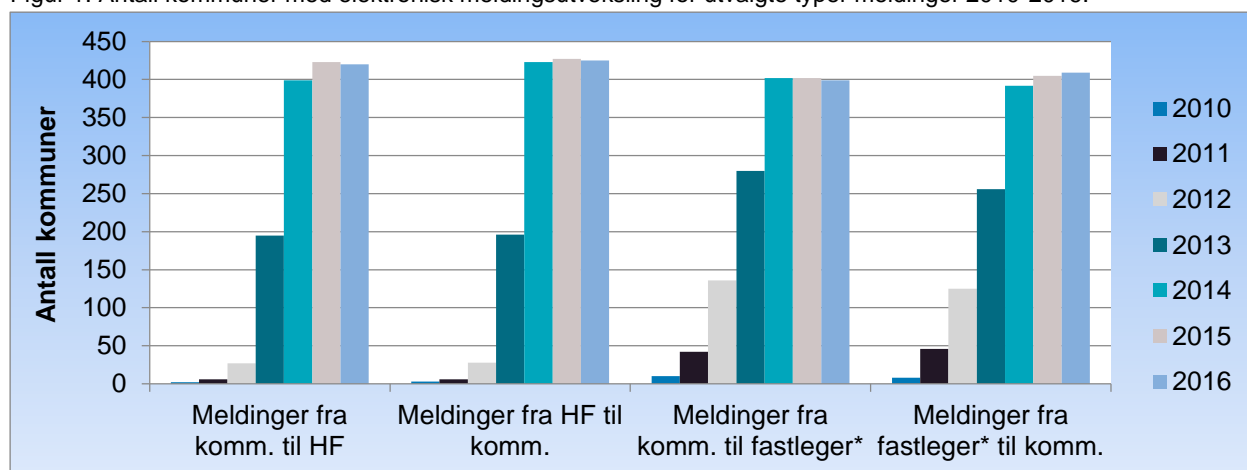
Meldingsutveksling er en elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Kommunikasjon mellom helse- og omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak (HF) skjer gjennom standardiserte meldinger via helsenettet.

Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er nå tilkoblet helsenettet. På mange områder har elektroniske meldinger erstattet papirforsendelser. Eksempelvis er elektroniske henvisninger, epikriser, laboratoriesvar og automatisk frikort er nå bredt tatt i bruk.

### Utbredelse og bruk av helse- og omsorgsmeldinger

I 2016 er det bare et fåtall kommuner som ikke har utvekslet helse- og omsorgsmeldinger. Omtrent alle kommuner mottok helse- og omsorgsmeldinger fra helseforetak og private sykehus i 2016. I 2016 var det 33 helseforetak eller private sykehus som utvekslet helse- og omsorgsmeldinger.

Figur 1: Antall kommuner med elektronisk meldingsutveksling for utvalgte typer meldinger 2010-2016:



\*Privatpraktiserende autorisert helsepersonell

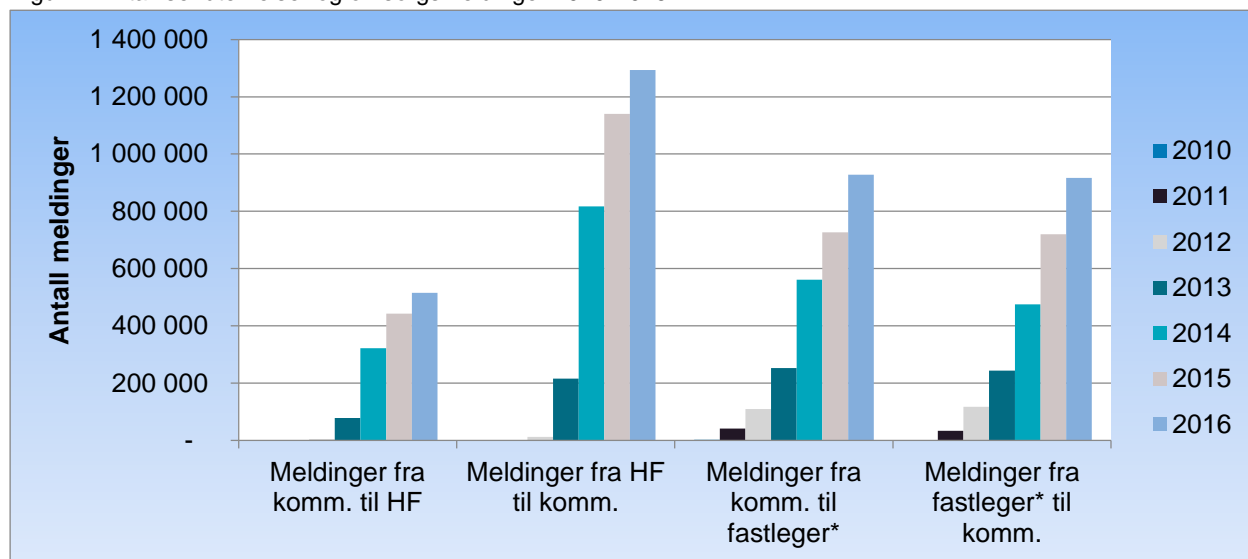
Kilde: Norsk Helsenett

Antall helse- og omsorgsmeldinger har økt i hele perioden fra 2010-2016. Flest helse- og omsorgsmeldinger sendes fra helseforetak og private sykehus til kommuner, og i 2016 var antallet i underkant av 1 294 000.

Fra 2014 til 2016 har det vært en økning på 60 % i antall helse- og omsorgsmeldinger mellom kommuner og helseforetak og private sykehus. I samme periode har det mellom kommuner og fastleger også vært en økning på henholdsvis 65 % fra kommuner og 90 % fra fastleger.



Figur 2: Antall sendte helse- og omsorgsmeldinger 2010-2016:



\*Privatpraktiserende autorisert helsepersonell

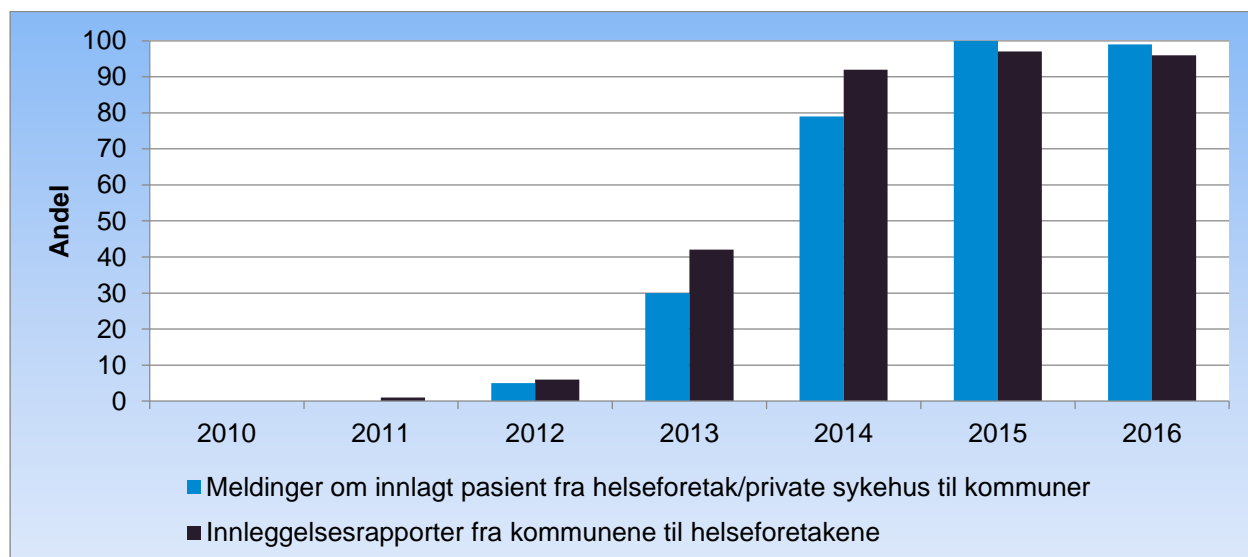
Kilde: Norsk Helsenett

### Melding om innlagt pasient

Ved innleggelse av en pasient på sykehus skal det etter samtykke sendes elektronisk melding om innleggelsen til helse- og omsorgstjenesten.

I 2016 sendte rundt 96 % av kommunene innleggelsesrapporter til helseforetak og private sykehus. 99 % av kommunene mottok melding om innlagt pasient fra helseforetak og private sykehus. Andelen har sunket noe fra 2015.

Figur 3: Andel kommuner som sender og mottar utvalgte helse- og omsorgsmeldinger til helseforetak og private sykehus 2010-2016:

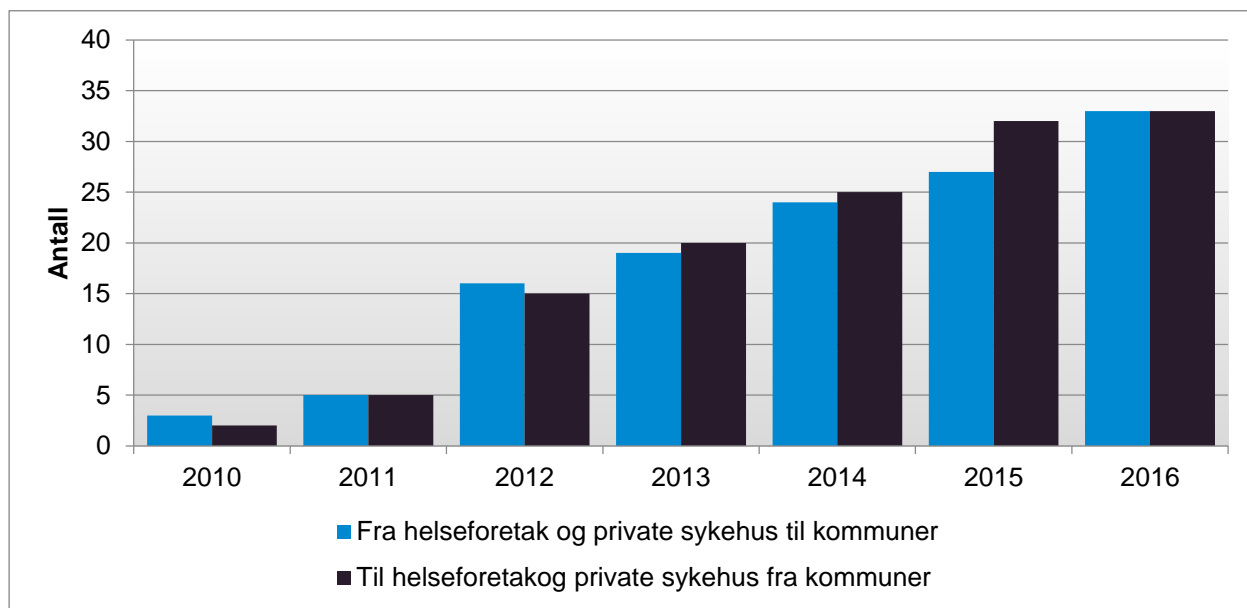


Kilde: Norsk Helsenett

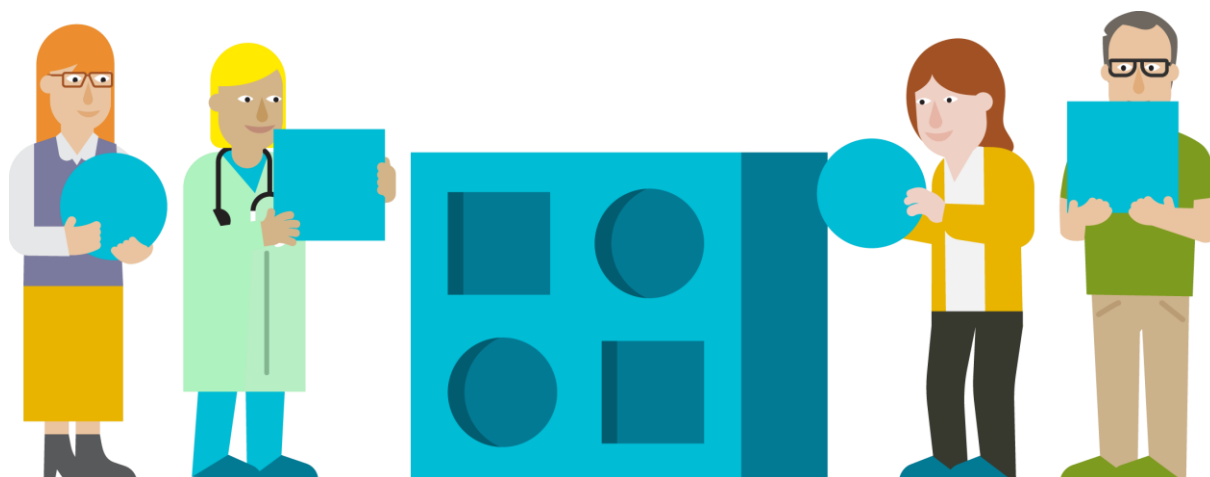
### Helse- og omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner

I perioden 2014 til 2016 har det vært en økning fra 25 til 33 helseforetak og private sykehus som har utvekslet helse- og omsorgsmeldinger.

Figur 4: Antall helseforetak og private sykehus som utveksler elektroniske helse- og omsorgsmeldinger med kommuner 2010-2016:



Kilde: Norsk helsenett



## Del IV. Styring og kontroll i virksomheten

### 4.1 Direktoratets overordnede vurdering av styring og kontroll i virksomheten

Direktoratet for e-helse har i all hovedsak nådd resultatkravene som er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Enkelte av oppdragene som ble gitt i tildelingsbrevet for 2016 er under ferdigstilling første kvartal 2017.

Styring og kontroll av virksomheten er vurderes som tilstrekkelig god. Som en konsekvens av etableringen av Direktoratet for e-helse, er det behov for videre profesjonalisering innen utvalgte områder. Utfordringen i 2016 har vært å balansere store leveranser med etableringsaktiviteter. Arbeidet med å beskrive og innføre gode interne prosesser og rutiner har blitt vektlagt, men det har vært nødvendig å prioritere utvalgte områder. Direktoratets porteføljestyling og arbeidet med sikkerhet, personvern og beredskap er blitt prioritert.

### 4.2 Porteføljestyling

En vesentlig del av oppdragene som er gitt direktoratet, blir løpende fulgt opp gjennom porteføljestyling. Denne styringsfunksjonen er i 2016 videreutviklet til å bli en sentral del av virksomhetsstyringen. Porteføljestylingen er en integrert del av budsjett- og virksomhetsplanleggingsprosessen. Den benyttes både som et styringsverktøy for løpende prioritering og balansering av tiltak, oppfølging og risikovurdering, samt som et verktøy for mer helhetlig analyse.

Ledergruppen i direktoratet får månedlig porteføljestatusrapporter, samt prognoser for økonomi til vurdering. I 2016 har direktoratets porteføljestyling fulgt opp til sammen fire programmer og 35 prosjekter. Direktoratets porteføljestyling er knyttet tett opp til den nasjonale porteføljestylingen. Metode og malverk fra DIFIs prosjektveiviser legges til grunn når prosjekter i direktoratet skal planlegges og gjennomføres.

### 4.3 Sikkerhet, personvern og beredskap

Tilstrekkelig informasjonssikkerhet og godt personvern er en forutsetning for å levere gode og sikre e-helseløsninger. I etableringen av direktoratet har sikkerhet og personvern vært sentrale fokusområder. I 2016 har man derfor jobbet med å etablere intern sikkerhetskultur, og en felles bevissthet og innsats fra hele organisasjonen på sikkerhetsområdet.

Informasjonssikkerhetsleder og personvernroller er etablert og er organisatorisk fordelt i virksomheten. Det er etablert en sikkerhetsorganisasjon rundt helsepersonelltjenester og innbyggertjenester med sikkerhetsledere og personvernforvaltere. På direktoratsnivå er det etablert personvernombud og informasjonssikkerhetsleder. Disse fagressursene jobber på tvers i organisasjonen for å sikre helhetlig tilnærming til sikkerhet og personvern.

Samarbeidsavtalen med Helsedirektoratet på området informasjonssikkerhetsledelse med felles informasjonssikkerhetsleder har gitt synergier på begge kanter gjennom nyttig samkjøring og erfaringsutveksling.

I løpet av året har det vært jobbet med å etablere et styringssystem med tilhørende prosesser og rutiner slik at personvern- og sikkerhetsarbeidet blir ivaretatt på en systematisk måte i henhold til lover, forskrifter og andre krav. Det gjennomføres regelmessig internkontroll innen sikkerhetsområdet. Siden de nasjonale e-helseløsningene stadig er under endring, må dette også følges opp i internkontrollarbeidet.

Det er opprettet jevnlig kontaktmøter med Datatilsynet. Kontaktmøtene skal være en arena hvor Direktoratet for e-helse kan orientere om aktuelle saker og diskutere problemstillinger. Tidlig involvering og dialog med Datatilsynet skal bidra til å sikre at direktoratet kan utvikle og forvalte gode løsninger som ivaretar personvernet og informasjonssikkerheten på best mulig måte.

Direktoratet for e-helse har sendt en avviksmelding til Datatilsynet i 2016. I Datatilsynets vurdering av avviksmeldingen vektlegges det at internrevisjonen til Direktoratet for e-helse fungerer, og at det er positivt at direktoratet selv har avdekket og håndtert avvikene. Datatilsynet påpeker at avvikene har blitt håndtert på en ryddig måte, med utbedring av problemet og informasjon til de berørte. Sakene er ferdigbehandlet uten videre anmerkninger.

Direktoratet har startet forberedelser til hvordan direktoratet skal møte reglene i den nye personvernforordningen fra EU.

Direktoratet gjennomfører jevnlig risikovurderinger på sikkerhetsområdet. Disse følges opp og rapporteres på ledernivå. Etableringen av en robust sikkerhet- og personvernforvaltning krever kontinuerlig forbedring. Arbeidet vil derfor fortsette i 2017.

Direktoratet for e-helse har ansvar for at det gjennomføres sikkerhetsrevisjoner av de nasjonale e-helseløsningene. Direktoratet har fire revisjonsobjekter, herunder kjernejournal, helsenorge.no, e-resept (Reseptformidleren) og grunndata. Høsten 2016 besluttet direktoratet å gjennomføre en sikkerhetsrevisjon for helsenorge.no og e-resept. Formålet med å gjennomføre sikkerhetsrevisjon var blant annet å verifisere at de sikkerhetstiltak som er definert, faktisk er iverksatt og fungerer etter sin hensikt. Revisjonen ble gjennomført av en ekstern revisor (KPMG).

Rapporten fra revisjonen konkluderer med at det er etablert gode prosesser og rutiner for informasjonssikkerhet og ivaretagelse av personvernet i e-helseløsningene. Revisjonsrapporten legger vekt at styringssystemet imidlertid ikke er tilpasset Direktoratet for e-helse. Det er satt i gang et arbeid for å gjøre de nødvendige tilpasningene.

For de nasjonale e-helseløsningene, er det etablert 24/7 beredskap og en robust hendelsehåndtering. Kontinuitetsplaner for de nasjonale e-helseløsningene og beredskapsplanen for virksomheten er oppdatert. Direktoratet har anskaffet og tatt i bruk et verktøy for krisehåndtering (CIM). Verktøyet legger til rette for koordinering og tilstrekkelig dokumentasjon ved alvorlige hendelser. I 2016 har direktoratet gjennomført en intern beredskapsøvelse, og deltatt i den nasjonale tverrsektorielle beredskapsøvelsen IKT16.

#### **4.4 Andre forhold**

Regjeringen ønsker å legge til rette for mest mulig effektiv ressursbruk i forvaltningen, og besluttet i februar 2016 at alle etater under HOD fra 1. januar 2017 skal ta i bruk Direktoratet for økonomistyring (DFØ) sin fullservicemodell for regnskap, lønn og reiseadministrasjon. I 2016 ble drift av regnskap, lønn og reiseadministrasjon for Direktoratet for e-helse håndtert av Helsedirektoratet. Basert på beslutning om fullservicemodell fra 2017 ble det ikke prioritert å beskrive midlertidige rutiner og prosesser for regnskap, lønn og reiseadministrasjon i 2016. Arbeidet med styring og kontroll innenfor disse fagfeltene har derfor vært innrettet mot å forberede overgangen til DFØ fra 2017.

Det er fra 2017 etablert et tjenestesenter i Norsk Helsenett. Tjenestesenteret skal tilby administrative tjenester til den sentrale helse- og omsorgsforvaltningen. Tjenestesenteret har ansvar for sentrale funksjoner knyttet til anskaffelser, IKT og arkiv/dokumentforvaltning. Direktoratet for e-helse har bidratt inn i dette arbeidet blant annet

gjennom representasjon i strategisk gruppe, referansegrupper og arbeidsgrupper. I 2016 leverte Helsedirektoratet arkiv og anskaffelsestjenester til Direktoratet for e-helse.

#### **4.5 Arbeidsmiljø og likestilling**

I løpet av 2016 ble det inngått IA-avtale, opprettet arbeidsmiljøutvalg og etablert medbestemmelsesapparat. En HMS-håndbok for Direktoratet er underutarbeidelse.

Høsten 2016 gjennomførte Direktoratet en medarbeiderundersøkelse som omfattet alle medarbeiderne i direktoratet. Resultatene viser gjennomgående høyt engasjement hos medarbeiderne og et godt arbeidsmiljø i direktoratet. Det er definert områder og tiltak per divisjon for videre oppfølging.

Sykefraværet i Direktoratet var totalt på 4,1 %. Rutiner for oppfølging av og tilrettelegging for langtidssykemeldte har vært prioritert i tråd med gjeldende regelverk.

Kjønnsfordelingen i Direktoratet per 31.12 var 58 % kvinner og 42 % menn. I ledergruppen var det per 31.12.2106 fire kvinner og to menn.

## Del V. Vurdering av framtidssutsikter

Digitalisering av helsesektoren er ett av de viktigste virkemidlene for å møte behovene i fremtidens helsetjeneste. Pasientene må få muligheter til en mer aktiv rolle og ta større ansvar for mestring av egen helse og sykdom. Helsepersonell må få bedre muligheter til effektiv samhandling seg i mellom, og med pasientene. Utvikling av kunnskap om helse og sykdom på ulike områder blir stadig mer viktig. Tilsvarende vil tilgang til kunnskap for alle aktører i helsesektoren være vesentlig for kvalitet og effektivitet.

Den viktigste satsingen for å møte behovene i sektoren er arbeidet med én felles journal for helse- og omsorgstjenesten. Dette vil i økende grad prege direktoratets og sektorens arbeid. Det er viktig å forberede direktoratet på dette.

Dagens satsinger for øvrig vil fortsette i årene fremover. Helsesektoren har en omforent strategi på nasjonalt nivå frem mot 2022 og det er grunn til å tro at mye av det direktoratet har planlagt blir realisert med tilnærmet samme prioritet som i dag.

Det er grunn til å tro at data for helseanalyse, forskning, styring og planlegging gradvis vil bli høyere prioritert av helsesektoren og myndigheter. Det er flere grunner til dette. For det første legger det grunnlag for bedre planlegging av tjenestene og derved bedre ressursutnyttelse, høyere kvalitet på tjenestene og bedre forebygging av sykdom. Dette vil være viktig i fremtiden på grunn av økt press på tjenestene knyttet til kvalitet og kapasitet. I tillegg er data til forskningsformål viktig blant annet for innovasjon og næringsutvikling, og noe som kan styrke norsk økonomi. Direktoratet for e-helse må sørge for riktig kompetanse, og bidra til en god organisering av dette feltet i sektoren.

Selv om mål og strategier ligger fast, vil antagelig realiseringen av satsingene gradvis gjennomføres på nye måter. Dette vil påvirke direktoratets roller og ansvar. Nye finansieringsmodeller som er mer langsiktige og helhetlige kan påvirke organiseringen i sektoren. Store og felles løft er enklere å gjennomføre med noen få og sentrale aktører på e-helsefeltet. Direktoratet kan som følge av disse strukturelle endringene som antas komme, få et større ansvar på noen områder, og et mer begrenset ansvar på andre. Direktoratet for e-helse må derfor være i kontinuerlig endring, og sørge for å bli et myndighetsorgan som sektoren og leverandørene har tillit til og opplever at gir merverdi.

Nye måter å gjennomføre satsinger på, innebærer også mer systematisk bruk av markedet med større innkjøp og mindre egenutvikling. Dette forutsetter at direktoratet har høy bestiller-kompetanse, gode styringsmodeller og stor innsats på standardiseringsfeltet.

I og med at digitalisering er så viktig for helsesektoren, vil det være viktig at Direktoratet for e-helse følger e-helseutviklingen i Norge og internasjonalt. Organisasjonen skal utvikles til å ivareta denne overvåker- og innsiktsrollen. Vi må regne med at direktoratet i økende grad skal formidle status og effekter av satsinger både i Norge og internasjonalt.

Det er også sannsynlig at flere satsinger vil gjennomføres ved bruk av regulatoriske virkemidler. Lover og forskrifter kan inneholde krav til funksjonalitet som aktørene må ta i bruk. Et eksempel på dette er krav om at viktige helseaktører tilbyr digitalt journalinnsyn og e-konsultasjon til sine pasienter. For direktoratet innebærer dette økt satsing på regelverksutvikling og standardisering. I tillegg oppfølging av eventuelle sanksjoner for aktører som ikke oppfyller kravene.

Uansett hvordan vi gjennomfører nasjonale satsinger, er det behov for økt nasjonal styring, herunder arkitekturstyring. Sistnevnte må få økt oppmerksomhet i direktoratet i årene fremover, og innlemmes i utviklingen av styringsmodellen.

Vi er i tvil om den tverrsektorielle satsingen vil øke vesentlig i omfang. Det er store hindre for dette i måten digitalisering er innrettet på i offentlig sektor. Vi ser for eksempel liten endring i samhandlingen mellom departementer og mellom stat og kommune generelt sett. Blant annet har felleskomponentene ulike eiere, styringsstrukturer og finansieringsmodeller. Tilsvarende gjelder de nye satsingene som er foreslått. For Direktoratet for e-helse er det derfor usikkert hvor høy innsats vi kan regne med på dette feltet.

# Del VI. Årsregnskap

## 6.1 Ledelseskommmentarer

### Formål

Direktoratet for e-helse er et fagdirektorat og myndighetsorgan som ble opprettet i 2016, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Vår visjon er et enklere helse-Norge. Vårt samfunnsoppdrag er å bidra til en helhetlig og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som utnytter de teknologiske mulighetene, og involverer innbyggere for å bidra til bedre helse, bedre resultat av helsehjelp og bedre utnyttelse av kapasitet.

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

### Bekreftelse

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

### Vurderinger av vesentlige forhold

2016 var et etableringsår for Direktoratet for e-helse, og direktoratets funksjoner har vært under utvikling med mål om gode rutiner og prosesser.

I 2016 har Direktoratet for e-helse samlet disponert tildelinger på utgiftssiden pålydende kr 450 607 000, jf. bevilgningsrapporteringen og note A. Det er avgitt en belastningsfullmakt á kr 2 000 000 hvor kr 1 000 000 er benyttet, jf. note B. Samlet tildeling på inntektssiden er kr 100 000. I henhold til tildelingsbrev kan Direktoratet for e-helse overskride bevilgning over kapittel 701, post 01 og 21 mot tilsvarende merinntekter over kapittel 3701, post 02.

Utnyttelsesgraden av tildelingene til kapittel 701, post 01 og kapittel 701, post 21 justert for merinntekt er 96 %. Hovedårsaken til lavere utnyttelsesgrad er at direktoratet var i et etableringsår.

Merutgiften for kapittel 701 Direktoratet for e-helse post 01 driftsutgifter ble kr 11 478 975, jf. note B og skyldes i hovedsak eksterne prosjekter.

For kapittel 701 post 21 spesielle driftsutgifter har Direktoratet for e-helse merutgifter på kr 141 930 718, jf. note B, som i hovedsak skyldes eksterne prosjekter. Etter justering for utgiftsført av andre i henhold til avgitt belastningsfullmakt, og inntekter fra eksterne prosjekter, har Direktoratet for e-helse en mindreutgift på kr 25 712 431 for kapittel 701, post 21.

Samlet sett for kapittel 701, post 01 og kapittel 701 post 21 har Direktoratet for e-helse en mindreutgift på kr 14 233 456 som søkes overført til neste år i henhold til beregninger i note B. Hovedårsaken til dette er at direktoratet var i et etableringsår.

Mindreutgiften for kapittel post 762 lege og fysioterapi – EPJ-løftet 21 på kr 28 311 040 skyldes i hovedsak at takstforhandlingene med Legeforeningen gjelder for avtaleåret 2016/2017.

For kapittel 3701 diverse inntekter, ble merinntekten kr 168 693 149. Dette skyldes utgiftrefusjon knyttet til eksterne prosjekter.

Utbetalinger til lønn og sosiale utgifter beløp seg til kr 239 842 598, jf. opplysninger i note 2.

Lønnsandel av driftsutgiftene er 41,8 %.

Sum andre utbetalinger til drift utgjorde kr 333 742 508, jf. oversikt over andre utbetalinger til drift i note 3. Den største utgiftsposten er kjøp av konsulenttjenester og utgjorde 74 prosent av sum andre utbetalinger. Bruk av konsulenter er en bevisst strategi for Direktoratet for e-helse. Den gir virksomheten fleksibilitet fordi direktoratet er en prosjektorganisasjon med endrede oppgaver fra år til år, noe som igjen krever ulike typer kompetanse. Jevn flyt av kompetanse utenfra gjør at

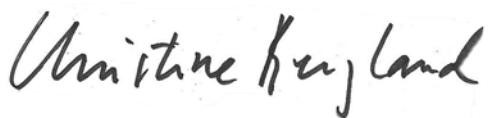
direktoratet bedre evner å fornye og forbedre sin interne kompetanse, og konsulentbruk er en av flere måter å stimulere det private leverandørmarkedet på.

Mellomværende med statskassen utgjorde pr 31.12.16 kr 36 546 381, jf. note 8. Oppstillingen av artskontorrapporteringen viser hvilke eiendeler og gjeld mellomværende består av.

#### **Tilleggsopplysninger**

Riksrevisjonen er ekstern revisor og bekrefter årsregnskapet for Direktoratet for e-helse. Årsregnskapet er ikke ferdig revidert per dags dato. Revisjonsberetningen antas å foreligge i løpet av 2. kvartal 2017, og vil bli publisert på Direktoratet for e-helses nettside ([www.ehelse.no](http://www.ehelse.no)).

Oslo, 1. mars 2017



Christine Bergland

Direktør, Direktoratet for e-helse



## 6.2 Prinsippnote årsregnskapet

Årsregnskapet for Direktoratet for e-helse er utarbeidet og avlagt etter nærmere retningslinjer fastsatt i bestemmelser om økonomistyring i staten ("bestemmelsene"), fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 1. januar 2017.

Årsregnskapet er i henhold til krav i bestemmelsene punkt 3.4.1, nærmere bestemmelser i Finansdepartementets rundskriv R-115 og eventuelle tilleggskrav fastsatt av eget departement.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen omfatter en øvre del med bevilgningsrapportering og en nedre del som viser beholdninger virksomheten står oppført med i kapitalregnskapet. Oppstillingen av artskontorrapporteringen har en øvre del som viser hva som er rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter og en nedre del som viser grupper av kontoer som inngår i mellomværende med statskassen.

Oppstillingen av bevilgningsrapporteringen og artskontorrapporteringen er utarbeidet med utgangspunkt i bestemmelsene punkt 3.4.2 – de grunnleggende prinsippene for årsregnskapet:

- a) Regnskapet følger kalenderåret
- b) Regnskapet inneholder alle rapporterte utgifter og inntekter for regnskapsåret
- c) Utgifter og inntekter er ført i regnskapet med brutto beløp
- d) Regnskapet er utarbeidet i tråd med kontantprinsippet

Oppstillingene av bevilgnings- og artskontorrapportering er utarbeidet etter de samme prinsippene, men gruppert etter ulike kontoplaner. Prinsippene korresponderer med krav i bestemmelsene punkt 3.5 til hvordan virksomhetene skal rapportere til statsregnskapet. Sumlinjen "Netto rapportert til bevilgningsregnskapet" er lik i begge oppstillingene. Alle statlige virksomheter er tilknyttet statens konsernkontoordning i Norges Bank i henhold til krav i bestemmelsene pkt. 3.8.1. Ordinære forvaltningsorgan (bruttobudsjetterte virksomheter) tilføres ikke likviditet gjennom året. Ved årets slutt nullstilles saldoen på den enkelte oppgjørskonto ved overgang til nytt år.

## 6.3 Bevilgningsrapporteringen

Bevilgningsrapporteringen viser regnskapstall som Direktoratet for e-helse har rapportert til statsregnskapet. Det stilles opp etter de kapitler og poster i bevilgningsregnskapet som Direktoratet for e-helse har fullmakt til å disponere. Oppstillingen viser alle finansielle eiendeler og forpliktelser E-helse står oppført med i statens kapitalregnskap. Kolonnen samlet tildeling viser hva virksomheten har fått stilt til disposisjon i tildelingsbrev for hver kombinasjon av kapittel/post.

Mottatte fullmakter til å belaste en annen virksomhets kombinasjon av kapittel/post (belastningsfullmakter) vises ikke i kolonnen for samlet tildeling, men er omtalt i note B til bevilgningsoppstillingen. Utgiftene knyttet til mottatte belastningsfullmakter er bokført og rapportert til statsregnskapet, og vises i kolonnen for regnskap.

Avgitte belastningsfullmakter er inkludert i kolonnen for samlet tildeling, men bokføres og rapporteres ikke til statsregnskapet fra virksomheten selv. Avgitte belastningsfullmakter bokføres og rapporteres av virksomheten som har mottatt belastningsfullmakten og vises derfor ikke i kolonnen for regnskap. De avgitte fullmaktene framkommer i note B til bevilgningsrapporteringen

## 6.4 Artskontorrapporteringen

Artskontorrapporteringen viser regnskapstall Direktoratet for e-helse har rapportert til statsregnskapet etter standard kontoplan for statlige virksomheter. Note 8 til artskontorrapporteringen viser forskjeller mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen.

## 6.5 Noter og oppstillinger

### 6.5.1 Oppstilling av bevilgningsrapportering

Virksomhet: SN - Direktoratet for e-helse

Rapport kjørt: 18.01.2017

#### Oppstilling av bevilgningsrapportering 31.12.2016

Utgiftskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2016	Merutgift (-) og mindreutgift
0701	Driftsutgifter E-helse	01			185 057 000	196 535 975	-11 478 975
0701	Spesielle driftsutgifter E-helse	21			216 050 000	358 030 718	-141 980 718
0762	Spesielle driftsmidler	21			45 500 000	17 188 960	28 311 040
0770	Tannhelse	21			4 000 000	4 000 000	0
1633	Nettoføringsordningen for mva i staten	01			0	65 578 584	
<i>Sum utgiftsført</i>					450 607 000	641 334 237	

Inntektskapittel	Kapittelnavn	Post	Posttekst	Note	Samlet tildeling*	Regnskap 2016	Merinntekt (-) og mindreinntekt
3701	Diverse inntekter E-helse	02			100 000	168 793 149	-168 693 149
5309	Tilfeldige inntekter i staten	29			0	354 322	
5700	Arbeidsgiveravgift	72			0	29 927 633	
<i>Sum inntektsført</i>					100 000	199 075 104	

<i>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</i>						442 259 132	
<b>Kapitalkontoer</b>							
60094301	Norges Bank KK /innbetalinger					199 343 016	
60094302	Norges Bank KK/utbetalinger					-605 055 767	
707017	Endring i mellomværende med statskassen					-36 546 381	
<i>Sum rapportert</i>						0	

<b>Beholdninger rapportert til kapitalregnskapet (31.12)</b>					18.12.2016	31.12.2015	Endring
0	Mellomværende med statskassen				-36 546 381	0	-36 546 381

\* Samlet tildeling skal ikke reduseres med eventuelle avgitte belastningsfullmakter. Se note B for nærmere forklaring.

**Note A – Forklaring av samlet tildeling utgifter**

**Virksomhet:**

**SN - Direktoratet for e-helse**

<b>Note A Forklaring av samlet tildeling utgifter</b>			
<b>Kapittel og post</b>	<b>Overført fra i fjor</b>	<b>Årets tildelinger</b>	<b>Samlet tildeling</b>
70101	0	185 057 000	185 057 000
70121	0	216 050 000	216 050 000
76221	0	45 500 000	45 500 000
77021	0	4 000 000	4 000 000
3701	0	100 000	100 000
<b>Sum</b>		<b>450 707 000</b>	<b>450 707 000</b>

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

**Virksomhet:** SN - Direktoratet for e-helse

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

Kapittel og post	Stikkord	Merutgift(-)/ mindre utgift	Utgiftsført av andre iht. avgitte belastnings- fullmakter(-)	Merutgift(-)/ mindreutgift etter avgitte belastnings-fullmakter	Merinntekter / mindreinntekter(-) iht. merinntektsfullmakt	Omdisponering fra post 01 til 45 eller til post 01/21 fra neste års bevilgning	Innsparinger(-)	Sum grunnlag for overføring	Maks. overførbart beløp *	Mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten
70101	Driftsutgifter E-helse**	-11 478 975	0	-11 478 975	0	0	0	-11 478 975	[5% av årets tildeling i note A]	-11 478 975
70121	Spesielle driftsutgifter E-helse, kan overføres*	-141 980 718	-1 000 000	-142 980 718	168 693 149	0	0	25 712 431	[5% av årets tildeling i note A]	25 712 431
Sum 70101 og 70121										14 233 456
76221	Spesielle driftsmidler	28 311 040		28 311 040				28 311 040	[5% av årets tildeling i note A]	28 311 040
77021	Tannhelse	0	0	0	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell		
xxxx75	"overslagsbevilgning"			0	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell	Ikke aktuell		

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

\*\* Se kommentar nedenfor vedrørende fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter.

**Forklaring til bruk av budsjettfullmakter**

**Mottatte belastningsfullmakter**

**Stikkordet «kan overføres»**

**Stikkordet «kan benyttes under»**

**Stikkordet «overslagsbevilgning»**

**Avgitte belastningsfullmakter (utgiftsført av andre):** Det er avgitt en belastningsfullmakt til Helsedirektoratet på 2 mill. kr.. Helsedirektoratet fikk benyttet kun halvparten av midlene som ble stilt til rådighet i belastningsfullmakten. Grunnen til dette er i hovedsak at midlene ble gitt så sent på året at det ble liten tid til å dra nytte av midlene

**Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger mot tilsvarende merinntekter:** \*\* For kappost 70101 og 70121 har direktoratet for e-helse tillatelse til å overskride bevilgningen mot tilsvarende merinntekter. Merinntektene er ikke fordelt pr. kappost slik at overførbart beløp for disse to kappostene må sees i sammenheng. Tilsammen blir dette kr. 14.283.456 som mulig overførbart beløp beregnet av virksomheten.

**Fullmakt til å overskride investeringsbevilgninger mot tilsvarende innsparing under driftsbevilgninger under samme budsjettkapittel**

**Fullmakt til å overskride driftsbevilgninger til investeringsformål mot tilsvarende innsparing i de tre følgende budsjettår**

**Innsparing i regnskapsåret som følge av bruk av fullmakt til å overskride driftsbevilgninger til investeringsformål mot tilsvarende innsparing i de tre følgende budsjettår**

**Romertallsvedtak**

**Mulig overførbart beløp**

Virksomhet: SN - Direktoratet for e-helse

## Oppstilling av artskontorrapporteringen 31.12.2016

	Note	2016	2015
<b>Driftsinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetalinger fra gebyrer	1	0	0
Innbetalinger fra tilskudd og overføringer	1	7 073 254	0
Salgs- og leieinnbetalinger	1	161 719 895	0
Andre innbetalinger	1	0	0
<i>Sum innbetalinger fra drift</i>		168 793 149	0
<b>Driftsutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetalinger til lønn	2	239 842 598	0
Andre utbetalinger til drift	3	333 742 508	0
<i>Sum utbetalinger til drift</i>		573 585 106	0
<b>Netto rapporterte driftsutgifter</b>		<b>404 791 958</b>	<b>0</b>
<b>Investerings- og finansinntekter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Innbetaling av finansinntekter	4	0	0
<i>Sum investerings- og finansinntekter</i>		0	0
<b>Investerings- og finansutgifter rapportert til bevilgningsregnskapet</b>			
Utbetaling til investeringer	5	2 126 071	0
Utbetaling til kjøp av aksjer	5,8B	0	0
Utbetaling av finansutgifter	4	44 475	0
<i>Sum investerings- og finansutgifter</i>		2 170 546	0
<b>Netto rapporterte investerings- og finansutgifter</b>		<b>2 170 546</b>	<b>0</b>
<b>Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>			
Innbetaling av skatter, avgifter, gebyrer m.m.	6	0	0
<i>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</i>		0	0
<b>Tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</b>			
Utbetalinger av tilskudd og stønader	7	0	0
<i>Sum tilskuddsforvaltning og andre overføringer fra staten</i>		0	0
<b>Inntekter og utgifter rapportert på felleskapitler *</b>			
Gruppelivsforsikring konto 1985 (ref. kap. 5309, inntekt)		354 322	0
Arbeidsgiveravgift konto 1986 (ref. kap. 5700, inntekt)		29 927 633	0
Nettoføringsordning for merverdiavgift konto 1987 (ref. kap. 1633, utgift)		65 578 584	0
<i>Netto rapporterte utgifter på felleskapitler</i>		35 296 629	0
<b>Netto rapportert til bevilgningsregnskapet</b>		<b>442 259 132</b>	<b>0</b>

### Oversikt over mellomværende med statskassen \*\*

Eiendeler og gjeld	2016	2015
Fordringer	0	0
Kasse	0	0
Bankkontoer med statlige midler utenfor Norges Bank	0	0
Skyldig skattetrekk	-12 041 363	0
Skyldige offentlige avgifter	-807 677	0
Annen gjeld	-23 697 341	0
<b>Sum mellomværende med statskassen</b>	<b>8</b>	<b>-36 546 381</b>

\* Andre ev. inntekter/utgifter rapportert på felleskapitler spesifiseres på egne linjer ved behov.

\*\* Spesifiser og legg til linjer ved behov.

## Note 1 – Innbetalinger fra drift

Virksomhet: SN - Direktoratet for e-helse

### Note 1 Innbetalinger fra drift

	31.12.2016	31.12.2015
<i>Innbetalinger fra gebyrer</i>		
<b><i>Sum innbetalinger fra gebyrer</i></b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i>		
Tilskudd fra EU	1 833 718	0
Motkonto mot konto 2900	5 239 536	0
<b><i>Sum innbetalinger fra tilskudd og overføringer</i></b>	<b>7 073 254</b>	<b>0</b>
<i>Salgs- og leieinnbetalinger</i>		
Eksterne refusjonsinntekter	135 397 020	0
Tilfeldige inntekter (diverse inntekter post 01-29)	26 322 874	0
<b><i>Sum salgs- og leieinnbetalinger</i></b>	<b>161 719 895</b>	<b>0</b>
<i>Andre innbetalinger</i>		
<b><i>Sum andre innbetalinger</i></b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Sum innbetalinger fra drift</b>	<b>168 793 149</b>	<b>0</b>

## Note 2 – Utbetalinger til lønn

Virksomhet: SN - Direktoratet for e-helse

### Note 2 Utbetalinger til lønn

	31.12.2016	31.12.2015
Lønn	217 547 100	0
Arbeidsgiveravgift	29 927 633	0
Pensjonsutgifter*	1 679 728	0
Sykepenger og andre refusjoner (-)	-12 565 541	0
Andre ytelser	3 253 678	0
<b>Sum utbetalinger til lønn</b>	<b>239 842 598</b>	<b>0</b>
<i>* Denne linjen benyttes av virksomheter som innbetaler pensjonspremie til SPK.</i>		
<b>Antall årsverk:</b>	294	x

**Note 3 – Andre driftsutgifter**

**Virksomhet: SN - Direktoratet for e-helse**

**Note 3 Andre utbetalinger til drift**

	<b>31.12.2016</b>	<b>31.12.2015</b>
Husleie	23 682 814	0
Vedlikehold egne bygg og anlegg	0	0
Vedlikehold og ombygging av leide lokaler	176 873	0
Andre utgifter til drift av eiendom og lokaler	3 856 238	0
Reparasjon og vedlikehold av maskiner, utstyr mv.	200	0
Mindre utstysanskaffelser	3 644 958	0
Leie av maskiner, inventar og lignende	28 141 094	0
Kjøp av fremmede tjenester	248 522 660	0
Reiser og diett	7 561 603	0
Øvrige driftsutgifter	18 156 069	0
<b>Sum andre utbetalinger til drift</b>	<b>333 742 508</b>	<b>0</b>

**Note 4 – Finans**

**Virksomhet: SN - Direktoratet for e-helse**

**Note 4 Finansinntekter og finansutgifter**

	<b>31.12.2016</b>	<b>31.12.2015</b>
<i>Innbetaling av finansinntekter</i>		
Renteinntekter	0	0
Valutagevinst	0	0
Annen finansinntekt	0	0
<b>Sum innbetaling av finansinntekter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

	<b>18.12.2016</b>	<b>31.12.2015</b>
<i>Utbetaling av finansutgifter</i>		
Renteutgifter	44 475	0
Valutatap	0	0
Annen finansutgift	0	0
<b>Sum utbetaling av finansutgifter</b>	<b>44 475</b>	<b>0</b>

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

**Virksomhet: SN - Direktoratet for e-helse**

**Note 5 Utbetaling til investeringer og kjøp av aksjer**

	31.12.2016	31.12.2015
<i>Utbetaling til investeringer</i>		
Immaterielle eiendeler og lignende	13 060	0
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	0	0
Beredskapsanskaffelser	0	0
Infrastruktureiendeler	0	0
Maskiner og transportmidler	0	0
Driftsløsøre, inventar, verktøy og lignende	2 113 011	0
<b>Sum utbetaling til investeringer</b>	<b>2 126 071</b>	<b>0</b>

	18.12.2016	31.12.2015
<i>Utbetaling til kjøp av aksjer</i>		
Kapitalinnskudd	0	0
Obligasjoner	0	0
Investeringer i aksjer og andeler	0	0
<b>Sum utbetaling til kjøp av aksjer</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

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

**Virksomhet: SN - Direktoratet for e-helse**

**Note 6 Innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten**

	31.12.2016	31.12.2015
<b>Sum innkrevingsvirksomhet og andre overføringer til staten</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



**Note 7 – Tilskudsforvaltning**

**Virksomhet: SN - Direktoratet for e-helse**

**Note 7 Tilskudsforvaltning og andre overføringer fra staten**

	31.12.2016	31.12.2015
Sum tilskudsforvaltning og andre overføringer fra staten	0	0

## Note 8 – Sammenheng statskassen

Virksomhet: SN - Direktoratet for e-helse

Rapport kjørt: 18.01.2017

Note 8 Sammenheng mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen.

Del A Forskjellen mellom avregning med statskassen og mellomværende med statskassen.

	31.12.2016	31.12.2016	
	Spesifisering av bokført avregning med statskassen	Spesifisering av rapportert mellomværende med statskassen	Forskjell
<b>Finansielle anleggsmidler</b>			
Investeringer i aksjer og andeler*	0	0	0
Obligasjoner	0	0	0
<b>Sum</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Omløpsmidler</b>			
Kundefordringer	14 823 800	0	14 823 800
Andre fordringer	0	0	0
Bankinnskudd, kontanter og lignende	0	0	0
<b>Sum</b>	<b>14 823 800</b>	<b>0</b>	<b>14 823 800</b>
<b>Langsiktig gjeld</b>			
Annen langsiktig gjeld	0	0	0
<b>Sum</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Kortsiktig gjeld</b>			
Leverandørgjeld	-5 129 636	0	-5 129 636
Skyldig skattetrekk	-12 041 363	-12 041 363	0
Skyldige offentlige avgifter	-807 677	-807 677	0
Annen kortsiktig gjeld	-23 697 341	-23 697 341	0
<b>Sum</b>	<b>-41 676 017</b>	<b>-36 546 381</b>	<b>-5 129 636</b>
<b>Sum</b>	<b>-26 852 217</b>	<b>-36 546 381</b>	<b>9 694 164</b>

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

### Del B Spesifisering av investeringer i aksjer og selskapsandeler

Aksjer	Ervervsdato	Antall aksjer	Eierandel	Stemmeandel	Årets resultat i selskapet	Balansført egenkapital i	Balansført verdi i
						selskapet	regnskap*
Selskap 1							
Selskap 2							
Selskap 3							
<b>Balansført verdi 31.12.2016</b>							<b>0</b>

\* Investeringer i aksjer er bokført til anskaffelseskost. Balansført verdi er den samme i både virksomhetens kontospesifikasjon og kapitalregnskapet.



 Direktoratet for e-helse

**Besøksadresse**  
Verkstedveien 1  
0277 Oslo

**Postadresse**  
Postboks 6737  
St. Olavs plass  
0130 OSLO

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

[ehelse.no](http://ehelse.no)