



Direktoratet for
e-helse

IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren



Publikasjonens tittel:

IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren

Utgitt:

15.11.2017

Publikasjonsnummer:

IE-1010

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130 OSLO

Innhold

1	Innledning	7
2	Økt gjennomføringsevne gjennom nasjonal styring av e-helse	12
2.1	Bærekraftig finansiering av nasjonale e-helsetiltak må sikres	15
2.2	Felles grunnmur for digitale tjenester må etableres	16
2.3	Juridiske virkemidler bør utvikles og tas i bruk.....	17
2.4	Nasjonal styringsmodell bør videreutvikles	19
2.5	Nasjonale fagmyndigheter må styrkes	21
3	Leverandørfunksjon for nasjonale løsninger.....	23
3.1	Opprettelse av en nasjonal tjenesteleverandør bør besluttes og operasjonaliseres	24
3.2	Eksisterende nasjonale løsninger skal suksessivt overføres til nasjonal tjenesteleverandør	31
3.3	Bruk av privat næringsliv skal vektlegges i strategien til nasjonal tjenesteleverandør	31
4	Konsekvenser for Direktoratet for e-helses oppgaveportefølje	33
5	Kilder	35
6	Vedlegg: Aktørbildet i helse- og omsorgssektoren.....	37

Sammendrag

Bakgrunn

Økt velstand, høyere levealder og digitalisering av samfunnet er med på å endre norsk helsetjeneste. For å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og bedre ressursbruk, er det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i teknologi på en bedre måte. Digitalisering bidrar til å heve kvalitet, tjenestetilbud og effektivitet på en bærekraftig måte.

Den digitale utviklingen i samfunnet innebærer at tradisjonelle roller og ansvar endres. Digitaliseringen er gjennomgripende og dette skaper behov for at aktørene må tenke mer helhetlig i utøvelsen av eget ansvar.

I helsesektoren innebærer digitaliseringen at innbyggere og pasienter får nye muligheter, rettigheter og ansvar. Aktørene må forholde seg til hverandre på nye måter. Det må etableres nye og strukturerte former for samarbeid og styring. I tillegg må nye finansieringsmodeller legges til rette for felles innsats på tvers av virksomheter. Hver aktør får større muligheter, men må innordne seg andre og bidra til helheten.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Direktoratet for e-helse i oppdrag¹ å vurdere behov for styrking av myndighetsrollen, nye finansieringsmodeller og etablering av en felles leverandørfunksjon for IKT i helse- og omsorgstjenesten.

I arbeidet med anbefalingene, har direktoratet tatt utgangspunkt i tidligere rapporter og utredninger. Disse peker blant annet på at det er for stor grad av silotenkning og desentralisert styring. Videre har vi tatt utgangspunkt i de konkrete behovene som planlagte eller etablerte fellesløsninger har til styrings- og finansieringsmodeller. Arbeidet er gjennomført i dialog med sektoren og Nasjonalt e-helsestyre slutter seg til anbefalingene.

Anbefalingene

Finansieringsmodeller

Helse- og omsorgssektoren mangler robuste finansieringsmodeller for å realisere helsepolitiske mål ved digitalisering. Det er utarbeidet en egen rapport om finansieringsmodeller². De viktigste anbefalingene er:

- Myndighetsoppgaver bør som hovedregel egenfinansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Leveranseoppgaver (utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold av e-helseløsninger) bør som hovedregel løses av nasjonal leverandørfunksjon og fullt ut samfinansieres av

¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Tillegg til tildelingsbrev nr. 1 for 2017 – IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren (16/1713-), samt Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2017 (16/1713)*

² Direktoratet for e-helse (2017). *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*

sektoren. For store nasjonale utviklingsprosjekter bør det likevel vurderes om staten skal sikre deler av investeringskostnadene ved overføringer over statsbudsjettet.

- Leveranseoppgaver i felles grunnmur med utvalgte basistjenester finansieres gjennom obligatorisk samfinansiering.
- Leveranseoppgaver utenfor felles grunnmur med utvalgte basistjenester finansieres gjennom frivillig kjøp.

Felles grunnmur for digitale tjenester

Grunnmuren³ for digitale tjenester må defineres og vil typisk bestå av felles standarder, IKT-infrastrukturer og byggeklosser. En felles grunnmur bidrar til økt samhandling, næringsutvikling og innovasjon.

I dag består den felles grunnmuren av følgende områder:

- **Styrende dokumentasjon** omfatter nasjonale krav, retningslinjer og veiledninger for utvikling av e-helsetjenester.
- **Grunndata** omfatter opplysninger i de sentrale helseadministrative registrene.
- **Samhandling og integrasjon** omfatter komponenter som bidrar til effektiv og sikker informasjonsdeling mellom virksomhetene, for eksempel meldingsutveksling.
- **Informasjonssikkerhet og personvern** understøtter at helsepersonell har en enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger uavhengig av hvor informasjon er lagret, og at innbygger skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester.
- **IKT-infrastruktur** omfatter høytilgjengelig fastnett og mobilnett, monitoreringscenter og driftsløsninger som er etablert nasjonalt, som for eksempel Helsenetet.

Juridiske virkemidler bør utvikles og tas i bruk

Det er i dag få juridiske virkemidler for å sikre ibrukstakelse av e-helseløsninger. Det bør innføres en lovfestet rettighet for innbyggerne til digital dialog med sektoren. Brukernes rettigheter bør følges opp med pålegg til sektoren.

Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren bør få et utvidet virkeområde slik at det kan fastsettes krav til for eksempel informasjonsdeling, arkitektur, informasjonssikkerhet, standarder, kodeverk og terminologi.

Sanksjoner ved mangelfull oppfyllelse av obligatoriske krav bør vurderes. Relevante tilsynsmyndigheter bør få oppgaver knyttet til sektorens ibrukstakelse av e-helseløsninger.

Nasjonal styringsmodell bør videreutvikles

Nasjonal styringsmodell for e-helse inkluderer nasjonale prosesser for strategi, porteføljestyling, forvaltningsstyring og arkitekturstyring. Sentrale aktører er representert og modellen har blant annet bidratt til økt dialog og tillit mellom aktørene. Prosessene sørger for felles strategisk retning for helsesektoren og bør videreutvikles og profesjonaliseres.

³ Se også detaljert beskrivelse av grunnmur under 2.2 *Felles grunnmur for digitale tjenester må etableres*

Den nasjonale porteføljestyringen er etablert og under videreutvikling. Flere prosjekter bør inkluderes. Oppgradering av EPJ/PAS/Kurve-løsningene i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst er sentrale komponenter og bør derfor ligge i den nasjonale e-helseporteføljen. Den nasjonale porteføljestyringen vil ikke gå på tvers av ordinær linjestyring.

Nasjonal arkitekturstyring er under etablering og må sees i tett sammenheng med prosessene innen strategi, portefølje- og forvaltningsstyring. Arbeidet må prioriteres.

E-helseområdet bør integreres i eierstyringen fra Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet for e-helse og andre kan bidra med utredninger og analyser.

Nasjonale fagmyndigheter bør styrkes

Gevinstene ved digitalisering er avhengig av helsefaglig standardisering. Standardiserte arbeidsprosesser bidrar til å minimere uønsket variasjon, noe som medfører kvalitetsheving av tjenesten. Helsefaglig standardisering er i dag lite definert og ansvaret er fragmentert. Området bør utredes og Helsedirektoratet bør ha en sentral rolle i dette arbeidet.

Det er en forutsetning for digitalisering i helse- og omsorgssektoren at pasientsikkerhet, personvern og informasjonssikkerhet blir ivaretatt i alle faser av løsningenes livsløp. Direktoratet for e-helse bør styrke sin fagrolle innen disse områdene.

Fagområder som standardisering og helsefaglige kodeverk er i sterk utvikling globalt. Det er behov for løpende innsats for å sikre at Norge drar nytte av internasjonal erfaring og at det blir enklere for helse- og omsorgstjenesten å benytte internasjonale leverandører.

Leverandørfunksjon for nasjonale løsninger bør etableres

Behovet for en nasjonal leverandørfunksjon innenfor e-helse bør etableres. De viktigste grunnene til dette er krav til stordriftsfordeler, effektiv leveransekraft, samt utnyttelse av begrensede menneskelige og finansielle ressurser.

En nasjonal tjenesteleverandør skal ha ansvar for utvikling, forvaltning og drift. Tjenesteleverandøren vil også ha en rolle i forbindelse med utvikling og anskaffelse av nasjonale løsninger.

Etablering av en nasjonal tjenesteleverandør vil kreve god planlegging. Tjenesteleverandøren bør etableres som et eget statsforetak. På denne måten unngår man uheldig rolleblanding mellom myndighetsutøvelse og tjenesteproduksjon. Dette gir også muligheter for fleksible finansieringsmodeller og lånemuligheter. Det anbefales at nasjonal tjenesteleverandør tar organisatorisk utgangspunkt i Norsk Helsenett SF (NHN).

Ved opprettelse av en nasjonal tjenesteleverandør er det essensielt å legge til rette for god samstyring. Mekanismer for dette må defineres i etableringsfasen.

Det må være tydelig definerte *løsningseiere* for nasjonale fellesløsninger. I dag er Direktoratet for e-helse for eksempel løsningseier for e-resept og Helsenorge. Andre aktører i sektoren kan også fungere som løsningseiere for utvalgte løsninger.

Det bør i 2018 utarbeides en etableringsplan og beslutningsgrunnlag for etablering av en nasjonal tjenesteleverandør.

1 Innledning

Aktørbildet i helse- og omsorgssektoren er komplekst, med om lag 17 000 aktører som benytter IKT til å realisere sine mål. Gjennom lokale og regionale beslutninger skapes et fragmentert IKT-landskap hvor det er krevende å sikre informasjonsutveksling og samhandling på tvers av sektoren. I tillegg forholder de ulike aktørene seg til ulike styringslinjer, noe som gjør det utfordrende å få til nasjonal koordinering av IKT-utviklingen⁴. Se vedlegg for beskrivelse av aktørbildet.

Nasjonal styringsmodell for e-helse er etablert for å kompensere for parallelle styringslinjer og for å bidra til økt samordning i sektoren. Styringsmodellen endrer ikke de etablerte styringslinjene fra Stortinget, regjeringen og departementer til etater, virksomheter og kommuner. Styringsmodellen er basert på samstyring mellom statlige aktører og med kommunene. Innbyggerperspektivet blir blant annet ivaretatt gjennom representasjon også fra pasient- og brukerforeninger.

Tidligere rapporter og utredninger har understreket behovet for en sterkere nasjonal styring av e-helseområdet for å styrke gjennomføringsevnen i sektoren. Bedre styring av e-helseområdet skal bidra til å realisere e-helse på en raskere og mer kostnadseffektiv måte. Dette er blant annet beskrevet i rapporten *Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgstjenesten (2015)* og i *Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022*.

I dette kapittelet gis en gjennomgang av utredninger og tidligere arbeid som er grunnlag for anbefalingene i rapporten. I kapittel 2 *Økt gjennomføringsevne gjennom nasjonal styring av e-helse* og kapittel 3 *Felles leverandørfunksjon for nasjonale løsninger* presenteres anbefalinger om tiltak som vurderes til å være vesentlige for realisering av nasjonalt mål bilde for e-helse. I kapittel 4 *Vurdering av dagens oppgaveportefølje i Direktoratet for e-helse* oppsummeres konsekvenser (av anbefalingene) for deler av dagens oppgaveportefølje i direktoratet.

Det gjennomføres jevnlig offentlige utredninger knyttet til den norske helsetjenesten. Gjennomgående beskrives norsk helsetjeneste som god, men med utfordringer spesielt tilknyttet IKT-området. Nedenfor følger en beskrivelse av utvalgte rapporter.

OECD rapport, 2017

OECD publiserte i 2017 rapporten *Digital Government Review of Norway*⁵, som tar for seg digitalisering av offentlig sektor i Norge. Rapporten beskriver Norge som et foregangsland innen bruken av offentlige digitale løsninger, noe som har bidratt til høy gjennomsnittlig brukertilfredshet i befolkningen når det gjelder løsninger i offentlig sektor, deriblant helsesektoren. Likevel ligger Norge bak når det gjelder digitalisering av helsetjenesten i

⁴ Meld. St. 9 (2012–2013). *En innbygger – én journal*

⁵ OECD (2017). *Digital Government Review of Norway – Boosting the digital transformation in the public sector*

forhold til en rekke land vi kan sammenlikne oss med, som Spania, Frankrike, Estland, USA og Danmark⁶.

Utfordringene som hindrer digitaliseringsarbeidet i offentlig sektor er en utbredt «silotankegang» og desentralisert styring. Det pekes på for lite samordning på tvers av statlige sektorer, og mellom staten og kommunene. En bedre samordning vil blant annet føre til koordinert videreutvikling og implementering av felleskomponenter og innføring av felles retningslinjer for utvikling av digitale tjenester⁷. Rapporten anbefaler at det legges til rette for kunnskapsdeling på tvers av sektorene, og til å videreutvikle løsninger som kan benyttes på tvers av statlige sektorer, samt mellom stat og kommune.

OECD-rapporten understreker også at dersom digitaliseringsarbeidet i offentlig sektor skal lykkes, må det etableres et godt samspill mellom offentlig og privat sektor. Offentlig sektor bør ta en styrende rolle og sette føringer for digitaliseringsarbeidet, samtidig som den nyttiggjør seg av kunnskapen privat sektor besitter når det gjelder utvikling og implementering av tekniske løsninger⁸.

I følge OECD-rapporten er det viktig at man klarer å formidle hvorfor det haster med å komme i gang med digitalisering og hvordan teknologi kan heve kvalitet, skape rom for nye tjenester og samtidig øke effektiviteten på offentlige tjenester.

For å øke digitaliseringstakten i offentlig sektor foreslår OECD tre overordnede strategier:

- *Legge til rette for åpenhet og engasjement*
Offentlig sektor må sikre en åpen og gjennomsluktig utvikling av IKT-løsninger der personvern ivaretas og relevante aktører blir inkludert.
- *Styre og koordinere utviklingen*
Staten må ta en aktiv rolle i utviklingen av IKT-løsninger og legge føringer for arbeidet som skal utføres. Det må tilrettelegges for tverrsektorielle IKT-løsninger og sikre oppfølging og koordinering for å påse at interoperabilitet ivaretas.
- *Allokere ressurser til å støtte under implementering*
Det må avsettes tilstrekkelig med ressurser for å sikre en god implementering av IKT-løsninger. Dette innebærer gode rutiner for innkjøp, tydelige formålsavklaringer og et juridisk rammeverk som støtter opp under digitale løsninger i offentlig sektor.

Digital agenda

I Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet (Heretter Digital agenda)* presenteres regjeringens overordnede politikk for hvordan Norge kan utnytte IKT for å løse de utfordringene offentlig og privat sektor står ovenfor. Stortingsmeldingen beskriver hvordan IKT kan fornye, forenkle og forbedre

⁶ Hans Nielsen Hauge (2017). *Den digitale helsetjenesten*

⁷ Dette underbygges også i Meld. St. 29 (2016.2017), *Perspektivmeldingen 2017*, som peker på at det er et stort uutnyttet potensial for effektivisering mellom stat og kommunene gjennom utvikling av felleskomponenter og bruk av felles arkitektur.

⁸ Dette understrekes også i rapporten *IT i praksis (2017)* utgitt av IKT Norge, som påpeker at 97 % av kommunene i Norge ser et potensiale i økt samarbeid med privat sektor.

offentlig sektor. Innbyggerne skal stå i sentrum og skal oppleve gode digitale tjenester som henger sammen. To hovedmålsettinger er førende for hvordan IKT-politikken skal bidra til økt produktivitet og omstilling i offentlig og privat sektor⁹:

1. *Brukerrettet og effektiv offentlig forvaltning*
2. *Verdiskaping og deltakelse for alle*

For å støtte opp under disse målsettingene har regjeringen lagt frem fem hovedprioriteringer som vil være retningsgivende for IKT-politikken i årene fremover¹⁰:

- **Brukeren i sentrum:** Offentlige tjenester skal oppleves sammenhengende og helhetlige for innbyggere, næringsliv og frivillig sektor. Forvaltningen skal gjenbruke informasjon i stedet for å henvende seg til brukerne på nytt for å spørre om forhold de allerede har oppgitt.
- **IKT er en vesentlig innsatsfaktor for innovasjon og produktivitet:** Næringslivet og samfunnet skal kunne utnytte mulighetene som digitaliseringen gir. Myndighetene skal legge til rette for økt digital innovasjon.
- **Styrket digital kompetanse og deltakelse:** Digital kompetanse skal styrkes fra grunnopplæringen og gjennom alle faser i livet, for å styrke deltakelse og tillit til digitale løsninger. Digitale tjenester skal være lette å forstå og bruke for alle.
- **Effektiv digitalisering av offentlig sektor:** Offentlige digitaliseringsprosjekter skal planlegges og gjennomføres profesjonelt. Gevinster skal realiseres. Markedet skal brukes når det er hensiktsmessig. Stat, kommune og ulike sektorer bør benytte fellesløsninger for å dekke like behov.
- **Godt personvern og god informasjonssikkerhet:** Personvern og informasjonssikkerhet skal være en integrert del av utviklingen og bruken av IKT. Den enkelte innbygger skal i størst mulig grad ha råderett over egne personopplysninger. Informasjonssikkerhet skal ivaretas med utgangspunkt i risikovurderinger basert på trussel- og sårbarhetsinformasjon og følges opp gjennom god internkontroll.

Én innbygger – én journal

Meld. St. 9 (2012–2013) - *Én innbygger – én journal*¹¹ (heretter *Én innbygger – én journal*) danner målbildet for digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten og er førende for å skape en effektiv, bærekraftig og papirløs helsesektor. Stortingsmeldingen beskriver behovet for en sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren, og presenterer regjeringens overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten:

⁹ Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* s.11

¹⁰ Ibid. s.12

¹¹ Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*

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

Styrket gjennomføringsevne

Rapporten *Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgstjenesten* fra 2015 (heretter *Styrket gjennomføringsevne*) slår fast at det vil kreve «vesentlig mer nasjonal styring og samarbeid» for å kunne realisere målene i *Én innbygger – én journal*. Mange IKT-systemer som anvendes av helsepersonell støtter i for liten grad opp under at nødvendige helseopplysninger følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. En av årsakene til dette skyldes en fragmentert sektor bestående av mange selvstendige virksomheter som selv har ansvaret for å drive anskaffelser og drift av egne systemer.

I samarbeid med aktører i sektoren identifiserte Helsedirektoratet to sentrale utfordringer knyttet til IKT i helsesektoren¹²:

1. **Lav gjennomføringsevne:** «*Dagens styringsmodell gir lav gjennomføringsevne med lite koordinert utvikling av IKT i helse- og omsorgstjenesten. Det mangler en enhetlig og tydelig styringsmodell med sentrale finansielle virkemidler til å sikre en felles porteføljestyring av sektorovergripende IKT-tiltak*».
2. **Lav utnyttelse av stordriftsfordeler:** «*Dagens organisering av IKT-funksjonene i sektoren utnytter i liten grad potensialet i stordrift og realiserer få synergier ved anskaffelser, drift, forvaltning og utvikling av løsninger. Det konkurreres om begrenset IKT-kompetanse, hvilket gjør organiseringen sårbar med hensyn til dekning av fremtidig kompetansebehov. Innenfor RHF-ene er det en økende grad av konsolideringer*».

Nasjonal e-helsestrategi 2017 - 2022

Som et ledd i å realisere *Én innbygger – én journal* anbefalte Direktoratet for e-helse, i samarbeid med Helsedirektoratet, en felles utviklingsretning mot en felles nasjonal løsning som skal gi en gjennomgående digital journalløsning for hele helsetjenesten.

I mars 2017 ga Nasjonalt e-helsestyre sin tilslutning til nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan for 2017-2022 som tar utgangspunkt i denne anbefalingen. Strategien er utarbeidet i tett samarbeid med sektoren.

Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017 - 2022 beskriver at e-helseutviklingen skal ivaretas gjennom prioriterte mål innen seks strategiske områder i planperioden¹³:

¹² Helsedirektoratet (2015). *Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgstjenesten* (s.3-4)

¹³ Direktoratet for e-helse (2017). *Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022*



Figur 1– Nasjonal e-helsestrategis strategiske områder

Digitalisering av arbeidsprosesser: IKT-landskapet i helse- og omsorgssektoren skal utvikles i retning av én gjennomgående journalløsning for hele helsetjenesten. Digitaliseringen av legemiddelhåndteringen innenfor virksomheter skal fortsette med høy prioritet.

Bedre sammenheng i pasientforløp: Prioriterte behov for bedre samhandling som må løses på kort- og mellomlang sikt. Disse skal løses med utgangspunkt i eksisterende IKT-infrastrukturer og løsninger. Den digitale legemiddelkjeden på tvers i helse- og omsorgssektoren skal styrkes og digitale innbyggertjenester skal bidra til styrket implementering av pasientrettighetene. Et utvalg av viktige helseopplysninger skal være tilgjengelige ved behov i den akuttmedisinske kjeden.

Bedre bruk av helsedata: Innrapportering, uthenting og sammenstilling av helsedata fra helseregistre skal forenkles.

Helsehjelp på nye måter: Det skal legges til rette for raskere spredning og innovasjon av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg definerer strategien to strategiske områder som beskriver mål som er grunnleggende forutsetninger for å realisere gevinstene av strategien på tvers i sektoren:

Felles grunnmur for digitale tjenester: Den nasjonale IKT-grunnmuren skal styrkes for å kunne realisere løsninger mellom virksomheter i sektoren.

Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne: Styring, finansiering, leveranse, organisering og implementering av e-helse skal bidra til å realisere e-helse på en raskere og mer kostnadseffektiv måte.

Anbefalingene i denne rapporten er en konkretisering av det strategiske området *Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne*.

2 Økt gjennomføringsevne gjennom nasjonal styring av e-helse

Realisering av helsepolitiske mål krever nasjonal styring basert på samstyring. Dialog, involvering, forankring og gjensidig tillit skal være et viktig fundament for et godt og velfungerende samarbeid på tvers av aktørene i helse- og omsorgssektoren. Samtidig er det en erkjennelse at organiseringen av sektoren med tilhørende styringslinjer gjør det vanskelig å sikre fellesløsninger og helhetlig prioritering av lokale og regionale e-helseinitiativ. Beslutninger som fattes hos den enkelte aktør er ofte ikke hensiktsmessige for å ivareta en helhetlig helsetjeneste.

Det er behov for mekanismer som sikrer at nasjonale perspektiv i sentrale beslutninger bidrar til å nå det nasjonale målbildet. Samstyring og nye finansieringsmodeller er eksempler på viktige grep for å sikre bedre effekt av investeringer. Helse- og omsorgsdepartementet bør ha et stort ansvar for å legge til rette for helhetlige prioriteringer med tilhørende finansiering. Direktoratet for e-helse bør understøtte dette arbeidet.

Anbefalingene i dette kapittelet adresserer blant annet hvordan Direktoratet for e-helse bør utvikles for å styrke myndighetsrollen. Anbefalingene berører også tilgrensende myndighetsroller, for eksempel knyttet til helsefaglig standardisering.

Direktoratet for e-helse sin myndighetsrolle

I myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse, slik den er beskrevet i hovedinstruksen, inngår tre roller; premissgiver, fagorgan og pådriver/tilrettelegger.

Som *premissgiver* på e-helseområdet har direktoratet ansvar for å etablere rammer og retning for utviklingen på e-helseområdet. Virkemidlene som ligger til premissgiverrollen er regulering (juridisk styring), instruksjon av enheter som forvalter e-helseløsninger (linjestyring) og finansiering gjennom disponering av årlige budsjettammer.

Som *fagorgan* har direktoratet ansvar for å utarbeide faglige grunnlag for beslutninger som skal tas i statsforvaltningen og sektoren. Virkemidlene som ligger til et fagorgan er å utvikle kunnskap og å kommunisere denne effektivt til relevante interessenter, eller benytte den som grunnlag for å være premissgiver på et felt. Direktoratet har også ansvar for å følge med på forhold som kan påvirke utviklingen av e-helse, herunder et ansvar for å varsle Helse- og omsorgsdepartementet om vesentlige forhold som det er viktig for dem å kjenne til. Direktoratet må samarbeide med fagmiljøer i sektoren for å utfylle og oppfylle sin rolle som nasjonalt fagorgan på en god måte. Som fagorgan må direktoratet sørge for nasjonal rolle i inn- og utland innenfor de områder som er tillagt det.

Som *pådriver/tilrettelegger* har direktoratet ansvar for å fasilitere prosesser som bidrar til at sektorens øvrige aktører opptrer samordnet og i henhold til strategi, og å legge til rette for samarbeid rundt felles beslutninger og aktiviteter. Virkemidlene som ligger til denne rollen er prosesseierskap, koordinering og kommunikasjon. Nasjonal styringsmodell for e-helse er eksempel på et slikt arbeid. Den nasjonale styringsmodellen omfatter arbeidet som

forankres i de nasjonale fora Fagutvalget (NUFA), Prioriteringsutvalget (NUIT) og nasjonalt e-helsestyre. Dette arbeidet er knyttet til strategiutvikling og oppfølging, nasjonal portefølje og arkitektur, samt forvaltning av nasjonale løsninger. Andre eksempler på direktoratets pådriverrolle er i form av program- og prosjektledelse og eierskap av blant annet Helsedataprogrammet og Program for kodeverk og terminologi.

I tillegg til myndighetsrollen innehar Direktoratet for e-helse i dag rollen som leverandør. Som leverandør har direktoratet ansvar for at det anskaffes, utvikles og forvaltes nasjonale løsninger på e-helseområdet. Vurderinger knyttet til framtidig rolle som leverandør er beskrevet i kapittel 3 og 4.

Bakgrunn for anbefalingene

For å vurdere hvordan myndighetsrollen kan styrkes på en hensiktsmessig måte, kan man se på hvilke virkemidler Direktoratet for e-helse eller andre myndighetsorganer behøver for effektivt å bidra til realisering av målbildet beskrevet i *Én innbygger - én journal*.

Rapporten *Styrket gjennomføringsevne* formulerte ti anbefalinger for å øke gjennomføringsevnen for e-helseutviklingen i sektoren. Aktørene i sektoren var tett involvert i arbeidet og styringsgruppen for *Én innbygger – én journal* (forløper til Nasjonalt e-helsestyre) stilte seg bak anbefalingene. Essensen i anbefalingene ble videreført i det strategiske området *Nasjonalt styring av e-helse og økt gjennomføringsevne* i *Nasjonalt e-helsestrategi 2017-2022*, og er ytterligere konkretisert i denne rapporten.

To av anbefalingene i *Styrket gjennomføringsevne* er knyttet til at IKT bør være en integrert del av utredningsarbeid og politikktutforming, og at Difis prosjektveiviser skal benyttes for IKT-prosjekter i sektoren. Disse anbefalingene er fortsatt viktige og er til en viss grad implementert.

Seks av anbefalingene er knyttet til nasjonal styringsmodell for e-helse (nasjonale fora og nasjonale prosesser), og er i stor grad gjennomført. Mandatene til Fagutvalget (NUFA) og Prioriteringsutvalget (NUIT) er justert i henhold til rapportens anbefalinger, og Nasjonalt e-helsestyre er opprettet. Nasjonal porteføljestyling er videreutviklet, og nasjonal e-helsestrategi- og handlingsplan er utarbeidet. Forvaltningsstyring av nasjonale løsninger er under etablering. Selv om anbefalingene er implementert, er styringsmodellen ung, og det er behov for videreutvikling. Dette er gjenspeilt i anbefalingene under.

De siste to anbefalingene fra rapporten *Styrket gjennomføringsevne* er knyttet til finansieringsmodeller og nasjonal leverandørfunksjon. På dette området har det vært lite utvikling siden 2015, og dette er derfor videre konkretisert i denne rapporten. Anbefalinger knyttet til nasjonal leverandørfunksjon er beskrevet i kapittel 3.

Nedenfor er en oversikt over anbefalingene, som videre er utdypet i hvert sitt delkapittel.

ANBEFALINGER – for økt gjennomføringsevne av e-helsetiltak gjennom nasjonal styring

1. Bærekraftig finansiering av nasjonale e-helsetiltak må sikres

Finansieringsmodell(er) for nasjonale e-helseoppgaver må besluttes og implementeres. Nasjonalt e-helsestyre bør ha en sentral rolle i prioritering og fordeling av midler til nasjonale e-helsetiltak.

Finansieringsmodell(er) må ivareta livsløpskostnadene til nasjonale løsninger.

Finansiering for å ivareta myndighetsoppgaver må sikres.

I perioden fram til nye finansieringsmodeller er på plass bør løsninger basert på samfinansiering videreføres.

2. Felles grunnmur for digitale tjenester må etableres

Direktoratet for e-helse bør være en pådriver i etableringen av en felles grunnmur¹⁴. Grunnmuren skal bidra til sikker og effektiv samhandling mellom aktørene, bidra til nasjonale helsedata av god kvalitet og raskere og kostnadseffektiv utvikling av nye e-helsetjenester.

Målbilde og veikart for en felles grunnmur bør etableres i 2018.

3. Juridiske virkemidler bør utvikles og tas i bruk

I tråd med Digital agenda¹⁵ skal brukeren være i sentrum for IKT-utviklingen. Det bør derfor igangsettes et lovarbeid med sikte på å innføre rett til digital dialog med helse- og omsorgssektoren. Brukernes rettighet bør følges opp med pålegg til sektoren om å tilrettelegge for digital dialog.

Ved etablering av nasjonale løsninger kan forskriftsregulering vurderes for å oppnå hensiktsmessig bruk. Lov- og forskriftsarbeid følger utredningsinstruksen slik at alle virkninger blir vurdert og berørte involvert, før eventuelle pålegg fastsettes.

Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten bør utvides til et kraftigere virkemiddel for e-helseutviklingen, for eksempel med krav knyttet til arkitektur, informasjonssikkerhet, standarder, kodeverk og terminologi. Ved utarbeidelse av nye krav skal relevante organ i den nasjonale styringsmodellen involveres.

4. Nasjonal styringsmodell bør videreutvikles

Nasjonal e-helsestrategi følges opp for å gi innsikt i realiseringstakt og gevinster.

Omfanget til nasjonal portefølje utvides med prosjekter fra kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten av nasjonal betydning for å sikre kunnskap om avhengigheter og mulighet for å hente ut synergieffekter. Nasjonale prosjekter skal gjennomføres i henhold til Difis prosjektveiviser slik at porteføljestyringen får enhetlig rapporteringsgrunnlag.

Nasjonal forvaltningsstyringsprosess utvikles som en del av nasjonal styringsmodell for å sikre at nasjonale løsninger er godt forankret i sektoren og videreutvikles i tråd med nasjonal e-helsestrategi.

Modell for samstyring må utvikles slik at interessentene i sektoren sikres reell innflytelse over finansiering og utvikling av fellesløsninger.

Kunnskapsgrunnlaget utarbeidet gjennom nasjonal styringsmodell og gjennom direktoratets fagorganrolle bør benyttes for å bidra til at eierstyringen (av statlig del) fra

¹⁴ Se definisjon av grunnmur under 2.2 *Felles grunnmur for digitale tjenester må etableres*

¹⁵ Meld. St. 27 (2015-2016) Digital agenda for Norge. *IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet.*

Helse- og omsorgsdepartementet blir mer målrettet med hensyn på realiseringen av e-helsestrategien.

5. Nasjonale fagmyndigheter må styrkes

Helsefaglig standardisering får økt betydning gjennom digitalisering. Området krever et tett samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og sektoren. Området bør utredes for å tydeliggjøre innhold, roller og ansvar. Dette bør gjøres i tett samarbeid med utviklingen av *Én innbygger – én journal*.

Direktoratet for e-helse bør styrke sin rolle innenfor strategiområdet, blant annet for å sikre at sammenstilt kunnskap og analyser i større grad kan legges til grunn for strategiske beslutninger.

For å møte behovet i sektoren bør Direktoratet for e-helse styrke sin nasjonale rolle innen personvern og informasjonssikkerhet som sektorens rådgivende fagorgan.

For å sikre effektiv og god informasjonsflyt i sektoren bør Direktoratet for e-helse styrke sin nasjonale rolle innen arkitektur, e-helsestandarder, kodeverk og terminologi.

2.1 Bærekraftig finansiering av nasjonale e-helsetiltak må sikres

Helse- og omsorgssektoren mangler robuste finansieringsmodeller for å realisere nasjonal e-helsestrategi og målene i *Én innbygger – én journal*. Et av målene i *Nasjonal e-helsestrategi 2017 - 2022* er å sikre at det finnes finansielt handlingsrom til å etterleve Nasjonalt e-helsestyre sine tilrådninger for realisering av den nasjonale porteføljen. Nivået på frivillig samfinansiering av den nasjonale porteføljen har vært uendret siden 2015 og finansielle virkemidler (insentiver og sanksjoner) brukes ikke for å stimulere digitalisering.

Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak er utredet i rapport *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*¹⁶. Rapporten omfatter både anbefalinger for hvordan nasjonale e-helsetiltak kan finansieres, og hvordan myndighetsrollen kan styrkes når det gjelder finansiering som virkemiddel. De viktigste momentene knyttet til finansiering gjengis nedenfor.

- *Myndighetsoppgaver bør som hovedregel løses av Direktoratet for e-helse og egenfinansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet fra Helse- og omsorgsdepartementet (årlig budsjettfinansiering inkl. eventuelt satsingsforslag).*
- *Leveranseoppgaver (utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold av e-hesløløsninger) bør som hovedregel løses av nasjonal leverandørfunksjon og fullt ut samfinansieres av sektoren. For store nasjonale utviklingsprosjekter bør det likevel vurderes om staten skal sikre deler av investeringskostnadene ved overføringer over statsbudsjettet, jf. Meld. St. 27 (2015-2016) *Digital agenda for Norge*.*
- *Leveranseoppgaver i felles grunnmur¹⁷ med utvalgte basistjenester finansieres gjennom obligatorisk samfinansiering.*

¹⁶ Direktoratet for e-helse (2017). *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*.

¹⁷ Se beskrivelse av felles grunnmur på side 16.

- *Leveranseoppgaver utenfor felles grunnmur med utvalgte basistjenester finansieres gjennom frivillig kjøp.* Prisene må fastsettes for hver enkelt løsning slik at de fulle kostnadene dekkes over tid. Betaling skjer gjennom faktura fra nasjonal leverandørfunksjon.

Prinsippene og modellene i det langsiktige målbildet for finansiering bør implementeres gradvis over tid. I påvente av at nye modeller er fullt implementert, må det etableres midlertidige løsninger. Midlertidige løsninger bør, så langt det lar seg gjøre, være steg på veien til de anbefalte nye finansieringsmodellene.

For utdyping av Direktoratet for e-helses vurdering knyttet til finansieringsmodeller, se rapport *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*¹⁸.

2.2 Felles grunnmur for digitale tjenester må etableres

Nasjonal e-helsestrategi 2017 - 2022 fremhever viktigheten av å etablere en felles grunnmur for digitale tjenester. Grunnmuren for digitale tjenester vil typisk bestå av felles standarder, IKT-infrastrukturer og byggeklosser som virksomheter drar nytte av i tjenesteutøvelsen, og som legger til rette for tjenester rettet mot innbyggere og helsepersonell. Med infrastruktur siktes det til infrastruktur som driftes av Norsk Helsenett i dag.

En felles grunnmur bidrar til måloppnåelse for initiativ i spesialist- og kommunehelsetjenesten ved for eksempel å legge til rette for samhandling mellom forvaltningsnivåene. Den bidrar til en mer enhetlig og kostnadseffektiv e-helseutvikling, og til næringsutvikling og innovasjon. En slik felles grunnmur vil gi positiv effekt for lokale og regionale anskaffelser for eksempel Helseplattformen, fordi man har en forutsigbar grunnmur som man kan knytte seg til. Meldingsutveksling er et eksempel på et område som er en byggekloss i grunnmuren.

Felles grunnmur for helse- og omsorgssektoren må sees i sammenheng med infrastruktur, arkitektur, standarder og byggeklosser i andre sektorer. Nasjonale felleskomponenter som er etablert på tvers av sektorer, som for eksempel ID-porten, Altinn og digital postkasse, skal gjenbrukes på en felles og enhetlig måte i helse- og omsorgssektoren.

En felles grunnmur for helse- og omsorgssektoren har i dag ikke et definert målbilde og det er ikke avklart hvilke deler av områdene under som løses i felles grunnmur og hva som må håndteres regionalt og/eller lokalt. Dette må utvikles sammen med målbildet og veikart for *Én innbygger - én journal*.

Byggeklosser i den felles grunnmuren vil utvikles over tid og det vil også etableres nye. Felles grunnmur inkluderer ikke IKT-infrastrukturer som er etablert spesifikt for spesialist- og kommunehelsetjenesten.

I dag består den felles grunnmuren av følgende områder:

- **Styrende dokumentasjon** omfatter nasjonale krav, retningslinjer og veiledninger for utvikling av e-helsetjenester. Eksempel på slik dokumentasjon er: (a) Norm for

¹⁸ Direktoratet for e-helse (2017). *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*

informasjonssikkerhet i helse og omsorgstjenesten (Normen) som er et omforent sett av krav til informasjonssikkerhet basert på lovverket; (b) Kodeverk og terminologi som sikrer entydig bruk av begreper, relasjoner mellom begreper og koder for bruk i IKT-systemer; (c) E-helsestandarder som regulerer hva og på hvilken måte informasjon deles mellom IKT-systemer; (d) Annen styrende arkitekturdokumentasjon som veikart, referansearkitekturer og arkitekturprinsipper.

- **Grunndata** omfatter opplysninger i de sentrale helseadministrative registrene som for eksempel Personregisteret (Preg) og Adresseregisteret.
- **Samhandling og integrasjon** omfatter komponenter som bidrar til effektiv og sikker informasjonsdeling mellom virksomhetene. Dagens informasjonsdeling er i stor grad basert på elektronisk meldingsutveksling som skal videreføres. I tillegg vil det være komponenter for effektiv deling av informasjon i form av dokumenter eller data.
- **Informasjonssikkerhet og personvern** understøtter at helsepersonell har en enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger uavhengig av hvor informasjon er lagret, og at innbygger skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester.
- **IKT-infrastruktur** omfatter høytilgjengelig fastnett og mobilnett, monitoreringscenter og driftsløsninger som er etablert nasjonalt, som for eksempel Helsenettet.

Direktoratet for e-helse har i dag ansvar for å utvikle og forvalte standarder og helsefaglige kodeverk og terminologi og er også i ferd med å etablere en arkitekturstyring nasjonalt på et overordnet nivå. Ut fra dette er det naturlig at Direktoratet for e-helse har en pådriverrolle i å etablere den felles grunnmuren for digitale tjenester. For å konkretisere og forankre videre arbeid med grunnmuren bør det utvikles målbilde og veikart for en felles grunnmur med formål om raskere, trygg og kostnadseffektiv utvikling av e-helsetjenester. Et slikt veikart må koordineres med tverrsektorielle initiativ for å ivareta helhetsperspektivet for kommunene.

2.3 Juridiske virkemidler bør utvikles og tas i bruk

Det er i dag få juridiske virkemidler i bruk for å sikre nasjonal styring og ibruskstakelse av e-helseløsninger. Dette kan medføre lav gjennomføringsevne og lite kostnadseffektiv utnyttelse av e-helse som verktøy for helsesektoren.

Det er et overordnet mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren at innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester. Det bør igangsettes et lovarbeid med sikte på å innføre en lovfestet rettighet for innbyggerne til digital dialog med sektoren. Dette setter brukeren i sentrum i tråd med *Digital agenda* og målsettingen om pasientens digitale helsetjeneste. Det er videre en konkret oppfølging av *Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022*. OECD anbefaler i sin *Digital Government Review of Norway*, å tydeliggjøre sterkere digitale rettigheter for innbyggerne.

Brukernes rettigheter bør følges opp med pålegg til sektoren om å tilrettelegge for digital dialog. Lovbestemmelsen bør utformes slik at sektoren kan velge forskjellige løsninger for å oppfylle pålegget.

I tillegg bør det gis en hjemmel for at det i forskrift kan gis nærmere bestemmelser om slike løsninger, herunder formål, hvilke opplysninger som kan behandles, roller og ansvar, krav

til informasjonssikkerhet mv. og hvorvidt de skal være obligatoriske for virksomhetene. Det kan da ved utforming av forskriftene tas stilling til om det skal pålegges bruk av spesifikke løsninger eller spesifikke tjenester, dersom dette vurderes hensiktsmessig.

Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren (IKT-forskriften) har som formål at virksomheter i helse- og omsorgssektoren som yter helsehjelp, bruker IKT-standarder for å fremme sikker og effektiv elektronisk samhandling. Forskriften stiller i dag krav om at behandlingsrettede helseregistre skal føres elektronisk og stiller krav til funksjonalitet ved meldingsutveksling. Forskriftens virkeområde bør utvides slik at det kan fastsettes krav knyttet til for eksempel informasjonsdeling, arkitektur, informasjonssikkerhet, standarder, kodeverk og terminologi der dette vurderes som hensiktsmessig.

Tilsvarende bør Referansekatalogen¹⁹ gjennomgås slik at den gir oversikt over obligatoriske og anbefalte krav innenfor de samme områdene. Ved utarbeidelse av nye krav bør relevante organer i den nasjonale styringsmodellen involveres og det skal legges vekt på å synliggjøre konsekvenser på tvers i sektoren før nye krav fastsettes.

Lov- og forskriftsarbeid skal følge utredningsinstruksen og utformes med utgangspunkt i Justis- og beredskapsdepartementets veileder *Lovteknikk og lovforberedelse*, bl.a. for å sikre at virkningene av aktuelle tiltak blir utredet og vurdert. Utkast til proposisjoner til Stortinget med forslag til lovvedtak som har vesentlige virkninger for kommunene eller fylkeskommunene, skal forelegges Kommunal- og moderniseringsdepartementet til uttalelse.

Forut for iverksettelse av lov- og forskriftsendringer, bør man påse at de nødvendige hjelpemidler/verktøy til å kunne tilfredsstille forskriften er tilgjengelig.

Sanksjoner ved mangelfull oppfyllelse av obligatoriske krav bør vurderes. Konkrete sanksjonsbestemmelser bør vurderes inn i IKT-forskriften. Relevante tilsynsmyndigheter bør i sine tildelingsbrev få mål/oppgaver knyttet til sektorens ibrukstakelse av e-helseløsninger. Dette vil bidra til at de juridiske virkemidlene får ønsket effekt.

Difi har nylig utarbeidet en Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor²⁰ som med utgangspunkt i Digital agenda skal støtte offentlig sektor knyttet til tverrgående utfordringer og muligheter. Et hovedfunn i strategiens behovskartleggingen er «Et regelverk tilpasset digitalisering». Det foreslås et tiltak for å «Utforske muligheter og tilpasse regelverk for en datadrevet forvaltning»:

«Legge til rette for en mer datadrevet forvaltning, slik at data og informasjon enklere kan benyttes på tvers av forvaltningen til saksbehandling og analyseformål. Difis anbefalinger inkluderer å tilrettelegge for automatisert rettsanvendelse, samt å vurdere en bestemmelse om hjemmel for bruk av personopplysninger og gjenbruk. Dette innebærer å fremme lov- og forskriftsfesting som bidrar til å sette fart på digitalisering og integrere regelverksendringer i tjenesteutvikling.»

¹⁹ Direktoratet for e-helse (2017). *Referansekatalogen for e-helse*. Referansekatalogen inneholder oversikt over standarder og kravdokumenter for IKT-systemer som er obligatoriske eller anbefalt for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som foretar elektronisk behandling av helseopplysninger.

²⁰ Direktoratet for forvaltning og IKT (2017). *Digitaliseringsstrategi i offentlig sektor*

Dette tiltaket er relevant også for helse- og omsorgssektoren og Direktoratet for e-helse vil følge arbeidet.

2.4 Nasjonal styringsmodell bør videreutvikles

Samstyringsmodell

Direktoratet for e-helse etablerte i 2016 nasjonal styringsmodell for e-helse for å styrke samordning og for å oppnå raskere gjennomføring av e-helseutviklingen. Sentrale aktører i helse- og omsorgstjenesten, samt pasient- og brukerorganisasjoner er representert. Modellen har bidratt til økt dialog og tillit mellom aktørene. Nasjonalt e-helsestyre har blant annet gitt sin tilslutning til *Nasjonal e-helsestrategi 2017 - 2022* og til årlige prioriteringer av den nasjonale e-helseporteføljen.

Nasjonal styringsmodell for e-helse inkluderer nasjonale prosesser for strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring. Arkitekturstyring etableres i tett sammenheng med de nasjonale prosessene. Prosessene, som sørger for felles strategisk retning for e-helse og koordinering og forankring i sektoren, bør videreutvikles og profesjonaliseres.

Den nasjonale strategiprosessen startet ved sektorens tilslutning til *Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022*, og en årlig prosess for revidering og oppfølging er under planlegging.



Figur 2 – Prosesser i den nasjonale styringsmodellen

Den nasjonale porteføljestylingen er etablert og er under kontinuerlig videreutvikling i samarbeid med sektoren. Det er ønskelig å inkludere flere prosjekter i den nasjonale porteføljen for å sikre at en større andel av e-helsetiltakene drøftes nasjonalt. Målet med dette er å synliggjøre avhengigheter mellom tiltakene og avdekke områder med synergipotensial. Dette gir en åpenhet rundt viktige tiltak i spesialist- og kommunehelsetjenesten som også kan bidra til at risikoreducerende tiltak kan iverksettes.

Oppgradering av EPJ/PAS/Kurve-løsningene i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst og Helseplattformen i Helse Midt-Norge er sentrale komponenter i den nasjonale strategien for realisering av *Én innbygger – én journal* og bør derfor ligge i den nasjonale e-helseporteføljen. Helseplattformen er allerede lagt inn og det er synliggjort på hvilke områder det er behov for en nasjonal innsats knyttet til Helseplattformen. Prosjekter av nasjonal betydning fra kommunesektoren bør også innlemmes i den nasjonale porteføljen. Porteføljen skal bestå av de tiltak som er nødvendige for å realisere nasjonal e-helsestrategi. Konkretisering av hvilke tiltak som skal inngå i den nasjonale porteføljen vil defineres årlig gjennom behandling i nasjonalt styringsmodell der sektoren er tett involvert.

Totalt sett vil dette gi sektoren og Helse- og omsorgsdepartementet bedre kunnskapsgrunnlag i sine styringsprosesser og bidra til at den nasjonale innsatsen understøtter aktørenes behov.

Oppfølgingen av porteføljen bør utvikles til å fokusere på grad av strategisk oppnåelse og samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Den nasjonale porteføljestyringen er en høynivå porteføljestyring av porteføljer og vil ikke gå på tvers av styringen og prioriteringen som skjer ute hos aktørene.

Nasjonalt forvaltningsstyring må styrkes. Slik det er beskrevet i dag, vil det for nasjonale løsninger bli opprettet produktstyrer med representanter fra sektoren. Produktstyrenes hovedoppgave vil være å anbefale målbidde og prioritert veikart for den nasjonale løsningen, samt prioritere større endringer. Store prosjekter som prioriteres skal meldes inn og håndteres som en del av nasjonal porteføljestyring med behandling i NUFA, NUIT og beslutning i Nasjonalt e-helsestyre. Prosessen skal sikre at forvaltning av nasjonale løsninger blir ivare tatt likt på tvers av løsninger. Beslutning om etablering av produktstyrer tas av Nasjonalt e-helsestyre. Prosessen skal omfatte nasjonale løsninger og sikre god forankring på tvers i sektoren og en utvikling i strategisk retning. Prosessen er i dag umoden, og det må blant annet tydeliggjøres kriterier for nasjonale løsninger og roller og ansvar knyttet til disse. Etablering av en nasjonal tjenesteleverandør vil stille sterkere krav til en slik prosess.

Nasjonalt arkitekturstyring skal bidra til at riktige arkitekturvalg styrker gjennomføringsevnen og gir bedre samlet måloppnåelse i helse- og omsorgstjenesten. Nasjonalt arkitekturstyring er under etablering, og skal ikke etableres som en frittstående prosess, men sees i tett sammenheng med de etablerte prosessene innen strategi, portefølje- og forvaltningsstyring. Omfang for nasjonalt arkitekturstyring skal defineres, grensesnitt mot etablerte prosesser skal utarbeides, og roller og ansvar skal tydeliggjøres. Som en del av dette må det også tas hensyn til tverrsektorielle arkitekturstyringsprosesser.

Andre styringsmekanismer

Styring av direktorater, Norsk Helsenett og de regionale helseforetakene utøves av Helse- og omsorgsdepartementet i en definert eierlinje og -struktur. Kommunene representerer et eget forvaltningsnivå basert på autonomi i de folkevalgte organene, innenfor rammen av lover, forskrifter og økonomiske styringsmodeller. Konsultasjonsordningen med KS²¹ gir

²¹ Regjeringen (2015). *Om konsultasjonsordningen*.

rom for en god dialog mellom staten og kommunesektoren om statlige rammebetingelser og måloppnåelse innen kommunal virksomhet.

E-helseområdet bør i større grad integreres i eierstyringen som Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for i den statlige delen av sektoren. Direktoratet for e-helse og andre kan bidra med utredninger og analyser som kan utgjøre faglige grunnlag for beslutninger i formelle styringslinjer. Videre bør sentrale myndigheter som Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet bidra med faglige innspill i forberedelsen av foretaksmøter og oppdragsdokument til de regionale helseforetakene. Konkrete krav kan inkluderes i foretaksprotokollene. Direktoratet for e-helse sin hovedinstruks bør gjennomgås og utvides slik at rollen som fagorgan som gir innspill til departementets ordinære linjestyring tydeliggjøres.

Tilsvarende kan sentrale myndigheter bidra med å fremme e-helse i konsultasjonsordningen²² med KS, og det bør initieres en dialog med KS for å vurdere dette nærmere. I tillegg kan Direktoratet for e-helse som fagorgan på e-helseområdet gi innspill i forberedelsen av konsultasjonsmøtene og til de årlige tildelingsbrev til Fylkesmennene.

2.5 Nasjonale fagmyndigheter må styrkes

Helsefaglig standardisering er et fagområde hvor digitalisering får stor betydning. De store gevinstene som ligger i digitalisering kan ikke hentes ut dersom helsefaglig standardisering ikke utvikles i parallell med etablering av digitale løsninger. Ved å standardisere arbeidsprosesser vil man unngå uønsket variasjon, og man vil systematisk kunne jobbe med kvalitetsheving av tjenesten til det beste for innbygger og helsepersonell. Helsefaglig standardisering er et bredt område som i dag er lite definert og der ansvaret er fragmentert. Styring og organisering av helsefaglig standardisering bør utredes i tett samarbeid med utviklingen av *Én innbygger – én journal*. Helsedirektoratet bør ha en sentral rolle i dette arbeidet.

For å bidra effektivt med strategiutvikling og rådgivning innen e-helse har Direktoratet for e-helse behov for å styrke sitt arbeid innen strategiområdet. Kunnskap om trender innen e-helse og teknologi, forsknings-, utrednings- og analysearbeid vil bidra inn i forvaltningen av e-helsestrategien, videre strategiutvikling og oppfølging. Kost/nytte-vurderinger og samfunnsøkonomisk analyse er områder som er viktige for å gi et realistisk konsekvensbilde.

Det er en forutsetning for digitalisering i helse- og omsorgssektoren at pasientsikkerhet, personvern og informasjonssikkerhet blir ivaretatt i alle faser av løsningenes livsløp. Sikkerhetsområdet er et komplekst fagområde, og godt personvern og tilfredsstillende informasjonssikkerhet er virkemidler som krever tiltak innenfor både teknologi, prosess og

²² For beskrivelse av konsultasjonsordningen mellom KS og regjeringen, se: <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/om-ks/ks-oppgaver/veilder--om-statens-arbeid-med-konsultasjonsordningen/veileder.pdf>

organisasjon. Direktoratet for e-helse bør styrke sin fagrolle innen disse områdene for å legge til rette for enhetlig implementering av informasjonssikkerhet og personvern. Direktoratet vil i denne rollen jobbe tett med andre relevante aktører (Datatilsynet, NSM, HelseCERT, etc.).

For å bidra til mer enhetlig e-helseutvikling i sektoren har Direktoratet for e-helse startet etablering av nasjonal arkitekturstyring. For å sikre en effektiv og forutsigbar arkitekturstyring er det behov for å konkretisere og videreutvikle styringsgrunnlaget. Styringsgrunnlaget vil bestå av anbefalte og obligatoriske standarder, helsefaglige kodeverk og terminologi, arkitekturkrav, arkitekturprinsipper, referansearkitekturer, veikart og lignende. Noe av dette er på plass i dag, men det er også et større arbeid som gjenstår. En viktig del av utarbeidelsen av styringsgrunnlaget er å vurdere konsekvenser av krav og prioritering med hensyn til å oppnå det overordnede målet om økt gjennomføringsevne og kostnadseffektiv utvikling. Som beskrevet i kapittel 2.4 skal arkitekturstyringen integreres i nasjonal styringsmodell og det skal sikres en tett involvering og forankring i sektoren.

Fagområder som standardisering og helsefaglige kodeverk er i sterk utvikling internasjonalt, og det er behov for løpende innsats for å sikre at Norge bygger på internasjonal erfaring og beste praksis, samt gjøre det enklere for helse- og omsorgstjenesten å benytte internasjonale leverandører. Standarder og kodeverk er avgjørende for effektiv gjenbruk av informasjon slik at gevinster ved digitalisering av helsetjenesten kan hentes ut. Dette gir på sikt nye muligheter for tjenester til innbyggere og helsepersonell og andre interessenter som i dag ikke lar seg realisere. Samtidig er det avgjørende at dagens standarder forvaltes og innføres på en effektiv måte. Erfaring viser at enhetlig meldingsutveksling ikke skjer på eget initiativ blant virksomhetene, men trenger en nasjonal prioritering, styring og innføring.

3 Leverandørfunksjon for nasjonale løsninger

Behovet for en nasjonal leverandørfunksjon innenfor e-helse er adressert i en rekke tidligere dokumenter²³. Behovet er et resultat av den omfattende digitaliseringen som finner sted i helsetjenesten. En rekke store programmer vil i fremtiden sette krav til en profesjonell leverandørfunksjon som kan levere nasjonale tjenester til statlige aktører, kommuner og andre virksomheter som leverer helsetjenester på vegne av det offentlige. Krav til samstyring og finansieringsmodeller er faktorer som bidrar til et behov for etablering av en nasjonal tjenesteleverandør.

Nasjonale løsninger er løsninger som tas i bruk på tvers av sektoren, hvor det er behov for at det offentlige tar et helhetsansvar. En nasjonal tjenesteleverandør vil for nasjonale løsninger fungere som en samlende tjenesteintegrator, og tjenesteleverandørens ansvar vil inkludere bistand til utvikling, løsningsforvaltning (heretter omtalt som forvaltning) og drift. Tjenesteleverandøren vil også ha en rolle i forbindelse med anskaffelser av nasjonale løsninger innen e-helse. Samordning av innkjøp vil kunne realisere stordriftsfordeler gjennom blant annet lavere faste kostnader, høyere innkjøpskompetanse og gunstigere avtaler²⁴.

Etableringen av en nasjonal tjenesteleverandør vil kreve god planlegging. Det er viktig at dette planleggingsarbeidet igangsettes raskt for å etablere en tjenesteleverandør som kan være aktuell for pågående programmer. For eksempel har Helseplattformen-programmet i regi av Helse Midt-Norge behov for at tjenesteleverandør er etablert allerede i løpet av 2018 for å overholde sin tidsplan.

Under er anbefalingene knyttet til felles leverandørfunksjon. Anbefalingene er begrunnet i kapitlene under.

ANBEFALINGER vedrørende nasjonal tjenesteleverandør

1. Opprettelse av en nasjonal tjenesteleverandør bør besluttes og operasjonaliseres

Nasjonal tjenesteleverandør bør være helsesektorens felles leverandørfunksjon og tjenesteintegrator.

Fremtidig målbilde for nasjonal tjenesteleverandør er at denne aktøren skal ivareta bistand til utvikling, og all løsningsforvaltning, drift, vedlikehold og videreutvikling av nasjonale løsninger.

²³ Bl.a. Prop. 1 S 2016–2017, Helse- og omsorgsdepartementet (s 328), *Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren* (2015), NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover?* samt Meld. St. nr. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal*.

²⁴ Dette er blant annet påpekt i Meld. St. 29 (2016-2017) *Perspektivmeldingen 2017* og *Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgstjenesten* (2015).

Selskapet bør etableres som et statsforetak.

Etableringsplan må utarbeides før operasjonalisering. Som en del av dette må endelig organisasjonsform utformes, og det må vurderes om nasjonal tjenesteleverandør kan ha utfordringer knyttet til statsstøttereguleringen, lov om offentlig anskaffelse, EU forordninger, m.m.

2. Eksisterende nasjonale løsninger skal suksessivt overføres til nasjonal tjenesteleverandør

Dagens nasjonale løsninger skal suksessivt overføres til nasjonal tjenesteleverandør etterhvert som tjenesteleverandøren er i stand til å motta disse og basert på en risiko- og sårbarhetsanalyse av hver enkelt av de nasjonale løsningene.

3. Bruk av privat næringsliv skal vektlegges i strategien til nasjonal tjenesteleverandør

Kjøp fra et privat leverandørmarked bør være tilnærmingen der hvor markedet fungerer tilfredsstillende. Bruk av markedet bør skje på en slik måte at det sikrer kvalitet, kostnadseffektivitet, skalerbarhet og krav til informasjonssikkerhet, personvern og pasientsikkerhet.

Nasjonal tjenesteleverandør skal fungere som en tjenesteintegrator ved benyttelse av eksternt leverandørmarked. Nasjonal tjenesteleverandør må arbeide tett med andre aktører i offentlig sektor (for eksempel Difi) for å kunne utnytte eksisterende løsninger og felleskomponenter.

3.1 Opprettelse av en nasjonal tjenesteleverandør bør besluttes og operasjonaliseres

Det anbefales etablering av en nasjonal tjenesteleverandør. De to viktigste driverne bak dette er:

- De mange, omfattende og kompliserte fellesprosjektene som sektoren står overfor de neste årene (for eksempel Én innbygger – én journal, Helseplattformen, Velferdsteknologiprogrammet, og Helsedataprogrammet).
- Nasjonale og politiske krav til realisering av stordriftsfordeler, effektiv leveranse, samt utnyttelse av begrensede menneskelige og finansielle ressurser.

En nasjonal tjenesteleverandør må kunne drive anskaffelser, utvikling, forvaltning (inkludert vedlikehold og videreutvikling) og drift. I tillegg er det relevant å yte tilgrensende tjenester som for eksempel å gi bistand til innføring av nasjonale løsninger. Tjenesteleverandøren må være en profesjonell tjenesteintegrator som kan sikre god integrasjon på tvers av løsninger i sektoren og mot mange eksterne leverandører.

Velfungerende mekanismer for blant annet avtaleinngåelser som databehandleravtaler, driftsavtaler og serviceavtaler er viktig. Det kreves også et apparat for brukerstøtte og fakturering av tjenester til en rekke ulike kunder som fastleger, kommuner og andre aktører innenfor sektoren. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv vil det ikke være formålstjenlig å

etablerere mange tjenesteleverandører som alle skal etablere slike mekanismer hver for seg ut mot sektorens aktører.

På grunn av kompleksiteten i håndteringen av en sammensatt sektor og manglende stordriftsfordeler er det ingen av dagens IKT-aktører som direkte kan påta seg rollen som en felles nasjonal tjenesteleverandør.

Nasjonal tjenesteleverandør skal ha ansvar for nasjonale løsninger

Forslag til kriterier for valg av nasjonale løsninger har tidligere vært presentert for NUIT i møte 25.-26. mai 2016 og for NUFA i møte 15.-16. september 2016²⁵. Ved etablering av nasjonal tjenesteleverandør må man vurdere behovet for tydeligere kriterier og formalisering av prosess, roller og ansvar knyttet til det å utpeke hva som skal være nasjonale løsninger.

Kriterier for definisjonen vil være knyttet til stordriftsfordeler, samfunnsverdier, fordelingshensyn og fellesgoder:

- **Stordriftsfordeler som påvirker markedsmekanismer i leverandørmarkedet** – Løsninger som det er hensiktsmessig (samfunnsøkonomisk lønnsomt) at kun én aktør anskaffer/utvikler/tilbyr²⁶. Stordriftsfordeler kan også inkludere økt evne til anskaffelse av løsninger (f.eks. innenfor informasjonssikkerhet/personvern) som frittstående aktører hver for seg ikke har kapasitet/ressurser til å anskaffe.
- **Samfunnsverdier** – Løsninger der det er store samfunnsverdier på tvers av virksomhetsgrenser og -nivåer som ikke blir løst ut fordi hver enkelt lokale aktør ikke har incentiver til å påta seg de ekstra kostnadene som kreves for å løse ut verdier som tilfaller en annen aktør (eksempelvis løsninger for deling av informasjon på tvers av virksomhetsgrenser).
- **Fordelingshensyn** – Løsninger som er sentrale for å sikre likhet i helsetjenestetilbudet på tvers av befolkningsgrupper og geografi.
- **Fellesgoder** - Løsninger som det private markedet ikke kan ta betaling for, men som utløser store samfunnsmessige gevinster i bruk.

I tillegg må kriteriene ses opp mot risiko og sårbarhet som følge av økt størrelse/kompleksitet. Eksempler på nasjonale løsninger er grunnmur, økosystem, plattformer og etablerte løsninger som e-resept, Kjernejournal og Helsenorge, samt løsninger som etableres for Én innbygger – én journal, Velferdsteknologi- og Helsedataprogrammet.

²⁵ I NUIT ble det lagt frem en plan for forvaltningsstyring av nasjonale løsninger. I NUFA ble det lagt frem forslag til definisjonskriterier for nasjonale løsninger, og disse ble drøftet av utvalget. Endelig forslag til kriterier har ikke blitt behandlet av Nasjonalt e-helsestyre. (Se referat fra NUIT, sak 16/16 25.-26.05 2016 og NUFA sak 63/16 14.-15.09 2016)

²⁶ Jfr. Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022 og dens grunnleggende prinsipp om at «...det som *kan* bli løst nasjonalt, *skal* bli løst nasjonalt».

Plassering og organisasjonsform

En ny nasjonal tjenesteleverandør bør etableres som et eget statsforetak og ikke direkte i statsforvaltningen. Bakgrunnen for dette er knyttet til følgende områder:

- **Entydig plassering av oppgaver, ansvar og myndighet**
Prinsippet om at rolledelingen skal reflektere en mest mulig entydig plassering av oppgaver, ansvar og myndighet tilsier at IKT leverandørfunksjonen bør rendyrkes som en nøytral organisasjon for å unngå uheldig rolleblanding mellom myndighetsutøvelse og tjenesteproduksjon. Dette prinsippet er tydelig beskrevet og begrunnet flere steder i veiledere, forskningsrapporter og tidligere utredninger²⁷.
- **Økonomiske behov**
Det er behov for fleksible finansieringsmodeller og lånemuligheter som ikke er like lett tilgjengelige for en virksomhet direkte i statsforvaltningen.

Det må gjennomføres en juridisk analyse av foreslått organisasjonsform og formål med hensyn til mulighetsrommet innenfor anskaffelsesregelverket og statsstøtteregelverket (samt eventuelle andre norske relevante lover/forskrifter og EU-direktiv). Det må også vurderes om andre aktører i sektoren har oppgaver og ressurser som bør flyttes til nasjonal tjenesteleverandør.

Det anbefales at nasjonal tjenesteleverandør tar organisatorisk utgangspunkt i Norsk Helsenett SF (NHN).

1. NHN representerer et godt utgangspunkt fordi deler av NHNs nåværende oppgaver vil være i tråd med oppgavene en nasjonal tjenesteleverandør er tiltent.
2. NHN har en velfungerende infrastruktur for avtaleinngåelse og fakturering av de fleste aktører i sektoren.

Framtidens nasjonale tjenesteleverandør vil ha et vesentlig utvidet ansvarsområde sammenlignet med dagens NHN. Et slikt utvidet ansvar vil stille krav til kompetanse og kapasitet som organisasjonen i dag ikke har. Dette gir behov for endring av selskapets samlede kompetanse og kan stille nye krav til ledelse og styresammensetning. Det må blant annet bygges opp en leveranseorganisasjon med tunge kompetansemiljøer innenfor blant annet finansieringsmodeller, anskaffelse, utvikling, sourcing og leverandørstyring. Gjennom et etableringsprosjekt bør man gjøre en grundigere vurdering av hva som må til for å gi NHN gode rammevilkår i transformasjonen til en nasjonal tjenesteleverandør.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) har ansvar for nasjonale løsninger relatert til den akuttmedisinske verdikjede. Dette er et område som kan være relevant å vurdere organisert hos en nasjonal tjenesteleverandør. Det vurderes å være større behov for at nasjonal tjenesteleverandør tar ansvar for nye satsinger i en

²⁷ Se f.eks. Difis veileder (2014) «Fra stat til marked», Dalen og Sørensen (2001): «Eierskap og tilknytningsformer i offentlig sektor og rapport» samt «Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgstjenesten, 2015» som alle adresserer elementer relatert til behovet for å skille myndighetsregulerende virksomhet fra utøvende tjenesteleveranse.

oppbyggingsperiode. Det anbefales derfor at HDO ikke bør inkluderes i en nasjonal tjenesteleverandør fra dag én.

For å sikre samstyring må det etableres styringsmekanismer som sørger for god styring av en nasjonal tjenesteleverandør som ivaretar hele sektorens behov. Dette beskrives nærmere i neste avsnitt.

Hvordan kan en nasjonal tjenesteleverandør styres?

Ved opprettelse av en nasjonal tjenesteleverandør er det essensielt å legge til rette for god samstyring på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er derfor viktig at helse- og omsorgssektoren sikres reell innflytelse og påvirkningskraft på nasjonal tjenesteleverandør, og at dette defineres i etableringsfasen. Overordnet kan styring skje langs to akser:

1. Vertikalt gjennom selskapsstyring
2. Horisontalt gjennom løsningsstyring

Under er det en kort beskrivelse av hvordan dette kan gjøres. Styringsmekanismer må ytterligere klargjøres gjennom arbeidet med etableringsplanen.

Selskapsstyring

Et statsforetak følger statsforetaksloven og styres gjennom eierstyring der eiermyndigheten utøves gjennom foretaksmøtet. Statsforetak er heleid av staten, og det er statsråden i det aktuelle departementet som representerer staten som eier²⁸. Gjennom foretaksmøtene vil det blant annet fastsettes vedtekter og opprettes et styre. Styret er et kollegialt organ med ansvar for å styre og drifte virksomheten, og med dette ivareta *selskapets interesser*. Sammensetningen av styret bør reflektere kompetanse, kapasitet og mangfold. Når det gjelder en nasjonal tjenesteleverandør vil det være viktig å sikre bred kompetanse fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Løsningsstyring

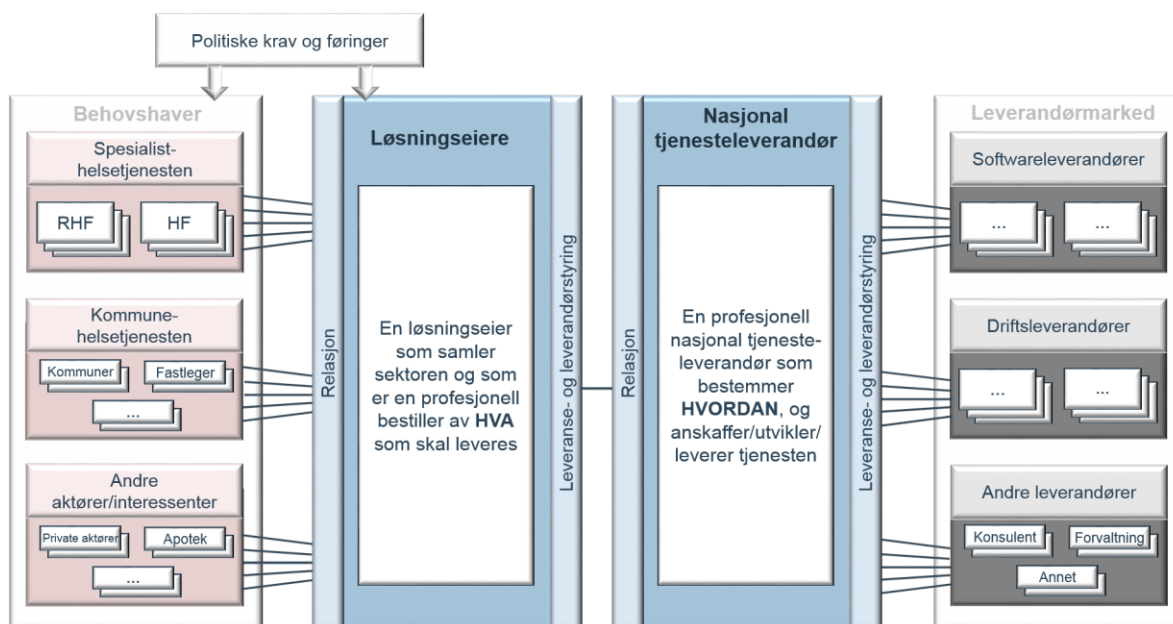
Som nevnt over skal den nasjonale tjenesteleverandøren være aktøren som har ansvar for å utvikle, integrere, forvalte og drifte nasjonale løsninger ved hjelp av egen og ekstern leveransekapasitet, og som i stor grad bestemmer *hvordan* dette skal gjøres innenfor rammen av nasjonale føringer.

Etableringen av en nasjonal tjenesteleverandør utløser et behov for en nasjonal løsningseier (for hver nasjonale løsning). Overordnet vil løsningseier være en aktør som tar ansvar for en nasjonal løsning på vegne av sektoren og som, sammen med sektoren, bestemmer *hva* som skal leveres gjennom god forankring. Løsningseier skal også sørge for etablering av omforent løsningsstrategi, og følge opp leveranser og kvalitet. Løsningseieren vil være den som inngår avtale med tjenesteleverandøren og som følger opp denne.

²⁸ Direktoratet for forvaltning og IKT (2014). *Fra stat til Marked*

Ulike aktører kan inneha en løsningseierrolle. I dag er Direktoratet for e-helse eksempelvis løsningseier for e-resept og Helsenorge. Andre aktører i sektoren kan også fungere som løsningseiere for utvalgte løsninger. For spesielt store og kompliserte nasjonale løsninger kan det være aktuelt å etablere egne felleseide selskap som løsningseiere. Dette må vurderes for hver løsning.

Figuren under illustrerer forholdet mellom løsningseier og nasjonal tjenesteleverandør.



Figur 3 – Relasjonen mellom nasjonal løsningseier og nasjonal tjenesteleverandør

For å lykkes må løsningseier og nasjonal tjenesteleverandør arbeide tett sammen. Tjenesteleverandøren skal bidra inn i programmer og prosjekter, både for å tilføre og bygge kompetanse og for å sikre god integrasjon med eksisterende løsninger og pågående prosjekter.

Løsningseiers rolle og ansvar må vurderes og detaljeres nærmere før etablering av en nasjonal tjenesteleverandør. En slik vurdering bør ta utgangspunkt i eksisterende forvaltningsmodell etablert for Helsenorge, modeller i bruk i og på tvers av RHF'ene og eventuelle kommunale modeller.

Planlegging av etableringen

Det bør i 2018 igangsettes et arbeid for å utarbeide en etableringsplan, samt beslutningsgrunnlag for endelig iverksetting av etableringen. Dette arbeidet bør omfatte:

- Overordnet organisasjonsform og formål.
- Virksomhetsstyringsmodell for nasjonal tjenesteleverandør og overordnet organisasjonsdesign.
- Styringsmodeller²⁹ for nasjonale løsninger. Roller og ansvar relatert til nasjonale løsninger må tydeliggjøres.
- Finansieringsmodeller (ulike varianter for ulike formål).
- Vurdering av andre IKT-aktører i sektoren og om hele eller deler av disse bør inkluderes i nasjonal tjenesteleverandør, og eventuelt når en slik integrasjon kan være hensiktsmessig (fra begynnelsen eller senere).
- Overordnet modell for leveransestyring.
- Førrende prinsipper for bruk av det eksterne leverandørmarkedet (overordnede «sourcing prinsipper»).
- Veikart og forventet kostnadsutvikling. Dette inkluderer plan for etablering, eventuell virksomhetsoverdragelse, plan for oppbygging av organisasjonen og en plan for gradvis økende ansvarsomfang.
- Identifisering av insentivmekanismer som skal fremme kontinuerlig forbedring hos den nasjonale tjenesteleverandøren.
- Risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til konseptet, etableringen og bruken av det eksterne leverandørmarkedet.

Det antas at en etableringsplan vil kunne utarbeides i løpet av 5-7 måneder, avhengig av endelig omfang og ambisjonsnivå. Ansvar for etableringsplanen bør ligge utenfor NHN, men utarbeides i tett samarbeid med NHN.

Kritiske suksessfaktorer for en nasjonal tjenesteleverandør

For å lykkes med etableringen av en nasjonal tjenesteleverandør er kritiske suksessfaktorer identifisert. De viktigste er:

- **Etablering av samstyring mellom aktørene inn mot tjenesteleverandøren** – En kritisk suksessfaktor vil være å etablere god samstyring mellom aktørene inn mot nasjonal tjenesteleverandør. Utarbeidelsen av dette må defineres nærmere i løpet av etableringsfasen.
- **Styrket nasjonal styring innenfor arkitektur og standarder på tvers av sektoren** – En kritisk suksessfaktor vil være at nasjonal arkitekturstyring på tvers

²⁹ Inkludert, men ikke begrenset til styringsmodeller for strategisk styring, eierstyring, behovstyring, leveransestyring, leverandørstyring, porteføljestyling, forvaltningsstyring, arkitekturstyring og e-helsefaglig styring

av nasjonale løsninger styrkes og samordnes på tvers av sektoren. Tilsvarende vil det være viktig å styrke standardisering. Disse områdene er beskrevet i kapittel 2.5.

- **Etableringen av en felles grunnmur for digitale tjenester** – Økt krav til samspill/integrasjon, interoperabilitet og effektiv gjenbruk setter krav til en felles grunnmur. Grunnmur for digitale tjenester består av felles IKT-infrastrukturer og byggeklosser som virksomheter og nasjonale e-helseplattformer og -tjenester drar nytte av, og som bidrar til en mer enhetlig og kostnadseffektiv e-helseutvikling. Den legger også til rette for næringsutvikling og innovasjon. Etablering av en felles grunnmur er beskrevet i mer detalj i kapittel 2.2.
- **En omforent definisjon av nasjonale løsninger og livssyklusen for disse** – Det bør etableres en felles forståelse for hva som er dagens nasjonale løsninger, hvordan nye utpekes og livssyklusen for en nasjonal løsning. Livssyklusen må være integrert med eksisterende nasjonale styrings- og forvaltningsmodeller for e-helse.
- **En omforent nasjonal styringsmodell for nasjonale løsninger** – Roller og ansvar knyttet til nasjonale løsninger må tydeliggjøres for å sikre strategisk og kostnadsoptimal utvikling av løsningene. Det må tydeliggjøres rammer for hvilke endringer som kan besluttes av henholdsvis løsningseier og nasjonal tjenesteleverandør. Beslutning om nye anskaffelser eller større endringer må integreres godt inn i styringsprosess for nasjonal porteføljestyling. Det må også formaliseres en forvaltningsmodell for nasjonale løsninger. En slik modell bør være bygget på etablerte forvaltningsmodeller for nasjonale e-hesløsninger.
- **Tilstrekkelig fokus på god endringsledelse** – Etableringen av en nasjonal tjenesteleverandør bestående av hele eller deler av eksisterende aktører i sektoren vil være en komplisert organisatorisk transformasjon som vil inkludere bruk av virksomhetsoverdragelse. Tilstrekkelig fokus på god endringsledelse vil være kritisk for å beholde kompetansen på de nasjonale løsningene.
- **Trinnvis opptrapping og tilstrekkelige transisjonsperioder** – Dagens løsninger (som f.eks. e-resept) er å anse som virksomhetskritiske i sektoren. Høy grad av fokus på risiko og sårbarhet er et krav. For å redusere risiko for ustabilitet og nedetid i løsningen bør det planlegges med en trinnvis opptrapping av tjenesteleverandørens ansvarsområder, og det må settes av tilstrekkelig lange transisjonsperioder for stabilisering av nasjonale løsninger som suksessivt overføres til ny nasjonal tjenesteleverandør.

Det er vesentlig risiko forbundet med etableringen av en nasjonal tjenesteleverandør. Antall aktører den skal betjene er stor, og det er store og komplekse IKT-løsninger som skal anskaffes, utvikles og leveres. Det er viktig at man gjennom hele oppbyggingen av en nasjonal tjenesteleverandør, overvåker risikobildet og iverksetter korrigerende tiltak ved behov.

3.2 Eksisterende nasjonale løsninger skal suksessivt overføres til nasjonal tjenesteleverandør

I et langsiktig perspektiv bør nasjonal tjenesteleverandør ha ansvar for alle nasjonale løsninger. Konsekvensen av dette er at dagens nasjonale løsninger bør overføres til nasjonal tjenesteleverandør suksessivt.

I hvilket tempo og rekkefølge løsninger skal overføres vil påvirkes av:

- Risiko- og sårbarhetsvurderinger for overføring av løsninger, både på tvers av løsninger og for den enkelte løsning, samt for tjenesteleverandørens evne og kapasitet til å ta imot løsningen.
- Behov knyttet til finansiering eller andre faktorer som dekkes ved å flytte løsningen.
- Prioritering av ressurser opp mot andre initiativ. Dette kan være vurdering av behovet for etablering av nye løsninger kontra overføring av eksisterende løsninger.

Det vil ta flere år å bygge fremtidens nasjonale tjenesteleverandør. Overføring av dagens nasjonale løsninger vil være en prosess som vil pågå parallelt og bidra til en kompetanseutvikling og modning av tjenesteleverandøren.

3.3 Bruk av privat næringsliv skal vektlegges i strategien til nasjonal tjenesteleverandør

Kjøp fra et privat leverandørmarked bør benyttes der markedet fungerer tilfredsstillende. Det bør være en målsetning at man skal benytte leverandørens innovasjonskraft og risikoevne. Samarbeid mellom private tilbydere og offentlige aktører understrekes blant annet i *Perspektivmeldingen 2017*³⁰ som et viktig ledd i å utvikle nye og mer effektive tjenester som kan bidra til økt produktivitet i både privat og offentlig sektor. Bruk av markedet bør skje på en slik måte at det sikrer kvalitet, kostnadseffektivitet og skalerbarhet knyttet til nye brukere og løsninger.

Som en del av etableringsplanen for ny nasjonal tjenesteleverandør skal det utarbeides en overordnet leverandørstrategi med førende prinsipper for bruk av det eksterne leverandørmarkedet. Strategien må ivareta krav til informasjonssikkerhet, personvern og pasientsikkerhet. Denne kan også adressere prinsipper for bruk av ulike kontraktsformer og anskaffelsesformer (f.eks. bruk av «innovative anskaffelser»).

Det er en forutsetning at markedet benyttes for å sikre fleksibilitet og skalerbarhet i fremtidig utvikling. Den nasjonale tjenesteleverandøren skal imidlertid fungere som en profesjonell tjenesteintegrator som sikrer helhetlig IKT-støtte på tvers av ulike løsninger og ved bruk av ulike leverandører.

³⁰ Meld. St. 29 (2016-2017), *Perspektivmeldingen 2017*

Det må vurderes om enkelte nasjonale løsninger bør settes ut i sin helhet til det eksterne leverandørmarkedet eller andre aktører. I disse tilfellene skal nasjonal tjenesteleverandør utøve tjenesteintegrasjon og leverandøroppfølging.

4 Konsekvenser for Direktoratet for e-helses oppgaveportefølje

Anbefalingene om sterkere nasjonal styring og etableringen av en nasjonal tjenesteleverandør vil medføre behov for endringer i oppgaveporteføljen til Direktoratet for e-helse.

Den myndighetsutøvende delen av direktoratet må styrkes, mens rollen som leverandør reduseres.

Direktoratet skal fortsatt være en pådriver for nasjonale programmer og prosjekter. Eksempler på dette er Helsedataprogrammet, Én innbygger – én journal, Program for felles infrastruktur og arkitektur. Dagens nasjonale produkter (e-resept, Kjernejournal, Helsenorge og grunndata) skal suksessivt overføres til ny nasjonal tjenesteleverandør. Ansvar som overføres inkluderer utvikling, forvaltning (inkludert vedlikehold og videreutvikling) og drift. Tidspunkt og rekkefølge vil vurderes i samarbeid med brukere og nasjonal tjenesteleverandør.

Deler av dagens produksjonsnære oppgaver bør flyttes fra Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse og NHN har påbegynt planlegging for overføring av produksjonsnære oppgaver.

Myndighetsrollen

En styrking av myndighetsrollen vil bety at Direktoratet for e-helse må styrke kompetanse og kapasitet innenfor flere områder.

En forutsetning for at Direktoratet for e-helse kan bli en tydeligere premissgiver er videreutvikling av de juridiske virkemidlene. I den forbindelse vil direktoratet både ha behov for å drive utredningsarbeid, være rådgivende fagorgan for HOD innen området og samtidig bidra inn i lov- og forskriftsarbeidet. For å sikre resultater av juridisk virkemiddelapparat, er det behov for løpende oppfølging. Her vil Direktoratet for e-helse kunne ha en viktig rolle gjennom sin «følge med»-rolle.

For å kunne inneha en nasjonal fagrolle kreves det robuste fagmiljø. Det er spesielt viktig å styrke innsatsen knyttet til informasjonssikkerhet, personvern og pasientsikkerhet, standarder og helsefaglige kodeverk, arkitektur, samfunnsøkonomiske analyser og strategiarbeid.

Standardiseringsfeltet er løftet frem som prioritert område for å kunne realisere målbildet om «Én innbygger - én journal». Eksempler på aktiviteter med økt fokus kan inkludere bedre oversikt over implementering av standarder, løpende oppfølging av arkitekturbeslutninger samt å sørge for at helsefaglige kodeverk benyttes på riktig måte.

Direktoratet for e-helse har i dag en viktig rolle som tilrettelegger og pådriver for den nasjonale styringsmodellen. En videreutvikling av styringsmodellen stiller økt krav om

profesjonalisering av fora, prosesser og beslutningsunderlag. Det er blant annet i økende grad behov for samfunnsøkonomiske analyser og gevinstanalyser.

Etablering av forvaltningsstyring av nasjonale løsninger og rollen som løsningseier for utvalgte nasjonale løsninger vil stille krav til direktoratet.

Direktoratet for e-helse er i dag pådriver for flere nasjonale programmer og prosjekter og vil fortsette med dette.

Leverandørrollen

Som beskrevet tidligere i rapporten, er målbildet at nasjonal tjenesteleverandør skal overta leverandøransvaret for nasjonale løsninger. En konsekvens av dette er blant annet at e-resept, kjernejournal og Helsenorger skal overføres til ny nasjonal tjenesteleverandør.

I planen som etableres for overføring av ansvar må det tas hensyn til den nasjonale tjenesteleverandørens veikart for oppbygging og en vurdering av risiko for ustabilitet og nedetid. Det vil etableres en plan for overføring for det enkelte produkt, og gjennomføringstid vil avklares i denne planen. Som migreringsstrategi kan en løsning overføres i sin helhet, eller stegvis ved å overføre for eksempel drift og forvaltning først, etterfulgt av øvrige områder på et senere tidspunkt.

I tilknytning til produktene har direktoratet i dag fellestjenester på tvers av produktene, for eksempel innenfor produksjon og tjenesteoppfølging. Det vil være aktuelt å overføre flere av disse tjenestene, og det vil legges en plan for dette.

5 Kilder

Dalen, M. D. & Sørensen, R. J. (2001). *Eierskap og tilknytningsformer i offentlig sektor*. Forskningsrapport 9/2001, Handelshøyskolen BIDIFI (2017).

Direktoratet for e-helse (2017). *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak*.

Direktoratet for e-helse (2017). *Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022*.

Direktoratet for e-helse (2017). *Referansekatalogen for e-helse*. Hentet fra: <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/referansekatalogen>

Direktoratet for forvaltning og IKT (2014). *Fra Stat til Marked – veileder om utskilling av virksomhet fra staten*. Veileder 2014:1

Direktoratet for forvaltning og IKT (2017). *Digitaliseringsstrategi i offentlig sektor*. Kortversjon 1.1. 30. Oktober 2017. Hentet fra: https://www.difi.no/sites/difino/files/20171030_digitaliseringsstrategi_kort_versjon_v1.1.pdf

Folkehelseinstituttet (2017). *FHIs strategi og visjon*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/om/om-fhi/fhi/org-visjon/>

Hans Nielsen Hauge (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*. Oslo: 17.12.2015

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Tillegg til tildelingsbrev nr. 1 for 2017 – IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren (16/1713-)*

Helsedirektoratet (2015). *Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren*.

Helsedirektoratet 2017. *Dette gjør Helsedirektoratet*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>

Helsedirektoratet (2017). *Informasjon til deg som bruker nødnettet*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/nodnett/informasjon-til-deg-som-bruker-nodnett>

Kommunal- og regionaldepartementet. *Om statens arbeid med konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS*. Veileder utgitt av Kommunalavdelingen. Hentet fra: <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/om-ks/ks-oppgaver/veilder--om-statens-arbeid-med-konsultasjonsordningen/veileder.pdf>

KS (2015). *Kort om KS*. Hentet fra: <http://www.ks.no/fagomrader/om-ks/ks-organisasjon/kort-om-ks/>

KS (2016). *Mandat*. Hentet fra: <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/digitalisering/kommit/mandat/>

Meld. St. 9 (2012–2013). *Én innbygger – én journal*

Meld. St. 27 (2015–2016). *Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*

Meld. St. 29 (2016-2017). *Perspektivmeldingen 2017*

Nasjonal IKT (2017). *Styret i Nasjonal IKT HF*. Hentet fra: <https://nasjonalikt.no/om-oss/styret-i-nasjonal-ikt-hf>

OECD (2017). *Digital Government Review of Norway – Boosting the digital transformation in the public sector*. Hentet fra: <http://www.oecd.org/gov/digital-government-review-of-norway-9789264279742-en.htm>

Prop. 1 S 2016–2017, Helse- og omsorgsdepartementet, s 328. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/pdfs/prp201620170001hodddpdfs.pdf>

Rambøll Management Consulting (2017). *IT i praksis 2017*.

Regjeringen (2014). *Ansvarsområder og oppgaver i Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/dep/id426/>

Regjeringen (2014). *De regionale helseforetakene*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>

Regjeringen (2015). *Om konsultasjonsordningen*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunalrett-og-kommunal-inndeling/forholdet-kommune-stat/om-ordningen/id544787/>

Regjeringen (2016). *NOU 2016:25. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover?* Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/>

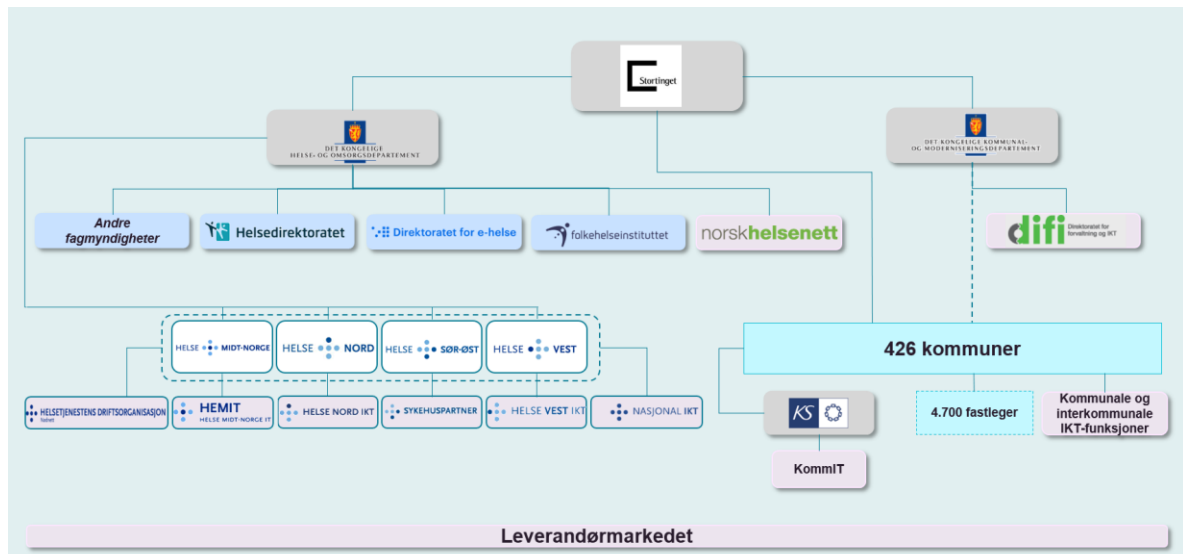
Regjeringen (2017). *Direktoratet for forvaltning og IKT*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dep/kmd/org/etater-og-virksomheter-under-kommunal-og-moderniseringsdepartementet/underliggende-etater/difi/id440429/>

Regjeringen (2017). *Fastlegeordningen*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fastlegeordningen/id115301/>

Store Norske Leksikon (2013). *Kommunalt Selvstyre*. Hentet fra: https://snl.no/kommunalt_selvstyre

6 Vedlegg: Aktørbildet i helse- og omsorgssektoren

Helsesektoren kan hovedsakelig deles inn i kommunehelsetjenesten (inkludert fastleger) og spesialisthelsetjenesten. Figuren under gir et overblikk over aktører som er særlig relevante for digitaliseringsarbeidet i norsk helse- og omsorgssektor og deres styringslinjer.



Figur 4 – Aktørbildet

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det strategiske ansvaret for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren og har et overordnet ansvar for at befolkningen har tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester³¹. HOD har underliggende etater (Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, Helsetilsynet, Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet m.m.) som ivaretar rollen som faglig (og på enkelte områder juridisk) forvalter av IKT-løsninger, registre og sektorens felleskomponenter. Departementet eier også de fire regionale helseforetakene og Norsk Helsenett SF.

Helsedirektoratet er et fag- og myndighetsorgan underlagt HOD, og har ansvar for å iverksette politikk, samt forvalte lov og regelverk innenfor helse- omsorgssektoren³². Helsedirektoratet har også ansvar for den nasjonale beredskapen.

Folkehelseinstituttet (FHI) er et forvaltningsorgan underlagt HOD, og en nasjonal kompetanseinstitusjon innen folkehelse. FHI sine virkeområder er i hovedsak helseovervåking, forskning og forebygging, hvor viktige virkeområder er beredskap innen smittevern og miljømedisin, psykisk helse, rusmiddelforskning, helsestatistikk,

³¹ Regjeringen (2014). *Ansvarsområder og oppgaver i Helse- og omsorgsdepartementet*.

³² Helsedirektoratet 2017. *Dette gjør Helsedirektoratet*.

befolkningsundersøkelser, livsstil og helse, sosiale helseforskjeller og internasjonale helseutfordringer³³.

Direktoratet for e-helse ble etablert i 2016. Direktoratet har nasjonal myndighet og premissgiverrolle på e-helseområdet og skal være en pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Et av direktoratets faste oppdrag er å ha ansvar for styring, utvikling og forvaltning av nasjonale løsninger på e-helseområdet. Direktoratets roller og ansvar følger av hovedinstruksen³⁴ og skal bidra til at vedtatt politikk settes i verk.

De regionale helseforetakene (heretter RHF-ene) har ansvar for spesialisthelsetjenesten, forskning og undervisning³⁵. For å ivareta IKT på en best mulig måte har de fire RHF'ene opprettet egne IKT-selskaper som ivaretar utvikling, drift og forvaltning av løsningene til RHF-et og deres tilhørende HF.

Nasjonal IKT HF er eid av de fire RHF-ene. Det ble etablert i 2014 og styres av et foretaksstyre med representanter fra de regionale helseforetakene, samt observatører fra Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett SF og ulike brukerutvalg³⁶. Nasjonal IKT skal være spesialisthelsetjenestens hovedarena for samhandling innenfor IKT.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) er eid av de fire RHF'ene og er tillagt ansvar for drift, vedlikehold og brukerstøtte til helsetjenestens brukere³⁷. Nødnettet er et lukket beredskapsnett for politi, helsetjenesten, brannvesen og andre aktører med et nød- og beredskapsansvar.

Hver enkelt kommune har ansvar for den **kommunale helse- og omsorgstjenesten**. Dette innebærer at kommunene har råderett over lokale anliggender innenfor de formelle styringslinjene gitt av storting, regjering og departement³⁸. I Meld. St. 12 (2011-2012) *Stat og kommune – styring og samspel*, har regjeringen lagt til grunn at rammestyring skal fungere som hovedprinsipp for styring av kommunene. Dette innebærer at kommunene og fylkeskommunene i stor grad har mulighet til å organisere sine tjenester og virksomheter ut fra lokale prioriteringer og behov. Statlige pålegg ovenfor kommuner og fylkeskommuner må skje i lovs form eller med hjemmel i lov³⁹.

Kommunesektoren skal sikre gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester, og har ansvar for mange viktige velferdstjenester slik som primærhelsetjenester, pleie- og omsorgstjenester, barnevern, barnehager og skole⁴⁰. Kommunene har ansvar for å tilby en fastlegeordning, der kommunen inngår individuelle fastlegeavtaler med allmennleger. Fastlegeoppgavene er i hovedsak ivaretatt av selvstendig næringsdrivende, og ifølge HELFO (2014) var 94,5 prosent av fastlegene privatpraktiserende, mens de resterende 4,6 prosent var ansatt i kommunen⁴¹. Kommunen styrer primært fastlegetjenesten gjennom

³³ Folkehelseinstituttet (2017). *FHIs strategi og visjon*.

³⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*. Oslo: 17.12.2015

³⁵ Regjeringen (2014). *De regionale helseforetakene*

³⁶ Nasjonal IKT (2017). *Styret i Nasjonal IKT*

³⁷ Helsedirektoratet (2017). *Informasjon til deg som bruker nødnettet*

³⁸ Store Norske Leksikon (2013). *Kommunalt Selvstyre*

³⁹ Meld. St. 9 (2012–2013). *Én innbygger – én journal*

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Regjeringen (2017). *Fastlegeordningen*

inngåelse og oppfølging av individuelle fastlegeavtaler med legene, samt via drøfting av aktuelle spørsmål i Lokalt samarbeidsutvalg (LSU).

KS er kommunesektorens organisasjon hvor alle norske kommuner og fylkeskommuner er medlemmer⁴². KS arbeider for å sikre best mulige rammebetingelser for kommunesektoren for å tilrettelegge for lokalt tilpassede velferdstjenester.

KommiT-rådet er et rådgivende utvalg for KS innen digitalisering⁴³. KommiT ble opprettet for å møte de økende forventningene innbyggere og privat næringsliv stiller til digitale tjenester i kommunesektoren. Bakgrunnen for opprettelsen av utvalget ble begrunnet med at viktige tiltak må koordineres mellom stat og kommune i områder der kommunesektoren er sterkt involvert. KommiT-rådet skal bidra til å styrke KS' digitale satsing på strategi og utviklingsarbeid, samt delta i arbeidet med å prioritere digitaliseringsstrategien og sette mål for kommuner og fylkeskommunene.

Norsk Helsenett (NHN) ble etablert i 2004 (f.o.m. 2009: **Norsk Helsenett SF**) etter initiativ fra de regionale helseforetakene⁴⁴. Norsk Helsenett SF skal påse at det foreligger en sikker og hensiktsmessig infrastruktur som tilrettelegger for effektiv samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Norsk Helsenett SF har et ikke-økonomisk formål og skal bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester til det beste for pasienter, helsepersonell og befolkningen for øvrig.

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) ble opprettet 1. januar 2008⁴⁵ og er underlagt Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD). Difis oppdrag er å utvikle og fornye offentlig sektor. Difi skal sette rammer og være premissgiver for samordning og digitalisering av offentlig sektor og skal bidra til å realisere målene i *Digital agenda*. Difi fører også tilsyn med etterlevelse av forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger.

⁴² KS (2015). *Kort om KS*

⁴³ KS (2016). *Mandat*

⁴⁴ Meld. St. 9 (2012–2013). *Én innbygger – én journal*: Kapittel. 5

⁴⁵ Regjeringen (2017). *Direktoratet for forvaltning og IKT*