STORTINGET

Innst. 406 S

(2021–2022)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelser av: Sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal Sak 2: Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

Dokument 3:14 (2020–2021)

Vedlegg 2: Referat fra åpen høring

STORTINGET

Innst. 406 S

(2021–2022)

Innstilling til Stortinget
fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:14 (2020–2021)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelser av: Sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal Sak 2: Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Innledning

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

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

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

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

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

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

- Den ene rapporten er en undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal (sak 1). Målet med denne undersøkelsen har vært å vurdere hvordan Helse- og omsorgsdepartementet ivaretar sitt ansvar for å nå målene i Én innbygger – én journal.
- Den andre rapporten er en undersøkelse av anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse (sak 2). Målet med denne undersøkelsen har vært å undersøke om Direktoratet for e-helse kjøper og styrer konsulenttjenester i tråd med anskaffelsesregelverket og økonomiregelverket i staten.
- Rapportene er forelagt Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 26. mars 2021. Departementet har i brev av henholdsvis 23. april (sak 2) og 30. april (sak 1) 2021 gitt kommentarer til rapportene. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapportene og i Riksrevisjonens dokument.

1.2 Konklusjoner

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

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

Undersøkelsen konkluderer med:

- Veikartet for sektorens journalløsninger er et resultat av aktørers selvstendige valg, og dette kan gjøre det utfordrende å koordinere IT-utviklingen slik at målene i Én innbygger – én journal nås
- Utredningen av Én innbygger – én journal har, til tross for stort omfang og over åtte års varighet, hatt betydelige svakheter
- Rask teknologisk utvikling har gjort åpne plattform-/økosystemløsninger mer aktuelle for helsesektoren, men utredningene har blitt forsinket fordi dette ikke har blitt fanget opp tidlig nok
- Sentrale fagmiljøer har ikke blitt tilstrekkelig involvert, og utredningene kunne vist til et bredere forskningsgrunnlag
- Det valgte konseptet for Akson har høy kompleksitet, usikkerhet og risiko, og enkelte forslag om å redusere denne gjennom å dele opp tiltaket har ikke blitt tatt til følge av Direktoratet for e-helse
- Konsekvensene for helsenæringen har ikke blitt tilstrekkelig vektlagt
- Helse- og omsorgsdepartementet har ikke ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte, og dette har forsinket arbeidet
- Flere tiltak og prosjekter som er forutsetninger for å lykkes med Én innbygger – én journal har ikke hatt høy nok fremdrift
- Rollen til nasjonale myndigheter er ikke tydelig definert, og mekanismene for styring, prioritering og forankring av e-helseutviklingen er ikke effektive nok
- Direktoratet for e-helse har brutt anskaffelsesregelverket og har ikke god nok styring og kontroll med anskaffelsene.

1.3 Riksrevisjonens kritikk

Riksrevisjonen mener det er alvorlig at:

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

Riksrevisjonen mener det er sterkt kritikkverdig at:

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

Riksrevisjonen mener det er kritikkverdig at:

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

1.4 Utdypning av konklusjoner

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

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

Meldingen skisserte at målene blant annet skulle nås gjennom forbedring av sektorens pasientjournalløsninger for å gjøre det lettere for helsetjenesten å samhandle. Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2013 Helsedirektoratet (divisjon for e-helse i Helsedirektoratet ble skilt ut som Direktoratet for e-helse fra 2016) i oppdrag å utrede alternative løsninger. Utredningsprosessen har nå pågått i flere faser over en periode på åtte år og kostet minst 150 mill. kroner. Dokumentasjonen er omfattende og over 5 000 sider lang. Til tross for dette gjenstår det ubesvarte spørsmål, og det pågår fortsatt utredning av veien videre.

Den første utredningen, som pågikk fra 2013 til 2015, anbefalte å starte med behovene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette utløste nye utredninger som pågikk fra 2016 til 2020, og har endt i planene for prosjektet som har fått navnet Akson. Totalt er det estimert at Akson vil ha en samfunnsøkonomisk kostnad på 22 mrd. kroner (hvorav halvparten er inves-

teringskostnader og drifts- og forvaltningskostnader), og prosjektet har en tidshorisont frem mot år 2040. Øvrige aktører, som de regionale helseforetakene og kommunene i Midt-Norge har i mellomtiden arbeidet videre med sine egne journalsatsinger (Helseplattformen og videreutvikling av DIPS).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

plattformen status som regionalt utprøvingsprogram i det nasjonale arbeidet.

Det er også heftet usikkerhet ved om Akson kommer til å ende opp med å omfatte alle aktørene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utenfor Midt-Norge. I det valgte konseptet for Akson i 2018 var det en forutsetning at 100 pst. av kommunene og fastlegene skulle være med, men det var ikke avgjort om dette skulle sikres gjennom tvang eller frivillighet. Senere har det blitt avgjort at deltakelse i Akson skal være frivillig. Det finnes allerede indikasjoner på at noen av aktørene ikke kommer til å delta:

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

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

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

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

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

Utredningsprosessen har foregått i to faser:

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

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

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

For å legge et godt grunnlag for beslutninger skal alternative tiltak som er relevante for å oppnå målene, identifiseres og utredes. Tiltak skal defineres bredt, og det er viktig ikke å binde seg til et tiltak for tidlig. Innenfor det definerte mulighetsrommet skal en vurdere tiltak bredt, slik at flere realistiske alternativer blir vurdert.

Tiltakene skal beskrives så detaljert at det blir mulig å identifisere og gi en beskrivelse av tiltakets forventede virkninger. De som blir berørt av tiltaket skal bli involvert tidlig i prosessen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Utredningene kunne fanget opp disse perspektivene tidligere

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

- IT-forskere ved UiO vurderer at mulighetene som ligger i plattform-/økosystemløsninger både som forretningsmodell og alternativ til store standardløsninger, var godt dokumentert i forskningen allerede da arbeidet med grunnlaget for 2015-utredningen pågikk.
- Norsk Helsenett SF sendte allerede i 2015 inn et konseptforslag til 2015-utredningen fordi kjernesystemet som ble foreslått, var «mer omfattende enn det bør være og at det gjør prosjektet mer komplisert, mer risikofylt og mindre fleksibelt og åpent

for løpende innovasjon og tilpasning til ulike brukergrupper enn det som er mulig». Forslaget forutsatte et skille mellom programvare og data og kan betraktes som en plattformløsning, men ble avvist av styringsgruppen for utredningen fordi de mente det ikke hadde høy nok forventet måloppnåelse.

- Analyseselskapene Gartner og IDC vurderte i henholdsvis 2016 og 2017 at plattformer var fremtidsrettede løsninger, og disse vurderingene var kjent for Direktoratet for e-helse.
- Stiftelsen Apperta publiserte rapporten Defining An Open Platform i 2017. Direktoratet for e-helse baserer seg blant annet på en definisjon av «åpen plattform» fra denne rapporten.
- Etablering av et felles datalager, som gir mulighet for at virksomheter kan bruke sine egne lokale systemer (løsningsalternativ 2), kan være én måte å realisere plattformer på. Men kun noen få konsepter i utredningene har hatt innslag av en slik tilnærming.
- Gjennom ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredningen for Akson i 2018 fremkommer det også at:
  - kvalitetssikrerne savnet et konsept som både inkluderte en omfattende samhandlingsløsning og som i liten grad la til grunn at aktørene benyttet samme system (K1b). Kvalitetssikrerne mente et slikt konsept kunne være et steg på veien mot en plattformløsning. Samtidig vurderte kvalitetssikrerne at inkluderingen av et slikt konsept ikke ville ført til at et annet konsept ville blitt valgt.
  - viktigheten av og konsekvensene knyttet til plattformtenkningen ikke kommer godt nok frem ved vurdering av de ulike konseptene og beskrivelsen av dem. Helse- og omsorgsdepartementet er også enig med kvalitetssikrerne i at mulighetene for å videreutvikle konseptene til en plattformløsning kunne kommet bedre frem i utredningene.
- I etterkant av konseptvalgutredningen for Akson i 2018 fikk tiltaket mye kritikk fra ulike aktører – blant annet forskere, enkelte kommuner, Legeforeningen og helsenæringen – for ikke å ivareta innovasjon i tilstrekkelig grad.

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

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

Det fremstår som tydelig at utredningene har blitt innhentet av teknologisk utvikling, til dels fordi de har pågått over lang tid. Samtidig mener Riksrevisjonen at utredningene ikke raskt nok har fanget opp at dette har skjedd og vurdert plattform-/økosystemløsninger som realistiske alternativer. Dette har igjen forsinket og økt varigheten på utredningene ved at det har utløst behov for nye utredninger og ny kvalitetssikring.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Forskning viser at mange IT-prosjekter er for store, ambisiøse og komplekse, og at dette øker risikoen for å mislykkes. IT-prosjekter har andre behov enn for eksempel byggeprosjekter, gjennom at de har stort behov for tidlig utprøving og endring underveis. Forskningen kan tyde på at Statens prosjektmodell, som har blitt lagt til grunn for utredningene, er for tradisjonelt innrettet og dårlig tilpasset disse behovene, og at kravene om tidlig detaljeringsnivå og fastlåsing av konsepter er med på å blåse opp store IT-prosjekter til å bli enda større og mer risikable. Samtidig påpeker Helse- og omsorgsde-

partementet at det i senere tid er gjort flere endringer i prosjektmodellen, slik som ny rammeavtale med nye krav til leverandører, nye krav til systemer for endringshåndtering og kostnadskontroll, og en egen veileder for digitaliseringsprosjekter i 2019.

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

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

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

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

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

1.5.2.4 Konsekvensene for helsenæringen har ikke blitt tilstrekkelig vektlagt

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

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

Undersøkelsen viser at utredningene har fulgt denne retningen. Det blir vurdert i Akson-utredningen at det valgte konseptet vil ha konsekvenser for det eksisterende leverandørmarkedet for pasientjournaler og trolig føre til konsolidering. I konseptvalgutredningen kom det frem at konseptet som er valgt, innebærer en vesentlig endring av leverandørmarkedet som over tid kan innebære overgang til én leverandør. Videre antar konseptvalgutredningen at det kun vil være et fåtall tilbydere som vil være i stand til å innfri kravene til funk-

sjonalitet. Direktoratet for e-helse presiserer her at forprosjektet for Akson i ettertid anbefalte at anskaffelsene for Akson skal deles opp, og at det bør legges til rette for at andre leverandører kan supplere denne funksjonaliteten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Etter at forprosjektet hadde pågått i halvannet år, kom departementet frem til at det likevel måtte gjennomføres en konseptvalgutredning for Akson. Dette forsinket Akson-utredningen med minst ett år. Konseptvalgutredningen ble deretter utført på bare fire måneder. Da forprosjektet startet opp igjen, tok det kortere tid å ferdigstille det fordi direktoratet bygde videre på forprosjektarbeid de hadde gjort før konseptvalgutred-

ningene. Altså ledet konseptvalgutredningen, som ble utført hurtig, til valg av et konsept som direktoratet allerede hadde brukt halvannet år på å utforske og utdype. Da konseptvalgutredningen var ferdig, fortsatte direktoratet videre på jobben de tidligere hadde satt på vent.

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

1. Forsinkelse: En allerede langvarig utredningsprosess har tatt lengre tid enn den kunne og burde.
2. Vanskelige rammevilkår for utredning: Forsinkelsen har gitt Direktoratet for e-helse vanskelige rammevilkår for å utføre utredningsarbeid, og trolig ført til oppfatninger om tidsnød som kan ha begrenset muligheten for å utforske mulighetsrommet og ivareta perspektivene om plattform/økosystem som fremkommer i 2.5.2.1.
3. Svekket legitimitet: Utredningenes legitimitet og nøytralitet blir satt på spill, ettersom detaljering av et konsept som senere ble valgt, pågikk i halvannet år før man utforsket mulige konsepter.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

kompleksiteten, og har iverksatt en replanlegging av legemiddelprogrammet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5.5.1 Den nasjonale styringen har ikke ført til økt gjennomføringsevne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Direktoratet for e-helse ble etablert i 2016 for å styrke utviklingen på e-helseområdet. Direktoratet skal ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet har ansvaret for store og komplekse prosjekter og programmer. I dette ligger også å gjennomføre store og viktige anskaffelser av konsulenttjenester for å løse samfunnsoppdraget.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabell 1 Brudd på anskaffelsesregelverket

Program/prosjekt	Anskaffelse	Manglende konkurranse og likebehandling	Manglende etterprøvbarhet
Én innbygger – én journal/Akson	1	Ja	
	2		Ja
Helsedataprogrammet	3		
	4		Ja
	5		Ja
	6	Ja	

Program/prosjekt	Anskaffelse	Manglende konkurranse og likebehandling	Manglende etterprøvbarhet
Program kodeverk og terminologi	7		
	8		
	9		Ja
	10	Ja	
	11	Ja	
	12	Ja	
	13	Ja	
	14	Ja	

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

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

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

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

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

Tabell 2 Eksempler på informasjon og Riksrevisjonens vurdering av informasjonen

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

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

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

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

Direktoratet har brutt prinsippet om etterprøvbarhet i 4 av 14 anskaffelser

Direktoratet bryter dokumentasjonsplikten ved ikke å begrunne viktige beslutninger i anskaffelsene. Riksrevisjonen har funnet brudd i fire av de undersøkte avropene. Det er funnet brudd i både prosjektet Én innbygger – én journal, Helsedataprogrammet og Program kodeverk og terminologi.

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

Manglende dokumentasjon fører til at det ikke er mulig å etterprøve om det å bruke en annen programleder etter at avtalen var inngått, var en lovlig endring. Anskaffelsen er av stor økonomisk verdi, noe som gjør det

desto viktigere å kunne etterprøve om den er gjennomført i tråd med anskaffelsesregelverket.

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

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

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

1.6.1.2 Direktoratet sikrer ikke tilstrekkelig kostnadskontroll i anskaffelsene

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

de har vurdert risikoen for å bli avhengige av enkeltkonsulenter i sentrale roller.

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

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

1.7 Anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at:

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse:

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

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

Helse- og omsorgsdepartementet:

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

Direktoratet for e-helse innretter anskaffelsespraksisen slik at:

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

1.8 Statsrådens svar

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

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

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

1.8.1.1 Riksrevisjonens konklusjoner og kritikk

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

Statsråden var enig med Riksrevisjonen i at det er alvorlig at legemiddellisten er blitt forsinket. Ifølge stats-

råden hadde arbeidet tatt lengre tid enn planlagt, kompleksiteten har vist seg å være langt større enn forutsatt, og arbeidet har ikke vært godt nok organisert. Direktoratet for e-helse har erkjent at tiltaket ikke har hatt sterk nok ledelsesforankring, og orienterte departementet våren 2020 om at legemiddellisten var forsinket. Direktoratet gjennomførte derfor en ekstern vurdering av legemiddelprogrammet og styrket organiseringen av arbeidet.

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

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

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

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

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

1.8.1.2 Departementets og direktoratets oppfølging av Riksrevisjonens anbefalinger

Den tidligere statsråden viste til Riksrevisjonens anbefalinger og hadde ingen innvendinger til disse. Statsråden skrev at anbefalingene ville bli fulgt opp på følgende måte:

– I større grad samle aktørene i sektoren om felles mål, strategier og prioriteringer: Statsråden har i 2021 bedt Direktoratet for e-helse om å forvalte og videreutvikle veikartet for nasjonale e-helseløsninger som del av nasjonal porteføljestyring.
– Følge opp de fire strategiske tiltakene i veikartet for Én innbygger – én journal: Statsråden har i 2021 bedt Direktoratet for e-helse om å gjøre en samlet vurdering av sektorens utvikling av journal- og kurveløsninger for å nå målene i Én innbygger – én journal. Vurderingen skal gjøres på bakgrunn av felles planverk for modernisering av journal- og kurveløsninger i de regionale helseforetakene, Helseplattformen og felles kommunal journalløsning. Vurderingen vil inngå i den årlige gjennomgangen av måloppnåelse knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan. Statsråden vil vurdere behov for oppfølgingstiltak på bakgrunn av denne vurderingen.
– Videreutvikling av den nasjonale styringsmodellen: Departementet ga i desember 2020 Direktoratet for e-helse i oppdrag å evaluere og videreutvikle styringsmodellen i samarbeid med sektoren. Forslag til endringer skal sendes på høring høsten 2021. Riksrevisjonens anbefaling om hvordan styringsmodellen bør innrettes for å sikre økt gjennomføringsevne, skal tas med i det pågående arbeidet.
– Tydeliggjøring av ansvaret mellom privat og offentlig sektor: Statsråden har gitt Direktoratet for e-helse i oppdrag å levere en anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften innen e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet. Statsråden vil følge opp dette når anbefalingene fra direktoratet foreligger.
– Tydeligere skille mellom forvaltningsmyndighet og tjenesteleverandør: Statsråden viser til overføring av oppgaver knyttet til nasjonale e-helseløsninger fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF 1. januar 2020.

- Styrking av arbeidet med å etablere en felles legemiddeloversikt: Departementet har fra høsten 2020 intensivert oppfølgingen i etatsstyringsdialogen hvor Direktoratet for e-helse rapporterer på fremdrift og risiko hvert kvartal. Rapporteringen følges opp i etatsstyringsmøtene. Det er fremdeles høy risiko på området, og statsråden vil følge dette tett fremover og be om jevnlig rapportering på risiko som grunnlag for å vurdere behov for justeringer i gjennomføringsstrategien.
- Etablere samfinansieringsmodeller for nasjonale e-helseløsninger og økt medinnflytelse for aktørene: Departementet arbeider nå med forslag til lov- og forskriftsbestemmelser om plikt til tilgjengeliggjøring av, og betaling for, de nasjonale e-helseløsningene. Dette er en oppfølging av deler av forslaget til ny e-helselov som ble trukket høsten 2020. Forslag til lov- og forskriftsbestemmelser må ses i sammenheng med det pågående arbeidet med å videreutvikle den nasjonale styringsmodellen for e-helse.
- Som del av arbeidet skal Direktoratet for e-helse etablere en mer helhetlig og forutsigbar oversikt over kostnader som følger av tiltak i nasjonal e-helseportefølje. I tillegg har teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger en viktig rolle med å bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne kostnader for løsningene. Utvalget, som består av aktører som benytter og betaler for de nasjonale e-helseløsningene, skal gjennom vurdering og kvalitetssikring av tallmaterialet bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen.
- Videreutvikling av fellesløsninger og de nasjonale e-helseløsningene i tråd med sektorens behov: Statsråden viser til at Stortinget i 2020 bevilget 189 mill. kroner til steg 1 av samhandlingsløsningen, med en samlet kostnadsramme på 712 mill. kroner over fire år. Steg 1 skal styrke de nasjonale samhandlingsløsningene kjernejournal, e-resept og helsenorge.no, samt en rekke grunnmurskomponenter (grunndata, tillitstjenester, HelseID, tjeneste for laboratorie- og radiologisvar). Statsråden viser også til at departementet var enig i anbefalingen fra KS2 om å forsere steg 2 av samhandlingsløsningen, og at Direktoratet for e-helse skal koble eksisterende veikart for innføring og utvikling av nasjonale e-helseløsninger med en gjennomføringsplan for målbildet for digital samhandling.

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

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

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

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

1.9 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar

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

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

- Kvalitetssikring og oppfølging: Departementets beslutning om å ikke gjennomføre konseptvalgut-

redning og kvalitetssikring av Akson, for så å omgjøre beslutningen halvannet år senere, har både bidratt til forsinkelser, skapt vanskelige rammevilkår for utredning og svekket utredningenes legitimitet. Riksrevisjonen mener at departementet på denne måten kan ha bidratt til de svakhetene i utredningene som undersøkelsen dokumenterer.
– Rapportering: Utredningene har helt siden 2015 dokumentert høy risiko og usikkerhet rundt samfunnsøkonomiske beregninger, men dette ble ikke videreformidlet til Stortinget før i 2020. Riksrevisjonen mener at vesentligheten og omfanget av Én innbygger – én journal tilsier at Stortinget burde vært orientert om disse forholdene på et tidligere tidspunkt.

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

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

2. Komiteens behandling

Som ledd i behandlingen av saken sendte komiteen 14. desember 2021 brev til helse- og omsorgsministeren. Statsråden svarte i brev av 7. januar 2022. Komiteen sendte 15. februar 2002 et nytt brev til statsråden. Statsråden svarte i brev 22. februar 2022. Korrespondansen følger som vedlegg til innstillingen.

Komiteen vedtok i møte 18. januar 2022 å avholde en kontrollhøring i saken. Høringen ble avholdt 28. mars 2022.

Komiteen besluttet at høringen skulle omhandle – men ikke begrense seg til – følgende problemstillinger:
– Hvordan har Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført arbeidet med å nå målene i Én innbygger – én journal?
– Hvordan har Direktorat for e-helse anskaffet og brukt konsulenttjenester? Hvordan bygger direktoratet opp kompetanse i egen organisasjon fremfor å kjøpe konsulenttjenester?

Følgende var invitert og møtte til høringen:
Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol
Tidl. helse- og omsorgsminister Bent Høie
Direktør Direktoratet for e-helse Mariann Hornnes
Tidl. direktør Direktoratet for e-helse Christine Bergland
Tidl. prosjektleder Are Muri, PwC
Oslo kommune og Kristiansand kommune
Kommunesektorens organisasjon (KS)
Legeforeningen
Norsk Sykepleierforbund
IKT-Norge
Fagforbundet

Det ble tatt stenografisk referat fra høringen. Referatet følger som vedlegg til innstillingen.

Komiteen har i etterkant av høringen anmodet tidligere prosjektleder Are Muri om svar på to spørsmål som ble stilt av Nils T. Bjørke under høringen. Muri besvarte spørsmålene i e-post av 10. mai 2022. Svarene følger som vedlegg til innstillingen.

3. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Even Eriksen, Lubna Boby Jaffery og Birte Usland, fra Høyre, lederen Peter Frølich og Svein Harberg, fra Senterpartiet, Nils T. Bjørke, fra Fremskrittspartiet, Carl I. Hagen, fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, fra Rødt, Seher Aydar, og fra Venstre, Grunde Almeland, viser til Dokument 3:14 (2020–2021) Riksrevisjonens undersøkelser av:
– Sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal
– Sak 2: Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

Innledning

Komiteen viser til at Riksrevisjonens mål med undersøkelsene har vært (sak 1) å vurdere hvordan Helse- og omsorgsdepartementet ivaretar sitt ansvar for å nå målene i *Én innbygger – én journal*og (sak 2) undersø-

ke om Direktoratet for e-helse kjøper og styrer konsulenttjenester i tråd med gjeldende regelverk. Undersøkelsen omfatter perioden 2013-2020.

Komiteen vil fremheve viktigheten av å ta i bruk informasjonsteknologi (IKT) for både helsepersonell, pasienter, brukere og befolkningen generelt. Komiteen mener det er nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i moderne teknologi for å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. Sentralt i dette er blant annet arbeidet for at helseopplysninger skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet.

Komiteen viser til Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal, jf. Innst. 224 S (2012–2013), der overordnede mål for IT-utviklingen i helse – og omsorgssektoren ble fastsatt:

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

Komiteen viser til at for å nå målene i stortingsmeldingen, ble det lagt til grunn at dagens journalsystemer skulle videreutvikles og forbedres. I tillegg var det en rekke andre tiltak som måtte gjennomføres, slik som bedre samhandlingsløsninger, standarder, kodeverk og terminologi.

Komiteen nevner at Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å styre og koordinere utviklingen på IT-feltet i helse- og omsorgssektoren, samt at Direktoratet for e-helse har hatt hovedansvaret for oppfølging av dette området.

Komiteen viser til den gjennomførte høringen om saken 28. mars 2022 for å opplyse saken bedre og la flere av aktørene innenfor sakskomplekset komme til orde. Problemstillingene høringen skulle belyse var følgende:

1. Hvordan har Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført arbeidet med å nå målene i Én innbygger – én journal?
2. Hvordan har Direktoratet for e-helse anskaffet og brukt konsulenttjenester? Hvordan bygger direktoratet opp kompetanse i egen organisasjon fremfor å kjøpe konsulenttjenester?

Komiteen vil takke de som møtte for at de bidro med nyttige innspill for å gi komiteen et bredere grunnlag for denne innstillingen.

Konklusjoner og kritikk

Komiteen viser til at undersøkelsen slår fast at det har vært store svakheter når det gjelder utredning, overordnet styring, planlegging og oppfølging av stortingsmeldingen. I tillegg har tiltak og prosjekter, som er forutsetninger for å nå målene i *Én innbygger – én journal*, ikke hatt høy nok fremdrift. Undersøkelsen visere videre at Direktoratet for e-helse i stor grad benyttet innleide konsulenter for å gjennomføre sine oppgaver. Komiteen viser til at undersøkelsen slår fast at direktoratet har brutt anskaffelsesregelverket på flere områder i forbindelse med kjøp av konsulenttjenester. Direktoratet har ikke styrt bruken av konsulentene på en god nok måte og ikke tilrettelagt godt nok for overføring og oppbygging av kompetanse i egen organisasjon. Komiteen viser til Riksrevisjonens konklusjon om at dette samlet sett kan ha svekket direktoratets kapasitet til å styre prosjektene på en effektiv måte. Det vises til følgende funn og kritikk:

- Riksrevisjonen mener det er alvorlig at:
  - legemiddellisten er blitt forsinket, til dels på grunn av mangelfull styring. God legemiddeloversikt er viktig for å unngå pasientskader, og forsinkelser kan få alvorlige konsekvenser for pasientsikkerheten.
- Riksrevisjonen mener det er sterkt kritikkverdig at:
  - utredningen av Én innbygger – én journal har hatt betydelige svakheter
  - Helse- og omsorgsdepartementet ikke har ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte
  - Direktoratet for e-helse i 2020 gjorde en aktiv nedprioritering av samhandlingsløsningen i forprosjektet for Akson – spesielt ettersom behovet for en slik løsning da hadde vært kjent i nesten fem år
  - Direktoratet for e-helse har brutt anskaffelsesregelverket i flere kjøp av IT-konsulenttjenester
  - Direktoratet for e-helse ikke har tilstrekkelig kostnadskontroll i anskaffelsene
  - Direktoratet for e-helse ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å redusere avhengigheten av enkeltkonsulenter og -leverandører
- Riksrevisjonen mener det er kritikkverdig at:
  - mange aktører i sektoren opplever at de ikke har tilstrekkelig medinnflytelse på nasjonale prioriteringer

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Høyre og Venstre, stiller seg bak Riksrevisjonens funn og kritikk. Flertallet mener funnene og kritikken er blitt styrket i høringen.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Venstre merker seg Riksrevisjonens kritikk. Disse medlemmer viser til at tidligere statsråd Høie har tilkjennegjort uenighet med noen av punktene, og viser til sin merknad som omtaler dette.

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

Styring og koordinering gjennom den nasjonale styringsmodellen:

Komiteen viser til at Riksrevisjonen mener at utredningene har hatt svakheter, og at disse har bidratt til at det har oppstått forsinkelser. Riksrevisjonen mener disse svakhetene samlet er sterkt kritikkverdige. Komiteen viser til at Riksrevisjonen tematiserer svakhetene i fire kategorier:

1. Rask teknologisk utvikling har gjort åpne plattform-/økosystemløsninger mer aktuelle for helsesektoren, men utredningene har blitt forsinket fordi dette ikke har blitt fanget opp tidlig nok.
2. Sentrale fagmiljøer har ikke blitt tilstrekkelig involvert, og utredningene kunne vist til et bredere forskningsgrunnlag
3. Det valgte konseptet for Akson har høy kompleksitet, usikkerhet og risiko, og enkelte forslag om å redusere denne gjennom å dele opp tiltaket har ikke blitt tatt til følge.
4. Konsekvensene for helsenæringen har ikke blitt tilstrekkelig vektlagt

Komiteen viser til at det under høringen var flere aktører, blant annet Norsk Sykepleierforbund og Oslo kommune, som pekte på at økosystemløsning er den løsningen som er mest egnet for å nå målsetningene. Tidligere statsråd Bent Høie pekte på hvordan plattform og økosystem har vokst fram som mer aktuelle løsningsalternativer de senere årene.

Komiteen merker seg hvordan flere av aktørene på området opplevde et sterkt ønske om å få til en felles løsning, og at det har vært krevende å komme gjennom med andre ulike standpunkter. IKT Norges direktør for strategi- og forretningsutvikling, Fredrik Syversen, sa følgende under høringen:

«Sånn vi opplever den første biten som gjelder styring, og prosjektet som ble kalt Akson etter hvert, har utfordringen stort sett vært at man ønsket å gå for denne store, statlige løsningen som skal omfatte alle journalsystemer, istedenfor å gå for det som var det viktigste for oss fra næringens side, og som vi har opplevd også fra andre deler av sektoren: å få til samhandling på tvers, som det ble nevnt fra Legeforeningen, i og for seg både vertikalt og horisontalt hvis man skal tenke sånn. Det ble ikke prioritert. Sånn som vi opplever det, var dette det man jobbet for fra dag én, og uavhengig av de utredningene som kom, var man like enig seg imellom i sentrallinjen – holdt jeg på å si – som gikk fra departementet til direktoratet, om at dette skulle gjennomføres koste hva det koste vil.»

Komiteen merker seg at Syversen sa følgende noe senere i høringen:

«Hvorfor kom vi ikke gjennom? Det er et veldig godt spørsmål. Jeg opplevde at de var så bundet til det prosjektet – og da tenker jeg på ministeren, departementsråden og lederen for Helsedirektoratet – dette var det om å gjøre å kjøre gjennom, koste hva det koste vil. Sånn oppfattes det fra vår og mange andres side.»

Videre merker komiteen seg at Syversen også sa følgende:

«Vi følte at det var bundet til den løsningen som ble nevnt her, at det skulle være én stor statlig løsning, og det var det man jobbet for. Alle dokumenter som ble kreert, var en underbygging av det. Slik opplevde vi det. Det kan godt hende at vi tok feil, men jeg står allikevel på det.»

Legeforeningens Jan Emil Kristoffersen sa følgende under høringen:

«Status i dag er, som andre har vært inne på, at vi har tapt mye tid ved at vi har hatt et veldig stort fokus på å bygge store komplekse løsninger, høye ambisjonsløsninger, som dessverre ikke var realiserbare.»

Komiteen merker seg at Kristoffersen også uttalte følgende under høringen:

«Vi opplevde vel det som Fredrik Syversen for så vidt også peker på, at her hadde man allerede mållåsing på en anskaffelse av et stort system.»

Komiteen merker seg de ulike utsagnene som underbygger Riksrevisjonens funn og kritikk om at åpne plattform-/økosystemløsninger ikke ble fanget opp tidlig nok. Komiteen vil minne om det grunnleggende poenget om at man ved arbeid for å nå politiske mål må ha selve målet i sikte, og ikke gjøre virkemiddelet til et mål i seg selv.

Komiteen viser også til Riksrevisjonens funn om at sentrale fagmiljøer ikke har blitt tilstrekkelig involvert. I høringen var det flere aktører på området som ga uttrykk for å ikke ha blitt tilstrekkelig involvert.

Komiteen merker seg at Ivar Halvorsen fra Legeforeningen uttalte følgende:

«Så kan en lure på: Hvorfor gikk dette galt? Hvorfor oppdaget vi det ikke og fikk stanset det litt tidligere? Det som har kjennetegnet prosessen, er en mangel på bruk av høring. Det er svære investeringer det er snakk om, på langt over én milliard, og en hadde stått seg på å bruke høringsverktøyet på en annen måte. Det ble ikke brukt. En laget innspillsrunder som nok frustrerte ikke bare vår organisasjon, men alle, fordi innspillene blir en helt annen type prosess enn en høring. En har mindre tid og vet ikke helt hva som skjer med det som en leverer fra seg. Det bygger ned tillit, ikke opp tillit, og det er ikke egnet til å avdekke den typen vesentlige motforestillinger som det har vært i denne saken.»

Komiteen merker seg at Mette Nord fra Fagforbundet sa følgende:

«Jeg vil understreke at det alltid er positivt å bli inkludert i prosesser som har betydning for våre medlemmer, og vi er fornøyd med å ha blitt inkludert på et tidlig tidspunkt i arbeidet med Akson. Men en problemstilling som alltid reiser seg i et slikt arbeid, er om vi får reell innflytelse, eller om vi blir tatt til inntekt for løsninger som vi til slutt ikke kan stå inne for. Under arbeidet med Akson ble det dessverre etter hvert klart at vi ikke kunne støtte prosjektet i den formen det til slutt fikk»

Komiteen merker seg at Kristin Weidemann Wieland, områdedirektør i KS, sa følgende:

«Det er klart at det har vært litt ulike faser. I konseptvalgutredningen opplevde man veldig god involvering, og at man ble lyttet godt til. Der var det veldig fokus på behov. I forprosjektet, som jeg var inne på, var det en mer lukket prosess, hvor man sendte over skriftlig materiale som man kanskje ikke helt så igjen i de underlagene som kom, og det var veldig press på tid. Som sagt reiste vi bekymring om det, og det tok vi også opp med departementet – i den administrative ledelsen i departementet, hvor vi foreslo å dele arbeidet i to, nettopp fordi vi så at dette ikke kom til å komme i land med tanke på kvalitet. Det viste seg etter hvert å stemme. Det har vært veldig uheldig for den videre utviklingen, vil jeg si.»

Komiteen merker seg at også Kristiansand kommune og Oslo kommune pekte på at det tidvis var korte frister, og at involveringen varierte underveis i prosessen.

Komiteen viser til at tidligere direktør i Direktoratet for e-helse, Christine Bergland kommenterte denne kritikken på følgende måte:

«Når det gjelder manglende lydhørhet: Jeg synes ikke vi har gjort annet enn å lytte. Hele fundamentet for det arbeidet vi har gjort, har vært kommunenes veldig tydelige beskjed om at dagens løsninger må byttes ut, og at man ønsker seg en annen retning enn det som har vært. Vi har etter beste evne i tusenvis – vil jeg si – av møter og dialoger i disse årene prøvd å få med stemmene. Så tror jeg ikke at Sykepleierforbundet har vært så kritisk til dette, men vi vet at Legeforeningen ikke har vært fornøyd. Spørsmålet er om de har vært fornøyd med måten vi har lyttet på, eller om de har fornøyd med om vi har sagt og gjort det de mener. Det kan vel kanskje være litt forskjellig etter hvem man spør.»

Komiteen merker seg at tidligere statsråd Bent Høie sa følgende om involveringen:

«Det er alltid et forbedringspotensial på involvering, men jeg mener at det ikke er noen tvil om at det var en sterk grad av involvering – også fra de aktørene – i dette prosjektet, både fra direktoratets side og fra departementets side. Selv var jeg i flere møter med dem og fikk høre deres synspunkter. Men det er jo sånn, og det er alle som har drevet med politikk, veldig klar over, at det er forskjell på å bli hørt og å få det som en vil. Jeg har vel kanskje et visst inntrykk av at de som ikke var helt fornøyd med resultatet, opplever en større grad av klage på prosess enn de som kanskje var mer enige i resultatet.»

Komiteen mener Riksrevisjonens funn og kritikk understreker at den desentraliserte styringsmodellen i helsesektoren gjør involvering av fagmiljøer og aktører i feltet svært viktig. Dette inntrykket er forsterket i høringen. Komiteen understreker at utredningsinstruksen setter krav om at tiltak med vesentlige virkninger normalt skal legges ut på høring. En bred og god medvirkning fra aktørene gir også bedre resultater. I tillegg er det politisk viktig å sikre forankring i sektoren når man skal oppnå resultater. Komiteen mener at man med resultatet i hånd kan legge til grunn at involveringen burde vært bedre. Det kunne bidratt til å redusere de kritikkverdige forsinkelsene. Manglende involvering må ses i sammenheng med at man ikke fanget opp den raske teknologiske utviklingen tidlig nok, og at enkelte forslag om å redusere kompleksiteten gjennom å dele opp tiltaket ikke ble tatt til følge.

Komiteen viser til at den norske helsesektoren består av en rekke aktører med stor grad av autonomi. Det er stort behov for å videreutvikle den nasjonale styringsmodellen for e-helse og bruke konsultasjonsordningen aktivt. Komiteen viser til at deltakerne under komiteens høring i saken hadde ulik oppfatning av beslutningsprosessene og -strukturene rundt utredningene av *Én innbygger - én journal*.

Komiteen viser til at tidligere direktør Bergland i komiteens høring uttalte at:

«Den nasjonale styringsmodellen utviklet seg over tid, og i 2016 fikk vi et e-helsestyre. Det lurte politisk ledelse litt på hva egentlig var. Det vi sa til dem, er at dette er en arena hvor vi kan møte sektoren, ha dialog med alle aktørene, og et sted som departementet kunne bruke som en arena for innspill. Det er ingen tvil om at det skulle være en måte å gjøre styringen fra departementet og politisk ledelse enklere, fordi vi hadde samlet aktørene rundt samme bord.»

Komiteen understreker at i etableringen av felles beslutningsprosesser for IKT-utvikling som omfatter hele sektoren må den statlige myndighetslinjen ligge til grunn. Komiteen mener beslutningsstrukturene må legge gjeldende ansvarsdeling mellom aktørene til grunn og involveringsprosessene må tydeliggjøre forholdet mellom innspill og beslutning.

Komiteen viser til at Riksrevisjonen har påpekt at måten veikartet ble til på, tyder på at Helse- og omsorgsdepartementet har hatt et ønske om å samle sektorens aktører om en felles retning. Dette har over tid vist seg å ikke være mulig, spesielt ettersom flere av aktørene allerede hadde igangsatt betydelige investeringer og søkt mot egne prosjekter som var bedre tilpasset deres egne behov, slik Riksrevisjonen observerer det. Etter Riksrevisjonens vurdering har aktørene hatt gode argumenter for å gjøre disse valgene, og sektorens organisering leg-

ger ikke opp til at det er naturlig for departementet å overstyre dem. Komiteen viser særlig til Riksrevisjonens observasjon om at det heller ikke er gitt at en overstyring ville hatt heldige konsekvenser.

Komiteen viser videre til at Riksrevisjonen mener aktørenes veivalg samtidig kan være uttrykk for at de ikke har hatt tilstrekkelig tillit til at den nasjonale utredningsprosessen har ledet i riktig retning. Riksrevisjonens vurdering er derfor at dagens veikart ikke er et resultat av gjennomtenkt styring og planlegging fra departementets side. Riksrevisjonen mener dette gir en betydelig risiko for at det kan bli utfordrende for departementet og direktoratet å koordinere IT-utviklingen og ivareta helheten i det videre arbeidet slik at målene i *Én innbygger – én journal* nås.

Komiteen viser også til at Riksrevisjonen mener rollen til nasjonale myndigheter ikke er tydelig definert, og at mekanismene for styring, prioritering og forankring av e-helseutviklingen ikke er effektive nok. Riksrevisjonen mener den nasjonale styringen ikke har ført til økt gjennomføringsevne. Komiteen viser også til at Riksrevisjonen mener at avklaringer knyttet til rollefordeling, finansiering og gode mekanismer rundt prioritering er avgjørende for å sikre god fremdrift. Manglende avklaring på disse områdene har, etter Riksrevisjonens vurdering, ført til at gjennomføringsevnen ikke har økt, noe som særlig skyldes at man ikke har lyktes med å sikre gode finansieringsmodeller. Riksrevisjonen har også pekt på at aktørenes mangel på innflytelse over hvordan samfinansieringsmidlene brukes, har ført til at frivillig samfinansiering ikke har hatt større effekt. Komiteen deler Riksrevisjonens vurdering av at en grunnleggende forutsetning for samstyring er at aktørene opplever at de oppnår mer sammen enn hver for seg.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Høyre og Venstre, stiller seg derfor bak Riksrevisjonens vurdering av at det er kritikkverdig at mange aktører i sektoren opplever at de ikke har tilstrekkelig medinnflytelse på nasjonale prioriteringer.

Forsinkelser og mangel på fremdrift

Komiteen viser til at Riksrevisjonen mener flere tiltak og prosjekter som er forutsetninger for å lykkes med *Én innbygger – én journal*, ikke har hatt høy nok fremdrift. Komiteen viser særlig til Pasientens legemiddelliste, som skulle ha blitt innført allerede i 2018, men som stadig har blitt forsinket. Med tanke på viktigheten av denne, og det betydelige omfanget av pasientskader som skyldes feil bruk av legemidler, vil komiteen også løfte frem Riksrevisjonens alvorlige kritikk av denne forsinkelsen.

Resultat av utredningsarbeidet i perioden 2013–2020 og behovet for restart:

Komiteen viser til at resultatet av utredningsarbeidet var at kvalitetssikringsrapporten av prosjektet Akson den 26. juni 2020 konkluderte med at

«Tiltaket – slik det er beskrevet i SSD – ikke gir tilstrekkelig trygghet for at målene for det valgte konseptet nås og at de identifiserte nyttegevinstene kan realiseres».

Komiteen viser til at Legeforeningen i komitéhøringen uttalte at:

«Det som skjedde i 2015, var at RHF-ene trakk seg ut. De ville ikke være med videre og fikk anledning til å trekke seg ut fra departementet, som de er i styringslinjen til. Det var allerede klart i utredningen som da var foretatt, at en ren kommunal felles journalløsning ikke ville være samfunnsøkonomisk nyttig. Det i seg selv mener vi at burde vært nok til at man fikk en stoppordre og revurderte planene.»

I komitéhøringen kom det fram at prosjektet ikke er avsluttet, men har fått et nytt navn og gjennomføres i form at to programmer: Det ene er felles kommunal journal, som er et samarbeidsprosjekt som KS leder, der staten er med i samarbeidsprosjektet og kommunene er med. Det andre er digital samhandling, som er det viktige navet i all utviklingen som sørger for at informasjonen kan flyte fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten.

I komitéhøringen beskrev Fagforbundet arbeidet med felles kommunal journal slik:

«Fagforbundet er med i felles kommunal journalarbeidet, som er overflyttet til KS fra Direktoratet for e-helse. Vi sitter også i prosjektrådet der og er med i undergrupper. Det er felles kommunal journal som er det prosjektet som nå jobber med å virkeliggjøre Aksons tidligere målsettinger. Man jobber med å oppdatere de tentiale styringsdokumentene. Mange av de samme problemstillingene som vi kom borti da vi jobbet med Akson, er nå kommet opp igjen i felles kommunal journal. Her jobbes det både overordnet strategisk og også på et mikronivå, hvor man ser på hvordan man kan oversette forskjellige behandlingsforløp til et digitalt format.»

Komiteen viser til at saksordfører i komitéhøringen viste til at det er brukt 1,2 mrd. kroner i investeringer og utredninger i arbeidet med *Én innbygger – én journal* og spurte Oslo kommune:

«Kan dere være konkrete på hvilke gevinster deres kommuner nyter godt av i det arbeidet som har blitt gjennomført? Vær konkret.»

Oslo kommune svarte:

«Det er umulig å svare på det spørsmålet, men det som har kommet for vår kommune, er en betydelig

læring i hvordan man jobber. Vi hadde ikke kunnet håndtere pandemien sånn som Oslo kommune har gjort, med den profesjonaliteten, hvis vi ikke hadde lært en del gjennom det arbeidet og den kommunikasjonen og dialogen som også er bygd opp i Norsk helsenett for å få det til. Det er en helt klar gevinst som har vært veldig viktig for veldig mange. Vi har på en smidig måte, i en type økosystemtilnærming, brukt samarbeidet med Norsk helsenett til å etablere systemer for pasientoppfølging for å få oversikt over vaksinasjon og dets like. Det er en helt objektiv gevinst på det som går på at teknologien var moden, men at kompetansen til å håndtere det ikke var sterk nok. Utover det er det vanskelig for meg å gi konkrete eksempler, men det er veldig gode spørsmål.»

På spørsmål om hva som er de samfunnsmessige gevinstene av utredningen av *En innbygger – en journal* så langt, svarte Legeforeningen:

«De store gevinstene knyttes til samhandling. Der får vi gevinster, men dessverre har det tatt unødvendig lang tid fordi en på en måte har parkert en del av samhandlingsarbeidet knyttet til utviklingen av Akson. Men det vi ser utspille seg mellom sykehussektoren og kommunesektoren nå, er dokumentdeling. Det vil si at en sender ikke dokumenter; en legger dem et sted hvor de kan åpnes.

[...]

Vi har antagelig lært mye om hvordan vi ikke skal gjøre ting. Det er nok en hovedkonklusjon. Så har det vært gjort mye arbeid på både helsefaglig standardisering og IKT-messig standardisering.»

Komiteen merker seg at IKT-Norge beskrev samfunnsgevinstene slik:

«Man har brukt 1,2 mrd. kr, så det har jo vært noe samfunnsgevinst, men det tror jeg ikke har vært så veldig mye knyttet til helsetjenesten, det må jeg bare si. Men det er klart, vi har jo lært litt om hva vi ikke skal gjøre.»

Komiteen merker seg at Fagforbundet beskrev samfunnsgevinstene slik:

«Jeg vil bare slutte meg til det som er sagt om at vi har lært mye av hvordan man ikke skal gjøre ting, og at prosesser må styres på en helt annen måte. For ettertiden får vi håpe at det er en samfunnsmessig gevinst.»

Komiteen merker seg også at KS beskrev samfunnsgevinstene slik:

«KS-ordningen ser på samfunnsøkonomisk gevinst når man er ved sluttpunktet. Men for en kommune er det som er viktig, hvordan dette virker inn på det lokale handlingsrommet man har, altså både kostnader og gevinster som man kan ta ut i driften, og det var det vi opplevde ikke var tydeliggjort. Det er klart at kommuner ikke kan saldere med samfunnsøkonomisk gevinst. Det er statens ansvar å gjøre det; det kan ikke kommunene gjøre. Det er ingen tvil om at når man målbildet for Én innbygger – én journal, er det til stor nytte for samfunnet. Det er det ingen tvil om, så det er sånn sett ikke så rart at man ender opp med at det er positivt, men man skal jo lykkes med å nå ditt også.»

Komiteen viser til at tidligere statsråd Høie uttalte i høringen:

«De største gevinstene av dette arbeidet vil en jo høste i tiden framover.»

Komiteen viser samtidig til at statsråd Kjerkol i høringen beskrev status i arbeidet for å nå målene om *En innbygger – en journal* slik:

«Det er vel egentlig en restart som er den riktige beskrivelsen, hvor aktørene tenker seg nøye om før man går videre med en gjennomføringsstrategi som er troverdig og realiserbar.

[...]

En restart vil jeg si er den beste beskrivelsen av den prosessen som går nå, hvor KS samler seg og gjør noen viktig avveininger før man går videre med det som kan bli investeringer i nye journalløsninger for kommunesektoren»

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Høyre og Venstre, registrerer at det i liten grad er dokumentert resultater og samfunnseffekter av utredningsarbeidet og konsulentbruken i perioden 2013–2020 ut over dette.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Venstre peker på at effekten og gevinsten av arbeidet først vil komme og kunne dokumenteres når prosjektet er fullført.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til regjeringens politiske plattform, Hurdalsplattformen. Her kommer det tydelig frem at regjeringen vil gjennomføre et taktskifte i digitaliseringen av offentlig sektor og prioritering av e-helse. Regjeringen vil sørge for at store IKT-prosjekter i offentlig sektor styres på en ny og bedre måte basert på tett involvering av brukere og ansatte, og at digitale løsninger skal understøtte en helhetlig samhandling mellom helsepersonell. Regjeringen ser det som en prioritet å bygge opp kompetanse i egen organisasjon fremfor å kjøpe konsulenttjenester og å sikre innføring av pasientjournaler som gir sømløse overganger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer vil peke på endringene den nye statsråden har satt i verk etter og med bakgrunn i Riksrevisjonens rapport og Hurdalsplattformen. Disse medlemmer ønsker særlig å trekke frem de fire nasjonale e-helseløsningene, arbeidet med Nasjonalt Helsenett, tydeligere budsjett- og rolleansvar, samt føringer knyttet til bruk av konsulenter.

Det vises til at statsråden under høringen sa følgende:

«Jeg og regjeringen er opptatt av at vi skal bruke de samlede ressursene på e-helseområdet på en best mulig og mest mulig effektiv måte. Vi skal legge til rette for en

mer stegvis utvikling på e-helsefeltet og i større grad bygge på eksisterende nasjonale e-helseløsninger. Vi skal støtte kommunesektorens viktige arbeid med bedre journalløsninger og legge vekt på å realisere gevinster underveis. Når det gjelder konsulentbruk, er jeg særlig opptatt av at vi i større grad må bygge digital kjernekompetanse i offentlig sektor og redusere bruk av eksterne konsulenter i det nasjonale arbeidet.»

Statsråden sa videre:

«[...] videreutvikle de nasjonale e-helseløsningene og legge til rette for pasientjournalsystemene som gir mer sømløse overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten».

Disse medlemmer merker seg at statsråden understreket at regjeringen vil fullføre innføringen av kjernejournal i kommunen og prioritere arbeidet med pasientens legemiddelliste. Disse medlemmer viser også til at regjeringen fra 1. januar har endret ansvarsdelingen mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett, der Norsk helsenett har fått et tydeligere ansvar som leverandør av digitale løsninger til sektoren. Disse medlemmer merker seg også at statsråden vil videreutvikle styringsmodellen, og at arbeidet med dette pågår.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Rødt merker seg også utviklingen knyttet til bruk av konsulenter i Direktoratet for e-helse.

Det vises til at e-helsedirektøren sa følgende om dette under høringen:

«Men vi får klare signaler nå i Hurdalsplattformen om at konsulentbruken skal ned. Det er også klare krav om det i tildelingsbrevet vårt. I 2020 hadde vi en konsulentandel på 29 pst, og vi var nede på 23 pst. i 2021. Vi har planer om, hvis vi klarer å ansette dem vi har planlagt, i 2022 å komme ned på 15 pst. Per februar er vi på 16 pst. Vi har ikke fått kritikk for omfanget av konsulentbruken, men nå er det tydelige signaler fra sittende regjering.»

Disse medlemmer merker seg utviklingen og mener det er positivt at direktoratet har større fokus på å bygge og beholde kompetanse i egen virksomhet i tråd med Hurdalsplattformen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til det Christian Danielsen i Fagforbundet sa under komiteens høring i saken:

«Mange av de samme problemstillingene som vi kom borti da vi jobbet med Akson, er nå kommet opp igjen i felles kommunal journal.»

Disse medlemmer vil fremheve viktigheten av arbeidet med felles kommunal journal (FKJ) for å få realisert målbildet i *Én innbygger – én journal*. Målet er pasientjournaler som gir sømløse overganger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer merker seg at KS har ønsket mer statlig hjelp over tid for å utvikle løsningen. Disse medlemmer merker seg at regjeringen har bedt Norsk helsenett bistå i arbeidet gjennom å være en strategisk partner i det pågående konkretiseringsarbeidet. Samarbeidet vil gi prosjektet mer kompetanse og kapasitet slik at FKJ kan understøtte arbeidshverdagen og bidrar til å øke kvalitet og pasientsikkerhet. Disse medlemmene mener det er viktig å ta lærdom av Akson-prosjektet og vil understreke viktigheten av en trinnvis utvikling og realisering av sammenhengende e-helseløsninger. Tidkrevende interne prosesser og ordrike rapporter må erstattes med effektive beslutninger og målrettet innføring av løsninger som tar utgangspunkt i organisasjonsmessige forutsetninger ved innføring av IKT.

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

Anskaffelsesregelverket:

Komiteen viser til at anskaffelsesregelverket stiller krav til virksomhetene om å sikre konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvbarhet og forholdsmessighet i anskaffelsesprosessen. Komiteen vil understreke at anskaffelsesregelverket skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser og bidra til at det offentlige opptrer med integritet, og dermed styrke tilliten til forvaltningen og bruken av offentlige midler.

Komiteen viser til at Direktoratet for e-helse siden opprettelsen har hatt en strategi om å bruke konsulenttjenester, og at de i perioden 2016 til 2020 brukte 1,2 mrd. kroner på konsulenttjenester.

Komiteen viser til at Riksrevisjonen fant grunnlag for sterk kritikk. Riksrevisjonen fant omfattende og gjennomgående feil og mangler ved anskaffelsene. Komiteen merker seg at Riksrevisjonen mener direktoratet er avhengig av enkeltkonsulenter og -leverandører for å utføre samfunnsoppdraget, og videre at summen av feil og mangler svekker tilliten til at direktoratet bruker felleskapets midler på en god måte.

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

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

Komiteen stiller seg bak kritikken fra Riksrevisjonen.

Konsulentbruk, konsulentutgifter og konsulentenes rolle:

Komiteen viser til at Direktoratet for e-helse har ønsket å innhente nødvendig kompetanse med formål om å overføre kunnskapen til egne ansatte.

Komiteen merker seg at Bergland sa følgende i høringen:

«Det må jeg bare si, og jeg kan gjenta at det var en veldig sterk oppfatning hos oss i flere år at vi jobber tett sammen, det skal ikke være et a-lag og et b-lag, det skal være kompetanseoverføring i det daglige hver dag, vi skal sitte sammen.»

Komiteen forstår dette som et uttrykk for at man gjorde grep for å sikre en kompetanseoverføring. Dette ble også understreket av partner i PwC, Are Muri, som uttalte:

«...vi var oppriktig interessert i at det kom egne medarbeidere inn i arbeidet, og var opptatt av å overføre den kompetansen vi hadde.»

Samtidig vil komiteen vise til at Riksrevisjonen påpeker at direktoratet ikke har tilrettelagt for en systematisk overføring av kompetanse fra konsulenter til ansatte, og at direktoratet først i 2021 har vedtatt retningslinjer for konsulentbruk som omtaler kompetanseoverføring.

Komiteen har forståelse for at det er gjort valg i utviklingen av direktoratet og i bruken av konsulenter som har hatt som intensjon å integrere og bidra til kompetanseoverføring. Under høringen ble det av flere løftet frem at direktoratet hadde en praksis hvor konsulentene ikke tydelig presenterte seg som konsulenter og innleide. Komiteen merker seg at Muri uttalte følgende i høringen:

«Den gangen i Direktoratet for e-helse var praksisen at en ikke skulle presentere seg som konsulent eller innleid konsulent, eller si hvor en kom fra – med mindre en fikk et direkte spørsmål, selvfølgelig.»

Bergland bekreftet denne praksisen under høringen, og la til:

«Nå har jo det endret seg – jeg har også endret oppfatning. Men det var rett og slett et poeng å få fram at her står vi sammen, vi er i samme båt, vi har ikke noe a-lag og b-lag. Vi skulle lære av hverandre. Det var ikke bare vi som skulle lære av konsulentene. Vi driver også en form for leverandørutvikling – når eksternt innleide private aktører er inne i offentlig sektor, får de med seg verdifull kompetanse ut. Så det var ideen. Den var ikke så god, kanskje, så etter hvert – særlig høsten 2020 – ble det veldig eksplisitt skrevet «innleid» etter navnet i e-poster, og det ble også gjort veldig tydelig i møte med ulike aktører.»

Under komiteens høring i saken kom det også frem at Fagforbundet, IKT-Norge og Legeforeningen erfarte at innleide konsulenter ikke presenterte seg som innleid, men tvert imot opptrådte som en del av forvaltningen.

Komiteen vil understreke at det en forutsetning med en klar og tydelig forståelse av hvem som er statsansatt og hvem som er innleid, for å skille mellom statlig myndighetsutøvelse og tjenesteleveranse i det offentlige. Komiteen ser alvorlig på at direktøren i liten grad har lagt dette til grunn i styringen av konsulentenes arbeid i direktoratet, og vurderer det som kritikkverdig at direktøren først endret praksis etter offentlig kritikk. I komitéhøringen uttalte Bergland:

«Det er på grunn av kritikk, på grunn av tilbakemeldinger om at man ønsker å vite hvem som er ansatt, og hvem som er innleid. Men den kritikken kom ganske sent. Jeg kan ikke huske at det egentlig var et tydelig budskap fra noen før det begynte å bli avisoppslag og slikt. Det har også vært ulik praksis hos ulike virksomheter: Noen har hatt det ene perspektivet og andre det andre. Men jeg tenker at det er fornuftig sånn som det er nå, å få fram hvem som er innleid.»

Komiteen viser til Riksrevisjonens funn om at direktoratet ikke stilte tilstrekkelige krav når det gjaldt konsulentenes etiske adferd. Konsulenter som hadde lederroller i prosjekt eller program i direktoratet, underskrev kontrakter på vegne av leverandøren. Dette er, etter komiteens og Riksrevisjonens syn, en uheldig praksis som kan svekke tilliten til at anskaffelsen er foretatt på en samfunnstjenlig måte. Det gjelder særlig når konsulenten har en personlig økonomisk fordel, slik en partner i et konsulentselskap har. Videre vil komiteen understreke at det er viktig for tilliten til forvaltningen, både internt og eksternt, at innleide konsulenter ikke forveksles med statsansatte.

Komiteen viser videre til at konsulenten fra PwC hadde rollen som prosjektleder fra 2013 til 2020, noe som i henhold til konsulenten selv var godt over snittet i PwC-sammenheng. Selv om det ikke er grunn til å stille spørsmål ved prosjektlederens kompetanse, mener komiteen det er grunn til å stille seg bak Berglands vurdering av at direktoratet kanskje burde anstrengt seg mer for å finne en som kunne tatt hele eller deler av prosjektlederansvaret i løpet av åtte år

Komiteen viser til at Bergland under høringen uttalte følgende:

«Hvis dere lurer på om jeg i ettertid tenker at det var fornuftig, ser jeg at det er gjenstand for kritikk. Det kan jeg forstå. Vi burde kanskje anstrengt oss nok en gang for å finne en som i alle fall kunne jobbe side om side og tatt det overordnede prosjektlederansvaret. Men i disse årene fikk vi egentlig ikke noen signaler annet enn at han hadde tillit og gjorde en god jobb. Da jeg tenkte på å erstatte eller supplere, var det mer fordi vi skulle ha kontinuitet – det var ikke noen innspill fra noen om at det ikke innga tillit.»

Komiteen viser til at Riksrevisjonen mener bevissthet om risikoen for å bli avhengig av enkeltkonsulenters kompetanse er særlig viktig i slike tilfeller som dette. Riksrevisjonen understreker at direktoratet ikke har dokumentert at de har vurdert risikoen for å bli avhengige av enkeltkonsulenter i sentrale roller.

Departementets og direktoratets ansvar:

Komiteen viser til at Direktoratet for e-helse hadde etablert en internrevisjon. Komiteen merker seg at under høringen sa Bergland følgende:

«Vi ba ikke internrevisjonen se på konsulentbruk, de så på andre ting – informasjonssikkerhet. Det er noe av det jeg har tenkt på i ettertid, at med den høye konsulentbruken burde man kanskje hatt en runde rundt konsulentbruk og sett på om det var noe vi burde ha gjort annerledes.»

Komiteen deler vurderingen av at når direktoratet brukte så store midler på å anskaffe tjenester, så burde det også benyttet de interne kontrollmekanismene til å se på om anskaffelsene var i tråd med regelverket, eller om noe burde vært gjort annerledes.

Komiteen merker seg at Bergland uttalte videre:

«Vi sjekket selv også, så de funnene Riksrevisjonen har gjort, har ikke departementet visst om før de fikk rapporten. Det er jo det man har Riksrevisjonen for.»

Komiteen viser til at tidligere statsråd Høie uttalte følgende i komiteens høring i saken:

«Det som er spørsmålet her, er hvor mange ulike kontrollfunksjoner man skal ha mot offentlig virksomhet. Riksrevisjonen er en av de viktigste vi har, som avdekker nettopp denne typen ting. Det er også internkontrollsystemer i de ulike virksomhetene, osv. Så vi har mange ulike virkemidler for å avdekke det hvis det skjer lovbrudd.»

Komiteen understreker at det er den enkelte virksomhets ansvar å ha systemer og rutiner for intern kontroll for å utøve forvaltningsmyndighet og utføre sine oppgaver på forsvarlig måte. Et overordnet departement skal ivareta at et underliggende direktorat har slik internkontroll. Riksrevisjonen er et virkemiddel i Stortingets kontroll med regjering og forvaltning, jf. Innst. 392 S (2020–2021). Komiteen viser til at det i Direktoratet for e-helses redegjørelse for bruk av konsulenttjenester av 17. august 2020 er gjort en beskrivelse av direktoratets rutiner i sammenheng med anskaffelser, ikke en gjennomgang av praktiseringen av disse rutinene. Komiteen understreker at kravene til virksomhetens interne kontroll omfatter rutiner slik de praktiseres.

Statsrådens svar

Komiteen viser til at tidligere statsråd Høie skriver at Riksrevisjonens konklusjoner viser at det er utfordrende med helhetlig e-helseutvikling i en sektor med mange aktører med selvstendig ansvar.

Komiteen merker seg at den tidligere statsråden er enig med Riksrevisjonen i at det er alvorlig at legemiddellisten er blitt forsinket. Ifølge statsråden har arbeidet tatt lengre tid enn planlagt, kompleksiteten har vist seg å være langt større enn forutsatt, og arbeidet har ikke vært godt nok organisert. Den tidligere statsråden skriver videre at Direktoratet for e-helse ikke har hatt gode nok rutiner og praksis for anskaffelsene og bruk av konsulenter.

Komiteen merker seg samtidig at den tidligere statsråden er uenig i Riksrevisjonens konklusjon om at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering av arbeidet med *Én innbygger – én journal* på en god måte.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Venstre viser til at tidligere statsråd Bent Høie er uenig i Riksrevisjonens konklusjon om at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering av arbeidet med Én innbygger – én journal på en god måte. Statsråden fremhever at arbeidet med Akson har vært kvalitetssikret i tråd med statens prosjektmodell for store statlige investeringsprosjekter (KS1 og KS2), og at arbeidet har vært gjenstand for flere faser med tilhørende beslutningspunkter. Disse medlemmer viser videre til at statsråden mener at departementets rapportering har gjenspeilet fasene i utredningene. Både risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble kommunisert til Stortinget i Prop. 1 S (2020–2021) etter at KS2 var gjennomført.

Disse medlemmer registrerer at Riksrevisjonen peker på at Direktoratet for e-helse gjorde en aktiv nedprioritering av samhandlingsløsningen i forprosjektet for Akson. Tidligere statsråd Høie mener at samhandlingsfunksjonalitet har vært høyt prioritert gjennom hele arbeidet. Statsråden viser til at det i arbeidet er lagt til grunn en stegvis tilnærming for å realisere målene for samhandling i helse- og omsorgssektoren, og at en stegvis tilnærming er valgt for å redusere risiko og kompleksitet. Disse medlemmer peker på at statsråden fremhever at konseptvalget ble vurdert i to omganger av ekstern kvalitetssikrer, som opprettholdt anbefalingen om konseptet som ble valgt. Konseptvalget ble gjort ut fra en totalvurdering av både måloppnåelse, lønnsomhet for samfunnet og arkitektur.

Disse medlemmer viser videre til at tidligere statsråd Høie understreker at det har vært en bred forankring og medvirkning fra sektoren i arbeidet med Én innbygger – én journal, at en sektorsammensatt sty-

ringsgruppe for arbeidet stilte seg bak det anbefalte konseptet i 2018, og at den eksterne kvalitetssikreren påpekte at det har vært en bred involvering.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Høyre og Venstre, støtter Riksrevisjonens konklusjon og kritikk og deler ikke den tidligere statsrådens syn.

Anbefalinger

Komiteen merker seg at Riksrevisjonen anbefaler at:

- Helse- og omsorgsdepartementet innretter sin overordnede styring og oppfølging slik at Direktoratet for e-helse gjennomfører sine oppgaver på en måte som er tilpasset områdets vesentlighet, kompleksitet og risiko.
- Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse:
  - sørger for koordinering av IT-utviklingen, slik at helheten og sammenhengen mellom sektorens journalløsninger blir ivaretatt i det videre arbeidet
  - sikrer bedre involvering og medinnflytelse fra aktørene i sektoren, blant annet ved å:
    - videreutvikle nasjonal styringsmodell
    - bruke høringsinstituttet mer aktivt
    - i større grad involverer forsknings- og fagmiljøer i videre utredningsprosesser, slik at man får et best mulig beslutningsgrunnlag
    - videreutvikler og avklarer rollefordelingen mellom nasjonale myndigheter og resten av helse- og omsorgssektoren, inklusiv privat sektor
    - viderefører arbeidet med nye mekanismer for prioritering og samfinansiering, og sikrer aktørene medinnflytelse i denne prosessen
    - sørger for at felles grunnmur og nasjonale e-helseløsninger videreutvikles i tråd med sektorens behov
- Helse- og omsorgsdepartementet:
  - innretter oppfølgingen av Direktoratet for e-helse slik at direktoratet gjennomfører sine anskaffelser i henhold til anskaffelses- og økonomiregelverket
- Direktoratet for e-helse innretter anskaffelsespraksisen slik at:
  - anskaffelseslovens prinsipper om konkurranse og likebehandling ivaretas
  - kravene til sporbarhet og etterprøvbarhet følges
  - de har kontroll med kostnadene i de enkelte anskaffelsene
  - de unngår avhengighet til enkeltkonsulenter og enkeltleverandører.

Komiteen stiller seg bak anbefalingene for å nå målsettingene i *Én innbygger – én journal*.

Avslutning

Komiteen viser til at digital utvikling, både innenfor helse og andre sektorer, er en viktig oppgave for forvaltningen i tiden fremover. Komiteen vil understreke den betydningen det har å dra læring fra tidligere arbeid. Riksrevisjonens rapport er et viktig bidrag til slik læring. Selv om teknologien vil være i rask utvikling fremover, og den teknologiske lærdommen derfor ikke nødvendigvis er overførbar, er de metodiske erfaringene viktige å ta med seg videre.

Komiteen viser til at Stortinget ved behandlingen av Innst. 67 S (2014–2015) fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren, fattet følgende vedtak den 16. desember 2014:

«Stortinget ber regjeringen på egnet måte redegjøre for hvordan regjeringen vil løse de ikt-utfordringene i helsevesenet som denne innstillingen viser, jf. Innst. 67 S (2014–2015).»

Helse- og omsorgsdepartementet beskrev oppfølgingen av vedtaket i Prop. 1 S (2015–2016) slik:

«Den nasjonale styringen av IKT i helsesektoren skal styrkes for å sikre økt gjennomføringskraft. Det etableres fra 1. januar 2016 et direktorat for e-helse. Direktoratet skal ha ansvar for styring, gjennomføring og forvaltning av nasjonale IKT-prosjekter. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sørge for etablering av det nye direktoratet, som etableres med utgangspunkt i e-helsedivisjonen i Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag, i samarbeid med sektorens aktører, å utrede framtidens helseinformasjonsystem. Utredningen er en oppfølging av Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal.»

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Høyre og Venstre, kan ikke se at de samfunnsmessige gevinstene ved opprettelsen av Direktoratet for e-helse så langt er realisert, og gjentar bekymringen fra Innst. 67 S (2014–2015) om at staten i utilstrekkelig grad er i stand til å realisere de samfunnsmessige gevinstene gjennom planmessig og koordinert innføring av IKT. Mangel på beslutninger, fraværet av evne til å gjennomføre felles og obligatoriske løsninger, mangelfull forståelse for organisasjonsmessige forutsetninger ved innføring av ny teknologi, er medvirkende årsaker til at mulighetene som tilgjengelig teknologi gir, ikke utnyttes i tilfredsstillende grad.

Komiteen ber Riksrevisjonen følge arbeidet med å nå målene i *Én innbygger – én journal* videre.

4. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og råder Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Dokument 3:14 (2020–2021) – om Riksrevisjonens undersøkelser av Sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal; og Sak 2: Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 24. mai 2022

Peter Frølich
leder

Even Eriksen
ordfører

Vedlegg 1

STORTINGET

Statsråd Ingvild Kjerkol
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.:	Deres ref.:	Dato:
2021/2988		14.12.2021

Vedr. Dokument 3:14 (2020-2021)

Kontroll- og konstitusjonskomiteen viser til Dokument 3:14 (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelser av sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal og sak 2: Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse, som komiteen har til behandling.

Komiteen har på denne bakgrunn følgjande spørsmål:

Sak 1. Én innbygger – én journal:

a) Kvifor var behova til den kommunale helse- og omsorgstenesten den beste måten å starte arbeidet med å få til saumlause journalløysingar på tvers av primær- og spesialisthelsetenesten?

b) Kvifor vart risiko og samfunnsøkonomiske berekningar i liten grad rapportert til Stortinget fram til 2020?

c) Korleis har departementet og direktorat sørga for å sikre finansiering av viktige felles utviklingstiltak som Pasientens legemiddelliste og felles grunnmur, og korleis får departementet sjølvstendige aktørar i sektoren til å bidra til finansieringa?

Kontroll- og konstitusjonskomiteen
Stortinget
Postboks 1700 Sentrum
NO-0026 OSLO

Tlf. 23 31 30 50

www.stortinget.no

d) Fleire aktørar vurderer å ikkje delta i Akson. Kvifor vart ordninga gjort frivillig? Kva betydning har det for arbeidet med å nå måla i *Én innbygger – én journal* dersom fleire går ut?

Sak 2. Om anskaffelsar og konsulentbruk:

a) Kvifor valte Direktoratet for E-helse ein strategi om å bruke konsulenttenester?

b) Kva for strategi har direktoratet hatt for å gå frå bruk av konsulenttenester til å bygge opp eigen kompetanse, og kvifor vart det først i januar 2021 vedtatt retningslinjer for konsulentbruk som omtalte kompetanseoverføring?

c) Kva føringar har departementet gjennom si etatsstyring gitt for konsulentbruken i Direktoratet for E-helse frå opprettinga og fram til i dag?

d) Korleis har direktoratets kjøp av konsulenttenester på 1,2 milliarder kroner medverka til effektivisering og kostnadsreduksjon i arbeidet med elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren?

Dersom departementet har ytterlegare opplysningar de meiner er relevant for komiteen si handsaming av Dokument 3:14 (2020-2021) ber vi departementet opplyse om dei. Komiteen ber også departementet oversende all relevant dokumentasjon.

Komiteen vil be om svar innen tirsdag 21. desember 2021.

Med vennlig hilsen
Kontroll- og konstitusjonskomiteen

Peter Frølich
komitéleder

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Kontroll- og konstitusjonskomitéen
Stortinget
0026 OSLO
0026 OSLO

Deres ref	Vår ref	Dato
2021/2988	21/53672-	7. januar 2022

Dokument 3:14 (2020-2021)

Jeg viser til brev av 14. desember 2021 fra kontroll- og konstitusjonskomiteen vedrørende behandlingen av Dokument 3:14 (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av sak 1 Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal og sak 2 Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse, hvor kontroll- og konstitusjonskomiteen har følgende spørsmål:

Sak 1 Én innbygger – én journal

a) *Kvifor var behova til den kommunale helse- og omsorgstenesten den beste måten å starte arbeidet med å få til saumlause journalløysingar på tvers av primær- og spesialisthelsetenesten?*
b) *Kvifor vart risiko og samfunnsøkonomiske berekningar i liten grad rapportert til Stortinget fram til 2020?*
c) *Korleis har departementet og direktoratet sørga for å sikre finansiering av viktige felles utviklingstiltak som Pasientens legemiddelliste og felles grunnmur, og korleis får departementet sjølvstendige aktørar i sektoren til å bidra til finansieringa?*
d) *Fleire aktørar vurderer å ikkje delta i Akson. Kvifor vart ordninga gjort frivillig? Kva betydning har det for arbeidet med å nå måla i Én innbygger – én journal dersom fleire går ut?*

Sak 2 Om anskaffelser og konsulentbruk

a) *Kvifor valte Direktoratet for e-helse ein strategi om å bruke konsulenttenester?*

Postadresse: Postboks 8011 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Teatergt. 9 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 983 887 406

b) *Kva for strategi har direktoratet hatt for å gå fra bruk av konsulenttenester til å bygge opp eigen kompetanse, og kvifor vart det først i januar 2021 vedtatt retningslinjer for konsulentbruk som omtalte kompetanseoverføring?*
c) *Kva føringar har departementet gjennom si etatsstyring gitt for konsulentbruken i Direktoratet for e-helse frå opprettinga og fram til i dag?*
d) *Korleis har direktoratets kjøp av konsulenttjenester på 1,2 milliarder kroner medverka til effektivisering og kostnadsreduksjon i arbeidet med elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren?*

Jeg ønsker innledningsvis å vise til tidligere svar fra daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie, senest i brev av 15. oktober og 13. november 2020, hvor det også er sendt utfyllende og omfattende dokumentasjon på utredningen av Én innbygger – én journal. Ny informasjon og referanser, som ikke tidligere er oversendt kontroll- og konstitusjonskomiteen, fremkommer i fotnoter i svaret.

Sak 1 Én innbygger – én journal
Regjeringen er i Hurdalsplattformen tydelig på at den vil innføre pasientjournalsystemer som gir sømløse overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og videreutvikle de nasjonale e-helseløsningene. Dette inkluderer kommunes arbeid med Felles kommunal journal (tidligere Akson) og arbeidet som gjøres i Helseplattformen i Midt-Norge.
Jf Prop. 1 S (2020-2021) realiseres det som tidligere ble omtalt som Akson gjennom to prosjekter/programmer, helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Felles kommunal journal ledes av kommunesektoren og er etablert som et samarbeidsprosjekt mellom KS, kommuner og staten. Arbeidet med helhetlig digital samhandling ledes av Direktoratet for e-helse, jf Prop. 1 S (2021-2022).

En reorientering av løsningsvalget for felles kommunal journal som KS og kommunesektoren nå legger opp til, er i tråd med Hurdalsplattformen der Regjeringen løfter frem behovet for å legge om til en mer stegvis utvikling av digitale løsninger der gevinster og nytte realiseres raskere. Jeg mener det er helt nødvendig at det nasjonale arbeidet med digitalisering i helse- og omsorgssektoren endrer innretning framover, vi må forbedre samhandlingen og funksjonalitet skritt for skritt, der pasientens legemiddelliste har høy prioritet. Dette er en retning Stortingsflertallet har stilt seg bak.

Vår felles helsetjeneste trenger bedre journal- og samhandlingsløsninger. For å kunne gi best mulig helsehjelp er det en forutsetning at relevante og nødvendige opplysninger om sykdomshistorie og legemiddelbruk følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. Vi må bygge videre på de nasjonale e-helseløsningene som er etablert: helsenettet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no og vi skal løse de samhandlingsbehovene som haster mest. Digitaliseringstiltakene framover skal rettes mot prioriterte behov, og som sektoren stiller seg bak - slik som pasientens legemiddelliste, deling av journalinformasjon gjennom kjernejournal (dokument- og datadeling), kritisk informasjon i kjernejournal, videreutvikling av

felles grunnmur (tjenester for informasjonssikkerhet og personvern, standardisering, grunndata mv.) og tjenester på helsenorge.no.

a) Kvifor var behova til den kommunale helse- og omsorgstenesten den beste måten å starte arbeidet med å få til saumlause journalløysingar på tvers av primær- og spesialisthelsetenesten?

I januar 2016 leverte Helsedirektoratet og det da nyopprettede Direktoratet for e-helse i fellesskap en utredning til Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan målene i Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal» kan realiseres.

Fra konklusjonen og anbefalingen i rapporten *Utredning av «Én innbygger – én journal» Sammendrag, desember 2015* pekes det på at "*realiseringen av «Én innbygger – en journal» er omfattende og vil gå over mange år, med et perspektiv frem til om lag 2040. I denne perioden vil helse- og omsorgssektoren gjennomgå mange endringer innen helsefaglig utvikling, mål, styring, organisering og aktørbilde. Teknologien vil tilsvarende gjennomgå store endringer og gi nye muligheter. Denne utviklingen, sammenholdt med pågående og planlagte investeringer, og utredningens vurdering av ulike konseptalternativer, gjør det ikke hensiktsmessig å innstille på valg av ett konseptalternativ i tradisjonell forstand. Utredningen anbefaler en utviklingsretning, fremfor et eksplisitt konseptvalg*".

Utredningen anbefalte at en felles, nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, prosesstøtte og pasient-/brukeradministrasjon for helse- og omsorgstjenesten bør være målbilde og utviklingsretning for realisering av målene i «Én innbygger – én journal». Videre ble det anbefalt at en felles, nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester burde være startpunktet for utviklingsretningen.

Det fremkom også at Konsept 8 (en felles nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten) ble vurdert å ha høyest måloppnåelse opp mot prioriterte krav, høyest grad av realopsjoner, positiv samfunnsøkonomisk lønnsomhet og høyest realisering av kvalitativt vurderte effekter. Videre ble det vurdert at Konsept 8 var det eneste konseptet som kunne realisere målene i Meld. St 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal. Samtidig ble det oppgitt at Konsept 8 har spesielt stor styrings- og gjennomføringsrisiko.
I Direktoratet for e-helses delrapportering om "Én innbygger – én journal" til departementet av 6. oktober 2016 fremkommer det at "*Utredningens anbefaling om et startpunkt i kommunesektoren var knyttet til at kommunene hadde et stort behov for bedre løsninger og at hver enkelt kommunes evne til å anskaffe, tilpasse, innføre og drifte og forvalte nye løsninger er begrenset*".

b) Kvifor vart risiko og samfunnsøkonomiske berekningar i liten grad rapportert til Stortinget fram til 2020?

Jeg viser til tidligere helse- og omsorgsministers svar til Riksrevisjonen og omtalen i Prop. 1 S (2021-2022) knyttet til departementets rapportering til Stortinget i forbindelse med arbeidet én innbygger – én journal. Der vises det til at arbeidet med én innbygger – én journal har

vært gjenstand for flere faser med tilhørende beslutningspunkter, og at detaljeringsgraden på rapporteringen til Stortinget har gjenspeilet de ulike fasene og økt ved sentrale beslutninger. Risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble kommunisert til Stortinget i Prop. 1 S (2020-2021) etter at ekstern kvalitetssikring (KS2) for *Akson – felles kommunal journal og helhetlig samhandling*, var gjennomført og i sammenheng med at Stortinget ble forelagt et forslag til investeringsbeslutning om å gå videre med tiltaket.

c) Korleis har departementet og direktoratet sørga for å sikre finansiering av viktige felles utviklingstiltak som Pasientens legemiddelliste og felles grunnmur, og korleis får departementet sjølvstendige aktørar i sektoren til å bidra til finansieringa?

Dagens organisering og systemlandskap i helse- og omsorgstjenesten gjør at det er behov for felles digitale løsninger som knytter de ulike journal- og fagsystemene sammen på tvers av nivåer og virksomheter. Dette skaper et behov for finansieringsmodeller som er tilpasset kjennetegnene ved digitaliseringsprosjekter og som har klare prinsipper for hvordan kostnadene skal fordeles mellom aktørene.

De siste årene har flere felles utviklingstiltak som pasientens legemiddelliste og felles grunnmur blitt finansiert gjennom en kombinasjon av bevilgning over statsbudsjettet og frivillig samfinansiering fra aktørene i sektoren. Pasientens legemiddelliste har fram til 2022 vært finansiert innenfor egne rammer og gjennom frivillig samfinansiering fra aktørene i sektoren, i hovedsak fra de regionale helseforetakene. I budsjettet for 2022 er det bevilget 57,9 mill. kroner til arbeidet med å realisere pasientens legemiddelliste, jf. Prop. 1 S (2021-2022). Flere grunnmurstiltak er finansiert gjennom satsinger over statsbudsjettet slik som den fireårige satsingen på standardisert språk (kodeverk og terminologi) i budsjettet for 2020, jf. Prop. 1 S (2019-2020), modernisert folkeregister i helse- og omsorgssektoren i budsjettet for 2019, jf. Prop. 1 S (2018-2019) og store deler av tiltakene i steg 1 i utviklingsretningen for helhetlig digital samhandling, jf. Prop. 1 S (2020-2021).

Modellen med en kombinasjon av frivillig samfinansiering, egenfinansiering og øremerkede bevilgninger til enkelttiltak er uforutsigbar, lite stabil og bidrar til at det brukes mye tid på planlegging uten at finansiering er avklart. Det blir lange og tidkrevende beslutningsprosesser, selv om prosjektene er prioritert både av sektoren og nasjonale myndigheter. I tillegg bidrar tilnærmingen med satsinger på tidsavgrensede prosjekter til at det ikke legges til rette for kontinuerlig utvikling av de nasjonale e-helseløsningene. Videre er erfaringene at suksess i form av betydelig vekst i utbredelse og bruk av de nasjonale e-helseløsningene har gitt økte kostnader til forvaltning og drift. Uten tydelige finansieringsmodeller for denne type kostnader, påvirket dette handlingsrommet for utvikling av ny funksjonalitet og videre utbredelse.

Dette ønsker regjeringen nå å finne bedre løsninger for. I Hurdalsplattformen er regjeringen tydelig på at vi vil etablere finansieringsmodeller som legger bedre til rette for trinnvis

utvikling og realisering av sammenhengende e-helseløsninger og forbedringer av helse- og omsorgstjenesten. Samtidig må vi være trygge på at den videre satsingen er tilpasset den kapasiteten en samlet sektor har tilgjengelig for å utvikle, ta i bruk og realisere nytten av nye løsninger. Videre vil regjeringen tydeliggjøre aktørenes roller og ansvar for digitalisering, og sikre nasjonal koordinering slik at vi bruker de samlede ressursene på en god måte. Arbeidet er godt i gang og allerede fra 1. januar 2022 gjøres det endringer som jeg mener er viktig for å øke digitaliseringstakten framover:

- Finansieringsmodeller: Fra 1. januar 2022 trådte endringer i pasientjournalloven, jf. Prop. 3 L (2021-2022) og Innst. 47 L (2021-2022), og endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, i kraft. Endringene innebærer at regionale helseforetak og kommuner får plikt til å betale for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene helsenettet (inkludert helseID og grunndata), kjernejournal, e-resept og helsenorge.no, samt at apotek og bandasjist får plikt til å betale for forvaltning og drift av e-resept. Forskriftsendringene innebærer at medlemsavgiften for helsenettet gjeninnføres for kommunene og videreføres for øvrige virksomheter. Samtidig er bevilgningene til forvaltning og drift av løsningene over kapittel 701 post 70 og 72 overført til kommunerammen og sykehusrammen. Jeg vil følge opp arbeidet med finansieringsmodeller framover slik at vi får modeller som bedre legger til rette for stegvis utvikling og realisering av sammenhengende e-helseløsninger. Dette vil jeg komme tilbake til i forbindelse med de ordinære budsjettprosessene.

- Tydeliggjøre roller og ansvar: Fra 1. januar 2022 blir det gjort endringer i rolle- og ansvarsfordelingen mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF i utviklingen av nasjonale e-helseløsninger. Endringen innebærer at Norsk helsenett SF har fått ansvaret for å lede de tekniske utviklingsprosjektene, mens Direktoratet for e-helse beholder det helhetlige ansvaret for å lede arbeidet i de nasjonale programmene hvor utviklingsprosjektene i Norsk helsenett SF inngår. Norsk helsenett SF får oppdragene fra departementet og skal gjennomføre prosjektene innenfor rammene av programmene. I 2022 fordeles bevilgningene til Program digital samhandling og Program pasientens legemiddelliste mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF i tråd med oppdragene fra departementet. Dette mener jeg er en nødvendig endring som vil bidra til å tydeliggjøre direktoratet som myndighet, mens operative oppgaver i større grad overlates til Norsk helsenett som tjenesteleverandør. Ved å gjøre direktoratet mindre operativt på løsningsvalg og gjennomføring, kan arbeidet med myndighetsoppgaver som standardisering, kodeverk og terminologi, arkitekturstyring, informasjonssikkerhet mv. styrkes.

- Nasjonal koordinering: For å nå målene om helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester, er det behov for å sikre nasjonal koordinering av digitaliseringsarbeidet. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse har til hensikt å samle sektoren om felles mål, strategier og prioriteringer. Slik kan vi øke gjennomføringskraften og bidra til at vi bruker de samlede ressursene på en god måte. Arbeidet med å videreutvikle styringsmodellen pågår og forslag til endringer skal sendes på høring våren 2022. Jeg viser også til at Direktoratet for e-helse i 2020 etablerte et felles veikart for

utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. Veikartet er utarbeidet i tett samarbeid med sektoren og gir en samlet oversikt over status for utvikling og innføring av de nasjonale løsningene. Et felles veikart skal bidra til å samle sektoren om felles prioriteringer og planer, samt bidra til en mer koordinert utvikling og innføring. Dette arbeidet vil jeg følge opp videre. Jeg vil også legge til at departementet bruker etats- og eierstyring aktivt for å bidra til at aktørene støtter opp om og prioriterer arbeidet med de nasjonale tiltakene innen digitaliseringsområdet, herunder krav til de regionale helseforetakene om å legge til rette for og ta i bruk de digitale samhandlingsløsningene.

d) Fleire aktørar vurderer å ikkje delta i Akson. Kvifor vart ordninga gjort frivillig? Kva betydning har det for arbeidet med å nå måla i Én innbygger – én journal dersom fleire går ut?

I oppdraget som ble gitt Direktoratet for e-helse den 26. april 2019 om å gjennomføre et forprosjekt og utarbeide et sentralt styringsdokument i tråd med statens prosjektmodell, ble det gitt rammer og føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet, jf. tillegg til tildelingsbrev nr. 3 2019. Blant disse var:

- *Det langsiktige målet er 100 % deltakelse fra aktørene i kommunal helse- og omsorgstjeneste, inklusive fastleger.*
- *Det legges foreløpig ikke til grunn lovpålegg om obligatorisk innføring av journalløsningen i innledende faser for kommuner eller fastleger. Forprosjektet utreder om det er rettslig mulig og nødvendig å pålegge plikt til å bruke journalløsning og samhandlingsløsning, samt hvordan dette eventuelt bør gjøres konkret.*

Utredningen viste at et lovpålegg ville være rettslig mulig, og dermed finnes det som et tilgjengelig virkemiddel for å nå målet om 100 prosent deltakelse.

Departementet ba særskilt om at det i den eksterne kvalietssikringen (KS2) av forprosjekt for felles kommunal journal og helhetlig samhandling ble vurdert om det var lagt opp til en tilstrekkelig grad av forpliktende deltakelse fra kommuner, fastleger og andre aktører, herunder om den foreslåtte modellen for deltakelse var hensiktsmessig sett opp mot å sikre at den samfunnsøkonomiske nytten står i et rimelig forhold til investeringskostnadene.

Parallelt med ekstern kvalitetetssikring (KS2) inviterte daværende helse- og omsorgsminister Høie de 291 kommunene utenfor helseregion Midt-Norge til å signere intensjonserklæringer knyttet til Akson innen 1. juli 2020. Gjennom signering av intensjonserklæringen har den enkelte kommune uttrykt sin støtte og intensjon om deltakelse i det videre arbeidet. Til sammen 185 kommuner, som samlet representerte 65 prosent av innbyggerne utenfor Midt-Norge, signerte erklæringen.

Ekstern kvalitetssikrer overleverte sin anbefaling i KS2 den 26. juni 2020 for Akson – helhetlig samhandling og felles kommunal journal. De samfunnsøkonomiske analysene anslår at tiltaket vil gi samfunnsøkonomisk lønnsomhet ved en oppslutning fra kommuner som representerer over 55 % av befolkningen utenfor Midt-Norge. Anslaget for

samfunnsøkonomisk lønnsomhet er i den eksterne kvalitetssikringen vurdert som rimelig under de gitte forutsetningene, men kvalitetssikringen er samtidig tydelig på at en ambisjon om deltakelse på 55 prosent er for lavt da:

- Det ikke vil innebære et samfunnsøkonomisk overskudd
- Kostnaden per kommune vil bli høyere og nytten per kommune lavere, enn det den vil være ved høyere deltakelse
- Lav deltakelse vil gjøre det vanskelig å nå de overordnede mål for IKT i helse- og omsorgssektoren

Ekstern kvalitetssikrer skisserte to alternativer som etter deres vurdering kunne øke sannsynligheten for at målene med den kommunale journalløsningen kunne oppnås:

1. En nasjonal tjenesteleverandør med pålegg om bruk
2. Kommunal tjenesteleverandør med 85 prosent forpliktende deltakelse før kunngjøring av anskaffelsen

Kravet til 85 prosent forpliktende deltakelse ble av ekstern kvalitetssikrer satt med utgangspunkt i å styrke sannsynlighet for nødvendig måloppnåelse og tilsvarer nåværende resultatmål for deltakelse innen 2030 i forprosjektets samfunnsøkonomiske analyse.

Hovedargumentet for fortsatt frivillig deltakelse er omtalt i Prop. 1 S (2020-2021):*"Bruk av felles kommunal journalløsning skal i utgangspunktet ikke være lovpålagt for kommuner, fastleger og andre avtaleparter. Departementet vurderer at frivillighet og solid forankring i kommunene er nødvendig for å sikre eierskap, redusere gjennomføringsrisiko og øke deltakelsen. Det er også i tråd med rådene departementet har fått av Digitaliseringsrådet om å sikre lokalpolitisk forankring av tiltaket."*

Samtidig tydeliggjøres det at *"en stegvis utvikling og flere stoppunkter underveis vil bidra til at tiltaket ikke gjennomføres uten tilstrekkelig forpliktelse om deltakelse og finansiering fra aktørene. Kommunal sektor har gjennom signering av intensjonserklæringer vist at det er stor oppslutning om å delta i det videre arbeidet med Akson".*

Stegvis utvikling og flere stoppunkter er tydeliggjort gjennom føringer for statens videre finansieringsbidrag til felles kommunal journal i Prop. 1 S (2020-2021), hvor det fremkommer at *"Statens finansiering av programaktiviteter utover 2021 og 2022 forutsetter at betingelsene i pkt. a-c er oppfylt"*

"Til grunn for statens finansieringsbidrag til felles kommunal journalløsning vil det legges føringer om at:

a. den forberedende styringsgruppen, og senere selskapet med kommunalt majoritetseierskap, skal utarbeide et oppdatert styringsdokument for felles kommunal journalløsning
b. styringsdokumentet skal underlegges kvalitetssikring, men det stilles ikke krav om bruk av statens kvalitetssikringsordning (KS2)

c. *før kunngjøring av anskaffelse skal det være forpliktende deltagelse fra kommuner som representerer minst 55 pst. av befolkningen utenfor helseregion Midt-Norge."*

Sak 2 Om anskaffelser og konsulentbruk

Jeg har bedt Direktoratet for e-helse om å redegjøre for vurderinger og strategi knyttet til spørsmål a) og b), samt til spørsmål d) om effektivitet og kostnadsreduksjon ved bruk av konsulenttjenester.

a) Kvifor valte Direktoratet for e-helse ein strategi om å bruke konsulenttenester?

Direktoratet for e-helse har som samfunnsoppdrag å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å understøtte effektive og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Direktoratet skal legge til rette for nasjonal samordning og en helthetlig og forutsigbar e-helseutvikling. Oppgavene er i stor grad nybrottsarbeid og organiseres ofte i programmer og prosjekter. Virksomheten kjennetegnes av at oppgavene endres fra år til år. Direktoratets faste driftsmidler bevilget over post 01 på statsbudsjettet utgjør en relativt lav andel av budsjettet. Direktoratet viser til at de for å kunne øke kapasiteten uten å pådra større forpliktelser enn budsjettet gir dekning for, har benyttet konsulenter.

Tabell 1: Oversikt over bevilgning til direktoratet i perioden 2016-2021

Post (beløp i Mill NOK)	2016	2017	2018	2019	2020	2021
01	185,1	215,7	217,8	238,9	157,8	181,4
21	265,6	372,1	643,0	773,1	763,4	1045,1
Sum	**450,6**	**587,8**	**860,8**	**1011,9**	**921,2**	**1226,5**
% faste midler	41 %	37 %	25 %	24 %	17 %	15 %
% variable midler	59 %	63 %	75 %	76 %	83 %	85 %

I 2020 er beløpet inkludert inntektskrav på 128,6 mill. kroner. Utover dette har direktoratet mottatt belastningsfullmakter fra andre offentlige aktører på om lag 30 mill. kroner i 2020

I 2021 er beløpet inkludert inntektskrav på 81,9 mill. kroner. Utover dette har direktoratet mottatt belastningsfullmakter fra andre offentlige aktører på om lag 30 mill. kroner i 2021

Tabellen over viser bevilgede midler fordelt på post 21 og post 01 i statsbudsjettet. Post 21 er spesielle driftsutgifter hvor blant annet tidsbegrensede prosjekter inngår. Bevilgningene over post 21 i statsbudsjettet varierer i stor grad fra år til år, mens bevilgninger over post 01 anses som mer varige. Andelen faste driftsmidler bevilget over post 01 i budsjettet har vært synkende i perioden 2016-2021.

Direktoratet opplyser at de bestreber seg på å etterleve god og effektiv praksis for oppgaveløsningen, herunder bruk av innleid kompetanse og samhandling med sektor. Direktoratet vurderer dette som nyttig både for å øke kapasitet og for å tilføre kompetanse. Direktoratet angir at det etableres tverrfaglige team med ansatt fagkompetanse, ekstern ekspertise fra helsesektoren, fra Norsk helsenett SF og private konsulentselskaper. Direktoratet viser til at kompetanse utenfra gjør at de bedre evner å fornye og forbedre sin interne kompetanse, samt at det gir bedre resultater i teknologisk og helsefaglig krevende utviklingsprosjekter. Videre viser direktoratet til at bidrag fra IT-næringen vurderes nødvendig

for å lykkes med digitaliseringen av Helse-Norge. Direktoratet angir at de derfor fra opprettelsen i 2016, i de fleste tilfeller benyttet ekstern kompetanse sammen med egne ansatte til å løse oppgaver i programmer og prosjekter. Direktoratet viser til at det er flere grunner til at denne strategien er valgt:

- Direktoratet vil ikke til enhver tid ha tilstrekkelig og riktig kompetanse hos egne ansatte til å løse store oppgaver av ulik karakter.
- Innleid kompetanse bidrar til økt kvalitet i arbeidet, når det leies inn spisskompetanse direktoratet ikke har.
- Bruk av markedet bidrar til økt mulighet for spesialisering og en mer optimal bruk av offentlige midler.
- Direktoratet får i mange tilfeller varig verdi av innleie fordi det overføres kompetanse til egne ansatte.
- Direktoratet får en mer fleksibel organisasjon som kan håndtere ulike utrednings- og utviklingsoppgaver på en kostnadseffektiv måte. Flere prosjekter og programmer er samfinansiert med andre aktører i sektoren. Denne finanseringen varierer i størrelse fra år til år. Direktoratet har derfor behov for en fleksibel organisasjon, slik at man kan opp- og nedskalere tilgang på ulike typer kompetanse.
- Det har vært et uttalt mål politisk om å benytte markedet der det er hensiktsmessig.

Tabell 2: Oversikt over årsverk for ansatte og innleide konsulenter

Årsverk	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Antall årsverk basert på ansettelsesforpliktelse	304	315	325	350	168	209
Estimert antall årsverk konsulenter	66	86	105	157	69	63
Totalt antall årsverk	**370**	**401**	**430**	**507**	**237**	**272**
Konsulenter i %	18 %	21 %	24 %	31 %	29 %	23 %

1) Antall årsverk basert på ansettelsesforpliktelse pr. 31.12
2) Estimert antall årsverk konsulenter er gjennomsnitt gjennom året basert på timer. (1700 timer per årsverk)

Tabellen over viser utviklingen i forholdet mellom årsverk for ansatte og årsverk for innleide konsulenter i Direktoratet for e-helse. Det er lagt til grunn at 1700 førte timer tilsvarer ett årsverk for en konsulent. Direktoratet rapportere at de fra etableringen 1.1.2016, har økt bruken av konsulenter de første årene i takt med økning i oppgaveporteføljen. Etter overføring av oppgaver til Norsk helsenett SF 1.1.2020, er bruken av konsulenter redusert. For 2022 oppgir direktoratet at de planlegges med ytterligere reduksjon i konsulentbruken.

Jeg viser for øvrig til punkt c for en nærmere omtale av de tiltak og føringer for konsulentbruk Regjeringen legger opp til fra 2022.

b) Kva for strategi har direktoratet hatt for å gå fra bruk av konsulenttenester til å bygge opp eigen kompetanse, og kvifor vart det først i januar 2021 vedtatt retningslinjer for konsulentbruk som omtalte kompetanseoverføring?

Direktoratet for e-helse rapporterer at de siden opprettelsen har hatt en bevisst strategi knyttet til å sette sammen tverrfaglige team bestående av egne ansatte og innleide konsulenter for å løse oppdrag. Dette for å bidra til kompetanseoverføring til faste ansatte.[1] Strategi og rutiner for videreutvikling av kompetanse i direktoratet og kompetanseoverføring ble formalisert høsten 2020. Jeg er orientert om at det fra departementets side ikke er gitt føringer om konsulentbruk i etatsstyringen av direktoratet i perioden 2016-2019.

Direktoratet opplyser at de i perioden 2016-2021 har økt egen bemanning for å bygge kapasitet og kompetanse i direktoratet. Det er ved årsskiftet 2021/2022 totalt 210 ansatte i Direktoratet for e-helse.

I forberedelsene til ny organisering av e-helseområdet fra 2020 ble det utredet hvilken kompetanse Direktoratet for e-helse skulle ha etter overføring av de nasjonale e-helseløsningene til Norsk helsenett SF. Rekruttering som er gjort i etterkant av dette har vært for å supplere kompetansen som er beskrevet i denne utredningen, jf rapport utgitt februar 2019 om ny e-helseorganisering[2].

Våren 2020 ble kompetansebehovet i direktoratet drøftet i forbindelse med utarbeidelse av ny HR-strategi i direktoratet. Det resulterte i noen grunnleggende prinsipper for bevissthet om hvilken kompetanse det er viktig å ha hos egne ansatte, gjennom rekruttering og utvikling. Prinsippene er videreutviklet og nedfelt i et vedlegg til HR-strategien av november 2020:

> «**Kompetansebehovet i direktoratet**
>
> Direktoratet for e-helse skal ha den nødvendige kompetansen for å nå organisasjonens kortsiktige og langsiktige mål. Det skal aktivt søkes å utvikle kompetanse internt, men det kan også være nødvendig å hente kompetanse utenfor organisasjonen blant annet gjennom rekruttering eller i samhandling med sektor/samarbeidspartnere. Det er viktig å kunne benytte innleid kompetanse som supplement til direktoratets ansatte på en balansert og god måte, slik at kvaliteten og effektiviteten i arbeidet blir best mulig. Dette for at direktoratet over tid skal kunne utvikle seg til å kunne håndtere sitt samfunnsoppdrag på en bærekraftig måte. Enkelte kompetanseområder er imidlertid nødvendig å sikre gjennom direktoratets ansatte. Dette inkluderer:
>
> - grunnleggende kunnskap om helse- og omsorgssektoren, helsesystemet, helsepersonells arbeidsrammer, helseforvaltningens verdigrunnlag og prioritering, særlovgivning og finansiering er helt grunnleggende.
>
> - erfaring fra helsesektoren eller helseforvaltningen i kombinasjon med grunnleggende teknologiforståelse (informatikk, biostatistikk, arkitektur og informasjons- og kommunikasjonsteknologi mm)

[1] Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse: https://www.ehelse.no/aktuelt/rapport-om-konsulentbruk-og-anskaffelsespraksis-er-klar

[2] Ny e-helseorganisering, kap 2.3: https://ehelse.no/publikasjoner/ny-e-helseorganisering-tydeliggjoring-av-myndighetsrollen-til-direktoratet-for-e-helse

- svært god forståelse av hvordan digitaliseringen påvirker organisasjonsstrukturer, arbeidsmetodikk og leveranse av helsetjenester og hvordan man både som helsepersonell og innbygger tilpasser seg, samt hvordan dette kan påvirke gjennomføringsevnen av den digitale transformasjonen.

- svært god kompetanse på personvern og informasjonssikkerhet, arkitektur, standarder, kodeverk, terminologi, samfunnsøkonomi, utredninger og Utredningsinstruksen. Her vil direktoratet kunne supplere med ekstern kompetanse ved behov, men kun av kapasitetshensyn.

- svært høy kompetanse på program- og prosjektmetodikk og utvikle egne miljøer som følger med på utviklingen på disse områdene og sørger for at aktuelle medarbeidere er oppdaterte på disse områdene.

- kjernekompetanse i stabsfunksjoner som for eksempel økonomi, HR og anskaffelser.

Alle programmer og prosjekter skal ha en program- eller prosjekteier. I direktoratet ivaretas denne rollen av linjeledere.

Program- og prosjektledere skal som hovedregel besettes av direktoratets ansatte. Dersom dette ikke er mulig, må alternativ vurderes gjennom omdisponering, rekruttering eller innleie.»

Direktoratet gjennomførte en organisasjonsendring høsten 2020. Da ble det etablert en egen Avdeling for program- og prosjektledelse. Etter dette har direktoratet erstattet flere innleide prosjektledere med egne ansatte.

Høsten 2021 vedtok direktoratet en strategi som tydeliggjør hvilke tjenester direktoratet skal løse med egen ansatte og hvilke tjenester som skal settes ut til eksterne. Her fremgår også føringer som supplerer HR-strategien med hensyn til bemanning av direktoratets oppgaver og som fastsetter følgende hovedprinsipper for bemanning:

«Hovedprinsipper for bemanning

Når direktoratet skal bemanne oppgaver i linje, prosjekt og program, skal følgende hovedprinsipp følges.

1. *Bemann med direktoratets ansatte.*
2. *Er det ikke mulig å bemanne kun med ansatte bør frikjøp fra andre organisasjoner prioriteres.*
3. *Om frikjøp fra andre organisasjoner ikke er mulig, kan oppgavene bemannes med konsulenter.»*

Som en del av oppfølgingen av Riksrevisjonens rapport er det utarbeidet en mer omfattende mal for behovsbeskrivelse ved anskaffelse av konsulenttjenester som skal bidra til at hovedprinsippene for bemanning følges opp.

Når det gjelder kompetanseoverføring fra eksterne konsulenter viser direktoratet til at praksis har vært at ansatte og konsulenter arbeider tett sammen i team. Svært ofte er det i konkurransegrunnlag fra direktoratet krav om at konsulentenes arbeidssted skal være i

lokalene til Direktoratet for e-helse. Teamene er gjerne tverrfaglig sammensatt og arbeidsformen gir gjensidig kompetanseoverføring mellom deltakerne.

Direktoratet for e-helse utarbeidet høsten 2020 skriftlige rutiner om kompetanseoverføring. Høsten 2021 er det vedtatt en anskaffelsesstrategi, med et eget kapittel som fastsetter direktoratets konsulentstrategi. Strategien har følgende prinsipp for kompentanseoverføring:

> «*Ved bruk av eksterne konsulenter, skal det vurderes om det er behov for kompetanseoverføring til egne ansatte. Det må vurderes hvordan det best kan tilrettelegges for kompetanseoverføring og hvem som er målgruppen for dette.*»

Direktoratet rapporterer at kompetanseoverføring i tillegg må omtales i behovsbeskrivelsen som fylles ut før det er aktuelt å gå til anskaffelse av konsulenttjenester. I forlengelsen av dette viser direktoratet til at konkrete krav til kompetanseoverføring kan tas inn i konkurransegrunnlaget og reguleres i kontrakten dersom dette er hensiktsmessig.

c) Kva føringar har departementet gjennom si etatsstyring gitt for konsulentbruken i Direktoratet for e-helse frå opprettinga og fram til i dag?

Som jeg også viser til under punkt b, er jeg orientert om at det fra departementets side ikke er gitt føringer om konsulentbruk i etatsstyringen av direktoratet i perioden 2016-2019.

Departementet ba sommeren 2020, jf. brev av 17. juli 2020, om en nærmere redegjørelse for direktoratets bruk av konsulenter, konsulenters rolle i prosjektene og utvikling over tid. Videre ba departementet om en redegjørelse for rutiner i sammenheng med anskaffelser, herunder kriteriene for bruk av avrop på eksisterende rammeavtaler, rollen til eksisterende konsulenter og tidsfrister for anbud. I redegjørelsen peker direktoratet på behov for forbedringer i anskaffelsespraksis og rutiner for bruk av konsulenter. Departementet har bedt direktoratet om å gjennomføre anbefalte forbedringer i anskaffelsespraksis og rutiner, og har fulgt opp status for iverksatte tiltak i etatsstyringsmøtene høsten 2020 og 2021, samt i tildelingsbrevet for 2021 og 2022.

Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse er fulgt opp fra departementets side gjennom Tillegg til tildelingsbrev nr. 5, av 5. juli 2021. Direktoratet er bedt om å redegjøre særskilt for oppfølgingen av tiltakene i årsrapporten for 2021, og framdrift og status er fulgt opp som fast sak på etatsstyringsmøtene.

Direktoratet for e-helse har rapportert på gjennomføring og oppfølging av tiltak som er iverksatt for å bedre anskaffelsespraksis og rutiner for bruk av konsulenter som fast sak på etatsstyringsmøtene i 2021. Forbedring av praksis på anskaffelsesområdet generelt, og for konsulenttjenester spesielt, er høyt prioritert. Direktoratet rapporterer at det er iverksatt tiltak knyttet til alle anbefalingene fra Riksrevisjonen. Videre rapporterer direktoratet at det er gjennomført en internrevisjon av anskaffelsesområdet i andre kvartal 2021. Anbefalingene fra internrevisjonen vil, sammen med tiltak fra intern risikovurdering, bli lagt til grunn for videre arbeid. Direktoratet videreutvikler styrende dokumenter for anskaffelser og bruk av

konsulenter. DFØs standard prosessmodell for offentlige anskaffelser benyttes, og direktoratet opplyser at det vil utarbeides rutiner og retningslinjer for de ulike delene av prosessen.

Jeg er opptatt av at vi finner en god balanse i bruk av konsulenter framover. Dette gjelder både i Direktoratet for e-helse og i øvrige deler av offentlig sektor. Vi må endre retning der vi skal legge større vekt på å bygge opp kjernekompetanse hos faste ansatte. Regjeringen slår i Hurdalsplattformen fast at hele og faste stillinger skal være standarden i arbeidslivet. Jeg mener at digitalisering må være kjernekompetanse i det offentlige for å sikre en bærekraftig og effektiv offentlig sektor som tar opp i seg utviklingen av ny teknologi. Jeg vil derfor følge opp Direktoratet for e-helses strategi og rutiner for å bygge opp kompetanse internt i gjennomføringen av kjerneoppgaver og for å sikre kompetanseoverføring der det benyttes konsulenter. Som en del av arbeidet framover, vil vi også vurdere hvordan vi kan legge til rette for en mer stabil finansiering som gjøre det enklere å legge langsiktige planer for kompetanseutvikling og bemanning. Jeg viser videre til at Regjeringen har besluttet at statlige virksomheter i 2022 skal få en fellesføring om at virksomhetene skal arbeide for å redusere konsulentbruken innen områder der det ligger til å rette for å benytte interne ressurser og kompetanse. Utover informasjons- og holdningskampanjer, skal tjenester fra kommunikasjonsbransjen som hovedregel ikke benyttes. Direktoratet for e-helse skal rapportere om konsulentbruken i årsrapporten for 2022.

I tildelingsbrevet til Direktoratet for e-helse for 2022 vil direktoratet bli bedt om at oppfølgingen av Riksrevisjonens anbefalinger skal ha høy prioritet i direktoratets videre arbeid. Oppfølgingen skal omfatte områdene hvor Riksrevisjonen konkluderer med brudd på prinsippene om konkurranse og likebehandling i anskaffelsesregelverket og der det er behov for å forbedre rutinene for sporbarhet og etterprøvbarhet. Videre skal oppfølgingen omfatte rutiner for kostnadskontroll og håndtering av avhengighet til enkeltkonsulenter og enkeltleverandører. Direktoratet skal også foreta en vurdering av om det er behov for ytterligere tiltak for å følge opp funn og anbefalinger i etterlevelsesrevisjonen. Direktoratet skal i tillegg rapportere på gjennomføring og oppfølging av tiltakene som er iverksatt for å bedre anskaffelsespraksis og rutiner for bruk av konsulenter, herunder hvordan direktoratet følger opp at rutiner og retningslinjer etterleves og kontinuerlig forbedres. Framdrift og status vil bli fulgt opp som fast sak på etatsstyringsmøtene, og skal inngå i de faste rapporteringene, jf. styringskalenderen som fremkommer i tildelingsbrevet.

Som følge av økt oppmerksomhet rundt bruk av konsulenttjenester, vil det i tildelingsbrevene til underliggende etater for 2022 også bli bedt om rapportering på kjøp av konsulenttjenester som en del av den ordinære budsjett- og regnskapsrapporteringen til departementet.

d) Korleis har direktoratets kjøp av konsulenttjenester på 1,2 milliarder kroner medverka til effektivisering og kostnadsreduksjon i arbeidet med elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren?

Jeg vil innledningsvis vise til at det er krevende å knytte kjøp av konsulenttjenester direkte til effektivisering og reduserte kostnader, og de digitale løsningene som er utviklet ved hjelp av slike tjenester har gevinster både i form av kvalitetsforbedring og effektivisering.

Jeg viser til at kontroll- og konstitusjonskomiteen etterspør spesielt hvordan kjøp av konsulenttjenester har medvirket til effektivisering og kostnadsreduksjon i arbeidet med *elektronisk meldingsutveksling*. Som jeg redegjør for under, er elektronisk meldingsutveksling godt utbredt i hele helse- og omsorgssektoren, men dette utgjør bare én av flere samhandlingsformer som er i bruk i sektoren i dag. Både direktoratet og sektoren har lagt ned et betydelig arbeid de siste årene med å etablere og ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene og ny funksjonalitet for digital samhandling. Derfor vil jeg i dette svaret også kort omtale de andre samhandlingsløsningene.

Direktoratet for e-helse har opplyst at de i perioden 2016 til 2019 brukte rundt 1,2 milliarder kroner på tjenestekjøp knyttet til utvikling og drift av e-helseløsninger. Direktoratet rapporterer at 73 prosent av disse utgiftene i perioden 2016-2019 gikk til oppgaver knyttet til utvikling av e-helseløsninger. I tillegg til utviklingsarbeidet, gikk 15 prosent av utgiftene til drift og forvaltning av de nasjonale løsningene og 12 prosent gikk til utredningsoppgaver. Direktoratet viser til at de ansatte i direktoratet har, sammen med konsulentene, utviklet nasjonale e-helseløsninger og digitale tjenester som har kommet innbyggere, forskere og ansatte i helsetjenesten til gode.

Dagens elektroniske samhandling mellom virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten er i hovedsak basert på meldingsutveksling, og det er over tid gjennomført flere tiltak for å bedre denne formen for samhandling. Blant annet etablerte Helsedirektoratet, med bakgrunn av Riksrevisjonens "Undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren" (Dokument 3:6 (2013-2014), Program Felles Infrastruktur og Arkitektur (FIA) i 2015. Programmet ble etablert for å gjennomføre tiltak som kunne bedre samhandlingen i sektoren på kort og mellomlang sikt. Direktoratet opplyser at programmet har hatt flere tidsbegrensende delprosjekter der innleid kompetanse har bidratt til rask øking av kapasitet og kompetanse. Et av målene har vært å bedre *elektronisk meldingsutveksling* i helse- og omsorgssektoren, og dette er nå en velfungerende samhandlingsform.

I 2020 ble det sendt 193 mill. medisinske meldinger[3] mellom virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten. Det er en markant økning fra ca. 14 mill. i 2010 og ca. 169 mill. i 2015. Meldingsutvekslingen har gitt gevinster knyttet til reduserte kostnader som følge av at manuelle rutiner og bruk av papir kan avvikles, redusert tidsbruk på å innhente nødvendig informasjon og feilhåndtering, samt at mer oppdatert informasjon bedrer pasientsikkerheten. For eksempel viser tidsmålinger på ti kliniske sykehusavdelinger og åtte fastlegekontorer, at det er fire minutter å spare på å sende en henvisning elektronisk i stedet for på papir. I tillegg til kostnads- og tidsbesparelsene kommer det en rekke kvalitative effekter som ikke er

[3] Meldingsteller. https://meldingsteller.nhn.no/

prissatt, slik som økt pasientsikkerhet, redusert antall unødvendige henvisninger, raskere prioritering og rettighetsvurdering, samt raskere innkalling til time.[4]

De øvrige nasjonale e-helseløsningene har også hatt en betydelig økning i bruk[5]. Nytten av de nasjonale e-helseløsningene har vi ikke minst sett under pandemien. De nasjonale e-helseløsningene kjernejournal og helsenorge.no ble utviklet med funksjonalitet for rask og enkel tilgang til koronaprøvesvar for helsepersonell og innbyggere. Innbyggeres tilgang til egne prøvesvar har under pandemien avlastet helse- og omsorgstjenesten for mange henvendelser. Helsenorge.no har også vært en viktig kommunikasjonskanal mot innbyggerne og har hatt stor betydning for realisering av innbyggertjenester som f.eks. løsninger for videokonsultasjon, bestilling av time til test og vaksinasjon og koronasertifikat mv.

For å kunne løse samhandlingsbehovene framover, skal vi bygge videre på de nasjonale e-helseløsningene vi allerede har etablert. Gjennom de nasjonale prosjektene og programmene etableres det digitale tjenester til innbyggere på helsenorge.no, funksjonalitet for deling av dokumenter i kjernejournal, bedre tilgang til legemiddelinformasjon gjennom e-resept og kjernejournal, og det er lagt grunnlag for bedre bruk av helsedata. Disse nye samhandlingsformene og digitale tjenestene legger til rette for bedre samarbeid og mer effektiv samhandling mellom aktørene. I en evalueringsrapport fra utprøving dokumentdeling i kjernejournal, utarbeidet av Norsk helsenett SF, vises det til at helsepersonell opplever at deling av journaldokumenter forenkler samarbeidet mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og sykehusene, effektiviserer arbeidsprosesser, gir bedre beslutningsgrunnlag og helsepersonell sparer tid på å innhente opplysninger.[6]

Selv om vi kan vise til erfaringer med at løsningene gir stor nytte og bidrar til sammenheng og helhet ved at helsepersonell får enklere tilgang til nødvendig informasjon og innbyggere får tilgang til enkle og sikre digitale tjenester, vil jeg presisere at flere av gevinstene er i en form som vanskelig kan tas ut som rene effektiviseringsgevinster. Kvantitative gevinster i form av spart tid for sykepleiere eller leger (sekunder og minutter per ansatt per dag) kan gi gevinster i form av økt kvalitet i tjenesten, økt antall pasientkontakter og bedre arbeidsvilkår for helsepersonell, men er vanskelig å hente ut gjennom kutt i budsjettrammer. Jeg er opptatt av at vi synliggjør gevinstene av investeringene vi gjør, og at satsingene framover følges opp med mer systematiske planer, evalueringer og følgeforskning.

Med hilsen

Ingvild Kjerkol

[4] E-helse – lovforankring - høringsnotat (regjeringen.no), Forslag til lov om e-helse (e-helseloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering, høringsnotat
[5] Rapport Utviklingstrekk 2021 https://ehelse.no/publikasjoner/utviklingstrekk-2021, fra side 51
[6] Evalueringsrapport_for_dokumentdeling_i_kjernejournal.pdf (nhn.no)

STORTINGET

Statsråd Ingvild Kjerkol
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.:	Deres ref.:	Dato:
2021/2988		15.02.2022

Vedr. Dokument 3:14 (2020-2021)

Kontroll- og konstitusjonskomiteen viser til statsrådens brev av 7. januar 2022. I forberedelsene til høring om saken ønsker komiteen svar på følgende spørsmål:

1. På side 8 i statsrådens svar oppgis en oversikt over utgiftene på post 01 og 21 i direktoratet for 2016-2021. Hvor mye av 21-posten ble brukt på å anskaffe konsulenter? Hva annet ble bevilgningen på posten brukt på?

2. På side 9 i statsrådens svar oppgis en oversikt over årsverk, inkludert et estimert antall årsverk konsulenter. Hvor mye koster hvert av konsulentårsverkene? Komiteen ønsker en oversikt som viser kostnaden av det gjennomsnittlige konsulentårsverket for hvert av årene 2016-2021. Til sammenligning ønsker komiteen også en utregning av kostnadene for et årsverk basert på ansettelsesforpliktelser. For at tallene skal kunne sammenlignes, er det viktig at de omfatter de totale kostnadene knyttet til årsverket, inkludert overheadkostnader.

3. Hva var departementets begrunnelse for fordelingen av direktoratets bevilgninger på hhv. post 21 og post 01 i statsbudsjettet i perioden 2016-2021?

4. På side 10 og 12 i statsrådens svar oppgis at det fra departementets side ikke er gitt føringer om konsulentbruk i etatsstyringen av direktoratet i perioden 2016-2019. Hvilke føringer ga departementer for direktoratets totale ressursbruk i denne perioden?

Kontroll- og konstitusjonskomiteen
Stortinget
Postboks 1700 Sentrum
NO-0026 OSLO

Tlf. 23 31 30 50

www.stortinget.no

Komiteen ber om dokumentasjon på føringene i form av relevante tildelingsbrev og andre styringsdokumenter.

Med vennlig hilsen
Kontroll- og konstitusjonskomiteen

Peter Frølich
komitéleder

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråd

Kontroll- og konstitusjonskomiteen
Stortinget
0026 Oslo

Deres ref	Vår ref	Dato
	21/5367-	22. februar 2022

Svar på spørsmål fra Kontroll- og konstitusjonskomiteen vedrørende Dokument 3:14 (2020-2021) – arbeidet med Én innbygger – en journal og konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

Jeg viser til brev av 15. februar 2022 fra kontroll- og konstitusjonskomiteen vedrørende behandlingen av Dokument 3:14 (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av sak 1 Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal og sak 2 Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen ønsker svar på følgende spørsmål:

1. *På side 8 i statsrådens svar oppgis en oversikt over utgiftene på post 01 og 21 i direktoratet for 2016-2021. Hvor mye av 21-posten ble brukt på å anskaffe konsulenter? Hva annet ble bevilgningen på posten brukt til?*
2. *På side 9 i statsrådens svar oppgis en oversikt over årsverk, inkludert et estimert antall årsverk konsulenter. Hvor mye koster hvert av konsulentårsverkene? Komiteen ønsker en oversikt som viser kostnaden av det gjennomsnittlige konsulentårsverket for hvert av årene 2016-2021.Til sammenligning ønsker komiteen også en utregning av kostnadene for et årsverk basert på ansettelsesforpliktelser. For at tallene skal kunne sammenlignes, er det viktig at de omfatter de totale kostnadene knyttet til årsverket, inkludert overheadkostnaden.*
3. *Hva var departementets begrunnelse for fordelingen av direktoratets bevilgninger på hhv. post 21 og post 01 i statsbudsjettet i perioden 2016-2021?*
4. *På side 10 og 12 i statsrådens svar oppgis det at det fra departementets side ikke er gitt føringer om konsulentbruk i etatsstyringen av direktoratet i perioden 2016-2019. Hvilke føringer ga departementet for direktoratets totale ressursbruk i denne perioden?*

Postadresse: Postboks 8011 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Teatergt. 9 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 983 887 406

Svar:
Jeg har bedt Direktoratet for e-helse om å redegjøre for spørsmål 1) og 2) som gjelder oversikt over hvor mye av tildelingen som er brukt på konsulenttjenester og spørsmål om kostnadene per konsulentårsverk.

Spørsmål 1

På side 8 i statsrådens svar oppgis en oversikt over utgiftene på post 01 og 21 i direktoratet for 2016-2021. Hvor mye av 21-posten ble brukt på å anskaffe konsulenter? Hva annet ble bevilgningen på posten brukt til?

Jeg viser til brev av 7. januar 2022 med oversikt over bevilgningen til Direktoratet for e-helse i perioden 2016-2021. I tabell 1 nedenfor er oversikten over tildelingene fra 21-postene på kap. 701 og 744 i statsbudsjettet supplert med oversikt over utgifter til timeførte konsulenter i perioden slik det er oppgitt fra Direktoratet for e-helse.

Tabell 1: Tildeling over 21-postene og konsulentutgifter på 21-postene i regnskapet for perioden 2016-2021, beløp i mill. kroner

Kap. 701 og 744	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
Tildeling 21-poster	265,6	372,1	643,0	773,1	763,4	1045,1
Utgifter til timeførtekonsulenter 21-poster	147,1	216,1	265,0	332,1	162,6	167,6

Direktoratet opplyser at tildelingen i perioden 2016-2019, i tillegg til utgifter til timeførte konsulenter, ble benyttet til tjenestekjøp til utvikling, drift og forvaltning av nasjonale løsninger og prosjekter. Det omfatter i hovedsak tjenestekjøp fra leverandører for å forvalte og videreutvikle de nasjonale e-helseløsningene helsenorge.no, kjernejournal og e-resept i samarbeid med direktoratets ansatte. I denne perioden utgjorde kjøp av tjenester fra Norsk helsenett SF om lag 7 til 10 prosent av de totale kostnadene.

Direktoratet opplyser videre at fra 2020 er en stor andel av tildelingen benyttet til kjøp av tjenester fra Norsk helsenett SF. Det henger sammen med at Norsk helsenett fra 1. januar 2020 overtok oppgaven med å forvalte og utvikle de nasjonale e-helseløsningene helsenorge.no, kjernejournal og e-resept. Om lag 70 prosent av andre driftskostnader på 21-postene kan i 2021 henføres til kjøp av tjenester fra Norsk helsenett SF. Det gjelder kostnader til utvikling av løsninger i regi av de nasjonale programmene, herunder Program pasientens legemiddelliste, Helsedataprogrammet og Program digital samhandling. Videre vises det til at Stortinget i 2021 bevilget midler over kap. 701 post 21 for å dekke statens bidrag til programaktiviteter i arbeidet med felles kommunal journal, jf. Innst.11 S (2020-2021). I all hovedsak er dette midler som gis som tilskudd til KS som følge av at kommunesektoren høsten 2020 overtok ansvaret for ledelsen av det videre arbeidet med felles kommunal journal. Det er direktoratet som forvalter tilskuddsordningen på vegne av departementet.

I hele perioden 2016-2021 er det også belastet lønnsutgifter til ansatte på 21-postene til gjennomføring av de tidsavgrensede nasjonale programmene. 21-postene er også benyttet til å dekke kostnader til reiser, kurs og konferanser, kontingenter, rekvisita og trykksaker.

Spørsmål 2

På side 9 i statsrådens svar oppgis en oversikt over årsverk, inkludert et estimert antall årsverk konsulenter. Hvor mye koster hvert av konsulentårsverkene? Komiteen ønsker en oversikt som viser kostnaden av det gjennomsnittlige konsulentårsverket for hvert av årene 2016-2021. Til sammenligning ønsker komiteen også en utregning av kostnadene for et årsverk basert på ansettelsesforpliktelser. For at tallene skal kunne sammenlignes, er det viktig at de omfatter de totale kostnadene knyttet til årsverket, inkludert overheadkostnaden.

Direktoratet for e-helses estimater for gjennomsnittlig kostnad for ansattårsverk og konsulentårsverk er presentert i tabell 2 og 3 nedenfor.

Tabell 2: Estimert gjennomsnittskostnad årsverk ansatte i perioden 2016-2021, beløp er oppgitt i mill. kroner

Årsverkskostnad ansatt	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Estimert årsverkskostnad ansatt	0,9	1,0	1,0	1,0	1,2	1,2
Indirekte kostnader (overhead)	0,4	0,4	0,5	,0,5	0,6	0,6
Total årsverkskostnad ansatt	1,2	1,4	1,4	1,5	1,7	1,8

Tabell 3: Estimert gjennomsnittskostnad årsverk konsulent i perioden 2016-2021, beløp er oppgitt i mill. kroner

Årsverkskostnad konsulent	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Estimert årsverkskostnad konsulent	-	-	-	2,3	2,3	2,4
Indirekte kostnader (overhead)	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6
Total årsverkskostnad konsulent				2,8	2,9	3,0

Tabell 2 viser gjennomsnittskostnaden for ansattårsverk for perioden 2016-2021. I årene 2016-2019 er beregningen basert på totale lønnskostnader delt på antall årsverk i det aktuelle året. Direktoratet innførte i 2019 et timeføringssystem som gjør det mulig å beregne gjennomsnittlig årsverkskostnad både for konsulenter og ansatte. For årene 2020 og 2021 er beregningen derfor basert på totale lønns- og konsulentkostnader for alle operative ressurser.

Tabell 3 gir oversikt over gjennomsnittskostnaden for konsulentårsverk. Tabellen inneholder ikke tall for gjennomsnittskostnaden i perioden 2016-2018, da konsulentårsverk i denne perioden må estimeres ut fra mer manuelle timelister. Direktoratet for e-helse angir at det gjør det krevende å anslå gjennomsnittskostnaden.

Tabell 2 og 3 viser at konsulentårsverk kostet om lag det dobbelte av et ansattårsverk. Direktoratet antar, basert på tilgjengelig informasjon, at dette også gjelder for perioden før

2019 selv om det ikke er oppgitt tall for dette. I begge tabellene er også påslag for indirekte kostnader (overhead) synliggjort. Indirekte kostnader er blant annet lønn til ledere og administrativt ansatte, administrative oppgaver og andre kostnader som ikke kan henføres til en spesifikk oppgave.

Spørsmål 3

Hva var departementets begrunnelse for fordelingen av direktoratets bevilgninger på hhv. post 21 og post 01 i statsbudsjettet i perioden 2016-2021?

Departementets tildeling til direktoratet i perioden 2016-2021 er basert på Stortingets bevilgninger over statsbudsjettet. I forrige regjerings budsjettframlegg ble det gjort en fordeling mellom 01-poster og 21-poster for å skille mellom driften av Direktoratet for e-helse som fag- og myndighetsorgan og tidsavgrensede nasjonale programmer og prosjekter, jf. Prop. 1 S og Innst. 11 S i perioden 2016-2021. Fra 2018 ble det opprettet et eget kapittel for Direktoratet for e-helse, kapittel 744, jf. Prop 1 S (2017-2018) og Innst. 11 S (2017-2018). Det betyr at direktoratet etter dette har fått tildelt midler fra 21-postene fra to kapitler, henholdsvis kap. 701 og kap. 744.

Bevilgning over kap. 701, post 01 fra 2016-2017 og kap. 744, post 01 fra 2018 dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Midlene benyttes til oppfølging og gjennomføring av direktoratets faste oppgaver for å ivareta rollen som myndighet innen e-helseområdet.

Bevilgningen over 21-postene på kap. 701 og kap. 744 skal dekke oppfølgning og gjennomføring av nasjonale tiltak for å styrke digitaliseringen av helse- og omsorgstjenesten og bedre utnyttelsen av helsedata. I hovedsak dekker bevilgningen over kap. 744, post 21 spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsavgrensede prosjekter for å styrke digitaliseringen av helse- og omsorgstjenesten. Det er for 21-postene gitt en nærmere beskrivelse av de nasjonale tiltakene som midlene er bevilget til. Det gjelder Én innbygger – én journal (felles kommunal journal og digital samhandling), e-helsetiltak for trygg og sikker legemiddelhåndtering (pasientens legemiddelliste), nasjonalt velferdsteknologiprogram og digital hjemmeoppfølging, Helseanalyseplattformen, modernisering av Folkeregisteret og Kommunalt pasient- og brukerregister, samt standardisert språk, jf. Prop 1 S (2020-2021) og Innst. 11 S (2020-2021).

Spørsmål 4

På side 10 og 12 i statsrådens svar oppgis det at det fra departementets side ikke er gitt føringer om konsulentbruk i etatsstyringen av direktoratet i perioden 2016-2019. Hvilke føringer ga departementet for direktoratets totale ressursbruk i denne perioden?

Under forrige regjering ga departementet i perioden 2016-2019 føringer for den samlede ressursbruken gjennom beskrivelsen av hovedmål og prioriteringer i de årlige tildelingsbrevene til Direktoratet for e-helse. Det er videre knyttet styringsparametere og spesielle oppdrag til de enkelte hovedmålene. Nye oppdrag i løpet av året er gitt i tillegg til

tildelingsbrev. Direktoratet har rapportert på gjennomføringen i etatsstyringsmøtene og i årsrapportene. Tildelingsbrev, tillegg til tildelingsbrev og referat fra etatsstyringsmøtene i perioden er vedlagt dette brevet. Årsrapportene er tilgjengelig her: Tildelings- og oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet - regjeringen.no

I hovedsak har de overordnende målene ligget fast siden etableringen av direktoratet i 2016 og fram til organisasjonsendringen fra 2020 da Norsk helsenett SF overtok ansvaret for de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Sentrale mål i perioden har vært effektive digitale tjenester for helsepersonell og innbyggere, bedre tilgang til helsedata, moderniserte journalløsninger i helse- og omsorgssektoren, tydelige rammebetingelser for digitaliseringen (standarder, arkitekturprinsipper, informasjonssikkerhet mv.) og bedre gjennomføringsevne, samt nasjonal koordinering og samordning innen e-helseområdet.

Med hilsen

Ingvild Kjerkol

Vedlegg:

- Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse 2016-2022
- Tillegg til tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse 2016-2022
- Referat fra etatsstyringsmøtene 2016-2022

E-post fra Are Muri av 10. mai 2022

1. Nils T. Bjørke, spørsmål på side 70 i pdf-referatet: "Og for ordens skyld: Har PwC globalt nokon kunde- eller eigarrelasjon til det amerikanske selskapet Epic?"

   Mitt tilsvar til oppfølging: PwC har ikke hatt en kunderelasjon til Epic som har relevans for oppdragene vi har utført for Direktoratet for e-helse. Vi kan ikke opplyse om hvilke internasjonale oppdrag vi eventuelt har hatt for Epic. PwC har ikke noe eierforhold til Epic.

2. Nils T. Bjørke, spørsmål på side 71 i pdf-referatet: "Aftenposten har omtalt at i 2017 var PwC mellomledd for innleige av to legar som allereie hadde arbeidd i Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Stemmer det, og kor mykje fakturerte PwC direktoratet for innleige av desse legane?"

   Mitt tilsvar til oppfølging: Det stemmer at PwC har vært mellomledd for to leger som utførte oppdrag for Direktoratet for e-helse. For perioden 2017-2022 har fakturert beløp vært om lag 16,6 millioner kroner.

Vedlegg 2

Referat
fra åpen høring i kontroll- og konstitusjonskomiteen
om

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

Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

Høring mandag 28. mars 2022 kl. 09.00:

Høring med Legeforeningen, Norsk sykepleierforbund, IKT-Norge og Fagforbundet *1
Høring med KS *10
Høring med Svein Lyngroth, kommunaldirektør i Oslo kommune, og Camilla Bruno Dunsæd, kommunedirektør i Kristiansand kommune *16
Høring med tidligere prosjektleder, PwC, Are Muri *24
Høring med tidligere direktør Direktoratet for e-helse Christine Bergland *30
Høring med direktør i Direktoratet for e-helse, Mariann Hornnes *36
Høring med tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie *43
Høring med helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol *52

Åpen høring i kontroll- og konstitusjonskomiteen mandag den 28. mars 2022 kl. 9

Møteleder: Peter Frølich (H) (komiteens leder)

Sak:

Riksrevisjonens undersøkelse av
Sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal
Sak 2: Anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse

Møtelederen: Da vil jeg på vegne av kontroll- og konstitusjonskomiteen få ønske velkommen til denne høringen, som er et ledd i komiteens behandling av Dokument 3:14 for 2020–2021, Riksrevisjonens undersøkelse av to saker: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal og anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse.

Komiteen vedtok i møte 18. januar 2022 å avholde kontrollhøring i saken.

Komiteen har besluttet at høringen skal omhandle – men ikke begrense seg til – følgende problemstillinger:

1. Hvordan har Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført arbeidet med å nå målene i Én innbygger – én journal?
2. Hvordan har Direktoratet for e-helse anskaffet og brukt konsulenttjenester? Hvordan bygger direktoratet opp kompetanse i egen organisasjon framfor å kjøpe konsulenttjenester?

Følgende er invitert og møter til høringen i dag:

– helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol
– tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie
– direktør for Direktoratet for e-helse Mariann Hornnes
– tidligere direktør for Direktoratet for e-helse Christine Bergland
– tidligere prosjektleder Are Muri, PwC
– Oslo kommune og Kristiansand kommune
– KS, kommunesektorens organisasjon
– Legeforeningen
– Norsk Sykepleierforbund
– IKT-Norge
– Fagforbundet

Det er komiteens håp og mål at denne høringen skal gi nyttig tilleggsinformasjon i saken – som bakgrunn for de konklusjoner komiteen skal treffe i sin innstilling til Stortinget.

De prosedyrene som er fastsatt i reglement for kontrollhøringer, vil bli fulgt.

Jeg minner for ordens skyld om at dette er en åpen høring, og hvis det er behov for å gi informasjon eller svare på spørsmål som inneholder taushetsbelagte opplysninger, må det bes om at dørene lukkes.

Det vil bli tatt stenografisk referat fra høringen. Referatet vil følge som vedlegg til komiteens innstilling i saken. For at komitémedlemmene skal få stilt de spørsmål som er nødvendige, vil jeg be om at svarene blir så korte og konsise som mulig.

Høring med Legeforeningen, Norsk Sykepleierforbund, IKT-Norge og Fagforbundet.

Møtelederen: Da er vi klare til å starte opp, og jeg ønsker velkommen til Legeforeningen, Norsk Sykepleierforbund, IKT-Norge og Fagforbundet.

Hver av dere får først inntil 5 minutter til en innledning, og etter innledningene starter komiteens utspørring. Dere får også ordet til slutt til en kort oppsummering.

For å unngå problemer med lydanlegget er det viktig at alle husker å slå mikrofonen på når man skal snakke, og av når man er ferdig. Det er viktig også for referatet.

Når det gjenstår 30 sekunder av taletiden, vil dere få beskjed om det.

Da gir jeg først ordet til Legeforeningen, ved Ivar Halvorsen, som er assisterende kommuneoverlege og Legeforeningens representant i Nasjonalt e-helsestyre, og Jan Emil Kristoffersen, som er lege og seksjonssjef i Legeforeningen. Vær så god.

Ivar Halvorsen: Takk – jeg er også fastlege.

Legeforeningen har selvfølgelig hele tiden vært enig i målsettingen i Én innbygger – én journal: mest mulig lett tilgang til oversiktlig informasjon for alt helsepersonell når de trenger det. Det er en selvsagt ting, som legene har arbeidet for i mange år.

I denne saken er det tydelig for meg og for Legeforeningen at Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet har undervurdert hvor vanskelig og risikabelt det er å lage en full sammenslåing av alle journalsystemer. En har overvurdert nytteverdien av det, for når en lager en kompleks løsning, putter alt i en gryte, har det en tendens til å bli tidkrevende løsninger for helsepersonellet og et potensial for at det faktisk er uoversiktlig. Det er ingen stor suksess i verden ellers å lage sånne store løsninger.

Vi tror også en har undervurdert potensialet i videreutvikling av det vi faktisk har, for vi har ganske gode journalløsninger i Norge, og vi ser helt tydelig at det har skjedd veldig mye på relativt kort tid. Nå har vi øyeblikkelig, i disse dager, deling av journaldokumenter via Helse Norge og Kjernejournal, og vi får Pasientens legemiddelliste. Mye av dette bygger på kjernejournalteknologi, som vi har hatt en god stund, men som vi ikke har lagt mye krefter i å videreutvikle.

Det er også tydelig at en ikke har greid å se den raske kunnskapsutviklingen som har vært på dette området – så det å gå fra en tenkning der man må putte mest mulig inn i samme journalløsning, til at det er andre måter å gjøre det på, tenker jeg er sakens kjerne.

Sånn jeg har oppfattet det, så de regionale helseforetakene dette ganske tidlig, allerede i 2015, og valgte å trekke seg ut. Det er et avgjørende skille fordi det er det jeg kaller den vertikale aksen, altså fra sykehusene og ned, hvis en kan si det sånn, som er den sentrale delingsaksen. Det er der man deler mest informasjon, og det er den informasjonen som er viktig, både opp og ned.

Da man prøvde å lage en løsning i kommunesektoren, som er den horisontale veien, så man at gevinstmulighetene er langt færre, det er mindre å dele, og det er mindre nytteverdi, men kompleksiteten er ikke mindre. Det er mange journalsystemer som skal knyttes sammen, og det finnes ikke sånne produkter i verden. Man kan ikke gå ut i et marked og kjøpe det. Dermed har dette prosjektet, Akson, hatt vinden mot seg. Det var allerede på forhånd avgjort. Den første utredningen av dette hadde plassert nytteverdien på minus for denne typen løsning. Så på det tidspunktet skulle en ha satt en fot i bakken og tenkt om igjen på situasjonen.

Så kan en lure på: Hvorfor gikk dette galt? Hvorfor oppdaget vi det ikke og fikk stanset det litt tidligere? Det som har kjennetegnet prosessen, er en mangel på bruk av høring. Det er svære investeringer det er snakk om, på langt over én milliard kroner, og en hadde stått seg på å bruke høringsverktøyet på en annen måte. Det ble ikke brukt. En laget innspillsrunder som nok frustrerte ikke bare vår organisasjon, men alle, fordi innspillene blir en helt annen type prosess enn en høring. En har mindre tid og vet ikke helt hva som skjer med det som en leverer fra seg. Det bygger ned tillit, ikke opp tillit, og det er ikke egnet til å avdekke den typen vesentlige motforestillinger som det har vært i denne saken.

Så er Legeforeningen tilfreds med at Riksrevisjonen har gjort det arbeidet som er gjort. Vi er enige i det som har framkommet, og har ikke så mye å tillegge på konsulentsiden. Vi vil også understreke at samarbeidsklimaet med Direktoratet for e-helse har endret seg i betydelig grad. Det er svært god kontakt, det er tillit, det er transparens, det er en gjensidig respekt, og nå er det grunnlag for å håndtere uenigheter på en god måte.

Møtelederen: Takk skal dere ha.

Da gir jeg ordet til Norsk Sykepleierforbund og 2. nestleder Kai Øyvind Brenden, med seniorrådgiver Bente Christensen som bisitter, som har inntil fem minutter. Vær så god!

Kai Øyvind Brenden: Takk for invitasjonen til høring.

Vi har fulgt arbeidet med Én innbygger – én journal tett i alle år. Våre medlemmer melder om behov for bedre journalsystemer og bedre informasjonsflyt mellom tjenesteutøvere, uavhengig av om de jobber i sykehus eller i kommunehelsetjenesten. Vi har derfor store forventninger til digitaliseringsarbeidet i sektoren.

Vedrørende det som Riksrevisjonen benevner som sak 1, har vi følgende kommentarer:

Vi har stor respekt for at dette er et krevende arbeid hvor vi ikke kan trekke på så mye erfaring, og hvor den teknologiske utviklingen går i høyt tempo. Det kan derfor se ut som om utredningene har blitt innhentet av teknologisk utvikling, til dels fordi de har pågått over lang tid. Dette har igjen ført til behov for ytterligere utredninger.

Norsk Sykepleierforbund mener det er viktig at slike tunge offentlige prosesser informeres av forskning. Vi håper derfor det tas i betrakting i det videre arbeidet med digitalisering og implementering av e-helse, både i form av følgeforskning og forskning som beslutningsgrunnlag.

Norsk Sykepleierforbund har jobbet meget godt sammen med Direktoratet for e-helse når det gjelder utvikling av terminologi for sykepleiepraksis. Sykepleien er vel det området som har kommet lengst i dette standardiseringsarbeidet, ved at ICNP og SNOMED nå er klargjort for implementering i sykepleiedokumentasjon. Likevel har vi vært bekymret for at arbeidet med utvikling av standarder og beslutninger om hvilke standarder som skal følges, ikke får nok fokus.

Vi har sett at når dette skal legges til grunn for integrasjon mellom systemer, ender det med at lokale implementeringsprosjekt må ta avgjørelser og utforme standarder som burde vært på plass fra nasjonalt hold. Vi er bekymret for om standardiseringsarbeidet blir prioritert høyt nok i veikart og strategi.

Det er også behov for å se Helsedirektoratets ansvar for faglig innhold i sammenheng med digitaliserings- og standardiseringsprosessene for å kunne tilrettelegge for beslutningsstøtte.

Revisjonen peker på at flere av de viktigste fellestiltakene og e-helseløsningene har hatt manglende framdrift, og at én årsak som går igjen, er manglende finansiering. Samfinansieringen fra aktørene i sektoren har ikke vært tilstrekkelig og en forutsigbar nok finansieringskilde. Det er godt dokumentert at på e-helseområdet faller ikke gevinster og kostnader på samme aktør, og ansvaret for finansiering av fellesløsninger bør derfor tilligges staten. Slik kan kostnadsbildet for å ta disse i bruk bli til et insentiv og en gevinst for ulike tiltakseiere.

Undersøkelsen viser også at avklaringer knyttet til rollefordeling og gode mekanismer rundt prioritering er avgjørende for å sikre god framdrift, og Norsk Syke-

pleierforbund mener det er nødvendig. Fordi aktørene i sektoren er så selvstendige, handler styringen av utviklingen i dag mye bare om koordinering av tiltak. Myndighetsrollen må først og fremst være tilrettelegger – tilrettelegging av infrastruktur, utvikle standarder og legge til rette for lokal utvikling. Myndighetene bør tilby en plattform for videre utvikling i tråd med den teknologiske retningen av økosystemer. Disse bør være så åpne som mulig, slik at ulike leverandører får tilgang til funksjoner og data for å lage applikasjoner. Vi mener åpne grensesnitt som følger internasjonale og åpne standarder, bør være et krav til alle systemer i helsetjenestene.

Angående rapportens sak 2 har Norsk Sykepleierforbund i utgangspunktet ingen annen oppfatning enn at anskaffelsesreglementet skal følges. Samtidig er det viktig at et slikt regelverk skal fungere i praksis. Et eksempel er de tilfeller der oppdragene ikke var ferdige, kontrakten hadde utløpt og det ble nødvendig med ny minikonkurranse. Det ville vært særdeles uhensiktsmessig å få inn en ny leverandør for å fullføre jobben. Det krever stor innsats å komme inn i kompetanseområdet, og dette ville med stor sannsynlighet svekket kvaliteten og gitt ytterligere forsinkelse i arbeidet.

Generelt er det stort behov for denne typen kompetanse i Norge. Vi ser også at dette er løpende oppgaver over tid, og da blir det desto viktigere å tenke kompetansebygging i egen organisasjon. Samtidig er det slik at ABE-reformen har gjort at statlige virksomheter ikke har gått til ansettelse av eget personell, til tross for store arbeidsmengder. Dette må ses i sammenheng. Takk for meg.

Møtelederen: Takk skal du ha. Da gir jeg ordet til IKT-Norge og Fredrik Syversen, som er direktør for strategi og forretningsutvikling. Du har også inntil 5 minutter til innledning.

Fredrik Syversen: Tusen takk for det. Først og fremst vil jeg si at den jobben Riksrevisjonen har gjort, har vært forbilledlig. Det som står der, stiller vi oss fullt og helt bak, sånn at det er sagt. Jeg er også veldig enig i det som ble sagt fra Legeforeningen.

Når det gjelder den første biten, som gjelder samhandling og statlig styring, står det jo i Én innbygger – én journal at man fra sektorens side ønsker mer statlig styring. Det står ikke at man ønsker store statlige prosjekter. Det tenker jeg er viktig å ha med seg når vi sitter her i dag. Det har vært et ønske fra staten i denne prosessen om å ha ett, stort statlig prosjekt som skal omfatte hele Norge, og som på en måte skal løse alle problemer med én løsning – noe som i seg selv er nesten umulig. Det tenker jeg har vært sakens kjerne fra dag én, og det synes jeg også egentlig Riksrevisjonen avkler ganske godt i den rapporten de har kommet med.

For vår del har utfordringen vært at samhandlingsløsningen har vært underprioritert og underkommunisert i prosessen, og samhandling er det som har vært det viktigste å få på plass. Sånn vi opplever den første biten som gjelder styring, og prosjektet som ble kalt Akson etter hvert, har utfordringen stort sett vært at man ønsket å gå for denne store, statlige løsningen som skal omfatte alle journalsystemer, istedenfor å gå for det som var det viktigste for oss fra næringens side, og som vi har opplevd også fra andre deler av sektoren: å få til samhandling på tvers, som det ble nevnt fra Legeforeningen, i og for seg både vertikalt og horisontalt hvis man skal tenke sånn. Det ble ikke prioritert. Sånn som vi opplever det, var dette det man jobbet for fra dag én, og uavhengig av de utredningene som kom, var man like enig seg imellom i sentrallinjen – holdt jeg på å si – som gikk fra departementet til direktoratet, om at dette skulle gjennomføres koste hva det koste vil. Det tenker jeg egentlig er godt dokumentert i Riksrevisjonens rapport.

Jeg tror også at vi må innse at Pasientens legemiddelliste er utsatt på grunn av det som er dokumentert i Riksrevisjonens rapport. Det hadde kommet på plass tidligere, mener jeg, hvis vi hadde gått for samhandlingsløsninger og de kortsiktige løsningene som egentlig lå der for å plukkes som lave frukter, men man gikk altså for å gjennomføre et stort statlig prosjekt isteden. Det er synd, men det som er bra, er at vi har fått en rapport som det går an å lære av. Det er det vi håper nå, at vi ikke går inn i et nytt stort statlig prosjekt, men går for inkrementelle løsninger som gjør at vi får god samhandling på tvers, og som får med seg hele sektoren. Det er veldig viktig når vi nå går framover, for det er læring jeg først og fremst tenker vi kan få ut av både dagen i dag og den rapporten som er gitt.

For å gå over på konsulentbiten: Jeg må som representant for IT-næringen først og fremst si at vi selvfølgelig er opptatt av at man skal bruke konsulenter når det trengs. Så er det et spørsmål hvordan man gjør det. Det jeg tror vi skal peke på her, er at man har ønsket å bruke konsulenter som – jeg skal ikke si et alibi, men som en del av forsvarslinjen for å holde trykket oppe. Det er helt riktig som Riksrevisjonen skriver i sin rapport, at for vår del som næring møtte vi av og til bare konsulenter og ikke direktoratet i det hele tatt. Det er klart at da er det vanskelig vite om man snakker med dem som sitter med beslutningene, eller dem som rådgir til beslutningene. Det er dessverre et usikkerhetsmoment som gjør det vanskelig å ta beslutninger for selskaper som har ansatte, som har aksjonærer, og som har store investeringer de skal gjøre, men har beslutningsprosesser som gjør det vanskelig. Det tenker jeg også er litt viktig her. Vi har kanskje en 50 000 ansatte i næringen rundt dette som kalles e-helse, hvor det er ansatte som skal ha lønn, ak-

sjonærer som skal ha betalt, etc., og det er en viktig del av det økosystemet som vi alle er opptatt av at skal fungere.

Der tror jeg at jeg skal stoppe, og så ser jeg fram til gode spørsmål – takk.

Møtelederen: Tusen takk skal du ha. Da gir jeg til slutt ordet til lederen for Fagforbundet, Mette Nord, som har med seg Trond Finstad og Christian Danielsen, som er henholdsvis leder og rådgiver i Yrkesseksjon kontor og administrasjon, som bisittere.

Mette Nord: Tusen takk. Fagforbundet har vært aktivt med i arbeidet med Én innbygger – én journal over flere år. Det er bred enighet i Fagforbundet om at det er stort behov for felles og forbedrede EPJ-løsninger. Våre medlemmer i helsetjenestene trenger bedre digitale verktøy, særlig av det slaget som kan forbedre kommunikasjonen mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten, f.eks. når det gjelder pasienter som veksler mellom somatikk og psykiatri.

Vår primære kanal inn i arbeidet med Akson gikk gjennom det da nyopprettede Direktoratet for e-helse. Først deltok vi i nasjonal arena for fag og profesjonsorganisasjoner og siden oktober 2016 som en del av styringsgruppen.

Direktoratet for e-helse ble opprettet i 2016, og vi merket på arbeidet at mye var nytt. Det kan i ettertid settes spørsmålstegn ved om det var klokt å gi en så komplisert bestilling som Akson til et direktorat med et kompetansemiljø som var i innkjøringsfasen. I tillegg var direktoratet avhengig av konsulentbistand for å kunne ivareta sine oppgaver, noe som vi mener tydelig preget arbeidsprosessene. Riksrevisjonens rapport om at de brukte hele 1,2 mrd. kr på konsulenttjenester i løpet av fire år, er et eksempel på det. I tillegg har man brutt anskaffelsesregleverket nokså gjennomgående i de tilfellene Riksrevisjonen har undersøkt. En slik bruk av fellesskapets midler er ingen tjent med, noe Akson-prosjektet er et konkret eksempel på.

Jeg vil understreke at det alltid er positivt å bli inkludert i prosesser som har betydning for våre medlemmer, og vi er fornøyd med å ha blitt inkludert på et tidlig tidspunkt i arbeidet med Akson. Men en problemstilling som alltid reiser seg i et slikt arbeid, er om vi får reell innflytelse, eller om vi blir tatt til inntekt for løsninger som vi til slutt ikke kan stå inne for. Under arbeidet med Akson ble det dessverre etter hvert klart at vi ikke kunne støtte prosjektet i den formen det til slutt fikk. Årsakene til det er flere.

For det første virket prosessene konsulentstyrt. Språk, metodikk og tilnærming til prosjektene var tydelig preget av dette. Det samme gjenspeilte seg i en dyp tro på det private leverandørmarkedet når det gjaldt å levere systemer. Dette preget også tilnærmingen til offentlig eierskap til data og personvern, som etter vår mening hadde lav prioritet. Men etter lang tid ble det til slutt en forutsetning at data skulle lagres innenlands. Finansieringsmodellen var også lenge uklar og kunne potensielt påført kommunene en stor økonomisk belastning.

For det andre ble det aldri fattet vedtak i de gruppene vi deltok i. I stedet for formelt trepartssamarbeid, hvor forhandlinger og formelle skriftlige innspill fra partene dominerer, hadde møtene mer workshop-preget format. Det ble ofte lagt opp til spontane innspill fra deltakerne, og i referatene var det i begynnelsen utelatt hvilke aktører som kom med de forskjellige innspillene. Sakspapirene var som regel fyldige, men med et språk som var svært teknisk og vanskelig tilgjengelig. Dette gjenspeilte også diskusjonen i gruppene, hvor de forskjellige begrepene ofte ble gjenstand for diskusjon. Flere av problemstillingene ble også resirkulert i ulike varianter til frustrasjon for mange. Brukerbehovet ble vurdert i prosjektet, men vi fikk aldri et godt svar på om våre medlemmer hadde kommet tilstrekkelig til orde i denne prosessen.

I tillegg hadde gruppene en noe problematisk sammensetning, hvor f.eks. de regionale helseforetakene stilte med egne representanter. Det var tydelige motsetninger mellom representantene fra de regionale helseforetakene på den ene siden og direktoratet på den andre. Det synes å bero på det faktum at representantene fra de regionale helseforetakene både hadde lang praktisk erfaring med anskaffelser av e-helseløsninger og også at de ønsket å arbeide videre med de systemene de allerede hadde anskaffet i spesialisthelsetjenesten.

Konsulentene som var inne i prosessen, forsøkte å megle mellom de ulike partene, men det var ofte vanskelig å si nøyaktig hvilken rolle de inntok, og hvem som var ansatt, og hvem som var konsulent. Etter vår mening utgjorde dette et ekstra kompliserende element.

Det var tidlig en forståelse blant deltakerne i prosjektstyret for at store offentlige digitaliseringsprosjekter medfører svært høy risiko. Internasjonalt var det få eksempler på hvordan målsettingene i Én innbygger – én journal kunne gjennomføres.

Det er mot dette bakteppet at Akson-prosjektet må vurderes. Etter vår vurdering var ikke de riktige løsningene valgt for å gi innbyggerne og ansatte det verktøyet de faktisk trengte. Derfor formulerte vi også en felles uttalelse med Legeforeningen og Tannlegeforeningen som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2020. Dette var en måte å vise de reelle motsetningene knyttet til Akson-prosjektet, som vi mente ikke ble tatt alvorlig i det pågående arbeidet.

I det videre arbeidet med e-helse ønsker vi en konstruktiv dialog med offentlige myndigheter og reell medvirkning. Derfor er det viktig at kontroll- og konsti-

tusjonskomiteen avholder den nødvendige høringen for dette prosjektet, slik at vi kan forbedre prosessene framover.

Takk – det var på inn- og utpust!

Møtelederen: Tusen takk skal dere alle ha.

Vi går over til spørsmål fra komiteen, og vi starter med saksordfører Even Eriksen, som får 5 minutter til å stille spørsmål. Vær så god.

Even Eriksen (A): Takk til dere for gode innspill.

Jeg kunne tenke meg en kjapp runde med dere alle, men vi har bare 5 minutter. Jeg håper dere kan fatte dere i korthet, så vi kan gå igjennom de spørsmålene jeg har.

Kunne dere raskt gi en status for hvordan dere ser at arbeidet med å nå målene i Èn innbygger – én journal er i dag? Status for de målene – om vi kunne ta en rask runde med Legeforeningen først og så videre nedover bordet.

Jan Emil Kristoffersen: Status i dag er, som andre har vært inne på, at vi har tapt mye tid ved at vi har hatt et veldig stort fokus på å bygge store komplekse løsninger, høye ambisjonsløsninger, som dessverre ikke var realiserbare.

Det er likevel slik at vi nå er i stand til å få til noe dokumentdeling på tvers. Vi får til deling av laboratoriedata. Vi får til deling av billedsvar, altså røntgen- og ultralydbilder, MR-filmer osv. Vi kommer til å få til Pasientens legemiddelliste, selv om det også er ganske langt fram. Vi er på vei til å realisere visjonen. Det har gått mye langsommere enn vi hadde forventet, men vi skal få det til.

Det som er viktig, er at vi slutter å beskrive helsetjenestens organisering som et problem, men ser på den som et premiss for digitaliseringen, og at vi på den måten klarer å bevege oss innenfor det pragmatiske og politiske mulighetsrommet, hvor mye av disse prosessene dessverre ikke har vært.

Bente Christensen: Vi har kommet en bit på vei, men vi har også en jobb igjen. Pleie- og omsorgssektoren, særlig i kommunehelsetjenesten, har veldig dårlige systemer. Det har vært gjort lite med dem siden 1990-tallet. De har veldig dårlig funksjonalitet. Så en av de viktige tingene som faktisk må skje, er at leverandørene må få vite hva slags standarder de skal legge til grunn, slik at de systemene de videreutvikler, kan snakke sammen. Det er faktisk noe av det viktigste. Mange av de nasjonale komponentene er kommet langt, de kommer til å komme på plass, men det må også være mulig for dem å få informasjon inn og hente fra journalsystemene som brukes.

Fredrik Syversen: Jeg stiller meg bak det som ble sagt, og jeg tenker også at vi har en utfordring med at – og de som sitter i helse- og omsorgskomiteen må følge med på det – vi har et EPJ-prosjekt som går i KS og kommunene, unntatt i Midt-Norge. Man har også Midt-Norge-prosjektet, som ser ut til å ha noen utfordringer, for å si det litt mildt, og vi vet ikke helt hvordan disse to tingene spiller sammen framover. Jeg tror det er god grunn til å følge med på om utviklingen går den veien den skal. Jeg er også enig i at vi som leverandører har et stort ansvar for å følge opp de samhandlingsmulighetene som nå kommer, og der må vi investere. Den investeringen koster ikke bare oss som leverandører, det koster kunden også, dessverre. Den virkeligheten tror jeg også vi trenger å få på bordet.

Christian Danielsen: Fagforbundet er med i felles kommunal journal-arbeidet, som er overflyttet til KS fra Direktoratet for e-helse. Vi sitter også i prosjektrådet der og er med i undergrupper. Det er felles kommunal journal som er det prosjektet som nå jobber med å virkeliggjøre Aksons tidligere målsettinger. Man jobber med å oppdatere de tentiale styringsdokumentene. Mange av de samme problemstillingene som vi kom borti da vi jobbet med Akson, er nå kommet opp igjen i felles kommunal journal. Her jobbes det både overordnet strategisk og også på et mikronivå, hvor man ser på hvordan man kan oversette forskjellige behandlingsforløp til et digitalt format.

Even Eriksen (A): Tiden går mye fortere enn man skulle tro.

Da vil jeg at Fagforbundet svarer litt mer på det med konsulentbruk, om det kan ha påvirket utviklingen av prosjektet og direktoratet, slik dere ser det. – 15 sekunder!

Mette Nord: Svaret på det er ja, for vi tenker at et trepartssamarbeid basert på at man faktisk har en type konsensus, kan lukke saker, og man kan komme helt konkret videre, og at man er uavhengig av en konsulent som kanskje også har flere intensjoner inn i et prosjekt. Det er utvilsomt et ja.

Møtelederen: Da er det en åpen spørsmålsrunde på ca. 25 minutter. Det er en fordel med korte spørsmål og svar.

Vi starter med Svein Harberg, fra Høyre.

Svein Harberg (H): Takk til dere for innledningene.

Jeg har et spørsmål til Legeforeningen og et til Sykepleierforbundet. Det slår meg at her sitter det fire sterke organisasjoner som har kontinuerlig dialog med styrende myndigheter. Alle sier at en ikke har nådd fram med budskapet om at dette var en dårlig idé, slik det har utviklet seg. Det forundrer meg. Jeg vil ha et svar fra Legeforeningen på hvorfor dere ikke har greid å få fortalt

dem på toppen at dette måtte de stoppe med, f.eks. etter 2015. Dere har jo mange kanaler inn.

Så til Sykepleierforbundet: Det er spennende det du sier om at man må ha kompetanse inn. Kan du si litt om de forskjellige nivåene i systemet og om kompetansebygging?

Ivar Halvorsen: Dette har Legeforeningen tatt både skriftlig og muntlig gjentatte ganger, og det er et veldig interessant spørsmål. Spørsmålet er: Hvor sitter dette hen? Jeg kan ikke forstå noe annet enn at det må være både departementet og Direktoratet for e-helse som har vært veldig knyttet til denne løsningen, for det har ikke manglet på innspill. Det har vært vedvarende over lengre tid. Jeg sitter i Nasjonalt e-helsestyre og har gjentatt dette over år.

Kai Øyvind Brenden: Jeg må se om jeg har forstått spørsmålet ditt riktig, men vi står fast ved at innenfor dette systemet manglet og mangler man kompetanse, slik at bruk av konsulenter som sådanne ikke nødvendigvis framstår som uhensiktsmessig. Men samtidig, som jeg også sa i mitt innlegg, er det viktig. Digitalisering er jo ikke et tema som vil bli borte. Det vil bare øke i styrke, og sånn sett – når vi først har et e-helsedirektorat – er det viktig å bygge kompetanse også innenfor dette, for dette vil bare være en kontinuerlig prosess i årene framover.

Svein Harberg (H): Jeg tenkte på både bestillerkompetanse og brukerkompetanse, og det er vel forskjellig på de forskjellige nivåene, kanskje?

Kai Øyvind Brenden: Da tror jeg kanskje jeg skal spørre om Bente Christensen kan supplere meg på det.

Bente Christensen: Jeg tenker at det som er så spesielt med dette området når man skal utvikle digitale tjenester, er at det krever ganske stor innsikt også i det tekniske, det teknologiske, hva mulighetene er, og så krever det kompetanse på det å utrede og det å klare å få med alle aspektene som vil virke inn i den type prosesser vi snakker om. Det er ikke bare teknologi, det er også veldig knyttet til praksis, hvordan man jobber, hvordan man gjør ting. Det krever en bred type kompetanse.

Møtelederen: Da følger jeg listen her og går til Senterpartiet og spør om det er behov for spørsmål derfra.

Nils T. Bjørke (Sp): Takk for det.

Eg har spørsmål til Legeforeningen. I notatet de sende til komiteen, meiner de at alt i 2015, då dei regionale helseføretaka takka nei til å vera med vidare i prosjektet, burde Direktoratet for e-helse fått stoppa dette. Kva var det meir konkret som skjedde i 2015, og kvifor meiner de dei burde ha gjort det?

De er òg inne på at det er ein indikasjon på at direktoratet hadde teke ei avgjerd om at ein ikkje ønskte å verta utfordra av helse- og omsorgstenesta. Kan de utdjupa litt meir?

Jan Emil Kristoffersen: Det som skjedde i 2015, var at RHF-ene trakk seg ut. De ville ikke være med videre og fikk anledning til å trekke seg ut fra departementet, som de er i styringslinjen til. Det var allerede klart i utredningen som da var foretatt, at en ren kommunal felles journalløsning ikke ville være samfunnsøkonomisk nyttig. Det i seg selv mener vi at burde vært nok til at man fikk en stoppordre og revurderte planene.

Som Riksrevisjonen også har pekt på, hadde man ikke – verken i den første KVU-en fram til 2015 eller i den siste, som ble levert i 2018 – gjort en reell analyse av mulighetsrommet innenfor utvikling av plattformløsninger og økosystemer med gjenbruk og utvikling av de eksisterende journalsystemene i sektoren. Det var åpenbar svikt i utredningen på det tidspunktet da man valgte å gå videre i 2015, dessverre.

Ivar Halvorsen: Samhandlingen med helsepersonellgruppene foregikk i ulike arbeidsgrupper der en så framover, og da får en en situasjon der alle er kreative og ønsker noe framtidsrettet, og så blir en ikke så veldig opptatt av løsningene. Forankringen av dette var ikke spesielt god, og noen av våre veldig trente leger som deltok på dette, sier at det var litt snodige seanser, altså at det som foregikk der, var litt vanskelig å forstå – hva er dette, er det nå vi avgjør hvilken retning vi skal gå i? Det var ikke veldig god interaksjon mellom helsepersonellgrupper og prosjektet, sånn vi vurderte det.

Nils T. Bjørke (Sp): Eg kunne ha lyst på meir oppfølging, men eg har lyst til å gå til IKT-Norge. Kan de beskriva det amerikanske systemet Epic, som har vore drøfta i utgreiinga? Korleis skil det seg frå ein økosystemmodell?

Fredrik Syversen: Jeg skal være litt forsiktig med å bruke altfor mye tid på Epic, men Epic er det som nå innføres i Helse Midt-Norge. Da kan man etter hvert forhåpentligvis se hva det blir til. Jeg sa at det ser ut til å være noen utfordringer.

Når det er sagt, er Epic i hvert fall kjent for å være lukket løsning, en suiteløsning som vi sier på IT-språk, som egentlig betyr at man får alt gjennom én løsning – eller én leverandør er det vel bedre å si. Hvis jeg skal gå tilbake til selve historien, ble det en del motstand mot det. Man snakket ikke så mye om Epic i selve prosessen, men det er klart at det lå bak – og det tror jeg bare vi må

erkjenne – som en løsning man kunne tenke seg å bruke. Sånn oppfattet vi det.

Jeg vil egentlig si litt til det Harberg snakket om. Hvorfor kom vi ikke gjennom? Det er et veldig godt spørsmål. Jeg opplevde at de var så bundet til det prosjektet – og da tenker jeg på ministeren, departementsråden og lederen for Helsedirektoratet – dette var det om å gjøre å kjøre gjennom, koste hva det koste vil. Sånn oppfattes det fra vår og mange andres side.

Da kan man spørre seg, og til slutt blir man oppgitt og tenker at det egentlig ikke spiller noen rolle hva vi kommer med, for beslutningen er allerede tatt. Det mener jeg egentlig også Riksrevisjonen avkler ganske tydelig.

Møtelederen: Da går vi videre på listen og har kommet til Fremskrittspartiet og Carl Ivar Hagen.

Carl I. Hagen (FrP): Takk skal du ha.

Takk for gode innledninger og svar som er meget opplysende. Jeg har et spørsmål til særlig Legeforeningen, IKT-Norge og Fagforbundet, og det dreier seg om ansvarsforhold. Dere bruker uttrykket «departementet» veldig mange ganger, og nå ble det også snakket om «man». Jeg vil gjerne ha titler. Er det politisk ledelse man snakker om, eller er det byråkratene, altså departementsråd, ekspedisjonssjefer? Der er det av og til uenigheter, så jeg vil gjerne vite: Når man snakker med departementet, er det embetsverket, er det politisk ledelse, eller er det begge deler?

Så til Legeforeningen, som også har sendt oss noe skriftlig på forhånd: Det snakkes mye om «top-down»-styring. Ble det tatt opp? Hvem var det dere tok det opp med? Skjedde det noen endringer når dere og ev. andre tok opp det at det var et toppstyrt system, istedenfor å involvere alle de berørte i helseforetakene og helsetjenesten?

Jan Emil Kristoffersen: Til den første problemstillingen: Sett ovenfra kjenner statsråden bare departementsråden osv. Sett nedenfra og fra utsiden er det litt annerledes. Vi tok dette opp gjentatte ganger, både skriftlig og muntlig, med Direktoratet for e-helse. Vi tok det opp skriftlig og muntlig med Helse- og omsorgsdepartementet, og vi hadde også mulighet i noen sammenhenger til å ha muntlig dialog med statsråder på dette området. Vi opplevde vel det som Fredrik Syversen for så vidt også peker på, at her hadde man allerede mållåsing på en anskaffelse av et stort system.

Det kunne nok virke som mye av den utredningen var en nødvendig forankringsrunde som i stor grad handlet om å binde folk til masten, ved at utredningene handlet veldig mye om behovsutredninger og ikke om løsningsutredninger.

Til tross for det så vi at det var helt sentrale ting vi aldri fikk innsyn i – det har jeg bare lyst til å si – nemlig konvertering av pasienters helsedata fra gammel til ny løsning. Vi så aldri noen troverdig løsning på det. Veldig mye av tekniske utredninger og samfunnsøkonomisk og realøkonomisk analyse på dette var unntatt offentlighet gjennom hele utredningen, så vi vet kort og godt ikke hvordan det var tenkt løst.

Ivar Halvorsen: Når det gjelder samvirket med helsepersonell, har Legeforeningen gode representanter i de ulike underutvalgene under Nasjonalt e-helsestyre. De prosessene som har gått der, er viktige drøftingsarenaer, men når løsningen virket å være litt låst, var ikke prosessene åpne for den typen innspill som kunne ha korrigert kursen. En blir på en måte litt fanget av den dynamikken som foregår, og dermed får en ikke den naturlige tidlige innhentingen av alle aspekter og unngår å ta de beste løsningene. Det er det vi legger i «top down»-styring.

Fredrik Syversen: Jeg er veldig enig i det som ble sagt, og jeg står på det jeg sa: Vi følte at det var bundet til den løsningen som ble nevnt her, at det skulle være én stor statlig løsning, og det var det man jobbet for. Alle dokumenter som ble kreert, var en underbygging av det. Slik opplevde vi det. Det kan godt hende at vi tok feil, men jeg står allikevel på det.

Vi opplevde at undersøkelsen som ble gjort blant våre medlemmer, altså IT-bransjen, i forbindelse med denne utredningen, var relativt vilkårlig. Man stilte mange spørsmål og konkluderte med at dette var dårlige løsninger, som i og for seg har blitt gjentatt her. Men man gjorde ingenting når det gjelder de alternative løsningene man så etter. Der var det ingen utredning, slik som jeg opplevde det. Så man følte at denne prosessen ikke var veldig tillitsfull overfor den bransjen jeg representerer. Et eksempel: Lederen for Direktoratet for e-helse mente at vi, som bransje, burde konsolideres, at man burde kjøpe opp hverandre. Det synes jeg sier litt om hvordan prosessen var – lite tillitsfull. Jeg stopper der.

Christian Danielsen: Fagforbundet var representert i prosjektstyret for Akson, og det var vår kanal inn i arbeidet. Når det gjelder spørsmålet om vi kommuniserte direkte med politikere, må vi jo anta at både departement og direktorat er under instruksjon av statsråden, og at vi derfor kommuniserer med politiske myndigheter og må basere oss på det.

Carl I. Hagen (FrP): Et oppfølgingsspørsmål til de samme: Vi får inntrykk av at det var stor misnøye hos dere alle med prosjektet, slik det var. Ble dette også tatt opp med Stortinget? Ba dere om møter med stortings-

representanter, særlig dem som sitter i helse- og omsorgskomiteen, selvsagt, slik at Stortinget som kontrollerende myndighet også var informert og engasjert, i den forstand at de visste at det i dette store milliardprosjektet var meget stor misnøye, slik at man kan si at Stortinget også har et ansvar, fordi det var informert, eller var Stortinget ikke informert?

Møtelederen: Jeg vil bare oppfordre til korte svar.

Jan Emil Kristoffersen: Legeforeningen har løpende kontakt med stortingsrepresentanter og partiene på Stortinget, og dette ble løftet gjentatte ganger og senest – veldig tydelig – i forbindelse med forslaget om ny e-helselov, som regjeringen Solberg valgte å trekke fra stortingsbehandling.

Fredrik Syversen: Vi hadde møte med alle komitémedlemmene i forrige runde, både fraksjonsvis og enkeltvis. Også under høringer som gjaldt statsbudsjettene, ble dette årlig tatt opp. Så jeg kan ikke skjønne annet enn at alle som satt i komiteen, og alle utover det var godt kjent med den posisjonen som vi hadde.

Christian Danielsen: Det samme gjelder Fagforbundet: Vi har også løftet denne problemstillingen i forbindelse med statsbudsjettsbehandling og i forbindelse med behandlingen av forslaget til ny e-helselov, som ble trukket, som ble nevnt av Legeforeningen her. Så det har vært et kontinuerlig arbeid med samarbeid mellom organisasjonene på dette området over lang tid.

Møtelederen: Da er den neste på listen Rødt, hvis det er behov for å stille spørsmål fra dere. Vær så god.

Seher Aydar (R): Tusen takk for en grundig gjennomgang. Et spørsmål til Legeforeningen, i hovedsak: Dere skriver i innspillet dere har sendt til oss:

> «Store samlinger hvor representanter for helsesektoren skulle gi innspill, var ledet av konsulenter uten at dette ble kommunisert.»

Så har dere sagt at det var stor frustrasjon knyttet til disse innspillsrundene. Fagforbundet beskriver workshop-aktige møter. Kan dere utdype det litt? Var det noen mulighet for i det hele tatt å komme med en ordentlig tilbakemelding? Når dere prøvde, hva slags tilbakemelding fikk dere da?

Ivar Halvorsen: Innspillsmøtene var litt rare. Det var enkelte leger som ble spurt, og det var ikke en oppsamlet og vel gjennomtenkt presentasjon eller drøfting av ulike avklarte problemer. Det bar litt preg av å være workshops, uten at en egentlig visste hva det var vi tenkte ut nå, hva var premissene, hva er bakgrunnen. En var ikke inne for å løse de virkelig vanskelige tingene. En drev mer med høyttenkning på mulighetssiden. Da deltar en jo, ikke sant, men når en går ut av rommet, melder spørsmålene seg: Hva var dette egentlig? Hvilke andre møter skal ivareta de aspektene som vi ikke snakket om her?

Seher Aydar (R): Et annet spørsmål, som kanskje er litt i forlengelse av det: Fagforbundet beskrev at det ikke var reell medvirkning i trepartssamarbeidet. Da lurer jeg først på om Sykepleierforbundet deler den opplevelsen, og om Fagforbundet mener det har blitt bedre nå.

Kai Øyvind Brenden: I og med at jeg ikke har vært så tett på den prosessen, har kanskje Bente Christensen noe mer konkret om det.

Bente Christensen: Som sagt har vi faktisk jobbet veldig tett med Helsedirektoratet for å få igjennom det vi synes har vært viktig. Så vi har ikke opplevd at det har vært problematisk, verken da eller nå, egentlig. Vi har fått jobbet godt sammen om det som har vært veldig viktig for oss, og det er å få på plass standardiserte løsninger som gjør at vi kan begynne å utveksle data og informasjon.

Christian Danielsen: Som sagt: I de gruppene der Fagforbundet var representert, var det ofte ikke konkludert nøyaktig med hva som ble resultatet av en gitt diskusjon. Da er det vanskelig å vite om partenes innspill egentlig blir tatt på alvor. Vi er heller ikke representert i Nasjonalt e-helsestyre per i dag, så det er en vei å gå for oss når det gjelder å bli inkludert i et reelt trepartssamarbeid på dette området.

Møtelederen: Da har jeg notert at Arbeiderpartiet, ved Lubna Jaffery, vil stille et nytt spørsmål.

Lubna Boby Jaffery (A): Takk skal du ha, leder. Takk til alle som er her i dag.

Mitt spørsmål er om dere kan utdype om det arbeidet som har blitt gjort med Én innbygger – én journal, har hatt noen samfunnsmessige gevinster. Sykepleierforbundet var innom terminologi, at man har fått på plass mye terminologi knyttet til sykepleierfaget, men er det andre samfunnsmessige gevinster? Vi vet at det har vært brukt mye penger, men hvilke samfunnsmessige gevinster vil dere peke på? Det er et åpent spørsmål, men kanskje spesielt til IKT-Norge, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og eventuelt også Legeforeningen – så det er egentlig til alle.

Ivar Halvorsen: Jeg kan begynne. De store gevinstene knyttes til samhandling. Der får vi gevinster, men dessverre har det tatt unødvendig lang tid fordi en på en måte har parkert en del av samhandlingsarbeidet

knyttet til utviklingen av Akson. Men det vi ser utspille seg mellom sykehussektoren og kommunesektoren nå, er dokumentdeling. Det vil si at en sender ikke dokumenter; en legger dem et sted hvor de kan åpnes. Pasientens legemiddelliste vil bety enormt mye fordi det spares mye tid på alle nivåer, og det øker sikkerheten formidabelt. Så det burde vi ha hatt for noen år siden. Vi burde ha brukt mer penger på det, for det var uansett et veldig nyttig prosjekt.

Vi får også deling av andre typer dokumenter. Det innbefatter også at innbyggerne får se sine egne dokumenter. Det handler om ulike typer prøvesvar og de tekstlige delene av bildesvar. På den måten bygger vi ut deling i stedet for sending, og åpenhet. Det er veldig klare gevinster. De gevinstene kommer uavhengig av prosjektet Felles kommunal journal, for det er deling av dokumenter mellom de to store sektorene.

Jan Emil Kristoffersen: Jeg kan følge opp litt: Vi har antagelig lært mye om hvordan vi ikke skal gjøre ting. Det er nok en hovedkonklusjon. Så har det vært gjort mye arbeid på både helsefaglig standardisering og IKT-messig standardisering. Legeforeningen vurderer nok at IKT-standarder er det aller viktigste her – det å kunne legge til rette teknisk for å kunne utveksle informasjon.

Når det gjelder helsefaglig standardisering gjennom terminologier, er det nok slik at ulike faggrupper har ulike behov, men forskningsfronten på terminologibruk er relativt mollstemt. Det er f.eks. ikke noen internasjonale studier som viser helsefaglige gevinster av å innføre SNOMED CT, og det er ingen land i verden som har gjort det. Det finnes sykehus som har gjort det. Norge er det første landet i verden som nå har besluttet – uten en offentlig høring – å innføre SNOMED CT som en universell terminologi. Vi er både spent på og bekymret for hvordan det vil utvikle seg.

Lubna Boby Jaffery (A): Tiden går, så jeg ber IKT-Norge svare.

Fredrik Syversen: Man har brukt 1,2 mrd. kr, så det har jo vært noe samfunnsgevinst, men det tror jeg ikke har vært så veldig mye knyttet til helsetjenesten, det må jeg bare si. Men det er klart, vi har jo lært litt om hva vi ikke skal gjøre. Jeg tror at fokuset vi nå har på pasientenes legemiddelinteresser, kanskje ikke hadde vært like høyt hvis vi ikke hadde vært gjennom den prosessen. Men det er jo ikke en fordel, det må vi bare innrømme.

Mette Nord: Jeg vil bare slutte meg til det som er sagt om at vi har lært mye av hvordan man ikke skal gjøre ting, og at prosesser må styres på en helt annen måte. For ettertiden får vi håpe at det er en samfunnsmessig gevinst. Så er det klart at det har – om det skyldes arbeidet med Akson eller andre prosesser – skjedd en del positive ting knyttet til elektroniske verktøy, som man er helt avhengig av i helsetjenesten. Jeg tror jeg vil bare avslutte med det.

Møtelederen: Da går vi mot slutten, og jeg må dessverre kutte litt i egne spørsmål, men saksordføreren får siste spørsmål herfra.

Even Eriksen (A): Det har vært mye snakk om konsulentbruk i enkelte innlegg her. Jeg kunne tenke meg å utfordre Sykepleierforbundet lite grann, som kanskje har hatt litt avvikende kommentarer rundt det. Dere var tydelige på at anskaffelsesregelverket må følges, og så sa dere samtidig at det var uhensiktsmessig å hente inn en ny leverandørkonsulent underveis i prosessen. Kunne du greie litt mer ut om hva du sikter til med akkurat det?

Kai Øivind Brenden: I og for seg sier vi at vi skal ha et reglement, og det skal følges. Det er vårt hovedsyn. Så ser vi at i noen tilfeller, som jeg var inne på i mitt innlegg, der man kommer i en situasjon hvor man ikke klarer å gjennomføre prosjektet innenfor avtalt tid, og kontraktstiden går ut, ville det å utlyse en ny konkurranse for å risikere å få en ny leverandør som skal avslutte det som allerede er påstartet og i og for seg godt i gang, forsinke prosessen. Så det vi sier, er at man bør tenke over i reglementet hvordan sånne situasjoner skal løses. Men hovedsynet vårt er altså at man følger det reglementet som er vedtatt.

Møtelederen: Da er utspørringen over, og vi går over til en siste oppsummerende runde. Det er det satt av 5 minutter til, men vi kan øke det til 8 minutter, siden vi ligger litt foran skjema. Det betyr ganske nøyaktig 2 minutter på hver forening. Så hvis dere klarer å holde dere til ca. 2 minutter hver, så er det supert. Vi kan starte med Legeforeningen, vær så god.

Ivar Halvorsen: Det er viktig å se framover, og arbeidsprosessene går nå mye bedre. Felles kommunal journal, som prosjektet heter, er fortsatt i en veldig tidlig fase, så hvordan det blir, er vi litt usikre på. Det fortsatt veldig vanskelige spørsmålet er: Lar det seg gjøre? Er det klokt å legge alle journalopplysninger i bunnen av et system? Det henger litt i luften. Men samhandlingsløsningene har fått sin rettmessige plass. Det er veldig viktig å få på plass, med høyt tempo, og finansiering er viktig. Det er ikke enkelt med en brukerfinansiering i alle ledd når det er denne typen investeringer. Skal vi virkelig få drakraft for å få utnyttet helsepersonell godt og få god informasjonsdeling, så er det veldig viktig å se på hvordan tingene egentlig blir finansiert.

Kai Øivind Brenden: Jeg tror jeg bruker 10 sekunder på å si at i tillegg til terminologi, som ble nevnt i spørsmålet her, og som vi ikke rakk å svare på, er vi enige om at samhandling er en viktig gevinst, både mellom enheter innenfor hver enkelt tjeneste, mellom tjenestene og mellom de ulike profesjonene. Det tenker jeg er viktig. Et eksempel er tilgang på legemiddellisten, hvor vi har svært mange feil, som også fører til dødsfall. Her er det viktig å ha et tverrfaglig samarbeid.

Utover det trenger vi en felles kommunal journal, og vi trenger digital samhandling. Vi ber derfor om en tverrfaglig løsning der det tas høyde for de ulike profesjonenes behov for verktøy, slik at vi kan samarbeide og gi pasienter og pårørende best mulig behandling og omsorg. Vi mener dette må baseres på en åpen plattform som er fleksibel og bygger på internasjonale standarder. Myndighetsrollene i dette må først og fremst være å bygge og finansiere infrastrukturen, slik at de ulike aktørene og tiltakseierne har gevinst av å koble seg til den.

Fredrik Syversen: Jeg skal følge litt opp det som kanskje var en gevinst, og det er at det ble fokusert på hvordan vi klarer å finansiere dette med tanke på brukerfinansiering og forskjellene mellom kommune og stat osv. Det er fortsatt en nøtt som må knekkes. Det er også viktig å ha med seg at brukerne må betale på en eller annen måte. Jeg tenker ikke at bare staten betaler alt, så ordner alt seg. Det tror jeg ikke er løsningen, men å finne måter som klarer å sette alle i en posisjon hvor vi er i samme båt, inkludert vi som leverandører, både for å ivareta at en skal komme framover og ikke minst for å utvikle videre. Det tror jeg er viktig, så det står jeg på.

Ellers tror jeg at det å satse på IKT-standarder, det fortsatt å satse på samhandling og de fellesløsningene som nå kommer til å bli brukt mer og mer, vil være veien framover. Der har vi så vidt begynt, men det vi allerede nå kan begynne å høste fruktene av, er veldig positivt. Jeg stopper der.

Mette Nord: Takk for at vi fikk være til stede, og vi ser selvfølgelig positivt på det videre arbeidet med å få til gode digitale løsninger for pasientopplysninger. Vi ser nødvendigheten og også at man bygger videre på et trepartssamarbeid for å utvikle også denne type løsninger.

Så tror vi det er viktig for god framdrift at man også skaffer tilstrekkelig kompetanse i sentralforvaltningen, sånn at vi er mindre avhengige av konsulenter, slik at dette på en måte har en robusthet i staten. Så må man legge stor vekt på sikkerhet. Når man beveger seg på digitale flater, er cybersikkerhet en utrolig viktig del av det videre utviklingsarbeidet. Så jeg tror vi på en måte lander der, men vi ser fram til videre involvering basert på en god trepartsmodell.

Møtelederen: Tusen takk skal dere alle ha for at dere stilte i høringen.

Da tar komiteen pause fram til kl. 10.10.

Høringen ble avbrutt kl. 09.58.

Høringen ble gjenopptatt kl. 10.10.

Høring med KS

Møtelederen: Da er vi klare til å starte opp igjen. Jeg vil ønske velkommen til områdedirektør i KS, Kristin Weidemann Wieland. Du har med deg avdelingsdirektør Terje Wistner som bisitter – velkommen til deg også.

Du får inntil 5 minutter til en innledning. Etter innledningen starter komiteens utspørring, og helt til slutt får du ordet til en kort oppsummering. For å unngå problemer med lydanlegget er det viktig at du skrur på mikrofonen først når du skal tale, og av når du er ferdig. Når det gjenstår ca. 30 sekunder av taletiden, vil du få beskjed om det. – Vær så god.

Kristin Weidemann Wieland: Takk for invitasjonen.

Jeg stiller her på vegne av KS, der jeg er direktør for forskning, innovasjon og digitalisering. For ordens skyld opplyser jeg om at jeg også er nestleder i styret for Norsk helsenett og styreleder i Felles kommunal journal interim AS. Jeg har også vært medlem av Nasjonalt e-helsestyre siden 2016.

KS opplevde at tidligere helseminister Høie politisk virkelig har jobbet for et digitaliseringsløft for helsetjenesten, ikke minst primærhelsetjenesten. Men aktørbildet i helsetjenesten er komplekst. Juss og regelverk er ikke alltid tilpasset det man ønsker å få til, teknologiarven er fragmentert, og endringer er kostbare, og det finnes ikke noen sølvkule som kan fikse dette over natten. Det ble mange utredninger og mye papir før HOD i 2018 konkluderte med at målbildet skulle realiseres gjennom helseplattformen i regi av Helse Midt-Norge, samordning av journalarbeidet for øvrige RHF og felles kommunal journal.

Men visjonen om Én innbygger – én journal kan ikke realiseres gjennom tre ulike journalløft. Så lenge dette ikke løses gjennom ett felles system, må man etablere felles samhandling. Her savnet vi prioritering fra nasjonalt hold, og det ble et hyppig tema i Nasjonalt e-helsestyre.

I konseptvalgutredningen for felles kommunal journal var KS, kommuner, RHF og fastleger krystallklare på at samhandling også måtte prioriteres. Konseptet som ble anbefalt til slutt, var derfor helhetlig samhand-

ling og felles kommunal journal, og gitt det løftet som nå virkelig er i gang, er vi glade for det, for det er blitt det mest konkrete resultatet så langt.

KS ga støtte til forprosjektet på noen klare premisser: stegvis utvikling, samhandling, tydeliggjøring av kostnader og gevinster både for stat og kommune, lokal fleksibilitet, innovasjon og næringsutvikling og mulighet for en løsning med flere systemer og plattformtilnærming. Oppdraget fra departementet ivaretok dette, men selve forprosjektet gjorde det kanskje ikke i samme grad. Forprosjektet ble opplevd som mer lukket enn tidligere faser. Tidsrammen var krevende, og saksunderlag ble sendt rett før eller presentert direkte i møter. Det ga lite rom for forberedelse og forankring, og bekymringen var stor.

I oktober 2019 inviterte KS kommuner og direktorat til et krisemøte på Gardermoen. Etterpå sonderte vi mulighetene for å dele forprosjektet i to for å gi journaldelen mer tid, men svaret fra Helse- og omsorgsdepartementet var at dette ikke var mulig grunnet felles samfunnsøkonomiske analyser. Men et år senere, i forslag til statsbudsjett for 2021, var det delt i to, og ansvaret for å modne og oppdatere styringsdokumentet ble overlatt til kommunene.

Kommunesektorens støtte i Nasjonalt e-helsestyre om videre arbeid ble gitt med klare forbehold om behov for videre arbeid. Viktigst var prioritering av fremdrift for samhandling, strategi for stegvis utvikling og tydeliggjøring av forhold rundt organisering, styring og finansiering. Ekstern kvalitetssikrer påpekte veldig mye av det samme, og med et unntak for innretning på organisering vil vi si at rådene også langt på vei ble fulgt i Solberg-regjeringens forslag til statsbudsjett for 2021, som senere ble vedtatt av Stortinget.

Vi var tidlig tydelige på at ansvaret for gjennomføringsfasen burde legges til Norsk helsenett – dette var altså etter konseptfaseutredningen, men før forprosjektet – for det tar lang tid å utvikle en profesjonell leveranseorganisasjon. Det er tette avhengigheter mellom journal- og samhandlingsløsninger, særlig når man tenker stegvis utvikling. Mot slutten av forprosjektet ble vi informert om at Helse- og omsorgsdepartementet hadde gitt føring om at kommunal sektor selv måtte ta ansvaret for realisering av journalprosjektet og etablere et selskap for å ivareta dette. Dette mente vi forhøyet risikoen vesentlig.

Den enkelte kommune er finansiert, organisert og politisk styrt for sine lokale oppgaver, ikke krevende nasjonale prosjekter og utviklingsoppgaver, og kommunal sektor styres ikke i én linje, men av 10 000 lokalt og regionalt folkevalgte, innenfor Stortingets rammer. Her mener vi at departementet i for liten grad skilte på ansvaret for å ivareta behovene for svar gjennom bestilleransvaret kommunene har for tjenester, og ansvaret for å levere en journalløsning.

Samtidig var statsråden i møter tydelig på at dette også i fortsettelsen skulle være et samarbeidsprosjekt der staten skulle stille opp. Virksomhetsoverdragelse ble nevnt. I oppfølgingen så vi lite til det. KS meldte bekymring for ressurssituasjonen flere ganger, og her mener vi nok at Helse- og omsorgsdepartementet kunne ha gitt tydeligere oppdrag, og at kommunal side ble overlatt til seg selv. Sammen med pandemien bidro dette til lav fremdrift i fortsettelsen, og før KS etablerte selskapet Felles kommunal journal interim AS i fjor høst, inngikk vi altså en samarbeidsavtale med HOD om tett samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett om ressursbistand.

Oppfølgingen ble etter hvert eskalert til ny helseminister, og vendepunktet kom i januar, da statsråd Kjerkol ga Norsk helsenett et tydelig oppdrag om å bistå i arbeidet med å konkretisere hvordan utvikling og etablering av felles kommunal journal kan organiseres, og hvilken rolle Norsk helsenett eventuelt kan og bør ha i fortsettelsen. Men arbeidet er fremdeles krevende, og risikoen er høy.

Når det gjelder anskaffelser, har KS ikke innsikt i prosessene for anskaffelser av konsulenter til Direktoratet for e-helse. Vi som satt tett på arbeidet, visste godt at Are Muri var innleid, og vi er kjent med at det ble gjort flere forsøk på å ansette noen i rollen som programleder, uten at man lyktes med noen varig løsning. Gitt medieomtalen ønsker jeg å fremheve at vi opplevde Are Muri som faglig dyktig med høy integritet, og ikke minst lyttende til behovene fra kommunal sektor.

Møtelederen: Nå må jeg avbryte deg, men det blir anledning senere til å kunne utfylle hvis det er mer som gjenstår.

Vi går til utspørringen fra komiteen. Vi starter med sakens ordfører, Even Eriksen fra Arbeiderpartiet, som får 5 minutter til å stille spørsmål.

Even Eriksen (A): Takk for en god redegjørelse fra dere i KS.

Vi kan starte litt overordnet. Hvis man tar utgangspunkt i målsettingen som var satt i stortingsmeldingen Én innbygger – en journal: Hva er status i dag? Har man oppnådd de målsettingene, slik dere ser det?

Kristin Weidemann Wieland: Nei, man er jo ikke i mål. Manglende informasjon preger fremdeles hverdagen til veldig mange av helsearbeiderne i Norge, og det samme gjelder for pasientene. Så vi er ikke mål med visjonen.

Even Eriksen (A): Over til samfunnsgevinsten av det arbeidet som er blitt lagt ned i de åtte årene: Hva sier dere der, om samfunnsgevinsten av det arbeidet som er blitt lagt ned?

Kristin Weidemann Wieland: Jeg kan vel si at det har skjedd ting som er positive også. Det er klart at vi har fått bedre digitale tjenester for befolkningen, det så vi også under pandemien. Det er en del samhandlingsløsninger som er innført som har vært nyttige, men vi er på ingen måte i mål, og det var egentlig poenget mitt i stad. Så vi har fått løsninger som avgjort har samfunnsøkonomisk nytte, men vi er langt unna å være i mål.

Even Eriksen (A): Dere jobber jo for kommunene. Hvordan oppfatter dere at kommunenes behov for journalløsninger ble ivaretatt gjennom departementets arbeid i perioden fra 2013 til 2020?

Kristin Weidemann Wieland: Det var egentlig ganske uomtvistet at det virkelig var behov for et løft i kommunene. Som jeg innledet med, opplevde vi også at regjeringen Solberg jobbet for det. Men som jeg var inne på: Så lenge man skal løse dette med ulike journalløp – og det er jo klokt å gjøre; det var en grunn til at utredningen konkluderte med det – må man satse på samhandling. Hvis ikke kommer man ikke videre og får heller ikke den fleksibiliteten man trenger.

Så det at samhandling, og særlig samhandling om medikasjon, ikke fikk nødvendig fremdrift, vil jeg si har hemmet arbeidet. Samspillende journaler må forholde seg til et felles grunnlag for å kunne spille sammen, og da må man legge samhandlingsløsninger til grunn og satse på utvikling av det.

Even Eriksen (A): Som vi vet, er det mange aktører innenfor helse. De er private, offentlige, statlige og kommunale, og det er krevende å få på plass nye løsninger. Nåværende statsråd har i et brev til komiteen skrevet at modellen med en kombinasjon av frivillig samfinansiering, egenfinansiering og øremerkede bevilgninger til enkelttiltak er uforutsigbar, lite stabil og bidrar til at det brukes mye tid på planlegging uten at finansiering er avklart.

Hva er, etter KS' syn, en god løsning for å sikre finansiering av felles utviklingstiltak?

Kristin Weidemann Wieland: Det er stor forståelse i kommunene for å betale for konkrete tjenester man bruker i driften, og jeg vil si at kommunene gang på gang har vist hvor raske de er til å innføre tjenester som er tilpasset deres behov. Helt på slutten av pandemien ble f.eks. registrering av positiv selvtest innført av alle kommuner på bare noen få uker. Men dersom man har løsningsplattformer hvor mye egentlig ikke er lagd for å understøtte kommunenes hverdag, og det egentlig ikke er tilpasset og tilrettelagt for i journaler, blir det langt mer krevende med en gang. Dere er jo kjent med at KS derfor var veldig kritisk til innretning i pasientjournalloven, for vi mener at tjenestebasert prising, basert på frivillighet, er en mye bedre modell.

Even Eriksen (A): Tidligere i dag hadde vi IKT-Norge, Fagforbundet, Legeforeningen og Sykepleierforbundet innom, og enkelte der ga uttrykk for at i prosessen med Én innbygger – én journal var mange av beslutningene for å nå målsettingene tatt på forhånd. Er det et inntrykk som dere kjenner dere igjen i?

Kristin Weidemann Wieland: Nei, jeg vil vel ikke si at alle beslutninger var tatt på forhånd, det opplevde vi ikke nødvendigvis. Jeg vil heller si at man kanskje kom fra en visjon om at noen håpet at dette skulle realiseres med ett system. Det preget kanskje arbeidet, så man opplevde kanskje av og til at man kjempet litt mot vindmøller.

Jeg kan gi noen eksempler: Konseptvalgutredningen ...

Even Eriksen (A): Bare for å være konkret: En statlig løsning – den beslutningen var tatt på forhånd. Du har 10 sekunder på å kommentere det.

Kristin Weidemann Wieland: Når det gjelder en statlig løsning, var det vel aldri lagt opp til en statlig løsning, så vidt jeg vet. Det var vel snakk om en anskaffelse i markedet.

Møtelederen: Da går vi over på en åpen spørsmålsrunde fra komiteen på 25 minutter. Første inntegnede er Svein Harberg, fra Høyre.

Svein Harberg (H): Takk for innledningen.

Jeg har et spørsmål som går på kompetansen både i KS som paraplyorganisasjon for kommunene og i kommunene i det å være en del av arbeidet med å utvikle nye systemer. Jeg skjønner det med å bygge videre på egne systemer, for det kan de, men når det gjelder å utvikle nye systemer, løfte blikket og lage noe for framtiden, hvordan opplever du at kompetansen er både i kommunene og i egen organisasjon?

Kristin Weidemann Wieland: Jeg kom til KS i 2018. Jeg har sånn sett personlig jobbet flere år med e-helse – jeg har vært i Helse Sør-Øst, i ledelsen der, så sånn sett har jeg det personlig. Jeg vil si at KS, hvis jeg skal svare på det spørsmålet, har styrket sin kompetanse vesentlig på e-helsefeltet de senere årene. Men vi er samtidig veldig avhengig av kompetansen i kommunene og har

hele tiden jobbet veldig tett med de store kommunene og deres e-helsemiljø. Men det er klart at kompetanseforutsetninger og først og fremst ressurser for et nasjonalt prosjekt har man ikke. Det gir seg selv, for man er ressurssatt for de lokale oppgavene og ikke for store nasjonale løft.

Møtelederen: Vi går videre på listen, og neste spørsmål er fra Senterpartiet, hvis det er behov.

Nils T. Bjørke (Sp): Kva oppfatta KS at kommunane som signerte intensjonsavtalen med Akson i 2020, har forplikta seg til? Har desse intensjonsavtalane nokon betydning for det nye prosjektet Felles kommunal journal?

Og så: Oppfattar KS at ansvar for styring, gjennomføring og finansiering av journalløysinga på tvers av den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta er avklart når det gjeld organisering med den felles kommunale journalsamhandlinga, og korleis? – Forstod du spørsmålet?

Kristin Weidemann Wieland: Jeg prøver meg, og så får du spørre på nytt hvis du ikke får svar på det du lurte på.

Intensjonsavtaler er intensjonsavtaler, så der ligger det ikke noen forpliktelse. Vår oppfatning var at det var støtte til et videre arbeid, men KS stilte ved avslutningen av forprosjektet noen vesentlige spørsmål som vi opplevde ikke var avklart. Derfor kom det frem i intensjonsavtalen at det måtte jobbes videre her før man ga noen forpliktende tilslutning. Så de var ikke forpliktende, men viste en oppslutning om ønsket om å jobbe i fellesskap.

Når det gjelder hvordan det videre arbeidet skal organiseres, er ikke det avklart. Det er nettopp et av de spørsmålene det pågående arbeidet skal avklare. Det er kanskje et av de mest krevende spørsmålene hvor vi – som sagt – mener at vi må få om bord Norsk helsenett godt i arbeidet hvis det skal være mulighet for å lykkes på lengre sikt.

Nils T. Bjørke (Sp): Kva har då, etter KS' oppfatning, vorte resultatet av departementet sitt arbeid med å utgreia Éin innbyggjar – éin journal? Det har stått på sidan 2013 og fram til 2020, og med det utgangspunktet som du sa om dagens situasjon – kva har ein fått til i desse åra?

Kristin Weidemann Wieland: Da vil jeg gå tilbake til konseptvalgutredningen som gikk fra å være en konseptvalgutredning til felles kommunal journal til at det anbefalte konseptet var helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Det har i hvert fall kommet ut av det at vi nå har fått en forsert satsing på samhandling som jeg tror det er stor oppslutning om i sektoren, og som kommer til å gi verdi.

Møtelederen: Da er neste parti på listen Fremskrittspartiet. Carl I. Hagen – vær så god.

Carl I. Hagen (FrP): Så vidt jeg forstår, var KS flere ganger litt misfornøyd med fremdriften i det som skjedde, og at man tok det opp i forskjellige sammenhenger uten egentlig å komme gjennom. De man – la oss si – sto overfor i departementet, var det politisk ledelse i departementet, eller var det embetsverket, eller så ikke dere noen forskjell på det? Hva mente dere om direktoratets arbeid? Der har det tidligere vært rettet kritikk mot at det har vært et opplegg med «top-down»-styring istedenfor å lytte til eventuelle høringer og innspill fra andre.

Kristin Weidemann Wieland: For å starte med ditt første spørsmål er det klart at det er statsråden som har ansvar for forvaltningen. Så er det samtidig sånn at en statsråd er avhengig av de rådene han får, så hvor ting oppstår, er av og til litt vanskelig å si. Jeg kan jo si at noen ganger opplevde vi at statsråden var tydeligere i møtene med oss om hva han så for seg, enn det vi så i den videre oppfølgingen. Det gjelder bl.a. dette med å stille opp med ressurser i det videre arbeidet – som et eksempel. Men det er statsråden man må forholde seg til, og han som sånn sett sitter med ansvaret. Vi har ikke noe innsyn i det indre livet i departementet.

Til spørsmål to: Det er klart at det har vært litt ulike faser. I konseptvalgutredningen opplevde man veldig god involvering, og at man ble lyttet godt til. Der var det veldig fokus på behov. I forprosjektet, som jeg var inne på, var det en mer lukket prosess, hvor man sendte over skriftlig materiale som man kanskje ikke helt så igjen i de underlagene som kom, og det var veldig press på tid. Som sagt reiste vi bekymring om det, og det tok vi også opp med departementet – i den administrative ledelsen i departementet, hvor vi foreslo å dele arbeidet i to, nettopp fordi vi så at dette ikke kom til å komme i land med tanke på kvalitet. Det viste seg etter hvert å stemme. Det har vært veldig uheldig for den videre utviklingen, vil jeg si.

Møtelederen: Da er neste parti på listen Rødt. Seher Aydar – vær så god.

Seher Aydar (R): Slik jeg forstår det, utløste forprosjektet en del bekymring hos dere. Fikk dere spilt inn disse bekymringene i noen form for evaluering? Har dere bekymringer med tanke på personvern og trygg datalagring?

Kristin Weidemann Wieland: Vi har ikke vært involvert direkte i noen evaluering av forprosjektet, nei.

Vi ble heller ikke intervjuet i forbindelse med Riksrevisjonens undersøkelse, bare i forkant av oppdraget. Vi vet at det er mange sentrale aktører på kommunesiden som ikke ble intervjuet av Riksrevisjonen. Så vi har ikke deltatt i noen evaluering.

Når det gjelder det med personvern, er det ikke sånn at IKT-sikkerhet er godt nok ivaretatt i dag i kommunene. Det er en stor utfordring. Det er en viktig sak som vi ofte tok opp med foregående regjering og tar opp igjen med nåværende regjering, at vi må få til sterkere grad av felles arbeid på det området fordi kommunene hver for seg rett og slett trenger mer forebyggende operativ bistand. Det er egentlig uavhengig av dette arbeidet.

Møtelederen: Da har jeg notert Senterpartiet og Nils T. Bjørke først.

Nils T. Bjørke (Sp): Riksrevisjonen skriv at den nasjonale styringsmodellen vert brukt som ei legitimerings- og konstellasjonsordning framfor ein reell konsensusmodell, og at dette er til hinder for effektiv koordinering av området. Kva er dykkar syn på det?

Kristin Weidemann Wieland: Styringsmodellen er egentlig en samrådsstruktur. Det er klart at styringsmodellen for Norge er det sånn sett regjering, storting og lokale og regionale myndigheter som har ansvar for. Den har hatt verdi som en felles arena hvor man diskuterer felles utfordringer, vil jeg si. Men KS har egentlig over et par år vært veldig opptatt av at denne må videreutvikles, for det gjør ansvaret litt utydelig, og det har vært lite transparens om hvordan rådene ble fulgt opp i de påfølgende beslutningsprosessene. Så vi er veldig glade for den videreutviklingen av styringsmodellen på e-helse som nå skjer. Jeg tror jeg stopper der.

Nils T. Bjørke (Sp): Legeforeningen hevdar at personar som var tilsette eller partnarar i konsulentselskapa, vart oppfatta som å tilhøyra toppleiargruppa i Direktoratet for e-helse, at store samlingar der representantar for helsesektoren skulle gje innspel, var leidde av konsulentar utan at dette vart kommunisert godt nok. Korleis oppfattar KS det?

Kristin Weideland Wieland: Vi var veldig klar over at Are Muri var innleid. Så var det mange konsulenter med i arbeidet, og det kan ha sine sider, men Are Muri visste vi godt var innleid.

Møtelederen: Da har jeg notert Lubna Jaffery, fra Arbeiderpartiet.

Lubna Boby Jaffery (A): Vi skal etter hvert også få høre fra to kommuner om deres synspunkter. Jeg lurer på: Det er jo et mangfold av kommuner i Norge, store og små, noen er gode på digitalisering, andre sliter – jamfør dette med personvern og sikkerhet. Når det gjelder KS som kommunenes interesseorganisasjon, hvordan målbar dere de bekymringene som kommunene eventuelt hadde inn i dette prosjektet?

Kristin Weidemann Wieland: Jeg skulle til å si nær sagt hele tiden. Det er vår viktigste jobb å målbære kommunestemmene. Vår rolle har jo vært å koordinere, samordne, de innspillene og jobbe tett sammen med representantene for kommunene i arbeidet, få med oss hele laget. Vi har en struktur også for de rådsinnspillene som vi får, som omfatter hele Norge og små og store kommuner. Greia er at behovet er veldig stort. Det er veldig stor konsensus om at her kan man ikke jobbe hver for seg, man må i større grad jobbe i fellesskap.

Møtelederen: Da er det saksordførerens tur.

Even Eriksen (A): Tusen takk for gode svar. Du nevnte at du hadde et par eksempler på kamper mot vindmøller – før jeg avbrøt deg og tiden gikk ut. Nå har vi litt bedre tid, så det er veldig interessant å høre om dem.

Kristin Weidemann Wieland: Det var kanskje litt uheldig formulert, men det jeg kan si, er at i det nest siste utkastet av konseptvalgutredningen jeg viste til, ble det foreslått at i en anskaffelse til felles kommunal journal – det var da journaldelen og ikke samhandlingsdelen – skulle sykehusene ha opsjon. Det ville innebåret en stor felles anskaffelse igjen for hele Helse-Norge. Det kan man si var mot de rådene som tidligere utredninger hadde gitt, så det kunne vi ikke gå inn for, for det var sånn sett i strid med veikartet. Men det jeg mente, var at man hadde denne underliggende følelsen av at det kanskje var dette det ble jobbet mot, mens vi først og fremst var opptatt av å få samhandling på plass og få et journalløft for kommunene som skulle spille sammen med gode samhandlingsløsninger som understøttet helheten i helsetjenesten på en god måte.

Møtelederen: Da har jeg notert Svein Harberg.

Svein Harberg (H): Ja, vindmølledebatter er jo alltid vanskelig, det kan vi alt om.

Økonomisk lønnsomhet eller gevinst er en god drivkraft i mange prosjekter, og KS fikk jo gjennomført en egen økonomisk analyse som viste at det var rimelig bra uttelling ved å gjøre dette. Det står i sterk kontrast til det som Legeforeningen sier om at her er det ikke noen særlig gevinst. Kan du utdype det noe mer?

Kristin Weidemann Wieland: Jeg er ikke kjent med at KS har gjort noen egen økonomisk analyse. Tvert

imot var et av våre hovedinnspill til sentralt styringsdokument at vi ikke opplevde at det var tydeliggjort hvilke kostnader og gevinster kommunene ville ha med dette.

Møtelederen: Da er det Carl I. Hagen.

Carl I. Hagen (FrP): Du snakker nå veldig ofte om kommunene som om de er en ensartet gruppe organisasjoner. Du nevnte innledningsvis store kommuner som dere hadde et nært samarbeid med. Jeg vil gjerne spørre: Hvor store må kommunene være for at de har – la oss si – egne fagfolk eller i det hele tatt har kompetanse på det området som vi her diskuterer? Kan du si noe generelt om størrelse på kommuneadministrasjon har noe med dette å gjøre i det hele tatt?

Det andre er at du nevner behovet for samhandling veldig ofte. Var det enighet i prosjektet og enighet overfor myndighetene, departementene og direktorat når det gjelder behovet for samhandling, eller var det en meningsforskjell av stor betydning?

Kristin Weidemann Wieland: Alle kommuner har det samme ansvaret for å levere tjenester til innbyggerne. Det betyr også at alle kommuner sånn sett i dag bruker digitale løsninger for å understøtte det. Så det er klart at kompetanse til å bruke det og sette det ut i livet må sånn sett alle kommuner ha. Men det er klart at kompetanse til større prosjekt vil variere, og der vil jo ikke de små kommunene ha samme muligheter som de større. Samtidig har vi vært opptatt av også å knytte til oss mindre kommuner i det arbeidet som vi har gjort, så det har vært sammensatt. Når det gjelder ressursene på selve prosjektene, er vi mer avhengig av bidrag fra de store.

Når det gjelder dette med samhandling, nevnte jeg at vi opplevde at det kanskje ikke ble prioritert i sterk nok grad. Et eksempel var prosessen som var i Nasjonalt e-helsestyre inn mot statsbudsjettet for 2020, hvor Nasjonalt e-helsestyre fremhevet behovet for fremdrift for Pasientens legemiddelliste og videre arbeid med felles kommunal journal, men hvor det ikke var med i satsingsforslagene i budsjettet. I stedet var det SNOMED CT, altså standardisering av språk, som ble prioritert. Det er viktig for strukturerte journaler, og sånn sett viktig for helseplattformen, men for sektor i stort var det enda mer kritisk å få på plass samhandlingsfunksjonalitet for legemidler.

Møtelederen: Da har jeg notert Nils T. Bjørke.

Nils T. Bjørke (Sp)]: Eg er litt usikker på rolla til KS då direktorata i 2016 anbefalte ei felles nasjonal løysing, at kommunale helse- og omsorgstenester skulle vera startpunktet for utviklingsretninga. Kva var rolla til KS då det vart bestemt frå direktoratet?

Kristin Weidemann Wieland: Jeg startet i KS først høsten 2018, men jeg vet at KS deltok i det tidligere utredningsarbeidet. Jeg vet ikke helt sikkert hvilken posisjon man tok, men man støttet et felles arbeid for kommunene, det gjorde man. Man var veldig opptatt av å få til et løft for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for behovet er uomtvistet.

Nils T. Bjørke (Sp): Og så stilte jo KS seg bak konsept 7 i 2018, etter at konseptvalutgreiinga var ferdig. Kva var grunngjevinga for det?

Kristin Weidemann Wieland: Da tror jeg jeg må gå tilbake til at KS jobbet sammen med storbyene, egen organisasjon og Legeforeningen, hvor vi ga støtte til et forprosjekt med utgangspunkt i konseptvalg 7, som altså var helhetlig samhandling og felles kommunal journal, men på noen klare premisser. Det var disse premissene jeg nevnte i innledningen min, bl.a. dette med stegvis utvikling, dette med samhandling, dette med å vurdere plattformtilnærming – og disse tingene. Så det var en støtte med noen forutsetninger. Som sagt opplevde vi at dette i oppdraget fra departementet var ivaretatt, men så forsvant det litt da forprosjektarbeidet startet. Da følte vi at man gikk litt tilbake til utgangspunktet. Det var det som bl.a. gjorde at forprosjektet opplevdes så krevende for oss, at vi opplevde at mye av det vi var opptatt av, ikke helt ble ivaretatt.

Møtelederen: Da har jeg notert to spørsmål til. Det ene er fra Lubna Jaffery, fra Arbeiderpartiet.

Lubna Boby Jaffery (A): Du var innom det at statsråd Kjerkol ga Norsk helsenett et tydelig oppdrag knyttet til arbeidet med konkretisering av felles kommunal journal. Det var dere glade for. Kan du utdype hvorfor dere er glade for det? Hvorfor er det viktig? Og kan du si noe om hva du tror er årsaken til at dere møtte motstand, eller at det ikke ble gjennomført tidligere da dere også tok dette opp som et initiativ?

Kristin Weidemann Wieland: Jeg er veldig usikker på hvorfor, for her opplevde vi som sagt at statsråd Høie var veldig klar på at han ønsket å støtte opp under dette. Det var vel litt den utøvende politikken at mandatene eller oppdragene var for uklare, sånn at organisasjonene kanskje ikke følte at de behøvde å gjøre noen ting. Jeg vet ikke; det er vanskelig å si. Men det har som sagt vært en gjentagende bekymring for oss, og vi henvendte oss til departementet flere ganger med den bekymringen. Forløsningen kom til slutt i januar i år.

Grunnen til at vi ser på Norsk helsenett, er at det er en kompetanseorganisasjon – en leveranseorganisasjon på innpå 1 000 medarbeidere som har kompetanse på å levere tjenester til hele helsetjenesten. Det ville vært så merkelig å skulle starte fra scratch og bygge opp noe nytt og parallelt når samhandling og journal, særlig når man jobber plattformorientert, henger så tett sammen. Det har vært vårt utgangspunkt helt siden 2019.

Møtelederen: Det siste inntegnede spørsmålet er fra Svein Harberg, fra Høyre.

Svein Harberg (H): Da må jeg tilbake til spørsmålet mitt, for det var jeg som hadde en feilkobling. Det var jo ikke KS som hadde hatt disse analysene. Det var flere analyser, men det var Holte Consulting som hadde en analyse som sa at det fortsatt var rimelig inntjening på prosjektet, selv etter de endringene som var skjedd. Spørsmålet mitt var egentlig: Har KS og kommunene oppfattet det, eller har de liksom tenkt det samme som Legeforeningen, at her er det ikke noe å hente?

Kristin Weidemann Wieland: KS-ordningen ser på samfunnsøkonomisk gevinst når man er ved sluttpunktet. Men for en kommune er det som er viktig, hvordan dette virker inn på det lokale handlingsrommet man har, altså både kostnader og gevinster som man kan ta ut i driften, og det var det vi opplevde ikke var tydeliggjort. Det er klart at kommuner ikke kan saldere med samfunnsøkonomisk gevinst. Det er statens ansvar å gjøre det; det kan ikke kommunene gjøre. Det er ingen tvil om at når man målbildet for Én innbygger – én journal, er det til stor nytte for samfunnet. Det er det ingen tvil om, så det er sånn sett ikke så rart at man ender opp med at det er positivt, men man skal jo lykkes med å nå ditt også.

Møtelederen: Da er utspørringen over. Vi går inn i delen for oppsummerende betraktninger. Dere har 5 minutter hvis dere ønsker å komme med noen siste betraktninger for komiteen. Vær så god.

Kristin Weidemann Wieland: Jeg tror jeg har vært inne på veldig mye av det vesentlige. Det har som sagt vært jobbet intenst. Det er ikke sånn at det ikke har vært nedlagt mange arbeidstimer. Vi er veldig glade for at samhandlingsløpene nå er godt i gang. Vi er fremdeles bekymret for om vi klarer å komme godt i mål med det arbeidet som nå pågår. Det vil vel vise seg i løpet av året hva som kommer ut av samarbeidsprosjektet som Felles kommunal journal interim AS har sammen med Norsk helsenett, men det er ingen tvil om at behovene må løses.

Vi er veldig avhengige av at vi finner en felles vei videre, og der må kommunesektoren og staten jobbe sammen, for det er ikke noe sted hvor tjenestene overfor innbyggerne i Norge henger mer sammen enn innenfor helse. Det å skille for mye der er litt formålsløst. Særlig når det pekes på at kommunal sektor har ansvaret for dette, vil jeg bare gjenta: Kommunesektoren er et eget forvaltningsnivå. Man er styrt av folkevalgte innenfor rammer. Det er klart at å samordne 10 000 folkevalgte ikke er en enkel oppgave, så man må liksom ha en annen rigg på det for å skulle lykkes.

Det jobbes veldig godt også i dag. Det er et godt samarbeid også med Direktoratet for e-helse, og det er et tett samarbeid med nasjonale myndigheter, men det er litt ulike interesseståsteder.

Det jeg har lyst til å tilføye helt til slutt, er at Helse- og omsorgsdepartementet er sykehuseiere, og det gjør av og til at fokuset kanskje først og fremst blir på behovene til den behandlingsrettede delen av helsetjenesten. Der vil jeg berømme statsråd Høie for at han faktisk var veldig opptatt av å skulle komme videre når det gjelder kommunene – man kom jo ikke helt i mål, og det har jeg vært litt inne på årsaker til tidligere, i innlegget mitt.

Møtelederen: Tusen takk for at dere kunne stille i høringen.

Da tar vi pause i komiteen fram til klokken er 11.00.

Høringen ble avbrutt kl. 10.46.

Høringen ble gjenopptatt kl. 11.

Høring med Svein Lyngroth, kommunaldirektør i Oslo kommune, og Camilla Bruno Dunsæd, kommunedirektør i Kristiansand kommune

Møtelederen: Da er komiteen klar til å starte opp igjen. Jeg ønsker velkommen til Svein Lyngroth, som er kommunaldirektør i Oslo, og Camilla Bruno Dunsæd, som er kommunedirektør i Kristiansand kommune. Dere er invitert på bakgrunn av at komiteen ba KS om å peke ut kommuner med relevant erfaring.

Når det gjelder det tekniske, er lydanlegget litt sensitivt, så det er veldig viktig at dere skrur på når dere skal snakke, og husker å skru av når dere er ferdige.

Da starter vi med å gi ordet til Dunsæd. Du har 5 minutter til en innledning.

Camilla Bruno Dunsæd: Jeg har akkurat hatt covid, så jeg håper stemmen bærer.

Helsedirektoratet fikk i mars 2013 i oppdrag å gjennomføre en utredning med ulike løsningsalternativer for Én innbygger – én journal. Jeg ble med i styringsgruppen, og jeg var da rådmann i Kvinesdal og representerte en mindre kommune. Jeg husker jeg syntes det var et

veldig spennende og viktig arbeid å delta i. Jeg var glad for den felles anbefalingen som kom i 2015, nemlig at vi skulle ha en felles nasjonal løsning for hele helse- og omsorgstjenesten som målbilde og utviklingsretning, men at vi skulle starte med en felles nasjonal løsning for kommunehelsetjenesten. I den perioden forholdt jeg meg til at oppdraget kom fra Helse- og omsorgsdepartementet, men i arbeidet forholdt jeg meg til Helsedirektoratet.

Den anbefalingen fikk tilslutning i 2016, og da ble Direktoratet for e-helse opprettet. Styringsgruppen ble konvertert til Nasjonalt e-helsestyre, og jeg fortsatte der. Arbeidet gikk videre, og en viktig milepæl var konseptvalgtutredningen for felles kommunal journal i 2018, da jeg opplevde at kommunene virkelig gikk om bord. Da var det en samlet sektor som framhevet betydningen av et løft for samhandling.

Konseptet som da ble anbefalt å ta videre, var helhetlig samhandling og felles kommunal journal. I det arbeidet opplevde vi reell involvering. Jeg mener det ikke kan være tvil om at regjeringen Solberg og tidligere statsråd Høie hadde ambisjoner om å lykkes med å gi kommunene et sårt tiltrengt digitaliseringsløft. Han var selv aktiv, bl.a. med flere møter med samarbeidskommunenes toppledelse. Vi opplevde at kommunesektorens behov ble ivaretatt i Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag med å igangsette forprosjektet.

I det videre arbeidet ble det dessverre litt lite rom for medvirkning. Det var korte tidsfrister direktoratet hadde å forholde seg til. Det var styrt av budsjettprosessene. Det gjorde at saksunderlaget ble oversendt kort tid i forkant av møtene eller ble presentert direkte der, og ga liten mulighet for gode forankringsprosesser inn i egen kommune og i samarbeidskommuner, særlig mot de folkevalgte.

Da det kom til behandling 27. februar 2020, sluttet vi i Nasjonalt e-helsestyre oss til det og også kommunesektorens representanter – under en del forutsetninger som er gjengitt i vedtaket, og en egen supplerende uttalelse.

Vi kan stille spørsmål ved om statens prosjektmodell egner seg for denne typen prosjekter, for det er jo innrettet mot å redusere statens risiko. Sammen med det kan det være en forklaring på hvorfor en del forhold, sett fra kommunens side, ikke ble godt nok belyst. Det har KS vært innom – organisering, styring og finansiering og strategi for stegvis utvikling.

Det er litt kompliserende at kommunene selv må ta ansvar for å realisere et nasjonalt prosjekt og etablere et selskap for å ivareta det. Vi har vært tydelige på at tjenesteleverandøren for journal bør legges til Norsk helsenett, både fordi de alt er nasjonal tjenesteleverandør, og fordi det er veldig sterk sammenheng mellom samhandling og journalløsning. Vi er et lite land. Vi kan ikke bygge mange parallelle løsninger. Kommunene er ikke rigget for å drive sånne store nasjonale prosjekter. Vi er innrettet for kommunal drift, og det er over 10 000 folkevalgte.

Da tilleggsoppdraget til forprosjektet for Akson dikterte at det skulle legges til et kommunalt eid selskap, ga det det videre arbeidet en litt krevende utfordring, men vi kom oss videre i et samarbeidsprosjekt. Staten var opptatt av, som det lå i forprosjektet eller i styringsdokumentet, at vi skulle etablere et aksjeselskap, mens vi var opptatt av å tydeliggjøre forutsetningene for prosjektet som et sånt selskap skulle ha ansvar for, og de styringsmessige rammebetingelsene. Enden på visa var at KS etablerte Felles kommunal journal interim AS. Arbeidet pågår der nå, i den strukturen, samt i et prosjektråd.

Intensjonen i Én innbygger – én journal er fremdeles like viktig. Vi må lykkes med dette. Vi var derfor veldig glade da Helse- og omsorgsdepartementet, i protokoll fra foretaksmøtet i januar med Norsk helsenett, ba om at de bistår Felles kommunal journal interim AS med å vurdere arbeidet med å utvikle og etablere en felles kommunal journal og hvilken rolle Norsk helsenett kan ha.

Når det gjelder anskaffelse av konsulenttjenester, har ikke jeg noen innsikt i eller noen formening om hvordan direktoratet har gjort det. Jeg var klar over at direktoratet brukte både egne ansatte og konsulenter, og det opplevdes egentlig ikke som noe stort skille mellom direktoratets egne ansatte og innleide konsulenter. Jeg oppfatter at alle var opptatt av å finne gode løsninger. Jeg opplevde at prosjektleder Are Muri var faglig dyktig, og at han var veldig opptatt av å lytte til kommunenes behov. Jeg var klar over at han var innleid, og også at direktoratet flere ganger prøvde å ansette noen til å være prosjektleder, uten at de lyktes med å finne noen varig løsning for det.

Møtelederen: Takk skal du ha. Da går ordet videre til Lyngroth, som også har 5 minutter.

Svein Lyngroth: Jeg kom inn i styringsgruppen for Akson i 2019. Innledningsvis vil jeg si – jeg skal prøve å ikke gjenta noe av det som vi er enige om, Camilla Bruno Dunsæd og jeg – at vi fra Oslo kommunes side kjenner oss igjen i Riksrevisjonens kritikk. Det er spesielt på grunn av følgende forhold: at det er utredet i åtte år, har kostet 150 mill. kr, prosjektet har ikke i tilstrekkelig grad holdt tritt med den teknologiske utviklingen, fagmiljøene i kommunene ble nok ikke involvert tilstrekkelig eller hørt, samhandling mellom systemene er ikke godt nok beskrevet, unntatt i vedlegg Q_i sentralt styringsdokument – som vi kan komme tilbake til – og konsekvensene for helsenæringen er ikke tilstrekkelig kartlagt. Jeg må samtidig presisere at vi i Oslo kommu-

ne støtter opp om målbildet i Meld. St. 9 for 2012–2013, Én innbygger – én journal. Vi har vært tydelig på at det er viktig med en stegvis og smidig utvikling.

Begrepet «økosystem» er kanskje litt fremmed, men det er å forstå hvordan ulike systemer kan spille sammen for å redusere risiko og for samtidig å sikre fleksibilitet. Vi har vært veldig tydelig på at en bærebjelke i å utvikle systemer er noe av det vi ser realiseres nå, gjennom det Norsk helsenett gjør, nemlig å lage en god samhandlingsplattform som sikrer en infrastruktur og veiløsning for å kunne kople på ulike systemer. Det var vi veldig tydelig på i vedlegg Q, som ligger i sentralt styringsdokument, og vi mener det fortsatt står seg veldig godt, nemlig at det er et økosystem og ikke en type suitesystem – teknisk vanskelige begreper.

I dag har vi ulike journalsystemer som i utgangspunktet på mange måter er seg selv nok, og vi må få disse til å samhandle. Vår kritikk mot den løsningen som ble rullet ut, var at vi kanskje endte opp med å få et nytt, stort system som ikke ville samhandle med andre biter. Det ble forfektet ganske tydelig gjennom stemmen til Robert Steen i media, og det handlet om akkurat disse tingene som vi oppfatter at også Riksrevisjonen peker på. Faren ved å etablere og gå til anskaffelse av et stort system er at man lager et nytt suitesystem, og det var Oslo kommune veldig bekymret for. Derfor kom de innspillene og det som ligger beskrevet i vedlegg 7.

Vi opplevde for så vidt at mye av det som var bestillingen fra Helse- og omsorgsdepartementet den gangen oppdraget gikk gjennom tildelingsbrevet, var godt. Den sier at kommunen skal høres. Den sier at veldig mange av de forholdene som vi anbefaler, skal vektlegges. Som dere skjønner, har vi vært gjennom – som også min kollega fra Kristiansand sier noe om – en kvalitetssikringsmodell som nok i større grad er tilpasset å bygge bruer og veier enn å lage fleksible økosystemer for digitalisering. Dere kan jo se for dere hvordan f.eks. Vipps har blitt utviklet. Ingen visste hva vi har nå, kontra hva man begynte med som en vennebetaling. Dette er dynamiske prosesser, og KS-systemet er ganske rigid rigget for å få en løsning hvor en vet hva en skal ha i utgangspunktet, før en går til en type anskaffelse.

Vi har hatt god dialog underveis. Vi har jobbet tett sammen med KS og de andre kommunene. Vi opplevde underveis i arbeidet at det var korte tidsfrister.

Vi opplevde at det var vanskelig å få inn våre prosesser underveis, og vi opplevde at det var krevende å få på plass en helhetlig tankegang som bygger på en samhandlingsplattform som igjen skal ha journalløsninger som bygges opp. Vi fryktet nok, hvis man kan bruke en veianalogi, at man kunne ende opp med at alle skulle kjøre Volkswagen Golf. Det er klart at det kan være krevende når man har behov for sykebil, brannbil og en del andre typer tjenester. Da trenger vi et helhetlig økosystem med et større mangfold.

Når det gjelder konsulentbruk, er jeg lite kjent med hvordan direktoratet har praktisert og håndtert det selv. Jeg var kjent med at det var ekstern prosjektleder, som for øvrig gjorde en veldig god jobb. Konsulenter kan gjøre en god jobb, og vi oppfattet at det var en god dialog på den måten. Men jeg har ikke inngående kunnskap om hvordan Direktoratet for e-helse anskaffet eller benyttet og håndterte kontrakten utover det jeg har lest i media.

Møtelederen: Tusen takk skal du ha. Da starter komiteens utspørring, og vi begynner med sakens ordfører – Even Eriksen fra Arbeiderpartiet, vær så god.

Even Eriksen (A): Tusen takk for gode innledninger til dere begge to. Jeg tenker at vi kan starte med å be om at dere i tur og orden kan beskrive kommunikasjon og informasjon til deres kommuner som grunnlag for å fatte beslutningen om å slutte seg til det nasjonale samarbeidet om felles kommunal journal – om dere kunne ha sagt noe rundt den kommunikasjonen og informasjonsbiten. Vi kan starte med Kristiansand først.

Camilla Bruno Dunsæd: Når det gjelder Kristiansand, har vi vært en samarbeidskommune, sånn at vi jo har fått informasjon via det. Hvis du spør om informasjon generelt til landets kommuner, har det vært en utfordring hele tiden å få nok informasjon ut til kommunene. Vi gjorde et stort stykke arbeid i forbindelse med intensjonsavtalen som ble sendt ut. Det var midt i en pandemi, det må vi ha i bakhodet. Det har vært en pandemi de to siste årene, og det at vi fikk så stor tilslutning da, mener jeg sier noe om at kommunesektoren ser at dette er det faktisk veldig stort behov for. Da fikk vi ut informasjon, og så har det vært litt mindre informasjon nå den siste tiden, men – ja, jeg tror jeg nøyer meg med det.

Even Eriksen (A): Kort – Oslo også.

Svein Lyngroth: Fra Oslos side har vi vært engasjert også politisk i denne saken, og Oslo kommune er parlamentarisk styrt – det er en ganske stor kommune. Men de partene og enhetene i Oslo kommune som har ansvar for dette, har vært tett involvert i saken.

Even Eriksen (A): Opp imot deres kommuners behov: Hva slags oppfatning har dere av forskjellen mellom en samhandlingsplattform og en journalløsning ut fra de behovene deres kommune har – Kristiansand?

Camilla Bruno Dunsæd: Det henger så tett sammen. Det går ikke an å ha en journalløsning for kommunesektoren hvis ikke vi har en samhandlingsløsning. De må være sammen.

Svein Lyngroth: Jeg støtter det Camilla Bruno Dunsæd sier. Samhandlingsløsning er utrolig viktig, og bekymringen vår underveis i arbeidet var at det ble noe nedprioritert i forhold til det vi ønsket oss. Det henger sammen med det jeg sa i stad, nemlig at hvis en skal utvikle gode journalsystemer, må en ha en samhandlingsløsning som virker. Det er ingen som lager en veldig fin el-bil som skal kjøre langt, hvis det ikke er en god motorvei å kjøre på.

Even Eriksen (A): Det er gode illustrasjoner – takk for det. Tidligere i dag har vi hørt IKT-Norge, Fagforbundet, Legeforeningen og Sykepleierforbundet, der enkelte ga uttrykk for at de i prosessen med Én innbygger – én journal opplevde at mange av beslutningene var tatt på forhånd. Det var mangel på involvering og inkludering og manglende hensyn til innspill som kom underveis i prosessen.

Dere har vært litt inne på det, men kan dere si noe mer rundt det – Kristiansand først?

Camilla Bruno Dunsæd: Jeg opplever at kommunesektorens behov er blitt tatt på alvor. Jeg opplever at det har blitt en større og større forståelse i løpet av disse årene for kommunesektorens behov og kommunesektorens annerledeshet sammenlignet med spesialisthelsetjenesten og andre. Så mitt inntrykk er ikke at noen hadde bestemt seg veldig tydelig på forhånd hvor vi skulle hen. Det har vært reelle utredninger underveis.

Så kan ikke jeg si noe om hvilke løsninger som eventuelt har vært inne i ulike folks hoder, men det har i alle fall vært grundige utredninger underveis, og kommunesektoren er blitt lyttet til i større og større grad, vil jeg si.

Svein Lyngroth: Det er et veldig betimelig spørsmål. Jeg oppfatter at vi kan bruke begrepet: Det er aldri så galt at det ikke er godt for noe. Så vi har lært mye i denne prosessen. Markedet har utviklet seg. Hvis man leser det ganske tydelig og enkelt på SSD-en, sentralt styringsdokument, kunne det tolkes som at det skulle bli én stor anskaffelse – ergo ville andre leverandører kunne fases ut. Det har ført til en stor mobilisering i markedet.

Samtidig har vi underveis i den prosessen lært utrolig mye, og det som var utgangspunktet for Én innbygger – én journal, og det kompetansenivået som lå der, er helt annerledes i dag. På samme måte vet vi nå i dag at vi kan kjøre 100 mil, eller i hvert fall 75 mil, med el-bil, men det ville vært helt utenkelig for noen år tilbake. Akkurat den samme utviklingen har også skjedd med kompetanse.

Even Eriksen (A): Da kan vi avslutte og gå videre.

Møtelederen: Da er vi over på den åpne spørsmålsrunden hvor alle partiene skal få slippe til i tur og orden. Vi starter med Høyre og Svein Harberg – vær så god.

Svein Harberg (H): Takk for innledningene. Jeg sitter med en opplevelse av – og Lyngroth var inne på det – at man ikke ble hørt. Det er av og til litt forskjell på det å bli hørt og det å få det som en vil. Er det riktig når vi opplever at det kanskje ikke var tillit mellom dem som bestilte dette arbeidet, og dem som var på deres nivå. Det var ikke tillit til at løsningene ble gode nok – slik dere mente at de skulle være.

Svein Lyngroth: Skal jeg svare på det?

Det er et veldig godt spørsmål. Vi opplevde at vi måtte gjenta ting mange ganger. Så kan nok forklaringen på det være like mye at det var et prosjekt som skulle passe inn i et KS, altså ikke kommunens interesseorganisasjon, men rett og slett et investeringsregime, som at det var motvilje. Det er vanskelig for oss å si, koblet med at det har skjedd en stor utvikling. Da vi startet dette arbeidet, og i hvert fall da jeg var inne i 2019, hadde vi lavere kompetanse både i markedet, i offentlig sektor og blant konsulenter enn det vi har i dag på det som angår økosystem, og det som angår samhandlingsløsninger. Vi opplevde at vi hadde den kompetansen i Oslo kommune, og presset hardt på for at den kompetansen skulle inn, sågar også vedlegg Q, som vi mener står seg veldig godt, og som beskriver en arkitektur for hvordan man kan tenke en mer helhetlig løsning.

Sammen med KS og de andre kommunene var vi helt enige og måtte jobbe hardt mot direktoratet for å få det inn. Det handlet ikke nødvendigvis om motvilje, men det handlet om at det nesten var en dreining i konseptet sånn som enkelte oppfattet det som var bestillingen.

Svein Harberg (H): Takk skal du ha. Kompetanse dukker opp hele veien her, og dere er inne på at når en gjør noe sånt, så lærer en kanskje i ettertid mest hva en ikke skulle gjort. Men den koblingen mellom kompetanse om det som er og må tas med videre, og det som bør være løsningen der framme – du var så vidt inne på det – har den vært i det totale systemet? Dere har vært representert i styringsgruppen. Har det vært evne til å se hvordan en kan løfte dette inn i framtidige løsninger?

Svein Lyngroth: Jeg tror at vi har lært, og veldig mange har lært. Også det private næringslivet har lært mye underveis de siste årene, dels som en konsekvens av dette og dels som en naturlig utvikling. Men å tenke økosystem og helhetlig, hvor man bruker ting smidig og bytter ut ting underveis – der tror jeg kompetansenivået har blitt hevet vesentlig de siste årene, også under

pandemien, hvor vi har sett at vi klarer å få ting til på en veldig effektiv måte med smidige løsninger. En av de leverandørene som faktisk bidrar til at dette skjer innenfor helseområdet, er Norsk helsenett, som jobber på en veldig smidig og bra måte for å tilrettelegge for at ulike typer systemer skal kunne spille sammen.

Camilla Bruno Dunsæd: Jeg har lyst til å kommentere det, for det er lenge siden 2013, og det har skjedd utrolig mye. Det er lett nå når vi sitter her i dag, å tenke at vi visste det vi vet i dag da vi satt i 2013. Vi gjorde ikke det. Så vi må ha med inn i bildet her at vi sammen har beveget oss lenger på de årene som har gått. Så har jeg lyst til å si til det forrige spørsmålet at jeg opplevde at fram til 2018 var det reell medvirkning fram til vi landet på konseptvalg 7. Litt fordi vi ble presset inn i KS-modellen, og fordi det var såpass korte tidsfrister for selve arbeidet med SSD-en, opplevde vi nok mindre reell påvirkning.

Møtelederen: Da går vi videre på listen – til Senterpartiet og Nils T. Bjørke.

Nils T. Bjørke (Sp): Takk for gode innleiingar. Kva meiner de er hovudårsaka til at konseptvalutgreiinga, KS2 for 2020 av prosjekt Akson, konkluderte med at tiltaket, slik det er beskrive, «gir imidlertid ikke tilstrekkelig trygghet for at målene for det valgte konseptet nås og at de identifiserte nyttegevinstene kan realiseres»? Kva er det som gjer at dette ikkje har kome fram i utgreiinga tidligare?

Svein Lyngroth: Det er et veldig godt, men veldig vanskelig spørsmål. Jeg går ut fra at du siterer fra Riksrevisjonens vurdering. Vi tror at det handler om en del av den samme kritikken vi hadde, nemlig kompleksiteten. Hvis man kjører én, to eller tre anskaffelser på et stort system som skal leveres om fire–fem år, vil sannsynligvis den teknologiske utviklingen – ref. bilanalogien min – ha gått videre fordi ting utvikler seg. Ved å legge an til den anskaffelsen, som vi var kritiske til i Akson, var vi redde for at det ville bli en for stor anskaffelse som kanskje var gått ut på dato når den ble tatt i bruk.

Camilla Bruno Dunsæd: Jeg tenker at et sånt prosjekt krever en mer agil tilnærming. Man må hele tiden kunne gå tilbake og justere kursen. Det er vanskelig med den prosjektmodellen der vi skal legge fram styringsdokumentet, det skal være ekstern kvalitetssikring, og så skal det gå videre til neste skritt. Det kan være noe av forklaringen. Det passer kanskje bedre til veier enn til noe slikt agilt – der vi hele tiden må ta inn ny kunnskap for å vri prosjektet sånn at den kunnskapen og det vi velger å sette i verk, hele tiden er up-to-date.

Nils T. Bjørke (Sp): Då har eg et par spørsmål til Oslo kommune. De har stilt spørsmål om kva tid løysinga kjem, kva ho vil kosta, og kva ho vil hjelpa oss med? Har de fått nokon gode svar på det? Oslos helsebyråd har jo uttalt til Aftenposten at me kan klara det både meir effektivt og med betre framdrift enn det det vart lagt opp til i Akson-prosjektet. Kva ligg bak den utsegna?

Svein Lyngroth: Det som ligger bak det, er tanken om – skal vi se – at det ideelle ikke alltid blir det reelle. Det er bedre – hvis jeg kan bruke et begrep – med én fugl i hånden enn ti på taket. Det er tanken om å få et perfekt system om syv–åtte år som koster x antall milliarder – og da har vi mer tro på at det er bedre å jobbe med å utvikle ting stegvis ut fra det vi har, og tilpasse det, enn å ende opp med en stor løsning som kommer om åtte–ti år. Det er bakgrunnen for de kommentarene.

Møtelederen: Da går vi videre til Fremskrittspartiet og Carl I. Hagen.

Carl I. Hagen (FrP): Takk for innledninger og svar så langt.

Jeg vil ta opp noe som ikke har vært nevnt denne gangen, nemlig innleide konsulenter i direktoratet. Var det et problem som dere møtte, eller var dere helt klar over når dere snakket med en innleid konsulent som ikke hadde beslutningsmyndighet, og når dere snakket med dem som hadde beslutningsmyndighet? Var det et problem i det hele tatt, eller har det vært overvurdert i bl.a. medier?

Det andre dere nevnte, var korte tidsfrister. Hvor stort problem var det at tidsfristene var så knappe at man ikke kunne forankre svarene og innspillene sine skikkelig i kommunene, og i den enkelte kommune, bl.a. med de folkevalgte, der de skulle inn i bildet? Svekket det i realiteten de innspillene som kom fra kommunene?

Camilla Bruno Dunsæd: Når det gjelder innleide konsulenter, forholdt vi oss til prosjektleder Are Muri i stor grad. Han gjorde jo en god jobb, og det var tydelig – i hvert fall for meg – at han var en innleid konsulent. Så har det også vært mange andre konsulenter som har bidratt med faktagrunnlag, og som har vært ute og deltatt sammen med kommunene. I hvilken grad de da ble oppfattet som konsulenter, kan jeg ikke si noe om.

Når det gjelder korte tidsfrister: Ja, kommunene er jo – som dere vet veldig godt – selvstyrte, og det er mange av dem. Når Svein Lyngroth og jeg skal representere Kommune-Norge inn i et så viktig arbeid, representerer vi egentlig bare oss selv. Derfor er det viktig å kunne ha tid nok til å sørge for at dette er noe alle kommunene er

orientert om og gjerne vil være med på. Vi har laget en god struktur for informasjonsdeling og har koblet på Agder-kommunene, så vi har jobbet en del i den strukturen. Men det gjorde det vanskelig å få forankret dette med egne folkevalgte – kanskje en rakk å ta en kjapp utsjekk med ordføreren – og det gjorde det vanskelig å hente innspill fra de andre kommunene i Agder, som jeg følte en viss forpliktelse til da jeg skulle representere inn i dette prosjektet.

Svein Lyngroth: Jeg støtter opp om det som Dunsæd sier her. I hvilken grad det var et problem med innleide konsulenter, var ikke vi kjent med. Vi var kjent med hvem som var hovedprosjektleder, og så hadde vi ikke noe forhold til de andre.

Vår opplevelse var at det ble levert et godt og profesjonelt arbeid, selv om vi ikke var enige i målbildet som lå til grunn. Og så var det knappe tidsfrister. Ja, spesielt i innspurten var det knappe tidsfrister. Vi presset veldig hardt på fra Oslos side fordi vi ville være med og skrive vedlegg Q for å sikre plattformtilnærmingen, og den er jo i stor grad skrevet av kommunene selv, i samarbeid med konsulentene.

I hvilken grad var det et problem med korte tidsfrister? Ja, det var et problem fordi man måtte bli ferdig til den videre behandlingen. Det hadde vært betimelig å be om en utsettelse, kanskje, på et halvt år, men da ville man gått glipp av KS-prosessene for investeringsregimet. Vi opplevde ikke innleide konsulenter som et problem, men det var i praksis. I hvilken grad det er klokt å ha innleide konsulenter, er et annet spørsmål.

Møtelederen: Da går vi videre på listen – til Rødt og Seher Aydar.

Seher Aydar (R): Det ble sagt at prosjektlederen gjorde en god jobb – og som dere har hatt kontakt med. Samtidig beskriver dere korte tidsfrister. Tidligere i dag fikk vi også beskrivelser om frustrerende innspillsrunder, og jeg prøver å få litt tak på det. Hvor mener dere at problemet har ligget? Har det ligget hos politiske ledelse, har det ligget hos direktoratet eller prosjektledelsen, eller mener dere at det nær sagt har vært problemfritt? Tror dere at man kunne oppnådd et bedre resultat med mer medvirkning og mulighet til forankring?

Camilla Bruno Dunsæd: Når det gjelder korte tidsfrister, går oppdragene til direktoratet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er der tidsfristene blir satt. Jeg opplevde at det var styrt av budsjettprosessene. Jeg husker vi reflekterte en del ganger over det, for hvis ikke direktoratet klarte å levere i tide, gikk vi kanskje glipp av en budsjettrunde i Stortinget og fikk ikke de nødvendige midlene. Vi var jo veldig glade da Stortinget ga de millionene som kom på plass for å drive dette prosjektet videre. Derfor har jeg kjent på en dualitet knyttet til akkurat det spørsmålet. For hadde vi ikke levert, og direktoratet ikke forholdt seg til de korte tidsfristene, hadde det kanskje gått en runde til i Stortinget før det ble bevilget midler. Derfor var vi på en måte med på å forstå at vi måtte leve med de korte tidsfristene. Men det var ikke ideelt. Det var også en av grunnene til vi reiste spørsmålet: Kan vi bruke mest tid på samhandlingsløsningen nå, og utsette journalløsningen litt i tid, for å få litt bedre tid til involvering knyttet til samhandlingsløsningen, og så ta felles kommunal journalløsning etterpå? Men da ble argumentet brukt at den samfunnsmessige nytten var lagt inn i samme vurdering, og det stemte jo. Så da ble det sånn som det ble, rett og slett. Om kvaliteten hadde blitt bedre, er vanskelig å si. Det er sånn sett et hypotetisk spørsmål. Men i alle fall hadde vi hatt bedre tid i kommunene til å få forankret dette, og det er mulig at direktoratet hadde hatt bedre tid til å innarbeide de problemstillingene vi reiste og syntes det var viktig å ha med i det videre arbeidet.

Svein Lyngroth: Bare for å supplere Dunsæd: Noe av dette handler også om investeringssystemet til staten, som vi har vært inne på noen ganger. Det setter klare betingelser for når og hva som må være ferdig på hvilket tidspunkt, og som igjen baserer seg på at man har en klar og konkret plan for hva man skal oppnå når man går til en investering. Dette er problematisk i henhold til digitalisering og utvikling, hvor man ikke alltid vet dette på forhånd, for det er noe som blir til delvis underveis. Det betyr ikke at man ikke skal ha kontroll på midler, men det betyr en mer smidig tilnærming.

Vi opplevde det som en utfordring i arbeidet at det var korte tidsfrister. Ting vi leverte innspill til, ble ikke alltid gjenstand for en utkvittering før neste versjon kom. Dette handler ikke nødvendigvis om motvilje, men det handler om at prosessen gikk ganske fort.

Møtelederen: Da har jeg notert Lubna Jaffery, fra Arbeiderpartiet.

Lubna Boby Jaffery (A): Jeg har to spørsmål, og jeg tar dem i ett, så kan dere få svare.

Det ene går igjen på disse korte tidsfristene. Det har vi også hørt fra organisasjonene som var her tidligere, og det er også pekt på at det har noe å gjøre med statens måte å budsjettere på og budsjettprosesser. Mener dere at det var en reell involvering? For man vet jo om budsjettprosessene når fristene settes. Oppfattet dere at det var noen vits i å sende disse innspillene, når dere sier at dere ikke kjente dere igjen i de innspillene som var sendt inn? Ble det altså gjort en jobb forgjeves fra kommunenes side? Det er det ene spørsmålet.

Det andre er: Legeforeningen har tidligere i dag vært innom at man i 2015, da helseforetakene trakk seg ut, mente at man burde ta en fot i bakken og tenke over situasjonen og prosjektet. Er dette en vurdering dere som kommuner kjenner dere igjen i? Burde man tatt litt pause og gjort en ny vurdering i 2015 da helseforetakene trakk seg ut?

Camilla Bruno Dunsæd: Om det med reell involvering: Min opplevelse er at Direktoratet for e-helse har hatt et genuint ønske om å involvere kommunesektoren og lytte til kommunesektorens behov, men at tidsrammen gjorde at de i begrenset grad fikk anledning til det, rett og slett. Jeg vet at det ble jobbet knallhardt og i mange, mange timer i direktoratet for å bli ferdig. Vi bidro også gjennom KS med konkrete innspill til formuleringer. Noe av det ble tatt til følge, men ikke alt. Så jeg tror ikke det står på viljen, jeg tror det står på at ting måtte gå ganske fort i noen perioder.

Når det gjelder om vi skulle ha tatt en pause i 2015, er jeg ikke sikker på om jeg kjenner meg helt igjen i at sykehusene trakk seg ut. Min opplevelse i Nasjonalt e-helsestyre er at dette har vært noe sektoren har vært enig i at man trenger. Det gjelder både kommunene, det gjelder spesialisthelsetjenesten, og det gjelder fastlegene. Så har vi litt forskjellig inngang til det, men dette er noe vi har villet få til i fellesskap, også sykehusene. Grunnen til at sykehusene kanskje ble oppfattet som å trekke seg ut, var at spesialisthelsetjenesten i de fire helseforetaksregionene jobbet med egne systemer. De fire henger ikke helt sammen, så da ble det ansett som den beste løsningen at de jobbet videre med sine prosjekter, men med et helt tydelig budskap om at den felles samhandlingsløsningen skal også spesialisthelsetjenesten rette seg inn mot, samtidig som kommunesektoren skal gjøre det, så vi faktisk får til det sømløse, som det vil være utrolig bra for innbyggerne i Norge at vi får til.

Svein Lyngroth: Det er gode spørsmål du stiller. Det handler selvfølgelig om hvor i prosessen vi er. Hvis vi er på våren 2020, var det klart at det ble drøftet behov for mer tid, fordi innspurten gikk så pass hardt for seg. Det var en pandemi, og det var problemer med ressurser. Veldig mange ansatte var koblet til helt andre oppgaver, nemlig det å sørge for at vi fikk datasystemer som funket for våre innbyggere. Sånn sett ble det drøftet.

Oslo tok til orde for at vi burde bruke mer tid i prosessen. Så var det dette opp mot KS-regimet. I hvilken grad det innbefattet en pause eller rett og slett å utsette fristen for når det skulle inn i sentralt styringsdokument, og avlevering på det – som vi egentlig aldri behandlet 100 pst., for det var 95 pst. ferdig-utgaven vi behandlet den 27. – mente vi at man skulle bruke mer tid på det, men det var vanskelig å få til som en helhetlig del av arbeidet.

Møtelederen: Vi begynner å få knapt med tid, og det er tre inntegnende spørsmål, så jeg oppfordrer til kjappe spørsmål og svar.

Førstemann ut er saksordføreren, deretter Svein Harberg og til slutt Nils T. Bjørke.

Even Eriksen (A): Det er brukt 1,2 mrd. kr i investeringer og utredninger i arbeidet med Én innbygger – én journal. Kan dere være konkrete på hvilke gevinster deres kommuner nyter godt av i det arbeidet som har blitt gjennomført? Vær konkret.

Svein Lyngroth: Det er umulig å svare på det spørsmålet, men det som har kommet for vår kommune, er en betydelig læring i hvordan man jobber. Vi hadde ikke kunnet håndtere pandemien sånn som Oslo kommune har gjort, med den profesjonaliteten, hvis vi ikke hadde lært en del gjennom det arbeidet og den kommunikasjonen og dialogen som også er bygd opp i Norsk helsenett for å få det til. Det er en helt klar gevinst som har vært veldig viktig for veldig mange. Vi har på en smidig måte, i en type økosystemtilnærming, brukt samarbeidet med Norsk helsenett til å etablere systemer for pasientoppfølging for å få oversikt over vaksinasjon og dets like. Det er en helt objektiv gevinst på det som går på at teknologien var moden, men at kompetansen til å håndtere det ikke var sterk nok.

Utover det er det vanskelig for meg å gi konkrete eksempler, men det er et veldig godt spørsmål.

Camilla Bruno Dunsæd: Jeg støtter meg til det Svein Lyngroth sier.

Møtelederen: Da er neste spørsmål fra Svein Harberg.

Svein Harberg (H): Når vi har to sørlendinger på den andre siden, blir det jo myke og fine svar. Da blir vi kanskje litt myke og fine i spørsmålene også, men jeg skal utfordre litt mer.

Vi har snakket mye om tillit og tilbakemeldinger, men det er jo sånn i dette systemet at f.eks. Legeforeningen fraråder legene sine å være med. Det er vel ikke akkurat en styrke for framdrift i prosjektet. Oslo kommune, ved Robert Steen, gikk vel også ut og sa at det ikke var aktuelt å være med. Samtidig sitter dere i styringsgruppen og skal utvikle prosjektet. Det virker jo litt rart sett utenfra.

Svein Lyngroth: Ja, det kan virke rart. På et tidspunkt har Oslo kommune redusert rollen sin noe i dette arbeidet. Men vi satt i styringsgruppen fram til vedta-

ket den 27. februar, og det var omforent både politisk og administrativt i Oslo kommune.

Så har vi hatt en annen rolle i etterkant av det. Men det er noe med allikevel å få lov til å være med og påvirke det man kan, og jobbe sammen om det, kontra det å ikke ha noen kontakt, og vi har vurdert administrativt at det har vært lurt å ha en god dialog, og det har vi klart å ivareta.

Camilla Bruno Dunsæd: Det er vi andre kommunene veldig glade for, for det er klart at Oslo kommune er en veldig sentral kommune med mye kompetanse, som vi trenger på laget.

Når det gjelder Legeforeningen og fraråding, står jo Legeforeningen på egne bein til å gjøre det. Men det oppfattet jeg nok var knyttet til noen av de løsningene som da var presentert. Jeg minner om at KS og Legeforeningen skrev et felles brev og understøttet betydningen av at vi lykkes med dette prosjektet. Der opplever jeg at vi sånn sett er sammen om det felles målbildet, og så er det kanskje noen ulike tilnærminger på veien dit.

Svein Lyngroth: Min oppfatning er at Legeforeningen også er enig i vedlegg Q, som vi har lagt inn, men helheten i sentralt styringsdokument mener vi ikke innarbeidet den forståelsen.

Møtelederen: Da er siste inntegnede Nils T. Bjørke, Senterpartiet.

Nils T. Bjørke (Sp): Det er tydeleg at Legeforeningen og de ser litt ulikt på ein del punkt. Og ein kan jo stilla spørsmålet når ein ser kor mykje pengar som er brukte på utvikling. Eg forstår at de òg er einige i at sjølve systemet vart for omfattande. Det vart for mykje som skulle gjerast. Er litt ulikt syn heller det at de er redde for at hadde det stoppa opp, hadde det ikkje vorte noko, enn at de ikkje er heilt overtydde om at det store heilskapsprosjektet Akson er bra? For eg oppfattar at de vil ha ei litt meir dynamisk løysing enn det. Er skilnaden mellom dykk og Legeforeningen meir det at det hadde vore betre å stoppa opp og gått i ei litt anna retning, men at de kanskje var redde for at då hadde det stoppa heilt opp med samhandlinga? Eg vil gjerne få ei utdjuping av det.

Camilla Bruno Dunsæd: Ja, vi har vært bekymret for at det skal stoppe helt opp, for vi mener at det er avgjørende viktig å få til dette digitaliseringsløftet i kommunene – ikke først og fremst for kommunenes del, men for dem som kommunene er til for, nemlig innbyggerne våre og pasientene våre. Vi har også hele tiden vært opptatt av den stegvise utviklingen og den mer dynamiske tilnærmingen, som sånn sett – vi har vært inne på det flere ganger – ikke kom tydelig nok fram i det sentrale styringsdokumentet. Der har vi hatt en felles tilnærming med Legeforeningen, på akkurat det punktet.

Svein Lyngroth: For å supplere det: Oslo kommune var kritisk og bekymret– og det har byråd Steen tilkjennegitt mange ganger – for at vi skulle ende opp med ett eller to veldig store systemer. For det har vi liten tro på, markedet har liten tro på det, og vi ville da vært bekymret for å kunne jobbe smidig på enkelte områder. Nok en gang: Det vi har fått til under pandemien i samarbeid med Norsk helsenett og mye av den statlige satsingen på det, har vært en suksess, for vi har fått til gode tjenester. Det er veldig viktig, og det må vi ikke glemme. Det arbeidet som nå foregår som en del av plattformarbeidet med Norsk helsenett og legger til grunn for en smidig og stegvis utvikling, er veldig viktig. Men å etablere og gå til anskaffelse av et kjempestort system har Oslo kommune veldig liten tro på, for vi tror at det er en fare for at det har gått ut på dato før det realiseres.

Møtelederen: Da er tiden ute for den åpne spørsmålsrunden, og vi går inn for landing med noen avsluttende betraktninger dersom det er ønskelig fra deres side. Dere har 5 minutter til disposisjon.

Camilla Bruno Dunsæd: Da har jeg lyst til å si at det tar tid. Det er komplekse prosesser, og det er stor risiko ved det vi holder på med. Det er avgjørende viktig at vi nå kommer oss videre og bruker all den kunnskapen vi har fått i de årene som har gått, for å drive dette prosjektet videre i den strukturen vi nå jobber i, i Felles kommunal journal interim AS med tilhørende prosjektråd. Min opplevelse er at aktørene som er på banen nå, er opptatt av at vi finner de gode løsningene sammen, og det vil vi i kommunesektoren som kommuner gjerne være med på å bidra til.

Svein Lyngroth: Jeg støtter det Camilla Bruno Dunsæd har sagt her. Det er viktig å huske på at det er i kommunen innbyggerne bor. For at vi skal kunne gi gode tjenester, er vi avhengig av å ha gode datasystemer, ikke bare så vi kan hente opp et røntgenbilde eller finne en informasjon, men også ha informasjon i sanntid. Det er vi helt avhengig av.

Hvis det fantes et system å anskaffe som fungerte helt optimalt og alle var superfornøyd med, skulle vi veldig gjerne vært med på det. Men vi tror ikke det finnes. Derfor har vi kritikk mot dette, som vi for så vidt også oppfatter at Riksrevisjonen deler – og den er vi enige i. Våre innvendinger er sammenfattet i stor grad i referatet fra Nasjonalt e-helsestyre og styringsgruppen for Akson 27. februar 2020. Det mener vi står seg godt ennå. De prinsippene vi skrev inn der, mener vi for så vidt at også

Riksrevisjonen har verifisert i stor grad. Husk på at her var både RHF-ene og kommunene som satt i styringsgruppen, enige. Vi var enige om det som ble protokollført i det referatet, og det går på akkurat de tingene vi sier om at vi i større grad ville ha fokusering på et økosystem – la oss kalle det en veiinfrastruktur som gjør at man kan kjøre fra et sted til et annet, og ikke et felles innkjøp av både bil, vei, skilt og alt i en pakke som skulle komme om seks år. Det er en ganske stor forskjell på det, og det mente vi sammen med RHF-ene at ikke var godt nok utredet og til stede. Vi mente at det var en svakhet i det sentrale styringsdokumentet at ikke det var godt nok innarbeidet. Derfor fikk vi i dialog med Helsedirektoratet innarbeidet vedlegg Q. Sammen med KS fikk vi dette på plass, og vi mener det står seg fortsatt.

Vi mener at behovene har vært anerkjent av staten, men kompetansen for å følge det opp og se utviklingen har vært i en prosess underveis, og den pågår fortsatt. Her tror jeg vi er i en situasjon der vi ikke må tro at vi kan anskaffe et system på bakgrunn av det vi tror nå, altså at om seks år har vi ikke lært noe mer – det er bare å følge med på mobiltelefoner og alt. Det skjer en utvikling, og vi må ha en type systemer som sikrer at vi får det til på en best mulig måte.

Når det gjelder konsulentbruk, har vi lite inngående erfaring om det, men jeg vil underbygge det som Dunsæd også har sagt, at den opplevelsen vi hadde, var at vi traff profesjonelle mennesker som gjorde en veldig god jobb. Det er det vi har der. Men i hvilken grad det er klokt å ha mye konsulentdrevet virksomhet når man skal forvalte såpass store forhold, er et annet spørsmål. Det jobber vi fortløpende med også i Oslo kommune gjennom vår Origo-satsing, ved å bygge opp intern kompetanse, og det er krevende. Det er vel det viktigste vi skal si.

Jeg vil bare oppsummere på slutten med at vi synes at vurderingene som kommer fra Riksrevisjonen, er gode. Jeg synes at de har satt ord på veldig mye viktig. Det har kostet veldig mange penger, men det har også vært en viktig jobb. Det er en utfordring knyttet til hele denne såkalte KS-ordningen, for å få anskaffet tjenester. Noe av dette pågår kontinuerlig, og da kreves det noe som er veldig viktig: en god eierstyring, som sikrer at vi klarer å gjøre at de småanskaffelsene tilpasser seg, og klarer å utvikle underveis.

Oppsummert vil jeg si at det har skjedd veldig mye. Noe av det som har vært viktig her, er den rollen Norsk helsenett har fått for å drifte samhandlingsløsninger, og det arbeidet som er initiert fra Direktoratet for e-helse og fra departementet for å få det på plass. Det er et veldig viktig arbeid som jeg håper blir prioritert høyt. Og jeg tror at det gjennom arbeidet med felles kommunal journal og arbeidet vi gjør med helsedata i Oslo, vil være ulike elementer som vi kan koble dette sammen i.

Møtelederen: Tusen takk til dere begge to for at dere kunne stille i høring hos oss.

Da tar komiteen pause fram til kl. 12.10.

Høringen ble avbrutt kl. 11.47.

Høringen ble gjenopptatt kl. 12.10.

Høring med tidligere prosjektleder, PwC, Are Muri

Møtelederen: Da er klokken 12.10, og komiteen er klar til å starte opp igjen.

Jeg vil ønske velkommen til partner i PwC og tidligere prosjektleder Are Muri. Du er invitert til høringen fordi det gjennom media er kjent at du gjennom åtte år har vært involvert i arbeidet med Én innbygger – én journal. Som bisitter har du med deg Marie Naalsund Ingvaldsen, som er direktør i PwC og tidligere prosjektdeltaker. – Velkommen til deg også.

Jeg minner for ordens skyld om at dette er en åpen høring. Hvis det er taushetsbelagt informasjon som er relevant for komiteen, må dere gjøre oss oppmerksom på det, og vi kan eventuelt lukke dørene dersom det er behov for det.

Dere har nå 5 minutter til en innledning, og deretter blir det en åpen utspørring.

Da er ordet deres. – Vær så god.

Are Muri: Takk for det.

Jeg har vært innleid som prosjektleder for Direktoratet for e-helse i arbeidet med Én innbygger – én journal. Mitt ansvar og mine oppgaver var knyttet til daglig ledelse av prosjektet og å sikre at prosjektet leverte i henhold til gitte rammer og føringer. Alt arbeidet i prosjektet sprang ut fra oppdrag gitt av departementet til direktoratet og fra direktoratets ledergruppe til prosjektet. Den daglige prosjektledelsen ble utført av et team med undertegnede og tre ansatte i direktoratet. Dette teamet rapporterte til prosjekteier på ukentlig basis og til departementet etter behov.

Jeg hadde ingen økonomiske fullmakter og ingen fullmakter til å utløse eller inngå kontrakter på vegne av Direktoratet for e-helse.

E-helseprosjekter er i sin natur komplekse og krevende. Kvaliteten på journalløsningen kan i ytterste fall utgjøre forskjellen mellom liv og død. Dagens organisering av helsetjenesten og dagens journalløsninger innebærer at den enkelte virksomhet har stor råderett over sine egne løsninger. Det er det enkelte legekontor, kommune eller annen virksomhet som beslutter hvilket

journalsystem de skal bruke, og hva som skal være de lokale rutinene for dokumentasjon. Nasjonale e-helsetiltak og digitalisering generelt utfordrer virksomhetenes egen beslutningsmyndighet. Det får konsekvenser for dokumentasjon, teknologi og arbeidsrutiner i den enkelte virksomhet.

Ambisjonene i Én innbygger – én journal er høye. Utredningsarbeidet har tatt hensyn til mange interessenter og ulike behov. Helsepersonell har behov for rask og enkel tilgang til relevant informasjon om pasienten. Hva som er relevant, varierer mellom og innad i de 29 ulike fagprofesjonene. De fleste pasientene ønsker at helsepersonell har tilgang til relevant informasjon, slik at en slipper å gjenta sin historie, unngår unødvendig venting og i verste fall feilbehandling. Innbyggere generelt ønsker å ha en enkel tilgang til sin egen helseinformasjon.

Leverandører av dagens journalløsninger ønsker at deres løsninger skal videreføres, og at vi skal bruke mer penger. Leverandører av andre e-helseløsninger mener vi bør rydde kraftig i dagens journalløsninger.

Vi registrerer at Riksrevisjonen kritiserer anbefalinger knyttet til IT-arkitektur og mener at disse burde vært tydeligere og mer spesifikke, bl.a. ved å konkretisere hvordan en åpen plattform skal realiseres, og at en åpen plattform må bety et skille mellom data og applikasjon.

Vi som prosjekt undervurderte den oppmerksomheten IT-arkitektur etter hvert fikk. Vi mener likevel det er uklokt å være bastant på for mange teknologi- og arkitekturvalg tidlig i en slik prosess. Prosjektet mente at det er behovene til helsepersonell og innbyggere som bør være førende for valg av løsninger.

Det anbefalte tiltaket er omfattende og berører mange interessenter. Prosjektet har derfor vært opptatt av involvering. Prosjektet involverte brukergrupper i 44 små og store kommuner. Prosjektet involverte pasient- og brukerforeninger, som representerer innbyggernes behov. Og vi involverte forskningsmiljøer, som f.eks. Nasjonalt senter for e-helseforskning, samt gjennomførte leverandørmøter i flere omganger med våre nasjonale og internasjonale journalleverandører. Jeg forstår at det alltid er rom for mer og bedre involvering, og registrerer at Riksrevisjonen kritiserer prosjektet for mangelfull involvering av forskningsmiljø.

Prosjektet har hele tiden balansert mellom stemmer som mener det går for sent framover, og stemmer som mener vi må utrede og involvere mer. Uansett hva en gjør, er det sannsynlig at noen vil oppleve at de er for lite involvert, særlig hvis de ikke har fått gjennomslag for sine innspill.

Målet fra stortingsmeldingen Én innbygger – én journal, om at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasientopplysninger, gir mening. Vi, som prosjekt, har etter beste evne forsøkt å svare på hvordan mål og ambisjoner kan oppnås. Vi har forholdt oss til statens prosjektmodell, som stiller høye krav til detaljering og presisjon. Min opplevelse er at både prosjektet og direktoratet har hatt et genuint ønske om å realisere de målene som politikerne har satt. Vi mener vi har synliggjort utfordringene og nytten som ligger i tiltakene, i en sektor der mangelfull eller manglende informasjon kan få konsekvenser for liv og helse.

Møtelederen: Da går vi over til utspørring fra komiteen, og vi starter med saksordfører for saken, Even Eriksen fra Arbeiderpartiet, som har 5 minutter til disposisjon. Vær så god.

Even Eriksen (A): Takk for god redegjørelse innledningsvis.

Da starter jeg aller først slik: Når ble du for første gang leid inn som konsulent av Helsedepartementet, direktoratet eller Direktoratet for e-helse? Og hvilken rolle hadde du da?

Are Muri: Jeg ble engasjert første gang våren 2012 av Helsedirektoratet.

Even Eriksen (A): Hvilken rolle hadde du da?

Are Muri: Unnskyld! Nå husker jeg ikke tittelen eksakt, om det var prosessleder eller prosjektleder, men jeg var første person som ble engasjert inn i det arbeidet som startet den gangen.

Even Eriksen (A): Det står i Riksrevisjonens rapport at prosjektet Én innbygger – én journal har hatt samme konsulent i rollen som prosjektleder fra 2013 til 2020, dvs. åtte år. Er det riktig at det er deg?

Are Muri: Det er riktig at det er meg, ja.

Even Eriksen (A): Du sa litt innledningsvis i innlegget ditt noe om hvilke roller og oppgaver du har hatt, men kan du si litt mer om det – utenom at du sto for den daglige ledelsen i samarbeid med det teamet du nevnte? Kunne du sagt litt mer om din rolle?

Are Muri: Det er arbeidsoppgaver der som ligger til en tradisjonell prosjektlederrolle, av og til omtalt også som prosesslederrolle. Det handler om at man fra enten en ledergruppe eller i dette tilfellet på oppdrag fra departementet får en ramme, et oppdrag å løse. Prosjektlederens rolle handler veldig mye om å sikre at man har den nødvendige kapasitet, kompetanse, organisering, prosess for involvering osv., for å løse oppdraget på best mulig måte. Så inneholder selvfølgelig oppdraget også en rekke føringer og rammer som en skal forholde seg til.

I det daglige handler det om å følge opp at arbeidsoppgaver blir utført, at de møter en skal ha, blir planlagt godt og gjennomført godt. Det er mye kvalitetssikring og gjennomlesing av dokumentasjon i en definert prosess. Og det handler om å representere prosjektet i en rekke både interne og eksterne sammenhenger.

Even Eriksen (A): I forlengelsen av det: Hva er etter din mening ditt og dine ansattes viktigste bidrag for å nå de målsettingene som var reist i Én innbygger – én journal? På hvilken måte føler du at dere bidro direktoratet med å oppnå de målsettingene?

Are Muri: Jeg antar at spørsmålet er knyttet til PwC-ressursenes bidrag.

Even Eriksen (A): Ja.

Are Muri: Vi bisto inn med en prosjektledelse med undertegnede, også med ressurser som jobber med prosessledelse, altså det å få arbeidet framover. De mer fagspisse områdene var spesielt knyttet til teknologi, arkitektur og informasjonssikkerhet, og dernest samfunnsøkonomiske analyser av ulik karakter.

Våre medarbeidere inngikk i team og jobbet skulder ved skulder, eller side om side med direktoratets medarbeidere. Vi bidro etter beste evne til at de milepælene som arbeidet hadde, ble oppfylt.

Even Eriksen (A): Dette var jo en strategi fra direktoratet, å jobbe på den måten og få overført kompetanse, at man jobbet i team. Hvordan vil du si at du jobbet for å få din særskilte kompetanse overført til de andre ansatte i direktoratet?

Are Muri: Den gang Helsedirektoratet, senere Direktoratet for e-helse, oppbemannet jo vesentlig på sin side allerede og kanskje særlig i starten innenfor helsefagområdet, men også innenfor arkitektur og etter hvert også innenfor samfunnsøkonomiske analyser. Enten det var undertegnede eller en kollega av meg i PwC som hadde hatt roller innenfor de områdene fra før, så handlet det veldig mye om å gi kompetanseoverføring i en eller annen nærmere angitt periode, eventuelt jobbe ved siden av vedkommende, hvis det var opplegget.

Dette prosjektlederteamet som jeg nevnte i min innledning, var det mange grunner til at vi etablerte, men det var også fordi at når jeg på et tidspunkt skulle ut, var det andre personer, særlig tre personer, som hadde all historikk og kjente til prosesser, beslutninger osv. som hadde vært tatt, sånn at – hva skal jeg si – kostnaden av at jeg eller noen av mine konsulentkollegaer går ut, blir minst mulig.

Møtelederen: Da går vi videre til en åpen spørsmålsrunde fra komiteen. Vi starter med Svein Harberg, fra Høyre.

Svein Harberg (H): Takk for at dere kommer, at dere tok imot invitasjonen, og takk for orienteringen.

Jeg vil litt videre på det å bygge kompetanse, for Riksrevisjonen er jo inne på det. Kan du si litt mer om det? Opplevde du det som et konkret oppdrag, og var det et opplegg for å få konsulentenes kompetanse ut i den organisasjonen som skulle drive det videre?

Are Muri: Ja, jeg vil jo si det. Nå skal ikke jeg gjenta meg selv fra forrige spørsmål, men vi var oppriktig interessert i at det kom egne medarbeidere inn i arbeidet, og var opptatt av å overføre den kompetansen vi hadde. På noen områder går det ganske raskt, mens på områder som f.eks. går inn i de ganske store økonomiske modellene som ligger i arbeidet, tar det lengre tid. Da ble det alltid avklart med direktoratet hvor lang periode en eventuelt skulle jobbe side ved side for å sikre at kompetansen er tilstrekkelig overført.

Det har vært kompetanseoverføringer i mange sammenhenger, også da KS og kommunene etter hvert overtok arbeidet, så det er noe som ligger der naturlig som en oppgave.

Møtelederen: Da har jeg notert Senterpartiet og Nils T. Bjørke som neste.

Nils T. Bjørke (Sp): Frå Legeforeningen fekk me høyra at det ikkje var kultur i Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse for at innleigde konsulentar presenterte seg som innleigde. Var de rekna som ein del av direktoratet når de arbeidde utetter i større forsamlingar?

Are Muri: I alle oppdrag vi har, forsøker vi å avklare hvordan denne presentasjonen skal være, og praksisen er forskjellig, også i offentlig sektor. Den gangen i Direktoratet for e-helse var praksisen at en ikke skulle presentere seg som konsulent eller innleid konsulent, eller si hvor en kom fra – med mindre en fikk et direkte spørsmål, selvfølgelig. Da opplyste en naturlig nok alltid om det. En presenterte seg i egenskap av den rollen en hadde i den sammenhengen, f.eks. et møte.

Nils T. Bjørke (Sp) [12:24:32]: Eg lurar litt på di oppfatning av at 2015-utgreiinga ikkje vart kvalitetssikra, mens det vart vurdert som nødvendig i 2018 med ei kvalitetssikring av prosjektet. Har du nokon vurderingar av dei to ulike vurderingane?

Are Muri: Vi jobbet med oppdraget som resulterte i den første utredningen i 2015/2016, der vi skulle legge

til grunn eventuelt KS-ordningen. Hvorfor det ikke ble lagt opp til eller gjennomført, føler jeg det er departementet som må svare på. Jeg har ikke noen spesiell oppfatning rundt det. Jeg tok det til etterretning.

Nils T. Bjørke (Sp): Var det nokon forskjell på då og i 2018, då det vart utført?

Are Muri: Det å være gjenstand for ekstern kvalitetssikring er en helt særegen og ganske omfattende prosess, og den ble jo da ikke gjennomført i 2015, så sånn sett var det en stor forskjell.

Møtelederen: Da er det Fremskrittspartiet og Carl I. Hagen.

Carl I. Hagen (FrP): Takk skal du ha.

Jeg har først noen oppfølgingsspørsmål om det saksordføreren også tok opp. Du ble engasjert våren 2012 første gangen. Var det da klart at dette var et oppdrag som ville ta veldig mange år? Det at man har et kort arbeid og bruker konsulenter, er ikke unormalt, men ved en veldig lang periode, kanskje på åtte år, er det vel mer normalt at man ansetter noen. Det er mitt første spørsmål: Var det klart allerede våren 2012 at dette oppdraget ville ta veldig mange år?

Nummer to: Er dette et oppdrag som faktureres basert på medgåtte og brukte timer, eller er det et månedseller årshonorar for et slikt oppdrag?

Det tredje: Vi har hørt tidligere at Legeforeningen, Sykepleierforbundet, IKT-Norge og Fagforbundet underveis hadde – la oss si – en del klager om at det var veldig mye «top-down»-styring, og at beslutninger virket å være tatt på forhånd. Istedenfor at man la mer vekt på la oss si samhandling, skulle det være én journal over hele landet for hele tjenesten, istedenfor kanskje samhandling. Følte du som prosjektleder at du tok disse klagene og innspillene alvorlig og ga tilstrekkelig gode forklaringer tilbake til disse organisasjonene?

Are Muri: Til det første spørsmålet: Jeg tror det var klart for de fleste i Helsedirektoratet den gang at det å realisere overskriften Én innbygger – én journal var et langt tiltak. Det var nok allerede klart den gang. Mitt oppdrag og varigheten på mitt oppdrag hadde i hvert fall ikke undertegnede et så klart bilde av, og den minikonkurransen som gjaldt det første oppdraget, var av en vesentlig kortere karakter, uten at jeg husker tidsløpet. I PwC-sammenheng er dette oppdraget godt over snittet når det kommer til lengde på oppdrag.

Til spørsmål to: Det er sånn at minikonkurransene, som de anskaffelsene under rammeavtalen kalles, regulerer litt ulike ting, men det er medgått tid, da avgrenset til et antall timer i uken, som er reguleringsmekanismen og grunnlaget for fakturering.

Når det gjelder spørsmål tre, om det har vært «top-down», har dette vært et veldig krevende og omfattende arbeid, og som jeg forsøkte å si i innledningen, har det vært krevende også fordi veldig mange interesser og interessenter skal håndteres. Jeg har forsøkt – og jeg vet at prosjektet definitivt har forsøkt å være mest mulig etterrettelig i dette arbeidet og ikke innhente innspill for moro skyld, og så har en tatt konklusjonene på bakrommet. Det er klart at det at noen kan oppfatte det slik, har jeg forståelse for, men vi har forsøkt å jobbe mest mulig etterrettelig.

Møtelederen: Da er det Rødt og Seher Aydar.

Seher Aydar (R): Først har jeg også et spørsmål som følger pengesporet. Har dere noen samlet sum på hvor mye PwC har tjent på prosjektet i sin helhet? Har du noen gang gjort en vurdering av eventuell rolleblanding som prosjektleder og partner i et konsulentfirma?

Helt til slutt: Kan du beskrive din relasjon til tidligere direktør Bergland?

Are Muri: Kan jeg få stille et oppfølgingsspørsmål? Når du sier «tjent», mener du lønnsomheten eller omsetningen?

Seher Aydar (R): Du kan velge.

Are Muri: Ok. PwCs omsetning knyttet til dette arbeidet med Én innbygger – én journal, som startet i 2012, har til og med 2020 – da dekker vi to virksomheter, både Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse – vært 112 mill. kr på de ni årene. Jeg kan ikke uttale meg om vår lønnsomhet, og hva vi har tjent på det.

Når det gjelder rolleblanding, kan jeg bare si at jeg etter aller beste evne har forsøkt å skille mellom mine roller. Det er noe man møter hver eneste dag. Jeg tror at de som til slutt må svare på det, er de som har jobbet sammen med meg. Men jeg har forsøkt å være klar på å skille mellom rollene. Som jeg også sa innledningsvis, har det ikke ligget noen muligheter i min rollebeskrivelse til å foreta økonomiske disposisjoner eller velge å utløse en ekstra konsulent fra PwC. Det har vært utenfor mitt mandat.

Så til det siste spørsmålet: Jeg møtte Christine Bergland første gang da jeg startet arbeidet, rundt 2012, og jeg har etter hvert blitt godt kjent med henne profesjonelt og over tid fått et tillitsforhold til henne, også helt profesjonelt. Men det sier seg selv at over så lang tid har jeg blitt godt kjent med Bergland.

Møtelederen: Da har jeg notert Lubna Jaffery, deretter meg selv, så saksordfører Even Eriksen, Nils T. Bjørke og Carl I. Hagen – foreløpig. Jeg tror vi setter en foreløpig strek der, for det skal så vidt holde med

tanke på tiden. Men da er det Lubbna Jaffery, fra Arbeiderpartiet, vær så god.

Lubna Boby Jaffery (A): Jeg har to spørsmål. Det første spørsmålet handler om du på noe som helst tidspunkt har deltatt i utformingen av dokumenter som ble framlagt for Stortinget, knyttet til Én innbygger – én journal. I tilfelle ja: Hvilke? Har du som prosjektleder også bidratt til å utforme beslutningsgrunnlag for politisk ledelse eller – knyttet til det – hjulpet med svar på spørsmål som Stortinget har stilt? Hvis svaret er ja – når og hvordan? Det er det første, og så kan jeg komme tilbake til det neste spørsmålet.

Are Muri: Jeg kan ikke huske at jeg har levert dokumenter direkte til politisk ledelse eller utformet dokumenter direkte til Stortinget. Jeg har hatt tekstlige innspill i dokumenter som er utarbeidet av prosjektet. Dernest har i hvert fall de mest formelle dokumentene blitt behandlet i direktoratets ledergruppe, før de har blitt oversendt til embetsverket i Helse- og omsorgsdepartementet. Min hukommelse er at det som måtte være av notater eller underlag til politisk ledelse og Stortinget, er noe som departementet har stått for.

Lubna Boby Jaffery (A): Jeg har et spørsmål til. Vi har hørt i dag at det har vært til dels korte tidsfrister for å gi innspill til prosjektet. Noe av det har vært begrunnet med statens budsjettreglement og at man skal rekke budsjettfrister. Hvordan vil du vurdere prosjektledelsen knyttet til disse fristene når flere kommuner og andre aktører ikke har fått god nok tid til å utforme svar og har opplevd at de svarene de har sendt inn, ikke har blitt tatt med? Det er selvfølgelig forskjell på å bli hørt og å ta inn innspill, men her gjelder det også følelsen av at innspillene blir tatt på alvor.

Are Muri: Prosjektet har virkelig forsøkt og har hatt innspillsrunder, som har vært nødvendig og etterspurt fra prosjektets side. At det har vært tidsfrister som har vært krevende for f.eks. kommuner, fag- og profesjonsforeninger osv., er opplagt, gitt at det var få andre som jobbet dedikert med dette. Så det har jeg stor forståelse for. Dokumentvolumet på en del ting var også særdeles omfattende. Vi forsøkte å fasilitere denne prosessen best mulig ved å peke på tematikk eller områder som vi særlig ønsket innspill på, men at den oppfatningen finnes, må jeg bare ha respekt og forståelse for.

Møtelederen: Da har jeg tegnet med selv. Vi må både kutte ned på spørsmålsomfanget og oppfordre til korte svar – og her er et enkelt spørsmål: Har det blitt begått feil underveis i denne prosessen som setter eller kan sette hele prosjektet i spill?

Are Muri: Nei, ikke meg bekjent.

Møtelederen: Da er det Even Eriksen.

Even Eriksen (A): Tre raske spørsmål:

Hvorfor ble det valgt en arbeidsform med innspillsmøter framfor høringer i tradisjonell forstand? En tidligere spørsmålsstiller var litt inne på det samme.

Riksrevisjonen har funnet at Direktoratet for e-helse har brutt anskaffelsesregelverket ved flere anskaffelser, herunder bl.a. der PwC har fått anbudet. Stiller dere dere bak Riksrevisjonens kritikk, eller har dere kommentarer utover det?

Siste spørsmål: Aftenposten har tidligere omtalt at etter at media begynte å skrive om Akson-prosjektet, ble PwC engasjert av direktoratet for å svare ut de medieinnspillene. Er det korrekt?

Are Muri: Jeg må be om en avklaring på spørsmål tre, men vi kan ta de to første først.

Vi har hatt en arbeidsform som har blitt godkjent og akseptert blant dem som vi forholdt oss til. Når det gjelder utredningsinstruksen – da er jeg inne på KS-ordningen – er det meg bekjent ingen krav til høring. Jeg skal ikke gå lenger på det som handler om høringsinstituttet, for det har ikke jeg kompetanse til. Det har vært involvering og innspill som har vært vår arbeidsform.

Til spørsmål 2, om Riksrevisjonen og anskaffelsesregelverket: Det kan ikke jeg uttale meg om. Jeg kjenner ikke til de sakene, det må rettes til Direktoratet for e-helse.

Kan du gjenta spørsmål 3?

Even Eriksen (A): Det gjaldt Aftenposten, som har omtalt at etter at media begynte å skrive om Akson-prosjektet, ble PwC engasjert av Direktoratet for e-helse for å skrive svar til Aftenposten, bl.a.

Are Muri: Vi satt i prosjektet på det tidspunktet de artiklene som du henviser til, kom. Da sitter en med kompetanse på f.eks. samfunnsøkonomiske modeller og kost-nytte-beregninger, så da det kom spørsmål om det, kan nok PwC-konsulenter ha vært involvert i å lage tekstutkast i prosjektet, som prosjektdeltakere. Det er riktig. Det var verken en egen anskaffelse av PwC eller en spesifikk engasjering av PwC for å svare på disse medieuttalelsene – det var det ikke.

Møtelederen: Neste inntegnede er Nils T. Bjørke, fra Senterpartiet.

Nils T. Bjørke (Sp): I kvalitetssikringsrapporten for Akson-prosjektet frå 26. juni 2020 står det:

> «Strategien om frivillighet innebærer etter vårt syn at det trolig i 2030 kan være tilnærmet like man-

ge leverandører til kommunene som i dag, men de vil adressere et mindre marked. Dersom Epic ikke velges som hovedleverandør til Akson, kan de bli en betydelig alternativ løsningsleverandør til de kommunene som ikke velger å ta i bruk Akson.»

Viser dette til at det amerikanske selskapet Epic ville ha vorte vald som nasjonal leverandør av ei totalløysing? Og for ordens skyld: Har PwC globalt nokon kunde- eller eigarrelasjon til det amerikanske selskapet Epic?

Are Muri: Hvis jeg oppfattet det riktig, refererte du til den eksterne kvalitetssikreren – ja. De må eventuelt svare på det. Den vurderingen har ikke jeg noe spesielt syn på, om Epic og om hva som er statusen på journalmarkedet i Norge, i et eller annet scenario som ekstern kvalitetssikrer har satt opp.

Når det gjelder Epic, kjenner jeg ikke til om PwC har dem som kunde. Det er ukjent for meg, og jeg kjenner heller ikke til om vi har noen eierposisjon i Epic. Så det må jeg eventuelt få lov til å undersøke og komme tilbake til komiteen med, for det er ukjent for meg.

Nils T. Bjørke (Sp): Aftenposten har omtalt at i 2017 var PwC mellomledd for innleige av to legar som allereie hadde arbeidd i Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Stemmer det, og kor mykje fakturerte PwC direktoratet for innleige av desse legane?

Are Muri: Til det siste: Dette må jeg også få komme tilbake til, hvis det er et spesifikt, lite antall leger. Det kan jeg ikke svare på her og nå.

Vi, som flere andre aktører på direktoratets rammeavtale, hadde prosjekter som ble levert av underleverandører, også de nevnte legene. Det var selvstendige oppdrag som de hadde, og som vi tok gjennom vår rammeavtale med Direktoratet for e-helse – teknisk sett som en underleverandør.

Møtelederen: Da er det Carl I. Hagen som er neste inntegnede, og siste før Seher Aydar.

Carl I. Hagen (FrP)]: Du nevnte i din innledning at det også var en slags kultur i prosjektet om ikke å opplyse til mennesker man møtte, om at man var en innleid konsulent eller statsansatt, med mindre man ble direkte spurt om det. Hvorfor ble det slik at man ikke opplyste automatisk at man var en innleid konsulent med liten beslutningsmyndighet, i forhold til en som var ansatt, som kanskje hadde beslutningsmyndighet? – Det er mitt første spørsmål.

H hvilke fullmakter hadde du som prosjektleder til – la oss si – juridisk å binde staten ved avtaleinngåelser med utenforstående eller med leverandører? Normalt vil det være fast ansatte som har fullmakt til å binde staten, fordi da har de et helt annet ansvarsforhold enn en innleid konsulent. Hadde du i praksis de samme fullmakter som om du hadde vært fast ansatt i staten, eller hadde du et eget system hvor de beslutninger som du ønsket å treffe som prosjektleder, måtte godkjennes?

Are Muri: Generelt: Først vil jeg si at jeg mener selv at jeg har prøvd å opptre særdeles varsomt og med god rolleforståelse, og jeg har kanskje vært mer forsiktig enn jeg ville vært hvis jeg hadde vært ansatt. Det handler om med hvor stor tydelighet en går ut, og trygghet rundt at en har backing, om du vil, for det en sier.

Jeg vil ikke beskrive det som «en kultur» å ikke opplyse om at vi er konsulenter. Det var en praksis. Som jeg svarte på et tidligere spørsmål: Vi avklarer med våre oppdragsgivere hvorvidt vi skal opplyse om at vi er konsulenter, og hvilket selskap vi representerer, og den gangen var praksis at vi ikke skulle opplyse at vi var konsulenter, ei heller hvilket selskap. På direkte spørsmål – de kommer jo ofte – opplyste vi selvfølgelig alltid at vi var konsulenter, men det var ingen spesiell kultur i dette prosjektet. Det var praksis.

Som jeg sa i min innledning: Jeg hadde ingen fullmakter i dette prosjektet verken til å ta beslutninger eller gjøre økonomiske disposisjoner eller tilsvarende. Mine fullmakter var begrenset til å sikre at prosjektet leverte på de rammene som vi hadde. Så det ville være en sånn daglig administrativ og logistisk ledelse av prosjektet.

Møtelederen: Den siste inntegnede er Seher Aydar, og hvis vi får tid, saksordføreren.

Seher Aydar (R): I dette prosjektet utførte PwC ordinær saksbehandling på vegne av direktoratet, bl.a. behandling av innsynsbegjæringer. Har du, eller PwC, vært borti andre prosjekter hvor PwC har utført saksbehandling på vegne av det offentlige?

Are Muri: Jeg kjenner meg ikke igjen i beskrivelsen av at vi har drevet ordinær saksbehandling av innsynsbegjæringer.

Seher Aydar (R): Ok. La meg heller spørre om det først: Har dere behandlet noen innsynsbegjæringer på vegne av direktoratet?

Are Muri: Min praktiske erfaring er at når det kommer innsynsbegjæringer sentralt inn til direktoratet, blir det rutet til prosjektet – oss i dette tilfellet. Så der kan det selvfølgelig ha vært både ansatte og konsulenter som har bistått i å hente ut de dokumentene eller den informasjonen som skal utgjøre svaret i en innsynsbegjæring. Men saksbehandlingen i betydningen skal dette utleveres, er det noe som skal sladdes – hva

vet jeg – er det direktoratets saksbehandlere og ledere som utøver, ikke konsulentene.

Møtelederen: Da rekker vi et lynkjapt spørsmål fra saksordfører Even Eriksen, vær så god.

Even Eriksen (A): Konsulentbransjen har kompetanse som det offentlige kan dra nytte av, og da er det viktig med kompetanseoverføring. Samtidig viser tall i denne saken, som vi har fått i brev til komiteen, at et årsverk knyttet til en konsulent i dette prosjektet har kostet over det dobbelte av et ordinært årsverk i direktoratet. Kunne dere har jobbet annerledes for å få til en bedre kompetanseoverføring, nettopp med bakgrunn i at den er dobbelt så dyr, den kompetansen som dere har sittet på?

Are Muri: Som jeg har svart tidligere: Vi har etter beste evne forsøkt å overlevere kompetanse når det har vært mulig å overlevere til noen. Jeg skal ikke være så arrogant og si at vi ikke kunne ha gjort ting bedre, men akkurat her og nå kommer jeg ikke på helt spesielle ting.

Møtelederen: Tusen takk. Da har vi kommet til den siste avsluttende oppsummeringen, hvor dere inviteres til å komme med noen betraktninger dersom dere har det, oppad begrenset til 5 minutter.

Are Muri: Jeg måtte bare høre med min bisitter om hun vurderte at jeg på noe punkt hadde sagt noe feil, eller står i fare for å ha sagt noe feil. Det ser ikke sånn ut, og dermed vil jeg bare takke for muligheten til å møte dere, og jeg har ikke noe øvrig å legge til.

Møtelederen: Takk til begge to for at dere stilte i høringen.

Da er vi kommet til en liten pause. Vi skal samles igjen kl. 13.

Høringen ble avbrutt kl. 12.47.

Høringen ble gjenopptatt kl. 13.

Høring med tidligere direktør Direktoratet for e-helse Christine Bergland

Møtelederen: Da er klokken 13, og komiteen er klar til å fortsette.

Vi ønsker velkommen Christine Bergland. Du er invitert til høringen fordi du var direktør i Direktoratet for e-helse fra opprettelsen i 2016 og frem til høsten 2020. Før det var du divisjonsdirektør i e-helsedivisjonen i Helsedirektoratet.

Vi starter med at du får 5 minutter til en generell innledning. Når det er 30 sekunder igjen, kommer vi til å gi beskjed om det, og deretter går vi til en åpen utspørring i komiteen.

Vær så god – ordet er ditt.

Christine Bergland: Takk.

Jeg har ledet arbeidene med e-helse på nasjonalt nivå i ca. ti år, først som divisjonsdirektør i Helsedirektoratet og deretter som direktør i Direktoratet for e-helse. I disse årene har vi utviklet store nasjonale løsninger som automatisk frikort, kjernejournal, Helsenorge, e-resept, en stor grunndataplattform osv. I tillegg har vi etablert nasjonale styringsstrukturer rundt disse plattformene og en overordnet modell for samstyring. Vi har jobbet med regelverksutvikling og i økende grad med standardiseringsarbeid, og i tilnærmet hele perioden har vi også mobilisert og utredet løsninger for journal i helsesektoren.

I disse årene har det nasjonale e-helsemiljøet på direktoratsnivå vokst fra ca. 30 ansatte i 2010 til nærmere 400 ansatte ved utgangen av 2019. Det har med andre ord vært en netto tilgang på ansatte med i gjennomsnitt 40 nye årsverk per år. I tillegg har vi benyttet innleide konsulenter, særlig til utvikling av de nasjonale løsningene.

Riksrevisjonen har revidert konsulentbruken og funnet systematiske feil. Denne typen avvik skal ikke forekomme, og funnene viser at vi ikke har hatt gode nok kontrollmekanismer på de områdene som er avdekket. Slike mekanismer er helt avgjørende for at ansatte kan etterleve regelverket. Det er et lederansvar, og dermed mitt ansvar, å sørge for at den typen rutiner er på plass, og at vi har tilstrekkelig kompetanse, slik at vi kan etterleve regelverket.

Jeg mener at konsulentbruken helt overordnet har vært nødvendig og riktig. Vi har fått tilført verdifull kompetanse og også oppnådd et høyere tempo og kvalitet i utviklingen enn vi ellers ville ha hatt. Flere av de viktige kompetansemiljøene i direktoratet nå, som f.eks. samfunnsøkonomi, arkitekturstyring og kunnskap om den nasjonale kvalitetssikringsordningen, har utviklet seg i en miks av ansatte og konsulenter, og i dag er direktoratet selvgående på disse områdene, i motsetning til tidligere.

I tillegg har Riksrevisjonen vurdert oppfølgingen av Meld. St. 9 for 2012–2013. Rapporten har mange interessante og viktige perspektiver og funn. Overordnet savner jeg nok en bedre forståelse av at i disse årene samlet sektoren seg og fikk en økende erkjennelse av et felles utfordringsbilde, og særlig ble arbeidet med kommunesektoren viktig, ikke minst det store behovet for bedre

journalløsninger. Journalen er grunnleggende for samhandling og god pasientbehandling.

I arbeidet med utvikling av nye tjenester ble det i økende grad tydelig hvor stort hinder journalløsningene i kommunene er. Det ble i økende grad interessemotsetninger, og i sluttfasen av utredningen rundt nasjonal kommunal journalløsning delte aktørene seg i to. Kommunesektoren, både politiske ledere, kommuneadministrasjon og ansatte, var tilhenger av at kommunene skulle gå sammen om en felles løsning. Dette fikk støtte fra pasient- og brukerorganisasjonene – så det var den ene siden. På den andre siden var det motstand fra Legeforeningen og leverandørmarkedet. Spesialisthelsetjenesten uttrykte at kommunene selv måtte velge strategi for modernisering av journalløsningene sine, men de ønsket nok at direktoratet hadde prioritert mer av det spesialisthelsetjenesten hadde spesiell interesse for, f.eks. Pasientens legemiddelliste.

I direktoratet prøver vi å holde framdriften på en helhetlig måte. Vi er opptatt av jevnlige leveranser av nye tjenester, samtidig som vi jobber med det langsiktige. Vi prioriterte i større grad kommunesektoren enn det som hadde vært vanlig, og som er vanlig. Det skapte en del uro, noe som kanskje ikke kommer godt nok fram i rapporten.

Jeg har lest rapporten, og jeg er klar til å svare på spørsmål og prøve å utdype etter beste evne.

Møtelederen: Tusen takk skal du ha.

Da starter vi komiteens utspørring, og vi begynner med saksordfører Even Eriksen fra Arbeiderpartiet, som har 5 minutter.

Even Eriksen (A): Takk for en god innledning til spørsmålene vi nå skal stille.

Du nevnte at det har vært en god miks mellom ansatte og konsulenter som gjør at Direktoratet for e-helse nå er selvgående, som du selv sa. Jeg regner med at det er bakgrunnen for omfattende bruk av konsulenter opp gjennom årene. Kunne dette arbeidet ha gått raskere for å redusere bruken av konsulenter?

Christine Bergland: Jeg kommer alltid til å si, når dere spør, at ting kunne ha vært bedre. Men når man rekrutterer netto 40 personer i året, når vi i utgangspunktet er 30–40 mennesker, er det veldig vanskelig å se for seg at det kunne ha gått veldig mye raskere. Det andre er at man trenger én type folk til noe, og så trenger man en annen type folk til noe annet. Det å bygge opp et miljø rundt samfunnsøkonomi og arkitekturstyring er egentlig en møysommelig jobb. Så ja, det kunne sikkert ha gått fortere, men vi synes nå iallfall at vi rekrutterte på høygir. Vi tok også en risiko med antall ansatte med hensyn til framtidige budsjetter.

Even Eriksen (A): Takk for svaret. Tidligere i dag ble det uttalt at det har vært en praksis i Direktoratet for e-helse at innleide konsulenter ikke presenterer seg selv som det i møter gjennom prosjektet, med mindre en blir direkte spurt om det. Har du noen kommentarer til den praksisen?

Christine Bergland: Ja, det stemmer. Nå har jo det endret seg – jeg har også endret oppfatning. Men det var rett og slett et poeng å få fram at her står vi sammen, vi er i samme båt, vi har ikke noe a-lag og b-lag. Vi skulle lære av hverandre. Det var ikke bare vi som skulle lære av konsulentene. Vi driver også en form for leverandørutvikling – når eksternt innleide private aktører er inne i offentlig sektor, får de med seg verdifull kompetanse ut. Så det var ideen. Den var ikke så god, kanskje, så etter hvert – særlig høsten 2020 – ble det veldig eksplisitt skrevet «innleid» etter navnet i e-poster, og det ble også gjort veldig tydelig i møte med ulike aktører.

Even Eriksen (A): Kan jeg spørre hvorfor dere nå har endret oppfatning og praksis?

Christine Bergland: Det er på grunn av kritikk, på grunn av tilbakemeldinger om at man ønsker å vite hvem som er ansatt, og hvem som er innleid. Men den kritikken kom ganske sent. Jeg kan ikke huske at det egentlig var et tydelig budskap fra noen før det begynte å bli avisoppslag og slikt. Det har også vært ulik praksis hos ulike virksomheter: Noen har hatt det ene perspektivet og andre det andre. Men jeg tenker at det er fornuftig sånn som det er nå, å få fram hvem som er innleid.

Even Eriksen (A): Det siste knyttet til dette: Én måte å bygge kompetanse på er den strategien som dere har valgt. Vurderte dere noen alternativer til å leie inn konsulenter og til å bygge opp kompetanse i egen regi?

Christina Bergland: Vi gjorde jo begge deler. Vi ansatte som sagt i snitt 40 personer i året, og vi jobbet tett sammen med særlig spesialisthelsetjenesten, men også med kommunesektoren. Vi fikk veldig mye verdifull kompetanse fra folk vi jobbet med der, som også var inne i våre prosesser, og så hadde vi innleide konsulenter. Vi gjorde egentlig flere grep for å utvikle direktoratet til å bli det det er i dag.

Even Eriksen (A): Nå begynner tiden å renne ut her, men jeg går litt over til brudd på anskaffelsesregelverket. Riksrevisjonen har dokumentert godt at mange av de anskaffelsene som er blitt gjennomført i perioden, ikke har vært i henhold til det.

Høsten 2020 gjennomførte dere, Direktoratet for e-helse, en utredning om egen konsulentbruk som viste at anskaffelsesregelverket ble overholdt ved avrop på rammeavtale for IKT-konsulenttjenester. Kunne du ha sagt noe rundt det? Hva er faktagrunnlaget for den utredningen, og hvorfor hadde ikke direktoratet tilgang til den samme informasjonen som Riksrevisjonen – som konkluderte motsatt: at det var ulovlige anskaffelser?

Christine Bergland: Vi tok nok i stor grad utgangspunkt i påstandene i Aftenposten, og vi hadde eksterne advokater til å hjelpe oss med å se på hvorvidt de stemte. Så prøvde vi å se om vi hadde gjort feil selv. Vi spurte også konsulentbransjen direkte hvordan de oppfattet oss, og fikk tilbakemelding om at de syntes vi hadde en ryddig og god praksis. Når det gjelder de feilene som er avdekket av Riksrevisjonen, måtte vi nesten ha en egen revisjon – vi hadde en internrevisjon – for å finne fram til dem. Det var liksom ikke på vår radar, f.eks. måten vi informerte om at det allerede satt konsulenter i oppdragene. Riksrevisjonen sier at det er greit å informere, men de syntes ikke vi informerte nøytralt nok. Det er stemmene utenfra som lettest kan hjelpe til med å avdekke den typen feil.

Møtelederen: Da går vi videre til den åpne spørsmålsrunden for resten av komiteen. Første inntegnede er Svein Harberg, fra Høyre.

Svein Harberg (H): Takk for innledning og svar på spørsmål. Jeg har to spørsmål, men vil gjerne ha det ene først.

Are Muri var inne på at det også i PwC var over snittet – jeg tror han brukte det begrepet om funksjonstid i et konsulentoppdrag. Det er jo lenge. Gjorde dere noen vurderinger underveis om å endre på det? Var det problematiske sider ved å ha en konsulent så lang tid i den rollen?

Christine Bergland: Han sa det samme som jeg skal si, og det er at vi så vel ikke for oss at dette skulle vare så lenge. Jeg ansatte en istedenfor ham etter halvannet år, da vedkommende trakk seg. Så fortsatte vi helt fram til 2020. Hvis dere lurer på om jeg i ettertid tenker at det var fornuftig, ser jeg at det er gjenstand for kritikk. Det kan jeg forstå. Vi burde kanskje anstrengt oss nok en gang for å finne en som i alle fall kunne jobbe side om side og tatt det overordnede prosjektlederansvaret. Men i disse årene fikk vi egentlig ikke noen signaler annet enn at han hadde tillit og gjorde en god jobb. Da jeg tenkte på å erstatte eller supplere, var det mer fordi vi skulle ha kontinuitet – det var ikke noen innspill fra noen om at det ikke innga tillit.

Svein Harberg (H): Etterpåklokskap er også en fin kunnskap, så det er bra.

Christine Bergland: Ja, det er det.

Svein Harberg (H): Det andre spørsmålet går også på konsulenttjenester.

Når jeg hører din innledning og leser rapporten, opplever jeg at du og Riksrevisjonen har forskjellig oppfatning av det å få overført kompetansen fra konsulentene og ut i organisasjonen. Du sa: Vi har fått tilført kompetanse gjennom denne konsulentbruken. Mens Riksrevisjonen sier at det ikke blir overført, i hvert fall ikke i tilstrekkelig grad. Har du en kommentar til det?

Christine Bergland: Det er revisjonens svøpe at de leter etter dokumenter og dokumenterbare prosedyrer for at det er kompetanseoverføring. Det kunne vi ikke i tilstrekkelig grad gjøre rede for. Hele fundamentet her er at folk jobber side om side, skulder ved skulder, over tid, og på den måten utvikles fagmiljøer. Jeg vet ikke om Riksrevisjonen mener at man kan fastslå at det ikke er overført kompetanse, men de finner ikke dokumentasjon på måten det har blitt gjort på.

Svein Harberg (H): De skriver i hvert fall at det er sterkt kritikkverdig at det ikke er iverksatt tilstrekkelige tiltak for det. Da er spørsmålet mitt: Er det slik å forstå i det du sier nå, at det skjedde naturlig kompetanseoverføring ved at de jobbet sammen, men det var ikke en bestilling eller et program for det?

Christine Bergland: Ja, det er rett og slett det som er svaret. Og så er det noe med at kompetanseoverføring – ja, men vi etablerte og erfarte kompetanse sammen. Vi var ute i kommunesektoren og fikk tilbakemelding, vi var i spesialisthelsetjenesten og fikk tilbakemelding. Det er ikke sånn at det kom inn en haug med eksperter og overførte masse kompetanse til oss. Vi utviklet dette sammen over år.

Møtelederen: Da er neste spørsmål fra Senterpartiet og Nils T. Bjørke.

Nils T. Bjørke (Sp): Takk for innleiinga. I kvalitetssikringsrapporten KS2 av Akson 26. juni står det:

> «Strategien om frivillighet innebærer etter vårt syn at det trolig i 2030 kan være tilnærmet like mange leverandører til kommunene som i dag, men de vil adressere et mindre marked. Dersom Epic ikke velges som hovedleverandør til Akson, kan de bli en betydelig alternativ løsningsleverandør til de kommunene som ikke velger å ta i bruk Akson.»

Betyr dette at det vart teke ei avgjerd om at amerikanske Epic skulle veljast som nasjonal leverandør?

Christine Bergland: Nei, det blir sett på som en enorm glipp og svakhet fra ekstern kvalitetssikrer. Vi

hoppet i stolen da vi leste om Epic i teksten – så nei, overhodet ikke. Jeg vil nesten si at fra vi startet i 2012 – egentlig før det også – og fram til 2020 var det en utvikling også hos oss knyttet til konseptet, særlig da det endte med at det bare skulle være journal for kommunesektoren. Vi kunne ikke si det høyt, men internt var det sånn: Det blir neppe en stor amerikansk suiteløsning som ville være egnet for et kommunalt marked. Nå får vi se hva som skjer, jeg skal ikke forskuttere det, men det var i hvert fall ingen ting hos oss som tilsa akkurat det som står der.

Nils T. Bjørke (Sp): Kvifor vart det bestemt at de skulle ha innspelsrundar framfor formelle høyringar i arbeidet med Éin innbyggjar – éin journal?

Christine Bergland: Mener du det at vi ikke hadde formelle høringer?

Nils T. Bjørke (Sp): Ja.

Christine Bergland: Jeg ble overrasket da det kom. Vi oppfattet det vel litt som et forsøk på å få saken utsatt. Det ble tatt opp med departementet om det skulle være en formell høring av f.eks. forprosjektet eller konseptvalgutredningen, og der ble det avvist. Vi tok det til og med opp med Finansdepartementet, som mente at denne typen utredninger ikke skal på høring fordi statens prosjektmodell i seg selv – hvis man følger den – sørger for en involvering og det å lytte av aktørene på en måte som er mye mer hensiktsmessig enn å sende denne typen dokumenter ut på høring.

Men så vil en del av oppfølgingen komme på høring, f.eks. våre forslag til lovendringer og den typen ting, som er en del av nasjonal kommunal løsning-konseptet.

Nils T. Bjørke (Sp): Får eg eit siste oppfølgingsspørsmål?

Korleis er forholdet mellom styringslinja mellom direktoratet og departement å forstå opp mot den nasjonale styringsmodellen? Det er ikkje heilt klart for meg.

Christine Bergland: Den nasjonale styringsmodellen utviklet seg over tid, og i 2016 fikk vi et e-helsestyre. Det lurte politiske ledelse litt på hva egentlig var. Det vi sa til dem, er at dette er en arena hvor vi kan møte sektoren, ha dialog med alle aktørene, og et sted som departementet kunne bruke som en arena for innspill. Det er ingen tvil om at det skulle være en måte å gjøre styringen fra departementet og politisk ledelse enklere, fordi vi hadde samlet aktørene rundt samme bord.

Møtelederen: Da er neste Carl I. Hagen og Fremskrittspartiet.

Carl I. Hagen (FrP): Jeg har også to–tre spørsmål. Først til praksisen med at man ikke opplyste hvem som var ansatt, og hvem som var innleid konsulent, som jeg nå skjønner at du har endret oppfatning om – du kalte det «kritikkverdig», andre ville sagt «avslørt». Det gjaldt også prosjektleder Are Muri. Som du nevnte, hadde du ansatt en annen, men som ikke tiltrådte. Vurderte du ikke i det hele tatt at forskjell i kostnaden er ganske stor mellom innleide konsulenter og fast ansatte? Som ansvarlig leder er vel kostnader og å holde budsjettet vesentlig. Når det gjelder å bytte ut innleide konsulenter med fast ansatte, var ikke det diskutert i det hele tatt i ledergruppen?

Til denne praksisen: Var det noe politisk ledelse var kjent med og hadde akseptert – at man i stor grad brukte innleide konsulenter i stedet for å søke å få fast ansatte? Og særlig: Var de klar over at prosjektlederen var innleid konsulent fra PwC og ikke ansatt? Var politisk ledelse kjent med det og godkjente det?

Det siste spørsmålet: Vi har hørt tidligere i dag, og også før, at det var ganske stor misnøye fra Legeforeningen, Sykepleierforbundet, IKT-Norge og Fagforbundet over manglende lydhørhet overfor deres innvendinger mot det som virket som en forhåndsbestemt endelig løsning om en nasjonal journal – i stedet for, som de sa, at det viktigste var samhandling. Hvorledes mener du at kritikken fra disse fire organisasjoner ble møtt fra din og ledelsens side?

Christine Bergland: Når det gjelder kostnader – for å ta det først – rundt konsulentbruken, er det mange måter å beregne dem på. En variant er å sammenligne person mot person, innleid og konsulent. Da er det opp mot dobbelt kostnad med konsulenter. Men det er også en ganske stor kostnad å ikke ha et tempo i gjennomføring. Hvis man skulle ansatt alle disse: Det ville for det første vært ganske vanskelig å få det til på grunn av kapasitet, og det ville også vært en risiko for å gjøre feil i ansettelsene. Så hvis man tenker at det er gevinster i det vi har gjort, vil det å redusere tiden for gjennomføring være en del av det økonomiske bildet.

Så vil jeg bare minne om at stortingsperiodene varer i fire år, og det er ikke sånn at statsråder er veldig tålmodige med hensyn til å få på plass f.eks. Helsenorge og kjernejournal. Jeg har aldri hørt fra noen statsråd at vi har brukt for mye konsulenter. Det vi har fått beskjed om, er at vi skal ha tempo, og man har vært fornøyd med at vi har levert i henhold til tid og den kostnaden som vi har oppgitt.

Så var det spørsmål om politisk ledelse var kjent med konsulentbruken: Svaret er ja. Alle politiske ledelser jeg har hatt med å gjøre, har vært kjent med det og har ikke hatt noen innsigelser. Vi har årsrapporter hvor

tallene fremgår. Jeg har hatt et ønske om å vise at konsulenter og ansatte skal jobbe side om side. Jeg har ikke prøvd å skjule dem, så jeg vil ikke si at vi er avslørt. Vi er heller rett og slett på et litt nytt spor. Det er motsatt, jeg har alltid vist fram konsulentene, alltid hatt dem med, spurt KS mange ganger om det er greit at Are Muri eller andre snakker direkte til kommunene. Ja, har de sagt. Jeg har hatt dem med til statsråder og rundt omkring, fordi vi har jobbet veldig tett sammen.

Når det gjelder manglende lydhørhet: Jeg synes ikke vi har gjort annet enn å lytte. Hele fundamentet for det arbeidet vi har gjort, har vært kommunenes veldig tydelige beskjed om at dagens løsninger må byttes ut, og at man ønsker seg en annen retning enn det som har vært. Vi har etter beste evne i tusenvis – vil jeg si – av møter og dialoger i disse årene prøvd å få med stemmene. Så tror jeg ikke at Sykepleierforbundet har vært så kritisk til dette, men vi vet at Legeforeningen ikke har vært fornøyd. Spørsmålet er om de har vært fornøyd med måten vi har lyttet på, eller om de har fornøyd med om vi har sagt og gjort det de mener. Det kan vel kanskje være litt forskjellig etter hvem man spør.

Møtelederen: Da er vi kommet til Seher Aydar, fra Rødt.

Seher Aydar (R): Jeg skal ikke kommentere dette – åpenbart.

Mener du at de valgene dere har tatt, har gitt nok tempo i denne saken med tanke på at dette har vart så lenge? Du var litt inne på det i sted. Så lurer jeg på om Helsedepartementet noen gang mens du har vært direktør, har påpekt disse bruddene på anbudsreglene, og hvorfor dere ikke har iverksatt tiltak for å gjøre dere mer uavhengige av enkeltkonsulenter og leverandører, som jo Riksrevisjonen kritiserer.

Christine Bergland: Jeg tror de fleste av oss etter å ha holdt på noen år synes at hele utredningsarbeidet knyttet til Én innbygger – én journal har vært fryktelig langvarig og krevende. Men det er ikke bare en utredning, det har vært en mobilisering og egentlig litt maktforskyvning også hvor kommunene stadig rykket lenger opp ved bordet, og innbyggere og pasienter ble også i økende grad hørt. Det er liksom ikke bare noe å skrive her, det er noe å mobilisere.

Når det gjelder om det ble påpekt fra politisk ledelse – hva da?

Seher Aydar (R): Bruddene på anbudsreglene.

Christine Bergland: Nei, de har ikke visst det. Vi sjekket selv også, så de funnene Riksrevisjonen har gjort, har ikke departementet visst om før de fikk rapporten. Det er jo det man har Riksrevisjonen for. Etter det var det bare å være veldig tydelig overfor departementet på at dette ikke er bra nok, og vi må endre på disse områdene, sånn at vi ikke får systematiske feil, som egentlig er det mest alvorlige, egentlig.

Møtelederen: Da har jeg Lubna Jaffery på talerlisten.

Lubna Boby Jaffery (A): Jeg lurer på om direktoratet ikke hadde en egen vurdering av konsulentenes opptreden på vegne av direktoratet før dere fikk denne eksterne kritikken. Det er det ene. Og så lurer jeg på: Dere gjorde feil ved anskaffelsene, dere hyret inn en ekstern leverandør, og så tror jeg du sa at dere hadde en internrevisjon. Samtidig sier du at dere trengte stemmene utenfra, altså Riksrevisjonen, til å se dere i kortene for å avdekke feil ved anskaffelsene. Direktoratet har jo selv utformet bestillingen til de eksterne granskerne og også gitt mandat til internrevisjonen. Kunne den jobben vært gjort annerledes, slik at dere klarte å identifisere bruddene på anskaffelsesreglementet selv?

Christine Bergland: Svaret på det siste er ja. Det er i hvert fall noen av disse feilene, særlig det at kontraktsummene var overskredet, som vi burde ha avdekket. Det har ikke noe annet å si enn det. Vi ba ikke internrevisjonen se på konsulentbruk, de så på andre ting – informasjonssikkerhet. Det er noe av det jeg har tenkt på i ettertid, at med den høye konsulentbruken burde man kanskje hatt en runde rundt konsulentbruk og sett på om det var noe vi burde ha gjort annerledes.

Når det gjelder om vi hadde en egen oppfatning av at konsulentene …

Lubna Boby Jaffery (A): Altså: Du sa at det var etter påpekning fra eksterne at dere endret oppfatningen om hvordan konsulentene skulle opptre, om de var deres egne eller ikke.

Christine Bergland: Ja, absolutt. Det må jeg bare si, og jeg kan gjenta at det var en veldig sterk oppfatning hos oss i flere år at vi jobber tett sammen, det skal ikke være et a-lag og et b-lag, det skal være kompetanseoverføring i det daglige hver dag, vi skal sitte sammen.

Jeg husker Aftenposten ble veldig overrasket da de kom inn i direktoratet og så at konsulentene faktisk satt hos oss. De hadde en eller annen forestilling om at det nærmest var satt bort. Men dette er innleid arbeidskraft. Derfor var det sånn den gangen. Så er det ikke sånn nå lenger fordi det er etterspurt at man viser fram hvem som er hvem.

Lubna Boby Jaffery (A): Et kjapt oppfølgingsspørsmål: Du sa at det kunne godt hende at internkontrollen deres burde ha gått igjennom den høye bruken av kon-

sulenter. Du sa i sted at det ikke var så høy bruk av konsulenter, fordi dere trengte såpass mange konsulenter for å holde oppe tempoet. Men når du svarer på om dere burde sett på det, sier du at det var en høy bruk av konsulenter. Så hva mener du, var det en høy bruk av konsulenter eller ikke?

Christine Bergland: I forhold til økonomi er det såpass at man bør være veldig nøye på å gå gjennom, så i den forstand er det høye beløp. Om 20–25 pst. innslag av konsulenter er høyt eller ikke, avhenger rett og slett av hvem du spør, men det er ikke sånn at dette har vært satt bort til konsulenter. I alle våre utredningsarbeider er det et flertall av interne, også veldig mange fra sektoren, som vi ikke regner som konsulenter. Miljøene preges i ganske stor grad av få konsulenter og veldig mange ansatte både i direktoratet og i helsesektoren.

Møtelederen: Vi begynner å gå tom for tid, men vi forsøker å speede opp – først saksordfører Eriksen.

Even Eriksen (A): På et litt annet spor her: Slik du vurderer det, hvordan har den nasjonale styringsmodellen bidratt til koordinert styring, prioritering og forankring av e-helseutviklingen?

Christine Bergland: Den har i hvert fall ikke ... Altså, den har jo flere funksjoner. I starten, allerede i 2010, trommet vi sammen noen og lagde et nasjonalt utvalg for fag og arkitektur. Vi møttes og bodde på Anker Hotel og ble kjent. Så det å bli kjent ...

Even Eriksen (A): Du må være mye mer konkret. Jeg tror vi har litt dårlig tid.

Christine Bergland: Ja, vi ble kjent. Det ene er å bli godt kjent med folk. Det andre er å møtes systematisk over tid over visse temaer. Det tredje er å kunne gi tilbakemelding til departementet samlet – dette står sektoren samlet bak – og det gjorde vi jevnt og trutt.

Det har vært en utvikling fra mer uformelle arenaer til å formalisere, og jeg mener det har vært veldig viktig, og har egentlig aldri hørt noe annet.

Møtelederen: Da er neste inntegnede Svein Harberg.

Svein Harberg (H): Dere skulle utvikle et system for framtiden, og når det gjelder datateknologi, endrer det seg fort. Hvordan jobbet dere for å finne morgendagens løsninger og koble dem sammen med det grunnlaget som ligger der i dag?

Christine Bergland: Mye av debatten rundt Akson har blitt veldig teknisk. For oss var veldig mye av morgendagens løsning måten å organisere seg på, ved at kommunene skulle få et eget selskap, få staten inn som minoritetsaksjonær. Det handlet veldig mye om felles semantikk. Det handlet veldig mye om juridiske forhold. Så den tekniske delen av Akson har egentlig vært mindre enn man kan få inntrykk av når man leser Riksrevisjonens rapport.

Vi har utfordret denne kvalitetssikringsordningen veldig ved å si at det er vanskelig å definere hva som skal skje teknisk i løpet av de neste 15 årene, men vi blir jo nærmest tvunget, i det regimet som er rundt KS-ordningen, og det påpeker jo Riksrevisjonen også, til å prøve å beskrive IT-arkitekturen de neste årene. Det gjorde vi i tett samarbeid med kommunene. Det var uenighet, og det kommer det til å være i årene framover. Du vet nesten ikke hva du har – om du får hva du skal – før du har det, for det er jo en utviklingsretning. Det var litt sånn måten vi jobbet på, var.

Møtelederen: Da er det Seher Aydar.

Seher Aydar (R): Hvorfor sluttet du som direktør på dagen?

Christine Bergland: Jeg sluttet jo ikke på dagen. Idet du sier opp en stilling, så går du. Jeg begynte å vurdere det våren 2020. Jeg hadde holdt på i ti år, og dette er et ganske urolig felt. Alle har jo meninger. Jeg tenkte at jeg skulle vente til vi hadde fått besluttet Akson i Stortinget, som var det store målet. Så ble medietrykket veldig høyt, og jeg hadde dialog med departementet i en periode og fikk tilbakemelding – altså når kan jeg slutte osv. – og så sa jeg at nå slutter jeg, og da sluttet jeg.

Møtelederen: Da har vi tid til et siste, kjapt spørsmål fra Carl I. Hagen. Vær så god.

Carl I. Hagen (FrP): Det står i et brev vi har fått til komiteen fra Den norske legeforening, datert 14. mars:

> «Ti år etter stortingsmelding 9 Én innbygger – én journal, vet vi mye om hva som har forsinket digitaliseringen av helsetjenesten. Vi har enda en gang lært at top-down styring i hovedsak hemmer digitaliseringen. For liten respekt for tjenestenes behov har vært en bremsekloss gjennom hele perioden.»

Og en rekke punkter ender med følgende:

> «Legeforeningen vil understreke at Direktoratet under ny ledelse har tatt tydelige grep for å korrigere kurs og dialog.»

Har du noen reaksjon til det Legeforeningen skriver til komiteen, som jeg nå har sitert, og medfører det riktighet at du nå, etter å ha vært i departementet en stund, er tilbake i direktoratet med direktørtittel?

Christine Bergland: Nei, absolutt ikke. Jeg begynte i Folkehelseinstituttet 1. desember 2020, tre dager etter

at jeg sluttet i direktoratet. Nå er jeg områdedirektør i Folkehelseinstituttet.

Jeg har ikke noen kommentarer til Legeforeningens brev, rett og slett. Hvis de vil inn på den galeien, får de gjøre det. De vet utmerket godt at det ikke har vært «top-down» når det gjelder Akson, det har vært «bottom-up». Det har vært å lytte til sykepleierne, innbyggerne, kommunene. Men vi har vært uenige med Legeforeningen, og de har vært uenige med Legeforeningen. Det er nesten ikke leger i kommunene. Det er 50 000 sykepleiere, og det er 5 000 fastleger. Så det å ikke anerkjenne det faktum at sykepleierne som arbeidskraft bærer de kommunale tjenestene, det å ikke anerkjenne innbygger- og pasientperspektivet – det er det det hele står om her.

Møtelederen: Det blir et siste, lynkjapt spørsmål fra saksordføreren.

Even Eriksen (A): Takk for gode svar. Jeg vil bare gjenta noe du … Sa du at departementet ba deg om å slutte?

Christine Bergland: Nei, nei.

Even Eriksen (A): Spurte de deg om det? Spurte de deg om du skulle slutte?

Christine Bergland: Nei.

Even Eriksen (A): Ok, da tolket jeg deg galt.

Christine Bergland: Ja. Nei, jeg tok kontakt med departementet og sa jeg kunne tenke meg å slutte. Så gikk det noen uker, og så ringte jeg og sa: Jeg kommer til å slutte – når synes dere det er greit at jeg gjør det? Da sa departementet at nå ligger saken i Stortinget, så du kan bestemme selv når du vil slutte.

Møtelederen: Tusen takk. Da har vi kommet til siste, avrundende del, hvor du inviteres til å komme med noen betraktninger eller en oppsummering hvis du ønsker det, oppad begrenset til 5 minutter.

Christine Bergland: Jeg tror egentlig jeg synes det er blitt ganske godt belyst. Men hvis jeg skulle velge én ting, tror jeg at det nok ikke blir siste gang noen etater må inn her og redegjøre for utredninger om digitalisering som har måttet følge statens prosjektmodell og kvalitetssikringsordningen.

Der er vi i hvert fall enige med Riksrevisjonen – at det virkelig ikke er gitt at det er en egnet måte å gjøre det på, å utrede i årevis noe som ligger så langt fram i tid, og som er så bevegelig som digitalisering er. Det er den samme prosjektmetodikken som brukes for å bygge en vei, som brukes for å bygge et bygg, hvor det meste ligger fast, som man bruker på digitalisering.

Ikke nok med at det er bevegelig på grunn av teknologiutvikling, men det er også ofte veldig motstridende syn – sett mot det å kunne få lov til å utforske, teste ut, gå videre, og heller bruke det som en metode. Så skal ikke jeg si alt man trenger å gjøre rundt det, men det er det jeg har lyst til å legge igjen, som jeg synes har vært og er hemmende for digitaliseringen, i den grad det er store infrastrukturprosjekter som dette er. Det er det jeg har på hjertet, og takk for meg.

Møtelederen: Tusen takk for at du kunne stille.
Da tar komiteen pause fram til kl. 13.50.

Høringen ble avbrutt kl. 13.38.

Høringen ble gjenopptatt kl. 13.50.

Høring med direktør i Direktoratet for e-helse, Mariann Hornnes

Møtelederen: Da er kl. 13.50, og komiteen er klar til å starte opp igjen. Jeg vil ønske velkommen til direktør i Direktoratet for e-helse, Mariann Hornnes. Som bisittere har du med deg Karl Vestli, som er divisjonsdirektør for strategi, og Birgitte Jensen Egset, som er avdelingsdirektør for juss og informasjonssikkerhet. Velkommen til dere også.

Dere er kjent med at dere har 5 minutter til en generell innledning. Deretter går vi over til komiteens utspørring. Når det er 30 sekunder igjen, kommer det til å blinke en lampe, og dere får beskjed om det.

Da er ordet ditt, vær så god.

Mariann Hornnes: Takk for invitasjonen til å belyse anbefalingene og kritikken fra Riksrevisjonen. Dette er tatt på største alvor i direktoratet.

Som ny direktør fra juli i fjor har jeg prioritert oppfølgingen av rapporten svært høyt. Jeg ser et enormt potensial for e-helse. Som direktorat har vi store ambisjoner sammen med alle i sektoren. Det motiverer meg som ny direktør. Med meg på laget har jeg over 200 dyktige mennesker med høy fagkompetanse. Vi brenner for vårt samfunnsoppdrag, nemlig å skape et enklere Helse-Norge for innbyggere og pasienter og for de dyktige menneskene i helsesektoren.

Koronapandemien har skapt et momentum. Vi har sett hvor viktig det er med digitale tjenester. Helsenorge, kjernejournal, e-resept, meldingsutveksling, grunndata og HelseID er tjenester som har kommet på plass i godt samarbeid med sektoren. Flere av disse har spilt nøkkelroller i pandemibekjempelsen.

Det skal gjelde høye krav til prosjektstyring og anskaffelser. Vi skal bruke fellesskapets midler på en god

måte. Anskaffelsespraksisen vår var ikke god nok. Det må vi erkjenne og beklage. Riksrevisjonens funn og anbefalinger er tatt på største alvor, og det er iverksatt en rekke tiltak.

Vi har sett med kritisk blikk på bruk av konsulenter og jobbet systematisk med forbedringstiltak siden våren 2020. Det er gjort både en internrevisjon og en risikovurdering av området. Vi har fått nye strategier for anskaffelser, HR, sourcing og en tydelig anskaffelseshåndbok. Dette gir både strategisk retning og praktisk veiledning. Gjennom 2021 har vi bygget opp kjernekompetanse og redusert andelen konsulenter. Kravene til kompetanseoverføring mellom ansatte og konsulenter er skjerpet. Jeg er trygg på at tiltakene vi har iverksatt, er riktige, og at vi i dag er bedre rustet.

Sammen med sektoren tar vi nå et krafttak for å øke gjennomføringskraften. Vi samler alle aktørene om en ny e-helsestrategi som skal være førende for veivalg og prioriteringer. Nasjonal styringsmodell for e-helse har vært banebrytende og er viktig for felles prioriteringer. I disse dager er forslag til forbedringer ute på høring. Vi lager et veikart for nasjonale e-helseløsninger som er et viktig virkemiddel for å koordinere sektoren. Det gir forutsigbarhet og er derfor godt mottatt. Gjennom å stille tydelige krav til bruk av standarder, kodeverk, arkitektur og informasjonssikkerhet sikrer vi at løsningene er trygge og kan snakke sammen.

Direktoratet er pådriver og koordinator for felles nasjonale satsinger, slik som f.eks. Pasientens legemiddelliste. Denne satsingen handler i likhet med andre e-helsesatsinger om mye mer enn teknologi. Skal vi lykkes, må vi endre arbeidsprosesser og organisering. Finansieringsordninger og lovverk må utvikles. Jeg er derfor veldig glad for at sektoren nå er i gang med utprøving i Bergen. Vi jobber stegvis. Vi tester, lærer og justerer underveis.

I arbeidet med Én innbygger – én journal har vi lært mye. Oppdraget var å finne den beste veien til målet om bedre journalløsninger og økt samhandling. Nå bygges det videre på dette arbeidet, både med nasjonale samhandlingsløsninger og med felles kommunal journal. Helseplattformen lanseres i april, og de øvrige regionale helseforetakene jobber med et journalløft.

Men vi ser i ettertid at vi ikke har lykkes godt nok med deler av prosessen. Vi fikk kritikk underveis og lyttet ikke godt nok til alle innvendingene. Vi kunne hatt enda bedre dialog med leverandørmarkedet om mulighetene og konsekvensene av de ulike forslagene. Både tidligere i prosessen og mye tydeligere kunne vi ha beskrevet hvordan de ulike løsningsalternativene kunne videreutvikles til plattformløsninger. Det må ikke være tvil om at direktoratet ser på plattformløsninger og økosystemer som et viktig virkemiddel i vår sektor. Nå lytter vi mer og involverer bedre. Gjennom aktiv bruk av høringsinstituttet sikrer vi bred involvering. Denne våren arrangerer vi flere store høringer.

Både sittende og forrige regjering har pekt på at det er viktig med en robust helsenæring i Norge. Et viktig tiltak for å øke gjennomføringskraften er bedre samarbeid med næringslivet. Derfor har vi utarbeidet prinsipper for bruk av markedet som nå er sendt på høring. Sammen med helsenæringen og forskningsmiljøene vil vi utforske mulighetene bedre.

Vi tar stadig skritt i riktig retning. Jeg opplever at hele sektoren spiller på lag, og at vi sammen beveger oss mot et mer helhetlig og enklere Helse-Norge.

Møtelederen: Tusen takk skal du ha.

Da går vi over til utspørringen fra komiteen, og vi starter med en egen bolk på 5 minutter som er satt av til sakens ordfører. Det er Even Eriksen, fra Arbeiderpartiet.

Even Eriksen (A): Takk for en god innledning til denne bolken. Det har blitt hevdet fra flere aktører som har vært med tidligere i høringen, at statens prosjektmodell ikke er egnet for store statlige IT-prosjekter. Er du av den oppfatning? Hva betyr det for framtidig styring og gjennomføring av målene i Én innbygger – én journal?

Mariann Hornnes: Statens prosjektmodell er en del av det rammeverket som vi lever under. Det er et sammensatt rammeverk som vi har å forholde oss til. Nå er det statens prosjektmodell som gjelder, også for denne typen prosjekter. Det har vært tatt fram i dag at man noen ganger kan føle at ting tar tid. Det som er viktig med statens prosjektmodell, er at den skal sørge for at vi bruker statens ressurser på en god nok måte, at vi får en god økonomisk gevinst og får dekket brukerbehovene med statens satsinger. Det har også vært jobbet med prosjektmodellen over tid for å tilpasse den noe mer til den typen prosjekter, digitaliseringsprosjekter, som vi jobber med, så vi forholder oss til det.

Det ligger der som et rammeverk som vi skal bruke. Hvis vi får oppdrag fra departementet om å komme med innspill til en sånn modell, vil vi selvsagt se på det.

Even Eriksen (A): Det har blitt lagt ned betydelig arbeid og ressurser gjennom åtte år, fra 2013 til 2020. Hva slags nytte har dette i dag? Er du av den oppfatning at mye av det arbeidet som er lagt ned, kunne en vært foruten?

Mariann Hornnes: Det har vært lagt ned et betydelig arbeid. Det synes jeg har framkommet av mange i dag. Det har vært lagt ned et godt arbeid, etter min oppfatning. Arbeidet er knyttet til en strategi som gjelder hele helse- og omsorgssektoren. Strategien legger et

ambisiøst mål om at pasientinformasjonen skal følge pasienten på tvers av omsorgsnivå og på tvers av aktører.

Det har vært gjort mye. Det har vært etablert et direktorat. Det har vært etablert en tjenesteleverandør i Norsk helsenett. Man har fått på plass en nasjonal styringsmodell som er med og prioriterer og legger strategisk retning, og hvor hele sektoren, alle aktørene i sektoren, er med. Journalen er kanskje det viktigste arbeidsverktøyet for helsepersonell, så det er et verktøy som vil berøre mange.

Vi har sett at det har vært tatt et historisk løft innenfor e-helse. Vi fikk penger både til videreutvikling av digital samhandling og til felles kommunal journal i statsbudsjettet for 2021. Denne utredningen legger til rette for at vi har fått til den satsingen. Der synes jeg det er mye spennende som skjer, og jeg føler nå at vi sammen med sektoren er enige om hva vi skal prioritere og jobbe sammen om framover.

Even Eriksen (A): Det pågår et arbeid med å videreutvikle den styringsmodellen, og forslag til endringer sendes ut på høring denne våren. Er du av den oppfatning at det er nødvendig med endringer? Hvorfor, og i så fall hva slags?

Mariann Hornnes: Da jeg startet i direktoratet i juli i fjor, var noe av det første jeg gjorde, å snakke med alle aktørene i sektoren for å få deres oppfatning av hvor vi står nå, hva vi bør ha fokus på framover. Da var allerede jobben med styringsmodellen i gang. Det har vært jobbet veldig godt, med veldig bred involvering både i styringsmodellen og hos andre aktører. I modellen har vi tre nivåer. Vi har et topplederutvalg – Nasjonalt e-helsestyre. Så har vi et prioriteringsutvalg og et fag- og arkitekturutvalg. Jeg vil også si at det som en del av styringsmodellen er programstyrer innenfor hvert av programmene. I alle disse foraene er hele sektoren involvert og inkludert.

Det har gjennom den jobben vi har gjort gjennom høsten, og også det arbeidet som nå er på høring, kommet fram, noe som også er kommet fram her i dag, at man ønsker en større forståelse av prosessene fra det har vært behandlet i styringsmodellen, til vi som direktorat legger en anbefaling fram for departementet – en større åpenhet og transparens, som vi også foreslår i den styringsmodellen som vi nå legger fram.

Vi ønsker at styringsmodellen skal bli et faglig råd for hele sektoren og ikke bare for direktoratet, og vi ønsker et enda sterkere engasjement og involvering av sektoren. Så det er alltid forbedringer, men jeg vil nok si at den styringsmodellen har vært banebrytende og har vært veldig viktig for at vi er der vi er i dag, og at vi nå setter oss ned og gjør en ekstra evaluering.

Møtelederen: Da går vi over til de respektive partienes spørsmål og har 25 minutter til det. Vi starter med Høyre og Svein Harberg.

Svein Harberg (H): Takk for innledningen. Det er veldig godt å høre alt du peker på som en har tatt lærdom av når en nå går videre. Rapporten er ikke veldig hyggelig på en del områder, men det tar dere videre. Jeg har spurt flere ganger om ett bestemt punkt og vil bare ta det.

Dere skal jobbe ut fra det som ligger der i dag, og lage god samhandling og god samordning av systemer. Men dere skal også lage det systemet som fungerer om noen år, når vi kan trykke på brillene og få opp helseopplysninger her, eller et eller annet sånt. Hva gjør dere for å fange opp de framtidsløsningene når dere utvikler programmene nå?

Mariann Hornnes: Jeg tror nok det er viktig å si at mye av kompleksiteten og tidsbruken i slike programmer ikke bare er knyttet til teknologi, men teknologi har fått mye plass i Riksrevisjonens rapport og er veldig viktig. Vi i direktoratet har et følge-med-ansvar på internasjonale trender – hva som skjer innenfor teknologi bl.a. og de andre fagrådene som vi har fagkompetanse i hos våre medarbeidere. Vi følger også med på alle de ulike tiltakene som sektoren til sammen gjennomfører, ved at vi har etablert det veikartet hvor vi får en oversikt sammen med sektoren om hva som pågår, og hva vi skal velge å prioritere å se på og videreutvikle sammen. Så vi jobber på en veldig bred front, føler jeg, og har følgelig oversikten. Så er det helt klart at som direktorat med såpass bred fagkompetanse som vi har, vil vi ikke klare å holde kontroll på alt hele tiden, men noen ganger må vi gå til innkjøp av spisskompetanse innenfor noen fagfelt.

Møtelederen: Da er neste på listen Nils T. Bjørke, fra Senterpartiet.

Nils T. Bjørke (Sp): Me har hatt fleire som har diskutert måten det har vore gjort samhandling på og manglande høyringar. No sa du at de vil leggja til rette for fleire høyringar. Er det nokon grunn til at det er endra frå konsultasjon til høyringar?

Mariann Hornnes: Riksrevisjonen skriver i sin rapport at det har vært en bred involvering. Det føler jeg også er blitt sagt her tidligere i dag. Vi tar Riksrevisjonens rapport på alvor og igangsetter tiltak basert på den. Vi får kritikk for noe – at vi kunne ha lyttet litt mer og forstått og hørt enda bedre noe tidligere. Det er det vi nå setter tiltak i gang mot og har veldig mange store høringer knyttet til. Vi har høringer knyttet til prinsipper for kobling til Helsenorge. Vi har prinsipper om

hvordan vi skal jobbe sammen med markedet. Vi har styringsmodellen på høring. Vi skal ha den nye nasjonale e-helsestrategien ute på høring, og vi jobber med digital sikkerhet for helse- og omsorgssektoren, som også skal på høring i løpet av den nærmeste tiden.

Nils T. Bjørke (Sp): Er prosjektet Akson avslutta?

Mariann Hornnes: Det spørs hva du mener med prosjektet Akson. Jeg tror nok det er mange meninger om hva det er. Jeg tenker at intensjonene med én innbygger og én journal står seg. At pasientinformasjon følger pasienten gjennom hele pasientforløpet, at pasientinformasjon skal være tilgjengelig for helsepersonell, og at vi skal ha gode helsedata og gode beslutningsunderlag for å ta gode beslutninger, står seg.

Nå kjører vi to programmer som vi fikk bevilgninger til over statsbudsjetter i 2021 – felles kommunal journal, som er et samarbeidsprosjekt som KS leder, men der staten er med i samarbeidsprosjektet, og kommunene er med. Så har vi et programansvar for digital samhandling, som er det viktige navet i all den utviklingen vi gjør for å sørge for at informasjonen kan flyte fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten.

Nils T. Bjørke (Sp): Eg veit ikkje heilt om du skjønte spørsmålet, men Akson hadde ein del rammer rundt seg, som i alle fall vart oppfatta på utsida. Eg kan heller prøva å snu litt på spørsmålet. Kva er forskjellen på prosjektet Akson og det pågåande arbeidet, som du var inne på?

Mariann Hornnes: Nå har ikke jeg vært involvert i Akson, så hva som er den store forskjellen – jeg tenker at det jeg fokuserer på, er at nå ser vi framover. Vi er sammen med sektoren enige om den veien vi skal gå. Vi har fått midler over statsbudsjettet til å gjennomføre to store programmer som vi jobber hardt med, og som det er enighet om. Vi har som en del av det programmet skissert en retning for videre utvikling innenfor digital samhandling sammen med sektoren, og jeg er veldig glad for at vi er enige med sektoren om hva vi ønsker å prioritere.

Møtelederen: Da går vi videre på talerlisten til Fremskrittspartiet og Carl I. Hagen.

Carl I. Hagen (FrP): Takk for innledningen. Jeg tenkte jeg skulle sjekke litt hvor langt vi var kommet, så jeg sitter nå og leser rapporten fra da jeg ble skrevet ut av sykehuset for to uker siden. Dere er kommet et godt stykke på vei. Det er en bra beskrivelse av hva som skjedde meg for en måned siden, og som jeg allerede nå kan lese. Den eneste innvendingen jeg har, er at det er for mange latinske uttrykk som ikke jeg skjønner noe av. Hvis man der kunne puttet inn et norskforklarende ord i parentes, slik at vi pasienter også kunne forstå lite grann av hva det betyr, hadde det vært veldig bra. Så vær så snill å ta det med dere.

I din innledning brukte du uttrykket «vi kunne ha gjort» om tidligere ting. Er det riktig at det på en måte tolkes som en krise av den situasjonen som er beskrevet i Riksrevisjonens rapport når det gjelder bruk av konsulenter, selv som prosjektleder gjennom åtte år, eller skal vi være vennlige å tenke at dette er lærdom vi har fått fra en del avgjørelser fra tidligere. Også den tidligere direktøren innrømmet at det at konsulentene ikke presenterte seg som innleide konsulenter overfor dem de møtte, hadde vært feil, og nå støttet hun at man skulle si fra om man var en innleid konsulent, eller om man var ansatt. Betyr det at man har lært? Du sa også at nå i større grad har man høringer og involverer nettopp dem som vi hadde til høring i dag morges, Legeforeningen, Sykepleierforbundet, IKT-Norge og Fagforbundet, som var negative, men som nå er blitt positive etter at det har kommet en ny ledelse i direktoratet. Hvis du ønsker å kommentere noe av det jeg nå har sagt, vil det være fint.

Mariann Hornnes: Jeg skal prøve på det, og så får du si fra hvis jeg ikke svarer det ut. Først og fremst: God bedring! Det er bra at du ser at det har skjedd mye, og det tror jeg er veldig viktig at vi ikke glemmer – den muligheten som Helsenorge, som du sannsynligvis var inne på nå, gir både pasient og helsepersonell til å få innsyn i pasienthistorien, den jobben vi gjør med Pasientens legemiddelliste, som er ekstremt viktig, den jobben som har vært gjort med å jobbe med grunndata og plattformer, få på plass meldingsutveksling og e-resept. Det er veldig mye bra som kommer oss som innbyggere til gode. Så vi må aldri glemme det. Men jeg er enig i at vi skal være utålmodige også på vegne av innbyggerne og oss selv etter å få gjort mest mulig.

Jeg tror det er rett som du sier, at noe av det som er bra med en riksrevisjonsrapport, er at det er en god grunn til læring – at man tar til seg det man får kritikk for, og de anbefalingene man får. Vi støtter jo de anbefalingene fra Riksrevisjonen. At vi lærer utrolig mye av dette, er det ikke tvil om. Vi har tatt klare grep når man snakker om konsulentbruk, hvor vi nå har en annen praksis enn det som har vært skissert tidligere i dag. Hos oss går konsulentene nå med blå bånd, mens vi andre går med svarte bånd, og det står i e-postadressen deres at de er innleid. Det er tydelig. Vi jobber fortsatt sammen om å få til dette på en god måte, men vi er kanskje tydeligere enn man var tidligere.

Jeg var inne på alt det vi har gjort for at vi skal ha gode strategier knyttet til konsulentbruk. Vi har tatt fram en sourcingstrategi hvor vi er helt tydelig på at vi

først og fremst skal bruke egne ansatte. Hvis vi ikke har kapasitet eller rett kompetanse i egne ansatte, skal vi involvere andre fra helsesektoren. Som tredjevalg knytter vi til oss konsulenter. Jeg tror ikke at vi kommer til å komme helt bort fra bruk av konsulenter, for det finnes kompetanse som vi ikke vil klare å ha i direktoratet til enhver tid. For å holde de tidsfristene og de løpene som er lagt, og levere på oppdragene vi får, kan vi også få kapasitetsutfordringer. Men vi får klare signaler nå i Hurdalsplattformen om at konsulentbruken skal ned. Det er også klare krav om det i tildelingsbrevet vårt. I 2020 hadde vi en konsulentandel på 29 pst, og vi var nede på 23 pst. i 2021. Vi har planer om, hvis vi klarer å ansette dem vi har planlagt, i 2022 å komme ned på 15 pst. Per februar er vi på 16 pst. Vi har ikke fått kritikk for omfanget av konsulentbruken, men nå er det tydelige signaler fra sittende regjering.

Jeg tenker også på, når det gjelder hvordan vi bruker konsulenter, at vi har beklaget at vi ikke har fulgt opp konsulentene på en god nok måte. Vi har – i den anskaffelseshåndboken – praktiske veiledere for hvordan man skal følge opp konsulentbruken, følge opp timebruken og følge opp økonomien i programmene for å sørge for at vi ikke går over den totale rammeavtalen eller avropet. Vi fokuserer på kompetanseoverføring både i konsulentstrategi og HR-strategi. Det har vært kompetanseoverføring tidligere også, det er ikke tvil om det. Å jobbe sammen som team er vel den beste måten å lære på. Men nå dokumenterer vi det tydeligere. I anskaffelseshåndboken er det også tydelig hvordan dette skal dokumenteres, også før vi går i gang med en anskaffelse.

Var det dekkende?

Carl I. Hagen (FrP): Det var det med det norske språket.

Mariann Hornnes: Ja, det norske språket. Det er noe av det vi jobber med nå. Vi jobber med et felles språk som skal sørge for at helsepersonell snakker tydelig og godt med hverandre og får en felles forståelse av hva slags type opplysninger som ligger her. Det skal også kunne være mulig for pasientene å forstå det. Jeg tror nok at det er en vei å gå der, men det er en bevissthet som ligger der.

Møtelederen: Da er det Rødt og Seher Aydar.

Seher Aydar (R): Takk for gjennomgangen.

Når en vanlig ansatt i helsevesenet gjør en stor feil, får personen ofte en formell advarsel. I denne saken er det sentrale anbudsregler som er blitt brutt. Har noen fått noen tjenestemessig reaksjon for noe av dette?

Mariann Hornnes: Meg bekjent er det ikke det.

Seher Aydar (R): Hvorfor ikke?

Mariann Hornnes: Her har det vært gjort noen formalfeil i forhold til et anskaffelsesreglement. Vi tar det som er funnet, på største alvor. Vi har satt i gang tiltak for å unngå at det skal skje igjen, samtidig som vi har systemer i virksomheten vår, som i andre virksomheter, med internrevisjoner, risikovurderinger og ledelsens gjennomganger for å sørge for at sånt ikke skjer. Jeg føler meg trygg på nå at vi har tiltak og rutiner som gjør at dette ikke skal skje igjen, men jeg kan aldri garantere for at det ikke skjer.

Seher Aydar (R): Den tidligere direktøren var her inne rett før deg. Da vi spurte om direktoratet brøt anskaffelsesreglene, sa hun at de ikke visste det, og at det er det vi har Riksrevisjonen til – ca. det. Da lurer jeg på om dere har systemer for å fange opp eventuelle framtidige feil eller brudd, eller om det er sånn at man må vente til eventuell neste riksrevisjon for å finne ut av det – spesielt hvis ingen får reaksjoner når det først skjer.

Mariann Hornnes: Det tenker jeg er veldig viktig. Med de nye tiltakene, de nye strategiene og den anskaffelseshåndboken som vi nå har etablert for alle som skal være med i anskaffelser, er for det første rollen til hver enkelt som gjør en anskaffelse, veldig godt definert, man vet hva man har ansvaret for. Det ligger tydelig hva man skal gjøre i behovsfasen, i planleggingsfasen, før man gjør anskaffelsen. Det ligger maler og rutiner for hvordan man skal gjennomføre en anskaffelse. Det ligger maler og rutiner for avslutningsdelen. Jeg føler meg trygg på at vi har satt i gang tiltak som gjør at vi også vil få en mye større etterlevelse. Men som sagt: Å garantere noe er det vel ingen som gjør. Men det regelverket vi har på plass, er blitt bra.

Vi har også, for å være helt trygge på det, hatt en ekstern vurdering av det regelverket og de rutinene vi nå har, av Wikborg Rein, som sier at det regelverket vi nå har på plass, vil dekke opp under de funn og de anbefalinger som er kommet fra Riksrevisjonen, og også at vi noen steder går lenger, utenfor det som anskaffelsesreglementet krever av oss.

Møtelederen: Da har vi kommet til Lubna Jaffery, fra Arbeiderpartiet – vær så god.

Lubna Boby Jaffery (Ap): Takk for at dere er her. Jeg har et par spørsmål som jeg lurer på om dere kan reflektere litt rundt. Det ene er det som blir sagt om bruk av høringsinstituttet, at man nå gjør det i mer utstrakt grad. Før gjorde man det jo ikke. Det er det vi både har lest og har blitt fortalt i dag. Man har fått høre at grunnen var at departementet ikke ønsket det. Kan du si litt

mer om hva som har endret seg, som gjør at dere nå velger å bruke det? Jeg tror også min kollega Nils Bjørke var innom det, men jeg vil gjerne høre litt mer om det.

Det har vært hevdet under høringen i dag at den prosjektmodellen som staten har, ikke er egnet for styring av store IKT-prosjekter. Da lurer jeg på om nåværende direktør er av samme oppfatning. Hva betyr dette eventuelt for gjennomføringen av målene i Én innbygger – én journal? For vi har hørt fra andre at det har vært korte frister, med begrunnelse bl.a. i budsjettmodellen, som gjør at man ikke har fått lov til å komme med tilstrekkelige innspill, eller at det ikke har vært mulighet for å ta det med inn på grunn av den korte tidsfristen.

Jeg har glemt det siste jeg skulle spørre om, så da tenker jeg du skal få lov til å svare. Jeg får eventuelt komme tilbake til det.

Mariann Hornnes: Som jeg sa tidligere, hadde jeg dialog med alle aktørene i sektoren da jeg startet i jobben i fjor sommer. Dette med høringer kom opp som et veldig tydelig signal, at man ønsket at vi skulle bruke det mer. Det er et signal som jeg tar på det største alvor og tar med meg. Hvis man legger til de anbefalingene som kom fra Riksrevisjonen, har vi fått en mye større bevissthet. Nå er det jo ikke sånn at det ikke har vært kjørt høringer tidligere, for det er veldig mye av standarder og retningslinjer og sånn som vi har tatt fram tidligere, som har vært ute på høring. Men det er et viktig virkemiddel, og det tar vi på største alvor. Jeg var tidligere her innom alle de høringene vi nå har på tapetet framover.

Når det gjelder statens prosjektmodell og gjennomføring av målene: Det er ambisiøse mål vi har satt oss. Det er en sammensatt sektor. I sektoren er vi 17 000 aktører som skal få til å sette en felles retning. Derfor er statens styringsmodell viktig. Jeg føler at direktoratets rolle er viktig når det gjelder å få til enhetlig retning, sette retningen og være en god pådriver og premissgiver for at vi skal nå de målene vi har satt oss. Statens prosjektmodell er et rammeverk som vi forholder oss til, og som vi så klart også kan diskutere. Hvis vi får oppdrag fra departementet om å se på om det kan gjøres forbedringer i den, skal vi selvsagt se på det. Per nå forholder vi oss til det rammeverket som ligger der.

Lubna Boby Jaffery (Ap): Leder, kan jeg komme inn, for nå fikk jeg summet meg?

Det ble sagt noe om konsulentbruken, prosentandel og Hurdalsplattformen og alt dette. Det er viktige poenger, men det jeg lurer på, er følgende: E-helseområdet er et stort felt som er i utvikling. Dette er ikke det siste prosjektet som vi kommer til å diskutere, verken her eller andre steder. Det er også andre store digitaliseringsprosjekter i offentlig sektor, bl.a. innenfor Nav-systemet – flere av dem begynner å bli gamle, f.eks. pensjonskalkulatoren vår. Det jeg lurer på, er: Hvordan jobber direktoratet med å få den kompetansen innomhus? Jeg vet at det alltid på et eller annet tidspunkt vil være behov for å leie inn hjelp eller konsulenter, og det har jeg forståelse for, men hvordan jobber man aktivt? IKT-faget er i rivende utvikling. Det er mange unge mennesker som velger det som fag. Har man lærlinger? Hvordan jobber man aktivt for å rekruttere denne framtidige arbeidskraften?

Mariann Hornnes: E-helse er viktig, og det har et enormt potensial. Regjeringen sier også i Hurdalsplattformen at digital kompetanse er viktig for innbyggerne. Så vi føler et ansvar for det – ingen tvil om det.

Jeg synes også det er bra at man i helsepersonellkommisjonen, som man har satt ned, ser på mulighetsrommet som e-helse kan skape for å møte de bærekraftsutfordringer som helsesektoren står overfor. Det er også viktig. Så jeg har respekt og ydmykhet for det ansvaret vi har for å ivareta en slikt nasjonalt ansvar. Jeg håper dere ser at jeg mener det.

Når det gjelder det å tilknytte oss kompetanse, etablerte vi – da jeg startet i direktoratet – en endringsagenda. Et av punktene på endringsagendaen er at vi skal være en attraktiv arbeidsgiver. Vi skal ha den rette kompetansen til å løse oppdragene våre i dag og i framtiden. Christine Bergland var inne på at direktoratet hadde ansatt i snitt 40 hvert eneste år. I fjor vokste direktoratet med 60 ansatte. Det er en av grunnene til at konsulentandelen går ned. Vi kan bygge opp kompetanse underveis og bygge videre på den kompetansen vi har. Det er også veldig viktig for oss å videreutvikle den kompetansen som egne ansatte har, gjennom å være med på spennende oppdrag, kjøre kursing, opplæring og følge med på det mulighetsrommet som er knyttet til teknologi og andre fagområder som vi har. Det er klart at når det gjelder teknologi, skjer det veldig mye.

Jeg tror også – eller jeg ikke bare tror, for det vet jeg, det sier de som jobber hos oss – at vi er en attraktiv arbeidsgiver først og fremst fordi vi har det samfunnsoppdraget vi har. Det føles givende å jobbe hos oss og være med og forenkle Helse-Norge.

Møtelederen: Vi har to spørsmål igjen. Jeg må oppfordre til at det går veldig hurtig unna – først saksordfører Eriksen og til slutt Nils T. Bjørke. Vær så god.

Even Eriksen (A): Fra deres perspektiv: Hva er fordelen med en frivillig tilslutning og samfinansiering sammenliknet med pålagt tilslutning og derav hva slags finansiering? Har du noen betraktninger rundt det?

Mariann Hornnes: Det har vært prøvd ulike modeller. Hvis vi ser på det som har skjedd innenfor e-helse-

området, har man prøvd på samfinansiering fra sektoren og med øremerkede midler over statsbudsjettet. Jeg tror begge deler er krevende. Vi har hørt at man har behov for finansiering, og det er en av grunnene til at man prøver å holde tempoet oppe, for å følge budsjettprosessene.

Jeg tenker også at nå jobbes det mye med finansieringsmodeller. Det var endring i pasientjournalloven i desember 2021, hvor man ble lovpålagt å bruke de nasjonale e-helseløsningene av aktørene ute i sektoren, og hvor man også får plikt til å betale. Det er i den retning som departementet har lagt framover, og nå jobber departementet med finansieringsmodeller.

Møtelederen: Da er det Nils T. Bjørke.

Nils T. Bjørke (Sp): Det er alltid interessant, og det gjeld mange sektorar, dette forholdet mellom direktorat og departement og styringsstrukturen der imellom. Det er stor vekst, og det er forståeleg med alle oppgåvene ein har. Men er det ein tendens til at ein lagar slike prosjekt for kompliserte, i staden for at det er samhandling som er viktig, og at ein så lèt aktørane ute ta seg ein del av utviklinga av dei ulike løysingane?

Mariann Hornnes: Det er egentlig et stort spørsmål, for det er komplekst, det vi holder på med. Som jeg har vært inne på, er det veldig mange aktører, det skjer mye hele tiden, det er juridiske lovverk, arbeidsprosesser, omstillingsevne og teknologi – og alt dette må henge sammen. Det er veldig mange som blir involvert og må endre arbeidsprosessene sine ved å ta i bruk nye løsninger. Det gjør at det er komplekst og sammensatt.

Jeg tror det trengs en sterk nasjonal styring for å sikre at vi får en helhet. Rollen vår i direktoratet er å få til en helhetlig e-helseutvikling. Vi kan ta et nasjonalt ansvar. Det er mange andre aktører som har lokale ansvar, som har regionale ansvar, mens vi har et nasjonalt ansvar for å prøve å se helheten basert på brukerbehovene og for å skape mest mulig gevinst for pasientene og helsepersonellet.

Møtelederen: Da har jeg tegnet meg selv til et siste, kort spørsmål.

Jeg spurte prosjektlederen fra PwC tidligere, og jeg spør deg også om du har observert feil som kan ha satt hele prosjektet i spill.

Mariann Hornnes: Ikke som jeg kjenner til, nei.

Møtelederen: Da er det notert, og jeg ser ikke flere spørsmål fra komiteen.

Vi går over i siste del, som er en oppsummering og avslutning hvor du og dere inviteres til å komme med noen avsluttende betraktninger dersom det er ønskelig, oppad begrenset til 5 minutter.

Mariann Hornnes: Takk for muligheten jeg har fått til å belyse funnene og anbefalingen fra Riksrevisjonens rapport bedre.

Jeg er ydmyk og har respekt for den viktige og krevende oppgaven vi har som myndighet. Vi skal navigere og få til helhetlig e-helseutvikling i et landskap med over 17 000 virksomheter, som har en stor grad av selvstendig ansvar for digitalisering. Det trengs et faglig, sterkt og tydelig direktorat som samler og koordinerer sektoren, og som sørger for at vi holder takten oppe.

Vi har et nasjonalt ansvar der andre aktørers perspektiv kan være lokale eller regionale. Vår oppgave er å samle sektoren om en felles retning for digitalisering. Vi skal sørge for at informasjonen kan følge pasienten gjennom hele pasientforløpet, på tvers av nivåer og uavhengig av hvor i landet man bor. Når vi jobber med dette, bruker vi ulike virkemidler.

Som jeg nevnte innledningsvis, styrker vi nå den samlede virkemiddelbruken. Her har Riksrevisjonens rapporter vært viktige og samlet hele sektoren om et felles løft.

Den nasjonale styringsmodellen, ny e-helsestrategi og aktiv bruk av høringsinstituttet er noen eksempler. Standardiseringsarbeidet vi har ansvar for, er helt avgjørende for at opplysninger skal kunne utveksles korrekt mellom virksomheter, helsepersonell og innbygger.

For å få til alt dette er vi avhengig av et tett og godt samarbeid med alle involverte aktører – som dem dere har hørt i dag: Norsk Sykepleierforbund, IKT-Norge, KS, Oslo kommune, Kristiansand kommune, Fagforbundet og Legeforeningen. Vi skal legge til rette for gode prosesser og dialogarenaer, hvor sektorens innflytelse på de nasjonale prioriteringene sikres.

Jeg oppfatter at det nå er tillit til et godt samarbeid, og at vi er enige om veien videre. Noen av signalene jeg tar med meg i dag, er vårt fokus på at samhandling er viktig, samhandlingsløsninger og i tillegg standardisering.

Forrige uke vant vi e-helseprisen sammen med ti av aktørene i sektoren. Prisen gikk til digitaliseringssamarbeidet TISK IKT, den nasjonale strategien for testing, isolering, smittesporing og karantene gjennom pandemien. TISK-strategien har bidratt til at Norge har klart seg godt gjennom pandemien, og TISK IKT skapte på kort tid de løsningene som trengtes for å håndtere pandemiens utfordringer – takket være den jobben som var gjort tidligere. Og vi klarte å få til innsamling og deling av koronasvar, smittesporing og koronasertifikat, for både innbyggere og tilreisende. Uten de nasjonale løsningene som Helsenorge hadde ikke dette vært mulig.

Prisen minner oss også godt på det som kommer ut av samarbeid, og at vi må fortsette å samarbeide også når det ikke er en pandemi som gjør det nødvendig.

Pandemien har utløst et digitalt taktskifte og vist at det er høy digital modenhet og endringsvilje i sektoren og hos innbyggerne. Dette må vi holde fast på når vi sammen skal jobbe videre på veien mot et enklere HelseNorge.

I 2021 fastsatte vi en endringsagenda for direktoratet som gir en tydelig retning for vår utvikling. Brukerbehovene skal stå i sentrum for vårt arbeid. Direktoratet skal bygge tillit og oppleves som et talerør for hele sektoren. Vi skal sørge for at de midlene som bevilges til digitalisering, så raskt som mulig gir bedre løsninger for innbyggere, pasienter og helsepersonell. Det gjør vi ved å koordinere alle de viktige pågående tiltakene i sektoren, bl.a. gjennom program og prosjektstyring.

Gjennom kompetanseutvikling og rekruttering skal vi sørge for at direktoratet har rett kompetanse til å løse dagens og framtidens oppgaver på en mest mulig effektiv måte. Vi har redusert konsulentandelen betraktelig og skal fortsette å bygge vår viktige tverrfaglige kompetanse på digitalisering i helsesektoren. Endringsagendaen, tildelingsbrevene og oppdragene vi får, er kompasser vi navigerer etter når vi jobber med målet som er satt for e-helsefeltet.

Takk for meg.

Møtelederen: Da sier vi tusen takk fra komiteens side for at dere kunne stille – spesielt Marianne Hornnes, men også dere bisittere.

Vel hjem, og igjen tusen takk.

Komiteen tar pause til 14.45.

Høringen ble avbrutt kl. 14.30.

Høringen ble gjenopptatt 14.45.

Høring med tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie

Møtelederen: Da er klokken 14.45, og komiteen er klar til å begynne igjen.

Det er en glede å ønske velkommen til tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, som var statsråd i perioden 2013–2021.

Du får 10 minutter til en generell innledning, og etter innledningen starter komiteens utspørring. Helt til slutt får du ordet til en oppsummering. Når det er 30 sekunder igjen, får du et lite vink.

Med det er ordet ditt.

Bent Høie: Takk for det, og tusen takk til komiteen for anledningen til å møte i denne høringen for å svare på spørsmål.

Da jeg overtok som helse- og omsorgsminister høsten 2013, var det ikke tvil om at helsetjenestens digitale løsninger ikke hadde fulgt med i utviklingen. Norsk helsetjeneste var tidlig ute med å bruke IKT, men det skjedde ustrukturert og hadde preg av det som vi kaller «å sette strøm på papir». Dermed var det over mange år investert i løsninger som ikke hang sammen.

Stoltenberg II-regjeringen fremmet på slutten av sin åtteårige regjeringstid en stortingsmelding om dette med navnet «Én innbygger – én journal», og visjonen der var:

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

Meldingen var svært kort og ga i liten grad svar på hvordan dette skulle skje. Jeg mente det var behov for en bedre analyse av status, så tidlig etter at jeg hadde overtatt, bestilte jeg derfor tre utredninger: én om IKT-statusen i helseregionene, én om det norske leverandørmarkedet og én for sektoren samlet.

Resultatet av disse tre analysene var nedslående. Helseregionene var kommet svært ulikt. De hadde ikke en tydelig felles retning og prioritering. Det norske leverandørmarkedet var ikke modent til å levere løsninger som svarte til framtidens behov, og sektoren var preget av mange små og ikke-sammenhengende løsninger.

Vi hadde på dette tidspunktet et lovverk som også hindret samtidig tilgang til helseopplysninger om pasientene, og arbeidet ble ledet av en divisjon i Helsedirektoratet. I Helse- og omsorgsdepartementet var det heller ikke tilstrekkelig kompetanse på dette området, og det var ikke bygd opp en egen e-helseavdeling. Kort fortalt: Visjonen var fin, men vi var ikke klare til å gjennomføre den.

Det er derfor få områder jeg har jobbet så mye med som dette området i de åtte årene jeg satt som helse- og omsorgsminister. Lovverket ble modernisert, det ble opprettet et eget e-helsedirektorat, og departementet fikk sin egen e-helseavdeling. Samtidig startet arbeidet med å realisere Én innbygger – én journal. Dette arbeidet krevde også sterk forankring i kommunesektoren, som er den største delen av helsetjenesten.

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

Riksrevisjonen mener at departementet ikke har ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering av arbeidet med Én innbygger – én journal på en god måte. På dette punktet er jeg uenig med Riksrevisjonen. Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste har vært kvalitetssikret i tråd med statens prosjektmodell for store statlige investeringsprosjekter, KS1 og KS2. Arbeidet med Én innbygger – én journal har vært gjenstand for flere faser med tilhørende beslutningspunkter. Departementets rapportering til Stortinget har gjenspeilet disse fasene, der detaljeringsgraden har økt ved sentrale beslutninger og veivalg. Risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble kommunisert til Stortinget i Prop. 1 S for 2020–2021, etter at KS2 for Akson, felles kommunal journal og helhetlig samhandling, var gjennomført.

Rapportering om risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble gjort i sammenheng med at Stortinget ble forelagt et forslag til beslutning om å gå videre med tiltaket. Jeg viser også til at veikartet for realisering av målbildet for Én innbygger – én journal, anbefalt av en samlet sektor, lå til grunn for regjeringens beslutning om at det skulle gjennomføres en grundig kvalitetssikring med både KS1 og KS2 av arbeidet med nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det var også bakgrunnen for at det ble igangsatt en konseptvalgutredning i 2018. Jeg mener derfor at kvalitetssikringen er ivaretatt på en god måte.

Riksrevisjonen påpeker at Direktoratet for e-helse gjorde en aktiv nedprioritering av samhandlingsløsningen i forprosjektet for Akson. Jeg mener at samhandlingsfunksjonaliteten har vært høyt prioritert gjennom hele arbeidet. I arbeidet er det lagt til grunn en stegvis tilnærming for realisering av målene for samhandling i helse- og omsorgssektoren. En stegvis tilnærming er valgt for å redusere risiko og kompleksitet. Riksrevisjonen peker på at utredningen av Én innbygger – én journal har hatt svakheter, og at utredningen for tidlig snevret inn løsningsalternativene. I to omganger ble konseptvalget vurdert av ekstern kvalitetssikrer, som opprettholdt anbefalingen om det etter hvert valgte konseptet. Konseptvalget ble gjort ut fra en totalvurdering, både av måloppnåelse, lønnsomhet for samfunnet og arkitektur. Arkitektur kan ikke vurderes løsrevet fra målene med tiltaket, og helsepersonellets og pasientens behov må være sentrale i vurderingene. Plattform og økosystem har vokst fram som mer aktuelle løsningsalternativer de senere årene. En åpen plattformtilnærming hvor informasjon vil være tilgjengelig for dem som benytter den, inkludert leverandører og aktører, ble derfor anbefalt i forprosjektet i 2020. Det har vært en bred forankring og medvirkning fra sektoren i arbeidet med Én innbygger – én journal, og styringsgruppen for arbeidet har vært sektorsammensatt. Styringsgruppen stilte seg bak dette anbefalte konseptet i 2018. Den eksterne kvalitetssikringen påpekte også at det har vært en bred involvering.

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

Det er Riksrevisjonens vurdering at styringsmodellen har vært et steg i riktig retning, men at det er behov for å forbedre modellen i det videre for å få til mer forpliktende e-helseutvikling. Jeg delte denne vurderingen, noe som er bakgrunnen for at Direktoratet for e-helse i desember 2020 fikk i oppdrag å evaluere og videreutvikle styringsmodellen i samarbeid med sektoren. Forslaget til endringer utarbeides og drøftes med sektoren i den nasjonale styringsmodellen og skulle sendes på høring av Direktoratet for e-helse høsten 2021.

For å understøtte økt digitaliseringstakt i helse- og omsorgssektoren overførte jeg oppgavene knyttet til de nasjonale e-helseløsningene helsenorge.no, kjernejournal, e-resept, grunndata og HelseID fra Direktoratet for e-helse til Norsk helsenett SF, 1. januar 2020. Ny oppgavefordeling tydeliggjør et skille mellom Direktoratet for e-helses rolle som forvaltningsorgan og Norsk helsenett SF som tjenesteleverandør innen e-helseområdet. Grepet ble gjort for å sikre en tydeligere myndighet og en tydeligere leverandør. For et tydeligere ansvar mellom privat og offentlig sektor ga jeg også Direktoratet for e-helse i oppdrag å levere en anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften innen e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet.

Når det gjelder arbeidet med å etablere en felles legemiddeloversikt, Pasientens legemiddelliste, vil jeg understreke at det er gjennomført viktige tiltak for å sikre helsepersonell bedre tilgang til legemiddelopplysninger. Dette skjer gjennom utvikling og innføring av e-resept og kjernejournal. Dette er viktige og nødvendige steg på veien mot en felles legemiddelliste. Fra høsten 2020 intensiverte departementet oppfølgingen i etatsstyringsdialogen hvor Direktoratet for e-helse rapporterer på framdrift og risiko hvert kvartal. Rapporteringen ble fulgt opp i etatsstyringsmøtene. Arbeidet med en fel-

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

For systematisk å følge opp de fire strategiske tiltakene – 1) Helseplattformen i helseregionen Midt-Norge, 2) samordnet utvikling av de øvrige helseregionenes journalføringer, 3) felles kommunal journalløsning utenfor Helse Midt-Norge, og 4) den nasjonale samhandlingsløsningen i veikartet for Én innbygger – én journal – ba jeg i 2021 Direktoratet for e-helse gjøre en samlet vurdering av sektorens utvikling av journal- og kurveløsninger for å nå målet i Én innbygger – én journal. Vurderingen skal gjøres på bakgrunn av felles planverk for modernisering av journal- og kurveløsninger i de regionale helseforetakene, Helseplattformen og felles kommunal journalløsning.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at Direktoratet for e-helse ikke har hatt gode nok rutiner og praksis for anskaffelse og bruk av konsulenter. Direktoratet for e-helse ble etablert for å sikre en mer helhetlig og forutsigbar IKT-utvikling innen helse- og omsorgssektoren. Vi hadde store ambisjoner i regjeringen Solberg innen e-helseområdet, og direktoratet fikk ansvaret for å gjennomføre store nasjonale satsinger. Dette krever oppbygging av et sterk fagmiljø. Selv om direktoratet har bygd opp kompetanse med egne ansatte innen området, er det også behov for konsulentbistand. Bruk av konsulenter gir mulighet for spesialisering og mer effektiv bruk av offentlige midler. Hva slags type kompetanse man trenger i prosjekter og programmer, vil kunne variere over tid, noe som krever en fleksibel bemanning. Etter min vurdering var det direktoratet selv som sto nærmest til å finne den riktige balansen mellom innleide konsulenter og fast ansatte.

Møtelederen: Takk skal du ha.

Da har vi kommet til komiteens utspørring. Vi starter med saksordfører Even Eriksen, som har 10 minutter. Vær så god.

Even Eriksen (A): Takk for en god redegjørelse fra den tidligere statsråden. Vi kan starte litt overordnet: Hva slags samfunnsmessige gevinster mener du er oppnådd gjennom det utredningsarbeidet som er gjennomført med Én innbygger – én journal i perioden 2013–2020?

Bent Høie: De største gevinstene av dette arbeidet vil en jo høste i tiden framover, for som jeg sa: Selv om jeg hadde en tydelig visjon for arbeidet da jeg overtok som helse- og omsorgsminister, var forutsetningene for å nå den visjonen ikke til stede. Det er et stort og veldig komplekst arbeid, og det er ikke minst komplekst fordi det er 17 000 ulike aktører, og mange av dem har selvstendig beslutningsmyndighet i denne typen saker. Det betyr at det krever mye å få dette til å gå inn på et rett spor og gå i rett retning.

Samtidig vil jeg understreke at det er jo ikke sånn at vi ikke har høstet gevinster underveis, og at det ikke har vært forbedring underveis. Som representanten Hagen var inne på i et av sine tidligere spørsmål, da han hadde vært inne på Helsenorge: Det klart at hvis man går inn på Helsenorge i dag sammenliknet med 2013, er det en helt annen funksjonalitet du opplever som pasient. Ikke minst viste koronapandemien oss at veldig mye av det arbeidet som var gjort, ga et potensial for bruk av digitale løsninger i sektoren som ikke var tatt ut selv om mulighetene var der, og investeringene var gjort. Pandemien gjorde at sektoren tok i bruk eksisterende løsninger på en mye raskere måte, og vi fikk dermed allerede da mye igjen for de investeringene som var gjort.

Even Eriksen (A): Deler den tidligere statsråden den tidligere e-helsedirektørens vurderinger om at statens prosjektmodell er lite egnet for store og komplekse IT-prosjekter, som den saken vi nå har høring om? I så fall: Hvordan har dette påvirket de valgene som er tatt gjennom utredningsarbeid fra 2013 til 2020?

Bent Høie: Da har jeg en del års erfaring fra regjering, og det er ingen hemmelighet at alle fagstatsråder kan være frustrert over KS-modellen – rett og slett fordi en føler at den forsinker viktige prioriterte investeringer. Men realiteten er at vi ikke kan ha denne typen store statlige investeringer uten at vi har en kvalitetssikringsmodell. Dermed er det veldig lett å finne utfordringer med dagens modell, men jeg er ganske overbevist om at hvis en starter en diskusjon om alternative modeller, vil en veldig fort ende opp med ganske like modeller. Det ser vi fra privat sektor der en gjennomfører store investeringer, og en har veldig omfattende kvalitetssikringsmodeller der. Helseregionene, som i denne sammenheng står fritt til å velge kvalitetssikringsmodeller, som selvstendige virksomheter, har også en modell som likner veldig på KS-modellen. Jeg er ikke nødvendigvis sikker på at alternativene – hvis de hadde blitt utredet – nødvendigvis hadde framstått som veldig mye mer attrak-

tive eller dynamiske. Det er utfordringer med å kvalitetssikre, men det må en gjøre når man skal bruke så mye penger på samfunnets vegne.

Even Eriksen (A): Da kan vi gå videre til konsulentbruk, som har vært et tema underveis i prosessen i denne høringen. Tidligere e-helsedirektør var tydelig på at du som tidligere statsråd var godt kjent med bruken av konsulenter og omfanget av det gjennom styringsdialogene. Mener du det var en klok anvendelse av offentlige midler? Hvorfor ga du ingen styringssignaler konkret om bruken av konsulenter? Når du ser tilbake, ville du ha gjort noe annerledes knyttet til bruken av de midlene, og ville du ha kommet med noen styringssignaler, sett i ettertid?

Bent Høie: Min vurdering er nok at det er direktoratets ledelse som er de som står nærmest til å vurdere balansen mellom bruk av konsulenter og det å ha egne ansatte. Dette er både kompliserte og store prosjekter, der aktiviteten vil være avhengig av de årlige statsbudsjettenes bevilgninger.

Hvis en har en for stor andel egne ansatte, er selvfølgelig fordelen den kompetansen en sikrer innomhus, men en kan veldig fort komme i en situasjon der en har feil kompetanse knyttet til de prosjektene som blir prioritert av regjering og storting. Dette er veldig komplekst, og det er vanskelig å styre dette fra overordnet myndighet. Jeg mener at der bør en ha tillit til at lederne i staten evner å ta den type avveininger.

Økonomisk sett er det ingen tvil om at det er best å ha egne ansatte, hvis en klarer å bruke deres kompetanse og utvikle deres kompetanse best. Alle økonomiske insentiver tilsier at en bruker egne ansatte. Så er IKT-sektoren en sektor med store rekrutteringsutfordringer. Jeg opplever at ledelsen i direktoratet også under min tid ønsket å erstatte en del av konsulentene med egne ansatte, ikke minst i ledelsesfunksjoner, men at det var utfordringer med rekruttering. Da var det egentlig det alternativet en sto igjen med, så lenge en skulle løse oppdraget. Her kan det også være ulike og til slutt politiske vurderinger, men det er jo ikke tema for denne høringen.

Even Eriksen (A): I fortsettelsen av det: Hvorfor ble det først høsten 2020, og da etter omfattende offentlig kritikk bl.a. i media, utarbeidet en personalpolitikk og rutiner for konsulentbruk samt etablert en egen avdeling for program- og prosjektledelse i Direktoratet for e-helse?

Bent Høie: Da vi ble klar over de utfordringene knyttet til dette, ga vi direktoratet et klart oppdrag om å gå gjennom det. Det var jo direktoratet selv som først satte i gang en gjennomgang. Den kom til mange av de samme funnene som Riksrevisjonens rapport, og det har de tatt tak i.

Når det gjelder måten departementene styrer direktoratene på, er det ikke sånn at departementene har kapasitet til å drive den typen kontrollfunksjoner med direktoratene. En er avhengig av at direktoratene håndterer dette på et selvstendig grunnlag, og så har vi Riksrevisjonen og andre funksjoner for å kontrollere i etterkant. Sånn vil det nødvendigvis måtte være. Hvis ikke måtte departementene blitt oppbemannet med betydelige ressurser for å drive kontroll, og det ville vært en helt annen styringsmodell enn det vi har i dag.

Even Eriksen (A): Det er fortsatt departementets ansvar, selv om det kan være vanskelig å holde kontroll.

Du refererte til Riksrevisjonens funn og at du var uenig i deler av kritikken, særlig knyttet til dette med styring fra departementets side. Du nevnte det litt i ditt innledningsinnlegg, men kunne du vært litt mer konkret på hva du er uenig i av Riksrevisjonens funn?

Bent Høie: Hoveddelen av Riksrevisjonens funn er jeg enig i, og jeg mener det er en god rapport som både departementet og direktoratet har hatt god nytte av. Mye av det som er kommet fram i rapporten, kom også fram gjennom de interne gjennomgangene departementet ba direktoratet om å ha før Riksrevisjonen kom med sin rapport.

Det jeg er helt konkret uenig i, er den kritikken som kom mot departementet knyttet til ledelse og oppfølging av direktoratet, for den mener jeg har vært tett og god og på det nivået den skal være på. Hvis en skulle ha lagt til grunn f.eks. at departementene skulle ha kontrollert rutiner ved anskaffelser osv., ville det innebære at departementene må ha en helt annen bemanning for en controllerfunksjon mot direktoratene enn det det er lagt opp til. Derfor mener jeg at kritikken her ikke helt treffer med tanke på den styringsmodellen vi har.

Even Eriksen (A): Jeg tror jeg rekker et siste spørsmål. Er du enig med den sittende statsråden, som i brev til komiteen har understreket behovet for det arbeidet med å videreutvikle den nasjonale styringsmodellen som nå pågår? I så fall, kan du begrunne svaret der?

Bent Høie: Ja, det er jeg helt enig i siden det var jeg som ga oppdraget om å videreutvikle den da jeg var statsråd. Det er også viktig å ha med seg at denne styringsmodellen i utgangspunktet er en modell kommunesektoren i flere møter med meg har påpekt at de mener er et forbilde for andre sektorer. Også større kommuner – f.eks. Bergen kommune, som vi har hatt møte med – har påpekt at den styringsmodellen vi har hatt for e-helseområdet, med den graden av involvering, har

vært en modell som bør være en modell for andre sektorer.

Men selv gode modeller har forbedringspotensial. Derfor mente jeg det var riktig å starte et arbeid også med å forbedre denne styringsmodellen, og jeg er helt enig med nåværende statsråd i det.

Møtelederen: Da har vi vært gjennom saksordførerens spørsmål, og vi går videre til de partivise utspørringene. Vi starter med Høyre, som har 5 minutter til spørsmål. Svein Harberg – vær så god.

Svein Harberg (H): Takk for gjennomgangen av den perioden du hadde ansvaret for.

I Riksrevisjonens rapport har de kommet med påstander – skal vi si det sånn – om at departementet ikke ivaretok sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering. Det har du delvis tilbakevist i ditt innlegg i dag, men med bakgrunn i de funnene fra Riksrevisjonen, og i etterpåklokskapens lys, som vi stort sett driver med i denne komiteen: Kan det at det ble laget et eget direktorat, ha vært med på å skape avstand til engasjement og oppfølging – sett i ettertid?

Bent Høie: Jeg regner med at du da tenker fra departementet sin side.

Nei, egentlig tvert imot, for før var dette en divisjon i Helsedirektoratet. Det betyr at avstanden mellom denne virksomheten og departementet egentlig var større, og det var også et mindre miljø. En kunne selvfølgelig fort blitt mer avhengig av ekstern kompetanse i disse prosjektene. Noe av hensikten med å etablere direktoratet var å tydeliggjøre styringen av dette området. Det var nødvendig, for vi så konturene av størrelsen på det vi skulle inn i, at det var så stort at det ikke lenger var egnet til å bli ledet av en divisjon i et direktorat som nødvendigvis har en ledelse som ville ha hovedoppmerksomheten på mange andre store utfordringer i denne svære samfunnssektoren.

Svein Harberg (H): Videre i prosjektet skjedde det at det var avskalling fra flere hold – de regionale helseforetakene, Legeforeningen og noen kommuner. Var det for stor frivillighet i dette prosjektet? Det er kanskje et ledende spørsmål.

Bent Høie: For det første er det sånn at jeg opplevde en veldig tett og god dialog med KS og de involverte kommunene i denne sammenhengen. Det var på en måte en referansegruppe av ulike typer kommuner, som en må ha i en sånn sak som dette. Vi kan ikke bruke alle de over 300 kommunene i Norge. De kan ikke være like tett på, så en må ha et utvalg av kommuner som er representative, og som er tett på. Der opplevde jeg veldig bred tilslutning til dette.

Det er helt riktig at både bransjen og Legeforeningen har vært gjennomgående kritiske. Sykepleierforbundet har ikke vært det. De har stort sett vært veldig positive, og de representerer tross alt en veldig stor gruppe av brukerne her, så bildet er nok mye mer nyansert.

Vi har hatt to runder der kommunene skulle melde tilbake interesse, og hver gang har det kommet i større prosentvis oppslutning blant alle kommunene enn det en i utgangspunktet hadde satt som målsetting. Men det er klart at hvis en er kommunestyremedlem i en kommune som ikke sitter i den tette referansegruppen, vil en føle at det er stor avstand til dette prosjektet i den fasen en har vært gjennom. Det er vanskelig å se hvordan en kunne unngått det.

Svein Harberg (H): Det er en fin overgang til det siste spørsmålet mitt. Det har vært litt forskjellige meldinger om hvorvidt det som nå skal skje av samhandling, bør styres fra staten eller ha eierskap i kommunene. Hvorfor valgte dere den løsningen dere gjorde?

Bent Høie: Det mener jeg er veldig viktig, og dette er et sentralt tema, for dette, en kommunal journal, er et kommunalt prosjekt. Dette er et av kommunens aller viktigste verktøy for å skape en bærekraftig helsetjeneste i framtiden. Det må eies av kommunene. Hvis staten tar på seg eierskapet til dette, tar staten også på seg risikoen for det som har høyest risiko i prosjektet. Det er ikke anskaffelsen; det er implementeringen. Den store kostnaden i dette prosjektet er ikke kjøp av løsninger, men å ta i bruk løsningene og få effekt av løsningene. Der sitter kommunene med alle virkemidlene, mens staten har veldig få virkemidler. Så hvis dette blir et statlig prosjekt, vil staten ta på seg en betydelig risiko for noe en ikke har styring på, nemlig implementeringen. Derfor er det ekstremt viktig – og det var min vurdering da jeg var helse- og omsorgsminister – at det som staten gjorde her, var å tilrettelegge for noe som skulle bli et kommunalt eid og drevet prosjekt.

Møtelederen: Da er neste parti ut Senterpartiet og Nils T. Bjørke, som også har 5 minutter.

Nils T. Bjørke (Sp): Eg vil fyrst takka for innleiinga. Kva ny informasjon om prosjektet kom fram i samband med kvalitetssikringa i 2020, KS2, som ikkje var kjend tidlegare, og som gjorde at kvalitetssikraren konkluderte med at tiltaket, slik det er beskrive, ikkje gjev tilstrekkeleg tryggleik for å nå måla for det valte konseptet og for at dei identifiserte nyttegevinstane kan realiserast? Kva var det som kom fram då som ein ikkje hadde funne tidlegare?

Bent Høie: Det var i veldig stor grad knyttet til gjennomføringen av prosjektet. Da er et sentralt punkt re-

gjeringens valg om at dette skulle ha en frivillig tilknytning i begynnelsen. Det er noe som vi politisk mente var riktig, og som også KS var veldig opptatt av. Her er du nok kommet over i et område der kanskje den politiske vurderingen vil være annerledes enn det en kvalitetssikrer vil tenke. En kvalitetssikrer vil selvfølgelig tenke at når en skal gjøre en så stor investering, er det en fordel å sikre seg at flest mulig er med, og når det er staten, kan en jo bestemme det gjennom lov. Vi som er her, og som har en viss politisk erfaring, vil vite at hvis vi hadde gått til det virkemiddelet, hadde det blitt monumental motstand fra kommunesektoren. Vi hadde fort oppnådd det stikk motsatte av det en kvalitetssikrer tenker at en hadde oppnådd med noe sånt. Det var en hovedinnvending fra ekstern kvalitetssikrer.

Det andre var at det var en rekke spørsmål som ikke var ferdig utredet. Det var heller ingen tilfeldighet. Dette var også noe av den kritikken som kom fra Oslo kommune – de hadde en rekke spørsmål som de ville ha svar på før de ville forplikte seg på å gå inn i dette. Men, som jeg var inne på i mitt forrige svar, dette skulle være et kommunalt eid prosjekt. Hvis staten hadde gått veldig mye lenger i å legge premissene i dette prosjektet enn det vi gjorde, hadde staten i realiteten styrt et kommunalt prosjekt så langt at kommunesektoren ikke hadde sittet med et reelt ansvar for det som ble løsningen. Det er kommunesektorens ansvar å finne svarene på de spørsmålene, for dette er et kommunalt prosjekt som staten bruker penger og andre virkemidler på for at kommunesektoren skal klare å lykkes med i et fellesskap, når kommunene er organisert på den måten som de er.

Nils T. Bjørke (Sp): Den 13. oktober 2020 uttala du at Helse- og omsorgsdepartementet hadde gått igjennom ei utgreiing frå Direktoratet for e-helse om reglane for offentlege innkjøp var overhaldne ved avrop på rammeavtalen for IKT-konsulenttenester. No har Riksrevisjonen kome med ei heilt anna vurdering. Kva ny informasjon kjem fram i rapporten frå Riksrevisjonen som ikkje låg i utgreiinga frå direktoratet og advokatfirmaet Kluge? Hadde ikkje direktoratet og advokatfirmaet tilgang til den same informasjonen som Riksrevisjonen fekk?

Bent Høie: Jo, og min uttalelse baserte seg på den gjennomgangen som da var gjort. Dette viser at denne typen brudd ikke er så åpenbare som en gjerne kan ha inntrykk av. Det er nyanser i vurderingen her, og som også den tidligere direktøren var inne på, var de ikke klar over at de hadde brutt reglene. Dette er komplekse regler. Dette er ikke svart–hvitt; det er en vurdering. Dermed vil en kunne oppleve at juridiske miljøer kommer til ulike konklusjoner i denne typen spørsmål. Det har en opplevd her ved at ett juridisk miljø, som er anerkjent, har kommet til en annen konklusjon enn Riksrevisjon har.

Nils T. Bjørke (Sp): Vart prosjektet Akson avslutta i di tid som statsråd?

Bent Høie: Nei, men det har fått et annet navn, og kommunene har overtatt det. Men prosjektet går sin gang, opplever jeg, i all hovedsak i den samme retningen som ble lagt til grunn i min tid i regjering.

Nils T. Bjørke (Sp): Kva er forskjellen på det opphavlege Akson-prosjektet og det arbeidet som no er i gang, med felles kommunal journal?

Bent Høie: Jeg opplever ikke at det er noen forskjell. Det som er poenget, er at dette var et prosjekt som ble satt i gang, og hvor det lå et utviklingspotensial i prosjektet. Det var ikke et fiks ferdig spikret detaljprosjekt. Dermed påvirker utviklingen i både samfunnet og bransjen innholdet i prosjektet. Det har påvirket det i en retning som, slik jeg opplever det, har en bredere tilslutning blant leverandørene, og det er veldig positivt.

Møtelederen: Da går ordet videre til Fremskrittspartiet og Carl I. Hagen, som også har 5 minutter til disposisjon.

Carl I. Hagen (FrP): Jeg vil begynne med rollen til prosjektleder Are Muri. Var du kjent med at han var en innleid konsulent fra PwC helt fra begynnelsen av, da han ble prosjektleder? Syntes du det var i orden at det var en innleid konsulent som var prosjektleder? Jeg er klar over det med konsulentbruk – det har jeg stor forståelse for. Men lederrollen vil jo ofte være av en beslutte nde karakter og ha fullmakter til å undertegne og fremforhandle avtaler. Syntes du det var helt greit at prosjektlederen var en innleid konsulent?

Bent Høie: Ja, departementet var hele veien klar over at han var innleid fra PwC. Det har det aldri vært noen tvil om. Men vi var også klar over at Christine Bergland og ledelsen i direktoratet ikke ønsket dette som en permanent situasjon og gjorde forsøk på å rekruttere personer inn i den rollen. I det lå det en anerkjennelse av at så høyt oppe bør en ikke bruke konsulenter over så lang tid. Men en lyktes ikke med det den gangen, men vi fikk informasjon om at det ble gjort forsøk på det.

Carl I. Hagen (FrP): Men var det flere forsøk enn den ene gangen da det var en som ble tilbudt jobben, men som takket nei? Det var vel i 2013 eller 2014, og Are Muri satt til 2020.

Bent Høie: Jeg klarer ikke å huske hvor mange forsøk og hvordan det ble jobbet med, men jeg vet i hvert

fall at det ble gjort forsøk, og at det var oppe som tema. Men det var aldri tvil om at det var Christine Bergland som var prosjekteier i møter med departementet. Det var hun som tok beslutninger, og det var også hun som presenterte anbefalingene overfor meg i de møtene som jeg hadde. Så jeg opplevde ingen tvil om at myndighetsrollen lå til Christine Bergland i den situasjonen.

Carl I. Hagen (FrP): I din innledning gjorde du kjent at Sykepleierforbundet hadde større grad av tilfredshet med involveringen enn Legeforeningen, Fagforbundet og IKT-Norge. Vi har jo hørt fra disse i dag at det var flere klager på «top-down»-styring, at de ikke var involvert, og at de ikke ble lyttet til. Var du også kjent med disse? Du nevnte det så vidt i innledningen, men hva var årsaken til at du ikke la noe vekt på den mangelfulle involvering som de påpekte hele tiden?

Bent Høie: Det er alltid et forbedringspotensial på involvering, men jeg mener at det ikke er noen tvil om at det var en sterk grad av involvering – også fra de aktørene – i dette prosjektet, både fra direktoratets side og fra departementets side. Selv var jeg i flere møter med dem og fikk høre deres synspunkter. Men det er jo sånn, og det er alle som har drevet med politikk, veldig klar over, at det er forskjell på å bli hørt og å få det som en vil. Jeg har vel kanskje et visst inntrykk av at de som ikke var helt fornøyd med resultatet, opplever en større grad av klage på prosess enn de som kanskje var mer enige i resultatet.

Carl I. Hagen (FrP): Så du synes i realiteten at kritikken fra de tre ikke er berettiget?

Bent Høie: Det er alltid rom for forbedring, men jeg mener nok at en ikke kan si at en ikke ble involvert og ikke hadde mulighet for å gi uttrykk for hva en mente. Men her er det nok en situasjon der en har ulike interesser. En må ikke undervurdere de store økonomiske interessene de ulike aktørene har i denne saken, på alle sider. Kommunene har en sterk økonomisk interesse av å skyve en størst mulig del av ansvaret over på staten, både ansvar og risiko. Legeforeningen har en stor økonomisk interesse av å ivareta ikke minst fastlegenes investeringer i eksisterende infrastruktur, som de har investert i, og som jo tjener dem godt, men som ikke nødvendigvis tjener fellesskapet godt. Og ikke minst i bransjen: Den rapporten som jeg bestilte i 2013, var jo ganske nedslående, og mange av de mindre aktørene i Norge som var på den tiden, var bekymret for at en stor del av deres marked ville forsvinne fordi en ville kunne komme fram til løsninger som de ikke var i stand til å levere på. Så de hadde også en stor økonomisk interesse av å prøve å unngå denne type løsninger. Det er det også viktig at en er bevisst på i denne saken, at det er store penger som står på spill når det gjelder hvilke løsninger som velges.

Møtelederen: Da er det Rødt og Seher Aydar med 5 minutter.

Seher Aydar (R): Mitt første spørsmål er: Ble du overrasket da du leste Riksrevisjonens rapport og konklusjonene og kritikken som kom der?

Bent Høie: Hovedsvaret på det er nei, fordi veldig mye av den rapporten var tilsvarende det som hadde kommet fram i direktoratets egne vurderinger av disse sakene. Så var det vel noe overraskende at de kom til en annen konklusjon når det gjaldt det med anskaffelse. Jeg har også sagt at jeg er uenig på ett av punktene i kritikken av departementet, men utover det mener jeg at den traff godt. Mitt utgangspunkt er at Riksrevisjonen er der for at vi skal lære. Det er det som er deres viktigste rolle. Alle Riksrevisjonens rapporter som har kommet på min sektor i min tid som helse- og omsorgsminister, har jeg opplevd at har vært nyttig.

Seher Aydar (R): Jeg stiller også deg det spørsmålet jeg har stilt tidligere i dag, for når en ansatt i helsevesenet gjør en stor feil, får personen en formell advarsel av arbeidsgiver. I denne saken har sentrale anbudsregler blitt brutt. Tidligere ble vi opplyst av direktøren om at ingen hadde opplevd tjenestemessige konsekvenser eller advarsler på grunn av dette. Mener du at det hadde vært naturlig å gi det?

Bent Høie: Jeg oppfatter ikke at det fra departementets side ville vært naturlig å gå til noen skritt i den retning, som da i tilfelle ville vært mot ledelsen, altså leder av direktoratet, for det er ikke av den karakter at det ville vært riktig. Hvis helsepersonell har gjort noe feil, vil det være en beskrivelse av det fra tilsynet, og det skal være svært alvorlig hvis en får en reaksjon knyttet til f.eks. autorisasjon. Det gjelder stort sett rus- og overgrepssaker. Det er store feil som skal gjøres før en får den type reaksjoner, så jeg vet ikke om jeg er helt enig i sammenligningen her.

Seher Aydar (R): Neste spørsmål er: Nå har det kommet fram i Riksrevisjonens rapport at grunnleggende prinsipper i anskaffelsesloven er brutt flere ganger. Har du en tanke om hvorfor det kunne skje over så lang tid uten at det ble oppdaget?

Bent Høie: Jeg tror det enkle svaret her er, som også Christine Bergland ga, at de ikke var klar over det, for dette er ikke noe som er gjort bevisst. Det at et juridisk miljø som går gjennom dette, ikke kommer fram til

samme konklusjon, viser at det heller ikke er åpenbart å tenke at dette var brudd på reglene. Her er det nyanser, som det ofte vil være i den typen saker. Jeg er helt overbevist om at ledelsen i direktoratet ikke hadde som intensjon å bryte anskaffelsesregelverket.

Seher Aydar (R): En ting er jo intensjonen, en annen ting er konsekvensene og resultatet. Slik det kommer ut i Riksrevisjonens rapport, er det ganske langvarig og i flere tilfeller. Er det sånn at det aldri kom noen varsler til helseministeren før denne rapporten fra Riksrevisjonen?

Bent Høie: Jo, denne saken var bredt omtalt i Aftenposten før det, og det gjorde at med en gang vi så dette, ba vi om en rapportering fra direktoratet på det, og som også førte til direktoratets egen gjennomgang. Da vi ble klar over dette gjennom Aftenpostens artikler, tok vi tak i det.

Seher Aydar (R): Takk skal du ha. Riksrevisjonens undersøkelse viser at noen vesentlige saksopplysninger fra kvalitetssikrer av utredningene var blitt rapportert til Stortinget sent, eller ikke i det hele tatt eller på en begrenset måte. Det står videre at «Risiko og samfunnsøkonomiske beregninger ble for eksempel frem til 2020 i liten grad rapportert videre». Nå, sett i etterkant: Mener helseministeren at Stortinget burde vært informert tidligere – og bedre?

Bent Høie: Min vurdering er at den informasjonen som vi ga til Stortinget, var på riktig nivå på de tidspunktene da vi gjorde det. Det var først etter KS1-rapporten og at Stortinget skulle ta beslutninger, at vi hadde et helhetlig grunnlag til Stortinget, og da ble det framlagt bredt i budsjettproposisjonen. Men underveis ble det rapportert til Stortinget på det nivået som var riktig ut fra det som vi visste på det tidspunktet, og også ut fra det som var Stortingets rolle i denne prosessen. Men det var først etter KS2 at en hadde et grunnlag, og der Stortinget skulle gå inn og ta beslutninger om økonomi, som gjorde at en hadde behov for det nivået som da ble rapportert.

Møtelederen: Da har alle partiene fått stilt sine spørsmål i denne runden. Nå har vi en oppfølgingsrunde med nye spørsmål til oppklaring, som det er satt av 15 minutter til, hvor man kan tegne seg. Hittil har jeg registrert to. Det er Even Eriksen og Lubna Jaffery, Nils Bjørke og Kari Henriksen. Vi starter med Even Eriksen, vær så god.

Even Eriksen (A): Jeg har to spørsmål: Hvorfor ble samhandlingsløsningen nedprioritert i etterkant av 2018-utredningen? Og spørsmål to: Tidligere i dag har vi hørt IKT-Norge, Fagforbundet, Legeforeningen og Sykepleierforbundet, og i den sesjonen ga flere uttrykk for at man opplevde at sentrale beslutninger var tatt på forhånd, i forkant av de høringsrundene og innspillsrundene som det ble åpnet for. Er det en beskrivelse du deler?

Bent Høie: Til det første spørsmålet: Jeg mener at samhandlingsfunksjonene har vært høyt prioritert gjennom hele arbeidet, men også her var det lagt til grunn en stegvis tilnærming. Det er for å redusere risikokompleksitet, men det er også i tråd med innholdet i den stortingsmeldingen som ble lagt fram av vår regjering til Stortinget om store IKT-prosjekter, nemlig at de burde deles opp for å redusere risikokompleksiteten. Dele opp kan en gjøre ved å lage litt mindre enheter, men en kan også dele dem opp over tid for å bygge på underveis. Derfor er det nok min vurdering at det var bakgrunnen, og at det også var nødvendig.

Til det andre spørsmålet ditt: Den beslutningsmodellen som er for investeringer over denne sektoren, er slik at man har et nasjonalt e-helsestyre som er inne i alle disse vurderingene. Der er alle de store aktørene representert, også på pasient- og ansattsiden. Så da jeg skulle gå til regjeringen med de anbefalingene, var de allerede forankret i den prosessen. Fordelen med det er at det gir en veldig sterk forankring opp mot beslutningen, men det er klart at de som opplever at deres synspunkt ikke når fram, ofte vil oppleve at det er lite mulighet for omkamp i ettertid. Det er nok kanskje noe av det som representanten her tar opp, er uttrykk for.

Møtelederen: Da har jeg registrert Lubna Boby Jaffery – vær så god.

Lubna Boby Jaffery (A): I dag har vi fått høre at det var flere av aktørene som var opptatt av at Norsk helsenett skulle få en tydeligere rolle i arbeidet med Én innbygger – en journal. Det er også et oppdrag som den nye statsråden har gitt Norsk helsenett. Så jeg lurer på om den tidligere statsråden kan si noe om hvorfor det ikke skjedde tidligere.

Med det samme lurer jeg på: Kommunene hadde mange spørsmål som de ønsket å få avklart knyttet til Akson. Men dette var spørsmål som fortsatt ikke var blitt svart ut i 2020, selv om man hadde gjort et betydelig utredningsarbeid i perioden 2013–2020.

Bent Høie: Disse to spørsmålene henger egentlig ganske godt sammen. Norsk helsenett er et heleid statsforetak. Det betyr at hvis Norsk helsenett skal være eier av felles kommunal journal og også være anskaffer, blir dette et statlig prosjekt – med mindre en åpner for at kommunesektoren blir hovedeier i Norsk helsenett,

noe som da har mange andre sider. Det vil være slik at hvis ikke kommunene er hovedeier av prosjektet også i anskaffelsen, vil hver enkelt kommune måtte ha anbud på denne løsningen. Det er derfor det er tenkt at det skulle etableres et kommunalt eid selskap der de ulike kommunene som slutter seg til løsningen, også går inn og blir eiere i selskapet. Det er for at de skal kunne velge denne løsningen uten at hver enkelt kommune skal ha anbud.

Er det staten som kjøper løsningen, blir det veldig fort sånn at kommunene må ha anbud, fordi det ikke blir anskaffelse i egen regi, med mindre en bruker tvang som virkemiddel. Det er den avveiningen som en har gjort.

Som jeg sa innledningsvis: Jeg har vært veldig opptatt av at dette skal være et kommunalt eid prosjekt, når en begynte på detaljnivå. Det er også svaret på ditt neste spørsmål. Mange av de spørsmålene som kom fram, og som ikke minst Oslo kommune var opptatt av, var spørsmål som staten ikke skulle svare på – det var kommunesektoren selv som skulle svare på det da de overtok ansvaret for å drive prosjektet videre. For hvis staten hadde gitt svar på de spørsmålene på det tidspunktet, hadde staten i realiteten overstyrt kommunene i sitt eierskap til prosjektet. Da kunne kommunesektoren også ha beskyldt staten for å ha ansvaret for de eventuelle utfordringene de møtte i etterkant, ved implementeringen av løsningene.

Det må være en sammenheng mellom eierskap, anskaffelse og styring av innholdet i et sånt prosjekt, for den kritiske fasen kom etter anskaffelsen, nemlig i forbindelse med implementeringen.

Ellers er jeg veldig stor fan av Norsk helsenett og deres evne til å løse oppgaver. Derfor overførte jeg en stor del av porteføljen fra Direktoratet for e-helse til Norsk helsenett, nettopp for å tydeliggjøre direktoratets myndighetsrolle opp mot anskaffelsesrollen.

Møtelederen: Så går ordet til Nils T. Bjørke – still gjerne korte spørsmål.

Nils T. Bjørke (Sp): Det er litt interessant, og det gjeld for mange høyringar frå Riksrevisjonen: Når det gjeld direktorat, er det ikkje tvil om at det er departementet som er ansvarleg for direktorat, men usedvanleg ofte er departementet ueinig i kritikken som handlar om deira styring av direktoratet. Så det synest eg er litt spesielt.

Så har eg eit konkret spørsmål. Kva skjedde i møtet i november 2017 mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet, om kvalitetssikring av prosjektet Én innbygger – en journal, Akson?

Bent Høie: Til din første kommentar: Det er en observasjon som nok kan ha sammenheng med det jeg sier, nemlig: Hvilket ambisjonsnivå skal en ha for departementets kontroll av direktoratet? Det er en viktig politisk diskusjon, for hvis en mener at departementene skal drive med mye mer utstrakt bruk av revisjon eller kontroll av direktoratenes virksomhet, vil det bety at departementene må ha en helt annen bemanning og størrelse enn det de har i dag. En kan ikke gjøre det med dagens kompetanse og bemanning i departementene.

Så har det sikkert vært mange møter i 2016, så du må nesten være litt mer spesifikk på hva du tenker på.

Nils T. Bjørke (Sp): Det var i november 2017, og det galdt kvalitetssikring av dette prosjektet, mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet.

Bent Høie: Det klarer jeg ikke ta på hukommelsen. Jeg regner med at representanten kanskje tenker på at det var på det tidspunktet en tok beslutningen om å gå over til å bruke statens kvalitetssikringsmodell. Grunnen til at jeg kom på det tidspunktet, er at det var på det tidspunktet en så konturene av at det var en såpass stor statlig involvering i dette prosjektet. Så utredningen før det hadde ikke konkludert med det, og dermed var det heller ikke riktig å ta en konklusjon om bruk av KS-modellen før dette tidspunktet. Det var nok det som kom fram i det møtet mellom de to departementene, at en så konturene av noe som krevde at en måtte bruke den modellen for å kvalitetssikre bevilgningsbeslutningen i regjeringen i forbindelse med statsbudsjettene framover.

Møtelederen: Spørsmål fra Kari Henriksen, Arbeiderpartiet.

Kari Henriksen (A): Takk for både redegjørelse og innspill.

Jeg vil tilbake til det med ansvaret som statsråd. Hvis jeg lytter på én måte nå, kan jeg få den oppfatningen at det også kan ha foregått ganske alvorlige brudd i andre underliggende etater som statsråden har hatt ansvar for, uten at statsråden vet om det. Det er det ene, om det er en riktig tolkning, siden Høie nå er uenig i den kritikken som er rettet mot departementet.

Da du svarte representanten Bjørke her, svarte du på en måte som sier at dette ansvaret handler om ambisjon. Da tenker jeg: Ligger ikke både det økonomiske rammeverket for departementet og ansvaret for at departementet og dets underliggende etater følger lovverket, hos statsråden?

Bent Høie: Svaret på det er et entydig ja, så det er det ingen tvil om. Det som er spørsmålet her, er hvor mange ulike kontrollfunksjoner man skal ha mot offentlig virksomhet. Riksrevisjonen er en av de viktigste vi har, som avdekker nettopp denne typen ting. Det er

også internkontrollsystemer i de ulike virksomhetene, osv. Så vi har mange ulike virkemidler for å avdekke det hvis det skjer lovbrudd.

Det som er det store spørsmålet, er om en i tillegg skal bygge opp en revisjonskompetanse i departementene som går inn på det nivået for å kunne avdekke det samme. Det har en ikke, og det må en bare erkjenne, men det betyr ikke at ansvaret ikke er plassert. Det betyr også at selv om en selvfølgelig har etatsoppfølgingsmøter og styrer direktorater og underliggende etater, går en ikke inn og kontrollerer konkrete anskaffelser på detaljnivå for å kunne avdekke lovbrudd. Det betyr at en statsråd aldri kan gi en garanti for at det ikke skjer noen brudd på noen regelverk i underliggende etater, for det ville ha krevd et kontrollsystem som hadde spist opp ressurser som langt ville ha overgått det jeg tror samfunnet ville ha vært villig til å prioritere til det arbeidet.

Møtelederen: Da går ordet videre til Carl I. Hagen, fra Fremskrittspartiet.

Carl I. Hagen (FrP): I et brev til komiteen datert 14. mars 2022 skriver Den norske legeforening bl.a.:

> «En bred bekymring for Akson-forprosjektet blant profesjonsorganisasjonene førte i 2020 til en felles henvendelse fra Fagforbundet, Tannlegeforeningen og Legeforeningen til Helse- og omsorgsdepartementet. I henvendelsen uttrykte vi vår felles bekymring for at Akson-prosjektet var i ferd med å havarere på grunn av en serie av uheldige beslutninger i Direktoratet for e-helse.»

Det var vel samtidig Aftenposten begynte å skrive ganske mye om Akson-prosjektet og var veldig negativ. Da er mitt spørsmål: Mener tidligere statsråd at Akson-prosjektet egentlig ble en skandale som ble avsluttet? Og i så tilfelle: Hvor mye penger ble kastet bort på det prosjektet? Eller mener tidligere statsråd at lærdommen og kunnskapsinnhentingen egentlig var verdt pengene, slik at det egentlig ikke var noe særlig bortkastede penger, men at man har lært en god del opp gjennom disse årene Akson-prosjektet ble arbeidet med?

Bent Høie: I ettertid har det vist seg at den bekymringen ikke var berettiget. Dette er et prosjekt som går fullt ut i tråd med det som har vært planen. Det er ikke bortkastede verken tid eller penger, sånn som jeg oppfatter det. Så er det alltid i så store prosjekter forbedringsmuligheter, og en lærer ting som en i ettertid kan si at dette kunne vært gjort annerledes, og dette kunne vært annerledes. Selv om prosjektet nå har et annet navn og eierskapet som planlagt er overført til kommunesektoren – det er de som nå er mottaker av de statlige bevilgningene i motsetning til tidligere da det var direktoratet – var det planen hele veien. Fra det tidspunktet en lagde en framdriftsplan for dette, mener jeg at dette prosjektet går sin gang helt i tråd med det som var tenkt da jeg var statsråd, og det er fint å se.

Møtelederen: Vi rekker et lynkjapt siste spørsmål fra Seher Aydar.

Seher Aydar (R): Jeg skal være lynkjapp. Jeg vet ikke om svaret blir like kjapt, men jeg prøver. Dette prosjektet varte i åtte år med deg som helseminister. Sett i ettertid: Er du fornøyd med hva man fikk ut av både tidsbruken og pengebruken?

Møtelederen: Du har 30 sekunder.

Bent Høie: Det korte svaret er ja, men det er alltid forbedringsmuligheter i denne typen prosjekter, og en lærer noe underveis. Det enkle svaret er ja.

Møtelederen: Da går vi over til den siste delen, som rett og slett er en oppsummering, hvis det er ønskelig. Da har du begrenset tid oppad til 5 minutter.

Bent Høie: Jeg synes ikke det er naturlig for meg å gi noen oppsummering, for det vil ofte handle om hva en tenker seg framover, og det er ikke min rolle lenger. Jeg har svart på de spørsmålene som har kommet, og ønsker komiteen lykke til i arbeidet med denne saken.

Møtelederen: Da sier vi fra vår side tusen takk for at du stilte i høringen.

Vi tar en pause fram til kl. 16.

Høringen ble avbrutt kl. 15.44.

Høringen ble gjenopptatt kl. 16.

Høring med helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol

Møtelederen: Da er klokken 16, og komiteen er klar til å fortsette.

Vi ønsker hjertelig velkommen til helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol. Du har med deg to bisittere, departementsråd Cathrine Lofthus og ekspedisjonssjef Lars Bjørgan Schrøder. Velkommen til dere også.

Statsråden får først inntil 10 minutter til en generell innledning. Etter innledningen starter komiteens utspørring, og helt til slutt vil du også få ordet til en kort oppsummering dersom det er ønskelig.

Da er det rett og slett bare å overlate ordet til statsråden. Du har 10 minutter, vær så god.

Statsråd Ingvild Kjerkol: Takk for det, komitéleder.

Dere har tidligere i dag fått en grundig redegjørelse for detaljene i disse to sakene, både fra tidligere statsråd

og fra nåværende og tidligere direktør for Direktoratet for e-helse. Jeg vil derfor konsentrere meg om det som er gjennomført i min statsrådsperiode, og hvordan jeg har tenkt å følge opp Riksrevisjonens anbefalinger framover.

Jeg og regjeringen er opptatt av at vi skal bruke de samlede ressursene på e-helseområdet på en best mulig og mest mulig effektiv måte. Vi skal legge til rette for en mer stegvis utvikling på e-helsefeltet og i større grad bygge på eksisterende nasjonale e-helseløsninger. Vi skal støtte kommunesektorens viktige arbeid med bedre journalløsninger og legge vekt på å realisere gevinster underveis. Når det gjelder konsulentbruk, er jeg særlig opptatt av at vi i større grad må bygge digital kjernekompetanse i offentlig sektor og redusere bruk av eksterne konsulenter i det nasjonale arbeidet.

Den første saken handler om departementets styring av Én innbygger – én journal. Riksrevisjonen har pekt på store svakheter når det gjelder oppfølgingen av stortingsmeldingen Én innbygger – én journal. Målet om én innbygger – én journal betyr nettopp at opplysninger om pasientens sykehistorie og legemiddelbruk skal være tilgjengelig for helsepersonell gjennom hele forløpet, både i kommunene og i sykehusene. Sånn er det dessverre ikke i dag, det er et godt stykke fram før vi når det målet. Vi trenger bedre journal- og samhandlingsløsninger for å kunne gi best mulig helsehjelp, og Stortinget har lagt vekt på behovet for digitalisering i helsetjenestene. I innstillingen til budsjettet for 2022 viste en samlet helse- og omsorgskomité til at digitaliseringen er viktig for god samhandling i helse- og omsorgstjenesten, for styrket pasientsikkerhet og brukermedvirkning – og at det i tillegg er et sentralt virkemiddel for effektivisering.

Komiteen viser videre til at helseforetakene har en sentral rolle i arbeidet for å nå målet i Én innbygger – én journal, Pasientens legemiddelliste og også bedre bruk av helsedata. Det følger regjeringen opp. Vi vil videreutvikle de nasjonale e-helseløsningene og legge til rette for pasientjournalsystemene som gir mer sømløse overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Skal vi få til det, mener jeg at vi må endre innretningen på det nasjonale arbeidet med digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Det er nødvendig med en mer trinnvis, eller stegvis, tilnærming samtidig som vi skal bygge videre på de nasjonale e-helseløsningene som allerede er etablert, det vil si helsenettet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Gjennom disse løsningene er det etablert digitale tjenester til innbyggerne. Det er etablert mulighet for å dele dokumenter, bedre tilgang til legemiddelinformasjon, og det er lagt et grunnlag for bedre bruk av helsedata.

Nå skal vi fullføre innføringen av kjernejournal i kommunene. Vi skal etablere ny funksjonalitet for dokumentdeling og kritisk informasjon i kjernejournal, og vi skal få på plass løsninger for effektiv deling av data ved digital hjemmeoppfølging. Dette er digitale tjenester som legger til rette for bedre samarbeid og mer effektiv samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten.

Jeg viser til at Stortinget legger vekt på digitalisering som virkemiddel for en god samhandling i tjenesten. Riksrevisjonen har rettet skarp kritikk mot at samhandlingsløsningene har vært nedprioritert i forprosjektet for Akson. Det er en kritikk som regjeringen lytter til, og vi vil prioritere arbeidet med å få på plass digitale samhandlingsløsninger. Det er et stort behov for denne typen løsninger, og det betyr mye for tjenestekvalitet og pasientsikkerhet. Pasientens legemiddelliste er et eksempel på det. Jeg opplever at Stortinget er veldig tydelig på at Pasientens legemiddelliste har høy prioritet.

Så har jeg merket meg at Riksrevisjonen vurderer forsinkelsene i arbeidet med Pasientens legemiddelliste som alvorlige. Stortinget har i flere sammenhenger pekt på at det er viktig å få på plass en felles journaloversikt over pasientenes legemiddelbruk. Regjeringen vil prioritere arbeidet med Pasientens legemiddelliste, sånn at både pasientene selv og helsepersonell kan få felles oversikt over legemiddelopplysninger på tvers av nivåer og aktører i tjenesten.

Regjeringen er av den oppfatning at vi må bruke de samlede ressursene på en måte som styrker evnen til å gjennomføre digitalisering av helse- og omsorgssektoren. Blant annet må det bli tydelig hvilke roller og ansvar de ulike aktørene har, og vi må sikre en god nasjonal koordinering.

Fra 1. januar har denne regjeringen endret ansvarsdelingen mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett. Det er en rydding og en klargjøring etter organisasjonsendringen fra 2020, da ansvaret for de nasjonale e-helseløsningene ble overført fra direktoratet til Norsk helsenett. Norsk helsenett har fått et tydeligere ansvar som leverandør av digitale løsninger til helse- og omsorgstjenesten. Det betyr at operative oppgaver i større grad følges opp av Norsk helsenett. Ved å gjøre direktoratet mindre operativt på løsningsvalg og gjennomføring skal Direkoratet for e-helse styrke arbeidet som myndighet på e-helseområdet. Direktoratet skal bidra til bedre samordning av arbeidet med standardisering, kodeverk og terminologi, felles arkitektur for digitale løsninger og tiltak for å styrke informasjonssikkerhet. Endringen i ansvarsdeling er fulgt opp i styringsdokumentene for 2022.

Vi skal også videreutvikle den nasjonale styringsmodellen for e-helse og sektorens felles veikart for ut-

vikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. Styringsmodellen er en felles arena der aktørene samles om felles prioriteringer. Det er en bred representasjon fra sektoren, og Nasjonalt e-helsestyre er sammensatt av representanter for kommunesektoren, regionale helseforetak, Legeforeningen, pasient- og brukerforeninger og helseforvaltningen. Veikartet er utviklet i tett samarbeid med aktørene i tjenesten og skal bidra til koordinert utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger.

I samarbeid med aktørene i hele sektoren skal Direktoratet for e-helse oppdatere dette veikartet årlig. Sånn bidrar veikartet til å samle aktørene om felles mål og felles prioriteringer. Veikartet legger rammene for digital samhandling i helse- og omsorgstjenesten, og vi vil framover legge større vekt på veikartet i arbeidet med å styrke gjennomføringen på e-helseområdet.

Den nasjonale styringsmodellen for e-helse er evaluert, og forslag til endringer er sendt på høring. Evalueringen er gjennomført i samarbeid med aktørene, og det er et mål å få til en bedre involvering og en bedre innflytelse for aktørene.

Aktørene har også hatt en viktig rolle i direktoratets arbeid med ny e-helsestrategi. Strategien vil bli sendt på høring våren 2022, altså denne våren. Vi vil i tillegg bruke etats- og eierstyring aktivt for å styre og koordinere e-helseutviklingen.

Jeg vil framheve KS som en særlig viktig samarbeidspartner. Jeg vil bruke konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS aktivt for å styrke dette samarbeidet.

Riksrevisjonen har også etterlyst nye mekanismer for prioritering og samfinansiering. Regjeringen har varslet at vi vil etablere finansieringsmodeller som legger bedre til rette for en trinnvis utvikling og sammenhengende e-helseløsning i hele tjenesten. Vi har fått på plass en ny finansieringsmodell for forvaltning og drift av de fire e-helseløsningene, helsenettet, kjernejournal, e-resept og Helsenorge fra 1. januar. Der vedtok Stortinget i desember 2021 de nødvendige endringene i pasientjournalloven. Det er lovendringer som gir departementet hjemmel til å fastsette forskrift om plikt til å ta i bruk og betale for disse e-helseløsningene.

Så håper jeg vi kommer tilbake til de andre elementene når dere starter utspørringen.

Møtelederen: Det blir det rikelig anledning til. Tusen takk for innledningen.

Nå er vi kommet til den delen hvor partiene er tildelt x antall minutter til å stille spørsmål, men vi starter med sakens ordfører, Even Eriksen, fra Arbeiderpartiet, som er tildelt 10 minutter til sin utspørring. Vær så god.

Even Eriksen (A): Takk til statsråden for en god innledning til denne bolken. Vi kan starte litt overordnet. Hva er status for arbeidet med Én innbygger – én journal i dag?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Status for arbeidet i dag er at de regionale helseforetakene, i hvert fall tre av dem, har ansvaret for det som handler om digitale samhandlingsløsninger. Så har KS et betydelig eierskap i prosjektet Felles kommunal journal. Der har det gått et oppdrag til begge de underliggende etatene, både foretaket Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse, om at man jobber videre med å konkretisere prosjektet. Der har KS også etablert et eget selskap for å forberede den oppfølgingen bedre og mer konkret.

I Helse Midt-Norge, som dere sikkert er kjent med, har man valgt en annen løsning, en pilotløsning i sin tid, hvor helseregionen og kommunene – foreløpig har de fleste kommunene sluttet seg til en opsjon, og så har Trondheim kommune og en del andre kommuner også tatt en beslutning om å være med – investerer i en felles journalløsning for hele primærhelsefeltet og for sykehusene. Det er de tre sporene som er lagt for å følge opp Én innbygger – én journal.

Even Eriksen (A): Hva er ditt syn på nytten av det utredningsarbeidet som ble gjennomført mellom 2013 og 2020, og som ligger til grunn for dagens arbeid med felles kommunal journal og en helhetlig samhandling? Hva er nytten av det arbeidet som ble lagt ned i den perioden?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Det er nok et arbeid som har nytte for de ulike aktørene. Så tror jeg nok vi er veldig mange som hadde ønsket at vi hadde kommet lenger med oppfølgingen av den stortingsmeldingen. Det meste konkrete og de som ligger først i løypa, er region Midt-Norge, med sitt prosjekt og sin anskaffelse, men de ulike aktørene har nok hatt nytte av det utredningsarbeidet som er gjort. Vi er veldig opptatt av at vi i større grad skal legge opp til en stegvis framdrift, hvor det også er mulig å realisere noen gevinster underveis, sånn at vi også får høstet nytte av den framdriften som de ulike aktørene legger opp til.

Even Eriksen (A): Hvilke konkrete løsninger arbeider Direktoratet for e-helse med i dag for å nå målene i Én innbygger – én journal, og vil dette i så fall bidra med å nå målsettingen om en sømløs samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten? Og hva er din prioritering av samhandlingsløsningen? Er den prioriteringen endret under din tid som statsråd?

Det var tre spørsmål som hang litt i hop.

Statsråd Ingvild Kjerkol: Arbeidet med steg én i samhandlingsløsningen pågår, det samme med Pasien-

tens legemiddelliste. Det er prioritert og viktig. Så pågår det arbeid med steg to og hva som skal prioriteres i steg to. Det vil handle om å videreutvikle Pasientens legemiddelliste, dokumentdeling på tvers, deling av kritisk informasjon og også en datadelingstjeneste.

Så er vi opptatt av at direktoratet også rendyrker sin myndighetsrolle – det følger av den arbeidsdelingen og den overføringen av oppgaver som er gjort til Norsk helsenett – og at vi ser resultater av det i året som kommer.

Even Eriksen (A): I ditt brev til komiteen av 7. januar i år opplyser du at arbeidet med å videreutvikle styringsmodellen pågår, og at forslag til endringer blir lagt ut på høring nå i vår, som du også sa i ditt åpningsinnlegg.

Hva slags endringer ser du for deg, og hvorfor er det nødvendig å gjøre endringer?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Styringsmodellen er en måte å samordne de ulike aktørene på e-helse feltet på. Det er mange aktører som skal gå i takt og i samme retning, og som skal lande felles prioriteringer. Det er viktig hva KS' ønsker. De er jo en betydelig del av helsetjenesten – de fleste pasientene blir behandlet i kommunene – så det å få til en god samordning og et godt partnerskap med KS er viktig. Samtidig er det viktig at også den modellen er gjenkjennelig, og at alle aktørene er fortrolige med måten man samordner og prioriterer på. En høring vil forhåpentligvis bidra til at vi får gode innspill.

Even Eriksen (A): E-helsedirektøren henviste til en skjerpet og bedret praksis for bruk av konsulenter, bl.a. med bakgrunn i Hurdalsplattformen og styring fra statsråden gjennom tildelingsbrev. Hva er dine hovedgrep i styringen av Direktoratet for e-helse for å finne en god balanse mellom bruk av konsulenter og å bygge opp kompetanse på huset i et samfunnsøkonomisk perspektiv?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Her har regjeringen gjennom Hurdalsplattformen uttalt en politikk hvor det handler om å bygge kjernekompetanse i offentlig sektor. Den overordnede oppfølgingen av det er det kommunalministeren som har. Jeg må rapportere til kommunalministeren. Overfor egne etater er det gjennom oppdragsbrevet vi legger våre forventninger. Vi ser en utvikling i Direktoratet for e-helse, hvor konsulentbruken går ned fra i fjor. Det synes vi er positivt. Vi har klare forventninger om at man skal utvikle en kjernekompetanse innenfor digitalisering som gjør at direktoratet kan oppfylle sine myndighetsroller, de oppgavene man har med å standardisere kodeverk, språk og den typen ting, som gjør at aktørene på e-helsefeltet kan etterspørre gode løsninger i leverandørmarkedet – en mer rendyrket myndighetsrolle og et ansvar for standardisering. I det ligger det en forventning om at de skal bygge den typen kompetanse i egen organisasjon i større grad.

Even Eriksen (A): Noe av det siste du var innom i åpningsinnlegget, var det med finansieringsmodeller. Du skriver i et brev til oss av 7. januar i år at i valget mellom frivillige løsninger og pålagte løsninger er det fordeler og ulemper på begge sider. En frivillig løsning har mange styrker, men frivillige samfinansieringsmodeller kan framstå som en utfordring. Det var på en måte budskapet ditt i det brevet. Kan du si noe om hvordan du og regjeringen jobber for å utvikle nye samfinansieringsmodeller?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Stortinget gjorde en viktig avklaring i behandlingen av pasientjournalloven, hvor man fikk avklart prinsippet om hvem som betaler for forvaltning av drift, knyttet til hvem som tar i bruk løsningene. Det er en viktig avklaring. Da gjorde Stortinget vedtak som også innebar flere henstillinger til regjeringen, bl.a. om å følge opp årlige endringer i kostnadene til forvaltning og drift for kommunal sektor – at det skal tas med og drøftes i konsultasjonsordningen med KS – investeringsbeslutninger som har konsekvenser for kostnadene som skal behandles i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. At man fortløpende skal evaluere og justere prismodellene innen 2024, var også et flertallsvedtak fra Stortinget.

Kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten. I dag finansieres investeringene i digital samhandling gjennom en kombinasjon av frivillig samfinansiering, egenfinansiering og øremerkede bevilgninger til enkelttiltak. Det er en modell som er litt lite forutsigbar, lite stabil, og bidrar til at det brukes veldig mye tid på planlegging uten at finansieringen er klar. Dette er en retning som vi mener skal avklare noen av de utfordringene. Dette er et kontinuerlig arbeid sammen med de øvrige aktørene som også skal betale for disse satsingene.

Møtelederen: Tusen takk skal du ha. Da går vi videre til de respektive partiene. Vi starter med Høyre, som har fått 5 minutter.

Svein Harberg (H): Da skal jeg begynne, og så skal Frølich få overta.

Takk for innledningen og klare meldinger om satsingsområder. Det er bra, og det er også det Riksrevisjonen etterlyser, men det er jo en liten utfordring med alle dem som har meldt at de ikke vil være med. Legeforeningen har frarådet legene, og det er noen store kommu-

ner som har sagt de ikke vil være med. Hvordan har statsråden tenkt å gripe fatt i det?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Da regner jeg med at representanten spør om helseplattformen i Midt-Norge?

Svein Harberg (H): Nei, nå gjelder det hele arbeidet med samordningen.

Statsråd Ingvild Kjerkol: Ja. Det gjør det enda viktigere at vi lykkes med styringsmodellen vår, at vi klarer å etablere en styringsmodell som ivaretar framdrift og felles prioriteringer. Det er viktig at vi klarer å konkretisere det som mange er opptatt av, nemlig en stegvis utvikling hvor man også kan realisere gevinster underveis. Dette feltet er sammensatt av ulike interesser, naturlig nok, og det gjør det enda viktigere at man blir enig om noen felles prioriteringer hvor nytten for enkeltaktørene gjenspeiles. Dette er et bredt partnerskap der man også ønsker å være forutsigbar for et leverandørmarked som skal kunne utvikle løsningene.

Svein Harberg (H)]: Apropos det: Jeg har spurt en del ganger i dag hvordan en skal fange opp disse framtidsløsningene, de virkelige framtidsløsningene. Har statsråden en strategi for det? Skal du ansette en skoleelev som tenker vidt og høyt?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Vi må ha en helsetjeneste som er god til å definere behov, og så trenger vi et myndighetsorgan gjennom Direktoratet for e-helse som kan klargjøre spillereglene for at vi igjen kan hente disse løsningene i et potent leverandørmarked. Det er den overordnede strategien. For at det skal bli fruktbart, er vi nødt til å få mer konkrete resultater og kanskje gå bort fra at vi ser på dette som store, faste investeringer. Sammenlignet med når staten f.eks. bygger store bygninger, er dette systemer som skal bygge på noen tidligere strukturer, og som skal være klare for å kunne utvikles med nye elementer. Det er et økosystem, intet mindre, og det må være i balanse. Ellers blir det ikke bra.

Møtelederen: Da kan jeg følge opp med et spørsmål som går litt på hva som er status i saken. Jeg tror at hvis man spør dem som har interesse av denne saken i offentligheten, er spørsmålene egentlig: Har prosjektet sporet av? Er pengene bortkastet, eller er ting stort sett på skinner? Hvis jeg tolker statsrådens svar så langt, heller det vel i retning av det siste – heldigvis – at ting er noenlunde på skinner. Men jeg ønsker å høre dine refleksjoner rundt hvilken beskjed, hvilket etterlatt inntrykk i denne saken vi kan kommunisere til offentligheten.

Statsråd Ingvild Kjerkol]: Jeg tenker at det som går på felles kommunal journal, gjennom prosjektbenevnelsen Akson, er det som har hatt størst offentlig interesse, og som også Riksrevisjonen har sett på. Med fare for å bli misforstått: Det er vel egentlig en restart som er den riktige beskrivelsen, hvor aktørene tenker seg nøye om før man går videre med en gjennomføringsstrategi som er troverdig og realiserbar. Det er gitt et oppdrag til Norsk helsenett om å bistå der. Det er også veldig viktig at KS gjennom sin selskapsdannelse deltar aktivt i den nasjonale styringsmodellen, slik at vi går videre på en vei som har en trinnvis realisering foran seg.

Jeg vil si at man har et mål som er felles. Man har gjort noen erfaringer underveis – noen av dem ganske brutale, det viser Riksrevisjonens gjennomgang – men det er stor enighet blant aktørene om at man skal gå mer stegvis framover og etablere løsninger som aktørene kan høste nytte av, heller enn – jeg vil ikke bruke karakteristikker – å bygge store luftslott som bare bekrefter målsettingen, men som ikke fører oss nærmere målet.

Møtelederen: Da går turen videre til Nils T. Bjørke og Senterpartiet, som også har 5 minutter.

Nils T. Bjørke (Sp): Takk for ei god innleiing. Førre statsråd var ueinig i Riksrevisjonens kritikk av oppfølginga frå departementet. Han var einig i mykje, men det var han ueinig i, for han meinte at for å kunna ha følgt opp direktoratet måtte han ha bygd opp ein mykje større stab i departementet. Kva er ditt syn på ansvaret? Det er jo ikkje tvil om at det er departementet som er ansvarleg for dei direktorata dei har under seg.

Statsråd Ingvild Kjerkol: Vi kommer til å følge opp Direktoratet for e-helse og de anmerkningene Riksrevisjonen har, både gjennom løpende etatsstyring og gjennom oppdragsbrevene. Jeg mener at den ryddingen som har vært gjort i oppgaver mellom Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse, gjør den oppfølgingen lettere.

Nils T. Bjørke (Sp): Den tidlegare ministeren var òg klar på at han meinte at Akson ikkje var avslutta, men berre vidareført i ein litt annan kurs. Eg oppfattar deg slik at du kanskje meiner det meir er ein restart eller ei omdefinering. Kva er dei største forskjellane som vert gjorde no, før ein går vidare?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Det viktigste i arbeidet med felles kommunal journal er, som jeg sa i mitt svar på et tidligere spørsmål, at man klarer å få en gjennomførbar realisering hvor man etablerer bedre journalsystemer for kommunene, på en måte som gjør at kommunene kan se resultater og slutte seg til det, og også betale for løsningene.

Nils T. Bjørke (Sp): Meiner ministeren at sett i ettertid – det er alltid mykje enklare, kontrollkomiteen er

jo flinkast i etterpåklokskap – var ambisjonane frå 2015 og framover for store i forhold til moglegheitsrommet til å handtera det, som har gjort at ein ikkje har kome lenger på desse åra?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Både digitaliseringsfeltet og e-helsefeltet er preget av rask utvikling og at man må ha løsninger som er mer plattformbasert og modulbasert enn totalløsninger med begrenset levetid. Det mener jeg er en erkjennelse både i leverandørmarkedet og fra helsetjenesten, som skal bestille og høste disse løsningene i tjenesten. En restart vil jeg si er den beste beskrivelsen av den prosessen som går nå, hvor KS samler seg og gjør noen viktig avveininger før man går videre med det som kan bli investeringer i nye journalløsninger for kommunesektoren.

Nils T. Bjørke (Sp): Eit siste spørsmål: Trur ministeren det er mogleg å få Legeforeningen med seg på det vidare arbeidet?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Det både håper og tror jeg. De er viktige.

Møtelederen: Da går ordet til Fremskrittspartiet og Carl I. Hagen, som også har 5 minutter.

Carl I. Hagen (FrP): Jeg har en fristelse som jeg ikke greier å motstå. For å følge opp det siste spørsmålet: Kan statsråden i dag svare på om det kan bli aktuelt med tvang når det gjelder Legeforeningen og dem som utfører legevirksomhet, at de skal slutte seg til dette i fremtiden? Eller ser statsråden bort fra tvang på dette området – for ikke å snakke om helt andre områder her i Oslo?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Mitt mål er å ha god nasjonal koordinering, at vi klarer å utvikle den nasjonale styringsmodellen så godt at de ulike aktørene – og der er Legeforeningen én aktør – ser nytten av de investeringene man planlegger for å få til bedre journalløsninger i helsetjenesten.

Den åpenbare nytten av bedre journalløsninger har pasientene, gjennom bedre oversikt over egen helse ved gjennomgående løsninger, men også fagfolkene – og det er jo fagfolk Legeforeningen organiserer. Så mitt mål for arbeidet er at man skal se felles nytte.

Carl I. Hagen (FrP): Jeg skjønner godt at det er målet, men hvis det målet ikke oppnås, og man kommer mye lenger, slik at man bare mangler Legeforeningen eller noen kommuner, er det da aktuelt – jeg vil mene at svaret burde være ja – å si at dette vil vi ha, og da må vi bruke den tvangen vi kan gjennom lovgivning. Vil statsråden si at det er helt uaktuelt, eller er hun enig med meg i at det kan bli en problemstilling?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Jeg vil ikke komme med det riset bak speilet nå. Jeg mener vi trenger en godt forankret prosess, hvor de ulike aktørene får komme godt til orde med sine behov og ønsker, og så får riset bak speilet komme den dagen det er høyst nødvendig. Men det ser jeg ikke som noen aktualitet i overskuelig framtid.

Carl I. Hagen (FrP): Ok.

Statsråden sa også at dette vil gi en bedre oversikt, altså i journalene, for pasientene. Da vil jeg ta opp en problemstilling som er utenfor dette, men som allikevel er en del av det. Hva med den delen av befolkningen som ikke er digitalisert – om det er et spørsmål som har med alder å gjøre.

Jeg besøkte min svigermor i helgen. Hun blir 95. Hun er klar i toppen, men har ingen kontakt når det gjelder internett og digitalisering. Det er veldig mange eldre som er i samme situasjon, som føler seg helt utenfor, og som blir satt på sidelinjen. Kan statsråden si noe om hva hun tenker om dette, om det er mulig å lage en slags regel om at alle de som i hvert fall er over en viss alder, kan forlange å få kommunikasjon med det offentlige på gamlemåten, altså per brev. Dette er en problemstilling jeg vet også Pensjonistforbundet og Jan Davidsen er opptatt av, og som jeg får en del henvendelser om på grunn av min egen alder.

Hva mener statsråden om at man ikke har laget noen unntak for digitaliseringen som har å gjøre med alder eller eventuell tilknytning til internett og en e-postadresse?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Når det er snakk om innbyggertjenestene, er det viktig at man klarer å finne løsninger som gjør at helseinformasjonen er tilgjengelig for alle. Der vil jeg også berømme Pensjonistforbundet, som representanten Carl I. Hagen nevner, som har veldig mange gode opplæringstiltak og hjelpetiltak for dem som er i den kategorien at de må ha hjelp for å nyttiggjøre seg de digitale løsningene. Men jeg vil også understreke at for de pasientene og brukerne og innbyggerne er det ekstra viktig at helsetjenesten som skal ivareta dem, har tilgang på de riktige helseopplysningene. Det er dessverre ikke tilfellet i dag, at informasjonen om den enkelte pasient, sykdomshistorikk og legemiddelbruk, glir så sømløst som vi skulle ønske. Så dette er to viktige hensyn som det er viktig å ivareta.

Møtelederen: Da går ordet videre til Seher Aydar fra Rødt.

Seher Aydar (R): Tidligere helseminister Høie var her rett før deg, det vet du sikkert. I svarrunden kunne vi få inntrykk av – eller jeg, i hvert fall – at Helsedepartementet ikke kan kontrollere underliggende etater. Nå har Riksrevisjonen avdekket gjennomgående feil i anskaffelsesreglementet over lang tid, som har pågått uten at direktoratet selv har vært klar over at de har begått feil.

Da lurer jeg på to ting: Er statsråden enig i at ansvaret for å etterse at reglene blir fulgt i de underliggende etatene, ligger til departementet, at det er departementet som skal kontrollere det? Og vil statsråden gjøre noe for å sikre at innkjøpsansvarlig i de underliggende etater er kjent med regelverket de opererer i?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Direktoratet har et selvstendig ansvar for å følge opp Riksrevisjonens anmerkninger. Det gjør de, og de rapporterer også på måten de følger opp disse anmerkningene på overfor departementet.

Vi har et ansvar som departement å følge opp våre underliggende etater, men etatene har også selv et ansvar for å følge opp og følge lover om offentlige anskaffelser, som alle andre offentlige virksomheter.

Seher Aydar (R): For å forsøke å utdype litt: Det som kommer fram, er at først leser vi en riksrevisjonsrapport som viser ganske mange brudd på anskaffelsesreglementet over lang tid. Så får vi høre at det visste ikke direktoratet om selv, og på spørsmål om direktoratet burde vite det, fikk vi beskjed om at det var det man hadde Riksrevisjonen til. Jeg vil også påstå at vi senere ikke fikk noen gode avklaringer fra tidligere helseminister.

Det jeg etterspør, handler egentlig om hvordan vi kan unngå at slike feil skjer systematisk, over lang tid, uten at det blir fanget opp.

Statsråd Ingvild Kjerkol: Nå vil jeg snakke for det vi planlegger å gjøre for å følge opp dette i fortsettelsen, og det vil vi gjøre gjennom oppdragsbrev og gjennom ordinær styringsdialog. Vi har også nasjonal styringsmodell, hvor de andre aktørene også uttrykker klare prioriteringer. Så vi vil følge opp dette på ordinært vis.

Min opplevelse er at Direktoratet for e-helse har tatt tak i konsulentbruken. Den er lavere enn den var i 2020, og det er en klar forventning fra mitt departement om at det fortsetter, og at man utvikler kjernekompetanse som gjør at de kan ivareta den myndighetsrollen de har som direktorat.

Seher Aydar (R): Helt til sist ønsker jeg å fortsette på det sporet Fremskrittspartiet og Carl I. Hagen var på tidligere, knyttet til frivillighet og ikke frivillighet. Det har kommet fram gjennom høringsrunden og Riksrevisjonens rapport at fagmiljøer, bl.a. har Legeforeningen og Fagforbundet vært inne på det, har følt at de ikke har hatt reell medvirkning, at de egentlig ikke har blitt hørt.

Tenker statsråden at gjennom reell medvirkning og å bygge tillit kan man øke oppslutningen? Er det det som er strategien? Eller er det også andre måter å sørge for at prosjektet har mer oppslutning og tillit enn det har i dag? Ga det mening? Statsråden ser ut som et spørsmålstegn.

Statsråd Ingvild Kjerkol: Jeg vet ikke om jeg helt forsto spørsmålet.

Seher Aydar (R): Dette handler om frivillighet, for det som har kommet fram til nå i høringen, er at det er sentrale aktører som har hatt manglende tillit til hvordan dette har blitt håndtert tidligere. Hvis man kan si at det skal være en ny tid, hvis det er sånn, er spørsmålet: Har helseministeren planer for å bygge den tilliten til selve prosjektet, å få den tilbake?

Statsråd Ingvild Kjerkol: Å bygge tillit til prosjektet Felles kommunal journal anser jeg som veldig viktig. Da er det viktig at vi lykkes med den nasjonale styringsmodellen, som forener aktørene, at vi lykkes med felles prioritering og ikke minst med nasjonal koordinering.

Når vi snakker om dette med frivillighet eller ikke, tror jeg det er viktig at vi skiller mellom journalløsninger og samhandling. Stortinget har vedtatt plikt til bruk av fire nasjonale e-helseløsninger gjennom pasientjournalloven, det er Stortingets vilje. Det er fire nasjonale løsninger, der vi skal utvikle funksjonalitet. Det er kjernejournal, helsenettet, e-resept og helsenorge.no. Der skal det utvikles funksjonalitet. Der er det plikt til bruk for alle aktører og et avklart prinsipp om at de som tar løsningene i bruk, også skal betale for forvaltning og drift.

Møtelederen: Tiden for akkurat denne seansen er ute nå.

Vi er nå kommet over i den fasen hvor det åpnes for oppklaringsspørsmål. Ordet er fritt hvis det er behov for det fra komiteens side. Jeg har tegnet meg selv til bare et kort, presiserende spørsmål. Det gjelder dette begrepet du brukte, en restart. Det kan tolkes på litt forskjellige måter. Jeg ville bare benytte anledningen til å spørre om du kan presisere hva du mener med det, og hva det eventuelt innebærer for ressursbruk opp til denne restarten. For jeg håper og tror at den tiden og de ressursene som er blitt brukt fram til nå, ikke på noen måte har vært bortkastet, men at det fortsatt er ivaretatt i prosjektet.

Statsråd Ingvild Kjerkol: Akson er prosjektnavnet på det som nå heter Felles kommunal journal, og det er mange aktører i det prosjektet. Det har skjedd en end-

ring i oppgavene til et par av dem. Mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett har det skjedd en oppgaveoverføring, hvor det operative nå ligger hos Norsk helsenett, mens Direktoratet for e-helse rendyrker sin myndighetsrolle, det som går på kodeverk, standardisering og felles terminologi, og sånn sett sørger for en mer oversiktlig situasjon for framtidige leverandører som skal inn og utvikle de løsningene som tas i bruk. Den beskrivelsen viser en restart av en fortsatt felles målsetting om at vi skal fornye og forbedre journalsystemene for norske kommuner, som er en betydelig del av helsetjenesten. Så det er egentlig det jeg legger i de formuleringene.

Det er også viktig med KS' rolle her, som har etablert et aksjeselskap som er en operatør for å kunne realisere dette.

Møtelederen: Carl I. Hagen – vær så god.

Carl I. Hagen (FrP): Jeg lurte på om statsråden kan opplyse om hvor mange det er som har lastet ned helsenorge-appen. Det er de som har tilgang til det, jeg spør om. Hva gjør man med å informere befolkningen om hva som er gjort, og hva som nå er tilgjengelig? Jeg lurer på om ikke det var en gang jeg skulle til Spania, at jeg fikk beskjed om at det var noe som het helsenorge-appen. Når jeg nå har vært inne på den, er det mye rart jeg finner der som jeg aldri er blitt informert om. Så hva gjør dere for å informere dem som greier litt med mobiltelefonen, om hva som nå er tilgjengelig? Det kan man jo ikke gjøre på mobiltelefonen uten at man bruker enten Digipost eller noe annet. Jeg spør om informasjonsstrategien.

Så lurer jeg på: Når dere skal lage disse digitale journalene i det nye systemet i kommunene, hvor langt tilbake kan man gå for den enkelte pasient? Hvis man har en gamling som meg, snart 80 år – skal man gå tilbake til min fødsel, eller går man tilbake til da jeg fylte 50 år? Hvor langt har man tenkt til å gå tilbake i tiden når man åpner nye journaler? For man kan ikke bare begynne med dem som etter hvert kommer, det må jo gå tilbake en viss tid. Hvorledes finner man ut hva man har brukt av leger, helsetjenester og alt mulig rart? Det er vel i dag i realiteten spredt på veldig mange forskjellige. Den eneste som kanskje vet hvor mange ulike besøk man har gjort hos helsetjenesten, er jo den enkelte pasient, men å begynne å spørre hele befolkningen om det for å få en ajourført journal blir også et enormt arbeid. Hvordan har man tenkt til å legge opp dette og finne tilbake til det som bør inn i journalene?

Møtelederen: Jeg kommer med en liten kommentar fra komitélederens side om at jeg ser at deler av dette spørsmålet kanskje havner litt på siden av det som er temaet for høringen, men det er fritt opp til statsråden om hun likevel ønsker å svare.

Statsråd Ingvild Kjerkol: Takk for det, komitéleder.

Jeg tror vel kanskje pandemien er det som har bidratt mest med å opplyse folk om nytten av helsenorge.no, gjennom tilgang til testresultater osv., men det er Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse som skal informere. Gjennom en heftig pandemi er det nok mange som har fått øynene opp for at den plattformen gir mye god helseopplysning som kan være nyttig.

Spørsmålet om hvor langt tilbake man kan gå for å hente pasientopplysninger, vil det være vanskelig å gi et eksakt svar på, men så langt tilbake som fastlegen har oversikt over sin pasient, vil være aktuelt for overføring til nye journalsystemer.

Møtelederen: Jeg har ikke registrert flere spørsmål fra komiteens side. Da gis statsråden anledning til noen oppsummerende kommentarer dersom det er behov for det og ønskelig, med en tidsbegrensning på 5 minutter.

Statsråd Ingvild Kjerkol: Takk for det, komitéleder.

Jeg skal bruke anledningen til å prøve å rydde litt, i og med at det har vært mange spørsmål og jeg kanskje har svart litt springende om Akson, som er det gamle prosjektnavnet. Det er altså delt i to. Det som går på samhandlingsløsninger, blir det da statsrådens og Helse- og omsorgsdepartementet ansvar å følge opp gjennom de regionale helseforetakene. Der er vi veldig bevisst en stegvis utvikling for å kunne realisere gevinster. Så har man det andre løpet, som gjelder kommunenes ansvar, gjennom Felles kommunal journal, hvor KS spiller en hovedrolle, og hvor Norsk helsenett også deltar.

Regjeringen er opptatt av at vi skal bruke de samlede ressursene på e-helseområdet best mulig og mest mulig effektivt. Vi vil legge til rette for en mer stegvis utvikling – det har dere hørt meg si nesten til det kjedsommelige. Vi vil i større grad bygge på eksisterende, nasjonale e-helseløsninger, og vi vil legge vekt på å realisere gevinster underveis og utvikle funksjonalitet på de nasjonale e-helseløsningene, sånn at flest mulig tar dem i bruk, og at de har gode funksjoner som etterspørres av tjenesten.

Regjeringen vil støtte kommunesektorens arbeid med bedre journalløsninger. Vi vil bygge digital kjernekompetanse i offentlig sektor og redusere bruk av eksterne konsulenter i det nasjonale arbeidet. Vi vil prioritere samhandlingsløsninger som legger til rette for gode og sømløse pasientforløp. Vi er opptatt av at styringen av utviklingen ivaretar sektoren og de ulike aktørene aktivt fordi det best målbærer de riktige prioriteringene. Vi

vil også videreutvikle den nasjonale styringsmodellen og bruke konsultasjonsordningen med KS aktivt.

Vi vil se på nye finansieringsmodeller, og der er det viktig at vi følger det som staten pålegger alle, statens prosjektmodell, men også at vi søker etter fleksibilitet på en sånn måte at vi får mest mulig ut av de pengene som Stortinget bevilger til investeringer på e-helsefeltet. Det er dette med «design to cost» – hvor mye vi kan få ut av de pengene som bevilges, og hvilke løsninger vi kan få som bygger best mulig videre på de eksisterende løsningene. Det er en hovedprioritet framover, for å sikre både at vi realiserer gevinster, og at vi får gjennomført investeringer på en overkommelig måte, opp mot andre prioriteringer på helsefeltet.

Møtelederen: Tusen takk til statsråden med bisittere for at dere tok dere tid til å komme i høringen.

Da er vi kommet til veis ende, og høringen er over. Takk for i dag.

Høringen slutt kl. 16.51.

Svanemerket trykksak, 2041 0654