

Fornyings-, administrasjons- og
kirkedepartementet

Postboks 8004 Dep
0030 Oslo

Deres ref.: 13/142
Vår ref.: 13/644-5
Saksbehandler: Marit Kristin Larsen Haarr
Dato: 22.04.2013

Høringssvar fra Helsedirektoratet NOU 2013:2 Hindre for digital verdiskaping

Det vises til invitasjon til høring for NOU 2013:2 datert 17. januar 2013. Vedlagt følger Helsedirektoratets høringssvar til Digitutredningen.

1 OVERORDNET TILBAKEMELDING

Helsedirektoratet er enig i mange av beskrivelsene og de foreslåtte tiltakene.

Helsedirektoratet mener at arbeidet med Digitutredningen og Meld. St. 23 (2012-2013) «Digital agenda for Norge» burde vært gjennomført mer samlet. Det fremstår som at Digitutredningen skal fremheve hindringer for vekst som er av digital karakter, og derved viser et negativperspektiv, mens Digital agenda ser ut til å skulle fremme vekst via IKT, dvs. viser et positivperspektiv. Slik det nå er kan ikke høringssvarene for Digitutredningen tas opp i Digital agenda meldingen.

Digitutvalget har hatt et vidt mandat og uttaler at det ikke er gjort så store kartlegginger som ville vært ønskelig, og at man i arbeidet har plukket ut enkelte spørsmål og områder. Det er ikke gjort noen særlig relevant kartlegging eller beskrivelser av helse- og omsorgssektoren. Utredningen bærer preg av dette, og dekker dermed lite av problemstillingene for vår sektor.

Vi vil innledningsvis i høringssvaret peke på områder som også burde ha vært utredet som er relevante for vår helse- og omsorgssektoren:

- Behov hos aktørene i helse- og omsorgssektoren
- Omtale av private og kommunale tjenester
- Nasjonal eID
- Digital samhandling i helse- og omsorgssektoren

Videre mangler bakgrunnsinformasjon om status for og informasjon om

- Offentlig sektors felleskomponenter og forvaltning av disse; ID-porten, Altinn, Folkeregisteret, Matrikkelen, Enhetsregisteret og evt. Kontaktregisteret)
- Pågående arbeid, bl.a. i Justissektoren og Skattedirektoratets arbeid med modernisering av folkeregisteret
- allerede innførte tiltak og mekanismer for sikkerhet i helse- og omsorgssektoren

Helsedirektoratet - Divisjon e-helse og IT

Avdeling e-helse

Marit Kristin Larsen Haarr, tlf.: 95218077

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

2 SPØRSMÅLET OM STERKERE SAMORDNING OG «DIGITALISERINGS DIREKTØR»

Helsedirektoratet mener at det er viktig med tverrsektoriell koordinering for å lykkes med ambisjonene om digitalisering av offentlig sektor. For dette kreves en sterk og god «motor» og tilstrekkelig tid og ressurser. Vi mener at Difi bør være den sentrale aktøren for å bidra til tverrsektorielle løsninger. Difi har hittil muligens manglet noe av gjennomførings- og gjennomslagskraften som er nødvendig. Difi bør derfor styrkes ytterligere for å kunne bli en så sterk «motor» som kreves. For øvrig er det viktig å vurdere gevinstene ved felles utvikling og integrasjon opp mot de store kostnadene som følger med omfattende koordinering på tvers av sektorene.

Helsedirektoratet mener at forslaget om en «digitaliseringsdirektør» vil føre til mer byråkrati og uklare linjer. Vi mener at etablerte styringsstrukturer bør styrkes. Vi nevner f.eks. Skate-samarbeidet (Styring og koordinering av tjenester i e-forvaltning). Slik Skate fungerer i dag, skaper Skate et forum mellom direktører i offentlig sektor. For vår sektor går dette videre ned i e-helsegruppen med direktører i vår sektor, og deretter ned til Fag- og arkitekturutvalget. Arbeidet med digitalisering i vår sektor er dermed forankret i et tverrsektorielt organ. Helse- og omsorgssektoren har stort fokus på bruk av felleskomponenter, bruk av nasjonale arkitekturprinsipper og er en driver i den digitaliseringen som skjer i det offentlige Norge.

Forslaget omfatter en tilsynsrolle. Dette krever i tillegg en rekke fagpersoner med tung kompetanse. Det kreves også en grensegang mot de eksisterende tilsynsorganene som Datatilsynet, Post- og Teletilsynet og Helsetilsynet. Dette er ikke tilstrekkelig beskrevet i forslaget.

3 KAPITTEL 2 DIGITAL INFRASTRUKTUR

3.1 KAPITTEL 2.2 - GENERELT OM DIGITAL INFRASTRUKTUR

Den digitale infrastrukturen som omtales er vesentlig bredbånd. Digital infrastruktur er langt mer enn bredbånd. Utredningen mangler omtale av de fem felleskomponentene, ID-porten, Altinn, Folkeregisteret, Matrikkelen, Enhetsregisteret og evt. Kontaktregisteret, så vel som evt. hindringer knyttet til disse og sett i helhetlig sammenheng.

Når det gjelder bredbåndsutbredelse er det digitale forskjeller mellom norske kommuner. I tillegg til slik forskjell i infrastruktur er det fare for digitale forskjeller mellom kommunene også på grunn av ulike forutsetninger når det gjelder digital kompetanse og ressurser.

Satsingen på e-helse innebærer bl.a. bruk av telemedisin og velferdsteknologi. Muligheten for å innføre og utnytte slike nye helsetilbud vil være avhengig av at data kan overføres via bredbånd – også i gravgrendte strøk. Det er et paradoks at det i slike strøk antagelig vil være ekstra mye å hente på å innføre slike tjenester (både for tjenesteyter og for tjenestemottaker), men at manglende bredbåndstilgang kan hindre utbredelsen av dem. Vi mener derfor at det er viktig å overvåke utviklingen og identifisere eventuelle forskjeller, slik at korrigerende tiltak kan settes inn.

Helsedirektoratet vil utover dette gjøre oppmerksom på at Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren (Normen) (et omforent sett av krav til informasjonssikkerhet basert på lovverket) ikke er utarbeidet av Helsedirektoratet, men av representanter for sektoren.

3.2 KAPITTEL 2.3 INFORMASJONSSIKKERHET

Kapitlet omtaler ikke forhold som er spesielle for vår sektor. Utredningen omtaler ellers ikke borgerkort, mangler internasjonalt fokus (pågående arbeid i EU er ikke nevnt), og angir ikke noen tiltak.

3.2.1 Kapittel 2.3.3 Informasjonssikkerhetslover og –forskrifter

Helsepersonell må ha kompetanse om hvilke krav til sikkerhet som gjelder ved elektronisk behandling av helseopplysninger. Direktoratet er fornøyd med at utvalget legger stor vekt på informasjonssikkerhet i utredningen, og slutter seg til utvalgets syn på at økt kompetanse på informasjonssikkerhet er avgjørende for den digitale utviklingen.

Det fremheves i utredningen at det er over 40 forskjellige lover og forskrifter som stiller definerte krav til informasjonssikkerhet. I tillegg er dagens regelverk (særlig innenfor helse) ikke oppdatert på en slik måte at det følger utviklingen innen dagens teknologi. Direktoratet er fornøyd med at det arbeides med en overordnet og helhetlig strategi på regjeringsnivå. Vi savner likevel forslag om tiltak knyttet til forenkling og samkjøring av regelverk om informasjonssikkerhet for de ulike sektorene, slik at etterlevelse av regelverket kan sikres i større grad.

3.3 KAPITTEL 2.4 ELEKTRONISK IDENTIFISERING OG AUTENTISERING

Her omhandles bl.a. utbredelse av eID på sikkerhetsnivå 4, også for helsesektoren. Dette kapitlet har mangler og upresissheter. Det mangler f.eks. referanse til arbeid med nasjonalt ID-kort med eID i regi av Justisdepartementet. eID utbres også i EU, og det er fremlagt forslag til forordning på e-signatur og tilhørende tillitstjenester, men dette perspektivet mangler. Det mangler også at PKI nevnes som grunnelement.

Det nevnes videre ikke at det foreligger utfordringer for private og offentlige aktører som p.t ikke kan benytte ID-porten pga. hindringer i eksisterende regelverk for anskaffelser og statsstøtteproblematikk. Også her er det internasjonale perspektivet manglende, ettersom dette handler om et internasjonalt regelverk for EU/EØS som Norge må forholde seg til. Det mangler også et skille på autentisering for private forhold og ansattrelaterte forhold.

Det vises til andre land som har kommet langt på feltet, særlig nasjonal eID i Estland. Her mangler helhetsbildet knyttet til manglende personvern og det faktum at de har bygget opp systemene fra et minimumsnivå, mens i Norge har vi etablerte systemer. Mht. personvern har Estland ikke samme kultur som i Norge, da det etter det vi forstår samles inn og behandler mer personlig informasjon enn her. De ser også ut til å bruke eID inn i privat og offentlig sfære uten å skille på disse slik vi vil gjøre i Norge.

Mht. anbefalinger fra utvalget går disse bare på eID og ID-porten, og mangler omtale av andre felleskomponenter og felles løsninger.

Vi vil også påpeke at formuleringer knyttet til eID på sikkerhetsnivå 4 ikke er oppdatert mht. at Bank ID, som har stor utbredelse i befolkningen, nå kan brukes for sensitive opplysninger, jf. særlig boks 2.2 om Helsenorge.no.

4 KAPITTEL 6 DIGITAL KOMPETANSE.

Kapitlet er svært relevant for helse- og omsorgssektoren. Fokuset på digital opplæring og dypere kompetanse i teknologi og forståelse av denne støttes. For vår sektor er det viktig at den digitale kompetansen er god nok når sensitive helseopplysninger skal behandles digitalt i

forbindelse med helsemessig behandling og administrativ oppfølging. Digitalisering av helsetjenestene forutsetter at dagens helsepersonell i økende grad må beherske digitale verktøy.

Det fremheves i utredningen at norske innbyggere er kompetente brukere, men at de mangler relativt grunnleggende digitale ferdigheter ellers. Andre grupper enn IT-spesialister må også forstå teknologi og tjenester for å delta i og ta beslutninger i informasjonssamfunnet og på arbeidsplassen. Helsedirektoratet slutter seg til oppfatningen om at digitale ferdigheter ikke er tatt tilstrekkelig inn i skolen og forslag om grunnleggende opplæring tidlig i utdanningsforløpet som gir teknologiforståelse. Det er imidlertid på langt nær sikkert at bare opplæring i programmering i grunnskolen (valgfag) vil bøte på situasjonen, og tiltak på dette området bør utredes langt bredere.

Det er også viktig å synliggjøre behovet for å styrke den digitale kompetansen blant voksne i arbeidslivet. Utvalget viser til at et flertall voksne opplever at de har behov for å styrke sin digitale kompetanse, men drøfter i liten grad hvordan det kan gjøres.

En systematisk opplæring og kompetanseheving av personalet må skje både i forkant av og parallelt med innføring av IKT-systemer. Opplæringen må i noen grad tilpasses kompetanseprofilen i de ulike delene av helsetjenestene. Utvikling av yrkesrettede videre- og etterutdanningstilbud samt internopplæring i virksomhetene må antas å stå sentralt. I tillegg vil også brukere, pasienter og pårørende ha et behov for opplæring. Det kan i større grad skje på mer uformell basis i regi av frivillige organisasjoner, for eksempel i form av digitalskole og kursvirksomhet, møteplasser og enkeltstående arrangementer.

Flere nasjonale prosjekter og innsatsområder innen e-helsefeltet skaper behov for økt digital kompetanse, for eksempel:

- Elektronisk pasientjournal
- E-resept
- Nasjonal kjernejournal
- Nasjonal helseportal (helsenorge.no)
- Elektronisk meldingsutveksling
- Velferdsteknologi

Det er viktig at både ansatte i helsesektoren, så vel som brukere og pasienter som skal bli satt i stand til å benytte sine rettigheter for innsyn og brukermedvirkning, har den nødvendige modenhet i sin forståelse av de digitale tjenestene som tilgjengeliggjøres. Bare slik kan de forskjellige gruppene som kommer i kontakt med disse tjenestene stole på og bidra til at tjenestene blir sikre nok. Dette gjelder både ansatte, brukere og de som utvikler tjenestene.

I tillegg vil det gi bedre anskaffelser når de som anskaffer har en dypere forståelse for teknologien. Bestillerkompetansen bør heves, i det dette er viktig både for systemutvikling og for tjenesteutsetting.

5 KAPITTEL 7 OFFENTLIG DIGITALISERING

I sammendraget til utredningen nevnes behovet for standardisering. Helsedirektoratet arbeider aktivt med standardisering innenfor helse- og omsorgssektoren, bl.a. når det gjelder formater, systemer, strategi- og teknologivalg.

For å øke graden av digitalisering bør en i tillegg se nærmere på mulighetene for større grad av standardisering innenfor innkjøp, drift og vedlikehold av systemer. Spesielt gjelder dette innen de kommunale helsetjenestene. Denne delen av sektoren har i liten grad tatt i bruk

systemer for mobile medarbeidere selv om dette innenfor privat sektor har vist seg å gi store effektiviseringsgevinster. Flere kommuner inngår interkommunale avtaler om anskaffelse og drift av tjenester, men det er store ulikheter mellom kommunene relatert til graden av digitalisering, og kompetanse på hvilke retningslinjer som er gjeldende.

5.1 KAPITTEL 7.1 DIGITALISERINGSPROGRAMMET

Helsedirektoratet mener det er riktig at det pekes på at det er mange departementer som har ansvar på området, slik at FAD og Difi får en svært krevende oppgave med å styre digitaliseringen og at koordineringen på området er svakere enn ønskelig. FAD og Difi bør derfor settes bedre i stand til å gjennomføre digitalisering av offentlig sektor. Det vises ellers til punkt 2 ovenfor.

5.2 KAPITTEL 7.3 OFFENTLIG ANBUDSREGELVERK

Digitutvalget beskriver offentlige anskaffelser generelt som et hinder for verdiskapning gjennom de kravene som stilles av innkjøpere i offentlige anskaffelser. Det blir hevdet at terskelen blir for høy for mindre aktører som ikke har ressurser til en omfattende anbudsprosess. Det er mulig at dette er et hinder for mindre aktører, men det offentlige er på sin side avhengig av solide leverandører og etterrettelighet i anskaffelsesregimet. Dette er dessuten en situasjon som er regulert av rettsregler som er forankret i EU, slik at denne situasjonen nok ikke vil være mulig å endre i særlig stor grad.

Helsedirektoratet støtter forslaget om at den digitale innkjøpskompetansen kartlegges. Videre støtter vi at det bør vurderes hvordan offentlige digitalanskaffelser kan samordnes, og hvordan tjenester som utvikles på ett sted i det offentlige også kan brukes av andre offentlige etater.

5.3 KAPITTEL 7.4 (OG 7.6) TILGJENGELIGGJØRING AV OFFENTLIGE DATA

Helsedirektoratet konstaterer at tilgjengeliggjøring av offentlige data ikke har kommet så langt som ønskelig, heller ikke for egen del. Det er imidlertid igangsatt konkrete prosjekter i Helsedirektoratet og mange offentlige etater, og arbeidet med å dele data i større utstrekning er i gang. Det er viktig å være oppmerksom på at selv om det er ønskelig å dele data i større omfang, kan det være tekniske og strukturelle hindringer for dette. Som et eksempel nevnes registerløsninger der data ikke er strukturert på en slik måte at det er enkelt å trekke ut datasett som gir mening. Datakvalitet i offentlige registre er også et vesentlig moment når data skal deles. I tillegg er løsningene ikke sjelden basert på gamle systemer og teknologi. Tilgjengeliggjøring av offentlige data bør derfor være et tema når nye løsninger skal designes. Helsedirektoratet har dette som et aspekt f.eks. ved videreutvikling av innbyggerportalen Helsenorge.no. Føringene for tilgjengeliggjøring av offentlige data medfører også at virksomhetene i stor grad må tenke nytt og om sin informasjon og bevisstgjøre seg sin offentlighetspraksis, og dette er prosesser som tar noe tid.

Vennlig hilsen

Christine Bergland e.f.
divisjonsdirektør

Norunn Elin Saure
avdelingsdirektør