

Høringsnotat

Forskrift om Brukerplan

Høringsfrist: 24. februar 2022

1	SAMMENDRAG	5
2	BAKGRUNN	6
2.1	Dagens Brukerplan	6
2.2	Personer med rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer	6
2.3	Opplysninger som registreres	6
2.4	Rett til å motsette seg overføring og registrering av opplysninger	7
2.5	Kommunenes kartlegging og registrering i registeret	7
2.6	Bruk av opplysningene i registeret	7
2.7	Dataansvar	7
2.8	Rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger	8
3	GJELDENDE RETT	8
3.1	Personvernforordningen og helseregisterloven	8
3.1.1	Personopplysninger og avgrensningen mot anonyme opplysninger	8
3.1.2	Dataansvar/behandlingsansvar	10
3.1.3	Grunnvilkårene for behandling av helseopplysninger	10
3.1.4	Informasjon til de registrerte	12
3.1.5	Innebygget personvern	12
3.1.6	Informasjonssikkerhet	12
3.1.7	Vurdering av personvernkonsekvenser	12
3.1.8	Forhåndsdrøfting med Datatilsynet	12
3.2	Taushetsplikt og adgang til å gi ut opplysninger	13
3.2.1	Forvaltningsloven	13
3.2.2	Særlovgivningen	13
3.2.3	Unntak fra taushetsplikten	14
3.3	Forskriftshjemler	15
3.3.1	Helseregisterloven	15
3.3.2	Forvaltningsloven § 13 g	17
4	DEPARTEMENTETS VURDERINGER OG FORSLAG	18
4.1	Behovet for forskrift	18

4.2	Personvernkonsekvenser	20
4.3	Forskriftshjemplene	21
4.3.1	Helseregisterloven § 9 bokstav b	21
4.3.2	Helseregisterloven § 3 femte ledd	23
4.3.3	Forvaltningsloven § 13 g	23
4.4	Personvernkravene	25
4.5	Formål og virkeområde	26
4.6	Dataansvar	27
4.7	Datakilder	27
4.8	De registrerte	28
4.9	Opplysninger som skal kunne registreres	29
4.10	Uten personidentifiserende kjennetegn (pseudonymisering)	30
4.11	Kommunens behandling av opplysningene	32
4.12	Brukerplans behandling av opplysningene	32
4.13	Deling av opplysninger fra Brukerplan	33
4.14	Taushetsplikt	34
4.15	Informasjonssikkerhet	35
4.16	Informasjon og rett til å motsette seg behandling	35
4.17	Lagringsbegrensning	36
4.18	Kartleggingsverktøy og revisjonsgruppe	36
4.19	Allerede innsamlede opplysninger (overgangsregler)	37
5	ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER	37
6	KOMMENTARER TIL DE ENKELTE BESTEMMELSENE	37
	Til § 1 Saklig virkeområde	37
	Til § 2 Hva opplysningene i Brukerplan kan brukes til	38
	Til § 3 Dataansvar	38
	Til § 4 Opplysninger som kan registreres	39
	Til § 5 Innsamling av opplysninger fra tjenestene	39

Til § 6 Kommunenes kartlegging og overføring til Brukerplan	39
Til § 7 Behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger i registeret	40
Til § 8 Utarbeidelse av statistikk og tilgjengeliggjøring av opplysninger	41
Til § 9 Taushetsplikt	42
Til § 10 Rett til å motsette seg behandling	42
Til § 11 Lagring av opplysninger	43
Til § 12 Informasjonssikkerhet	43
Til § 13 Overgangsregler	44
7 FORSLAG TIL FORSKRIFT	44

Høringsnotat: Forskrift om Brukerplan

1 Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i dette høringsnotatet en forskrift som regulerer behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger i Brukerplan. Dette er et register med opplysninger om personer som har rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer og som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, tjenester fra kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen eller tjenester fra barnevernet.

Brukerplan ble etablert i 2006. Registeret er et viktig verktøy for å sikre gode kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Brukerplan produserer kunnskap om omfanget av rus- og psykisk helse-relatert problematikk, og forventet etterspørsel etter tjenester på dette området. Dataene gir styringsgrunnlag for den kommunale ruspolitikken, helseforetakenes evaluering og planlegging av tjenestetilbudet, inkludert prioritering av pasient-/brukergrupper og tjenestetyper. Dataene gir også bidrag til utformingen av den nasjonale politikken for psykisk helsearbeid og rusarbeid.

Departementet foreslår å forskriftsfeste at Brukerplan skal gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering, evaluering og kvalitetsforbedring av kommunale tjenester knyttet til rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer. Opplysninger som allerede er innsamlet til disse formålene skal også kunne brukes til forskning, helseanalyser og beredskap.

I dag hentes opplysningene i registeret fra kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet foreslår at opplysninger også skal kunne hentes fra kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og fra barnevernstjenesten, slik det tidligere ble gjort. Dette vil gi kommuner, helseforetak, statsforvaltere og andre offentlige myndigheter et bedre styringsgrunnlag for utforming av den kommunale og statlige ruspolitikken, for prioritering av brukergrupper og for kvalitetsforbedring av tjenestene knyttet til helsearbeid og rusarbeid.

Opplysningene skal overføres til og registreres i Brukerplan uten at dataansvarlig for Brukerplan har tilgang til navn, fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn. De registrerte skal ha rett til å motsette seg overføring til og registrering i Brukerplan.

Opplysningene skal ikke lagres lenger enn nødvendig og slettes seinest innen ti år.

Forskriften skal etter forslaget fastsettes med hjemmel i helseregisterloven § 9 bokstav b og forvaltningsloven § 13 g. Forskriften vil gi et samlet rettslig grunnlag for behandling av opplysningene i kommunene og i Brukerplan. Forskriften skal også gi unntak fra taushetsplikten for å kunne overføre opplysningene fra tjenestene og kommunene.

2 Bakgrunn

2.1 Dagens Brukerplan

Brukerplan ble utviklet i 2006, samarbeid mellom Helse Fonna HF, kommuner i Helse Fonnas område og Sandnes kommune som et verktøy for kartlegging av personer over 18 år med rusmiddelproblemer. Ansvaret for verktøyet ble senere overført til Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning ved Helse Vest (KORFOR), som er lagt under Helse Stavanger HF. Fra 2011 har KORFOR fått midler fra Helsedirektoratet for å videreutvikle kartleggingen som tilbud til alle landets kommuner. Fra og med 2015 har kartleggingen også omfattet personer med psykiske helseproblemer uten rusmiddelproblemer. Fra 2015 ble det også mulig å kartlegge 16–17 åringer. De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KORUS) har en sentral rolle ved implementering av og opplæring i verktøyet ute i kommunene.

2.2 Personer med rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer

De registrerte i Brukerplan er personer som har rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer og som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. De registrerte er tjenestemottakere som er kjent for tjenestene og som har mottatt minst én kommunal tjeneste i løpet av de siste tolv måneder. Dette gjelder uavhengig av om tjenesten var begrunnet i mottakerens rusmiddelproblem / psykiske helseproblem eller ikke. Det registreres bare opplysninger om pasienter og brukere som fyller 16 år i kartleggingsåret. Nasjonale tall som blir brukt i årsrapport og andre analyser inneholder kartleggingsresultat fra de to siste årene ettersom det er kommuner som kartlegger annethvert år. I 2019 ble det kartlagt i alt 59 710 personer i 258 kommuner.

2.3 Opplysninger som registreres

Opplysningene i registeret hentes fra kommunale helse- og omsorgstjenester, med hjemmel i dispensasjon fra taushetsplikten gitt av Helsedirektoratet. Se punkt 2.8. Frem til 2020 ble det også innhentet opplysninger fra kommunale NAV-tjenester og fra den kommunale barnevernstjenesten, men dette ble avvirket på grunn av manglende hjemmelsgrunnlag.

Det registreres en rekke opplysninger om pasienter og brukeres bakgrunn og behov for tjenester, som fødselsår, kjønn, fødeland, foreldres fødeland, arbeidserfaring og utdanning. Pasientene og brukerne kartlegges innen følgende levekårsfaktorer: bosituasjon, meningsfull aktivitet (arbeid, utdanning mv.), økonomi (inntektskilde), fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og nettverk. I tillegg kartlegges vold og trusler, om personen har barn og omsorg for barn, om personen har fastsatte planer for tjenestetilbudet eller ansvarsgrupper, hvilke tjenester personen

har mottatt de siste tolv månedene og hvilke tjenester personen vurderes å ha behov for kommende år.

2.4 Rett til å motsette seg overføring og registrering av opplysninger

Pasienter og brukere har anledning til å motsette seg at opplysninger om dem overføres og registreres i Brukerplan. De skal få informasjon om Brukerplan og retten til å motsette seg overføring og registrering når de mottar tjenesten.

2.5 Kommunenes kartlegging og registrering i registeret

Kommunene organiserer en årlig kartlegging av pasienter og brukere i kommunen. Kommunene bestemmer selv når de ønsker å gjennomføre kartleggingen. Det er saksbehandlere i kommunen som innhenter opplysninger fra de ulike etatene, og som vurderer hvem som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer og hvilke opplysninger om dem som skal registreres.

Registreringen skjer ved bruk av et eget digitalt kartleggingsverktøy (skjema). Ett skjema per person sendes KORFOR. Dersom en person kartlegges flere ganger av ulike tjenester blir kun ett skjema oversendt og brukt i analysen. Det er etablert en revisjonsgruppe som årlig reviderer spørsmålene i kartleggingsverktøyet. Gruppen består av representanter for KORFOR, Helsedirektoratet, De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KORUS), Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), statsforvalteren og en brukerorganisasjon.

Opplysningene registreres på Brukerplan.no av kommunens fagpersoner. Når de er ferdige med å kartlegge den enkelte pasienten/brukeren og før opplysningene lagres i Brukerplan, blir fødselsnummer, navn og andre personidentifiserende kjennetegn, erstattet av et eget bruker-ID.

2.6 Bruk av opplysningene i registeret

Data fra Brukerplan brukes av kommuner, KORUS, statsforvalterne, NAPHA, Helsedirektoratet mfl. KORFOR lager årlige rapporter med statistikk (enkle fordelinger) til kommunene. Videre lager de årsrapporter og temarapporter på nasjonalt plan som brukes av Helsedirektoratet og andre interessenter. På forespørsel utarbeides det også andre statistikker og rapporter. Utarbeidelse av statistikk og rapporter drøftes med revisjonsgruppen.

2.7 Dataansvar

Dataansvarlig for behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger i Brukerplan, er Helse Stavanger HF.

2.8 Rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger

Brukerplan ble opprinnelig etablert med rettslig grunnlag i konsesjon fra Datatilsynet. Da konsesjonsordningen ble avviklet i 2018 i sammenheng med gjennomføringen av EUs personvernforordning i norsk rett, ble registeret videreført med grunnlag i vedtak om dispensasjon fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29b (nå § 29) og forordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e og artikkel 9 nr. 2 bokstavene g og i, jf. Helsedirektoratets vedtak 11. august 2020. Dette grunnlaget gir imidlertid ikke hjemmel til behandling av opplysninger fra kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen, barnevern og andre tjenester som faller utenfor helsepersonellovens virkeområde. Siden 2020 er det derfor ikke hentet inn opplysninger fra NAV og barnevernet.

3 Gjeldende rett

3.1 Personvernforordningen og helseregisterloven

EUs personvernforordning (2016/679) gjelder som norsk lov, jf. personopplysningsloven § 1. Forordningens generelle regler om behandling av personopplysninger, gjelder ved all behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger. Forordningens krav er utfyllt og presisert i helseregisterloven og annen særlovgivning. Forordningen og helseregisterloven gjelder for all behandling av opplysninger i Brukerplan.

Forordningens krav skal fortolkes og anvendes i lys av menneskerettighetene. Behandling av personopplysninger innebærer et inngrep i de registrertes privatliv. Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 8 stiller krav om at inngrep må ha lovlig hjemmel. Videre må inngrepet være nødvendig i et demokratisk samfunn, noe som betyr at det skal være proporsjonalitet mellom inngrepet, dets formål og virkningen for borgeren. Et utslag av dette er at de minst personverninngrepene løsningene skal velges, så lenge formålet med behandlingen likevel kan oppnås. Samtidig skal staten skape vilkår for å trygge legebehandling og pleie under fysisk og psykisk sykdom (jf. FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12). Staten skal treffe tiltak for å sørge for at tjenestetilbudet holder en forsvarlig og adekvat standard i lys av tilgjengelige ressurser og utviklingsnivå.

Her gis det en oversikt over noen av de viktigste reglene i forordningen.

3.1.1 Personopplysninger og avgrensningen mot anonyme opplysninger

Personvernkravene gjelder kun personopplysninger. I forordningen artikkel 4 nr. 1 defineres dette som «enhver opplysning om en identifisert eller identifiserbar fysisk person». Dette betyr at opplysningene må ha en tilknytning til en enkeltperson. Det

avgjørende er om opplysningene er søkbare eller gjenfinnbare etter identitet. Dette innebærer at både direkte og indirekte identifiserbare opplysninger er omfattet av personvernkravene.

Anonyme opplysninger kan ikke knyttes til enkeltpersoner og regnes derfor ikke som personopplysninger. Behandling av slike opplysninger reguleres ikke av personvernforordningen og kan fritt innsamles, registreres, utleveres mv.

Hva som regnes som anonyme opplysninger i motsetning til personopplysninger, er ikke definert i forordningen. Anonymitet omtales imidlertid slik fortalen punkt 26:

Når det skal fastslås om en fysisk person er identifiserbar, bør det tas hensyn til alle midler som det med rimelighet kan tenkes at den behandlingsansvarlige [dataansvarlige] eller en annen person kan ta i bruk for å identifisere vedkommende direkte eller indirekte, f.eks. utpeking. For å om midler med rimelighet kan tenkes å bli tatt [i] bruk for å identifisere den fysiske personen bør det tas hensyn til alle objektive faktorer, f.eks. kostnadene for og tiden som er nødvendig for å foreta identifikasjonen, idet det tas hensyn til teknologien som er tilgjengelig på behandlingstidspunktet, samt den teknologiske utvikling.

Anonymitet er nærmere omtalt i Ot.prp. nr. 92 (1998–1999) merknadene til § 2 nr. 1 i kapittel 16. Se også Artikkel 29-gruppen, *Opinion 05/2014 on anonymisation techniques* og Datatilsynets veileder *Anonymisering av personopplysninger* (2015).

Departementet legger på bakgrunn av dette til grunn at ved behandling av anonyme opplysninger skal det ikke, verken direkte eller indirekte, være mulig å spore opplysningene tilbake til de enkeltpersonene opplysningene knytter seg til. Mengden og arten av opplysninger om samme person (variabler) er dermed av betydning ved vurderingen av om opplysningene er anonyme. En sammenstilling av opplysninger som i utgangspunktet er anonyme, vil i enkelte tilfeller kunne identifisere enkeltpersoner. Opplysningene vil teknisk sett være anonymiserte, men knytter seg likevel til en så liten gruppe personer at tilhørigheten røpes på en indirekte måte.

I vurderingen av om opplysningene er anonyme eller ikke, må man se hen til om det er en reell sannsynlighet for identifikasjon, og ikke om identifikasjon kun er hypotetisk mulig. Den nedre grensen for når en opplysning kan anses for å være anonym, må vurderes konkret. Man må ta utgangspunkt i de tilgjengelige hjelpemidlene det er rimelig å ta i bruk for identifikasjon. Dersom innsatsen som skal til for å knytte en person til et sett av opplysninger, er stor eller krever metoder som er svært arbeidskrevende, kostbare eller avhengig av særskilt kompetanse, vil det ikke være en personopplysning. Som nevnt vil tilgangen til andre kilder og metoder for identifisering kunne gjøre at en opplysning som alene ikke kan knyttes til en enkeltperson, likevel er en personopplysning i forordningens forstand.

I samsvar med anonymiseringsprinsippene som SSB anvender i sin statistikkfremstilling, kan det også legges til grunn som et utgangspunkt at opplysninger kan anses som anonyme først dersom de kan knyttes til minst fire eller fem individer.

Dette er imidlertid en streng fortolkning og kan ikke legges til grunn som en fast regel.

Dette betyr at pseudonymisering eller aidentifisering ved å fjerne navn, fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn, ikke sikrer anonymitet. Det vil ut fra de øvrige opplysningene likevel kunne være mulig å identifisere enkeltpersoner (indirekte identifiserbare personopplysninger, jf. definisjonen av indirekte identifiserbare helseopplysninger i helseregisterloven § 2 bokstav f).

3.1.2 Dataansvar/behandlingsansvar

Enhver behandling av personopplysninger skal ha en eller flere behandlingsansvarlige. I helselovgivningen er uttrykket dataansvarlig brukt som synonymt med behandlingsansvarlig, for å unngå forveksling med den som er behandlingsansvarlig for helsehjelp. I dette høringsnotatet brukes uttrykket dataansvarlig.

Med dataansvarlig menes den som er ansvarlig for behandling av opplysningene. Dataansvaret innebærer et ansvar for at kravene i forordningen og andre personvernregler er fulgt, inkludert kravene til informasjonssikkerhet, gjennomføring av de registrertes rettigheter mv. Den dataansvarlige kan trekkes til ansvar med pålegg og sanksjoner dersom kravene ikke er oppfylt.

I helseregisterloven § 2 defineres dataansvarlig som den som er «ansvarlig for behandling av helseopplysninger, jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 7». En behandlingsansvarlig er definert i forordningen artikkel 4 nr. 7 som

en fysisk eller juridisk person, en offentlig myndighet, en institusjon eller et hvert annet organ som alene eller sammen med andre bestemmer formålet med behandlingen av personopplysninger og hvilke midler som skal benyttes; når formålet med og midlene for behandlingen er fastsatt i unionsretten eller i medlemsstatenes nasjonale rett, kan den behandlingsansvarlige, eller de særlige kriteriene for utpeking av vedkommende, fastsettes i unionsretten eller i medlemsstatenes nasjonale rett.

Den dataansvarlige vil altså være den som bestemmer formålet og midlene for behandlingen av opplysningene. Det er de faktiske forholdene som er avgjørende. Det er viktig å merke seg at dataansvaret ikke er et ansvar for opplysningene som sådan, men et ansvar for behandlingen av opplysningene. Dette betyr for eksempel at ved tilgjengeliggjøring av opplysninger fra et register vil avgiver være ansvarlig for at vilkårene for å tilgjengeliggjøre er oppfylt. Avgivers dataansvar opphører straks opplysningene er overført til mottakeren, som da vil ha ansvar for sin lagring og annen behandling av opplysningene.

3.1.3 Grunnvilkårene for behandling av helseopplysninger

I artikkel 5 slås det fast at personopplysninger skal behandles på en lovlig, rettmessig og åpen måte.

At behandlingen er lovlig, betyr først og fremst at den må ha et dekkende rettslig grunnlag. Behandlingen vil bare være lovlig dersom minst ett av de alternative vilkårene i artikkel 6 nr. 1 om behandlingens lovlighet er oppfylt (behandlingsgrunnlag). Blant annet gjelder dette dersom behandlingen er nødvendig av hensyn til vesentlige samfunnsinteresser (bokstav e). Det kreves da i tillegg nasjonal lovgivning (supplerende rettsgrunnlag). Forskrifter med hjemmel i forvaltningsloven § 13 g eller helseregisterloven §§ 8 flg. er eksempler på slike grunnlag.

Forordningen har i utgangspunktet et forbud mot å behandle helseopplysninger, jf. artikkel 9 om særlige kategorier opplysninger (sensitive opplysninger). Behandling av helseopplysninger er likevel lovlig blant annet dersom behandlingen er nødvendig med henblikk på forebyggende medisin eller arbeidsmedisin, i forbindelse med medisinsk diagnostikk, yting av helse- og sosialtjenester, behandling eller forvaltning av helse- og sosialtjenester eller allmenne folkehelsehensyn (jf. artikkel 9 nr. 2 bokstav h). De som behandler opplysningene må da ha taushetsplikt, jf. artikkel 9 nr. 3.

Øvrige prinsipper i artikkel 5 er formålsbegrensning, dataminimering, riktighet, lagringsbegrensning, integritet og konfidensialitet.

Formålsbegrensningen i artikkel 5 nr. 1 bokstav b betyr at opplysningene skal samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål. Formålene skal være fastsatt når opplysningene samles inn. Det angitte formålet setter rammer for hva opplysningene kan brukes til. Behandling for andre formål enn opplysningene opprinnelig ble samlet inn for, er i utgangspunktet bare tillatt dersom behandlingen er forenlig med formålene som opplysningene opprinnelig ble samlet inn for. Opplysningene kan altså ikke viderebehandles på en måte som er uforenlig med det opprinnelige formålet. Formål knyttet til forskning, statistikk og arkiv skal likevel ikke anses som uforenlig med de opprinnelige formålene. Videre følger det av artikkel 6 nr. 4 at dersom opplysningene skal behandles for et nytt formål, så skal det nye formålet være forenlig med det formålet de opprinnelig ble samlet inn for.

Dataminimering betyr at opplysningene som behandles, skal være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for. Prinsippet om dataminimering omtales gjerne som et forbud mot behandling av såkalt overskuddsinformasjon, altså opplysninger som ikke er nødvendige for å nå formålet. Dette begrenser hvilke og hvor mange opplysninger som kan samles inn og behandles videre. Dette innebærer både at det ikke skal registreres flere opplysninger enn nødvendig om de registrerte, og at det heller ikke skal registreres opplysninger om flere personer enn det som er nødvendig. Et viktig aspekt av prinsippet om dataminimering er også at graden av personidentifikasjon ikke skal være større enn nødvendig. Det må vurderes om formålet kan oppnås med færre variabler eller med indirekte identifiserbare eller anonymiserte opplysninger.

Lagringsbegrensningen betyr at opplysningene ikke skal lagres lenger enn nødvendig, og skal slettes eller anonymiseres når det ikke lenger er bruk for dem. Det kan fastsettes særlige og strengere krav om sletting.

3.1.4 Informasjon til de registrerte

Forordningen legger vekt på informasjonen til de registrerte, og stiller i artikkel 13 til 15 detaljerte krav om hvilken informasjon som skal gis ved behandling av personopplysninger. Blant annet skal de registrerte få vite hvem opplysninger om dem er utlevert til.

3.1.5 Innebygget personvern

Den dataansvarlige skal bruke prinsippene for innebygget personvern. Den mest personvernvennlige innstillingen skal være standard i alle systemer, jf. artikkel 25.

3.1.6 Informasjonssikkerhet

Den dataansvarlige og eventuelle databehandlere skal gjennomføre egnede tekniske og organisatoriske tiltak for å oppnå et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til risikoen ved behandlingen av opplysningene, jf. artikkel 32. Det skal iverksettes tiltak for å sikre opplysningenes konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og robusthet. Videre skal den dataansvarlige føre protokoll over deling av opplysninger og andre behandlingsaktiviteter, jf. artikkel 30.

3.1.7 Vurdering av personvernkonsekvenser

Den dataansvarlige skal vurdere konsekvensene for personvernet før behandlingen tar til, jf. artikkel 35 (DPIA). Dette gjelder blant annet dersom det er tale om behandling av helseopplysninger i et stort omfang. Vurderingen skal blant annet omfatte en systematisk beskrivelse av den planlagte behandlingen, formålene med behandlingen, en vurdering av om behandlingen er nødvendig og står i et rimelig forhold til formålene, risikoen for de registrertes rettigheter og planlagte tiltak som skal sikre personvernet. Dersom det er relevant, skal de registrerte eller representanter for de registrerte bli hørt. Personvernombudet skal gi råd om vurderingen, jf. artikkel 39 nr. 1. Artikkel 35 nr. 10 fastsetter unntak fra kravet om å vurdere personvernkonsekvensene. Dette gjelder når behandlingen av personopplysningene er regulert av lov eller forskrift og personvernkonsekvensene er tilstrekkelig vurdert i forbindelse med vedtakelsen av de aktuelle rettsreglene.

3.1.8 Forhåndsdrøfting med Datatilsynet

Forordningen krever at den dataansvarlige rådfører seg med Datatilsynet dersom konsekvensvurderingen etter artikkel 35 viser at behandlingen innebærer høy risiko, jf. artikkel 36. Plikten til forhåndsdrøftinger gjelder bare dersom den dataansvarlige ikke finner tilstrekkelige tiltak som bringer risikoen ned på et akseptabelt nivå.

3.2 Taushetsplikt og adgang til å gi ut opplysninger

3.2.1 Forvaltningsloven

De som utfører tjeneste eller arbeid i et forvaltningsorgan har taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 for opplysninger om personlige forhold, som de har fått adgang til eller kjennskap i forbindelse med tjenesten eller arbeidet. Opplysninger om fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted regnes som hovedregel ikke som et personlig forhold med mindre opplysningene røper et «klientforhold» eller «andre forhold» som må anses som personlige.

Taushetsplikten omfatter en passiv plikt til å tie og en aktiv plikt til å hindre at andre får kjennskap til opplysningene. I helse og omsorgstjenesten betyr taushetsplikten at de som arbeider i tjenestene skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om personer som mottar tjenestene. Taushetsplikten gjelder overfor alle andre enn den opplysningen knytter seg til. Dette gjelder også overfor andre som er underlagt taushetsplikt. Taushetsbelagte opplysninger kan derfor ikke fritt kommuniseres selv om også mottakeren av opplysningene har taushetsplikt.

Taushetsplikten innebærer at utlevering, overføring eller annen tilgjengeliggjøring av helseopplysninger må ha hjemmel i lov eller samtykke fra den opplysningene gjelder.

3.2.2 Særlovgivningen

I tillegg til de generelle reglene i forvaltningsloven, er det fastsatt særlige taushetspliktregler på en rekke forvaltningsområder.

Et eksempel er taushetsplikten for helseopplysninger (jf. helsepersonelloven §§ 21 flg.). Helsepersonelloven § 21 er hovedregelen om helsepersonells yrkesmessige taushetsplikt og korresponderer med pasienters rett til vern mot spredning av opplysninger etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6. Taushetsplikten for helseopplysninger er også regulert i blant annet i pasientjournalloven § 15, helseregisterloven § 17 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1. I disse bestemmelsene vises det til helsepersonelloven §§ 21 flg. om taushetsplikt. Taushetsplikten etter disse reglene gjelder både direkte og indirekte personidentifiserbare helseopplysninger.

Helseregisterloven og pasientjournallovens taushetsplikt gjelder for personer som behandler helseopplysninger selv om de ikke er helsepersonell. Personell som behandler helseopplysninger, og som i utgangspunktet ikke ville vært underlagt helsepersonellovens taushetsplikt, vil også ha taushetsplikt. Også andre enn de som behandler opplysningene etter helseregisterloven, og som får adgang eller kjennskap til helseopplysninger fra et helseregister, har samme taushetsplikt. Dette gjelder for

eksempel forskere, statistikere, merkantilt personale eller databehandlere. Taushetsplikten gjelder alle medarbeiderne i den dataansvarliges eller databehandlerens virksomhet.

Barnevernstjenestens taushetsplikt er nærmere regulert i barnevernsloven.¹ Det fremgår av § 13-1 at enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter loven har taushetsplikt etter forvaltningsloven. Taushetsplikten etter barnevernsloven er imidlertid noe strengere enn det som følger av forvaltningslovens alminnelige regler. I motsetning til forvaltningsloven omfatter taushetsplikten etter barnevernsloven alltid opplysninger om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Dette innebærer at taushetsplikten etter barnevernsloven omfatter alle opplysninger som kan knyttes til bestemte personer, uavhengig av om opplysningene i det konkrete tilfellet regnes som personlige eller ikke. Informasjon om at barnevernstjenesten har mottatt en bekymringsmelding eller åpnet en undersøkelse er derfor underlagt taushetsplikt.

Kommunens taushetsplikt etter sosialtjenesteloven er regulert i sosialtjenesteloven § 44. Det følger av bestemmelsens første ledd at enhver som utfører tjeneste eller arbeid for kommunen etter sosialtjenesteloven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e og § 13 g. Også i sosialtjenesteloven er taushetsplikten strengere enn det som følger av forvaltningslovens alminnelige regler, da denne også gjelder fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Det å være en tjenestemottaker av sosiale tjenester er i seg selv en taushetsbelagt opplysning. Hovedregelen er derfor at en NAV-ansatt har taushetsplikt om alle opplysninger som er knyttet til en tjenestemottaker.

3.2.3 Unntak fra taushetsplikten

Taushetsplikten betyr at overføring av opplysningene fra tjenestene bare kan skje dersom det er et lovfestet unntak. Det er fastsatt flere unntak fra den generelle taushetsplikten i forvaltningsloven, blant annet dersom pasienten/brukeren samtykker, opplysningene brukes når behovet for beskyttelse må anses varetatt ved at de gis i statistisk form eller ved at individualiserende kjennetegn utelates på annen måte eller opplysningene skal brukes for å oppnå det formålet de er gitt eller innhentet for (jf. forvaltningsloven § 13 a og § 13 b). Det er også fastsatt unntak i annen lov eller i forskrift, for eksempel helseregisterloven § 14 som gir rett til å overføre opplysninger til helseregistre fra Folkeregisteret, Skatteetaten og Arbeids- og velferdsetaten.

Forvaltningsloven § 13 a gjør unntak for opplysninger «når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt (...) ved at individualiserende kjennetegn utelates». Dette unntaket gjelder ikke for helseopplysninger som er taushetsbelagte etter pasientjournalloven,

¹ Ny lov vedtatt 17. juni 2022, ikrafttredelse 1. januar 2023.

helseregisterloven og helsepersonelloven. Opplysninger uten navn eller fødselsnummer regnes som indirekte personidentifiserbare helseopplysninger underlagt taushetsplikt, dersom opplysningene likevel kan knyttes til en enkeltperson.

Forvaltningsloven § 13 b første ledd har unntak fra taushetsplikten som kan være anvendelige for forvaltningsorganer i forbindelse med tjenesteyting og gjennomføring av andre oppgaver overfor pasienter og brukere. Dette gjelder særlig unntakene i nr. 2 for opplysninger som «brukes for å oppnå det formål de er gitt eller innhentet for», nr. 3 for opplysninger som er «tilgjengelig for andre tjenestemenn innen organet eller etaten i den utstrekning som trengs for en hensiktsmessig arbeids- og arkivordning» og nr 4 for opplysninger «for statistisk bearbeiding, utrednings- og planleggingsoppgaver, eller i forbindelse med revisjon eller annen form for kontroll med forvaltningen». Særlovgivningen kan ha begrensninger for deling av opplysninger mellom forvaltningsorganer, som gjør at disse unntakene ikke kan anvendes, slik som for eksempel helsepersonelloven.

Når det finnes rimelig og ikke medfører uforholdsmessig ulempe for andre interesser, kan departementet bestemme at et forvaltningsorgan kan eller skal gi opplysninger til bruk for forskning, jf. forvaltningsloven § 13 d. Hvilket departement som kan gi dispensasjon bestemmes av ansvarsområdet til det enkelte departement. Det er derfor Barne- og familiedepartementet som kan gi dispensasjon for opplysninger fra barnevernstjenesten og Arbeids- og inkluderingsdepartementet som gir dispensasjon for opplysninger fra NAV.

Etter helsepersonelloven § 29 kan det gis dispensasjon fra taushetsplikten for opplysninger i pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre dersom «opplysningene skal brukes til et uttrykkelig angitt formål knyttet til statistikk, helseanalyser, forskning, utvikling og bruk av klinisk beslutningsstøtteverktøy, kvalitetsforbedring, planlegging, styring eller beredskap for å fremme helse, forebygge sykdom og skade eller gi bedre helse- og omsorgstjenester». Dispensasjonsmyndigheten er i loven lagt til Helse- og omsorgsdepartementet. Myndigheten er imidlertid overført til De regionale forskningsetiske komiteene (REK) når det gjelder forskning og til Helsedirektoratet når det gjelder andre formål.

3.3 Forskriftshjemler

Helseregisterloven og forvaltningsloven har flere forskriftshjemler. Her nevnes de som kan være aktuelle for å hjemle behandling av taushetsbelagte personopplysninger i Brukerplan.

3.3.1 Helseregisterloven

Helseregisterloven § 8

Helseregisterloven gjelder «behandling av helseopplysninger til statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap i helse- og omsorgsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten», jf. § 3. Brukerplan er et helse-

register etter lovens definisjon i lovens § 2 bokstav c («enhver strukturert samling av personopplysninger som er tilgjengelig etter særlige kriterier, og som inneholder helseopplysninger»).

Kongen i statsråd kan gi forskrift om etablering av helseregistre og behandling av helseopplysninger i helseregistre jf. helseregisterloven § 8. Vilråene for å fastsette slik forskrift er at de alminnelige vilråene for behandling i § 6 er oppfylt og at den helsefaglige eller samfunnsmessige nytten av registeret klart overstiger personvernulempene. Videre skal et slikt register ivareta oppgaver etter apotekloven, folkehelse-loven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernloven, spesialist-helsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven. I tillegg skal forskriften også ha hjemmel i §§ 9, 10 eller 11.

Forskriften skal blant annet angi:

- formålet med behandlingen av helseopplysningene
- hvilke typer opplysninger som kan behandles
- krav til identitetsforvaltning
- krav til sikring av opplysningene
- hvem som er dataansvarlig

Helseregisterloven § 9 bokstav b (uten personidentifiserende kjennetegn)

Bestemmelsen gir hjemmel til å gi forskrifter om etablering av registre hvor opplysningene skal behandles uten at den dataansvarlige har tilgang til personidentifiserende kjennetegn. Med personidentifiserende kjennetegn menes navn, fødselsnummer eller andre kjennetegn som identifiserer en person. Slike registre er mindre inngripende for de registrerte enn registre med personidentifiserende kjennetegn. Abortregisteret er et aidentifisert register som er hjemlet i denne bestemmelsen.

Opplysningene kan likevel være personentydige ved at opplysningene er koblet til et løpenummer eller annet pseudonym. Det kan finnes en koblingsnøkkel slik at opplysningene vil kunne knyttes til fødselsnummeret. Koblingsnøkkelen skal imidlertid ikke være tilgjengelig for den dataansvarlige. Dette gjelder derfor også ansatte og andre personer som den dataansvarlige har instruksjonsmyndighet over. Den dataansvarlige skal heller ikke ha instruksjonsmyndighet over bruk av koblingsnøkkelen.

Opplysningene i registeret vil heller ikke være anonyme, da det fremdeles vil være en mulighet å identifisere de registrerte på bakgrunn av opplysningene i registeret (dvs. at opplysningene er indirekte personidentifiserbare, jf. definisjonen i helseregisterloven § 2 bokstav f).

Helseregisterloven § 10 (rett til å motsette seg behandlingen)

Det kan fastsettes forskrift om behandling av opplysninger i helseregistre der navn, fødselsnummer eller andre direkte personidentifiserende kjennetegn skal kunne behandles uten samtykke fra den registrerte. Slike forskrifter kan gis dersom det for å oppnå formålet med behandlingen av opplysningene, og av hensyn til registerets kvalitet, ikke kan kreves at samtykke innhentes.

Den registrerte skal ha rett til å motsette seg at helseopplysninger behandles i registeret (reservasjonsrett). Det er i forarbeidene til bestemmelsen presisert at denne reservasjonsretten må være reell dersom forskriftshjemmelen skal kunne benyttes:

For å ivareta selvbestemmelsesretten er det en forutsetning at reservasjonsretten er reell.

Muligheten til å reservere seg gjelder også etter at opplysninger om den enkelte er blitt registrert, på samme måte som at den registrerte alltid kan trekke tilbake et samtykke. I så fall må opplysningene slettes fra registeret.

Det skal være enkelt å reservere seg. Den databehandlingsansvarlige må derfor etablere enkle og brukervennlige løsninger for reservasjon.

Det må legges til rette for god informasjon om registeret, muligheten til å reservere seg og hva man kan reservere seg mot. Det må stilles strenge krav til at den enkelte skal informeres om adgangen til å reservere seg. Som hovedregel bør det gis informasjon før eller i forbindelse med registreringen.

Det må blant annet informeres om formålet med registeret, hvilke opplysninger som registreres, hvordan opplysningene kan brukes, og hvem de eventuelt kan bli utlevert til hvis vedkommende ikke reserverer seg. Det må også gis informasjon om reservasjonsretten og hva som er konsekvensen av å reservere seg. Videre må det informeres om hvordan man reserverer seg. Det må i tillegg informeres om at muligheten til å reservere seg også gjelder etter at opplysninger om den enkelte er blitt registrert.

(Prop. 72 L (2013-2014) punkt 18.1.2).

Helseregisterloven § 3 femte ledd

Det følger av helseregisterloven § 3 femte ledd at Kongen i statsråd i forskrift kan bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for behandling av helseopplysninger utenfor helse- og omsorgsforvaltningen eller helse- og omsorgstjenesten.

3.3.2 Forvaltningsloven § 13 g

Kongen kan etter forvaltningsloven § 13 g gi forskrift om adgang til informasjonsdeling og annen behandling av taushetsbelagte opplysninger. Det kan fastsettes at taushetsplikten ikke skal være til hinder for at bestemte organer kan dele opplysninger for å utføre oppgaver som er lagt til avgiver- eller mottakerorganet.

Forskriftshjemmelen skal legge til rette for å oppfylle behovet for informasjonsdeling innad i forvaltningen, for å gi mulighet til et godt og effektivt samarbeid mellom organene. Bestemmelsen forutsetter at det fastsettes i den enkelte forskriften hvilke organer som kan dele opplysninger, og hvilke av avgiver- eller mottakerorganets oppgaver som kan gi grunnlag for delingen. (Prop. 166 L (2020-2021) punkt 4.3 og merknadene til bestemmelsen i kapittel 8).

Delingen av opplysningene mellom organene skal ikke utgjøre et uforholdsmessig inngrep overfor den som opplysningene gjelder. Spørsmålet om delingen vil være uforholdsmessig må vurderes konkret i forbindelse med forskriftsfesting av den aktuelle delingsadgangen. Vilkåret om forholdsmessighet må derfor fastsettes og eventuelt presiseres nærmere i den enkelte forskriften.

Det kan fastsettes forskrifter også dersom taushetsplikten ikke følger av forvaltningsloven § 13, men er underlagt særlige begrensninger i særlovgivningen. Dette gjelder imidlertid bare dersom det er tale om et «etablert samarbeid» mellom organer, og de organene som skal dele og motta opplysningene, inngår i dette samarbeidet.

Det kan gis forskrift om annen behandling av opplysninger i forbindelse med delingen. Begrepet «behandling» skal her forstås på samme måte som i personvernforordningen artikkel 4 nr. 2, og det omfatter blant annet videre deling, lagring, bruk, sammenstilling og sletting av opplysninger. Dette gjelder også digital deling av opplysningene. Bestemmelsen åpner blant annet for at det i forskriften fastsettes materielle og prosessuelle vilkår for både delingen og den etterfølgende behandlingen av opplysningene. Det kan også gis regler om for eksempel dataansvar, sammenstilling av de delte opplysningene og andre opplysninger som behandles for å utføre den aktuelle oppgaven, lagring og sletting av opplysningene og tiltak for å ivareta informasjonssikkerheten.

Bestemmelsen åpner ikke for å gi forskrift som pålegger avgiver- eller mottakerorganet nye oppgaver, eller for å gi forskrift som fastsetter opplysningsplikt.

Forskriften vil kunne utgjøre et særskilt grunnlag for viderebehandling ved deling og videre bruk av taushetsbelagte personopplysninger for nye og uforenlige formål, jf. personvernforordningen artikkel 6 nr. 4. Slike forskrifter vil også kunne gi supplerende rettsgrunnlag for behandling av særlige kategorier av personopplysninger, jf. personvernforordningen artikkel 9 nr. 2 bokstav h.

4 Departementets vurderinger og forslag

4.1 Behovet for forskrift

Brukerplan er et viktig verktøy for å sikre gode kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Brukerplan produserer kunnskap om omfanget av rus- og psykisk helsesrelatert problematikk, og forventet

etterspørsel etter tjenester på dette området. Dataene gir styringsgrunnlag for den kommunale ruspolitikken, helseforetakenes evaluering og planlegging av tjenestetilbudet, inkludert prioritering av pasient-/brukergrupper og tjenestetyper. Dataene gir også bidrag til utformingen av den nasjonale politikken for psykisk helsearbeid og rusarbeid.

Departementet mener at det er behov for en samlet regulering av innsamling, sammenstilling, overføring, registrering og annen behandling av opplysningene i kommunene og Brukerplan. Forskriften vil gi supplerende rettsgrunnlag for behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger i Brukerplan. Forskriften vil også gi grunnlag for kommunens innsamling og sammenstillinger av opplysninger fra ulike etater. Videre vil forskriften gi unntak fra taushetsplikten ved overføring av opplysninger fra tjenestene internt i kommunen og fra kommunen til Brukerplan.

Et viktig formål med forskriften er å få på plass en hjemmel til å inkludere opplysninger fra barnevernstjenesten og fra kommunens arbeids- og velferdsforvaltning, og i Brukerplan. Departementet viser til at personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer ofte har sammensatte problemer og behov for ulike tjenester fra kommunen. Det er avgjørende at de ulike tjenestene vurderes samlet. At kommunen har et slikt ansvar følger av flere bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven. For eksempel § 3-4 som pålegger kommunen en plikt til samhandling og samarbeid mellom ulike deltjenester innad i kommunen. Et annet eksempel er § 7-1 om individuell plan som pålegger kommunen å samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Tidligere innhentet derfor Brukerplan opplysninger ikke bare fra helse- og omsorgstjenesten, men også fra barnevernstjenesten og den kommunale delen av arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Det har imidlertid etter 2020 ikke blitt overført slike opplysninger til Brukerplan. Bakgrunnen for dette er at det ble vurdert at det ikke var hjemmel til å innhente opplysninger fra NAV og fra barnevernstjenesten. Brukerplan forutsetter at tjenestene gir fra seg taushetsbelagte opplysninger som er direkte personidentifiserbare (dvs. med fødselsnummer). Dette krever både unntak fra taushetsplikten og supplerende rettsgrunnlag etter personvernforordningen.

Adgangen etter forvaltningsloven § 13 a nr. 2 til å gi fra seg opplysninger i statistisk form eller ved at individualiserende kjennetegn utelates er derfor ikke anvendelig. Forvaltningsloven § 13 d kan heller ikke anvendes fordi opplysningene ikke skal brukes til forskning. Helsepersonelloven § 29 gir ikke hjemmel fordi de aktuelle tjenestene ikke omfattes av helsepersonelloven.

Brukerplan har derfor ikke lenger opplysninger fra kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og barnevernstjenesten. Dette har ført til at nytteverdien til Brukerplan er betydelig redusert og at dataene derfra brukes mindre enn før. Dette betyr også at det blir svakere grunnlag for å behandle helseopplysninger, jf. kravet om proporsjonalitet ved inngrep i personvernet. Departementet foreslår derfor at det presiseres i forskriften at kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og barne-

vernstjenesten uten hinder av lovbestemt taushetsplikt kan gi opplysninger til Brukerplan.

Et annet formål med forskriften er å få en varig hjemmel for Brukerplan, slik at det ikke blir nødvendig med gjentatte søknader og vedtak om dispensasjon fra taushetsplikten.

Et tredje formål er å få samlede rammer og krav til behandlingen av personopplysningene som overføres til Brukerplan, både i kommunene og i Brukerplan. Det er viktig at behandlingen baseres på grunnleggende prinsipper som dataminimering, konfidensialitet og informasjonssikkerhet (se punkt 3.1). En forskrift som fastsetter de viktigste kravene, formålet med registeret, hvilke opplysninger som kan behandles, plasserer dataansvaret, setter særlige rammer for tilgjengeliggjøring av opplysninger fra registeret og fastsetter særlige tiltak for å verne de registrertes rettigheter, vil styrke personvernet i registeret. Departementet mener samtidig at det ikke bør fastsettes krav som binder Brukerplan til bestemte tekniske løsninger. Forskriften bør være teknologinøytral og fleksibel, slik at nye behov kan møtes og nye og bedre tekniske og organisatoriske løsninger kan velges.

4.2 Personvernkonsekvenser

Brukerplan har vist seg å være et viktig verktøy som legger bedre til rette for at myndighetene kan utvikle og tilpasse tjenestetilbudet til mottakernes behov. Registeret bidrar således til bedre tjenester, til gode for både den enkelte pasient eller bruker, for personer med rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer som gruppe og for samfunnet.

Dette må veies mot at registeret innebærer innsamling, sammenstilling, registrering og annen behandling av opplysninger som gjelder mange registrerte med mange og detaljerte opplysninger om hver enkelt. Det er i tillegg tale om særlig sensitive opplysninger, da de gjelder psykiske lidelser, rusmiddelbruk, omsorgsbehov, familierelasjoner, arbeidsevne og andre svært personlige forhold. De registrerte tilhører en særlig utsatt og sårbar gruppe i samfunnet. Dette betyr at inngrepet i personvernet i utgangspunktet er betydelig.

Departementet foreslår derfor flere tiltak som reduserer ulempene og gir de registrerte særlige garantier:

Opplysningene skal pseudonymiseres før de overføres fra kommunene til Brukerplan. Det vil derfor ikke skje registrering og deling av opplysninger med navn, fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn, til eller fra Brukerplan. Det vil ikke være noen lagrede nøkkelfiler og identiteten kan ikke «reverseres» i Brukerplan. Se punkt 4.10 om at opplysningene skal behandles uten personidentifiserende kjennetegn.

Selv om opplysningene ikke nødvendigvis med dette er anonyme, så vil det likevel være mindre risiko for at opplysninger om enkeltpersoner kommer på avveie eller

misbrukes. Det er kun saksbehandleren i kommunen som foretar kartleggingen som har tilgang til sammenstilte data knyttet til den registrertes identitet. Dette er personer som gjerne allerede har den samme informasjonen. Dersom det gis ut opplysninger fra små kommuner der antall registrerte er få og dermed lettere å bakveisidentifisere, er det en mulighet at kommunenavnet ikke angis dersom dette ikke er nødvendig for mottakerens formål.

Opplysningene i Brukerplan gir kun et øyeblikksbilde (et bestemt år). Det er ikke mulig å følge samme person over år ved å koble opplysninger fra ulike år.

Innhenting av samtykke fra de registrerte er ikke praktisk mulig, se punkt 4.3.1. For å styrke de registrertes rettigheter skal de imidlertid ha rett til å motsette seg overføring til og registrering i Brukerplan. Se punkt 4.16.

Alle som behandler indirekte personidentifiserbare opplysninger i Brukerplan eller som får utlevert slike opplysninger fra Brukerplan, vil ha taushetsplikt. Se punkt 4.14.

I tillegg er lagringstiden mer begrenset enn det som følger av personvernforordningen, ved at det forskriftsfestes at opplysninger i Brukerplan skal slettes seinest etter ti år. Se punkt 4.17.

Departementets vurdering er etter dette at nytten av Brukerplan er klart større enn inngrepet i personvernet som registeret innebærer for de registrerte.

4.3 Forskriftshjemlene

Departementet foreslår at forskrift om Brukerplan fastsettes med hjemmel i forvaltningsloven § 13 g, helseregisterloven § 3 femte ledd og § 9 bokstav b. Disse hjemlene er delvis overlappende, men det er nødvendig å hjemle forskriften i alle tre for å dekke alle aktuelle opplysningstyper, datautleveringer og behandlinger.

4.3.1 Helseregisterloven § 9 bokstav b

Departementet mener at forskriften bør hjemles i helseregisterloven. Dette vil bety at helseregisterlovens regler om tilgjengeliggjøring, informasjonssikkerhet mv. vil gjelde. Brukerplan vil også på sikt kunne inkluderes i den nasjonale løsningen for tilgjengeliggjøring av helsedata, jf. § 20. Vi viser til at opplysningene i Brukerplan vil være helseopplysninger slik dette er definert i helseregisterloven § 2 bokstav a. En stor andel av dataene i Brukerplan er helseopplysninger fra kommunale helse- og omsorgstjenester. Brukerplan inneholder imidlertid også opplysninger for eksempel fra barnevernstjenesten som i utgangspunktet ikke er helseopplysninger. Men når slike opplysninger knyttes til opplysninger om den registrertes helse, skal opplysningene regnes som helseopplysninger. Opplysningene som kommunen

samler inn fra ulike tjenester og registrerer i kartleggingsverktøyet, er dermed helseopplysninger når de overføres til og registreres i Brukerplan.

Videre vil Brukerplan være et helseregister slik dette er definert i § 2 bokstav c, fordi det er tale om en «strukturert samling av personopplysninger som er tilgjengelig etter særlige kriterier, og som inneholder helseopplysninger».

For å kunne fastsette forskrift med hjemmel i helseregisterloven må vilkårene i § 8 være oppfylt. For det første må den helsefaglige eller samfunnsmessige nytten av registeret klart overstige personvernulempene. Departementet viser til at Brukerplan er et viktig verktøy for å sikre gode kommunale tjenester for brukere med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Denne nytten overstiger klart ulempene for de registre, se nærmere i punkt 4.2 der personvernkonsekvensene veies opp mot nytten av registeret. For det andre skal registeret ivareta oppgaver etter apotekloven, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddelloven, smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven. Dette vilkåret er oppfylt for opplysningene i registeret som er overført fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det vil også mer indirekte gjelde for opplysninger fra andre tjenester, da alle kommunale tjenester som ytes den enkelte bruker skal sees samlet.

Departementet mener at forskriften bør fastsettes med hjemmel i helseregisterloven § 9 bokstav b. Denne gir hjemmel til å fastsette forskrifter om helseregistre der opplysningene behandles uten navn, fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn. Brukerplan er i dag et slikt register, siden opplysningene som overføres til og registreres i registeret er uten navn eller fødselsnummer. Se nærmere i punkt 4.10.

Overføring av opplysninger fra kommunene til Brukerplan og lagring osv. i Brukerplan, kan hjemles i denne bestemmelsen. Det følger av helseregisterloven § 13 første ledd andre punktum at innmelding til Brukerplan da kan skje uten hinder av taushetsplikt.

Departementet har vurdert om andre hjemler i helseregisterloven bør brukes, men mener at disse ikke er anvendelige for Brukerplan.

Forskriften kan ikke hjemles i helseregisterloven § 9 bokstav a om samtykkebaserte registre. Departementet viser til at behandling av opplysninger i Brukerplan ikke kan baseres på de registrertes samtykke. Det er vanskelig å få tak i personer ved registreringer da dette er en utsatt gruppe som ofte ikke kan nås. De kan også ha utfordringer med å ta standpunkt til en forespørsel om kartlegging og samtykke. Kartleggingene gjennomføres raskt av kommunene over et kort tidsforløp. Det vil være svært krevende å be om samtykke i slike situasjoner. Brukergruppen ville da ikke bli godt nok representert slik at dekningsgraden vil reduseres betraktelige. Disse forholdene vil redusere datakvaliteten og føre til at Brukerplan ikke kan oppnå sitt formål.

Heller ikke kan forskriften hjemles i § 10 som gjelder registre der de registrerte har rett til å motsette seg registrering og annen behandling av opplysninger om dem (reservasjonsrett). Pasienter og brukere får i dag informasjon om Brukerplan når de mottar tjenesten. Som nevnt i punkt 3.3.1 er det strenge krav til at reservasjonsretten skal være reell. Det er usikkert om den informasjonen brukerne får og organiseringen rundt reservasjonsretten i praksis i dag oppfyller disse kravene. Det vil også være slik at reservasjonsretten kun vil gjelde frem til opplysningene er overført fra kommunen til Brukerplan, se punkt 4.16. Det vil derfor ikke være mulig for tjenestene å gjennomføre en praksis som gjør reservasjonsretten reell. Av samme grunn kan Brukerplan heller ikke hjemles i forskriften om medisinske kvalitetsregistre. Denne gir rett til å etablere registre med reservasjonsrett. Men siden kvalitetsregisterforskriften er hjemlet i § 10 kreves det at reservasjonsretten er reell.

4.3.2 Helseregisterloven § 3 femte ledd

Brukerplan skal ha opplysninger også fra andre tjenester enn helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder opplysninger fra barnevernstjenesten og fra kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen. Helseregisterlovens forskriftshjemler omfatter ikke kommunens innhenting, sammenstilling og overføring av slike opplysninger.

Helseregisterloven «gjelder for behandling av helseopplysninger til statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap i helse- og omsorgsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten» jf. helseregisterloven § 3. Opplysningene i et helseregister skal brukes til «å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester».

Forskriftens formål og virkeområde vil være noe videre enn helseregisterlovens formål og virkeområde, se punkt 4.3.5. Det vises til at loven bare gjelder helse- og omsorgsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten. Barnevernstjenesten og NAV faller utenfor dette.

Forskriften må derfor også hjemles i helseregisterloven § 3 femte ledd som gir hjemmel til å fastsette forskrift om at loven helt eller delvis skal gjelde for behandling av helseopplysninger utenfor helse- og omsorgsforvaltningen eller helse- og omsorgstjenesten.

4.3.3 Forvaltningsloven § 13 g

Helseregisterloven gir ikke hjemmel til å fastsette forskrift for den delingen, sammenstillingen og bearbeidingen av opplysninger som skal skje internt i kommunene *før* overføring til Brukerplan. Departementet foreslår derfor at forskriften også hjemles i forvaltningsloven.

Som nevnt i punkt 3.2.3 har forvaltningsloven § 13 b første ledd flere unntak fra taushetsplikten som gjelder for forvaltningsorganer i forbindelse med tjenesteyting og gjennomføring av oppgaver overfor pasienter og brukere. Disse unntakene er imidlertid ikke anvendelige for innsamling av opplysninger til Brukerplan.

Unntakene retter seg mot forvaltningsorganets egen virksomhet og saksbehandling, og ikke andre kommuners eller statlige organers bruk av genererte opplysninger til styring, planlegging, forskning mm. slik som i Brukerplan. Selv om det er fastsatt taushetspliktregler i særlovgivningen, gjelder likevel forvaltningslovens taushetsplikt. Opplysningene er imidlertid i disse reglene underlagt særlige begrensninger i adgangen til å dele opplysninger mellom forvaltningsorganer, slik at unntakene i forvaltningsloven § 13 b ikke kan legges til grunn.

Departementet foreslår derfor at forskriften også fastsettes med hjemmel i forvaltningsloven § 13 g. Som nevnt i punkt 3.3.2 gir første jf. andre punktum hjemmel til å fastsette forskrifter som gir unntak fra taushetsplikten og supplerende rettsgrunnlag for behandlingen, også for opplysninger som er underlagt særlige begrensninger i adgangen til å dele opplysninger etter § 13 b første ledd.

Forvaltningsloven § 13 g første jf. andre punktum åpner for forskrifter om unntak for opplysninger fra etater som er underlagt særregler om taushetsplikt og som har et etablert samarbeid. Departementet mener at vilkårene for å fastsette forskrifter med hjemmel i denne bestemmelsen er oppfylt:

Bestemmelsen gjelder delingsbegrensninger i særlovgivningen som er strengere enn forvaltningslovens regler (Prop. 166 L (2020–2021) punkt 4.3 og merknadene til § 13 der det blant annet vises til barnevernslovens). Dette gjelder for eksempel helseopplysninger i pasientjournaler eller opplysninger i barnevernstjenesten. Taushetspliktreglene i helsepersonelloven og barnevernsloven er i veien for deling med hjemmel i forvaltningsloven § 13 b. Forskriften vil da kunne gi rettslig grunnlag for kommunens behandling av opplysninger fra barnevernstjenesten og fra NAV, og unntak fra taushetsplikten for opplysninger som overføres fra disse tjenestene og fra helse- og omsorgstjenestene.

Det er tale om et «etablert samarbeid mellom organer». Det følger av forarbeidene til forvaltningsloven § 13 g at samarbeidet må regnes som etablert for eksempel dersom det er tale om «samarbeidsplikt etter annet regelverk, avtale mellom organene eller en praksis over noe tid» (Prop. 166 L (2020-2021) punkt 4.3 og merknadene til bestemmelsen i kapittel 8). Departementet viser til at de ulike etatene har en plikt til å samarbeide om pasienter og brukere. Dette er lovfestet for eksempel når det gjelder individuell plan, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1. Brukerplan har siden 2011 vært et viktig verktøy i arbeidet for å sikre helhetlige tjenester til denne gruppen.

Et annet vilkår er at opplysningene skal deles for «å utføre oppgaver som er lagt til avgiver- eller mottakerorganet». «Avgiverorganet» er i denne sammenheng tjenesteytere som for eksempel NAV og kommunehelsetjenesten. «Mottakerorganet» er kommunen. Opplysningene i Brukerplan er et verktøy både for kommunen og for de enkelte etatene i forvaltning og utvikling av tjenestene. Kommunens oppgaver forutsetter at tjenestene ses i sammenheng, fordi pasientene/brukerne gjerne har sammensatte problemer og behov for flere ulike tjenester.

Behandlingen av opplysningene er ikke et uforholdsmessig inngrep overfor de registrerte. Departementet viser til at kommunen har opplysningene allerede. Videre at overføring og registrering i Brukerplan skal skje uten personidentifiserende kjennetegn. Hvilke opplysninger som skal behandles vil være rammet inn i forskriften og nærmere fastsatt i kartleggingsverktøyet. Det ikke opp til den enkelte fagperson i kommunen å vurdere hvilke opplysninger som skal deles. Deling av opplysninger fra registeret skal reguleres av helseregisterloven §§ 19 flg som begrenser adgangen. Registeret er et verktøy som kommer den enkelte pasient eller bruker, og denne gruppen generelt, til gode i form av bedre tjenester som er bedre tilpasset deres behov. Departementet vil også nevne at både Datatilsynet og departementet/ Helsedirektoratet i sine konsesjons- eller dispensasjonsvedtak har lagt til grunn at registeret ikke er et uforholdsmessig inngrep. Se også punkt 4.2 om personvernkonsekvenser.

Nødvendighetskravet i andre punktum er en presisering av kravet i første punktum om at delingen ikke skal utgjøre et uforholdsmessig inngrep overfor den opplysningene gjelder, og de kravene som kan utledes av Grunnloven § 102 og Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 8. Kravet er gjentatt i andre punktum for å presisere at terskelen for å bruke hjemmelen skal være høy. Deling av opplysningene er etter departementets vurdering nødvendig for å utføre oppgavene som ligger på kommunen og de andre etatene, da det er nødvendig å se de ulike tjenestene i sammenheng.

Kommunens innsamling og sammenstilling av opplysninger fra tjenestene kan hjemles i forskrifter gitt i medhold av forvaltningsloven § 13 g. Det samme gjelder kommunens overføring til Brukerplan.

4.4 Personvernkravene

Behandlingen av helseopplysninger og andre personopplysninger i Brukerplan vil ha behandlingsgrunnlag i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e fordi «behandlingen er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse». Departementet viser til punkt 4.1 der det fremgår at registeret er et viktig verktøy for å sikre gode kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Forskriften vil gi supplerende rettsgrunnlag, jf. kravet i artikkel 6 nr. 3 om at grunnlaget for behandlingen skal fastsettes i unionsretten eller i nasjonal rett.

Innsamlingen av opplysninger fra tjenestene og behandlingen i Brukerplan er etter departementets vurdering forenlig med det formålet opplysningene opprinnelig ble samlet inn for (jf. artikkel 6 nr. 4). Departementet viser til at formålet med Brukerplan har sammenheng med tjenestene opplysningene hentes fra. Formålet er å styre, evaluere, finansiere og forbedre de samme tjenestene. Det at det er tale om særlig sensitive opplysninger, kan ikke være avgjørende siden opplysningene pseudonymiseres, er taushetsbelagte og underlegges tilgangsstyring.

Videre er behandlingen nødvendig i forbindelse med forvaltning av helse- og sosialtjenester, jf. artikkel 9 nr. 2 bokstav h som fastsetter unntak fra forbudet mot behandling av helseopplysninger og andre særlige kategorier av personopplysninger. Behandlingen kan alternativt hjemles i bokstav g eller i, men departementet mener bokstav h gir et mer dekkende unntak. Siden opplysningene i Brukerplan vil være taushetsbelagte er også kravet i artikkel 9 nr. 3 om taushetsplikt oppfylt.

Personvernforordningen, personopplysningsloven og helseregisterloven har regler om behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger som vil gjelde også for behandling av slike opplysninger i Brukerplan.

Departementet foreslår at det i forskriften § 7 og § 8 tas inn en henvisning til personvernforordningen, personopplysningsloven, de alminnelige vilkårene i helseregisterloven § 6 og vilkårene for tilgjengeliggjøring i helseregisterloven § 19 og § 19a. Videre henvises det i forskriften § 7 til helseregisterloven § 17 om taushetsplikt, og i forskriften §10 til forordningen artikkel 32 om informasjonssikkerhet.

Dette betyr imidlertid ikke at også andre regler i forordningen eller loven ikke er relevante. Særlig aktuelle regler gjelder krav om rettslig grunnlag for tilgjengeliggjøring og annen behandling, dataminimering, lagringsbegrensning, innebygget personvern, informasjonssikkerhet, drøfting med Datatilsynet, krav om vurdering av personvernkonsekvensene (DPIA), personvernombud, oversikt over tilgjengeliggjøring og de registrertes rett til informasjon og innsyn. Se punkt 3.1.

Forskriften utfyller og presiserer disse generelle kravene, og vil gjelde så langt ikke noe annet følger av forskriften. For eksempel er det fastsatt et strengere krav om sletting enn det som følger av forordningens krav om lagringsbegrensning. Kravene om pseudonymisering og reservasjonsrett følger heller ikke av de generelle kravene. Departementet viser til at det er adgang til å stille særlige vilkår for behandlingen i det supplerende rettsgrunnlaget, jf. artikkel 6 nr. 3 andre ledd andre punktum. Det følger også av artikkel 9 nr. 4 at det kan fastsettes ytterligere vilkår for behandling av helseopplysninger.

4.5 Formål og virkeområde

Brukerplan er et viktig verktøy for å sikre gode kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Brukerplan produserer kunnskap om omfanget av rus- og psykisk helserelatert problematikk, og forventet etterspørsel etter tjenester på dette området. Dataene kan gi svar på spørsmål som: Hvordan er levekårene til tjenestemottakere som har rus- og psykisk helseproblem? Hva kjennetegner deres bakgrunn og situasjon? Hvilke tjenester mottar de og hvilke har de behov for videre?

Dataene gir styringsgrunnlag for den kommunale ruspolitikken, helseforetakenes planer og evaluering og planlegging av tjenestetilbudet, inkludert prioritering av

pasient-/brukergrupper og tjenestetyper. Brukerplan gir også bidrag til data-grunnetlaget for utformingen av den nasjonale politikken for psykisk helsearbeid og rusarbeid.

Departementet foreslår i lys av dette å forskriftsfeste i § 1 at Brukerplan skal gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering, evaluering og kvalitetsforbedring av kommunale tjenester knyttet til rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer.

Departementet foreslår at allerede innsamlede opplysninger i tillegg skal kunne brukes til forskning, helseanalyser og beredskap. Dette vil innebære en sekundærbruk i forhold de opprinnelige formålene opplysningene er samlet inn for.

Departementet viser også til at statistikk fra registeret vil kunne publiseres fritt, og for eksempel brukes til forskning eller helseanalyser.

Forskriftens formål og virkeområde vil være noe videre enn helseregisterlovens formål og virkeområde. Se punkt 3.3.1 om helseregisterlovens virkeområde.

Opplysningene i Brukerplan skal ikke kunne brukes i individuell oppfølging av de registrerte. Det skal bare leveres ut aggregerte data.

4.6 Dataansvar

Etter helseregisterloven § 8 skal forskriften angi hvem som er dataansvarlig. Se om dataansvar i punkt 3.1.2.

Dataansvarlig for behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger i Brukerplan, er i dag Helse Stavanger HF. Departementet foreslår at dette videreføres. Departementet foreslår likevel at dette ikke fastsettes i forskriften, men at Helsedirektoratet får myndighet til å beslutte hvem som skal være dataansvarlig. Dette gir en åpning for i fremtiden å kunne overføre dataansvaret til en annen virksomhet, uten at det blir nødvendig å endre forskriften. Se forskriften § 3 første ledd.

Kommunens dataansvar foreslås presisert i forskriften § 3 andre ledd. Kommunene må som i dag være dataansvarlig for sin egen behandling av opplysninger som overføres fra tjenestene. Dette innebærer mottak/ innsamling, lagring, sammenstilling og annen tilrettelegging og til slutt overføringen til Brukerplan. Kommunene er ansvarlig for tjenestenes formidling av opplysninger til kommunen, som sammenstiller opplysningene fra de ulike tjenestene og overfører disse til Brukerplan. Kommunen vil ikke være dataansvarlig for behandlingen av opplysninger som er overført til og registrert i Brukerplan. Dataansvaret er da overført til Helse Stavanger HF (det organet som direktoratet har utpekt).

4.7 Datakilder

Departementet foreslår at opplysninger i Brukerplan skal kunne hentes fra kommunale helse- og omsorgstjenester, fra kommunen i arbeids- og velferds-

forvaltningen og fra barnevernstjenesten. Dette er tjenester som ytes av kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven, barnevernloven, sosialtjenesteloven mv.

Dette vil ikke gi hjemmel til å innhente opplysninger fra helseforetak og andre deler av spesialisthelsetjenesten eller fra private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen. Heller ikke tjenester fra NAV som er lagt til statlige organer vil omfattes. Brukerplan har ikke opplysninger fra disse tjenestene i dag. En inkludering av disse tjenestene vil falle utenfor formålet med registeret som er å sikre gode *kommunale* tjenester.

Se forskriften § 5 første ledd.

4.8 De registrerte

Brukerplan har opplysninger om personer som har et rusmiddelproblem og/eller psykiske helseproblemer og som mottar kommunale tjenester, dvs. pasienter og brukere.

I dag registrerer Brukerplan opplysninger om personer som har mottatt minst én tjeneste i løpet av de siste tolv månedene før kartleggingen. Departementet legger til grunn at tolv månedersregelen i utgangspunktet videreføres, men at dette ikke forskriftsfestes. Eventuelle endringer bør vurderes i tilknytning til utforming og revisjon av kartleggingsverktøyet (se punkt 4.18 om kartleggingsverktøyet).

Med «rusmiddelproblem» menes bruk av rusmidler på en slik måte at det går alvorlig ut over den daglige fungering og/eller relasjon til andre. En person regnes å ha psykiske helseproblemer når problemet går alvorlig ut over den daglige fungering og/eller relasjon til andre.

Opplysninger fra tjenesten registreres uavhengig av om tilbudene er begrunnet i mottakerens rusmiddelproblem/ psykiske helseproblem. Det er med andre ord ikke noe vilkår at det er dokumentert eller påvist noen sammenheng mellom tjenesten og personens rusmiddel- eller psykiske problem. Departementet mener at dette bør videreføres. Et slikt krav vil ikke være hensiktsmessig, da tjenestene må vurderes samlet, og det ofte ikke vil være mulig eller ønskelig å fastslå noen direkte kobling mellom årsak til behovet og behovet for tjenesten.

Departementet mener at Brukerplan bare bør omfatte opplysninger om voksne og om barn som har fylt 16 år ved registreringen. Se forskriften § 4 første ledd.

I dag inkluderes også barn som enda ikke har fylt 16 år, men som fyller 16 år i løpet av kartleggingsåret. Forslaget innebærer således en praksisendring. Departementet viser til at grensen på 16 år har sammenheng med at barn over 16 år som hovedregel er helserettlig myndige og samtykkekompetente. Dersom barn under 16 år skal inkluderes i registeret bør de når de fyller 16 år, få informasjon om at det er registrert opplysninger om dem i Brukerplan. Dette for at de skal få mulighet til å motsette seg at opplysninger om dem behandles i registeret (se punkt 4.16 om retten til å motsette

seg behandling). Dette er slik reglene er for registre som er hjemlet i forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser og forskrift om medisinske kvalitetsregistre og som er basert på de registrertes samtykke/ reservasjonsrett.

4.9 Opplysninger som skal kunne registreres

Departementet foreslår å videreføre de samme opplysningstypene som har vært registrert i Brukerplan.

Dette er for det første opplysninger om den registrerte og dennes nærstående: fødselsår, kjønn, brukerens og foreldrenes fødeland, arbeidserfaring, bruk av rusmidler, bosituasjon (bor de alene, omsorg for barn), graviditet, hvem de bor sammen med (for eksempel søsken), levekår (bosituasjon, aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, selvmordsforsøk, rusmiddelmissbruk, sosial fungering og nettverk).

Det følger av dette at Brukerplan vil kunne omfatte opplysninger om barn, foreldre, partnere, søsken eller andre nærstående til den registrerte. Samtidig er det bare den registrerte som skal ha rett til å motsette seg behandlingen av opplysningene. Dette henger sammen med at en annen løsning ikke vil være praktisk gjennomførbar, se punkt 4.16. Departementet mener at opplysninger om pasientens/brukerens nærstående er så viktige i vurderingen av dennes situasjon og tjenestebehov, at slike opplysninger likevel må kunne registreres. Slike opplysninger må imidlertid være så generelle som mulig og begrenses i størst mulig grad ut fra formålet med registret.

Det skal ikke samles inn opplysninger om straffedommer eller lovovertridelser. Det vil likevel kunne fremgå indirekte at den registrerte er straffedømt eller har begått lovovertridelser, typisk dersom det fremgår at den registrerte bruker ulovlige rusmidler. Det følger av forordningen artikkel 10 at behandling av straffedommer og lovovertridelser «bare (skal) utføres under en offentlig myndighets kontroll eller dersom behandlingen er tillatt i henhold til unionsretten eller medlemsstatenes nasjonale rett som sikrer nødvendige garantier for de registrertes rettigheter og friheter». Departementet legger til grunn at begrepet «straffedommer og lovovertridelse» kun gjelder konstaterte forhold, i den forstand at det gjelder lovovertridelser helt fra det straffeprosessrettslige mistankestadiet til endelig straffedom foreligger (jf. Åste Skullerud mfl: *Personvernforordningen (GDPR). Kommentartutgave*). Slike opplysninger skal ikke registreres i Brukerplan.

For det andre registreres det hvilke tjenester den registrerte mottar: boligjenester, helse- og omsorgstjenester, tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB), deltakelse i pakkeforløp, psykisk helsevern, tjenester i somatikk, tannlegetjenester m.m.

For det tredje registreres det opplysninger om hvilken kommune personen bor i og hvem i kommunen som har gjort kartleggingen.

Departementet foreslår således ingen endringer i hvilke opplysningstyper som skal registreres i Brukerplan. Det er imidlertid hensiktsmessig at listen angis relativt generelt og ikke detaljert og uttømmende. Forskriften vil da være fleksibel nok til å kunne gjøre justeringer i forbindelse med revisjon av kartleggingsverktøyet (se punkt 4.18). Hvilke opplysningstyper som kan og skal registreres må uansett vurderes i lys av formålet med registeret, som vil sette en ytre ramme for dette. Kun opplysninger som er nødvendige ut fra formålet med registeret skal kunne registreres. Se forskriften § 4 andre ledd.

4.10 Uten personidentifiserende kjennetegn (pseudonymisering)

Departementet foreslår at opplysningene skal overføres og registreres i Brukerplan uten at dataansvarlig har tilgang til navn, fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn. Ved overføringen skal slike kjennetegn være erstattet med et løpenummer eller liknende. Løsningen reguleres slik at den oppfyller vilkårene for å kunne hjemle Brukerplan i helseregisterloven § 9 bokstav b. Se § 6 andre ledd.

Dette er en videreføring av gjeldende løsning for Brukerplan. Dette er en form for pseudonymisering i personvernforordningens forstand. Departementet gjør oppmerksom på at dette ikke er det samme som de strengere kravene til pseudonymiserte registre som IPLOS og det tidligere Reseptregisteret. I forordningen artikkel 4 nr. 5 er pseudonymisering definert som

behandling av personopplysninger på en slik måte at personopplysningene ikke lenger kan knyttes til en bestemt registrert uten bruk av tilleggsopplysninger, forutsatt at nevnte tilleggsopplysninger lagres atskilt og omfattes av tekniske og organisatoriske tiltak som sikrer at personopplysningene ikke kan knyttes til en identifisert eller identifiserbar fysisk person.

I dag skjer pseudonymiseringen på følgende måte: Opplysningene registreres av kommunens saksbehandler på nettsiden til Brukerplan (Brukerplan.no). Når de er ferdige med å kartlegge pasienten/brukeren og før opplysningene lagres i Brukerplan, blir fødselsnummer, navn og andre personidentifiserende kjennetegn, erstattet med et eget bruker-ID. Bruker-ID består av de to første bokstavene i fornavn, de to første bokstavene i etternavn, to siste tall i fødselsår samt M eller K for kjønn. Den dataansvarlige for Brukerplan har ikke tilgang til verken fødselsnummer eller koblingsnøkkel, og kan ikke re-identifisere de registrerte ved å knytte opplysningene til fødselsnummer.

Departementet legger vekt på at det tale om store mengder særlig sensitive opplysninger om den enkelte. Å fjerne fødselsnummer fra datasettene som overføres er et tiltak som reduserer eller fjerner uheldige konsekvenser dersom helse-

opplysninger skulle komme på avveie, fordi enkeltpersoner ikke kan identifiseres direkte. Slike registre er mindre inngripende for de registrerte enn registre med personidentifiserende kjennetegn.

Registrering av fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn er ikke nødvendig ut fra formålet med registeret. Brukerplan behandler ikke opplysninger med personidentifiserende kjennetegn i dag. Registeret er likevel et nyttig verktøy i styring og planlegging av tjenestene. Som i dag skal det ikke være mulig å koble opplysninger om samme person fra år til år eller å koble til opplysninger om samme personer i andre registre. Dette faller utenfor formålet med registeret.

Etter forslaget til forskrift må fødselsnummer fjernes fra datasettet før overføring og registrering i Brukerplan, og erstattes av et personentydig løpenummer eller annet pseudonym. Det skal ikke være mulig å identifisere den registrerte ut fra pseudonymet. Praksisen med å bruke fødselsår, initialer og kjønn kan ikke videreføres fordi det i mange tilfeller er mulig å identifisere den registrerte ut fra en slik bruker-ID.

Opplysningene vil likevel være personentydige ved at opplysningene er koblet til et løpenummer eller annet pseudonym.

Departementet foreslår at koblingsnøkkelen som knytter pseudonymet til den registrertes identitet (fødselsnummeret) skal slettes av kommunen når opplysningene overføres til Brukerplan (se punkt 4.11). Det følger av personvernforordningen artikkel 11 at dersom den dataansvarlige ikke (lenger) har behov for behandle direkte personidentifiserbare opplysninger, så skal den dataansvarlige ikke ha plikt til å behandle slike opplysninger bare for å kunne imøtekomme krav fra de registrerte om for eksempel innsyn eller sletting. Et slikt krav ville undergrave prinsippet om dataminimering. Departementet har vurdert om koblingsnøkkelen bør beholdes, for eksempel i et år etter overføringen, for å kunne kvalitetssikre dataene i Brukerplan. Slik kvalitetssikring skjer imidlertid ikke i dag og departementet mener at det ut fra formålet med registeret heller ikke er behov for dette i fremtiden. Den registrerte vil dermed ikke kunne få innsyn eller kreve sletting, fordi det ikke lenger er mulig å knytte opplysningene i Brukerplan til den registrertes identitet (se punkt 4.16). Slettingen av koblingsnøkkelen betyr også at det ikke vil være mulig å sammenstille opplysningene i Brukerplan med opplysninger i andre registre. Heller ikke vil det være mulig å følge den enkelte registrerte gjennom flere år. Departementet viser til at registeret bare skal gi et øyeblikksbilde (et bestemt år) og ikke å følge den enkelte over tid.

Departementet bemerker at dette ikke vil sikre at opplysningene i Brukerplan er anonyme. Selv om navn og fødselsnummer er tatt ut, vil det ut fra de øvrige opplysningene likevel kunne være mulig å identifisere enkeltpersoner, for eksempel registrerte personer i en kommune med få innbyggere og et lite og synlig rusmiljø. Se punkt 3.1.1 om anonymitet.

4.11 Kommunens behandling av opplysningene

Departementet mener at det er behov for å regulere ikke bare overføringen av opplysninger fra kommunene til Brukerplan, men også den innsamlingen, sammenstillingen og tilretteleggingen som skjer internt i kommunene.

Som nevnt i punkt 2.5 er det den enkelte kommune som innhenter opplysninger fra de ulike kommunale tjenestene. Opplysninger om den enkelte pasient eller bruker sammenstilles av kommunen, som erstatter navn og personnummer med et pseudonym. Deretter overføres opplysningene til Brukerplan.

Dette betyr at det blir behandlet taushetsbelagte personopplysninger i kommunen, ved at opplysninger fra ulike kilder blir utlevert fra etatene og innhentet, sammenstilt og overført av kommunen. Overføringen skjer når kommunen registrerer opplysningene i Brukerplan. Disse behandlingene krever unntak fra taushetsplikten og et supplerende rettsgrunnlag. Gjeldende regler gir ikke hjemmel for dette. Departementets forslag til forskrift § 5 og § 6 vil sikre dette. Samtidig presiseres det i § 3 andre ledd at kommunen er dataansvarlig for behandlingen (se punkt 4.6).

Overføringen skal skje på den måten og med det kartleggingsverktøyet den dataansvarlige for Brukerplan fastsetter.

Opplysningene som kommunen har sammenstilt skal slettes når de er overført til Brukerplan. Se punkt 4.10.

4.12 Brukerplans behandling av opplysningene

Brukerplan mottar personopplysningene som overføres fra kommunene, dvs. når opplysningene registreres i Brukerplan. Helse Stavanger HF (eller eventuell annen virksomhet som Helsedirektoratet utpeker) vil fra da ha dataansvaret for sin behandling av de overførte opplysningene. Dette vil gjelde mottak, registrering, kvalitetssikring, tilgjengeliggjøring mv. av opplysningene, inkludert utarbeidelse av statistikk og annen tilrettelegging. Se punkt 4.6 og forskriften § 3 første ledd om dataansvaret.

Behandlingen skal være i samsvar med de generelle personvernkravene i personvernforordningen og helseregisterloven. Departementet foreslår at det i § 7 forskriftsfestes en presisering av at helseopplysninger og andre personopplysninger i Brukerplan skal behandles i samsvar med personvernforordningen, personopplysningsloven og de alminnelige vilkårene i helseregisterloven § 6.

Departementet foreslår at det også forskriftsfestes at helseregisterloven § 19 og § 19 a om tilgjengeliggjøring skal gjelde tilsvarende. Se punkt 4.13 om forslaget til forskrift § 8.

4.13 Deling av opplysninger fra Brukerplan

Departementet foreslår en egen bestemmelse i forskriften som regulerer tilgjengeliggjøring av opplysninger fra Brukerplan. Se forslaget til § 8.

Det vil være en oppgave for Helse Stavanger HF som forvalter av registeret, å utarbeide og publisere statistikk. Dette vil kunne skje etter søknad eller på eget tiltak. Utarbeidelse og publisering av statistikk er en oppgave som kan pålegges i oppdragskontrakten til Helsedirektoratet.

Departementet foreslår å forskriftsfeste at skal det bare kunne tilgjengeliggjøres opplysninger til formål som er i samsvar med formålene for Brukerplan, jf. forskriften § 2.

Noen av formålene og tjenestene som omfattes ligger utenfor helse- og omsorgstjenesten og dermed også helseregisterlovens formål, typisk barnevern og NAV-tjenester. Siden Brukerplan regnes som et helseregister og delvis vil være hjemlet i helseregisterloven, kan det oppstå spørsmål om opplysninger i registeret skal kunne tilgjengeliggjøres også dersom formålet faller utenfor helseregisterlovens virkeområde. Helseregisterlovens formål og virkeområde kan imidlertid ikke være bindende. Det følger av forskriften § 1 og § 2 at opplysningene kan tilgjengeliggjøres fra Brukerplan selv om formålet faller utenfor helseregisterlovens formål og virkeområde. Se punkt 4.5. Det står i forarbeidene til § 19 a at forskriftens formål skal fortolkes i lys av helseregisterlovens formål og virkeområde. Siden forskriften er hjemlet også i andre lover og har et videre formål og anvendelsesområde enn helseregisterloven, kan helseregisterlovens formålsbegrensning ikke gjelde når opplysninger skal tilgjengeliggjøres fra Brukerplan.

Videre foreslår departementet å forskriftsfeste at opplysningene som hovedregel skal tilgjengeliggjøres som anonym statistikk. Se punkt 3.1.1 om anonymisering.

I noen tilfeller vil det imidlertid ikke være mulig å gjøre opplysningene anonyme samtidig som mottakerens formål med opplysningene kan oppnås. Det foreslås derfor å presisere at det likevel kan tilgjengeliggjøres indirekte personidentifiserbare helseopplysninger eller andre personopplysninger (motsetning til anonyme). Siden opplysningene i Brukerplan er pseudonymiserte vil det ikke bli aktuelt å tilgjengeliggjøre direkte personidentifiserbare opplysninger. Vilkåret må da være at dette er nødvendig for å oppnå mottakerens formål. Dette er en presisering av prinsippet om lavest mulig grad av personidentifiserbarhet som allerede følger av de generelle reglene i helseregisterloven § 5 og personvernforordningen artikkel 5.

Samtidig presiseres det at opplysningene kan tilgjengeliggjøres uten hinder av taushetsplikten. Dette unntaket fra taushetsplikten vil være hjemlet i forvaltningsloven § 13 g. Dette skal bare gjelde dersom opplysningene skal brukes av nasjonale eller kommunale myndigheter som grunnlag for planlegging, styring, finansiering, evaluering og kvalitetsforbedring av kommunale tjenester knyttet til rusmiddel-

problemer eller psykiske helseproblemer (jf. primærformålet i forskriften § 2 første punktum).

Departementet foreslår i tillegg en generell henvisning til at opplysninger i Brukerplan skal kunne tilgjengeliggjøres dersom vilkårene i helseregisterloven § 19 og § 19 a er oppfylt. Dette betyr blant annet at mottakeren må kunne gjøre rede for hvilke informasjonssikkerhetstiltak som er på plass og at den dataansvarlige for Brukerplan må vurdere om behandlingen er ubetenkelig ut fra etiske, medisinske og helsefaglige hensyn (jf. helseregisterloven § 19 a). Også de øvrige reglene om tilgjengeliggjøring i §§ 19 flg. vil gjelde, slik som for eksempel § 19 f om frister, § 19 g om betaling og § 19 h om oversikt over tilgjengeliggjøring. Hjemmelen for sammenstilling i § 19 c vil ikke være aktuell. Departementet viser til at koblingsnøkkelen som lages i kommunen skal slettes når opplysningene er overført til Brukerplan (se punkt 4.10).

Det følger av helseregisterloven § 19 a at tilgjengeliggjøring av direkte eller indirekte opplysninger bare kan skje når den registrerte har samtykket, tilgjengeliggjøringen omfattes av andre unntak fra taushetsplikten, eller det er gitt dispensasjon. Forskriften § 8 fjerde ledd fastsetter unntak dersom sentrale og kommunale myndigheter skal bruke opplysningene til planlegging, styring, finansiering, evaluering og kvalitetsforbedring av kommunale tjenester knyttet til rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer. Dersom opplysningene derimot skal brukes til forskning, helseanalyser og beredskap, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten etter helseregisterloven § 19 e. Dispensasjonsmyndigheten vil være Helsedirektoratet, eller regionale forskningsetiske komiteer (REK) dersom det er tale om medisinsk eller helsefaglig forskning. Se punkt 4.14 om taushetsplikt.

4.14 Taushetsplikt

Alle opplysninger som er overført til Brukerplan vil være underlagt taushetsplikt. Dette følger av helseregisterloven § 17, men departementet foreslår at taushetsplikten presiseres i forskriften § 7. Dette betyr at kun de med tjenstlig behov hos den dataansvarlige for Brukerplan skal kunne se opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. Dersom direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger fra Brukerplan tilgjengeliggjøres til kommuner eller andre databrukere etter forskriften § 8, skal databrukeren ha samme taushetsplikt

Taushetsplikten gjelder ikke dersom opplysningene er anonyme. Anonyme opplysninger kan deles fritt og for eksempel publiseres på nett. Se om anonymisering i punkt 3.1.1.

Forskriftens unntak fra taushetsplikten i § 5 tredje ledd og § 6 fjerde ledd gjelder kun overføringen av opplysningene fra tjenestene til kommunen, og fra kommunen til Brukerplan.

Taushetsplikten gjelder i utgangspunktet også når opplysningene skal brukes til sitt formål. Departementet foreslår imidlertid et unntak fra taushetsplikten i § 8 fjerde ledd. Dette betyr at opplysningene kan deles uten hinder av taushetsplikten med sentrale og kommunale myndigheter som grunnlag for planlegging, styring, finansiering, evaluering og kvalitetsforbedring av kommunale tjenester knyttet til rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer. Dette gjelder ikke dersom opplysningene skal brukes til forskning, helseanalyser og beredskap. Da må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Se punkt 4.13.

4.15 Informasjonssikkerhet

Departementet foreslår å forskriftsfeste en henvisning til forordningen artikkel 32 om informasjonssikkerhet. Se punkt 3.1.6. Den dataansvarlige og eventuelle data-behandlere skal gjennomføre tekniske og organisatoriske tiltak for å oppnå et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til risikoen. Den dataansvarlige og data-behandleren skal blant annet sørge for tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll, jf. helseregisterloven § 21. Se forskriften § 12.

Som nevnt i punkt 4.1 mener departementet at det ikke bør fastsettes nærmere krav som binder Brukerplan til bestemte tekniske løsninger. Forskriften bør være teknologinøytral og fleksibel, slik at nyere og bedre tekniske og organisatoriske løsninger kan velges.

4.16 Informasjon og rett til å motsette seg behandling

De registrerte skal ha samme rettigheter overfor Brukerplan som andre registrerte har etter de generelle personvernreglene i helseregisterloven og personvernforordningen. Departementet viser her særlig til retten til informasjon, innsyn, retting, sletting og sperring som er nedfelt i helseregisterloven § 23, § 24 og § 25, jf. personvernforordningen artikkel 13, 15, 16 og 17.

Departementet foreslår å forskriftsfeste gjeldende praksis som gir pasienter og brukere rett til å motsette seg overføring og registrering av opplysninger i Brukerplan (reservasjonsrett). Se forslaget til forskrift § 10.

For å gjøre retten til å motsette seg behandling til en mest mulig reell rettighet, må pasientene/ brukerne få vite om at opplysninger om dem vil bli overført og registrert i Brukerplan. De må også få vite hvordan opplysningene kan brukes og hvem de eventuelt kan bli utlevert til (Prop. 72 L 2013-2014) punkt 18.1.2).

Departementet foreslår derfor å forskriftsfeste at opplysningene bare kan overføres fra kommunen til Brukerplan dersom tjenestemottakeren har fått informasjon om retten til å motsette seg at opplysninger overføres til og behandles i Brukerplan (se forslaget til forskrift § 6 fjerde ledd). Dette betyr at tjenesteyteren eller andre i kommunen må sørge for at brukere får informasjon om denne rettigheten. Informasjonen bør gis før eller samtidig med at tjenesten mottas. I noen tilfeller kan

det skje at tjenesten tilbys og mottas uten at saksbehandleren kobler dette til personens rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer. Saksbehandleren vil da ikke ha noe insitament til å informere om Brukerplan. Da må informasjonen gis når kartleggingen starter og seinest før kommunen overfører opplysningene til Brukerplan.

Retten til å motsette seg behandling etter forskriften, gjelder bare overføring og registrering i Brukerplan. Innsamling og registrering av opplysninger i tjenestene, som dokumentasjon av helsehjelp og tjenester i NAV og barnevern, reguleres av andre regler, og forskriften vil ikke gi rett til å motsette seg dette. Retten til å motsette seg behandling vil gjelde frem til opplysningene er overført til Brukerplan.

Brukerplan vil kunne omfatte opplysninger om barn, foreldre, partnere, søsken eller andre nærstående til den registrerte. Departementet foreslår likevel at det bare skal være den registrerte som skal ha rett til å motsette seg behandlingen av opplysningene. En annen løsning ikke vil være praktisk gjennomførbar, blant annet fordi det da ville måtte gis informasjon om brukeren/pasienten til nærstående i strid med taushetsplikten.

Etter at opplysningene er overført til Brukerplan skal koblingsnøkkelen slettes av kommunen (se punkt 4.10). Den registrerte vil dermed ikke kunne få innsyn eller kreve sletting, fordi det ikke lenger er mulig å knytte opplysningene i Brukerplan til den registrertes identitet. Dersom den registrerte likevel ber om innsyn eller sletting, skal den dataansvarlige informere om at dette ikke kan etterkommes fordi den registrerte ikke kan identifiseres i Brukerplan som følge av pseudonymiseringen og sletting av koblingsnøkkelen (jf. artikkel 12 nr. 2).

4.17 Lagringsbegrensning

Brukerplan har i dag kartleggingsdata på hjemmesiden som er lagret i sky. Disse opplysningene slettes etter to år. Data som er lagret på Helse Stavanger HF sitt data-system, slettes derimot etter ti år.

Departementet foreslår å forskriftsfeste at opplysningene ikke skal lagres lenger enn nødvendig. Dette følger av personvernforordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav e. Departementet foreslår å skjerpe dette kravet, ved å forskriftsfeste at opplysningene i registeret uansett skal slettes seinest innen ti år. Departementet mener at det ikke er behov for eller hensiktsmessig å regulere særskilt lagring i sky. Se forskriften § 9.

Departementet foreslår også at kommunene skal ha plikt til å slette koblingsnøkklene når opplysningene er overført til Brukerplan (se punkt 4.11).

4.18 Kartleggingsverktøy og revisjonsgruppe

Det er etablert en revisjonsgruppe som årlig reviderer spørsmålene i kartleggingsverktøyet (dvs. hvilke opplysninger som skal registreres). Gruppen består av representanter for Brukerplan, Helsedirektoratet, KORUS, NAPHA, statsforvalteren

og brukerorganisasjon. Dette er forankret i Helsedirektoratets oppdragsavtale til Helse Stavanger HF.

Departementet mener at denne gruppen og arbeidsformen bør kunne videreføres. Det er imidlertid ikke hensiktsmessig å forskriftsfeste dette. Det vil gi en mer fleksibel løsning om dette også i fremtiden forankres i oppdragsavtalen.

4.19 Allerede innsamlede opplysninger (overgangsregler)

Departementet foreslår at forskriftens krav til behandling av opplysninger også skal gjelde for opplysninger som er overført til Brukerplan før forskriftens ikrafttredelse. Se forskriften § 13 om overgangsregler. Dette vil bare gjelde opplysninger fra de ti siste årene (se punkt 4.17 om lagringsbegrensning).

Dette forutsetter at opplysningene var lovlig innhentet og registrert i samsvar med dagjeldende regler. Departementet viser til at behandling av opplysninger etter at personvernforordningen ble norsk lov i 2018, må ha supplerende rettsgrunnlag i norsk lov (se punkt 2.8 og 3.1.3). Vedtaket om dispensasjon fra taushetsplikten som Brukerplan har vært basert på, ga et slikt grunnlag. Opplysninger som ble registrert før det, måtte være i samsvar med Datatilsynets konsesjon. Forskriften kan ikke gi tilbakevirkende kraft, ved å reparere eventuelle mangler i rettslig grunnlag.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Den foreslåtte forskriften om Brukerplan innebærer ingen økonomiske konsekvenser. Forslaget legger til rette for å behandle personopplysninger i samsvar med metoder som allerede er etablert i Brukerplan.

Forskriftsforslaget vil legge til rette for behandling av personopplysninger for å foreta en effektiv evaluering av de kommunale tjenestene innenfor helse- og omsorgstjenesten, NAV og barnevern. Forslaget innebærer ikke en plikt for den enkelte kommune til å delta i kartleggingsarbeidet.

Forslaget vurderes å ha positive administrative effekter for de deltakende kommunene, fordi registeret vil bidra til å planlegge, styre og kvalitetssikre de kommunale tjenestene. Dette i seg selv kan ha en positiv gevinst i den enkelte kommune.

Den økonomiske rammen for 2021–2025 antas å ligge på 3,6 millioner kroner i året.

6 Kommentarer til de enkelte bestemmelsene

Til § 1 Saklig virkeområde

Forskriften regulerer Brukerplan som et nasjonalt register med helseopplysninger og andre personopplysninger om pasienter og brukere som har rusmiddelproblemer eller

psykiske helseproblemer og som mottar kommunale tjenester. Registeret utarbeider statistikk om mottakere av kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester knyttet til rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer. Opplysninger fra registeret er et verktøy som gir kommuner, helseforetak, statsforvaltere og andre offentlige myndigheter et bedre styringsgrunnlag for utforming av den kommunale og statlige ruspolitikken, for prioritering av pasient- og brukergrupper og for kvalitetsforbedring av tjenestene knyttet til helsearbeid og rusarbeid.

Se merknadene til § 4 om hvilke opplysninger som kan registreres og til § 5 om hvilke tjenester som omfattes.

Forskriften fastsettes med hjemmel i helseregisterloven § 3 femte ledd og § 9 bokstav b, og forvaltningsloven § 13 g. Forskriften gir hjemmel og supplerende rettsgrunnlag for innsamling, sammenstilling, overføring, registrering og annen behandling av opplysningene i kommunene og i Brukerplan. Forskriften gir også unntak fra taushetsplikten for å kunne overføre opplysningene fra tjenestene og fra kommunene.

Til § 2 Hva opplysningene i Brukerplan kan brukes til

Brukerplan skal gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering, evaluering og kvalitetsforbedring av kommunale tjenester knyttet til rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer. Opplysninger som er samlet inn til slike formål kan også brukes til forskning, helseanalyser og beredskap. Statistikk fra registeret kan imidlertid publiseres fritt, og for eksempel brukes til forskning eller helseanalyser. Opplysningene skal derimot ikke kunne brukes i individuell oppfølging av pasienter og brukere. Det skal bare leveres ut aggregerte data. Se punkt 4.1. Begrepene planlegging, styring, finansiering, evaluering og kvalitetsforbedring, forskning, helseanalyser og beredskap i forskriften, skal forstås på samme måte som de samme begrepene i helseregisterloven § 3 (se Prop. 72 L (2013–2014) punkt 6.6.1, 10.3, 17.3 og merknadene til helseregisterloven § 3 i punkt 24.2).

Til § 3 Dataansvar

Helsedirektoratet skal beslutte hvem som skal være dataansvarlig. Dataansvarlig for behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger i Brukerplan, er i dag Helse Stavanger HF. Departementet foreslår at dette videreføres.

Kommunens dataansvar er presisert i § 3 andre ledd. Kommunene er dataansvarlige for sin egen behandling av opplysninger når de gis ut fra tjenestene og frem til de er overført til Brukerplan. Dette innebærer mottak/innsamling, lagring, sammenstilling og annen tilrettelegging og til slutt overføringen til Brukerplan. Se merknadene til § 6. Når opplysningene er overført til og registrert i Brukerplan, går dataansvaret over til Helse Stavanger HF som dataansvarlig for Brukerplan.

Til § 4 Opplysninger som kan registreres

Det fremgår av første ledd at det kan registreres opplysninger om personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer og som mottar kommunale tjenester. Med rusmiddelproblem menes bruk av rusmidler på en slik måte at det går alvorlig ut over den daglige fungering eller relasjonene til andre mennesker. En person regnes å ha psykiske helseproblem når problemet går alvorlig ut over den daglige fungering og/eller relasjon til andre. Opplysninger fra tjenesten kan registreres uavhengig av om tilbudene er begrunnet i mottakerens rusmiddelproblem/ psykiske helseproblem eller ikke. Det er med andre ord ikke noe vilkår at det er dokumentert eller påvist noen sammenheng mellom tjenesten og personens rusmiddel- eller psykiske problem.

For at det skal kunne registreres opplysninger om en person må han/hun være fylt 16 år. Dette innebærer en endring fra dagens praksis, der alle som fyller 16 år i kartleggingsåret kan registreres. Se punkt 4.8 om de registrerte.

I andre ledd listes det opp hva slags opplysninger som kan overføres og registreres i Brukerplan. Kun opplysninger som er nødvendige ut fra formålet med registeret skal kunne registreres. Se punkt 4.9. Hvilke opplysningstyper fra denne listen som vil bli registrert, fastsettes i kartleggingsverktøyet som revideres årlig. Se punkt 4.17.

Til § 5 Innsamling av opplysninger fra tjenestene

Det er den enkelte kommune som innhenter opplysninger om pasienter og brukere fra de ulike etatene i kommunen. Se punkt 2.5 og 4.11. Bestemmelsen gir supplerende rettsgrunnlag for den behandlingen av personopplysninger som skjer i kommunen ved overføringen fra etatene til kommunens saksbehandler. Kommunen er dataansvarlig for denne behandlingen av opplysningene, jf. § 3 andre ledd.

Bestemmelsen avgrensner hvilke etater opplysningene kan samles inn fra.

Opplysningene kan bare samles inn fra kommunale helse- og omsorgstjenester, fra kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og fra barnevernstjenesten. Se punkt 4.7.

Opplysningene som kommunen behandler er i utgangspunktet underlagt taushetsplikt (se punkt 3.2). Forskriften fastsetter unntak fra taushetsplikten for den behandlingen av opplysningene som skjer i kommunen, slik at opplysningene blant annet kan gis ut fra etatene.

Til § 6 Kommunenes kartlegging og overføring til Brukerplan

Opplysninger om den enkelte sammenstilles av kommunen, før de overføres til Brukerplan.

Bestemmelsen gir supplerende rettsgrunnlag for den behandlingen av personopplysninger som skjer i kommunen ved overføringen fra etatene til kommunens saksbehandler, tilretteleggingen av opplysningene i samsvar med kartleggings-

verktøyet, sammenstillingen av opplysninger fra de ulike etatene om samme person og registreringen i (dvs. overføringen til) Brukerplan. Kommunen er dataansvarlig for denne behandlingen av opplysningene, jf. § 3 andre ledd.

Opplysningene om den enkelte pasient eller bruker skal overføres til og registreres i Brukerplan uten navn, fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn.

Fødselsnummer skal fjernes fra datasettet før overføring og registrering i Brukerplan, og erstattes av et personentydig løpenummer eller annet pseudonym. Det skal ikke være mulig å identifisere den registrerte ut fra pseudonymet. Det kan derfor ikke brukes fødselsår, initialer og kjønn som bruker-ID. Koblingsnøkkelen som knytter pseudonymet til den registrertes identitet (fødselsnummeret) skal slettes av kommunen når opplysningene er overført til Brukerplan (se punkt 4.10).

Opplysningene som kommunen behandler er i utgangspunktet underlagt taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 og pasientjournalloven § 17 jf. helsepersonelloven § 21. Forskriften fastsetter unntak fra taushetsplikten for den behandlingen av opplysningene som skjer i kommunen, slik at kommunen kan overføre opplysningene til Brukerplan uten hinder av taushetsplikten.

Til § 7 Behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger i registeret

Helseopplysninger og andre personopplysninger i Brukerplan skal behandles i samsvar med personvernforordningen, personopplysningsloven og de alminnelige vilkårene i helseregisterloven § 6. Denne bestemmelsen er tatt inn av informasjons-hensyn, for å tydeliggjøre at de generelle personvernkravene skal ligge til grunn for all behandling av personopplysninger i Brukerplan.

Den dataansvarlige må derfor ivareta krav knyttet til formålsbegrensning, data-minimisering, lagringsbegrensning, informasjonssikkerhet, innebygget personvern, de registrertes rett til innsyn osv. Se punkt 4.4.

Kravene gjelder bare opplysninger som har tilknytning til en enkeltperson, dvs. opplysninger som er søkbare eller gjenfinnbare etter identitet. Kravene gjelder ikke anonyme opplysninger. Opplysningene i Brukerplan vil ikke være anonyme selv om de er pseudonymisert, da det kan være en risiko for at enkeltpersoner likevel vil kunne identifiseres. Lagring og deling av opplysningene må derfor være i samsvar med personvernreglene. Først når man er sikker på at opplysningene ikke kan knyttes til en gruppe på færre enn fem personer, kan opplysningene som utgangspunkt anses som anonyme. Det må imidlertid gjøres en vurdering i hvert enkelt tilfelle. Hvis den registrerte for eksempel bor på et lite sted (i en liten kommune), vil kanskje opplysningene kunne tilbakeføres til en slik gruppe. Se punkt 3.1.1 om hva som regnes som anonyme opplysninger.

Til § 8 Utarbeidelse av statistikk og tilgjengeliggjøring av opplysninger
Bestemmelsen regulerer tilgjengeliggjøring av opplysninger fra Brukerplan. Se punkt 4.13.

Det vil være en oppgave for Helse Stavanger HF som dataansvarlig og forvalter av registeret, å utarbeide og publisere statistikk. Dette vil kunne skje etter søknad eller på eget tiltak. Utarbeidelse og publisering av statistikk er en oppgave som kan pålegges i oppdragskontrakten til Helsedirektoratet.

Det kan bare tilgjengeliggjøres opplysninger til formål som er i samsvar med formålene for Brukerplan, jf. forskriften § 2. Noen av formålene og tjenestene som omfattes ligger utenfor helse- og omsorgstjenesten og dermed også helseregisterlovens formål, typisk barnevern og NAV-tjenester. Opplysninger i registeret kan imidlertid tilgjengeliggjøres også for slike formål selv om de faller utenfor helseregisterlovens virkeområde.

Opplysningene skal som hovedregel tilgjengeliggjøres som anonym statistikk. Se punkt 3.1.1 om hva som regnes som anonyme opplysninger. Dersom det gis ut opplysninger fra små kommuner der antall registrerte er få og dermed lettere å bakveisidentifisere, bør kommunenavnet ikke angis dersom dette ikke er nødvendig for mottakerens formål.

I noen tilfeller vil ikke mottakeren kunne bruke opplysningene i samsvar med formålet dersom opplysningene er anonyme. Det er derfor adgang til å tilgjengeliggjøre indirekte personidentifiserbare helseopplysninger eller andre personopplysninger (i motsetning til anonyme). Vilkåret er at dette er nødvendig for å oppnå mottakerens formål.

Det følger av tredje ledd at vilkårene i helseregisterloven § 19 og § 19 a må være oppfylt. Se om vilkårene i disse reglene i Prop 63. L (2019–2020) punkt 11.4.5 og merknadene til §§ 19 flg i punkt 16.2. Dette betyr blant annet at mottakeren må kunne gjøre rede for hvilke informasjonssikkerhetstiltak som er på plass og at den dataansvarlige for Brukerplan må vurdere om behandlingen er ubetenkelig ut fra etiske, medisinske og helsefaglige hensyn (jf. helseregisterloven § 19 a). Opplysningene kan som nevnt tilgjengeliggjøres fra Brukerplan selv om formålet faller utenfor helseregisterlovens formål og virkeområde.

Det vil ikke være mulig å sammenstille opplysninger i Brukerplan med opplysninger i andre registre siden kommunen skal slette koblingsnøkkelen skal slettes når opplysningene er overført til kommunen (jf. § 6).

Tilgjengeliggjøring av direkte personidentifiserbare opplysninger vil ikke være aktuelt, all den tid opplysningene i Brukerplan er pseudonymisert.

Det følger av helseregisterloven § 19 a at tilgjengeliggjøring av indirekte personidentifiserbare opplysninger bare kan skje når den registrerte har samtykket, tilgjengeliggjøringen omfattes av andre unntak fra taushetsplikten, eller det er gitt dispensasjon. Det følger av § 8 fjerde ledd at opplysninger som skal brukes som

grunnlag for planlegging, styring, finansiering, evaluering og kvalitetsforbedring av kommunale tjenester knyttet til rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer, kan tilgjengeliggjøres uten hinder av taushetsplikten.

Dersom opplysningene derimot skal brukes til forskning, helseanalyser og beredskap, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten etter helseregisterloven § 19 e.

Dispensasjonsmyndigheten vil være Helsedirektoratet, eller regionale forskningsetiske komiteer (REK) dersom det er tale om medisinsk eller helsefaglig forskning. Se punkt 4.14 om taushetsplikt.

Det følger av helseregisterloven § 19 d at opplysningene ikke kan gjøres tilgjengelige for påtalemyndigheten eller til bruk for arbeidsgivere eller forsikringsøymed selv om den registrerte samtykker (dersom det skulle la seg gjøre å identifisere den registrerte basert på opplysninger fra denne).

Den dataansvarlige skal føre oversikt over tilgjengeliggjøring av opplysninger fra Brukerplan, jf. helseregisterloven § 19 h. Brukerne har rett til innsyn i denne oversikten. Denne plikten til å føre oversikt kommer i tillegg til den generelle plikten til å føre protokoll over behandlingsaktiviteter, jf. personvernforordningen artikkel 30.

Til § 9 Taushetsplikt

Alle opplysninger som er overført til Brukerplan vil være underlagt taushetsplikt.

Dette betyr at kun de med tjenstlig behov hos den dataansvarlige for Brukerplan skal kunne se opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. Dersom opplysninger fra Brukerplan tilgjengeliggjøres til kommuner eller andre databrukere etter forskriften § 8, skal databrukeren ha samme taushetsplikt. Se punkt 3.2 og 4.14.

Taushetsplikten gjelder også selv om opplysningene er pseudonymisert. Det er tale om taushetsbelagte indirekte personidentifiserbare helseopplysninger, jf. helsepersonelloven § 21 jf. helseregisterloven § 17 og pasientjournalloven § 15.

Taushetsplikten gjelder ikke dersom opplysningene er anonyme. Anonyme opplysninger kan deles fritt og for eksempel publiseres på nett. Se om anonymisering i punkt 3.1.1.

Det er fastsatt et unntak fra taushetsplikten i § 8 fjerde ledd for å kunne tilgjengeliggjøre opplysninger som skal brukes som grunnlag for planlegging, styring, finansiering, evaluering og kvalitetsforbedring av kommunale tjenester. Dersom opplysningene skal brukes til forskning, må databrukeren søke om dispensasjon fra taushetsplikten etter helseregisterloven § 19 e.

Til § 10 Rett til å motsette seg behandling

Pasienter og brukere kan motsette seg at opplysninger meldes inn til og behandles i Brukerplan (reservasjonsrett).

Pasienter og brukere skal få vite om at opplysninger om dem vil bli overført og registrert i Brukerplan. De må også få vite hvordan opplysningene kan brukes og hvem de eventuelt kan bli utlevert til. Opplysningene kan derfor bare overføres fra kommunen dersom pasienten/brukeren har fått informasjon om reservasjonsretten. Informasjonen bør gis samtidig med at tjenesten ytes, og seinest før opplysningene overføres fra kommunen. Det er derfor fastsatt i § 6 at opplysningene ikke kan overføres til Brukerplan før den registrerte har fått informasjon om reservasjonsretten.

Reservasjonsretten gjelder frem til opplysningene er overført til Brukerplan. Etter det skal koblingsnøkkelen slettes av kommunen jf. § 6. Den registrerte vil da ikke ha mulighet til innsyn eller retting.

Reservasjonsretten gjelder bare overføring og registrering i Brukerplan. Innsamling og registrering av opplysninger i tjenestene (dokumentasjon av helsehjelp og tjenester etter NAV og barnevern) reguleres av andre regler, og forskriften vil ikke gi rett til å motsette seg behandlingen.

Se punkt 4.16.

Til § 11 Lagring av opplysninger

Bestemmelsen presiserer at opplysningene i Brukerplan ikke skal lagres lenger enn nødvendig. Det samme følger av personvernforordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav e. Forskriften skjerper dette med et absolutt krav om at opplysningene i registeret uansett skal slettes seinest etter ti år.

Se punkt 4.17 om lagringsbegrensning.

Til § 12 Informasjonssikkerhet

Bestemmelsen henviser til forordningen artikkel 32 om informasjonssikkerhet. Den dataansvarlige og eventuelle databehandlere skal gjennomføre tekniske og organisatoriske tiltak for å oppnå et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til risikoen. Den dataansvarlige og databehandleren skal blant annet sørge for tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll, jf. helseregisterloven § 21. Disse reglene gjelder uansett. Henvisningen i forskriften er bare tatt inn av informasjonshensyn. Se punkt 3.1.6 og 4.15.

Den dataansvarlige for Brukerplan vil ikke ha tilgang til de registrertes navn eller fødselsnummer. Koblingsnøkkelen skal slettes av kommunen når opplysningene er overført til Brukerplan, jf. § 6.

Til § 13 Overgangsregler

Opplysninger i Brukerplan som er lovlig innhentet og registrert før denne forskriften trer i kraft, kan fortsatt behandles. Reglene i denne forskriften, med unntak av § 5 og § 6, gjelder for behandlingen av disse opplysningene.

Forskriftens krav til behandling av opplysninger vil også gjelde for opplysninger som er overført til Brukerplan før forskriftens ikrafttredelse. Dette gjelder imidlertid bare opplysninger innhentet de ti siste årene, eldre opplysninger må slettes. Se punkt 4.19 om allerede innsamlede opplysninger.

7 Forslag til forskrift

Fastsettes av Kongen i statsråd med hjemmel i forvaltningsloven § 13 g første jf. andre punktum og helseregisterloven § 3 femte ledd og § 9 bokstav b.

§ 1 Saklig virkeområde

Forskriften gjelder Brukerplan som er et nasjonalt register med helseopplysninger og andre personopplysninger om personer som har rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer og som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, tjenester fra kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen eller tjenester fra barnevernet.

§ 2 Hva opplysningene i Brukerplan kan brukes til

Registeret skal gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering, evaluering og kvalitetsforbedring av kommunale tjenester knyttet til rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer. Opplysninger som er samlet inn etter første punktum skal også kunne brukes til forskning, helseanalyser og beredskap.

§ 3 Dataansvar

Helsedirektoratet bestemmer hvem som er dataansvarlig for behandling av opplysninger i Brukerplan.

Den enkelte kommune er dataansvarlig for egen behandling av opplysninger etter § 5 og § 6.

§ 4 Opplysninger som kan registreres

I Brukerplan kan det registreres helseopplysninger og andre personopplysninger om personer som er fylt 16 år.

Når det er nødvendig etter registerets formål i § 2 første punktum, kan følgende opplysninger registreres:

- a) bakgrunnsopplysninger om personen og dennes nærstående: fødselsår, kjønn, fødeland, arbeidserfaring mv.
- b) opplysninger om personens situasjon og behov: bruk av rusmidler, bo-situasjon, omsorg for barn, graviditet, helse, aktivitet, sosial fungering, selvmordsforsøk, økonomi, kilde til livsopphold mv.
- c) hvilke tjenester personen mottar
- d) hvem i kommunen som har gjort kartleggingen.

§ 5 Innsamling av opplysninger fra tjenestene

Kommunen kan samle inn og sammenstille opplysninger som nevnt i § 4 fra kommunale helse- og omsorgstjenester, fra kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen og fra barnevernstjenesten.

Tjenestene kan gi ut opplysningene uten hinder av taushetsplikten.

§ 6 Kommunens kartlegging og overføring til Brukerplan

Opplysninger som kommunen har samlet inn etter § 5 kan overføres fra kommunen til Brukerplan. Kommunen kan sammenstille opplysninger om samme person og tilrettelegge opplysningene på andre måter før overføringen.

Opplysningene som kommunen har sammenstilt skal slettes når de er overført til Brukerplan.

I opplysninger som kommunen overfører til Brukerplan skal navn, fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn være erstattet med et løpenummer eller annet pseudonym som ikke identifiserer den registrerte. Koblingsnøkkelen mellom de registrertes fødselsnummer og pseudonymet skal slettes av kommunen når opplysningene er overført til Brukerplan.

Overføringen skal skje på den måten og med det kartleggingsverktøyet den dataansvarlige for Brukerplan fastsetter.

Opplysningene kan bare overføres dersom den registrerte har fått informasjon om retten etter § 10 til å motsette seg at opplysninger overføres til og behandles i Brukerplan.

Kommunen kan overføre opplysningene til Brukerplan uten hinder av taushetsplikten.

§ 7 Behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger i registeret

Helseopplysninger og andre personopplysninger i Brukerplan skal behandles i samsvar med personvernforordningen, personopplysningsloven og de alminnelige vilkårene i helseregisterloven § 6.

§ 8 Utarbeidelse av statistikk og tilgjengeliggjøring av opplysninger

Den dataansvarlige kan tilgjengeliggjøre opplysningene fra Brukerplan av eget tiltak eller etter søknad, for formål som er i samsvar med forskriften § 2.

Opplysningene skal som hovedregel tilgjengeliggjøres som anonym statistikk. Indirekte personidentifiserbare hopplysninger kan likevel tilgjengeliggjøres dersom dette er nødvendig for å oppnå mottakerens formål. Opplysningene kan ellers tilgjengeliggjøres dersom vilkårene i helseregisterloven § 19 og § 19 a er oppfylt.

Helseopplysninger og andre personopplysninger som skal brukes til formål som nevnt i § 2 første punktum, kan tilgjengeliggjøres uten hinder av taushetsplikten.

§ 9 Taushetsplikt

Enhver som behandler helseopplysninger og andre personopplysninger i Brukerplan har taushetsplikt etter helseregisterloven § 17. Andre som får adgang eller kjennskap til helseopplysninger og andre personopplysninger fra Brukerplan, har samme taushetsplikt.

§ 10 Rett til å motsette seg behandling

Pasienter og brukere kan motsette seg at opplysninger overføres til og behandles i Brukerplan.

Før opplysningene gis ut fra tjenesten etter § 5, skal den registrerte få informasjon om Brukerplan og adgangen til å motsette seg overføring og annen behandling av opplysningene i Brukerplan.

§ 11 Lagring av opplysningene

Helseopplysninger og andre personopplysninger i Brukerplan skal ikke lagres lenger enn det som er nødvendig for formålet og skal uansett slettes innen ti år etter at de ble overført til Brukerplan.

§ 12 Informasjonssikkerhet

Den dataansvarlige og databehandlere for Brukerplan skal gjennomføre tekniske og organisatoriske tiltak for å oppnå et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til risikoen, jf. personvernforordningen artikkel 32. Den dataansvarlige og databehandleren skal blant annet sørge for tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll.

§ 13 *Overgangsregler*

Opplysninger i Brukerplan som er lovlig innhentet og registrert før denne forskriften trer i kraft, kan fortsatt behandles. Reglene i denne forskriften, med unntak av § 5 og § 6, gjelder for behandlingen av disse opplysningene.