

19 Informationshantering inom socialtjänsten

19.1 Bakgrund

Socialtjänstens uppdrag spänner över ett väldigt brett område som innehåller många olika uppgifter och ansvarsområden. Det handlar exempelvis om att ge stöd och hjälp till utsatta barn och deras familjer, att ge vård och behandling till personer med missbruksproblematik, att ge daglig vård och omsorg om äldre samt ge stöd och service till personer med psykisk ohälsa eller funktionshinder. I socialtjänstens uppdrag ingår även att ge ekonomiskt bistånd till personer med svårigheter att försörja sig och att ta emot flyktingar och invandrare på ett ändamålsenligt sätt.

Socialtjänstens breda verksamhetsområde medför att informationshanteringen är mångfacetterad i den meningen att information hanteras för många olika ändamål, i flera olika processer, under olika långa tidsperioder och utbyts av ett antal olika aktörer beroende på vad saken rör.

Som redovisas närmare i avsnitt 18 har kommunen det yttersta ansvaret för socialtjänsten inom sitt område, men i praktiken finns som visats många andra aktörer som tillsammans med och vid sidan av kommunen bidrar till att enskilda får det stöd som lagstiftningen om socialtjänst föreskriver. Informationshanteringen förekommer inte sällan i olika skeden av processen, exempelvis initialt av kommunen i samband med en individuell behovsbedömning (biståndsbedömning) och därefter av en kommunal eller privat utförare i samband med genomförandet av beslutade insatser. Dokumentation kan även ske i sådan verksamhet som erbjuds som råd och service, dvs. verksamhet som enskilda kan vända sig till utan att först ha ansökt och fått insatsen beviljad genom ett biståndsbeslut.

19.2 Dokumentation och handläggning för rättssäkerhet, kvalitet och insyn

Både i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, finns bestämmelser om krav på dokumentation. I lagarna uttrycks som en utgångspunkt att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärenden samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Vidare anges att den enskilde bör hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne. Genom hänvisningar till förvaltningslagens (1986:223) bestämmelser tydliggörs även att socialtjänsten bland annat har att tillämpa reglerna om remiss, en parts rätt att meddela sig muntligen, en parts rätt att få del av uppgifter, motivering av beslut, underrättelse av beslut m.m.

Ett grundläggande syfte med dokumentationen är att tillgodoses den enskildes rättsäkerhet, dvs. att den enskilde ska få sin sak prövad och avgjord på ett sakligt och opartiskt sätt. Allt som har kommit fram i en utredning om den enskilde och som har avgörande betydelse för en myndighets ställningstagande i ett ärende ska dokumenteras. Dokumentation och den enskildes rätt till insyn i ärenden som rör myndighetsutövning stärker den enskildes skydd mot felaktig eller bristfällig myndighetsutövning.¹ Dokumentationen är därför viktig för att den enskilde sak kunna klaga eller begära rättelse och för att förvaltningsdomstolar ska få det underlag som beslutsfattaren har haft för att kunna pröva ett överklagande.

Det individuella tjänstemannaansvaret i socialtjänsten medför att det är den enskilde tjänstemannen som är ansvarig för innehållet i den anteckning som han eller hon gör om varje enskild person. Det är viktigt för personalens rättsliga ställning och ansvar att dokumentera uppgifter som rör det enskilda ärendet och ärendets

¹ Myndighetsutövning är beslut eller andra åtgärder som ytterst är ett uttryck för samhällets maktbefogenheter i förhållande till medborgarna. Det behöver inte vara frågan om åtgärder som innebär förpliktelser för enskilda utan kan även vara gynnande beslut t.ex. bistånd. Ärenden som avgörs genom att myndigheten träffar avtal eller överenskommelser i saken med enskild faller utanför tillämpningsområdet för förvaltningslagens särskilda bestämmelser om myndighetsutövning.

handläggning. Dokumentation ska säkerställa god kvalitet i såväl beslutsfattande som genomförande av en insats.

En korrekt och fullständig dokumentation underlättar även en individuell uppföljning av om den enskilde får den insats som han eller hon är berättigad till enligt beslut samt om insatserna ges i enlighet med fastställda kvalitetskriterier och normer. Det är också viktigt för att den enskilde ska få kontinuitet när det gäller beslutade och överenskomna insatser. Det är en skyldighet för ansvarig tjänsteman att dokumentera och detta gäller oberoende av den enskildes inställning till dokumentationen som sådan. (11 kap. 5 § SoL och 21 a § LSS). Den enskilde kan således inte motsätta sig sådan dokumentation som enligt lag ska göras i socialtjänsten.

Ett annat viktigt syfte med dokumentationen är att möjliggöra för kommunen som huvudman att kunna följa upp och utvärdera sin verksamhet samt att planera olika insatser och aktiviteter. En god dokumentation underlättar också för ett systematiskt och fortlöpande arbete med att utveckla och säkra verksamheter så att man kan upprätthålla en god kvalitet.

19.3 Informationshantering i olika skeden

Även om informationshantering inom socialtjänsten förekommer kontinuerligt kan det urskiljas tre eller fyra olika skeden som vart och ett ligger till grund för att uppgifter om enskilda dokumenteras och används. Det första skedet kan utgöras av den förhandsbedömning en socialnämnd gör angående skälen att inleda en utredning enligt 11 kap. SoL. Det kan exempelvis handla om en bedömning om det finns skäl att inleda en utredning för att ta reda på om ett barn är i behov av särskilt skydd.

En stor del av informationshanteringen görs sedan i nästa skede när en individuell behovsbedömning görs. I det skedet dokumenteras och inhämtas uppgifter för att en biståndshandläggare ska kunna fatta beslut om socialtjänstinsatser som den enskilde har ansökt om, t.ex. hemtjänst. När sedan insatserna är beslutade och genomförs av personal inom hemtjänsten görs nästa steg i dokumentationsprocessen. Under genomförandefasen kan såväl kommunala som privata eller idéburna utförare står för insatserna och dokumentationen, i många fall beroende på vilken utförare den enskilde själv har valt. För att de beslutade insatserna ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt sätt görs ett informationsutbyte

mellan den kommunala verksamhet som fattat beslut om insatsen och den utförare som ska genomföra beslutet.

Som ett fjärde steg i processen hanteras ofta uppgifter om enskilda för att följa upp de insatser som har genomförts. Det kan exempelvis handla om att kommunen som huvudman följer upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd enligt nämndens beslut och gällande författningar.

Under den myndighetsutövande processen socialtjänsten utreder och fattar beslut i ärenden hanteras information i första hand av kommunen som huvudman. I detta skede inhämtas vanligtvis även information från andra källor som bedöms nödvändiga för att driva utredningen framåt och fatta ett beslut på goda grunder. Förutom från den enskilde som omfattas av utredningen förekommer att kommunen inhämtar information exempelvis från anhöriga, hälso- och sjukvården, skolan, polisen m.fl.

I vissa ärenden förekommer även en omfattande informationsinhämtning från andra myndigheter eller andra aktörer som Centrala studiestödsnämnden (CSN), Försäkringskassan, Skatteverket, Arbetsförmedlingen, Pensionsmyndigheten samt arbetslöshetskassorna. Dessa har en uppgiftsskyldighet i förhållande till kommunernas socialnämnder, vilken ger socialnämnden rätt att inhämta omfattande uppgifter om enskilda för sin egen handläggning av exempelvis ärenden om ekonomiskt bistånd. I ett antal olika författningar medges även att socialnämnden har direktåtkomst till de uppgifter som dessa myndigheter ska lämna ut till socialnämnden.² Det innebär att socialnämnden i stor utsträckning på eget initiativ kan bereda sig åtkomst till de uppgifter hos t.ex. CSN som behövs för att socialnämnden ska kunna fatta beslut i ett enskilt ärende. I dagsläget görs socialnämndens informationsinhämtning i viss mån elektroniskt, men till stor del förekommer även en manuell hantering genom brev, fax eller telefon. På uppdrag av E-delegationen driver CSN i samverkan med bl.a. Sveriges Kommuner och Landsting, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen projektet Effektiv informationsförsörjning (EIF). Syftet att minska den manuella hanteringen genom att bygga en tjänst som möjliggör för kommunen att via sitt verksamhetssystem elektroniskt inhämta information från flera myndigheter samt akassornas samorganisation. Förhoppningen är att projektet ska leda

² Se bl.a. studiestödsdataförordning (2009:321), förordning (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration och lag (2002:546) om behandling av personuppgifter i den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.

till en förenklad och mer säker hantering av informationen samt frigöra arbetstid i kommunens handläggningsprocess.

19.4 Den rättsliga regleringen av dokumentation och personuppgiftsbehandling

Generellt kan sägas att den rättsliga regleringen för informationshantering inom socialtjänsten inte är lika omfattande som den för hälso- och sjukvården. Exempelvis regleras inte dokumentationsfrågorna särskilt utförligt i socialtjänsten, medan det för hälso- och sjukvårdens del finns en lång tradition av detaljerade författningsbestämmelser kring journalföringens innehåll m.m. De regler som styr handläggning och dokumentation i socialtjänsten återfinns framför allt i förvaltningslagen, socialtjänstlagen och de särskilda lagarna om vård av unga, vård av missbrukare samt stöd och service till vissa funktionshindrade. Socialstyrelsen har även utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt socialtjänstlagen, lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, lag om vård av missbrukare i vissa fall och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Socialtjänstens hantering av personuppgifter regleras sedan genom närmare bestämmelser i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPUL, och förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPULF. Dessutom tillämpas bestämmelserna i personuppgiftslagen (1998:204), förkortad PUL.

Av de grundläggande bestämmelserna i SoL och LSS följer krav på att handläggningen av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Handlingar som rör enskildas personliga förhållanden skall förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Vidare anges att dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet och att den enskilde bör hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne. Om den enskilde anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig ska detta antecknas

19.4.1 Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2006:5

Socialstyrelsen har bland annat för att komplettera de förhållandevis få bestämmelser i lagstiftningen som rör dokumentation vid själva utförandet av insatser inom socialtjänsten utfärdat föreskrifter och allmänna råd på området³. Genom föreskrifterna tydliggörs kraven på dokumentationens innehåll och utformning, bland annat att handlingar som rör enskilda ska innehålla tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga uppgifter. När det gäller barn finns i vissa fall krav på genomförandeplan (jfr 11 kap. 3 § andra stycket SoL).

När det gäller dokumentationen i samband med genomförande av insatser bör det i en genomförandeplan framgå hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras. I allmänna råd framgår att genomförandeplanen bör

- i regel upprättas inom den verksamhet som svarar för det praktiska genomförandet, och
- med utgångspunkt i ett beslut om en insats och målet för insatsen beskriva hur den praktiskt ska genomföras.

Av planen, som bör höra till den enskildes personakt, ska vidare framgå

- om det ingår flera delar i insatsen och i sådant fall vilka,
- vilka mål som gäller för insatsen eller delar av den,
- när och hur insatsen eller delar av den ska genomföras,
- på vilket sätt den enskilde har utövat inflytande över planeringen,
- vilka personer som har deltagit i planeringen,
- när planen har fastställts, och
- när och hur planen ska följas upp.

Vidare följer av föreskrifterna att genomförandet av ett beslut om en insats ska dokumenteras fortlöpande. Om en beslutad insats genomförs av den beslutande nämnden, bör dokumentationen som rör handläggningen av ärendet och genomförandet av insatsen hållas samman i en och samma personakt.

³ SOSFS 2006:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

Om en beslutad insats däremot genomförs i privat verksamhet bör dokumentationen under genomförandet hållas samman i en personakt hos den som genomför insatsen.

Av journalen som förs regelbundet bör det bland annat framgå när insatsen har påbörjats, om det inträffat omständigheter som gjort att insatsen inte har kunnat genomföras som planerat, vad som har kommit fram av betydelse i kontakt med den enskilde, hur de enskildes behov har förändrats, när och av vilka skäl insatsen har avslutats m.m.

19.4.2 Lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Lagen tillämpas vid personuppgiftsbehandling inom socialtjänsten om behandlingen är helt eller delvis automatiserad eller om uppgifterna ingår eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt ett eller flera särskilda kriterier. Lagen omfattar både myndigheter och privata verksamheter som hanterar personuppgifter inom socialtjänstens område

Med socialtjänst avses enligt lagen

1. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård utan samtycke av unga eller missbrukare,
2. verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd,
3. verksamhet som i övrigt bedrivs av Statens institutionsstyrelse,
4. verksamhet hos kommunal invandrarbyrå,
5. verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade
6. handläggning av ärenden om bistånd som lämnas av socialnämnd enligt lagstiftningen om mottagande av asylsökande m.fl.,
7. handläggning av ärenden om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar,
8. handläggning av ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade, samt
9. verksamhet enligt lagen (2007:606) om utredningar avseende vissa dödsfall.

Med socialtjänst avses även tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitets-säkring och administration av verksamhet som avses i punkterna 1–9 ovan.

Enligt 6 § SoLPUL får personuppgifter bara behandlas om behandlingen är nödvändig för att arbetsuppgifter inom socialtjänsten ska kunna utföras. Någon reglering, likt den i patientdatalagen (2008:355), av för vilka ändamål personuppgifter ska få behandlas innehåller lagen därmed inte.

Lagen ger socialtjänsten stöd för att behandla person- och samordningsnummer, känsliga personuppgifter som avses i 13 § PUL samt även uppgifter om lagöverträdelser, om uppgifterna har lämnats in i ett ärende eller är nödvändiga för verksamheten (7 §). Det sista kan sägas vara ett uttryck för den försiktighetsprincip som socialtjänsten ska iakttä vid behandlingen av personuppgifter⁴.

Förutom personakter som upprättas i socialtjänstverksamheten görs även olika typer av sammanställningar av uppgifter om individerna. Sammanställningarna kan vara både automatiserade och manuella och sökbara på ett eller flera kriterier. I sådana sammanställningar av personuppgifter i socialtjänsten får det som huvudregel inte tas in känsliga personuppgifter eller uppgifter i övrigt om ömtåliga personliga förhållanden (7 a §). Från huvudregeln finns emellertid undantag för

1. uppgifter om åtgärder som har beslutats inom socialtjänsten som innebär myndighetsutövning och om den bestämmelse som ett sådant beslut grundar sig på,
2. uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring,
3. tillsynsverksamhet som bedrivs av Socialstyrelsen,
4. administration som bedrivs av Statens institutionsstyrelse centralt
5. verksamhet enligt lagen (2007:606) om utredningar avseende vissa dödsfall.

I fråga om utlämnande av uppgifter innehåller lagen inga särskilda bestämmelser utan endast hänvisningar till vad som följer av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det innebär bl.a. att uppgifter som får lämnas ut kan lämnas ut på medium för automatiserad behandling om person-

⁴ Jfr prop. 2000/01:80 s. 176.

uppgiftsbehandlingen som sådan är tillåten enligt personuppgiftslagen.

Närmare om sammanställningsregister

Hos socialtjänsten finns personuppgifter om enskilda framförallt i en personakt. En personakt är en akt med handlingar som rör en eller flera enskilda personer. Det blir allt vanligare att en personakt för med hjälp av ADB, så kallad elektronisk akt.⁵ Hur en personakt förs varierar mellan olika kommuner men som regler läggs en akt upp på den person som ärendet gäller eller på en person som har valts till så kallad registerledare. Akterna innehåller en mängd uppgifter om den enskilde och hans eller hennes anhöriga. En akt kan även innehålla löpande anteckningar från samtal som förs med den enskilde i samband med planering och genomförande av insatser. Även tidigare utredningar och läkarintyg m.m. kan finnas i en personakt. En personakt innehåller således handlingar om en eller flera personer som är eller har varit aktuella för utredning eller insats hos socialnämnden.⁶ Den del av en personakt där anteckningar av betydelse för handläggning av ett ärende och genomförande av en insats görs kontinuerligt och i kronologisk ordningen kallas journal.⁷ Förutom de personakter som upprättas görs även olika typer av sammanställningar av uppgifter om enskilda inom socialtjänsten. I dag används begreppet sammanställning av personuppgifter.

Begreppet sammanställning av uppgifter i personakt har funnits med sedan införandet av personuppgiftslagen. Med begreppet avses sådana sammanställningar som görs i samband med socialtjänstens administration och planering. Med dessa sammanställningar avses sådant som upprättas inom socialtjänsten för bland annat att underlätta administrationen och vilka utgör ett slags register i mer inskränkt betydelse. Sammanställningarna, eller sammanställningsregister som de ibland kallas, används främst som stöd för handläggning, beslut och i samband med verkställigheten av besluten. När det gäller verkställighet av beslut kan de användas för genomförande av olika insatser eller utbetalningar m.m.

⁵ Handläggning inom socialtjänsten Clevesköld, Lundgren och Thunved s. 334 f.

⁶ Socialstyrelsens handledning Dokumentation inom socialtjänsten LVU, LVM, LSS och m.m.

⁷ Socialstyrelsens handledning Dokumentation inom SoL, LVU, LVM och LSS m.m.

Registren används i första hand som stöd för handläggningen av de ärenden där socialtjänsten har en utredningsskyldighet och som stöd för de beslut som utredningen utmynnar i⁸. Den används även som administrativt stöd vid handläggningen av arbetsplaner och utbetalningar av ekonomiskt bistånd. Till viss del används de även som underlag för tillsyn, uppföljning och utvärdering av socialtjänstens verksamhet. Registren underlättar också rapporteringen av uppgifter till Socialstyrelsen som under för den offentliga statistiken.

Sammanställningsregister skiljer sig från personakterna på det viset att det är tillgängliga på ett mer omedelbart sätt än som är fallet med personakter. Alltsedan socialtjänstlagens tillkomst har det funnits ett förbud för socialnämnderna att ta in uppgifter om ömtåliga personliga förhållanden i olika typer av sammanställningar av personuppgifter. Om sådana anteckningar behöver göras så är det nödvändigt att lägga upp en personakt och sedan får en hänvisning till personakten göras i sammanställningsregistret.

I sammanställningar av personuppgifter får i dag inte tas in känsliga personuppgifter eller uppgifter i övrigt om ömtåliga personliga förhållanden (jfr 7 a § SoLPUL). Med uppgifter om ömtåliga personliga förhållanden avses förutom känsliga personuppgifter enligt personuppgiftslagen utan även andra uppgifter om personliga förhållanden som kan förekomma inom socialtjänsten och som vars behandling kan anses vara kränkande för den personliga integriteten. Från detta förbud finns undantag för uppgifter om åtgärder som har beslutats inom socialtjänsten som innebär myndighetsutövning och om den bestämmelsen som ett sådant beslut grundar sig på, uppföljning, utvärdering och kvalitets-säkring samt tillsynsverksamhet som bedrivs av Inspektionen för vård och omsorg. Undantaget gäller även för administration och tillsynsverksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse centralt. Uppgift som avslöjar medlemskap i fackförening får aldrig tas in i sammanställningarna.

⁸ Handläggning inom socialtjänsten Clevesköld, Lundgren och Thunved s. 335.

19.4.3 Förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Förordningen⁹ reglerar behandlingen av personuppgifter inom socialtjänsten för Statens institutionsstyrelse, kommunala myndigheter, privat verksamhet och Socialstyrelsen enligt lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Förordningen innehåller bland annat bestämmelser om personuppgiftsansvar, tillåtna ändamål för personuppgiftsbehandlingen, direktåtkomst, sökbegrepp och samkörning.

Med privat verksamhet avses yrkesmässig verksamhet som bedrivs av en juridisk eller fysisk person med tillstånd av Socialstyrelsen och sådan privat verksamhet inom socialtjänsten som i övrigt bedrivs enligt avtal med kommunen (5 §).

Statens institutionsstyrelse

I 6 § förordningen anges att Statens institutionsstyrelse (SiS) är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter inom socialtjänsten som görs i dess verksamhet. Enligt 7 § får SiS bland annat behandla personuppgifter för platsanvisning och institutionsplacering inom deras verksamhetsområde, dokumentation av vård, behandling och behandlingsresultat samt tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamheten.

Möjligheterna för SiS att göra samkörningar är begränsade i förordningen. Ett hem som drivs av SiS får inte hämta personuppgifter från ett annat hem som drivs av SiS för samkörning (10 §).

Kommunal myndighet

Av förordningens 11 § framgår att en kommunal myndighet är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter inom socialtjänsten som myndigheten utför. Om behandlingen görs gemensamt för flera myndigheter inom kommunen är varje myndighet personuppgiftsansvarig för sin egen behandling.

Vad avser ändamålen för behandling av personuppgifter (12 §) får en kommunal myndighet behandla personuppgifter för

⁹ Förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

1. handläggning av ärenden om bistånd och annat stöd samt genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård och behandling samt annan social service som följer av bestämmelserna i socialtjänstlagen och lagen om vissa kommunala befogenheter,
2. faderskapsutredningar, utredning om vårdnad av barn, adoptionsärenden samt annan verkställighet inom familjerätten,
3. handläggning av ärenden och annan verksamhet som följer av bestämmelserna i lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen om vård av missbrukare i vissa fall,
4. handläggning av ärenden om insatser och för särskilda uppgifter som följer av bestämmelserna i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade,
5. handläggning av ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade,
6. handläggning av ärenden om bistånd som lämnas av socialnämnd enligt lagstiftning om mottagande av asylsökande m.fl.,
7. handläggning av ärenden om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar,
8. handläggning av ärenden och annan verksamhet inom socialtjänsten som utförs vid kommunal invandrarbyrå,
9. handläggning av ärenden som följer av bestämmelserna i lagen med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare och körkortsförordningen, samt
10. tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamheten.

Vid handläggning av ärenden och i verksamhet som avses i punkterna 1–9 får en kommunal myndighet endast använda uppgifter om namn eller uppgift om person-, samordnings- eller ärendenummer som sökbegrepp vid sökning efter uppgifter eller i samband med sammanställningar.

Privat verksamhet

Privata utförare av socialtjänst är enligt 17 § i förordningen personuppgiftsansvariga för den behandling av personuppgifter som utförs i dess verksamhet.

I privat verksamhet får personuppgifter behandlas för dokumentation av sådan vård, behandling eller omsorg av enskilda som ges inom verksamheten. Även de personuppgifter som behövs för administrationen av verksamheten får hanteras.

När det gäller samkörning av personuppgifter får ett boende, en öppen verksamhet eller en annan enhet i privat verksamhet inte hämta personuppgifter från annat boende, annan öppen verksamhet eller annan enhet inom privat verksamhet för behandling av uppgifter genom samkörning.

19.4.4 Direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling

Ifråga om utlämnande av uppgifter i socialtjänsten gäller de begränsningar som finns i offentlighets- och sekretesslagen, socialtjänstlagen samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Dessa författningar tar i detta avseende framför allt sikte på frågan om huruvida uppgifter får lämnas ut, inte hur de i sådant fall får lämnas ut.

Avsaknaden av bestämmelser innebär inte att det är omöjligt att elektroniskt lämna ut uppgifter i socialtjänsten. Utlämnande av uppgifter på medium för automatiserad behandling är en form av behandling av personuppgifter enligt 3 § PUL, som är tillåten om utlämnandet görs i enlighet med de ändamål som är bestämda för personuppgiftsbehandlingen och att kraven på informations-säkerhetsåtgärder iakttas. Dessutom måste utlämnandet ske med beaktande av bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

Sammanfattningsvis gäller således att uppgifter kan lämnas ut elektroniskt mellan olika verksamheter inom socialtjänsten om personuppgiftsbehandlingen som sådan är tillåten samt sekretessen för uppgifterna bryts, t.ex. genom den enskildes samtycke.

Däremot är direktåtkomst mellan olika verksamheter med sekretessgränser mellan sig inte möjligt i socialtjänsten. Det saknas exempelvis bestämmelser som motsvarar hälso- och sjukvårdens möjligheter att i system för sammanhållen journalföring hålla

uppgifter från flera olika vårdgivare tillgängliga för varandra genom direktåtkomst. Olika privata utförare av socialtjänst kan således inte ta del av varandras uppgifter om individen genom direktåtkomst. Inte heller kan en kommunal utförare av socialtjänst med direktåtkomst få tillgång till en privat utförares dokumentation om den enskilde.

19.5 Sekretess på socialtjänstens område

När det gäller den offentligt utförda socialtjänsten finns relevanta bestämmelser i 26 kap. offentlighets- och sekretesslagen. Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om enskilda personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller närstående lider men (26 kap. 1 §). Med socialtjänst förstås enligt samma bestämmelse huvudsakligen verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård av unga och missbrukare utan samtycke samt verksamhet som i annat fall enligt lag bedrivs av socialnämnd eller av Statens institutionsstyrelse.

Sekretess gäller dessutom även i kommunal familjerådgivning för uppgift som en enskild har lämnat i förtroende eller som har inhämtats i samband med rådgivningen.

För privat verksamhet inom socialtjänsten, t.ex. utförare av hemtjänst, finns bestämmelser om tystnadsplikt i 15 kap. 1 § SoL. Den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt socialtjänstlagen får inte obehörigen röja vad han eller hon i det sammanhanget har fått veta om enskildas personliga förhållanden. Vid tolkningen av detta obehörighetsrekvisit har det ansetts naturligt att söka ledning i sekretesslagens regler.¹⁰ Den bakomliggande tanken är att den enskilde ska ha samma skydd för sin personliga integritet vare sig han eller hon är föremål för insatser från en privat eller offentlig verksamhet.

I OSL finns några sekretessbrytande bestämmelser på socialtjänstens område. Av 26 kap. 9 § framgår att sekretess inte hindrar att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller

¹⁰ Bl.a. prop. 2005/06:141 s. 63, prop. 2005/06:161 s. 82 och 93 och prop. 2007/08:126 s. 133.

annat stöd och denne (1) inte har fyllt arton år, (2) fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller (3) vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Detsamma gäller uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Inte heller hindrar sekretess att uppgift i verksamhet som avses i 7 kap. 5 § SoL lämnas till en socialnämnd och uppgift i verksamhet som avses i 23 d § LSS lämnas till en nämnd som avses i 22 § samma lag, om uppgiften behövs för handläggning av ärende eller verkställighet av beslut om stödinsatser, vård eller behandling och det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas. (26 kap. 10 § OSL).

Det saknas dock sekretessbrytande bestämmelser motsvarande de som för hälso- och sjukvården gäller enligt 25 kap. 13 § OSL. Av den bestämmelsen följer att hälso- och sjukvårdssekretess inte hindrar att uppgift om en enskild, som p.g.a. sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till utlämnandet, lämnas ut för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd. Under de förutsättningarna får en myndighet inom hälso- och sjukvården lämna ut uppgifterna till en annan sådan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en privat vårdgivare eller privat utförare på socialtjänstens område. Bestämmelsen möjliggör således ett uppgiftsutlämnande både inom sjukvården och mellan sjukvården och socialtjänsten. En sådan motsvarande bestämmelse saknas dock på socialtjänstens område, dvs. en myndighet inom socialtjänsten kan inte med motsvarande förutsättningar lämna ut uppgifter till andra myndigheter eller privata utförare inom socialtjänsten eller motsvarande aktörer i hälso- och sjukvården.

Det kan också nämnas att det i dokumentationen kan finnas uppgifter om enskildas hälso- tillstånd eller andra personliga förhållanden som lämnats i anmälan eller annan utsaga från annan person än den enskilde. Även sådana uppgifter kan enligt 26 kap. 5 § OSL omfattas av sekretess i förhållande till den enskilde om det kan antas att fara uppkommer för att den som har lämnat uppgifterna eller dennes närstående utsätts för våld eller allvarligt men om uppgifterna röjs. Bestämmelsen skyddar den som lämnar uppgifter till socialtjänsten om andras förhållanden.

19.5.1 Sekretess mellan myndigheter och självständiga verksamhetsgrenar

Av offentlighets- och sekretessregleringen följer att sekretess även gäller mellan myndigheter. Kommuner har en stor frihet att organisera sina olika nämnder som de själva önskar och efter lokala behov och förutsättningar. Det är bl.a. möjligt att dela upp socialtjänstens uppgifter på flera nämnder. Det förekommer exempelvis en geografisk uppdelning på kommundelsnämnder, men det kan även vara en uppdelning på olika kompetensområden eller utifrån ett beställar- och utförarperspektiv. Varje nämnd i en sådan socialtjänstorganisation är att anse som egna myndigheter i offentlighets- och sekretesslagens mening och sekretess gäller då som huvudregel mellan dessa olika nämnder inom samma kommun.

Sekretess kan utöver detta i vissa fall även gälla inom en och samma nämnd, nämligen om det inom nämnden finns verksamhetsgrenar som är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (8 kap. 2 § OSL). Vad som avses med självständiga verksamhetsgrenar inom en myndighet har inte definierats av lagstiftaren och tolkningen av begreppet har vållat svårigheter för den praktiska tillämpningen. Ett vanligt sätt att beskriva det är dock att en självständig verksamhetsgren i förhållande till en annan verksamhet inom en myndighet uppstår om det är fråga om olika verksamhetsgrenar och dessa är självständiga i förhållande till varandra.

Om olika delar av myndighetens verksamhet ska tillämpa helt olika uppsättningar av sekretessbestämmelser kan det vara fråga om olika verksamhetsgrenar. Ifall verksamheterna bedöms vara olika verksamhetsgrenar måste man också bedöma om de har organiserats på ett sådant sätt att de förhåller sig självständiga till varandra. Om dessa både kriterier är uppfyllda finns en sekretessgräns inom myndigheten. Omständigheter av betydelse för bedömningen av självständigheten kan vara att organet självständigt förvaltar viss egendom, har viss handlingsfrihet inom en angiven ekonomisk ram eller i övrigt kan vidta vissa faktiska åtgärder självständigt och på eget ansvar. Andra omständigheter som påverkar bedömningen kan vara att man i vissa frågor beslutar självständigt och i eget namn.

Ett undantag från ovanstående huvudregel har emellertid gjorts genom Ädelreformen¹¹. I de verksamheter som omfattas av Ädelreformen bedöms den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten, om de bedrivs inom en och samma nämnd, i sekretesshänseende tillhöra samma verksamhetsområde och inte vara självständiga i förhållande till varandra.

Även när det gäller sekretessen mellan myndigheter inom samma kommun skiljer det sig åt mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För hälso- och sjukvårdens del gäller enligt 25 kap. 11 § punkten 1 OSL att sekretessen inte hindrar att uppgift lämnas från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvård i en kommun till en annan sådan myndighet i samma kommun. Motsvarande sekretessbrytande bestämmelse finns således inte på socialtjänstens område.

19.5.2 Sekretess i förhållande till privata utförare av socialtjänst

Som tidigare nämnts utförs mycket av socialtjänstinsatserna i dag av privata aktörer som har avtal med kommunen. En sådan utveckling för även med sig konsekvenser i sekretesshänseende. Sekretessregleringen i offentlighets- och sekretesslagen innebär som ovan beskrivits att det finns en sekretessgräns runt en myndighet. Denna gräns gäller i förhållande till alla som är utanför men normalt inte i förhållande till den som uppgiften handlar om. Detta innebär att sekretessgränsen runt en myndighet även gäller i förhållande till en enskild verksamhet (privat driven) inom socialtjänsten. Sekretessgränsen innebär att uppgifter som är omfattas av sekretess hos myndigheten inte får lämnas ut till den privata utföraren om inte den enskilde samtycker till utlämnandet eller en sekretessbrytande bestämmelse eller en menprövning tillåter det. Utredningens bedömning är vidare att motsvarande måste anses gälla för ett uppgiftsutlämnande från en privat utförare till en kommunal myndighet inom socialtjänsten eller till en annan privat utförare av socialtjänst. Eftersom innebörden av bestämmelserna om tystnadsplikt i socialtjänstlagen ska tolkas och tillämpas med ledning av bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen saknas grund för att göra en annan bedömning än att det finns

¹¹ Ädelreformen 1992, innebar att kommuner fick ett samlat ansvar för vård och omsorg för bland annat äldre.

motsvarande tystnadspliktsgräns runt en privat driven socialtjänstverksamhet som det i sekretesshänseende finns runt en myndighet.

I Socialtjänstdatautredningen, SOU 2009:32, gjorde visserligen utredaren bedömningen att tystnadsplikt enligt 15 kap. 1 SoL inte utgör hinder mot att uppgifter om enskild lämnas från enskild verksamhet inom socialtjänsten till myndighet inom socialtjänsten. Som grund för bedömningen anfördes bl.a. att det yttersta ansvaret för en kommuns uppgifter inom socialtjänsten inte kan överlåtas på annan och att nämnden har det direkta ansvaret för att sådant som lagts ut på ett företag kontrolleras och följs upp.

Att det inte skulle finnas någon tystnadspliktsgräns mellan en privat utförd socialtjänst och en kommunal myndighet inom socialtjänsten saknar emellertid enligt vår bedömning stöd i nuvarande sekretessreglering. Vidare kan inte kommunens övergripande ansvar exempelvis för kontroll av utförd verksamhet, med dagens reglering, innebära oinskränkta möjligheter för kommunala myndigheter att ta del av individuppgifter som under genomförandefasen dokumenteras av olika utförare. Det kan dock inte uteslutas att ett utlämnande i enskilda fall, exempelvis från en privat utförare till en kommunal myndighet, kan bedömas vara tillåtet vid en tillämpning av bestämmelserna om tystnadsplikt i 15 kap. 1 § SoL.

Frågan om kommunens skyldigheter att följa upp verksamhet som drivs av annan än kommunen och vilka möjligheter kommunen har att ta del av personuppgifter över sekretessgränser för detta ändamål är komplex. Utredningen om en ny kommunallag för framtiden överlämnade 2013 delbetänkandet Privata utförare – kontroll och insyn (SOU 2013:53). I betänkandet gör utredningen ett försök att i någon mån precisera det kommunala huvudmannskapet för vissa verksamheter och vilka krav på uppföljning som bör ställas på verksamheter som ingår i huvudmannens ansvarsområde. Någon egentlig analys av vilka uppgifter huvudmannen har rätt att ta del av och hur det kan ske gjordes däremot inte. Det kan därför finnas behov av att ytterligare analysera och överväga behovet av en ökad tydlighet rörande kommunens möjligheter att inhämta och använda uppgifter som dokumenteras hos privata utförare av socialtjänst.

20 En ändamålsenlig informationshantering – iakttagelser och reflektioner

20.1 Bakgrund

Vi har inledningsvis i betänkandet redogjort för våra generella iakttagelser och utgångspunkter kring nödvändiga förutsättningar för en ändamålsenlig informationshantering inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det inbegriper exempelvis lagstiftning, teknik, informatik, ledarskap, kulturer, arbetssätt m.m. Vi har då kunnat konstatera att alla dessa faktorer måste samspela och tillsammans stödja en utveckling mot en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering med individen i centrum. I detta avsnitt redogör vi översiktligt för ett antal faktorer som utredningen bedömer som centrala för möjligheterna att skapa en ännu mer ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering inom socialtjänsten. Frågor om informationshantering i integrerade verksamheter mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård m.m. berörs primärt inte här utan i avsnitt 31 och 32.

20.2 Informatik och it

Det har under utredningens arbete blivit tydligt att såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten har behov av att utveckla och implementera ett nationellt fackspråk och en mer strukturerad dokumentation. Det är på många sätt en grundläggande förutsättning för ökad kvalitet och säkerhet samt möjligheter till jämförelser. I ett vidare perspektiv påverkar det även möjligheterna till en jämlik socialtjänst för alla, alldeles oavsett vilken kommun medborgaren bor i eller vilken utförare medborgaren väljer för sina beviljade

insatser. Eftersom en strukturerad dokumentation enligt ett nationellt fackspråk blir kunskapsstyrande och direkt kan påverka arbets sätt och arbetsflöden i socialtjänsten, kan det även med fog hävdas vara en demokrati- och rättvisefråga.

Under arbetet har utredningen kunnat konstatera att den tekniska utvecklingen inte nått lika långt inom socialtjänsten som inom hälso- och sjukvården. Det förekommer exempelvis fortfarande en del manuell informationshantering inom socialtjänsten. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att det inom vissa delar av socialtjänsten inte finns samma behov av att dokumentera som det gör inom andra delar. För genomförandet av vissa insatser kan det handla om att dokumentera att insatsen är utförd eller orsaken till att insatsen inte är utförd. För genomförandet av andra insatser kan det dock finnas behov av att tydligare dokumentera utförandet av insatser för att hela tiden ställa det mot uppställda mål som rör den enskildes utveckling och förmåga att själv vidta hela eller delar av en insats.

Ett positivt exempel som förtjänar att lyftas fram är den utveckling som har skett i Motala kommun. Som en av tre s.k. pilotkommuner har Motala bedrivit ett arbete mot ett mer behovs- och processinriktat arbetssätt med stöd av en strukturerad dokumentation med fastställda klassifikationer (ICF). Både utredning, planering av genomförande och uppföljningen av resultaten görs utifrån den enskilde i centrum samt med hjälp av ett särskilt framtaget it-stöd. Genom utveckla verksamhetens arbetssätt och kombinera det med ett it-system som stödjer det nya arbetssättet och den enskildes process genom socialtjänsten blir informationshanteringen mer ändamålsenlig och arbetet mer kunskapsstyrt.

Utredningens bild är att det finns mycket som generellt fungerar bra i socialtjänsten och att det pågår en hel del utvecklingsarbeten för att förbättra kvaliteten i socialtjänstens olika delar. I sammanhanget kan exempelvis arbetet med evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten nämnas. Med stöd av en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har ett antal utvecklingsarbeten startats runt om i landet. Arbetet mot en evidensbaserad praktik handlar bland annat om involvera brukarna i arbetet, ta tillvara kunskap från professionen och forskningen och att analysera resultatet av sitt arbete. Enligt utredningens mening finns mycket att vinna på att inom ramen för det arbete som nu görs även inkludera frågor om hur informationshanteringen och it-stöden bör utformas för att

stödja den önskade utvecklingen. En evidensbaserad praktik som bygger på ett systematiskt arbetssätt och uppföljning av resultat kräver bland annat en enhetlig och strukturerad dokumentation samt it-stöd som möjliggör framtagandet av underlag för olika typer av uppföljningar och förbättringsarbeten. Den arena som erbjuds genom de olika satsningarna inom ramen för arbetet med evidensbaserad praktik har förutsättningar att låta verksamhetsutveckling och it-utveckling att gå hand i hand.

20.3 Samtycke till insatser – en utgångspunkt för informationshanteringen

I huvudsak aktualiseras en enskild individ inom socialtjänsten genom en kontakt som kan gälla exempelvis en ansökan eller en anmälan. I sådan verksamhet som drivs som serviceinsatser ser processen av naturliga skäl annorlunda ut eftersom det i dessa verksamheter varken görs sådana utredningar som avses i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, eller fattas några biståndsbeslut. Alldeles oavsett bygger socialtjänstens verksamhet i huvudsak på frivillighet och delaktighet från den enskildes sida. Socialtjänstens arbete ska så långt möjligt utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.

Vid en ansökan finns en ständig dialog med den sökande. Det görs exempelvis genom kompletterande information, ställningstaganden till utredningsplanen, dialogen kring inhämtande av information, medverkan i behovsbedömningen och ställningstagande till det beslutsunderlag som kommunicerats. Är beslutet gynnande ska den sökande vara delaktig i valet av utförare och delaktig i en uppdragsdialog där individen är med och utvärderar mot mål och uppdrag. I de flesta fall förekommer informationshantering därför primärt i två olika steg, först i och med behovs- och biståndsbedömningen och sedan i och med verkställigheten av biståndsbeslutet. Utöver detta hanteras information även för ändamål som uppföljning, administration, kontroll, tillsyn etc.

Handlägningsprocessen gör att kommunikation, delaktighet och den enskildes samtycke sedan länge är bärande beståndsdelar inom socialtjänsten. Den enskildes samtycke till insatser i socialtjänsten kan många gånger sägas utgöra själva utgångspunkten för informationshanteringen. Något särskilt samtycke för själva informationshanteringen behöver däremot inte inhämtas. Åtminstone inte

om det är fråga om sådan verksamhet inom socialtjänsten där det föreligger en dokumentationsskyldighet. I sådant fall kan den enskilde inte heller motsätta sig dokumentation och behandling av personuppgifter.

Även om samtycke inte behöver inhämtas särskilt för att behandla personuppgifter, behövs det ofta för att möjliggöra att uppgifter om den enskilde utbyts mellan olika aktörer inom eller utanför socialtjänstens verksamhet. Vid utredningens kontakter med företrädare för socialtjänsten har framkommit att arbetet med att inhämta samtycke för informationsutbyte är en naturlig del av verksamheten, inte minst eftersom det många gånger förekommer ett samarbete med andra aktörer. Det kan exempelvis handla om samarbete med andra delar av en kommuns socialtjänstverksamhet, skola, hälso- och sjukvård eller centrala myndigheter som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Mycket av den hantering och utbyte av information som i dag förekommer mellan olika verksamheter inom socialtjänsten görs därför med stöd av den enskildes samtycke. Det finns verksamheter och processer i socialtjänsten där det är ändamålsenligt att arbeta med samtycke och utifrån det utforma en informationshantering och ett informationsutbyte. Utredningens erfarenhet är att det fungerar särskilt väl i sådana situationer där informationsutbytet görs förhållandevis enstaka gånger och där det finns tid att invänta samtycket innan information utbyts. I sådana situationer torde även behovet av informationsutbyte kunna tillgodoses genom en manuell hantering, t.ex. att uppgifter lämnas ut muntligt eller på papper.

Under utredningens gång har det framkommit att det samtidigt finns situationer när samtycke inte upplevs ändamålsenligt. Vår erfarenhet är att det framför allt gäller när samtycket ändå inte möjliggör ett effektivt användande av moderna tekniska lösningar, t.ex. direktåtkomst till uppgifter om enskilda mellan olika utförare av socialtjänst. En sådan direktåtkomst till uppgifter över sekretessgränser som efterfrågas är nämligen inte möjlig endast med stöd av ett den enskildes samtycke. Det torde även krävas att sekretessen för uppgifterna bryts genom en särskild sekretessbrytande regel i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Att inte kunna utbyta uppgifter genom direktåtkomst fastän den enskilde lämnat sitt samtycke till ett visst informationsutbyte upplevs, enligt utredningens erfarenhet, många gånger som hinderande för en ändamålsenlig verksamhet. Inte minst kommuner som

organiserat sin egen socialtjänst under olika myndigheter påverkas av detta. Utredningen delar verksamheternas tveksamhet inför regelverkets begränsningar och konstaterar att det sannolikt bidrar till att förhindra en utveckling mot införandet av tekniska lösningar för ett snabbt, säkert och ändamålsenligt informationsutbyte.

20.4 Övergripande nämndstruktur påverkar informationshanteringen

Utvecklingen inom många kommuner innebär att det inte längre bara finns en kommunal nämnd för varje verksamhetsområde. Införandet av den fria kommunala nämndorganisationen har inneburit att en del kommuner kommit att dela upp socialtjänsten på flera sektorer som organisatorisk hör till olika nämnder. Det kan exempelvis handla om att kommunen delar upp verksamheten enligt en beställar- och utförarmodell, där det som tidigare var en socialnämnd splittras och blir en eller flera beställar- och utförarnämnder. Ett annat exempel är att dela upp nämndstrukturen efter ett geografiskt perspektiv, t.ex. i kommundels- eller stadsdelsnämnder. Det förekommer även att den organisatoriska uppdelningen är uppbyggd efter olika ämnesområden inom socialtjänsten, t.ex. ekonomiskt bistånd och missbruk.

Den fria kommunala nämndorganisationen har tillsammans med offentlighets- och sekretessregleringen dock medfört att nya sekretessgränser kan uppstå beroende på hur en kommun väljer att organisera sin verksamhet. Att en organisatorisk utveckling medför att sekretessgränser uppstår i verksamheter som tidigare kunnat utgöra ett enda sekretessområde kan leda till tillämpningsproblem för kommunerna och de individer de har att ansvara för. Sekretessgränserna upplevs sällan som adekvata och bidrar till en tröghet i systemet som kan motverka nya sätt att samverka och samarbeta mellan de olika kommunala nämnderna. Vidare uttrycks en oförståelse för regelverkets konsekvenser eftersom det i de kommuner där man valt att enbart ha en nämnd för verksamheten på socialtjänstens område inte finns någon motvarande sekretessgräns.

20.5 Valfrihet och mångfald påverkar informationshanteringen

Inte endast den fria kommunala nämndorganisationen, utan även valfrihetsreformer och ökat antal privata utförare i socialtjänsten har bland annat medfört att allt fler aktörer är inblandade i verkställigheten av de insatser som beviljas den enskilde. En individ kan exempelvis få hemtjänstinsatser utförda av flera olika utförare. Det kan röra sig om städning, tvättning, inköp, personlig omvårdnad, matlagning, promenadsällskap, ledsagning m.m. Det kan även vara så att en individ får en eller flera hemtjänstinsatser utförda av olika aktörer beroende på vilken tid på dygnet det är.

Dagens regelverk medger inte att olika utförare har direkt tillgång till varandras dokumentation och dokumentationssystem. Ett sätt att lösa behovet av informationsöverföring har därför under lång tid varit att, med stöd av individens samtycke eller åtminstone med individens kännedom, anteckna det viktigaste i en pärm eller dagbok som förvaras hos individen och som de olika utförarna kan läsa och dokumentera i. Ett sådant sätt att överföra information kan visserligen fungera i vissa situationer och för vissa ändamål. Men för att få till stånd en mer kvalitetssäker informationsöverföring skulle ett användande av modern teknik vara ändamålsenligt och effektivt. Ibland kan det även handla om att information om individen behöver nå en utförare redan innan denne exempelvis kommer hem till den enskilde för att utföra en hemtjänstinsats. Att redan innan ett besök kunna ta del av information som kan vara relevant gör att personalen kan förbereda sitt besök och ytterligare anpassa verksamheten efter individens aktuella behov.

Det konstateras att rådande regelverk innebär att möjligheterna till en effektiv och säker informationshantering är mycket beroende av hur kommunen organiserar sig. En kommun med få kommunala nämnder inom socialtjänsten och få privata aktörer bland utförarna har i dag väsentligt bättre förutsättningar till en ändamålsenlig informationshantering än kommuner med många nämnder och privata utförare i den offentligt finansierade verksamheten. De organisatoriska förändringarna påverkar såväl den individinriktade informationshanteringen i samband med beslut och genomförande av insatser i socialtjänsten som den hantering av information som behöver göras i form av uppföljning, kvalitetssäkring, verksamhetsutveckling m.m. Kommunen har som huvudman alltid det yttersta

ansvaret för att invånarna får det stöd och den hjälp de behöver, oavsett om t.ex. omsorg bedrivs i offentlig eller i privat regi.

20.6 Informationshantering i samband med rådgivning och annat stöd

Inom socialtjänsten har det i dag kommit att bli allt mer vanligt att kontakter förekommer och insatser utförs utan att den enskilde har ansökt om insatsen och sedan fått den biståndsbedömd. Det kan exempelvis handla om olika former av förebyggande insatser vid kontakter med enskilda. Inte sällan utförs rådgivning och andra stödinsatser inom ramen för missbruksvården eller i samband med familjerådgivning utan att ett biståndsbeslut har meddelats.

I förarbeten till ändringar av socialtjänstlagen anförde regeringen att de insatser som ska dokumenteras under genomförande är de individuellt behovsprövade stöd-, vård- och behandlingsinsatserna. Verksamheter som rådgivning och information samt vissa öppna verksamheter bedömdes, som tidigare, inte omfattas av dokumentationsskyldigheten¹.

Enligt socialtjänstlagen följer därmed ingen skyldighet att dokumentera rådgivning t.ex. vid alkohol- eller narkotikamottagning samt familjerådgivning. I de fall sådan rådgivning övergår till någon form av behandling som är individuellt anpassad ska dock biståndsbeslut fattas och dokumentation göras. Ett av de främsta skälen till att rådgivnings- och stödverksamheter ligger utanför dokumentationsskyldigheten är att det annars skulle kunna vara avskräckande för personer att kontakta socialtjänsten och få stöd och råd i utsatta situationer. En ytterligare effekt är att socialtjänsten blir mer lättillgänglig eftersom verksamheten genomförs utan att en biståndsbedömning aktualiseras. Den enskilde kan då snabbare få en tid för exempelvis samtal vid en ungdomsmottagning, missbruksenhet eller hos familjerådgivningen.

Under utredningens gång har det visat sig att den verksamhet som bedrivs inom ramen för råd och stöd kan skilja sig väsentligt åt mellan olika kommuner. I en del kommuner erbjuds enskilda ett fåtal besök utan biståndsbeslut medan individer i andra kommuner kan ha väldigt många kontakter med socialtjänsten utan att behovet om bistånd bedöms. I de senare situationerna kan verksamheten

¹ Prop. 1996/97:124 s. 152.

komma att bedrivas på ett sådant sätt att det i praktiken är svårt att skilja ifrån vad som hade varit fallet om saken blivit individuellt behovsprövad och beslutad.

Behovet av att dokumentera insatser inom socialtjänstens öppna verksamheter är naturligtvis större om verksamheten bedrivs under längre tid och utifrån de sökandes individuella behov. Frågan är hur enskildas behov av rättssäkerhet och god kvalitet ska säkras om verksamheten inte dokumenterar insatserna. Ur ett uppföljningsperspektiv är det även önskvärt att kunna följa utvecklingen av verksamheten i stort, men även utifrån enskilda personers vård- och omsorgskedja.

Vid utredningens kontakter med verksamheter bl.a. inom ungdomshälsa och missbruksvård framkommer en tydlig bild av att verksamheterna själva bedömer att det finns ett behov av att dokumentera, både för det individinriktade arbetet och för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring. Det förekommer ett antal olika lösningar för att tillgodose dessa behov. Exempelvis görs dokumentation med stöd av den enskildes samtycke under den tid den enskilde är föremål för rådgivning eller annat stöd.

Någon möjlighet att dokumentera och behandla personuppgifter utan samtycke finns troligen inte eftersom verksamheten inte omfattas av de tillåtna ändamålen för personuppgiftsbehandling som anges i förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPULF, (jfr 12 §). Det är även osäkert ifall en personuppgiftsbehandling som inte är tillåten enligt lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPUL, och SoLPULF över huvud taget kan grunda sig på den enskildes samtycke. Eftersom SoLPULF anger de ändamål för vilka personuppgiftsbehandling får genomföras i socialtjänsten är det oklart om de grundläggande bestämmelserna om samtycke i personuppgiftslagen (1998:204) kan tillämpas. Denna osäkerhet är otillfredsställande såväl för den enskilde som för verksamheterna. Utredningens erfarenhet är nämligen, som nämnts tidigare, att verksamheter inom råd och stöd i dagsläget inhämtar den enskildes samtycke för att behandla personuppgifter och dokumentera det som förekommer vid kontakter med den enskilde. Samtycke för att efter avslutad kontakt behandla personuppgifter för ändamål som uppföljning och kvalitetssäkring verkar, såvitt utredningen kan bedöma, inte förekomma i någon större utsträckning. Däremot uppger några kommuner att de på olika sätt avlägsnar de direkt utpekande personuppgifterna för att sedan låta upp-

gifterna ligga till grund för verksamhetsuppföljning, statistikframställning m.m.

Våra iakttagelser visar att socialnämnderna har behov av att ytterligare analysera och ta ställning till hur verksamheter inom ramen för råd och stöd ska bedrivas. Det handlar bl.a. om att överväga hur många och hur ingående kontakter med den enskilde som ska kunna förekomma utan att saken ska behovsprövas och beslutas. En annan fråga är var gränsen går för när en insats blir anpassad efter individens behov och när en insats är så generell att den kan sägas rikta sig till hela befolkningen i kommunen. Oavsett var man landar i sådana överväganden är frågan om dokumentation och informationshantering nära sammankopplad med karaktären på verksamheten. Frågor om informationshantering bör därför i första hand vara kopplade till vilka behov för den enskilde och för verksamheten som rent faktiskt föreligger. Situationen blir dessutom än mer komplex i de integrerade verksamheter som finns mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Här kan verksamhetens karaktär och de olika dokumentationsbestämmelserna göra att en insats blir dokumenterad om individen möter en yrkesverksam inom hälso- och sjukvården, medan samma insats inte alls dokumenteras om den enskilde i stället har kontakt med en yrkesverksam inom socialtjänsten. Exempel på detta finns både i ungdomshälsan, i psykiatrin och i missbruksvården m.m.

20.7 Verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring

Av grundläggande bestämmelser i socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), förkortad LSS, följer att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Regelverket för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring är dock inte helt tydligt på socialtjänstens område. Till skillnad från hälso- och sjukvården som har bestämmelser som uttryckligen tillåter samtliga vårdgivare att dels hantera personuppgifter i sin egen verksamhet för kvalitetssäkring m.m., dels registrera uppgifter i nationella kvalitetsregister, saknas i princip motsvarande bestämmelser för socialtjänsten.

Av förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten följer dock att en kommun får behandla personuppgifter

för tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamheten. Sådana bestämmelser saknas däremot för juridiska eller fysiska personer som ansvarar för privat verksamhet inom socialtjänsten. Det är därmed otydligt i vilken utsträckning en privat utförare får hantera personuppgifter för att utveckla verksamheten.

Vidare kan noteras att den nationella uppföljningen av socialtjänstens insatser visar upp betydande skillnader jämfört med hälso- och sjukvården. Medan det i hälso- och sjukvården finns omkring ett 100-tal nationella kvalitetsregister som vårdgivarna själv har huvudansvaret för samt därutöver ett antal centrala hälsodataregister där Socialstyrelsen följer utvecklingen på ett antal områden, kan konstateras att motsvarande till stora delar saknas i socialtjänsten. Visserligen samlar Socialstyrelsen in vissa uppgifter från kommunernas socialtjänst inom ramen för lagen (2001:99) om den officiella statistiken och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. Några verktyg för förbättringsarbete som liknar hälso- och sjukvårdens nationella kvalitetsregister finns däremot inte. Under utredningens gång har väckts frågan om det bör finnas liknande möjligheter till kvalitetsutveckling inom socialtjänsten som regelverket om nationella kvalitetsregister ger för hälso- och sjukvården.

Även om det kan finnas anledning att ifrågasätta regelverkets ändamålsenlighet vad gäller möjligheterna att hantera personuppgifter för att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten, har vi under vårt arbete även mött olika attityder och kulturer inom socialtjänsten. Medan det i vissa verksamheter finns ett stort driv mot kvalitetssäkring och förbättringsarbete har vi även erfarenhet av verksamheter som inte bedriver, eller till och med säger sig behöva bedriva, något systematiskt kvalitetsarbete av detta slag. De senare exemplen har vi i allmänhet mött i verksamheter som bedrivs som råd och service, dvs. inte biståndsbedömda insatser. Särskilt med tanke på utvecklingen inom råd och service i dag, där det många gånger i praktiken torde handla om en sådan kvalificerad och individuellt anpassad insats som traditionellt sett hade blivit biståndsbedömd, är detta bekymmersamt. Även om det självklart i många verksamheter är naturligt att systematiskt arbeta för att förbättra resultatet för individerna bedömer vi att de erfarenheter vi fått av det motsatta inte bör ignoreras. Det är viktigt att all verksamhet som syftar till att förbättra hälsa och livskvalitet för människor i behov av stöd har ett sätt att systematiskt ta reda på

vad som görs i verksamheten och vilka resultat det medför för individerna.

20.8 SoLPUL och SoLPULF – ett svårtillgängligt regelverk

Lagen om behandling av personuppgifter i socialtjänsten har länge kritiserats för att vara otydlig och svår att tillämpa. Inte minst har relationen till personuppgiftslagen och till förordningen om behandling av personuppgifter i socialtjänsten lyfts fram och sagts vara komplicerad. Bestämmelserna som reglerar för vilka ändamål personuppgifter får behandlas är exempelvis samlade i olika författningar och i nuvarande lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten finns ingen uppräknning över vilka ändamål som är tillåtna. Dessutom är de ändamålsbestämmelser som trots allt finns i SoLPULF olika utformade beroende på vilken aktör som ska behandla personuppgifterna. Det bidrar till att regelverket blir svårtillgängligt, men kan även påverka förutsättningarna för en jämlik socialtjänst oavsett om en offentlig eller en privat utförare står för insatsernas genomförande.

Sedan patientdatalagen (2008:355) trädde ikraft har det även blivit än mer tydligt att regleringen på socialtjänstens område inte är lika uppdaterad och att de två författningarna har helt olika systematik och struktur. Särskilt med tanke på att hälso- och sjukvård och socialtjänst ligger mycket nära varandra har det framförts behov av att harmonisera lagstiftningen så att de i större utsträckning liknar varandra.

Exempelvis saknas för socialtjänstens del i dag en lagstiftning om behandling av personuppgifter som tydliggör vad syftet är med informationshanteringen eller som närmare reglerar frågor om inre sekretess, t.ex. behörighetsstyrning och åtkomstkontroll. För en ändamålsenlig informationshantering med hjälp av modern teknik är det viktigt att de grundläggande förutsättningarna som styr hur information får hanteras är så tydliga och kända som möjligt. Så är fallet inte i dag, där socialtjänsten måste söka stöd i personuppgiftslagens regler och praxis från Datainspektionen för att få ledning t.ex. i säkerhetsrelaterade frågor.

Socialtjänstdatautredningen² hade, bl.a. mot bakgrund av några av ovanstående perspektiv, som ett huvuduppdrag att göra en översyn av hur personuppgiftsbehandlingen i socialtjänsten regleras och vid behov lämna förslag för att åstadkomma en mer välfungerande och sammanhållen reglering av området.³ Eftersom betänkandet ännu inte lett till någon lagstiftning återstår fortfarande behovet av en översyn av lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten och den därtill hörande förordningen.

20.9 Kunskap, kompetens, ledning och styrning

Utredningen uppfattar att det, på motsvarande sätt som är fallet för hälso- och sjukvården, finns ett behov av ökad kunskap och kompetensutveckling i socialtjänsten när det gäller förutsättningarna för att hantera och utbyta information. Det kan handla om allt ifrån en osäkerhet på vad som är tillåtet i ett enskilt fall till en mer utbredd okunskap om vilka tekniska lösningar för att t.ex. utbyta information mellan olika aktörer som står till buds och är tillåtna enligt lagstiftningen. Inte minst i mindre verksamheter där socialtjänsten arbetar tillsammans med andra aktörer, t.ex. hälso- och sjukvård eller andra myndigheter, har vi kunnat konstatera ett behov av ökat stöd för en mer ändamålsenlig informationshantering.

Mycket av detta handlar ytterst, som vi ser det, om en mer aktiv och målmedveten ledning och styrning i frågorna. Vi bedömer därför att behovet av kompetensutveckling och kunskapsstyrning på detta område finns såväl på den mer verksamhetsnära nivån som på de olika ledningsnivåerna i socialtjänsten. Många gånger handlar det om att i organisationen bygga upp en struktur som på olika sätt stödjer ett ändamålsenligt arbetssätt vad gäller dokumentation och informationshantering. Inte minst behöver det stödet finnas i samband med framtaget och utvecklingen av de verksamhetssystem som ska användas i socialtjänsten.

Utredningen ser även att det ökade antalet utförare i socialtjänsten för med sig behov av att utveckla strukturer för att även stödja dessa. Många gånger är det relativt små företag som etablerar sig i kommunernas valfrihetssystem. Att förutsätta att dessa organisationer ska ha uppbyggd egen kunskap och kompetens i dessa

² SOU 2009:32.

³ Dir. 2007:92.

frågor är inte rimligt. Inte sällan är dessa mindre företag även i praktiken hänvisade att använda de system för informationshantering som kommunen själv använder och tillhandahåller. Det finns därför behov för kommunen som huvudman att ta ett ansvar för att de privata utförarna på något sätt omfattas av de strukturer och regelverk som tas fram i syfte att stödja en ändamålsenlig informationshantering.

Samtidigt som vi ser ett behov av ökad kunskap och en mer aktiv ledning och styrning kan vi även konstatera att det pågår en önskvärd utveckling på olika områden. Som vi nämnt i tidigare avsnitt pågår ett arbete, t.ex. inom ramen för projektet evidensbaserad praktik där även dessa frågor är aktuella. På en mer lokal nivå har vi även kunnat konstatera att det i kommunernas olika samverkansorganisationer drivs många projekt som ökar kunskapen och stöttar enskilda kommuner i utvecklingen mot ökad kvalitet och effektiv informationshantering. Det är viktigt att denna utveckling fortsätter.

Det finns heller ingen anledning att ifrågasätta den insikt som finns i socialtjänsten om att uppgifter många gånger är integritets känsliga och behöver hanteras varsamt och i enlighet med regler om sekretess och tystnadsplikt. Vi bedömer att detta medvetande är högt och att det är en självklar och naturlig del av verksamhetskulturen att värna den enskildes intressen. Kunskapsbehovet finns snarare i den mer aktiva och verksamhetsnära tillämpningen av lagstiftningen. Inte minst för att verksamheten ska kunna införa ändamålsenliga IT-stöd behövs en ökad kunskap om hur uppgifter om enskilda får hanteras i en verksamhet och utbytas med andra verksamheter.

20.10 Sammanfattande reflektioner

Även om det finns mycket som fungerar bra kan utredningen konstatera att det finns ett antal faktorer som har stor betydelse för målsättningen att skapa en ännu mer ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering inom socialtjänsten. Mot bakgrund av ovanstående och vad som tidigare redovisats vill vi sammanfattningsvis lyfta fram följande behov som särskilt viktiga att belysa i det följande. Den gemensamma nämnaren för alla dessa behov är att de i olika utsträckning påverkar kvaliteten i den socialtjänst som enskilda får.

- Behovet av att införa ett nationellt fackspråk och en informationsstruktur som stödjer ett evidensbaserat arbete.
- Behovet av att se över sekretessregleringens konsekvenser för kommunens möjligheter till en ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering.
- Behovet av att de rättsliga förutsättningarna för samverkan kring enskilda ligger i linje med de krav på samverkan som finns i lagstiftningen.
- Behovet av att de rättsliga förutsättningar för att säkra och utveckla kvaliteten i socialtjänsten ligger i linje med de krav som finns i lagstiftningen.
- Behovet av ökad kunskap, ledning och styrning ifråga om möjligheterna att hantera och utbyta information.
- Behovet av en modernisering av regleringen av personuppgiftsbehandling i SoLPUL och SoLPULF.
- Behovet av tydliga bestämmelser om inre sekretess, t.ex. behörighetsstyrning och åtkomstkontroll.
- Behovet av ett regelverk som möjliggör direktåtkomst mellan utförare när så behövs.
- Behovet av rättsliga möjligheter för privata utförare att behandla personuppgifter för systematiskt kvalitetsarbete.
- Den ibland långtgående tolkningen av vad som kan erbjudas som serviceinsatser (där dokumentationsskyldighet saknas).

21 En mer ändamålsenlig sekretessreglering i socialtjänsten

21.1 Bakgrund

Genom regler i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, uppstår sekretess runt olika myndigheter. I en kommunal nämndorganisation ses varje nämnd med underlydande förvaltning som en egen myndighet i sekretesshänseende. För en kommun som, för att t.ex. höja kvaliteten och servicen gentemot invånarna, valt att organisera socialtjänsten i olika nämnder gäller således sekretess mellan nämnderna. Det påverkar kommunens möjligheter att hantera och utbyta information i socialtjänsten, t.ex. med avseende på införandet av ett kommungemensamt it-system för socialtjänstverksamheten. De sekretessgränser som uppstår medför även att den personal som arbetar i de olika verksamheterna inte kan ha direktåtkomst till varandras information, oavsett om individerna ofta är aktuella i båda verksamheterna och ett tätt samarbete krävs för att individen ska få sina behov tillgodosedda på bästa sätt.

För att en sekretessbelagd uppgift ska få lämnas ut från en verksamhet under den ena nämnden till en verksamhet under en annan nämnd krävs antingen att det finns en sekretessbrytande bestämmelse som tillåter det, att den enskilde samtycker till det eller att man vid en sekretessprövning kommer fram till att uppgifterna kan lämnas ut. Om en uppgift får lämnas ut mellan verksamheter som leds av olika nämnder, t.ex. med stöd av den enskildes samtycke, kan utlämnandet göras på flera olika sätt. Det kan exempelvis göras muntligt, på papper eller genom elektroniskt utlämnande på medium för automatiserad behandling, t.ex. cd, USB-minne eller

filöverföring. Uppgifterna får dock inte lämnas ut genom direktåtkomst.

Direktåtkomst är ett sätt att lämna ut uppgifter över sekretessgränser utan att det görs en sekretessprövning i varje enskilt fall. Den som formellt ansvarar för utlämnandet gör därmed inte någon manuell aktivitet vid varje överföringstillfälle som kan jämföras med ett beslut om utlämnande och en sekretessprövning. Vid direktåtkomst är det i stället mottagaren som själv direkt bereder sig åtkomst till uppgifter i den utlämnande verksamheten. För att det ska vara tillåtet att lämna ut uppgifter genom direktåtkomst krävs att det finns en sekretessbrytande bestämmelse som tillåter det. Någon sådan bestämmelse finns inte på socialtjänstens område. På hälso- och sjukvårdens område är situationen en annan. Där finns bestämmelser såväl i offentlighets- och sekretesslagen som i patientdatalagen (2008:355) som gör det möjligt för kommunen dels att organisera sin hälso- och sjukvård i olika nämnder utan att sekretess hindrar att uppgifter lämnas mellan nämnderna, dels att utbyta uppgifter genom direktåtkomst.

Det har under utredningens arbete blivit allt tydligare att den fria kommunala nämndorganisationen tillsammans med offentlighets- och sekretessregleringen har medfört att omotiverade sekretessgränser kan uppstå inom socialtjänsten beroende på hur en kommun väljer att organisera sin verksamhet. Att en organisatorisk utveckling medför att sekretessgränser uppstår mellan verksamheter som tidigare kunnat utgöra ett enda sekretessområde kan leda till tillämpningsproblem för kommuner och de invånare en kommun ansvarar för. Det finns därför anledning att överväga om sekretessregleringen bör utformas på ett mer ändamålsenligt sätt både för kommunens möjligheter att organisera sin verksamhet och för individernas behov av sekretess- och integritetsskydd.

Vidare har utredningen i uppdrag att överväga om det finns skäl att för socialtjänstens del införa sekretessbrytande bestämmelser som i relevanta delar motsvarar dem som redan gäller inom hälso- och sjukvården. För hälso- och sjukvårdens del finns exempelvis vissa möjligheter att lämna ut uppgifter till andra myndigheter inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten i fall där den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till utlämnandet.

21.1.1 Kort om kommunens ansvar och organisation

Kommunen har som huvudman det yttersta ansvaret för att invånarna får det stöd och den hjälp som de behöver, oavsett om t.ex. omsorg sedan bedrivs i offentlig eller i privat regi. Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. När det gäller kommunens insatser för särskilt stöd och särskild service till funktionshindrade finns motsvarande bestämmelser i 2 och 22 §§ lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS. Det som sägs i socialtjänstlagen eller en annan författning om socialnämnd gäller i förekommande fall den eller de nämnder som kommunfullmäktige har utsett.

Kommunallagen (1991:900), förkortad KL, ger kommunerna stor frihet i fråga om nämndorganisationen och det är möjligt att dela upp socialtjänsten på flera olika facknämnder. Det är således möjligt att ha särskilda äldreomsorgsnämnder eller särskilda äldre- och handikappnämnder som har ansvar både för sociala och medicinska insatser. Det finns även en möjlighet att inrätta så kallade kommundelsnämnder vilket innebär att en nämnd har hand om en eller flera verksamheter för en del av kommunen (3 kap. 4 § punkten 2 KL). Även om det finns en stor frihet för en kommun att utforma sin nämndverksamhet måste målen i socialtjänstlagen kunna uppfyllas.

Kommuner har också möjlighet att samverka genom bestämmelserna om gemensam nämnd i 3 kap. kommunallagen. En gemensam nämnd får fullgöra alla de uppgifter som annars ankommer på en nämnd inom kommunen eller landstinget (3 kap. 3 a § KL). Genom lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet kan landsting och kommuner verka inom en gemensam nämnd inom landstingets hälso- och sjukvård och tandvård, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst samt kommunernas och landstingets verksamheter enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade och lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Bakgrunden till att denna lag infördes var att stödja en fortsatt kvalitetsutveckling inom aktuella områden. Samverkan i en gemensam nämnd innebär dock inte att sekretess mellan samverkande verksamheter bryts.

21.1.2 Något om tidigare lagstiftningsarbeten

Det har även i tidigare utredningar ifrågasatts om det är lämpligt att sekretess ska gälla inom socialtjänsten i en kommun beroende på hur kommunen har organiserat verksamheten inom socialtjänsten. Offentlighets- och sekretesskommittén (OSEK) lade i sitt huvudbetänkande, Ny sekretesslag, fram ett förslag som förenklat uttryckt innebar att sekretess inte skulle gälla mellan de olika kommunala nämnder som utgjorde socialnämnder, dvs. nämnder som enligt 2 kap. 4 § SoL fullgjorde uppgifter enligt den lagen.¹ Enligt förslaget skulle sekretess inte heller gälla mellan kommunens socialnämnd och den nämnd som svarar för kommunens verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. I stället för att sekretess ska gälla mellan olika självständiga verksamhetsgrenar, skulle sekretess inom nämnderna gälla mellan verksamheter som är av olika slag. Med verksamheter av olika slag avsågs verksamheter som rör olika förhållanden eller har olika inriktning.

I och med patientdatalagen infördes nya sekretessbrytande bestämmelser inom hälso- och sjukvården som bland annat innebär att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården i en kommun eller ett landsting till en annan sådan myndighet i samma kommun eller landsting. Bestämmelsen gör det således möjligt för exempelvis en kommun att organisera och bedriva sin hälso- och sjukvårdsverksamhet genom olika myndigheter, utan att det uppstår sekretessgränser dem emellan. Kommunala företag som avses i 2 kap. 3 § OSL, dvs. bolag, föreningar och stiftelser där kommuner eller landsting utövar ett rättsligt bestämmande inflytande, är dessutom i detta sammanhang att jämställa med myndigheter. Det gör det exempelvis möjligt att utan hinder av sekretess lämna uppgifter mellan ett kommunalt bolag i vilket en kommun äger mer än 50 procent av aktierna och den nämnd eller de nämnder i kommunen som fullgör uppgifter när det gäller kommunal hälso- och sjukvård.

Socialtjänstdatautredningen föreslog i betänkandet Socialtjänsten Integritet – Effektivitet att en ny sekretessbestämmelse införs med motsvarande regler som inom hälso- och sjukvården där det stadgas att samma sekretessgränser bör gälla inom socialtjänsten oavsett hur en kommun väljer att organisera denna verksamhet.² Eftersom

¹ SOU 2003:99 s. 454 f.

² SOU 2009:32.

reformen redan hade genomförts inom hälso- och sjukvården ansåg utredningen att det var av central betydelse att motsvarande regler införs inom socialtjänsten. Utredningen ansåg det särskilt viktigt då utredningen även lämnade andra förslag såsom sekretessbrytande bestämmelser för att underlätta utbytet av personuppgifter mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Utredningen hänvisade till offentlighets- och sekretesskommitténs skäl samt regeringens skäl i förarbetena till patientdatalagen³ för förslaget. Utredningens förslag har inte lett till någon lagstiftning. Vid remissbehandlingen framförde Justitieombudsmannen bland annat följande.

Enligt det förslag som nu föreligger ska sekretess inte heller gälla mellan de kommunala förvaltningar som bedriver verksamhet om bistånd åt asylsökande, introduktionsersättning åt flyktingar, tillstånd till parkering för rörelsehindrade, patientnämndsverksamhet och LSS. Enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen är dessa verksamheter visserligen att jämställa med socialtjänst. Verksamheterna är emellertid inte en uppgift för socialnämnden, och de nämnder som svarar för uppgifterna utgör inte heller socialnämnder enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen. Förslaget om att inskränka sekretessen går således längre än det förslag som Offentlighets- och sekretesskommittén lade fram. I det nu aktuella betänkandet redovisas inte varför sekretess inte ska gälla mellan t.ex. en kommunal nämnd som svarar för introduktionsersättning till flyktingar och en nämnd som handlägger frågor om tillstånd till parkering för rörelsehindrade.

21.2 Våra överväganden och förslag rörande sekretessregleringen i socialtjänsten

21.2.1 Omotiverade konsekvenser av dagens reglering

Utvecklingen inom många kommuner innebär att det inte längre bara finns en kommunal nämnd för varje verksamhetsområde. Införandet av den fria kommunala nämndorganisationen har inneburit att en del kommuner kommit att dela upp socialtjänsten på flera sektorer som organisatorisk hör till olika nämnder. Om kommunfullmäktige utser flera nämnder att fullgöra uppgifter som hör till socialnämndens ansvarsområde uppstår dock enligt 8 kap. 1 § OSL i princip sekretess mellan de nämnderna. Den fria kommunala nämndorganisationen har därför, tillsammans med offentlighets- och sekretessregleringen, medfört att nya sekretess-

³ Prop. 2007/08:126.

gränser kan uppstå beroende på hur en kommun väljer att organisera sin verksamhet, även om överväganden som ligger till grund för vald organisationsform inte har någon relevans för sekretessfrågan. Val av en organisationsform kan således få till konsekvens att det uppstår sekretessgränser som inte är sakligt motiverade.

Enligt utredningens bedömning har den fria kommunala nämndorganisationen medfört tillämpningsproblem inom kommuner där organisatorisk utveckling fått till följd att sekretessgränser uppstått i verksamheter som tidigare kunna utgöra ett enda sekretessområde. Det innebär otillfredsställande hinder för verksamheter inom kommuner som sakligt sett kan höra samman men som formellt lagts under olika nämnder utifrån helt andra bevekelsegrunder än de som bär upp att socialtjänstsekretess ska gälla även mellan myndigheter. För den enskilde kan det innebära ett tidskrävande och i vissa fall oöverskådlig informationshantering.

Regelverket utgår i stor utsträckning ifrån organisatoriska gränser och medför att möjligheterna till en effektiv och säker informationshantering till stor del är beroende av hur kommunen av olika skäl har valt att organisera sin verksamhet och myndighetsstruktur. Synsättet borde vara mer inriktat mot en informationshantering med individen och individens behov i centrum. Regelverket bör även göra det möjligt att organisera en verksamhet utifrån de grunder som bedöms bäst kunna bidra till rättssäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet. De rättsliga förutsättningarna ska även stimulera till organisatorisk samverkan och samarbete för de enskildas bästa. Bland annat mot den bakgrunden anser vi att kommuner ska kunna organisera och bedriva socialtjänstverksamhet genom olika myndigheter, exempelvis stadsdelsnämnder eller beställar- och utförarnämnder, utan att omotiverade sekretessgränser uppstår mellan dessa myndigheter.

Under utredningsarbetet har det framförts att det är otillfredsställande (och att det råder viss osäkerhet) med sekretessgränser mellan olika nämnder på socialtjänstens område. Det kan ibland vara så att olika verksamheter inom socialtjänsten i en kommun, på grund av organisatoriska skäl, hamnar på olika nämnder och då uppstår det sekretess mellan t.ex. ekonomiskt bistånd och missbruk. I en annan kommun där man har valt att enbart ha en nämnd för ovan nämnda verksamheter så finns ingen sådan sekretessgräns.

Ett annat exempel kan vara att en kommun har delat upp verksamheten så att en nämnd fattar beslut i ett ärende gällande exempelvis äldreomsorg men att den verksamhet som genomför

själva insatsen (utförare) ligger under en annan nämnd. Här uppstår det en sekretessgräns mellan beslutsfattare och utförare, vilket inte hade varit fallet om det hade varit samma nämnd. Ytterligare ett exempel är om en kommun delar upp en tidigare sammanhållen verksamhet på flera stadsdelsnämnder. En kommun kan indela verksamheten i en kommundelsnämnd "Omsorg öster" och en kommundelsnämnd "Omsorg väster". Detta får till konsekvens att om en enskild till exempel får hemtjänst från Omsorg öster så uppstår det en sekretessgräns mot avlastning och korttidsboende som hör under Omsorg väster.

Det är även vanligt att en kommun organiserar sig på så sätt att en arbetsmarknadsnämnd hanterar till exempel insatser till personer som behöver ekonomiskt bistånd medan socialnämnden beslutar om beslut om ekonomiskt bistånd till enskilda. I dessa fall är det viktigt att nämnderna kan utbyta information om en enskilds deltagande i sådana insatser som organiseras av andra nämnder. Insatser för den enskilde ska enligt 3 kap. 5 § SoL, utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. Det innebär att socialtjänsten under en utredning inte ska eller bör inhämta uppgifter från andra enskilda eller myndigheter utan att den enskilde har lämnat sitt samtycke. (Socialtjänsten har möjlighet att inhämta uppgifter från t.ex. Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen [jfr 11 kap. 11–12 § § SoL] när det gäller bl.a. förmåner och ersättningar.) Det bör inte vara någon skillnad i hanteringen av information beroende på hur en kommun väljer att inrätta sin organisation.

Att lagstiftningen ibland reser sekretessgränser utifrån helt andra bevekelsegrunder än de som normalt bär upp att sekretess bör gälla mellan myndigheter uppfattas därför som inadekvat. För den enskilde kan det innebära ineffektiv informationshantering. Samtidigt kan en avsaknad av sekretessgränser inom och mellan myndigheter få negativa konsekvenser för enskilda. Uppgifter som har lämnats till en myndighet för ett visst ändamål kan senare komma att användas inom myndigheten för ett annat ändamål. För att enskilda ska kunna känna förtroende för myndigheter är det angeläget att lagstiftningen i så stor utsträckning som möjligt ger skydd mot detta. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att varje sekretessgräns inom en myndighet skapar merarbete inom myndigheten. Det måste därför finnas en balans mellan skyddet för den

enskildes integritet och myndigheternas möjligheter att arbeta så effektivt som möjligt.⁴

Ibland framförs även att verksamheten inom socialtjänsten är väldigt bred och innehåller många olika delar, som inte alltid har en nära koppling till varandra ur ett individperspektiv. Precis som Justitieombudsmannen anförde i det tidigare nämnda remissyttrandet kan det handla om allt ifrån bistånd till asylsökande till parkeringstillstånd för rörelsehindrade. Motsvarande förhållande finns även inom hälso- och sjukvården, som innehåller verksamhet på vitt skilda områden som exempelvis barnhälsovård, geriatrik, kvinnofridsmottagning, arbetsmedicin m.m. På hälso- och sjukvårdens område har lagstiftaren dock valt att göra det möjligt för kommuner och landsting att fritt organisera sin verksamhet utan att behöva ta hänsyn bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen. Vi anser att kommunerna bör ha en motsvarande möjlighet även på socialtjänstens område.

Det är i sammanhanget även viktigt att komma ihåg att nuvarande regelverk innebär att det inte finns någon sekretessgräns på socialtjänstens område i de kommuner som har valt att lägga all verksamhet under en nämnd. Självklart kan det samtidigt uppstå sekretess inom olika delar av en sådan bred myndighet, om verksamhetsgrenarna är självständiga i förhållande till varandra på ett sådant sätt som avses i 8 kap. 2 § OSL.

21.2.2 Alternativa lösningar

För att komma till rätta med hinder mot en mer ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering inom socialtjänsten som dagens regleringar av sekretess och tystnadsplikt reser behövs sannolikt ett flertal åtgärder vidtas. En situation där en ökad tydlighet är angelägen är det informationsutbyte som är nödvändigt mellan en kommun och de privata utförare av socialtjänst som kommunen bedriver socialtjänst igenom. Dessa frågor behandlas i avsnitt 27.

Den andra situationen, som är aktuell i detta sammanhang, är frågan om sekretess inom och mellan olika nämnder som bedriver socialtjänst i samma kommun. Förmodligen finns ett antal olika alternativa lösningar för att skapa en reglering som på ett bättre sätt än i dag bidrar till att skapa likartade förutsättningar för social-

⁴ SOU 2003:99 s. 268.

tjänsten oavsett hur enskilda kommuner har valt att närmare utforma sin nämndorganisation.

En lösning skulle kunna vara att slopa sekretessgränserna i socialtjänsten helt och hållet. Vår bedömning är att ett sådant alternativ inte är förenligt med enskilda individers berättigade behov av ett starkt integritetsskydd. Vidare är det svårt att överblicka konsekvenserna av en sådan åtgärd.

En annan lösning skulle möjligen kunna vara att förändra sekretessregleringen på ett sådant sätt att ett rakt skaderekvisit ska gälla mellan myndigheter inom socialtjänsten. Det kan dock, precis som bland annat OSEK och patientdatautredningen tidigare påpekat, ifrågasättas i vad mån möjligheterna till uppgiftsutbyte verkligen skulle öka med ett rakt skaderekvisit i stället för dagens omvända rekvisit. Patientdatautredningen framförde exempelvis följande när motsvarande fråga analyserades för hälso- och sjukvårdens del.⁵

Redan i dag kan uppgifter som inte är av alltför känslig natur i allmänhet utbytas mellan myndigheter inom hälso- och sjukvården och även socialtjänstens omsorg, om inte den enskilde motsatt sig det. I sådana fall står det nämligen ofta klart att utbytet kan ske utan men för den enskilde. Ömtåligare uppgifter torde inte bli lättare att lämna ut med ett rakt skaderekvisit. Menbegreppet är ju detsamma vare sig det är ett rakt eller omvänt skaderekvisit (SOU 2003:99 s. 298). Vi tror vidare att det skulle innebära tillämpningsproblem för den praktiserande hälso- och sjukvården att ha olika skaderekvisit för olika slags mottagare. Skulle man vidare inskränka det raka skaderekvisitet att bara gälla för ett visst ändamål, vårdsyfte, torde tillämpningsproblemen bli än större. Sammantaget finner vi inte skäl att föreslå några genomgripande och generella lättnader i hälso- och sjukvårdssekretessen utöver den vi föreslagit i samband med den sammanhållna journalföringen.

Vi ansluter oss i stora drag till flera av de skäl som patientdatautredningen anför ovan. Inte heller på socialtjänstens område bedömer vi att förändringar av skaderekvisitet skulle leda till en mer ändamålsenlig reglering och enhetlig tillämpning.

Ett tredje alternativ är att införa sekretessbrytande bestämmelser som i praktiken undanröjer socialtjänstsekretessen mellan olika myndigheter på socialtjänstens område i en och samma kommun. Det skulle bland annat kunna innebära att de i dag omotiverade sekretessgränser som uppstått inom kommuner där

⁵ SOU 2006:82 s. 402.

organisatoriska förändringar ofrivilligt medfört att nya sekretessgränser uppstått i verksamheter som tidigare varit ett enda sekretessområde. En sekretessbrytande bestämmelse av ett sådant slag skulle inte innebära någon generell lättnad av socialtjänstsekretessen eller någon förändring av det i OSL grundläggande synsättet att det gäller sekretess mellan olika myndigheter. Vi bedömer därför att detta alternativ bäst balanserar de olika behov och skyddsintressen som finns. Dessutom överensstämmer alternativet med vad som redan i dag gäller för kommunen på hälso- och sjukvårdens område. En likartad reglering mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård är av flera anledningar att föredra, inte minst med avseende på sådana verksamheter som rör sig i gränslandet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

21.2.3 Förslag till en mer ändamålsenlig sekretessreglering i socialtjänsten

Vårt förslag: Ett sekretessbrytande undantag från socialtjänstsekretess ska införas i offentlighets- och sekretesslagen. Undantaget innebär att socialtjänstsekretess inte hindrar att uppgift lämnas från en myndighet inom socialtjänsten i en kommun till en annan sådan myndighet i samma kommun.

Vår bedömning: Förslaget gör det möjligt för en kommun att organisera och bedriva socialtjänstverksamhet genom olika myndigheter, exempelvis stadsdelsnämnder eller beställar- och utförarnämnder, utan att omotiverade sekretessgränser uppstår mellan myndigheterna. Utredningens förslag ska läsas i ljuset av förslagen om tydligare reglering av inre sekretess i socialtjänstdatalagen, bland annat krav på behörighetsstyrning, åtkomstkontroll m.m.

Det är i dag inte ändamålsenligt att effekterna av sekretessregleringen är beroende på hur enskilda kommuner har organiserat sin verksamhet. Det uppstår tillämpningsproblem och i ett större perspektiv motverka det en över landet jämlik socialtjänst. Ur ett medborgarperspektiv är detta svårt att motivera. Därför är det angeläget att lagstiftaren inte bidrar till att skapa sådana omotiverade skillnader i människors förutsättningar att få stöd,

service, vård och behandling som gällande regelverk ger upphov till. En informationshantering som i större utsträckning utgår från den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst stärker förutsättningar för den enskildes möjlighet till en hög kvalitet i omsorgen.

Utredningen föreslår därför en sekretessbrytande bestämmelse inom socialtjänsten som bidrar till en mer ändamålsenlig reglering och tillämpning av sekretesslagstiftningen. Syftet är att komma till rätta med dagens omotiverade sekretessgränser som ger upphov till svårigheter för informationsutbyte och samverkan inom socialtjänsten. Med vårt förslag kommer offentlighets- och sekretesslagstiftningen inte längre att medföra olika förutsättningar att bedriva socialtjänst och hantera och utbyta information beroende på hur enskilda kommuner har valt att organisera sin verksamhet. Det bidrar till ökade möjligheter till en jämlik och god socialtjänst för alla.

Förslaget ger ökade möjligheter för kommunerna att organisera verksamheten och informationshanteringen med medborgaren i centrum och utifrån grundläggande värden som rättsäkerhet, god kvalitet och effektivitet. För den enskilde möjliggörs i större utsträckning en informationshantering utifrån hans eller hennes behov av bistånd, stödinsatser, vård och behandling. Därför föreslår vi att det införs en ny bestämmelse i offentlighets- och sekretesslagen som innebär att socialtjänstsekretess inte hindrar att uppgift lämnas från en myndighet som bedriver sådan verksamhet i en kommun till en annan sådan myndighet i samma kommun.

Förslaget innebär inte någon generell lättnad av socialtjänstsekretessen. Enskildas berättigade behov av skydd finns kvar. Bestämmelsen om socialtjänstsekretess ska fortfarande gälla. Inte heller innebär förslaget någon förändring av det i offentlighets- och sekretesslagen grundläggande synsättet att det gäller sekretess mellan olika myndigheter.

Även om utredningens förslag i praktiken undanröjer de sekretesshinder som i dag finns mellan olika myndigheter på socialtjänstens område i samma kommun, ska enskildas inställning fortfarande tillmätas betydelse. Det följer bland annat av den grundläggande bestämmelsen i 1 kap. 1 § SoL om att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet. Motsvarande bestämmelse finns i 6 § LSS. I linje med detta ska en enskilds uttryckliga önskemål om att uppgifter om honom eller henne inte fritt ska lämnas från en myndighet till en

annan inom kommunen normalt sett respekteras även om den föreslagna sekretessbrytande bestämmelsen införs.

Att införa en sådan bestämmelse som föreslås innebär heller ingen egentlig praktiskt förändring av sekretessen i jämförelse med de kommuner som i dag har organiserat sig på så sätt att en och samma nämnd ansvarar för socialtjänsten. I många små och medelstora kommuner är ansvaret för socialtjänstens olika verksamheter inte uppdelad på flera olika nämnder, utan hålls vanligtvis ihop under en socialnämnd och en socialförvaltning. Utredningens bedömning är dock att våra förslag om en socialtjänstdatalag med bland annat uttryckliga krav på behörighetsstyrning och åtkomstkontroll m.m. kommer att stärka integritetsskyddet i dessa kommuner jämfört med vad som är fallet i dag.

Frågan om sekretess bör enligt vår mening inte avgöras utifrån val av organisationsstruktur, utan från det grundläggande behovet av integritetsskydd. Det är naturligtvis så att alla verksamheter som faller under definitionen av socialtjänst, eller för den delen hälso- och sjukvård, inte alltid har behov av att utbyta uppgifter med varandra. Därför vill vi tydliggöra och stärka individens integritetsskydd i socialtjänsten. Vårt förslag om sekretessbrytande bestämmelse ska därför bedömas i ljuset av de förslag om reglering av den inre sekretessen som finns i förslaget till socialtjänstdatalag. För att ytterligare stärka individens behov av integritetsskydd föreslår vi därför att författningsbestämmelser om inre sekretess, behörighetsstyrning och åtkomstkontroll införs i den nya socialtjänstdatalagen (se avsnitt 24). Sådana bestämmelser saknas i dag och skulle enligt vår mening bidra till att stärka integritetsskyddet och upprätthålla förtroendet för informationshanteringen inom socialtjänsten. Den grundläggande bestämmelsen om inre sekretess som vi föreslår anger att den som arbetar inom socialtjänsten får ta del av dokumenterade uppgifter om en enskild endast om han eller hon behöver uppgifterna för sitt arbete inom socialtjänsten. De föreslagna kraven på behörighetsstyrning innebär vidare att den som arbetar i socialtjänsten inte ska ha möjlighet att bereda sig elektronisk åtkomst till sådana uppgifter om individer som inte motsvarar det behov som finns för att arbetet ska kunna utföras. Den faktiska tillgången till uppgifter ska därmed så långt möjligt anpassas och begränsas till vad som är påkallat med hänsyn till varje anställds, eller motsvarande, behov.

Med regler om inre sekretess tydliggörs att det aldrig kan vara fråga om ett okontrollerat och fritt flöde av uppgifter inom och

mellan kommunala nämnder. Detta sätt att reglera sekretess- och dataskyddslagstiftningen skulle då även komma att likna vad som redan i dag gäller för hälso- och sjukvården.

21.2.4 Frågan om sekretess mellan LSS och övrig socialtjänstverksamhet

Vår bedömning: Verksamhet enligt LSS och verksamhet enligt SoL är i dag mycket nära sammankopplade och kompletterar varandra. Det kan svårligen hävdas att sekretess gäller mellan verksamheter enligt LSS och verksamheter enligt SoL, om verksamheterna ligger under samma nämnd. Vi bedömer även att de skäl som vanligtvis motiverar sekretess saknas i sådana fall.

Under utredningens gång har det blivit allt tydligare att frågan om sekretess mellan verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och övrig socialtjänstverksamhet behöver tydliggöras. Såväl kommuner som myndigheter utredningen har haft kontakt med har vittnat om en osäkerhet kring vad som gäller i dag och en önskan om ett tydligare rättsläge framöver.

Frågan om verksamhet enligt LSS ska behandlas som en självständig verksamhet i förhållande till socialtjänsten i de fall då båda verksamheterna sorterar under samma nämnd har behandlats i bland annat JO 1995/96 s. 431. Av JO:s beslut framgår bland annat följande. När det gäller verksamhet enligt LSS kan man hävda att förhållandet framstår närmast som det motsatta i förhållande till Ädelreformen. I stället för att integrera verksamheten med socialtjänsten har man valt att behålla den skiljelinje som sedan länge funnits mellan omsorgsområdet och socialtjänsten även om man i förarbetena konstaterat att verksamhet enligt LSS står socialtjänsten nära. Också den omständigheten att lagstiftaren rent tekniskt valt att jämställa verksamhet enligt LSS med socialtjänst – och detta enbart vad gäller tillämplig sekretessbestämmelse – i stället för att uttryckligen ange att verksamheten ska bedrivas av socialnämnden eller på annat sätt göra verksamheten till en del av socialtjänsten i sekretesslagens mening, talar i samma riktning. Vad som ändå med viss styrka enligt JO ansågs tala för att sekretess inte gäller mellan verksamheterna, när det ligger under samma nämnd, är att verksamhet enligt LSS och socialtjänst står varandra nära och

att verksamheterna i vissa hänseenden kan anses utgöra komplement till varandra. Härtill kom enligt JO att det kan ifrågasättas om en verksamhetsgren för att vara självständig inte borde ha större självbestämmanderätt än vad som är förenligt med att olika verksamheter bedrivs av samma nämnd. JO fann slutligen att rättsläget måste betecknas som oklart.

När det gäller om verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska förstås som socialtjänst har OSEK ansett att de fortsättningsvis i sekretesslagens mening bör anses som en och samma verksamhet.⁶ Detta eftersom verksamheterna står varandra nära och i vissa hänseenden kan anses utgöra komplement till varandra. OSEK har även uttalat att skälet till att det inte uppstår sekretess i en nämnd mellan integrerad verksamhet som omfattas av Ädelreformen snarare är att hälso- och sjukvårdsverksamheten och socialtjänstverksamheten i sådana situationer inte är självständiga i förhållande till varandra än att det skulle vara fråga om verksamhet av samma slag. Detta reser enligt kommittén i sin tur frågan hur det förhåller sig med andra verksamheter där hälso- och sjukvård och socialtjänst integreras och hanteras av samma nämnd.⁷ Frågan får troligen avgöras efter en bedömning av verksamheternas organisering utifrån det självständighetsrekvisit som uppställs i 8 kap. 2 § OSL.⁸

Utredningens bedömning är att verksamhet enligt LSS och verksamhet enligt SoL ligger mycket nära och kompletterar varandra. Det gäller oavsett hur en enskild kommun valt att organisera sin verksamhet. Vi anser att det i dag svårligen kan hävdas att sekretess gäller mellan verksamhet enligt LSS och verksamhet enligt SoL om verksamheterna ligger under samma nämnd. De skäl som vanligtvis motiverar varför sekretess ska gälla i en viss situation och mellan vissa verksamheter saknas även.

Vårt förslag till sekretessbrytande regel i socialtjänsten tar dock inte sikte på frågan om det gäller sekretess mellan olika delar i en och samma nämnd. Frågan om sekretess mellan verksamhet enligt LSS och övrig socialtjänstverksamhet inom samma nämnd är därför inte riktigt relevant i sammanhanget. Samtidigt kan vi konstatera att bedömningen av sekretess mellan LSS och övrig verksamhet enligt vad som beskrivits ovan är viktig i relation till gällande rätt i dag. I den delen gör vi således bedömningen att det i regel inte

⁶ SOU 2003:99 s. 274.

⁷ SOU 2003:99 s. 257.

⁸ Lenberg, Geijer och Tansjö, Offentlighets- och sekretesslagen – En kommentar, s. 26:1:9.

kan anses gälla sekretess mellan LSS och annan socialtjänstverksamhet som bedrivs under samma nämnd. Verksamheterna är i dessa fall att betrakta som av samma slag och komplement till varandra samt i övrigt inte självständiga på ett sådant sätt som avses i 8 kap. 2 § OSL.

Inte heller innebär vårt förslag att sekretessen som sådan upphävs mellan olika nämnder på socialtjänstens område. Vårt förslag innebär att det ska införas ett sekretessbrytande undantag från socialtjänstsekretessen mellan myndigheter inom socialtjänsten i samma kommun. Den sekretessbrytande bestämmelsen kommer i praktiken att undanröja socialtjänstsekretessen mellan verksamhet enligt LSS och övrig socialtjänstverksamhet, även om verksamheterna ligger under olika nämnder. Det innebär däremot inte att det blir fråga om en okontrollerad spridning av uppgifter. Den individ som uttrycker önskemål om att uppgifter om honom eller henne inte fritt ska lämnas från en myndighet till en annan myndighet ska normalt sett respekteras. Dessutom ska utredningens förslag ses i ljuset av de särskilt integritetsskyddande förslagen i den föreslagna socialtjänstdatalagen. Se bland annat avsnitt 24.2.1 om förslag på bestämmelser för att reglera den inre sekretessen i socialtjänsten, t.ex. med avseende på krav på behörighetsstyrning och åtkomstkontroll.

21.2.5 Frågan om sekretess mellan LSS och den kommunala hälso- och sjukvården i boenden med särskild service

Vår bedömning: Sekretess bedöms inte föreligga mellan LSS och kommunal hälso- och sjukvård i boenden med särskild service, när verksamheterna bedrivs under samma nämnd. På motsvarande sätt som anses gälla i verksamheter som omfattas av Ädelreformen, bör hälso- och sjukvården och verksamheten enligt LSS i detta fall inte betraktas som självständiga i förhållande till varandra.

Som tidigare har nämnts integrerades den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom den s.k. Ädelreformen. I förarbetena till de lagändringar som gjordes i samband med reformen kan utläsas att socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjuk-

vården genom reformen inte kan betraktas som självständiga i förhållande till varandra utan att de tillhör samma verksamhetsområde i sekretesshänseende.⁹ Det har däremot inte uttalats att den kommunala hälso- och sjukvården och LSS ska tillhöra samma verksamhetsområde.

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, anses även gälla de personer som bor i bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS, men en lagreglering om detta saknas (jfr 18 § HSL). Enligt förarbetena till LSS ska bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen och motsvarande boende enligt LSS jämföras i detta sammanhang.¹⁰

Socialstyrelsen har tolkat att undantaget gällande att hälso- och sjukvård och socialtjänst inte är självständiga verksamhetsgrenar bara har gällt den hälso- och sjukvård som kommunerna tog över ansvaret för i särskilda boendeformer enligt Ädelreformen. Däremot råder en osäkerhet om detsamma gäller områdena hälso- och sjukvård och bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS. Detta innebär i praktiken att om man kommer fram till att det är fråga om två skilda verksamhetsgrenar så måste samtycke inhämtas från den enskilde om information lämnas mellan dessa båda verksamhetsgrenar. Socialstyrelsen har bland annat i en skrivelse till regeringen uppmärksammat denna oklarhet och skillnad jämfört med vad som uttalades i samband med Ädelreformen.¹¹

Utredningen kan konstatera att det finns oklarheter när det gäller sekretessen mellan verksamhet enligt LSS i bostad med särskild service och den kommunala hälso- och sjukvården som kommunen har ansvar för i en sådan boendeform.

Den verksamhet som bedrivs i de särskilda boendena enligt 9 § 9 LSS bedrivs integrerat och i nära samarbete såväl med den kommunala hälso- och sjukvården som med de läkarinsatser som landstinget ansvarar för. Ett vanligt behov av stöd och omvårdnad är t.ex. att få hjälp med att ta sina, av läkare ordinerade, läkemedel. För vissa räcker det med att bli påmind om att ta medicinen medan andra behöver mer omfattande och personlig hjälp sin läkemedelsbehandling. Den som förskriver läkemedel kan vid förskrivningstillfället behöva ta ställning till om patienten klarar av att själv hantera sina läkemedel. Om förskrivaren bedömer att patienten

⁹ Prop. 1990/91:14 s. 85.

¹⁰ Prop. 1992/93:159 s. 182.

¹¹ Socialstyrelsens skrivelse till regeringen 2003-02-17, dnr 72-1219/2003.

inte klarar det, bör ställningstagandet dokumenteras i patientjournalen.

Alla hälso- och sjukvårdsuppgifter behöver inte utföras av en sjuksköterska utan en del av dessa kan delegeras. Personal som arbetar i bostad med särskild service kan alltså även utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation exempelvis från en legitimerad sjuksköterska.¹² Den som utför arbetsuppgifter på delegation tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen vid utförandet av dessa. Detta innebär bl.a. att personal på ett särskilt boende enligt LSS utför både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser.

Den verksamhet som bedrivs inom ett sådant särskilt boende som avses i LSS kan därmed ha stora likheter med den verksamhet som bedrivs i särskilda boenden enligt socialtjänstlagen. För den senare verksamheten uttalades i samband med Ädelreformen att den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten i detta fall inte blir att betrakta som självständiga i förhållande till varandra, eftersom det inte är fråga om verksamheter av skilda slag.¹³ Utredningen finner inga skäl till att en annan bedömning skulle göras endast på den grunden att den enskilde har fått stödet och servicen beviljad genom en tillämpning av LSS.

Vår bedömning är således att verksamheterna i dessa fall, om de bedrivs under samma nämnd, kan betraktas som av samma slag och komplettera varandra samt i övrigt inte anses självständiga på ett sådant sätt som avses i 8 kap. 2 § OSL.¹⁴

21.2.6 Frågan om sekretess mellan hemtjänst och kommunal hemsjukvård

Vår bedömning: Verksamhet avseende hemtjänst enligt socialtjänstlagen och kommunal hemsjukvård är i dag mycket nära sammankopplade och kompletterar varandra. Det kan svårligen hävdas att sekretess gäller mellan dessa verksamheter när de ligger under samma nämnd. Vi bedömer att de skäl som vanligtvis motiverar sekretess saknas i sådana fall.

¹² Socialstyrelsen Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS – Stöd för rättstillämpning och handläggning 2007 s. 51 f.

¹³ Prop. 1990/91:14 s. 85.

¹⁴ Jfr även SOU 2003:99 s. 257–258.

Under utredningens arbete har även frågan om hur man ska se på sekretessfrågorna i den kommunala hemtjänsten nu när kommunerna även har tagit över ansvaret för hemsjukvården. Socialstyrelsen har framfört att den nuvarande tolkningen när det gäller undantaget att hälso- och sjukvård och socialtjänst inte är självständiga verksamhetsgrenar bara har gällt den hälso- och sjukvård som kommunerna tog över ansvaret för i särskilda boendeformer i samband med Ädelreformen. Socialstyrelsen anser att det inte är helt klart att uttalanden i samband med Ädelreformen angående självständiga verksamhetsgrenar kan utsträckas till att även avse sådan kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende som kommunen har ansvar för efter avtal med landstinget.

Det finns således en tveksamhet ute i verksamheterna om detta även kan gälla den hälso- och sjukvård som kommunerna har tagit över från landstingen. Samtidigt kan konstateras att en stor del av de som i dag får både hemtjänst och kommunal hemsjukvård är personer som skulle kunna få en plats på ett särskilt boende enligt socialtjänstlagen. En stor andel äldre vill dock bo kvar hemma och där få insatser enligt socialtjänstlagen och även få den hälso- och sjukvård som kommunen har ansvaret för. Naturligtvis handlar det i vissa fall även om att det kan saknas platser i särskilda boenden och att enskilda därför kan få sina behov tillgodosedda i ordinärt boende i stället.

Vidare har framför allt den medicinska utvecklingen de senaste årtiondena fört med sig att allt mer hälso- och sjukvård kan utföras i enskildas hem. Sådan hälso- och sjukvård som tidigare krävde intagning i slutenvård eller vistelse i ett särskilt boende kan i dag i större utsträckning erbjudas i ordinärt boende. En konsekvens av detta kan sägas vara att delar av den verksamhet som kommunerna tog över i samband med Ädelreformen i dag i praktiken utförs inom ramen för hemsjukvården och hemtjänsten.

Bland annat mot den bakgrunden saknas det enligt utredningens bedömning skäl att i den här aktuella situationen göra en annan bedömning av sekretessfrågan än vad som gjordes i samband med Ädelreformen. Om den kommunala hemsjukvården och hemtjänsten bedrivs i samma nämnd bör inte dessa verksamheter, lika lite som om de hade bedrivits i ett särskilt boende, anses vara självständiga i förhållande till varandra i den mening som avses i offentlighets- och sekretesslagen. Det avgörande kan rimligen inte heller vara om hälso- och sjukvården och hemtjänsten utförs i ett av kommunen anvisat särskilt boende eller i den enskildes egna

hem. Vår bedömning är således att verksamheterna i dessa fall, om de bedrivs under samma nämnd, kan betraktas som av samma slag och komplettera varandra samt i övrigt inte anses självständiga på ett sådant sätt som avses i 8 kap. 2 § OSL.

21.2.7 Frågan om en sekretessbrytande regel i förhållande till hälso- och sjukvården m.m.

Av utredningsdirektiven framgår bland annat att utredningen ska undersöka om det finns skäl att i 26 kap. OSL införa sekretessbrytande bestämmelser som i relevanta delar motsvarar dem som redan gäller inom hälso- och sjukvården. Bestämmelser som bryter sekretessen gör det möjligt att i vissa situationer lämna ut uppgifter om enskilda utan att en menprövning görs eller den enskildes samtycke inhämtas.

I hälso- och sjukvården gäller att om en enskild på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar inte sekretess att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvård till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område (25 kap. 13 § OSL). Frågan är om det finns skäl att införa motsvarande sekretessbrytande bestämmelse för socialtjänsten.

Något om tidigare lagstiftningsarbeten

Offentlighets- och sekretesskommittén (OSEK) föreslog när det gäller uppgiftsutbyte mellan och inom vård- och omsorgsområdena en begränsning av sekretessen som innebär en utvidgning av bestämmelserna som bryter sekretess avseende underåriga, missbrukare och gravida (dåvarande 14 kap. 2 § sjätte stycket sekretesslagen [1980:100]).¹⁵ I stället för att rikta sig till dessa utpekade grupper skulle bestämmelsen kunna inkludera alla som är i behov av nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd. Enligt OSEK:s förslag ska sekretess således inte hindra att uppgifter om en enskild som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård,

¹⁵ SOU 2003:99.

omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till enskild vårdgivare eller enskild verksamhet på socialtjänstens område. Som skäl anfördes bl.a. att det av patientsäkerhetsskäl är väsentligt att nödvändiga uppgifter om en patient finns tillgängliga vid ett vårdtillfälle även då patientens samtycke inte kan inhämtas eller patienten motsätter sig att uppgifter lämnas ut. Enligt OSEK var förslaget ett undantag från det sekretesskydd som den enskilde har enligt sekretesslagstiftningen som måste användas med urskillning och varsamhet.

OSEK:s förslag i de delar som avsåg hälso- och sjukvården togs upp av patientdatautredningen som i sitt betänkande föreslog att om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av annat skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar inte hälso- och sjukvårdssekretessen inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område.¹⁶ Utredningen ansåg att det fanns skäl att göra ett förtydligande så att det av lagtexten skulle framgå att bestämmelsen ska användas när den enskilde kan antas motsätta sig ett utlämnande eller att saken brådskar så att tid inte finnas att inhämta samtycke (jfr OSEK:s förslag ovan). Detta mot bakgrund av att det i remisshandlingen av OSEK:s betänkande uttalades viss kritik mot att det av lagtexten inte framgick att bestämmelsen var tänkt att användas på detta sätt. Patientdatautredningen begränsade sig till den del som enbart rör uppgiftsflödet inom hälso- och sjukvården eller från hälso- och sjukvården till socialtjänsten. Utredningen anförde att hur socialtjänsten ska få hantera sin information i individriktad faktisk verksamhet låg klart utanför direktiven och krävde särskilda överväganden.

Vid införandet av ovan nämnda sekretessbrytande bestämmelse som gäller inom hälso- och sjukvården(25 kap. 13 § OSL) anförde regeringen bland annat följande.¹⁷

Mot bakgrund av de patientsäkerhetsaspekter som gör sig gällande när vårduppgifter om en enskild i allt större utsträckning sprids på allt fler vårdgivare och de brister i omhändertagandet som finns i integrerade verksamheter, därför att information om den enskilde på grund av

¹⁶ SOU 2006:82 s. 401.

¹⁷ Prop. 2007/08:126 s. 168.

sekretessen inte alltid kan förmedlas mellan de olika verksamheterna i tillräcklig utsträckning, har såväl offentlighets- och sekretesskommittén som patientdatautredningen föreslagit att det bör införas ytterligare en sekretessbrytande bestämmelse. Förslaget innebär att sekretess inte ska hindra att uppgift om en enskild som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område. Patientdatautredningen har därutöver föreslagit att det av lagtexten ska framgå att sekretessgenombrottet bara gäller om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att uppgifter lämnas ut. Förslaget tar med detta tillägg i huvudsak sikte på patienter som på grund av hälsorelaterat skäl inte kan samtycka eller som annars inte har beslutsförmåga. Viljan hos den patienten som klart och utan inflytande av allvarlig psykisk störning eller liknande motsätter sig ett uppgiftsutlämnande ska däremot respekteras. Detta överensstämmer med bestämmelserna i 2 a § HSL om att hälso- och sjukvård ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att vårdens behandling så långt möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

Socialtjänstdatautredningen har i sitt betänkande Socialtjänsten Integritet – Effektivitet enbart föreslagit en ny bestämmelse om sekretessbrytande regler när det gäller att genomföra gemensam individbaserad verksamhetsuppföljning mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.¹⁸ Förslaget har inte lett till någon lagstiftning.

I betänkandet av utredningen om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga föreslogs att socialtjänstsekretess inte ska hindra att uppgifter om enskild som behövs för ställningstagande i frågor gällande tvångsåtgärder enligt förslagen till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall och lag om tvångs- och begränsningsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet eller till enskild vårdgivare eller enskild verksamhet på socialtjänstens område.¹⁹ Som bakgrund till förslaget anfördes bland annat att uppgifter om enskilda inom såväl den offentliga hälso- och sjukvården som socialtjänsten är sekretessreglerade med ett omvänt skaderekvisit. Båda områdena är också undantagna från den s.k. generalklausulens tillämpningsområde. Detta innebär att det

¹⁸ SOU 2009:32.

¹⁹ SOU 2006:110.

inte finns något generellt undantag från huvudregeln om att uppgiften inte får lämnas ut om det inte står klart att den kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Det kan dock finnas andra begränsningar i sekretess i form av uppgiftsskyldighet eller andra undantag från sekretessen. Någon bestämmelse med ett sådant innehåll som är tillämplig inom detta område finns dock inte. För dessa verksamheter blir ett uppgiftslämnande i princip därför beroende av den enskildes samtycke. När det gäller den personkrets som uppdraget omfattar kommer således problem att uppstå eftersom samtycket normalt inte kan inhämtas, trots att den myndighet som efterfrågar uppgiften har behov av den för att kunna ta ställning till om tvång enligt de föreslagna lagstiftningarna ska få användas.

21.2.8 Förslag till en sekretessbrytande regel när den enskilde inte kan samtycka

Vårt förslag: Ett sekretessbrytande undantag från socialtjänstsekretessen ska införas i offentlighets- och sekretesslagen. Innebörden av bestämmelsen är följande.

Om en enskild på grund av sitt hälsotillstånd eller av annat skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar socialtjänstsekretessen enligt 26 kap. offentlighets- och sekretesslagen inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan myndighet inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område.

Bestämmelsen ska införas i 26 kap. 9 a § OSL och motsvarar den bestämmelse i 25 kap. 13 § samma lag som gäller inom hälso- och sjukvården.

Vår bedömning: Bestämmelsen syftar till att underlätta samarbetet i den individinriktade verksamheten inom och mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Utredningen har funnit att det behövs en liknande sekretessbrytande regel vad gäller socialtjänsten så att den s.k. socialtjänstsekretessen i 26 kap. 1 § OSL inte hindrar att uppgifter om enskild som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan myndighet inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården eller till enskilda verksamheter på socialtjänstens område eller till enskilda vårdgivare. Våra närmare överväganden framgår i det följande.

I de fall då den enskilde av någon anledning inte kan samtycka till att en uppgift inhämtas är det är svårt att motivera varför uppgifter får lämnas ut från hälso- och sjukvården till bland annat socialtjänsten men att det inte är möjligt att lämna uppgifter från socialtjänsten till annan verksamhet inom socialtjänsten eller till hälso- och sjukvården. Det finns inte några argument för att det är någon skillnad på uppgiftens beskaffenhet som gör att det ena är mer lämpligt än det andra.

Den information som hälso- och sjukvården behöver från socialtjänsten är framför allt uppgifter om vilka insatser som den enskilde har från socialtjänstens sida. Det är uppgifter som kan vara direkt nödvändiga för att den behandlande personalen ska kunna utföra och ge en bra vård. Det gör sig inte minst gällande i integrerade verksamheter där socialtjänst och hälso- och sjukvård arbetar tillsammans för att stödja den enskilde eller i situationer av mer akut eller annars brådskande karaktär.

Hälso- och sjukvården har behov av information som rör insatser från socialtjänsten, främst i områdena äldre, psykiatri, missbruks- och beroendevård samt för personer med funktionsnedsättning. Behovet av informationsutbyte varierar och kan dels vara begränsat till själva uppgiften om den enskilde är föremål för en viss socialtjänstinsats eller inte, dels handla om mer specifik information om den enskildes hälsa och funktionsnivåer.

Även mellan olika myndigheter inom socialtjänsten eller enskilda verksamheter på socialtjänstens område finns naturligtvis behov av att kunna utbyta information exempelvis för att den enskilde ska få det stöd som är nödvändigt i en viss situation. Behov av uppgiftsutbyte kan således uppkomma såväl mellan olika myndigheter inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården som i alla fall där hälso- och sjukvården samverkar med socialtjänsten kring insatser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta gäller även gentemot privatpraktiserande läkare m.m. när det är en enskild som

söker vård. Oavsett vem som ska ge en enskild vård, omsorg, behandling eller annat stöd är det för den enskildes bästa väsentligt att nödvändiga uppgifter finns tillgängliga när och på den plats de behövs, även om den enskilde vid tillfället inte kan samtycka till informationsutbytet.

Under utredningens arbete har det blivit tydligt att det finns problem med gränsdragningen mellan vilken information som ska hänföras till och dokumenteras inom hälso- och sjukvård respektive inom socialtjänst, främst vad gäller omvårdnad. Viss information, som exempelvis uppgifter om olika funktionsnivåer, kan primär- och slutenvård eventuellt få från den kommunala hälso- och sjukvårdens patientjournal, men uppgifterna skulle lika gärna kunna finnas i socialtjänstens (omvårdnads)dokumentation. En väg att förbättra tillgången till behövlig information är således att införa en sekretessbrytande bestämmelse som utredningen föreslår. Det har då, med avseende på utlämnandefrågan, ingen avgörande betydelse var en viss uppgift kan finnas (hälso- och sjukvård eller socialtjänst). I linje med vad som måste anses ligga i den enskildes intresse blir det därmed inte avgörande var en uppgift är dokumenterad, utan i stället i vilken vård- och omsorgssituation uppgiften behövs.

Bakgrunden till förslaget är således att värna den enskildes bästa i situationer där förmågan att själv besluta saknas. Utgångspunkten är den enskildes berättigade krav att få en god och säker hälso- och sjukvård och socialtjänst. Viktiga vård- och omsorgsuppgifter om en enskild sprids i dag på allt fler omsorgs- och vårdgivare. Det uppstår även brister i omhändertagandet om den enskilde i integrerade verksamheter eftersom informationen om den enskilde på grund av sekretess inte alltid kan förmedlas mellan de olika verksamheterna i tillräcklig omfattning. Den föreslagna sekretessbrytande regeln förenklar ett utlämnande när utbytet görs fysiskt med papperskopior (till exempel med fax) eller genom ett medium för automatiserad behandling (till exempel med ett USB-minne) eller filöverföring. Bestämmelsen gör det däremot inte möjligt att lämna ut uppgifterna genom direktåtkomst.

Förslaget innebär förvisso att sekretesskyddade uppgifter kan lämnas ut och kan spridas utanför det område som socialtjänstsekretessen omfattar i det enskilda fallet. Den risken uppvägs dock av nödvändigheten vid dessa speciella tillfällen att få tillgång till uppgifter som kan vara direkt nödvändiga för att den behandlande personalen ska kunna utföra och ge den enskilde bra insatser inom

hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Ett utlämnande som inte kan göras på ett effektivt sätt riskerar att medföra att viktig information inte är tillgänglig när den behövs. Det kan innebära en fara för en patients säkerhet eller för en enskildes säkerhet i en behandlings- eller omsorgssituation. Vid en avvägning mellan integritetsaspekter av behovet av sekretessgenombrott väger behovet av uppgiftsutlämnandet enligt utredningens bedömning tyngre. Förslaget leder till bättre möjligheter att ge nödvändig hälso- och sjukvård och socialtjänst till en enskild vid varje vårdtillfälle för att tillgodose vård och omsorg som baseras på bästa möjliga informationsutbyte. Att avstå att ta del av informationen i aktuellt fall kan inte anses försvarbart eftersom det är grundläggande för all vård och omsorg att rätt information finns tillgänglig vid rätt tillfälle.

Informationshanteringen måste så långt möjligt ta hänsyn till en individs behov av skydd för den personliga integriteten. Vi anser att förslaget väl tillgodoser detta intresse. Det är behovet av att ge god och säker vård och omsorg som motiverar den föreslagna regeln om att bryta sekretessen. Intresset av att bryta sekretessen för aktuella uppgifter väger tyngre än det intresse sekretessen avser att skydda. De situationer som är aktuella är också klart avgränsade. Det är dock viktigt att framhålla att det är fråga om undantagsfall där informationen behövs i ett enskilt fall för att den enskilde eller patienten behöver få nödvändig vård, omsorg eller behandling.

Vi föreslår därför att det införs en bestämmelse om undantag från socialtjänstsekretessen i 26 kap. 1 § OSL som innebär att sekretess inte hindrar att en uppgift om en enskild som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan myndighet inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården eller till en enskild verksamhet på socialtjänstens område eller en enskild vårdgivare. Bestämmelsen kompletterar de övriga förslagen om bland annat direktåtkomst inom socialtjänsten (se avsnitt 27).

Förslaget i förhållande till enskild verksamhet i socialtjänsten

Offentlighets- och sekretesslagen gäller inte utanför den offentliga verksamheten. När det gäller den enskilda socialtjänsten finns bestämmelser om tystnadsplikt i 15 kap. 1 § SoL och 29 § LSS. Den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt SoL eller LSS får inte

obehörigen röja vad han eller hon i detta sammanhang har fått veta om enskildas personliga förhållanden.

Som obehörigt röjande anses till att börja med inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Tystnadsplikt enligt 15 kap. 1 § SoL och 29 § LSS bedöms inte utgöra hinder mot att uppgifter om enskild lämnas från enskild verksamhet inom socialtjänsten till myndighet inom socialtjänsten. Det yttersta ansvaret för kommunens uppgifter inom socialtjänsten kan inte överlåtas på annan. Av kommunallagen följer bl.a. att nämnden har det direkta ansvaret för att sådant som lagts ut på ett företag kontrolleras och följs upp (3 kap. 19 § och 6 kap. 7 § KL). Vidare får socialnämnd som beslutat om en insats som genomförs i en enskild verksamhet träffa avtal med den som bedriver verksamheten om att handlingar ska överlämnas till nämnden när gallringskyldighet inträder (7 kap. 3 § SoL och 23 a § LSS).

Vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet har det vidare ansetts naturligt att söka ledning i OSL:s regler.²⁰ Ståndpunkten är att den enskilde ska ha samma skydd för sin personliga integritet vare sig han eller hon behandlas av en offentlig eller enskild vårdgivare. Tystnadsplikten enligt SoL och LSS utgör inte, enligt utredningens bedömning, något hinder för enskild verksamhet på socialtjänstens område att i motsvarande utsträckning som myndigheter inom socialtjänsten lämna uppgifter om enskilda i den utsträckning som behövs när fråga om sådana insatser uppkommer. Sådant utlämnande som, genom den föreslagna bestämmelsen om sekretessgenombrott när individen inte kan lämna samtycke, är tillåtet för myndigheter ska därmed även vara tillåtet för utlämnanden från enskild verksamhet.

Närmare om hur bestämmelsen ska tillämpas

Ett utlämnande med stöd av den sekretessbrytande bestämmelsen som föreslås måste alltid föregås av en prövning i det enskilda fallet. Prövningen görs av den som ansvarar för uppgiften. En lättnad i sekretessen måste även vägas mot den enskildes krav på ett starkt integritetsskydd. I det avseendet ansluter vi oss till den bedömning som har gjorts vid införandet av motsvarande sekretessbrytande bestämmelse för hälso- och sjukvården. Det innebär

²⁰ Prop. 2005/06:141 s. 63, prop. 2005/06:161 s. 82 och 93 och prop. 2007/08:126 s. 133).

bl.a. att den enskildes samtycke i första hand ska utverkas av den som ansvarar för frågan om utlämnande.

Vidare ska bestämmelsen användas med urskillning och varsamhet då det framstår som direkt påkallat att bistå en enskild och den enskilde inte kan samtycka eller kan antas motsätta sig ett utlämnande eller att saken brådskar så att tid inte finns att inhämta samtycke (jfr SOU 2003:99 s. 299 och 453). Detta innebär att det av bestämmelsen ska framgå att sekretessgenombrottet bara ska gälla om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av annat skäl inte kan samtycka till att uppgifter lämnas ut. Förslaget tar i första hand sikte på enskilda som på grund av hälsorelaterat skäl inte kan samtycka eller som annars inte har beslutsförmåga. Viljan hos den individ som klart och utan inflytande av en allvarlig psykisk störning eller liknande motsätter sig ett uppgiftsutlämnande ska däremot respekteras. Det ligger helt i linje med de grundläggande kraven i socialtjänstlagstiftningen på att verksamheten ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

Det är den utlämnande myndigheten som ska göra en prövning av om en uppgift ska lämnas ut. I första hand är det handläggaren som ska pröva frågan om utlämnande av en allmän handling. Det är således den person som enligt arbetsordning eller ett särskilt beslut svarar för vården av en handling som har att pröva ett utlämnande (6 kap. 3 § OSL). I tveksamma fall ska den anställde låta myndigheten göra prövningen om det kan göras utan onödigt dröjsmål (6 kap. 3 § andra stycket OSL). Om det är så att den person som ansvarar för vården av en handling anser att det är tveksamt eller föreligger hinder för att lämna ut handlingen ska denne upplysa om rätten att begära att myndigheten ska pröva saken och även se till att en sådan begäran kommer till rätt instans inom myndigheten. Vem som prövar ett utlämnande är beroende på vad som framgår av arbetsordning eller särskilt beslut.

Om den myndighet som begär uppgifterna påstår att uppgifterna behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård kan det vara svårt för den som ska lämna ut uppgifterna att bilda sig en reell uppfattning om detta. Det ankommer dock på den presumtive uppgiftslämnaren att bedöma förutsättningarna för ett utlämnande.²¹ Är det fråga om nödvändig vård finns förutsättningar för ett sekretessgenombrott och uppgifterna ska då lämnas ut när uppgiften begärs från annan myndighet.

²¹ JO 1992/93 s. 517.

21.3 Våra överväganden och förslag om kommunens möjligheter att följa upp socialtjänst i enskild verksamhet

Vi har tidigare uppmärksammat att mycket av socialtjänstinsatserna i dag utförs av privata aktörer som har avtal med kommunen och att denna utveckling har medfört en osäkerhet vad gäller kommunens möjlighet att inhämta uppgifter från de privata utförarna för att följa upp och kvalitetssäkra socialtjänsten.

I Socialtjänstdatautredningen gjorde visserligen utredaren bedömningen att tystnadsplikt enligt 15 kap. 1 SoL inte utgör hinder mot att uppgifter om enskild lämnas från enskild verksamhet inom socialtjänsten till myndighet inom socialtjänsten.²²

Att det inte skulle finnas någon tystnadspliktsgräns mellan en privat utförd socialtjänst och en kommunal myndighet inom socialtjänsten saknar dock enligt vår bedömning stöd i nuvarande sekretessreglering. Men det kan inte uteslutas att ett utlämnande i enskilda fall, exempelvis från en privat utförare till en kommunal myndighet, kan bedömas vara tillåtet vid en tillämpning av bestämmelserna om tystnadsplikt i 15 kap. 1 § SoL.

Frågan om kommunens skyldigheter att följa upp verksamhet som drivs av annan än kommunen och vilka möjligheter kommunen har att ta del av personuppgifter över sekretessgränser för detta ändamål är komplex. Utredningen om en ny kommunallag berörde i delbetänkandet Privata utförare – kontroll och insyn frågorna på en mer övergripande nivå.²³ Däremot finns fortfarande anledning att ytterligare analysera och överväga behovet av en ökad tydlighet rörande kommunens möjligheter att inhämta och använda uppgifter som dokumenteras hos privata utförare av socialtjänst. Dessa frågor sätter även ljuset på innebörden av kommunens roll som huvudman för socialtjänsten.

²² SOU 2009:32.

²³ SOU 2013:53.

21.3.1 Det kommunala huvudmannansvaret

Vår bedömning: När en kommun överlåter åt en privat utförare att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten behåller kommunen sitt huvudmannansvar för verksamheten. Det innebär bland annat att kommunen, precis som för verksamhet som bedrivs i egen regi, har det övergripande ansvaret för att den enskilda verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt och att detta följs upp.

I 2 kap. 4 § SoL anges att en kommuns uppgift inom socialtjänsten ska fullgöras av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Vidare får kommunen enligt 2 kap. 5 § SoL sluta avtal med annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Genom ett sådant avtal får en kommun tillhandahålla tjänster åt en annan kommun. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. Med annan avses inte bara privata utförare utan även t.ex. kommunala företag.

Även när det gäller LSS är kommunen huvudman för samtliga former av stöd och service enligt den lagen, med undantag för rådgivning och annat personligt stöd som är en uppgift för landstinget (2 § LSS). En kommun får med bibehållet ansvar sluta avtal med någon annan om att tillhandahålla insatser enligt denna lag (17 § LSS).

När en kommun sluter avtal med annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten innebär det inte någon förändring vad gäller huvudmannaskapet. Kommunen är huvudman även om verksamheten utförs av t.ex. en privat utförare. Detta framgår indirekt av 6 kap. 7 § KL i vilken det anges att de kommunala nämnderna har ett ansvar att kontrollera att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt, även när en kommunal angelägenhet har lämnats över till någon annan.²⁴ Av kommunallagen följer således att nämnden har det direkta ansvaret för att sådant som lagts ut på ett företag kontrolleras och följs upp (3 kap. 19 § och 6 kap. 7 § KL). Vidare får socialnämnd som beslutat om en insats som genomförs i en enskild verksamhet träffa avtal med den som bedriver verk-

²⁴ Privata utförare-Kontroll och insyn, SOU 2013:53 s. 99.

samheten om att handlingar ska överlämnas till nämnden när gallringsskyldighet inträder (7 kap. 3 § SoL).

Oavsett hur en verksamhet utformas har kommunen alltså ett ansvar för att den omsorg och de stödinsatser som de enskilde inom kommunen erhåller bedrivs med god kvalitet.

I vissa delar kvarstår även det kommunala ansvaret för uppföljning, utvärdering och eventuella kompletterande insatser, trots att en extern leverantör åtagit sig att utföra vissa tjänster för kommunens räkning inom socialtjänsten. Det gäller i de fall en kommun anlitar en extern leverantör som genom avtal åtar sig att för kommunens räkning utföra tjänster inom socialtjänstens område. När en kommun köper enstaka platser eller tjänster på en privat institution eller anläggning har kommunen inget inflytande över verksamhetens utformning men har fortfarande ansvar för att de omsorgs- och stödinsatser som den enskilde får håller god kvalitet.

I dag regleras ofta i avtal mellan kommunen och den enskilda verksamheten hur uppgiftsskyldigheten ska gå till. Om kommunen inte har denna möjlighet till information får kommunen svårighet att planera och utvärdera arbetet.

Bör begreppet huvudman definieras i socialtjänstdatalagen?

När det gäller hälso- och sjukvården så har vi i hälso- och sjukvårdsdatalagen föreslagit en bestämmelse som definierar kommunen som huvudman. Argumenten för detta är att det underlättar tillämpningen av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i allmänhet att skilja mellan landstingens och kommunernas ansvar i egenskap av huvudmän och deras ansvar i egenskap av vårdgivare. När det gäller personuppgifter i hälso- och sjukvården förekommer sådan behandling både för kommuner och för landsting som huvudmän och som vårdgivare och det är därför relevant att kunna använda båda begreppen vid tillämpningen av den föreslagna hälso- och sjukvårdsdatalagen. Teoretiskt sett kan ett landsting eller en kommun även upphöra att vara vårdgivare, i den meningen att landstinget eller kommunen inte längre bedriver någon individriktad hälso- och sjukvård i egen regi. Rollen och ansvaret som huvudman kvarstår dock. Även när det gäller förslaget till förbättrat informationsutbyte mellan vårdgivare inom en huvudmans ansvarsområde är begreppet nödvändigt för att beskriva de förutsättningar som

gäller. Utredningen har övervägt om det behövs en liknande bestämmelse om definition av huvudman i socialtjänstdatalagen.

När det gäller socialtjänsten så har kommunen det yttersta ansvaret för att ge invånarna en bra och säker socialtjänst. I 2 kap. 1 § SoL framgår att varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Av bestämmelser i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen framgår att kommuner och landsting genom avtal får lämna över viss uppgift till privata utförare.

En kommun kan inte lämna över uppgifter som avser myndighetsutövning till ett privaträttsligt subjekt om det inte finns lagstöd för det.²⁵ Något sådant lagstöd finns inte när det gäller socialtjänsten vilket innebär att en kommun alltid har kvar uppgifter som innefattar myndighetsutövning. Med detta avses hela handläggningen av ett ärende som leder fram till ett beslut. En kommun kan dock lämna över bland annat själva utförandet av en beslutad insats till en annan utförare. Detta innebär således att en kommun alltid fattar beslut om insatser i ärenden rörande individer. Till skillnad mot i hälso- och sjukvården där ett landsting eller en kommun är oförhindrade att låta all individinriktad patientvård bedrivas av privata vårdgivare och därigenom inte längre själv *bedriva* hälso- och sjukvård, kommer kommunen alltid att bedriva en individinriktad socialtjänstverksamhet. Bland annat mot den bakgrunden är vår bedömning att det inte finns behov av en motsvarande bestämmelse som definierar huvudmannen i socialtjänsten. Kommunen kommer alltid att omfattas av den definition som föreslås i socialtjänstdatalagen, dvs. vara *den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten*.

21.3.2 Förslag om uppgiftsskyldighet från enskilda verksamheter till kommunen

Vårt förslag: En tystnadspliktsbrytande uppgiftsskyldighet ska införas i socialtjänstlagen och i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Uppgiftsskyldigheten ska gälla enskilda verksamheter i förhållande till den kommunal myndighet som har huvudmannaansvar för verksamheten. En sådan enskild verksamhet ska lämna ut de personuppgifter som den kommunala myndigheten behöver för ändamål som anges i 2 kap. 5 § socialtjänstdatalagen.

²⁵ 12 kap. 4 § regeringsformen.

Inledning

Offentlighets- och sekretesslagen gäller inte för enskilda verksamheter enligt socialtjänstlagen och lagen med stöd och service till vissa funktionshindrade. I stället finns bestämmelser om tystnadsplikt (15 kap. SoL och 29 § LSS). Enligt dessa bestämmelser får den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedrivna enskilda verksamheter inte obehörigen röja vad man har fått veta om enskildas personliga förhållanden. Det kan beskrivas på det sättet att uppgifter inte obehörigen får spridas utanför för den enskilt bedrivna verksamheten. Det finns inga direkta bestämmelser som anger vad ett obehörigt röjande är. En viss ledning kan dock hämtas från den menprövning som ska göras enligt offentlighets- och sekretesslagen.²⁶ Även andra bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen kan vara till ledning, till exempel de som reglerar när sekretessen kan brytas.

Enligt förarbetena till bestämmelserna om tystnadsplikt ska det vara en nära överensstämmelse mellan tystnadsplikten för den offentliga och tystnadsplikten för socialtjänstpersonal i enskild verksamhet. Vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet har det vidare ansetts naturligt att söka ledning i offentlighets- och sekretesslagens regler.²⁷ Grunden är att den enskilde ska ha samma skydd för sin personliga integritet vare sig han eller hon får insatser av en offentlig eller enskild verksamhet. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

Under utredningens arbete har det framkommit att det finns en osäkerhet från företrädare för enskilda verksamheter om när man kan lämna ut information och vilken information man kan lämna ut. Även från kommunernas sida finns det en osäkerhet om vilken information man kan begära in. Den fråga som uppstår är då om det är en lyckad lösning att det för ett sådant regelbundet informationsutbyte som det är frågan om här ha den nuvarande situationen där det kan uppstå en viss tveksamhet.

Som vi tidigare redovisat delar vi den osäkerhet som verksamheterna ger uttryck för. Enligt utredningens uppfattning står det i dag inte klart att enskilda verksamheter kan lämna ut uppgifter till den kommunala nämnden som ansvarar för verksamheten utan hinder av tystnadsplikt. Det finns därför ett behov av att tydliggöra

²⁶ Prop. 1980/81:28, prop. 1981/82:186, prop. 2007/08:126 och prop. 2005/06:161.

²⁷ Prop. 2005/06:141 s. 63, prop. 2005/06:161 s. 82 och 93 och prop. 2007/08:126 s. 133.

rättsläget och skapa reella förutsättningar för huvudmannen att följa upp och ta sitt ansvar för att alla medborgare får en socialtjänst av god kvalitet.

Kommunallagen ställer krav på att en kommun som överlåtit till privata utförare att utföra viss socialtjänst ska följa upp och kontrollera den verksamhet som bedrivs. Oavsett hur kommunerna sköter den här uppföljningen bör det vara tydligt vad en kommun kan begära in och vilka uppgifter den privata utföraren ska lämna ut till den kommunala huvudmannen.

I dag regleras ofta i avtal mellan kommunen och den enskilda verksamheten hur uppgiftsskyldigheten ska gå till. Om kommunen inte har denna möjlighet till information får kommunen svårighet att planera och utvärdera arbetet.

Utredningen om en kommunallag för framtiden har föreslagit att bland annat kommunernas ansvar att systematiskt följa upp och kontrollera privata utförares verksamhet bör förtydligas i kommunallagen.²⁸ Utredningen konstaterar att de utvärderingar som gjorts visar på en splittrad bild av hur bra kommuner är på att följa upp verksamhet som bedrivs av privata utförare. Utredningen anger att vissa ligger långt framme med ambitiösa uppföljningssystem medan det finns brister i andras kontrollsystem. Ett omfattande utvecklingsarbete pågår på detta område inom Sveriges Kommuner och Landsting och hos bland annat Kammarkollegiets upphandlingsstöd och Socialstyrelsen.

Vidare pekar utredningen på att det i framtiden kan bli nödvändigt att de flesta kommuner har en genomtänkt strategi för hur de i förfrågningsunderlag och avtal tillförsäkrar sig metoder för att aktivt följa upp verksamheten och också har en organisation för detta.

Oavsett hur en kommun arbetar med att följa upp verksamhet med privata utförare, så kan vi se att det finns ett behov av att klarlägga när och vilka uppgifter en enskild verksamhet ska lämna till en kommunal huvudman för uppföljning.

En bestämmelse om uppgiftsskyldighet bör införas

Utredningens generella utgångspunkt är att det kommunala huvudmannansansvaret innebär ett ansvar för uppföljning och kvalitets-säkring av den socialtjänstverksamhet som erbjuds invånarna.

²⁸ SOU2013:53.

Vidare ska de rättsliga möjligheterna att vidta en sådan kvalitets-säkring inte bero på organisatoriska förutsättningar. Kommunen har i dag möjligheter att följa upp kvaliteten av sådana insatser som görs av kommunala utförare på socialtjänstens område. Samma möjligheter bör rimligen finnas även för sådana insatser som kommunen ansvarar för men som genomförs av en enskild verksamhet etablerad t.ex. enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem eller lagen (2007:1091) om offentlig upphandling. I annat fall riskerar förutsättningarna för en jämlik socialtjänst av god kvalitet att bli beroende av organisatoriska faktorer.

Det yttersta ansvaret för kommunens uppgifter inom socialtjänsten kan inte överlåtas på annan. Socialnämnden har det direkta ansvaret för att sådant som lagts ut på ett företag kontrolleras och följs upp. Regelverket bör därför tydligt tillhandahålla förutsättningar för en ändamålsenlig uppföljning av all socialtjänst en kommun ansvarar för.

Även om socialtjänstdatautredningen gjorde bedömningen att bestämmelserna om tystnadsplikt inte hindrade ett uppgifts-utlämnande från en enskild verksamhet till den kommunala myndigheten som ansvarar för verksamheten, anser vi alltså att frågan behöver få en ökad tydlighet. Därutöver är vi tveksamma till att den bedömningen socialtjänstdatautredningen gjorde kan läggas till grund för det omfattande och regelmässiga informationsutbyte som det här skulle vara fråga om.

För att tydliggöra och för att underlätta för både den kommunala huvudmannen och den enskilda verksamheten anser utredningen att det bör införas en bestämmelse som reglerar skyldighet att lämna ut information när det gäller uppföljning och kontroll av kommunen som huvudman. Förslaget innebär dock ingen inskränkning i den enskilda verksamhetens eget ansvar för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete.

Förslaget till uppgiftsskyldighet innebär att det inte gäller någon tystnadsplikt gentemot kommunen som huvudman avseende de uppgifter som kommunen behöver för sådana ändamål som är tillåtna enligt socialtjänstdatalagen.

Vi har redan tidigare avsnitt lämnat förslag till en mer ändamålsenlig sekretessreglering inom kommunens egen verksamhet. Det förslaget innebär att myndigheter inom socialtjänsten i samma kommun ska kunna utbyta uppgifter utan att hindras av sekretess. Genom det nu aktuella förslaget om uppgiftsskyldighet uppnås i

praktiken motsvarande effekt i förhållande till enskilda verksamheter på socialtjänstens område.

Kommunallagen ställer krav på att en kommun som överlåtit till privata utförare att utföra viss socialtjänst ska följa upp och kontrollera den verksamhet som bedrivs. Även om kommunernas uppföljning kan se olika ut i landet bör det vara tydligt vad en kommun kan begära in och vilka uppgifter den privata utföraren ska lämna ut till den kommunala huvudmannen. Enligt utredningens bedömning är det olyckligt att det råder en osäkerhet när det gäller uppföljning av hur en verksamhet bedrivs. Speciellt mot bakgrund av de långtgående krav som lagstiftaren ändå har lagt på kommunen som huvudman och att öka möjligheterna att lämna över verksamhet till privata utförare för att uppmuntra valfrihet och nytänkande.²⁹

Genom att föreslå tydliga bestämmelser kan den osäkerhet om informationsutbytet som finns i verksamheterna tas bort. Att införa bestämmelser när det är tillåtet att lämna ut information och vad man kan begära in från en huvudmans sida från en enskild verksamhet bidrar till att öka en säker informationshantering. Även om det vid tolkningen av vad som är obehörigt att lämna går att ledas av offentlighets- och sekretesslagens bestämmelser så är det enligt utredningens bedömning nödvändigt att det finns klara bestämmelser om vad som gäller. Eftersom socialtjänstverksamhet omfattas av sträng sekretess och det finns bestämmelser om tystnadsplikt i både SoL och LSS för den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt socialtjänstlagen och LSS så kan det uppstå problem i informationsutbytet.

Föreskrifter om förhållandet mellan enskilda och det allmänna som gäller åligganden för enskilda ska meddelas genom lag (8 kap. 2 § regeringsformen). En bestämmelse om uppgiftsskyldighet när det gäller enskild verksamhet ska således tas in i en lagbestämmelse.

²⁹ Jfr bland annat SOU 2013:53 s. 114.

22 En ny lag: socialtjänstdatalag

22.1 Bakgrund

Den nuvarande regleringen av personuppgiftsbehandlingen i socialtjänsten finns i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPUL, och förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPULF. Dessutom gäller i vissa delar bestämmelserna i personuppgiftslagen (1998:204), förkortad PUL. Det finns även regler som rör dokumentation och skyddet av den enskildes integritet på socialtjänstens område i den materiella lagstiftningen såsom socialtjänstlagen (2001: 453), förkortad SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS. Det kan därmed konstateras att de bestämmelser som reglerar vilka personuppgifter som får hanteras i socialtjänsten och hur det ska göras är utspridda på en mängd olika författningar.

Genom åren har även ett antal olika utredningar haft i uppdrag att analysera delar av dessa regelverk. Senast var det Socialtjänstdatautredningen som hade i uppdrag att göra en översyn av hur personuppgiftsbehandlingen i socialtjänsten regleras och vid behov lämna förslag för att åstadkomma en mer välfungerande och sammanhållen reglering av området.¹ Eftersom betänkandet ännu inte lett till någon lagstiftning återstår fortfarande behovet av en översyn av lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten och den därtill hörande förordningen.

¹ Dir. 2007:92.

Vårt uppdrag m.m.

I utredningens uppdrag ingår bland annat att identifiera nödvändiga förutsättningar för en ändamålsenlig och mer sammanhållen informationshantering inom socialtjänsten. I direktiven framgår även att utredaren har möjlighet att ta upp frågor som inte nämns i direktiven men som enligt utredaren behöver analyseras eller regleras för att uppdraget ska utföras på ett tillfredställande sätt.² I uppdraget har utredningen sett att det finns ett behov av se över hur en mer samlad hantering av personuppgifter kan möjliggöras inom socialtjänsten mot bakgrund av de övriga förslag som läggs fram i betänkandet. Vi har i avsnitt 20 redogjort översiktligt för några av de brister vi upplever att den nu gällande regleringen har. Bristerna utgörs, enligt utredningens bedömning, bland annat av följande.

- Det är generellt ett svåröverskådligt regelverk.
- Otydligt förhållande mellan SoLPUL, SoLPULF och PUL.
- Olika regler för olika aktörer på socialtjänstens område.
- Avsaknad av bestämmelser som tydliggör krav på de informations-system som innehåller personuppgifter.
- Avsaknad av bestämmelser som tydliggör när någon som arbetar i socialtjänsten får ta del av uppgifter.
- Avsaknad av uttryckliga krav på behörighetsstyrning och åtkomstkontroll.
- Avsaknad av tydlig vägledning för vad som gäller ifråga om utlämnande av personuppgifter på medium för automatiserad behandling och direkåtkomst.
- Bristande harmonisering med motsvarande reglering på hälso- och sjukvårdens område, dvs. patientdatalagen (2008:355).
- Avsaknad av ett regelverk för ett ändamålsenligt utbyte av uppgifter mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Sammantaget har utredningen mot denna bakgrund funnit övervägande skäl för att föreslå en helt ny reglering för personuppgiftsbehandlingen på socialtjänstens område. Våra förslag redovisas

² Dir. 2011:111 Förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m.

i följande avsnitt. Förutom att vi bedömer att det är nödvändigt för att ge socialtjänsten stöd att utveckla en mer ändamålsenlig informationshantering skulle det bidra till att öka medvetenheten om denna lagstiftnings existens och innehåll.

22.1.1 Kort om våra utgångspunkter för denna typ av lagstiftning

I de regelverk som styr hur personuppgifter får användas och utbytas finns ett antal olika intressen som behöver balanseras och så långt möjligt tillgodoses. Vår generella utgångspunkt är att regelverket ska ha som målsättning att öka förutsättningarna för ännu bättre resultat för de individer som är i behov av socialtjänstens stöd. Det handlar om att tillförsäkra den enskilde en rättssäker handläggning, men även om att se till att informationshanteringen i sig bidrar till en mer jämlik socialtjänst samt ökad kvalitet och bättre resultat.

Både för individens del och för verksamheten är det alldeles nödvändigt att personuppgifter används och i övrigt hanteras på ett sådant sätt att behovet av personlig integritet tillgodoses. Det handlar många gånger om grundläggande och självklara förutsättningar som att uppgifter skyddas och inte kan komma åt av obehöriga, att det bara är den personal som behöver använda uppgifterna i sitt arbete som tar del av dem, att det finns ett systematiskt arbetssätt för att upptäcka och beivra obehörig åtkomst, att uppgifter om enskilda inte kan användas på ett otillbörligt sätt, att uppgifter inte kan hanteras på omotiverat sätt med hänsyn till den risk för integritetsintrång och den nytta som den aktuella hanteringen för med sig. En grundläggande utgångspunkt är därför att en lagstiftning av detta slag ska ge uttryck för en balans och en proportionalitetsbedömning där risken för personuppgiftsbehandlingen alltid vägs mot nyttan med densamma.

Generellt bedömer vi att enskildas intresse av en god socialtjänst och ett välfungerande integritetsskydd inte står i motsats till motsvarande intressen om kvalitet, tillgänglighet, förtroende och effektivitet m.m. som kan finnas i verksamheten och i samhället i övrigt. På en övergripande nivå anser vi därför att ett starkt integritetsskydd är en förutsättning för en ändamålsenlig informationshantering inom socialtjänsten. Det är på många sätt en farlig utveckling om enskilda känner en sådan otrygghet i hur uppgifter hanteras att enskilda väljer att hålla inne med information

som kan vara viktig för möjligheterna att tillgodose den enskildes behov på bästa sätt. Med det sagt vill vi samtidigt understryka att vi inte upplever att det finns något tillitsproblem visavi socialtjänstens informationshantering. Tvärtom har våra kontakter med både enskilda, anhörigorganisationer och verksamheterna själva stärkt bilden av att förtroendet för socialtjänsten och det sätt information hanteras på är högt.

För att återkoppla till inledningen i detta avsnitt vill vi tydliggöra att vår utgångspunkt är att lagstiftningen på detta område på ett tydligt sätt ska stödja en informationshantering som främjar god kvalitet, effektivitet och ett starkt integritetsskydd. Det ställer inte endast krav på hur intentionerna bakom lagstiftningen motiveras, utan även hur enskilda paragrafer utformas och formuleras. Det senare har vi inte minst haft anledning att reflektera över i samband med vår analys av tillämpningen och konsekvenserna av patientdatalagen på hälso- och sjukvårdens område. Där är det tydligt att inte minst många yrkesutövare på olika nivåer har svårt att läsa lagens bestämmelser och genom det se den avvägning mellan olika intressen som ligger bakom bestämmelsen. Vi har försökt dra lärdom av detta när vi har utformat vårt förslag till en ny socialtjänstdatalag.

Samtidigt är det viktigt att understryka att en registerlagstiftning, som detta är fråga om, delvis behöver anpassas och förhålla sig till vad som gäller enligt andra författningar. Inte minst personuppgiftslagen och dess definitioner och terminologi är styrande även för motsvarande begrepp används och formuleras i socialtjänstdatalagen. Det innebär att språket i vissa delar är mer byråkratiskt och svårtillgängligt än vad som egentligen är önskvärt i en lagstiftning som i stor utsträckning ska tillämpas av dem som inte primärt är skolade i personuppgiftslagstiftning. Vi bedömer av att det är viktigt att denna typ av lagstiftning åtföljs av ett mer konkret och verksamhetsnära tillämpningsstöd.

22.2 Våra överväganden och förslag

22.2.1 En samlad reglering i en ny lag

Vårt förslag: Den i dag gällande lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten ska upphöra att gälla och ersätts med en ny lag om behandlingen av personuppgifter inom socialtjänsten med namnet socialtjänstdatalag. Bestämmelser i lagen och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten ska sammanföras till socialtjänstdatalagen.

En särskild registerlagstiftning innebär i många fall en bättre garanti för utformningen av integritetsskyddet vad gäller särskilt känsliga register. Myndighetsregister med ett stort antal registrerade personer och med ett särskilt integritetskänsligt innehåll bör vara reglerade i lag.³ Den behandling av personuppgifter som förekommer inom socialtjänsten är av sådan karaktär och omfattning att de grundläggande principerna för behandlingen ska finnas i en lag. Riksdag och regeringen har i flera sammanhang uttalat att ett myndighetsregister som behandlar känsliga uppgifter om ett stort antal personer bör regleras i lag⁴.

Som redovisats ovan och i tidigare avsnitt har den nuvarande lagen, dvs. SoLPUL, vissa brister. Lagens förhållande till bland annat personuppgiftslagen och till förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, är komplicerad. Särskilt lagens förhållande till förordningen bidrar enligt utredningen till en mer splittrad reglering än vad som är ändamålsenligt för en socialtjänst av i dag. För att få till stånd en mer sammanhållen reglering bör, enligt utredningens uppfattning, utgångspunkten vara att samtliga bestämmelser i den nuvarande lagen och förordningen ska föras över till den nya lagen i den mån bestämmelserna ska finnas kvar.

Lagen saknar en uppräkningslista för vilka ändamål personuppgifter får behandlas inom socialtjänsten. Inte heller är lagen harmoniserad med patientdatalagen, med avseende på struktur och systematik. Särskilt med tanke på att hälso- och sjukvård och socialtjänst ligger mycket nära varandra har det framförts behov av att harmonisera lagstiftningen så att de i större utsträckning liknar varandra.

³ Prop. 1990/91 s. 56 ff, prop. 1997/98:44 s. 41 och prop. 2009/10:80.

⁴ Bet. 1990/91:KU11 s. 11, bet. 1997/98:KU18 s. 43, prop. 1990/91:60 s. 58, prop. 1997/98:44 s. 40 och rskr. 1997/98:180.

Utredningen har av de redovisade skälen kommit fram till att en ny lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten ska införas, med namnet socialtjänstdatalag.

Utredningens bedömning är att författningsstrukturen och det materiella innehållet bör överensstämma i stort med den författningsreglering angående behandling av personuppgifter som föreslås för hälso- och sjukvården. När man ser på socialtjänstens mål, syften och organisation kan vi konstatera att socialtjänstverksamheten och hälso- och sjukvården ligger mycket nära varandra. En stor del av utredningens uppdrag gäller just ett utökat utbyte av uppgifter mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården (se avsnitt 32). Utredningen har därför gjort bedömningen att den reglering som föreslås för behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården och en ny lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten så långt möjligt bör harmoniseras.

För att den nya lagen ska bli överblickbar föreslår vi att den delas in i ett flertal olika kapitel. I ett inledande kapitel bör lagens tillämpningsområde och vissa grundläggande begrepp definieras. Ett kapitel bör innehålla grundläggande bestämmelser om personuppgiftsbehandling, t.ex. ifråga om ändamål och personuppgiftsansvar. Ett annat kapitel bör innehålla bestämmelser om en säker och ändamålsenlig hantering av personuppgifter. Lagen bör också innehålla särskilda kapitel med bestämmelser om utlämnande av uppgifter, direktåtkomst mellan olika utförare av socialtjänst, rättigheter för enskilda samt informationshantering i verksamheter som rör enskilda med sammansatta behov av insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

22.2.2 Bestämmelser om handläggning och dokumentation ligger kvar i befintlig lagstiftning

Vår bedömning: Bestämmelser om handläggning och dokumentation m.m. bör lämnas oförändrade och ligga kvar i befintlig lagstiftning, som exempelvis socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska det finnas en hänvisning till bestämmelserna om handläggning och dokumentation i socialtjänstlagen och i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Utredningen har övervägt om bestämmelser om handläggning och dokumentation bör återfinnas samlat i socialtjänstdatalagen eller om dessa bestämmelser bör ligga kvar i befintlig lagstiftning. Bestämmelser om handläggning och dokumentation är viktiga för att garantera den enskildes rättsäkerhet. Bestämmelser som reglerar handläggning och dokumentation finns i förvaltningslagen (1986:223) och i socialtjänstlagen och i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Även i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, och i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, finns bestämmelser om handläggning och dokumentation i dessa speciella situationer. Socialstyrelsen har i sina föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) kompletterande bestämmelser när det gäller bl.a. dokumentation. Bestämmelserna är väl inarbetade i respektive lagstiftning. Om bestämmelser om dokumentation ska tas med i den nya socialtjänstdatalagen bör även bestämmelser om gallring m.m. finnas där. Mot bakgrund av att det ändå inte skulle vara möjligt att samla alla bestämmelser om handläggning och dokumentation i socialtjänstdatalagen är utredningens bedömning att dessa bestämmelser bör ligga kvar i socialtjänstlagen och i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vår bedömning är att det annars kan finnas en risk att det upplevs som splittrat eftersom vissa handläggningsbestämmelser fortfarande måste finnas kvar i den materiella lagstiftningen.

Vi har därför stannat för att bestämmelser om dokumentation ska ligga kvar i befintliga författningar men att en hänvisning ska finnas i den nya lagen.

22.2.3 Lagens tillämpningsområde

Vårt förslag: Socialtjänstdatalagen ska gälla vid behandling av personuppgifter inom socialtjänsten för kommunala myndigheter, enskilda verksamheter och Statens institutionsstyrelse (den som bedriver socialtjänst).

Med kommunal myndighet avses socialnämnd eller motsvarande kommunal nämnd i fråga om sådan socialtjänst som kommunen har ansvar för och bedriver enligt socialtjänstlagen, lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, eller lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Vidare omfattar det kommunal nämnd ifråga om sådan verksamhet som

kommunen har ansvar för och bedriver enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Med enskild verksamhet avses yrkesmässig verksamhet som bedrivs av en juridisk eller fysisk person med tillstånd enligt socialtjänstlagen eller enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och sådan enskild verksamhet inom socialtjänsten som i övrigt bedrivs enligt avtal med kommunen.

Tillämpningsområdet omfattar all helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter samt manuell behandling av personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier. I tillämpliga delar gäller lagen även för behandling av uppgifter om avlidna.

Vår bedömning: Även hos den som bedriver socialtjänst och omfattas av lagens tillämpningsområde förekommer personuppgiftsbehandling som bör falla utanför den nya socialtjänstdatalagens tillämpningsområde. Det kan exempelvis vara sådan personuppgiftsbehandling som görs i den interna administrativa verksamheten, t.ex. rörande anställda eller leverantörer av varor eller tjänster.

Sådan särskild personuppgiftsbehandling som görs för forskningsändamål eller utbildningsändamål bör också falla också utanför lagens tillämpningsområde.

Utredningen gör bedömningen att de föreslagna bestämmelserna i socialtjänstdatalagen ska tillämpas av sådana myndigheter och enskilda verksamheter som agerar på socialtjänstens område när det gäller individriktad verksamhet. Det handlar om personuppgiftsbehandlingen hos dem som i egentlig mening har ansvar för eller bedriver socialtjänst. Hos dessa är det dessutom själva kärnverksamheten som regleras. Det innebär exempelvis att personuppgifter som behandlas för helt andra ändamål, t.ex. intern personaladministration, faller utanför lagens tillämpningsområde.

Genom utredningens förslag avgränsas tillämpningsområdet även i förhållande till sådana andra aktörer som på olika sätt agerar i anslutning till socialtjänstsektorn, t.ex. myndigheter som Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg. Även verksamheter som olika frivilligorganisationer utför faller utanför lagens tillämpningsområde,

åtminstone till den del organisationen inte faller inom ramen för definitionen av enskild verksamhet nedan.

Kärnverksamheten i socialtjänsten ska regleras

Vår utgångspunkt är att den nya lagen endast ska rikta in sig på behandlingen av personuppgifter hos kommunala myndigheter, enskild verksamhet och Statens institutionsstyrelse. Det handlar därmed om de aktörer som i egentlig mening har ansvar för och bedriver socialtjänst enligt socialtjänstlagstiftningen, t.ex. sådan ärendehandläggning och faktiskt handlande som görs med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det är således den individriktade verksamheten i socialtjänsten och den informationshantering som förekommer i denna verksamhet som i första hand ska regleras.

Detta är en skillnad jämfört med dagens reglering i SoLPUL och SoLPULF som i viss utsträckning även reglerar personuppgiftsbehandling hos Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg. Vi anser att personuppgiftsbehandlingen hos dessa myndigheter med fördel regleras utanför kommunernas, de enskilda verksamheternas och Statens institutionsstyrelsens behandling av personuppgifter. Det legala stödet för Socialstyrelsens och Inspektionen för vård och omsorgs hantering av personuppgifter får sökas i PUL. När det gäller sådan hantering av personuppgifter som i dag gäller för Socialstyrelsens verksamhet som avses i lagen (2007:606) om utredningar avseende vissa dödsfall, föreslår utredningen i avsnitt 30 att detta överförs till en särskild lag.

Kommunal myndighet

Med kommunal myndighet avses kommunala nämnder och underlydande förvaltning på socialtjänstens område. Begreppet omfattar socialnämnd eller motsvarande kommunal nämnd i fråga om sådan socialtjänst som kommunen har ansvar för och bedriver enligt socialtjänstlagen, lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga eller lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Vidare omfattar det kommunal nämnd ifråga om sådan verksamhet som kommunen har ansvar för och bedriver enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Detta innebär att det är personuppgiftsbehandlingen hos den nämnd eller annan myndighet som utövar ledningen av eller utför den faktiska socialtjänsten som regleras av lagen. Härmed avses exempelvis både beställar- och utförarnämnder med underlydande förvaltningar och verksamheter. Lagen reglerar därmed både sådan behandling av personuppgifter som utförs i kommunens myndighetsutövande verksamhet och i sådan verksamhet kommunen själv bedriver för att genomföra beslut om insatser, vård, stöd eller annan behandling. Det innebär vidare att lagen ska tillämpas av sådana verksamheter som kommunen bedriver inom ramen för råd och service.

Statens institutionsstyrelse

Socialtjänstdatalagen ska omfatta den behandling av personuppgifter på socialtjänstens område som görs av Statens institutionsstyrelse. Det innebär att myndigheten ska tillämpa lagen i dess verksamhet enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall, lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga samt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård.

Enskilda verksamheter

Begreppet enskild verksamhet inom socialtjänsten ska enligt utredningens mening definieras på samma sätt som i dag. Definitionen finns i förordningen om behandling av personuppgifter i socialtjänsten. Det saknas enligt vår mening anledning att förändra detta begrepp.

Med enskild verksamhet avses alltså yrkesmässig verksamhet som bedrivs av en juridisk eller fysisk person med tillstånd enligt socialtjänstlagen eller enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vidare så avses med enskild verksamhet även sådan verksamhet inom socialtjänsten som i övrigt bedrivs enligt avtal med kommunen.

Definitionen gäller oavsett om den enskilda verksamheten är etablerad genom exempelvis lagen (2007:1091) om offentlig upphandling eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Även sådan enskild verksamhet som anlitar underleverantörer omfattas av definitionen.

Forskning och utbildning

Även om det inom ramen för socialtjänsten förekommer forskning och utbildning är det verksamheter som enligt utredningens bedömning inte bör regleras av socialtjänstdatalagen. Som anförts ovan är det framför allt socialtjänstens individriktade kärnverksamhet och den personuppgiftsbehandling som förändlades av denna som ska regleras. Sådan särskilt personuppgiftsbehandling som förändlades av enskilda forskningsprojekt bör därför, precis som i dag, även fortsättningsvis regleras av personuppgiftslagen (1998:204). Det gäller oavsett om forskningen bedrivs av kommunen som forskningshuvudman eller om den exempelvis bedrivs av ett universitet. Förutom personuppgiftslagen gäller naturligtvis även lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (etikprövningslagen). Enligt etikprövningslagen ska bl.a. all forskning som innefattar behandling av känsliga personuppgifter enligt 13 § PUL etikprövas.

Motsvarande bör gälla även för sådan utbildning som kan förekomma inom socialtjänstens område. Det har inte varit möjligt för utredningen att närmare granska förutsättningarna för att använda uppgifter om enskilda i teoretisk eller praktisk utbildning av studeranden. I den utsträckning en studerande, t.ex. på praktik, rent faktiskt deltar i ärendehandläggning eller genomförande av insatser, omfattas den studerande naturligtvis av socialtjänstdatalagens tillämpningsområde. Det innebär att den studerande i sådant fall får ta del av och dokumentera uppgifter om enskilda i den utsträckning som är nödvändig för arbetets utförande och i övrigt följer de rutiner och riktlinjer som finns hos den som bedriver verksamheten.

Den slags personuppgiftsbehandling som regleras

Inom socialtjänsten förekommer en omfattande personuppgiftsbehandling i en oöverblickbar mängd elektroniska system. Det förekommer dessutom såväl rent manuell hantering som sådan elektronisk hantering som inte har systematiserats på ett sätt som gör att man kan tala om register. Precis som på hälso- och sjukvårdens område är it-strukturen så komplex att frågan om personuppgiftsbehandlingen görs i särskilda register eller databaser blir oväsentlig. Det avgörande är i stället att uppgifterna hanteras

elektroniskt och samlas in för uttryckligt angivna ändamål. Mot den bakgrunden bör socialtjänstdatalagen, precis som annan modern registerlagstiftning, omfatta all helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter i socialtjänstens kärnverksamhet.

Utredningens förslag innebär att vissa grundläggande bestämmelser om personuppgiftsbehandling – bestämmelser om den enskildes inställning till personuppgiftsbehandling, ändamål för personuppgiftsbehandlingen, personuppgiftsansvar, personuppgifter som får behandlas och sökbegrepp – alltid ska tillämpas vid sådan behandling av personuppgifter som är helt eller delvis automatiserad. Bestämmelserna ska i enlighet med vad som anförts ovan inte bara tillämpas på personuppgiftsbehandling i särskilda register eller databaser utan ska omfatta all helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter som förekommer inom socialtjänsten. Utöver detta ska bestämmelserna tillämpas på viss manuell hantering i register, nämligen om personuppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier.

Detta innebär att manuell behandling av personuppgifter som inte ingår eller är avsedda att ingå i register inte omfattas av de grundläggande bestämmelserna om behandling av personuppgifter. Däremot kan andra bestämmelser komma att tillämpas på sådan personuppgiftsbehandling. Det gäller exempelvis bestämmelserna om när den som arbetar i socialtjänsten får ta del av dokumenterade uppgifter om en enskild.

I socialtjänstens verksamhet förekommer även en mängd uppgifter om avlidna. Uppgifter om avlidna omfattas dock inte i dag av personuppgiftslagens bestämmelser. Vi anser att uppgifter om avlidna kan vara integritetskänsliga och att sådana uppgifter behöver omfattas av en reglering som tillvaratar det behov av integritetsskydd som finns i förhållande till den avlidna och de efterlevande. Eftersom utredningens utgångspunkt är att socialtjänstdatalagen ska innehålla de bestämmelser som behövs och så långt möjligt omfatta den informationshantering som förekommer i verksamheten, bedömer vi att lagen i tillämpliga delar även bör omfatta behandling av uppgifter rörande avlidna. Det gäller exempelvis för vilka ändamål uppgifter om avlidna får användas eller vilken elektronisk åtkomst som får förekomma till uppgifterna.

22.2.4 Definition av socialtjänst

Vårt förslag: Den definition av begreppet socialtjänst som i dag återfinns i lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten ska, med ett undantag, alltså vara gällande. Undantaget innebär att det med socialtjänst enligt socialtjänstdatalagen inte ska avses verksamhet enligt lagen om utredningar av vissa dödsfall.

Vi har i tidigare avsnitt konstaterat att det inte finns någon enhetlig definition av socialtjänst utan att det finns en rad uppräknings i olika lagstiftningar. Socialtjänstdatautredningen framhöll i sitt betänkande att det inte var en enkel uppgift att försöka avgränsa vad som i detta sammanhang bör avses med socialtjänst och att situationen kompliceras ytterligare genom att socialnämnderna i kommunerna (som är de som främst hanterar socialtjänsten) i sin tur kan se olika ut från kommun till kommun beroende på kommunens storlek, folkmängd, organisation och politiska struktur m.m.⁵

Vi har under vårt arbete utgått från den nuvarande definitionen av socialtjänst i offentlighet- och sekretesslagen (jfr 26 kap. 1 §). Den definition av socialtjänsten som finns i sekretesslagstiftningen har även stått som förebild för den nuvarande definitionen i lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Det är helt nödvändigt att definiera det område som en ny lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten ska reglera. Utredningen har inte sett behov av att föreslå någon ny definition utan anser att den som förekommer i dag kan kvarstå. Den definition av begreppet socialtjänst som i dag förekommer i lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten ska således i stort sett fortsätta att gälla. Ett undantag bör dock göras. Verksamhet enligt lag om utredningar avseende vissa dödsfall ska i stället överföras till en särskild lag om Socialstyrelsens behandling av personuppgifter i verksamhet avseende utredningar av vissa dödsfall.

⁵ Socialtjänsten Integritet – Effektivitet, SOU 2009:32 s. 279.

Närmare om vad som ska avses med socialtjänst

Handläggning av ärenden och faktiskt handlande enligt socialtjänstlagen är att hänföra till socialtjänst. Det kan röra socialnämndens ansvar för omsorg, service, upplysningar, råd, stöd, vård, ekonomiskt bistånd m.m. Även verksamhet enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga omfattas av begreppet socialtjänst. Servicetjänster åt äldre (jfr 2 kap. 7 § lagen [2009:47] om vissa kommunala befogenheter) ingår i definitionen socialtjänst. Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2009:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet (jfr 2 kap. 4 § SoL).

Med socialtjänst ska avses även övrig verksamhet som enligt lag eller förordning bedrivs av socialnämnd. Det inbegriper bl.a. de uppgifter socialnämnden har inom det familjerättsliga området. I föräldrabalken finns t.ex. regler om nämndens medverkan vid fastställande av faderskap, adoption m.m. Vidare ska nämnden enligt andra författningar komma in med yttranden till myndigheter eller ta emot underrättelser eller vidta åtgärder. Sådana bestämmelser finns t.ex. i lagen (1964:167) om särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare, namnlagen (1982:670), körkortsförordningen (1998:980), lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m., lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning och lagen (2007:606) om utredningar av vissa dödsfall.

Den verksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse (SiS) är socialtjänst. SiS ansvar för särskilda ungdomshem enligt 12 § LVU och LVM-hem enligt 22 och 23 §§ LVM. Ytterligare uppgifter följer av förordningen (2007:1132) med instruktion för SiS. Även sådan verksamhet som bedrivs i enlighet med förordningen är att anse som socialtjänst vid tillämpningen av denna lag. SiS ansvarar även för verkställigheten av sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken som ska bedrivas vid sådana särskilda ungdomshem som avses i 12 § LVU (1 § lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård).

Verksamhet vid kommunal invandrarbyrå är att betrakta som socialtjänst. En invandrarbyrå är en frivillig kommunal serviceinrättning med uppgift att hjälpa invandrare till rätta i samhället och informera olika kommunala förvaltningar och kommun-

invånare om invandrarnas bakgrund. Det är dock osäkert hur många kommuner som i dag bedriver verksamhet i form av kommunal invandrarbyrå. I de kommuner som inte har en särskild invandrarbyrå, handläggs frågor som rör invandrare inom ramen för socialtjänsten.

Socialtjänst omfattar också handläggning av ärenden om bistånd som lämnas av socialnämnd åt asylsökande och andra utlänningar. I lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl., förkortad LMA, finns bestämmelser om sysselsättning för och bistånd till vissa utlänningar. En socialnämnds verksamhet enligt LMA ska därmed anses som socialtjänst enligt denna lag.

Med socialtjänst avses verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Med detta inbegrips även de åtgärder som åläggs kommunen och som regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken angående assistansersättning.

Slutligen som omfattas handläggning av ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade av begreppet socialtjänst.

22.2.5 Syftet med lagen

Vårt förslag: En bestämmelse om syftet med lagen införs där det anges att informationshanteringen i socialtjänsten ska vara organiserad så att den tillgodoser god kvalitet, rättssäkerhet, och kostnadseffektivitet inom socialtjänsten. Vidare ska lagen särskilt främja att

1. den som arbetar i socialtjänsten säkert, snabbt och enkelt får tillgång till de personuppgifter som han eller hon behöver för att kunna utföra sitt arbete, och
2. personuppgifter utformas och i övrigt behandlas så att individers personliga integritet respekteras.

Målet för socialtjänsten är att den på demokratins och solidaritetens grund ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andra sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet

(jfr 1 kap. 1 § SoL). I den nuvarande lagen om behandling av personuppgifter saknas en syftesbestämmelse. Utredningen har kommit fram till att det borde finnas en portalbestämmelse som talar om vad lagen ska åstadkomma. Vi anser att det tydligt ska framgå av en syftesbestämmelse att lagens bestämmelser ska leda till att social omsorg ska vara organiserad så att den tillgodoser god kvalitet, rättsäkerhet och kostnadseffektivitet.

Det grundläggande syftet med anteckningar m.m. inom socialtjänsten är att tillgodose en för de enskilda rättssaker och god kvalitet i insatser inom socialtjänsten. Det är även av stor vikt att informationen om de enskilda inte hanteras på ett sätt som äventyrar den enskildes integritet. En reglering bör vara enkel och anpassad till såväl nuvarande och framtida förhållanden.

All behandling av personuppgifter ska utföras på ett sätt som respekterar de registrerades integritet. Det gäller oavsett för vilka ändamål personuppgifter utformas och behandlas. Integritetsfrågan är lika viktig när det gäller andra personer som det kan finnas uppgifter om i socialtjänstens verksamhet, t.ex. anhöriga. Därför ska det framgå att syftet gäller till förmån för samtliga personer som det kan finnas uppgifter om.

Ett grundläggande syfte med hanteringen av personuppgifter inom socialtjänsten är att den som arbetar inom socialtjänsten snabbt och enkelt ska få tillgång till de uppgifter som han eller hon behöver för att kunna utföra sitt arbete. Det gäller i ärendehantering men framförallt i genomförandedet. Den som arbetar inom socialtjänsten måste ha nödvändig information för att kunna utföra sitt arbete. Att snabbt och enkelt ha tillgång till rätt information möjliggör att den enskilde får de insatser och den omsorg som man har behov av.

Informationshanteringen inom socialtjänsten kommer således att ha betydelse för den enskilde men även för underlag vid verksamhetsuppföljning, kontroll och tillsyn eller i rättsliga sammanhang. Även som källmaterial vid forskning och kvalitetssäkring kan personuppgifter inom socialtjänsten få betydelse. Det är därför enligt utredningens bedömning av vikt att en bestämmelse om syftet med lagen ska införas.

22.2.6 Förhållandet till personuppgiftslagen

Vårt förslag: Förhållandet till personuppgiftslagen ska uttryckas på ett sådant sätt att personuppgiftslagen ska gälla om inget annat sägs i socialtjänstdatalagen eller i föreskrifter som meddelas med stöd av lagen. Socialtjänstdatalagen innehåller således de särbestämmelser och förtydliganden i förhållande till personuppgiftslagen som det bedömts finnas ett behov av.

Personuppgiftslagen är generellt tillämplig på all behandling av personuppgifter och gäller därför för socialtjänstens personuppgiftsbehandling om det inte finns avvikande bestämmelser i lag eller förordning. Utredningen föreslår att en särskild registerlag införs när det gäller behandling av personuppgifter i socialtjänsten. Lagen ska vara generellt tillämplig på all behandling av uppgifter, oavsett om behandlingen av uppgifter görs av en enskild tjänsteman eller i ett register eller en databas där uppgifter och handlingar är gemensamt tillgängliga i verksamheten. Lagens bestämmelser ska tillämpas på all behandling av uppgifter inom socialtjänsten, oavsett om det gäller e-posthantering, enkel ordbehandling eller förfarandet av omfattande gemensamma personregister.

Det framtagna förslaget har utgått ifrån vad som har legat till grund för motsvarande reglering i nu gällande patientdatalag. Det innebär att personuppgiftslagens regler gäller om inte annat följer av det framtagna förslaget. Eftersom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i många delar ligger nära varandra och inom vissa områden, såsom när det gäller äldreomsorgen, ibland är integrerade så finns det skäl att beakta regleringen i patientdatalagen. Utredningen har därför haft som utgångspunkt att regleringen av behandling av personuppgifter i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården bör, i den utsträckning som bedöms lämpligt, vara likartade vad gäller systematik och övergripande innehåll.

Utredningen föreslår att socialtjänstdatalagen endast innehåller de särbestämmelser och förtydliganden som det har bedömts finnas ett behov av. I övrigt ska personuppgiftslagen tillämpas. Det innebär exempelvis att begrepp som exempelvis "behandling" av personuppgifter och "personuppgifter" har samma innebörd i socialtjänstdatalagen som begreppen har i personuppgiftslagen. Socialtjänstdatalagen ska dock i tillämpliga delar även gälla i förhållande till avlidna. Vid tillämpningen av lagen gäller även 8 §

första stycket PUL om utlämnande av personuppgifter enligt 2 kap. tryckfrihetsförordningen (TF). Ett uttryckligt förtydligande om detta ska tas in i socialtjänstdatalagen.

Även de grundläggande kraven enligt 9 § PUL ska gälla vid behandling av personuppgifter enligt socialtjänstdatalagen, dock med de begränsningar som kan följa av t.ex. särskilda bestämmelser om bevarande och gallring. Finalitetsprincipen i 9 § första stycket d) PUL gäller inte heller vid behandling av personuppgifter enligt socialtjänstdatalagen.⁶ Inte heller gäller 9 § andra stycket om att behandling av personuppgifter för historiska, statistiska eller vetenskapliga ändamål inte generellt ska anses som oförenligt med de ändamål för vilka uppgifterna samlades in. Att dessa bestämmelser inte gäller vid tillämpningen av socialtjänstdatalagen följer av den uttömmande ändamålsbestämmelsen som tas i lagens andra kapitel, se avsnitt 23.

Socialtjänstdatalagen anger således uttömmande för vilka ändamål som uppgifter får behandlas inom socialtjänsten. En sådan ordning stärker integritetsskyddet och bidrar till en bättre förutsebarhet för den enskilde registrerade. För att inte låsa utvecklingen föreslår vi samtidigt att personuppgiftsbehandling som är otillåten enligt denna lag ändå får utföras med stöd av den enskildes samtycke, se avsnitt 23.

När det gäller behandling av uppgifter om personnummer (jfr 22 § PUL) kommer enligt socialtjänstdatalagen personnummer att få behandlas om det behövs för ett sådant ändamål som är tillåtet enligt ändamålsbestämmelserna eller i övrigt med stöd av förslaget om verkan av den enskildes samtycke. Vi återkommer i det följande vilka ytterligare bestämmelser i personuppgiftslagen som ska tillämpas vid behandling av personuppgifter om regleras i socialtjänstdatalagen.

Närmare om vilka bestämmelser i personuppgiftslagen som är tillämpliga

Även personuppgiftslagens bestämmelser (33–35 §§) om överföring av personuppgifter till tredje land ska som huvudregel gälla vid behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. När det gäller ärenden om fastställande av faderskap, vårdnad om barn och

⁶ Finalitetsprincipen innebär att personuppgifter inte får behandlas för något ändamål som är oförenligt med det för vilket de samlades in.

om internationella adoptioner ska särskilda bestämmelser finnas i socialtjänstdatalagen. En kommunal myndighet får lämna ut uppgifter till tredje land i ärenden om fastställande av faderskap, vårdnad om barn och om internationella adoptioner. Detta regleras i dag i 16 § förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten och en motsvarande bestämmelse ska införas i socialtjänstdatalagen. Bestämmelsen ska således med avseende på dessa ärenden (dvs. fastställande av faderskap, vårdnad om barn och om internationella adoptioner) tillämpas i stället för bestämmelserna om överföring av personuppgifter till tredje land i 33–35 §§ PUL.

I den utsträckning som den som är personuppgiftsansvarig har utsett ett personuppgiftsombud blir bestämmelserna i personuppgiftslagen om sådana ombud även tillämpliga på socialtjänstdatalagens område.

Eftersom socialtjänstdatalagen saknar särskilda bestämmelser om upplysningar till allmänheten om behandlingar som inte har anmälts (42 § PUL) och om befogenheter för tillsynsmyndigheten vid tillsyn över behandling av personuppgifter (43–47 §§) gäller också dessa på socialtjänstdatalagens område.

Bestämmelserna i 48 § PUL om att den personuppgiftsansvarige ska ersätta den registrerade för skada och kränkning av den personliga integriteten som en behandling av personuppgifter i strid med den lagen har orsakat ska tillämpas på motsvarande sätt vid behandling av personuppgifter i socialtjänsten.

Bestämmelsen i 49 § PUL om ansvar för överträdelser gäller endast vid överträdelser av de paragrafer i personuppgiftslagen som ska gälla och är straffsanktionerade. I praktiken blir bestämmelsen därför tillämplig endast i ett fåtal fall på socialtjänstens område, t.ex. vid uppsåtligt eller grovt oaktsamt lämnande av osann uppgift i ett registerutdrag eller vid uppsåtlig eller grovt oaktsam överföring av personuppgifter till tredjeland i strid med 33–35 §§ PUL.

Även bestämmelserna i 51 § första stycket, 52 § första stycket och 53 § PUL om överklagande ska tillämpas vid behandling av personuppgifter i socialtjänsten.

23 Grundläggande bestämmelser om personuppgiftsbehandling inom socialtjänsten

23.1 Bakgrund

Utredningens utgångspunkt är som tidigare nämnts att en lagstiftning på detta område bör utformas på ett sätt som bidrar till att stödja utvecklingen mot en ändamålsenlig informationshantering i socialtjänsten. Det handlar bland annat om att tillförsäkra den enskilde en rättssäker handläggning, men även om att se till att informationshanteringen i sig bidrar till en mer jämlik socialtjänst samt ökad kvalitet och bättre resultat.

Både för den enskilde och för socialtjänstens verksamheter behöver de grundläggande förutsättningarna för informationshantering och personuppgiftsbehandling vara tydliga. Det innebär bl.a. att socialtjänstdatalagen ska kunna ge svar på vilka personuppgifter som får dokumenteras och vad de får användas till. I en sådan komplex verksamhet som socialtjänsten är det dock inte möjligt att i detalj förutse och reglera varje form av personuppgiftsbehandling. Däremot bedömer vi att det finns goda förutsättningar att utforma socialtjänstdatalagen som en ramlagstiftning, som i princip anger den yttersta ramen för det tillåtna när det gäller behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. I detta avsnitt redogörs för ett antal av dessa mer grundläggande och övergripande frågeställningar som avses gälla generellt inom socialtjänstdatalagens tillämpningsområde.

23.2 Våra överväganden och förslag

Utredningen föreslår ett antal grundläggande bestämmelser om behandling av personuppgifter i 2 kap. socialtjänstdatalagen. Kapitlet innehåller bestämmelser om personuppgiftsansvar, tillåtna ändamål för behandling av personuppgifter, vilka personuppgifter som får behandlas inom socialtjänsten, vilken betydelse individens inställning till personuppgiftsbehandling har och vilka sökbegrepp som får användas i socialtjänsten.

23.2.1 Tillåtna ändamål för behandlingen av personuppgifter

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska uttömmande anges de ändamål för vilka personuppgifter får samlas in och i övrigt behandlas inom socialtjänsten. Ändamålen ska vara följande

1. att handlägga ärenden som rör enskilda och för att dokumentera genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling,
2. att upprätta eller inhämta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning,
3. att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten,
4. administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten, eller
5. att framställa statistik.

Personuppgifter som behandlas för ändamål 1–5 får även behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som görs i överensstämmelse med lag eller förordning.

Bestämmelser om för vilka ändamål personuppgifter får behandlas har en central roll i registerförfattningar. Genom att ange ändamål och reglera vilka uppgifter som får behandlas avgränsas och tydliggörs förutsättningarna för behandling av personuppgifter. Genom att ange ändamål uppfylls det grundläggande kravet att personuppgifter endast får samlas in för särskilda, uttryckligt angivna

berättigade ändamål och fortsättningsvis behandlas på sätt som inte är oförenligt med de ändamål för vilka uppgifterna samlades in.¹

Reflektioner kring nuvarande reglering m.m.

I dag är de tillåtna ändamålen för behandling av personuppgifter i socialtjänsten olika beroende på vilken aktör som bedriver socialtjänsten. I lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPUL, finns ingen ändamålsuppräknning utan i lagen anges endast som en grundläggande förutsättning att personuppgifter får behandlas bara om det är nödvändigt för att arbetsuppgifter inom socialtjänsten ska kunna utföras. De närmare ändamålen för tillåten behandling framgår sedan av förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPULF. Enligt förordningen får exempelvis en kommunal myndighet behandla personuppgifter vid handläggning av ärenden, genomförande av beslut, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamheten. För en enskilt driven socialtjänst är de tillåtna ändamålen betydligt mer begränsade. Exempelvis får en sådan verksamhet inte behandla personuppgifter för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av verksamheten, utan endast för dokumentation av vård, behandling eller omsorg samt administration.

Utredningen anser att den nuvarande regleringen av flera skäl inte är ändamålsenlig för att socialtjänsten ska kunna utföra sin verksamhet på ett tillfredsställande sätt. En brist är att de tillåtna ändamålen inte framgår direkt av lagen utan får sökas i förordningen. Det gör regelverket svåröverskådligt och bidrar i övrigt till ett komplicerat förhållande till den grundläggande bestämmelsen i SoLPUL om att personuppgifter får behandlas om det är nödvändigt för att arbetsuppgifter i socialtjänsten ska kunna utföras. Ett annat centralt problem är att förutsättningarna för behandling av personuppgifter regleras olika beroende på vilken aktör som bedriver socialtjänst. Enligt utredningens bedömning är detta olyckligt och inverkar negativt på enskilda individers möjligheter att få en jämlik och högkvalitativ socialtjänst oberoende av vilken aktör som står för genomförandet av insatser. Utredningen kan

¹ Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (dataskyddsdirektivet) och personuppgiftslagen (1998:204).

exempelvis inte se att behoven av att behandla personuppgifter för att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten skiljer sig åt mellan en kommunal och en privat eller idéburen utförare av socialtjänst. Det berättigade intresset från medborgarna bör vara att verksamheter som utför likartade insatser har samma möjligheter att bedriva ett ständigt förbättringsarbete genom en systematisk kvalitetssäkring.

En uttömmande ändamålsbestämmelse som är generell tillämplig för alla som bedriver socialtjänst

Mot bakgrund av vad som redovisats ovan anser utredningen att det i socialtjänstdatalagen bör tas in en ändamålsbestämmelse som gäller för alla som bedriver socialtjänst, vare sig det handlar om personuppgiftsbehandling inom kommunens myndighetsutövande del eller under genomförandet av insatser hos Statens institutionsstyrelse eller kommunal eller privat utförare. För vilka ändamål personuppgiftsbehandling kommer att förekomma bör rimligen avgöras av verksamhetens karaktär och behoven i det enskilda fallet. Av hänsyn till de befogade integritetsintressen som finns, anser utredningen att det bör finnas bestämmelser som preciserar när en behandling är tillåten. Det underlättar för de som ska behandla uppgifterna om det är tydligt när behandling av personuppgifter inom socialtjänsten är tillåten. I bestämmelsen anges därför en uppräkningslista över de ändamål som generellt är tillåtna vid behandling av personuppgifter i socialtjänsten. Uppräkningslistan kan därför sägas utgöra en yttersta ram för när och för vilka syften den som bedriver socialtjänst får behandla personuppgifter.

Vidare anser utredningen att ändamålsbestämmelsen ska vara uttömmande i den meningen att personuppgifter inte ska få behandlas för andra syften än de som framgår av bestämmelsen. Här har utredningen övervägt om det i stället skulle vara lämpligt med en ordning som gör det möjligt för socialtjänsten att behandla personuppgifter även för andra ändamål som eventuellt i ett senare skede kan bli aktuella i verksamheten. Samtidigt bör hänsyn tas till att den föreslagna lagen kommer att gälla uppgifter som typiskt sett är av integritetskänslig natur. Generellt i en sådan lagstiftning bör, som en försiktighetsprincip, en ändamålsbestämmelse vara uttömmande om inte särskilda skäl talar för det motstående. Stöd för det senare kan exempelvis föreligga om det är svårt att förutse för

vilka ändamål personuppgifter kommer att behöva behandlas och risken för oönskade konsekvenser, t.ex. med hänsyn till individers eller allmänna intressen, är uppenbar. Med tanke på socialtjänstens karaktär, uppgifternas känslighet och enskilda individers behov av förutsebarhet och skydd för den personliga integriteten bedömer utredningen dock att ändamålsbestämmelsen bör vara uttömmande. Denna bedömning gjordes även av Socialtjänstdatautredningen i Betänkandet Socialtjänsten Integritet – Effektivitet.²

Detta är även i linje med flertalet övriga registerförfattningar som reglerar behandling av särskilt integritetskänsliga uppgifter. En innebörd av utredningens förslag är att personuppgiftslagens finalitetsprincip inte kommer att gälla vid behandling av personuppgifter enligt socialtjänstdatalagen. Finalitetsprincipen i 9 § 1 stycket i personuppgiftslagen (1998:204), förkortad PUL, innebär, som tidigare nämnts, att personuppgifter inte får behandlas för något ändamål som är oförenligt med det för vilket uppgifterna samlades in. Även om vårt förslag kan sägas medföra en viss inskränkning av flexibiliteten att behandla personuppgifter för andra ändamål än de insamlade, kan ifrågasättas hur stort utrymme finalitetsprincipen i praktiken har på socialtjänstens område. Socialdatautredningen uttalade bl.a. följande om den prövning av de nya ändamålen jämfört med de ursprungliga som skulle behöva göras.³

Enligt utredningens uppfattning bör man vid denna ”oförenlighetsprövning”, hypotetiskt utgå från hur en registrerad typiskt sett (inte den registrerade i det enskilda fallet) skulle se på saken. Kommer man vid en sådan bedömning fram till att den registrerade rimligen har att räkna med att de insamlade personuppgifterna också får behandlas för det nya ändamålet, kan det nya ändamålet inte anses vara oförenligt med det ursprungliga ändamålet. Detta är, menar utredningen, en rimlig utgångspunkt med tanke på syftet bakom EG-direktivet, dvs. att skydda fysiska personers grundläggande fri- och rättigheter, särskilt rätten till privatlivet, i samband med behandling av personuppgifter. Vid ett sådant förhållande blir det fråga om en restriktiv tillämpning av bestämmelsen i 9 § första stycket i personuppgiftslagen och utrymmet för att behandla redan insamlade uppgifter för andra ändamål blir följaktligen litet.

Den omständigheten att utrymmet för att tillämpa finalitetsprincipen bedöms vara litet kan i och för sig motivera att principen bör få genomslag även på socialtjänstens område. Av skäl som

² SOU 2009:32.

³ SOU 1999:109 s. 160.

redovisats ovan är utredningens bedömning dock att en uttömmande bestämmelse är att föredra. Om en sådan bestämmelse dessutom utformas på ett tämligen generellt sätt anser vi att behovet av en sund balans mellan tydlighet och flexibilitet kan uppnås. Eftersom verksamheten inom socialtjänsten är omfattande och mångskiftande är det därför viktigt att de föreslagna ändamålen är generellt utformade så att inte socialtjänstens verksamhet begränsas på ett oavsiktligt sätt. Denna avvägning gör enligt utredningen att de skäl som å ena sidan talar för en uttömmande bestämmelse och de intressen som å andra sidan finns av att tillhandahålla ett ändamålsenligt regelverk som ger goda förutsättningar för lång tid framöver båda tillgodoses och förenas.

Däremot, och som ett undantag från vad som ovan sägs, anser utredningen att det finns skäl att tillåta personuppgiftsbehandling som i och för sig saknar stöd i den föreslagna lagens ändamålsbestämmelse men som den enskilde individen samtycker till. Det kommer därmed att vara tillåtet att behandla personuppgifter för andra ändamål än de uppräknade om individen har lämnat sitt samtycke. För ytterligare om betydelsen av individens inställning se avsnitt 23.2.4.

Nedan följer en redogörelse för utredningens närmare överväganden och förslag om tillåtna ändamål för personuppgiftsbehandlingen.

Handlägga ärenden och dokumentera genomförande av beslut

Den största delen av behandling av personuppgifter inom socialtjänsten är förstas den som behövs för att handlägga ärenden som rör enskilda. Det kan till exempel handla om den personuppgiftsbehandling som utförs när beslut om individuellt behovsprövade insatser fattas. Även dokumentationen för att genomföra verkställigheten av beslut om stödinsatser, vård och behandling utgör en stor del av den dokumentation som utförs inom socialtjänsten. Sådan dokumentation ska således omfattas av det aktuella ändamålet. Det innebär att ändamålet ska omfatta sådan behandling av personuppgifter som utförs inom ramen för verkställigheten, exempelvis när omsorg ges på ett särskilt boende eller olika hemtjänstinsatser genomförs. Det aktuella ändamålet tar sikte på dokumentation av verkställighet av beslut och därmed omfattas inte sådan rådgivning eller sådant stöd som inte är biståndsbedömt av

detta ändamål. Därmed görs en tydlig koppling mellan dokumentationsskyldigheten och möjligheterna att behandla personuppgifter utan att den enskilde kan motsätta sig det. Sådan personuppgiftsbehandling som det kan finnas behov av i verksamhet som inte omfattas av dokumentationsskyldighet kan dock göras med stöd av den enskildes samtycke, se vidare avsnitt 23.2.4.

Socialstyrelsen har i sin handbok om handläggning och dokumentation inom socialtjänsten förklarat ordet handläggning som ett förfarande som börjar med att ett ärende väcks och efter utredning utmynnar i ett beslut.⁴ Till handläggning av ett ärende avses här även att följa upp en insats så länge insatsen pågår, att göra en omprövning och att handlägga ett överklagande.

Begreppet *ärende* ska i bestämmelsen ges en vidare innebörd än vad som avses i förvaltningslagen (1986:223) och 11 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. Även när en socialnämnd ännu inte beslutat att inleda en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL ska personuppgifter få behandlas. Det innebär exempelvis att socialnämnden får behandla personuppgifter inom ramen för den förhandsbedömning som görs innan nämnden fattat beslut om att inleda eller inte inleda en utredning.

När det gäller barn och unga regleras i 11 kap. 1 a § SoL att socialnämnden vid anmälan genast ska göra en bedömning av om barnet eller det unge är i behov av omedelbart skydd och att en sådan bedömning ska dokumenteras. I andra stycket framgår att beslut att inleda eller inte inleda utredning ska, om det inte finns synnerliga skäl, fattas inom fjorton dagar efter att anmälan kommit in och att ett sådant beslut inte behöver fattas om det redan pågår en utredning om det barn eller den unge som anmälan avser. I förarbetena⁵ framgår att några remissinstanser anser att det är oklart om ställningstagandet att inleda eller inte inleda utredning är ett egentligt beslut. Regeringen föreslog mot den bakgrunden att det i lagen tydligt anges att det är ett formellt beslut som dokumenteras på sedvanligt sätt.

⁴ Socialstyrelsen Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.

⁵ Prop. 2012/13:10 s. 59.

Upprätta eller inhämta dokumentation som följer av lag eller annan författning

I andra fall än vad som avses när det gäller ändamålen att handlägga ärende kan det finnas en skyldighet för socialtjänsten att lämna ifrån sig uppgifter. Denna skyldighet kan finnas i lag, förordningen eller annan författning. För att kunna fullgöra den skyldigheten måste socialtjänsten göra en särskild personuppgiftsbehandling. I allmänhet bör det vara fråga om utlämnande av sådana uppgifter som uppkommer i ett ärende. I viss mindre utsträckning kan det dock vara nödvändigt med en särskild personuppgiftsbehandling där dokumentationen i stället utformas utifrån hur uppgiftsskyldigheten ska fullgöras. Det behövs därför ett särskilt ändamål som reglerar den här uppgiften.

Det kan till exempel vara sådan personuppgiftsbehandling som görs i samband med att socialnämnden lämnar ut uppgifter enligt 12 kap. 5–10 §§ SoL eller uppgift som lämnas ut till åklagare om ungdomsvård eller ungdomstjänst som någon dömts till och som inte fungerar.

Att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten

Av 3 kap. 3 § SoL framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Det innebär bland annat att verksamheter inom socialtjänsten ska utveckla metoder för att noga följa och analysera utvecklingen vad gäller kvalitet.

Motsvarande bestämmelser finns i 6 § lagen (2003:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, som säger bland annat att en sådan verksamhet ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Enligt LSS föreskrivs även att verksamheten ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och att kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Det ska även finnas personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.

Vad som avses med god kvalitet är svårt att fastställa på ett objektivt sätt eftersom olika behov och förväntningar påverkar förställningarna av vad som är god kvalitet. God kvalitet i socialtjänstens verksamhet har beskrivits som att tjänsterna ska motsvara

målen i gällande lagstiftning.⁶ Under de senaste åren har arbete med att ta fram så kallade kvalitetsindikatorer på påbörjats för att kunna belysa flera av aspekter av de sociala tjänsternas kvalitet. Socialstyrelsen har beslutat om föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskrifterna och allmänna råden ska tillämpas i verksamhet enligt socialtjänstlagen och LSS m.fl. De områden som särskilt har lyfts fram är kvalitetssäkring av bland annat sociala tjänster och handläggning och dokumentation.

Mot bakgrund av det allmänna intresset och den stora betydelsen av att kvaliteten i socialtjänsten hela tiden utvecklas är det centralt att personuppgifter får behandlas för ändamålet. Med utredningens förslag blir det tydligt att även juridiska eller fysiska personer som ansvarar för privat verksamhet inom socialtjänsten får hantera personuppgifter för att utveckla verksamheten och för att säkra kvaliteten i verksamheten.

Kvalitetssäkringsarbete kan göras enligt olika metoder och i olika former. I allmänhet behöver dock arbetet inbegripa någon form av personuppgiftsbehandling. Många gånger handlar det om att uppgifter som redan är dokumenterade i den mer individinriktade verksamheten för att fatta eller genomföra beslut om stödinsatser, vård eller behandling, senare återanvänds i det systematiska kvalitetsarbetet. Men det kan i vissa fall även handla om att personuppgifter samlas in särskilt för kvalitetssäkringsändamål. Som exempel på det kan nämnas olika former av enkäter där enskildas upplevelser av verksamheten och insatsernas resultat efterfrågas och analyseras. Ibland kan det sannolikt även uppstå svårigheter att i praktiken avgöra vad som är det övergripande syftet med en viss behandling av personuppgifter, t.ex. om den görs för genomförandet av insatserna eller för det systematiska kvalitetsarbetet. Enligt utredningens uppfattning är det helt naturligt att ändamålen ibland överlappar varandra. Det är heller inget problem så länge den som bedriver verksamheten själv är klar över för vilka ändamål som personuppgifter samlas in och behandlas i verksamheten. Detta ska självklart även återspeglas i den information om personuppgiftsbehandling som enskilda har rätt att få.

Utredningens förslag till ändamålsbestämmelse tydliggör att personuppgifter får behandlas inom socialtjänsten för ett systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av bestämmelsen kan därför t.ex.

⁶ God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LSS, LVU, LVM, Socialstyrelsen 2008.

en kommun eller en privat utförare behandla personuppgifter i sin egen verksamhet för att mäta kvaliteten och få underlag till förbättringsarbeten. Bestämmelsen tar dock inte sikte på eventuella möjligheter för olika aktörer att behandla personuppgifter för en gemensam kvalitetssäkring, t.ex. genom att personuppgifter samlas in från flera aktörer för en samlad behandling och analys. Ett sådant informationsutbyte är även beroende av vad som bedöms möjligt med hänsyn till bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. Här kommer utredningens förslag om en mer ändamålsenlig sekretessreglering i socialtjänsten att föra med sig nya och tydliga möjligheter för den kommun som har det yttersta ansvaret för kvaliteten i socialtjänsten att samla in personuppgifter från olika verksamheter och låta dem ligga till grund för kvalitetsarbetet.

Inom hälso- och sjukvården finns så kallade nationella och regionala kvalitetsregister som syftar till att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Inom socialtjänsten finns inte något motsvarande. Utredningen lämnar inte något förslag när det gäller frågan om kvalitetsutveckling med hjälp av nationella kvalitetsregister inom socialtjänsten. Se vidare avsnitt 28.

Administration, planering, uppföljning och utvärdering av verksamheten

Med administration och planering avses på ett mer övergripande plan, till exempel att planera och dimensionera antalet omsorgsplatser, fördela anslag m.m.

Det är av vikt att den som är verksam inom socialtjänsten kontinuerligt eller vid särskilda tillfällen kan behandla personuppgifter för att administrera, planera, följa upp och utvärdera verksamheten. Det kan röra sig om allt ifrån att planera och dimensionera olika verksamheter till att fördela anslag inom det geografiska ansvarsområdet. Den administration och planering som avses i bestämmelsen genomförs därmed på en mer övergripande nivå än vad som avses med ändamålet att handlägga ärenden.

Det är även viktigt att göra det möjligt att använda individuppgifter för att följa upp och utvärdera verksamheten. Med utvärdering avses analys och värdering av kvalitet, effektivitet och resultat av verksamheten i förhållande till de mål som bestämts för densamma. Inom socialtjänsten upprättas personakter men det görs även olika typer av sammanställningar av uppgifter om enskilda

(från personakt). I nuvarande bestämmelser anges begreppet sammanställning av personuppgifter som ett ändamål (se avsnitt 23.2.2). Med det avses sådana sammanställningar som görs i samband med socialtjänstens administration och planering. Med sådana sammanställningar avses således sådana som upprättas inom socialtjänsten bl.a. för att underlätta administrationen och som utgör register i en mer inskränkt bemärkelse. Sammanställningarna används främst som stöd för handläggning, beslut och i samband med verkställigheten av besluten. En sådan sammanställning får anses ingå i ändamålet administration och därför anser utredningen att begreppet sammanställning inte behöver anges i lagen.

Med tillsyn avses den interna tillsynen som den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten har att göra i sin egen verksamhet. Det kan vara kontroll i individärenden och enskilda verksamheter.

Statistik

För närvarande får en socialnämnd stödja sig på bestämmelserna i personuppgiftslagen om nämnden vill göra sammanställningar av personuppgifter för framställning av statistik.⁷ Till socialtjänstens uppgifter hör enligt 3 kap. SoL att bland annat göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen och att informera om socialtjänsten i kommunen. Vidare ska socialtjänsten genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden. I den uppsökande verksamheten ska socialnämnden upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. När det är lämpligt ska socialnämnden samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

Enligt utredningens bedömning är det av vikt att det klart och tydligt framgår av ändamålsbestämmelsen att den som bedriver socialtjänst får behandla personuppgifter även för framställning av statistik. Därför föreslås att personuppgifter ska få behandlas för statistikändamål. Det kan exempelvis vara sådan statistik som kommunen tar fram för att informera invånarna om socialtjänstens olika verksamheter. Men det kan även handla om att privata utförare av socialtjänst sammanställer statistik för att underlätta för enskilda som ska välja utförare.

⁷ prop. 2002/03:36

Även om det är tillåtet för den som bedriver socialtjänst att behandla personuppgifter för framställning av statistik gäller samtidigt det grundläggande kravet på att endast de personuppgifter som behövs för ändamålet får användas. Verksamheten behöver därför göra en noggrann värdering av vilka personuppgifter som är relevanta för ändamålet. Det bör även övervägas om de som har till uppgift att ta fram statistik behöver ha tillgång till direkt utpekande personuppgifter som namn och personnummer eller om det räcker med sådana uppgifter som endast indirekt pekar ut den enskilde. Naturligtvis gäller även att presentation och publicering av statistik från socialtjänsten ska göras på ett sådant sätt att enskilda individer inte röjs.

Vidare ska tydliggöras att detta ändamål inte tar sikte på sådan behandling som omfattas av lagen (2001:99) om den officiella statistiken vid behandling av personuppgifter vid framställning av officiell statistik.

Uppgiftsutlämnande som görs i överensstämmelse med lag eller förordning

Personuppgifter som behandlas i socialtjänsten lämnas i olika sammanhang ut till enskilda eller till myndigheter och andra organisationer. Om utlämnandet görs för syften som gäller den utlämnande verksamheten, omfattas personuppgiftsbehandlingen av något av de ändamål som har angetts ovan. I själva verket görs dock många utlämnanden för mottagarens räkning. Det kan exempelvis handla om sådant informationsutbyte som behövs i samband med handläggning av ärenden eller genomförandet av beslut. Men det kan även handla om att uppgifter lämnas ut till enskilda eller någon denne närstående. Eftersom ett utlämnande i rättslig mening är en personuppgiftsbehandling i sig, behöver den även ha stöd i lag.

För sådan socialtjänst som bedrivs av kommuner och av Statens institutionsstyrelse gäller att utlämnande av allmänna handlingar i enlighet med tryckfrihetsförordningen alltid kan göras utan att sådant utlämnande behöver anges som ett särskilt ändamål för vilket personuppgiftsbehandling är tillåten. Det följer av grundlags företräde framför vanlig lag och av 8 § PUL, som också gäller vid behandling av personuppgifter enligt socialtjänstdatalagen. Eftersom sekretess normalt gäller för uppgifter om enskilda i socialtjänsten, krävs även att sekretessen inte hindrar ett utlämnande.

Samtidigt finns i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, bestämmelser som tillåter eller medger att uppgifter lämnas ut utan hinder av sekretess. En sådan bestämmelse är bl.a. den sekretessbrytande bestämmelse vi föreslår för vissa situationer när den enskilde inte kan samtycka till utlämnandet. Offentlighets- och sekretesslagen innehåller även bestämmelser om att uppgifter utan hinder av sekretess får lämnas till en enskild.

Gemensamt för det uppgiftsutlämnande som det är fråga om i detta fall är att det görs med stöd av författningar som påbjuder eller tillåter ett utlämnande, dvs. ett annat slags uppgiftsutlämnande än det som grundar sig på en uppgiftsskyldighet. För att undanröja några som helst tveksamheter om vad som gäller bör det därför uttryckligen införas en ändamålsbestämmelse som medger att personuppgifter som behandlas med stöd av något eller några av de i tidigare nämnda ändamålen, också får behandlas för sådant uppgiftsutlämnande som görs i överensstämmelse med lag eller förordning. Socialtjänstdatalagen gör det därmed möjligt att behandla personuppgifter för att kunna administrera ett utlämnande som är lagligt.

23.2.2 Sammanställningar av personuppgifter

Vår bedömning: De nuvarande reglerna om sammanställning av personuppgifter i SoLPUL bör utgå och inte föras över till socialtjänstdatalagen.

Vårt förslag: Som en konsekvens av detta ska utgångspunkten för att beräkna gallringsfrist för sådana sammanställningar, enligt vad som i dag framgår av socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, utgå. Den gemensamma utgångspunkt för att beräkna gallringsfristen blir när den sista anteckningen om den enskilde har gjorts i en personakt.

Hos socialtjänsten finns personuppgifter om enskilda framförallt i en personakt. En personakt är en akt med handlingar som rör en eller flera enskilda personer och innehåller handlingar om en eller flera personer som är eller har varit aktuella för utredning eller insats hos socialnämnden. En akt kan innehålla löpande anteckningar från samtal som förs med den enskilde i samband med

planering och genomförande av insatser. Även tidigare utredningar och läkarintyg m.m. kan finnas i en personakt.⁸ Den del av en personakt där anteckningar av betydelse för handläggning av ett ärende och genomförande av en insats görs kontinuerligt och i kronologisk ordningen kallas journal.⁹ I dag är det vanligt att personakter förs elektroniskt i ett verksamhetssystem.

Förutom de personakter som upprättas görs även olika typer av sammanställningar av uppgifter om enskilda inom socialtjänsten. I dag används begreppet sammanställning av personuppgifter i SoLPUL. Begreppet sammanställning av uppgifter i personakt har funnits med sedan införandet av personuppgiftslagen. Med begreppet avses sådana sammanställningar som görs i samband med socialtjänstens administration och planering. Registren används i första hand som stöd för handläggningen av de ärenden där socialtjänsten har en utredningsskyldighet och som stöd för de beslut som utredningen utmynnar i.¹⁰ Det används även som administrativt stöd vid handläggningen av arbetsplaner och utbetalningar av ekonomiskt bistånd. Till viss del används de även som underlag för tillsyn, uppföljning och utvärdering av socialtjänstens verksamhet. Registren underlättar också rapporteringen av uppgifter till Socialstyrelsen som under för den offentliga statistiken.

Sammanställningsregister har traditionellt även ansetts skilja sig från personakterna på det viset att de är tillgängliga på ett mer omedelbart sätt än som är fallet med personakter. Sammanställningarna kan mot den bakgrunden framstå som mer integritetskänsliga eftersom de är tillgängliga för ett större antal tjänstemän och lämnar ut uppgifter om den enskilde utan att den nödvändigtvis samtidigt ges en objektiv beskrivning av den enskildes förhållanden. Alltsedan socialtjänstlagens tillkomst har det funnits ett förbud för socialnämnderna att ta in uppgifter om ömtåliga personliga förhållanden i olika typer av sammanställningar av personuppgifter. Om sådana anteckningar behöver göras så är det nödvändigt att lägga upp en personakt och sedan får en hänvisning till personakten göras i sammanställningsregistret.

I sammanställningar av personuppgifter får i dag inte tas in känsliga personuppgifter eller uppgifter i övrigt om ömtåliga personliga förhållanden (jfr 7 a § SoLPUL). Med uppgifter om ömtåliga personliga förhållanden avses förutom känsliga person-

⁸ Socialstyrelsens handbok Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.

⁹ Socialstyrelsens handbok Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.

¹⁰ Handläggning inom socialtjänsten Clevesköld, Lundgren och Thunved s. 335.

uppgifter enligt personuppgiftslagen även andra uppgifter om personliga förhållanden som kan förekomma inom socialtjänsten och vars behandling kan anses vara kränkande för den personliga integriteten. Det kan till exempel vara uppgifter om försörjningsförmåga och familjeförhållanden.¹¹

Från detta förbud finns undantag för uppgifter om åtgärder som har beslutats inom socialtjänsten som innebär myndighetsutövning och för uppgifter om den bestämmelse som ett sådant beslut grundar sig på. Vidare undantas uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring samt tillsynsverksamhet som bedrivs av Inspektionen för vård och omsorg. Undantaget gäller även för administration och tillsynsverksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse centralt. Uppgift som avslöjar medlemskap i fackförening får aldrig tas in i sammanställningarna.

Med beaktande av den preciserade uppräkningslista av de ändamål som personuppgifter får behandlas för, behöver utredningen överväga om sammanställning av personuppgifter i personakt, behöver nämnas som ett särskilt ändamål. Sådana sammanställningar används för administration, för stöd vid handläggning av enskilda ärenden samt för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. I vissa fall även som underlag till Socialstyrelsen för den offentliga statistiken. Enligt utredningens bedömning behöver begreppet sammanställning av personuppgifter i personakt inte särskilt nämnas i ändamålsbestämmelsen eftersom det ryms i de punkter som nyss har räknats upp.

Utredningen föreslår vidare att förbudet mot att i sammanställningsregister ta in känsliga personuppgifter inte ska finnas kvar. Det bör inte föras över till socialtjänstdatalagen. I dag finns bestämmelser om undantag från förbudet när det gäller uppgifter om åtgärder som har beslutats inom socialtjänsten och uppgifter om den bestämmelse som ett sådant beslut grundar sig på. Vidare finns undantag för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Skälen till att de sistnämnda ska omfattas av undantaget är att det är fråga om tillfälliga sammanställningar som förstörs efter en viss tid och att de enbart blir tillgängliga för ett begränsat antal personer. Undantag finns även för tillsynsverksamhet och för administration som bedrivs av Statens institutionsstyrelse centralt.

Det är enligt utredningens bedömning inte nödvändigt att i den särskilda registerlagstiftning för socialtjänsten som nu föreslås

¹¹ Prop. 2002/03:36 s. 18.

reglera en viss sort av sammanställning. De grundläggande reglerna om när det är tillåtet att behandla de personuppgifter som behövs för ett av de särskilt uppräknade ändamålen gäller alltid. Detta innebär att det ändå inte är fritt fram att göra vilka typer av sammanställningar man vill. De grundläggande bestämmelserna om ändamålen och bestämmelserna om ansvar för den som arbetar i socialtjänsten begränsar möjligheterna att behandla personuppgifter. Den som arbetar inom socialtjänsten får bara ta del av dokumenterade uppgifter om en enskild om han eller hon behöver uppgifterna för sitt arbete inom socialtjänsten och uppgifterna ska användas för något av de ändamål som den föreslagna lagen anger. Därmed upprätthålls den enskildes integritetsskydd samtidigt som behovet av att ta del av uppgifter om enskilda kan tillgodoses. I socialtjänstdatalagen kommer det även att finnas bestämmelser som inskränker möjligheten att göra sökningar. Det innebär i princip att de känsliga personuppgifter som avses i 13 § personuppgiftslagen inte får användas som sökbegrepp.

Även vid en jämförelse med den reglering som finns inom hälso- och sjukvårdens område framgår att det för hälso- och sjukvårdens del inte finns några uttryckliga begränsningar i fråga om sammanställningar, utan de grundläggande reglerna i patientdatalagen anger ramen för det som är tillåtet. Utredningens uppfattning är att det inte är konsekvent eller ändamålsenligt att ha skilda regler för socialtjänsten och hälso- och sjukvården när det gäller sammanställningar.

Det framgår visserligen av förarbetena att när regeringen övervägde en viss utökning av undantaget från förbudet avseende uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring så ansåg inte regeringen att det fanns fog för att vare sig göra ett generellt undantag eller ta bort förbudet.¹²

Regeringen uttalade att mot bakgrund av att bestämmelsen om förbud mot s.k. sammanställningsregister i socialtjänstlagen infördes för snart tjugo år sedan fanns det skäl att fråga om bestämmelsen har spelat ut sin roll. Den moderna tekniken att söka information som finns lagrad i datorer är nämligen sådan att informationen, även om den inte finns i ett register, kan tas fram sekundsnabbt med de sökmotorer som numera finns. Regeringen uttalade att det bör, om förbudet i något avseende ska lättas upp, kunna presentera ett starkt behov därav; ett behov som får anses väga tyngre än behovet av att skydda den enskildes integritet. Det kan därför inte rent allmänt hävdas att bestämmelsen inte längre fyller någon funktion. Den moderna tekniken och

¹² Prop. 2000/01:80 s. 160–161

dess sökmöjligheter kan t.o.m. medföra att behovet av en sådan bestämmelse är större i dag än tidigare då sådana sökmotorer möjliggör att ett sådant sammanställningsregister kan skapas på ett ögonblick. Naturligtvis får bestämmelsen inte – om det inte finns starka integritetsskäl som talar i den andra riktningen – hindra att personuppgifter kan behandlas inom socialtjänsten på ett modernt, effektivt och rationellt sätt.

Den tekniska utvecklingen gör att det i dag förs fler personakter elektroniskt än tidigare. Att fler personakter förs elektroniskt innebär att uppgifter är sökbara på ett annat sätt än tidigare. Mot bakgrund av denna utveckling och mot bakgrund av att utredningen föreslår en särskild socialtjänstdatalag som reglerar när och hur personuppgifter inom socialtjänsten får användas, anser utredningen att det inte längre är ändamålsenligt med ett förbud mot känsliga personuppgifter i s.k. sammanställningsregister. Syftet med det nuvarande förbudet mot att socialtjänsten i sammanställningsregister får ta in känsliga personuppgifter, kan tillgodoses genom tillämpning av de grundläggande bestämmelserna i socialtjänstdatalagen. Det är av vikt att socialtjänsten tillåts kunna utföra sitt uppdrag på ett modernt och effektivt sätt.

Utredningen föreslår därtill (avsnitt 24) tydliga regler om inre sekretess och om vilken personal som får ha tillgång till personuppgifter samt även bestämmelser om åtkomst- och behörighetskontroll m.m. Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten bestämmer villkoren för tilldelning av behörighet för åtkomst och även begränsningar av behörighet till vad som behövs för att personal ska kunna utföra sina arbetsuppgifter. Med dessa bestämmelser säkerställs ett grundläggande skydd för den enskildes integritet.

Närmare om utgångspunkt för gallringsfrist enligt SoL och LSS

Vårt förslag innebär att det inte behövs särskilda bestämmelser när det gäller informationshanteringen för just dessa sammanställningar. Ändamålsbestämmelsen i socialtjänstdatalagen ska vara heltäckande för den personuppgiftsbehandling som utförs inom socialtjänsten och ska även rymma hanteringen av personuppgifter som gäller aktuella sammanställningar. I både socialtjänstlagen och i LSS finns dock bestämmelser om bevarande och gallring av sådana

uppgifter som tillhör en sådan sammanställning av uppgifter som avses i SoLPUL.¹³

Utgångspunkten för gallringsbestämmelserna är att socialnämnden inte bör arkivera mer material än som är nödvändigt för den egna verksamheten. Enligt 12 kap. 1 § första stycket SoL innebär gallringsplikten beträffande personakter att dessa ska gallras ut sedan i aktuellt fall fem år förflutit från den sista kontakten med socialtjänsten. Datum för sista anteckning i akten bildar utgångspunkt för beräkning av fristen. För register som utgör sammanställningar av uppgifter, dvs. register i egentlig mening, bestäms enligt andra stycket samma paragraf utgångspunkten för gallringsfristen av den tidpunkt då de förhållanden som den antecknade uppgiften avser har upphört, t.ex. avslutande av en kontakt med socialtjänsten. Först då får personakten gallras, om dessutom i aktuellt fall fem år gått från sista anteckningen i personakten. Motsvarande bestämmelser finns för den enskilt bedrivna socialtjänsten (jfr 7 kap. 3 § SoL) samt i verksamhet som avser LSS (jfr 21 c § och 23 a § LSS), med den skillnaden att gallringstiden i enskild verksamhet är satt till två år i stället för fem.

Datum för sista anteckningen bildar således utgångspunkt för tidsberäkningen. För register som utgör sammanställningar av personuppgifter, dvs. register i egentlig mening, bestäms däremot utgångspunkten för gallringsfristen av den tidpunkt då de förhållanden som den antecknade uppgifter avser har upphört.

De nuvarande bestämmelserna innebär att en uppgift i en sammanställning om t.ex. en placering i särskilt boende, inte ska gallras förrän två respektive fem år efter det att placeringen har upphört. Först då får personakten gallras, om dessutom två respektive fem år har gått från sista anteckningen i personakten (jfr 12 kap. 1 § SoL).

Vid införandet av den nya socialtjänstlagen från 2001 fördes diskussioner om beräkningen av gallringsfristen och de skillnader som kunde uppstå. Av förarbetena framgår bl.a. följande.¹⁴

Vid beräkningen av gallringsfristen för en personakt är det enligt 60 § socialtjänstlagen tidpunkten för den sista anteckningen i akten som är bestämmande. För register som utgör sammanställningar av uppgifter, dvs. register i egentlig mening, bestäms däremot utgångspunkten för gallringsfristen av den tidpunkt, då de förhållanden som den antecknade uppgiften avser har upphört. Om en socialnämnd beslutar om en fortgående åtgärd, t.ex. placering i familjehem, kan vid oförändrade

¹³ 7 kap. 3 § och 12 kap. 1 § SoL, 21 c § och 23 a § LSS.

¹⁴ Prop. 1989/90:72 s. 94.

regler två olika gallringsfrister komma att tillämpas: akten gallras fem år efter beslutet om ingen anteckning görs efter fattat beslut, medan registeruppgiften gallras först fem år efter det att placeringen upphör. Därmed kan följande situation uppstå. En åtgärd fortgår (eller är nyligen avslutad) och socialnämnden håller reda på detta genom sitt register men är, i avsaknad av den redan gallrade akten, okunnig om bakgrunden till åtgärden. En tänkbar lösning på detta problem, vilken föreslås av socialdatautredningen, är att akter alltid tillförs anteckning om fortgående förhållanden. Så torde för övrigt oftast ske. För att undvika eventuella missförstånd och otydligheter vill jag dock i enlighet med utredningens ställningstagande föreslå en mindre ändring i 60 § socialtjänstlagen. Där bör anges att akten inte får gallras tidigare än en eventuell registeruppgift om ett bestående förhållande.

Som vi tidigare har nämnt ska den föreslagna ändamålsbestämmelsen vara heltäckande för det som utförs inom socialtjänsten och ska även rymma hanteringen av personuppgifter som gäller aktuella sammanställningar. Enligt vår bedömning finns då inte heller några skäl för att ha skilda utgångspunkter för att beräkna gallringsfristerna. Vid bestående åtgärder inom socialtjänsten behövs oftast löpande anteckningar i personakten. Det är utredningens bedömning att reglerna om utgångspunkt för gallringsfrist då har begränsad betydelse.

Om vi tar exemplet ovan t.ex. placering familjehem görs löpande anteckningar i en personakt. Bestämmelser om socialnämndens ansvar för att den unge får god vård finns i socialtjänstlagen och där regleras även att sådan vård ska bedrivas i samråd med socialnämnden (jfr 6 kap. 1 och 4 §§). Det har även införts bestämmelser i socialtjänstlagen som tydliggör det ansvar för uppföljning som socialnämnden har (t.ex. 6 kap. 7 b §). Det är svårt att se att sådana uppgifter inte skulle antecknas i en personakt. Många personakter förs i dag elektroniskt. Det kan inte vara vanligt att det finns uppgifter i en sammanställning av personuppgifter som inte finns i en personakt.

Även i andra sammanställningar, t.ex. uppgifter om kontaktperson etc. borde uppgift behövas i den enskildes dokumentation. Utredningens bedömning är att det i dag inte finns underlag för att det ska vara en skillnad mellan utgångspunkten när den sista anteckningen gjordes i en personakt eller när de förhållanden som den antecknade uppgiften avser har upphört. Enligt utredningens bedömning finns inte skäl för att ha olika utgångspunkter för att beräkna gallringsfristen. Utredningen föreslår att hänvisningen till SoLPUL både i socialtjänstlagen och i LSS utgår och att den särskilda utgångspunkten för att beräkna gallringsfristen när det gäller sammanställningar tas bort.

23.2.3 Personuppgifter som får behandlas i socialtjänsten

Vårt förslag: Endast sådana personuppgifter som behövs för det ändamål för vilket personuppgiftsbehandlingen utförs, får behandlas enligt socialtjänstdatalagen. Känsliga personuppgifter som avses i 13 § PUL och uppgifter om lagöverträdelse m.m. får endast behandlas om det är nödvändigt för de ändamål som anges i socialtjänstdatalagen.

Även den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten och som inte är myndighet får under dessa förutsättningar behandla uppgifter om lagöverträdelse m.m.

Känsliga personuppgifter och uppgifter om lagöverträdelse m.m. får även behandlas om de förekommer i en ansökan, anmälan eller handling som kommer in till socialtjänsten.

Vid handläggning av ärenden som rör parkeringstillstånd m.m. får inte andra känsliga personuppgifter som avses i 13 § PUL än uppgifter som rör hälsa behandlas.

Det är från integritetssynpunkt viktigt att inte andra personuppgifter behandlas inom socialtjänsten än vad som är befogat utifrån verksamhetens behov och krav. Som vi tidigare har redogjort för behandlas ett stort antal personuppgifter av olika slag inom socialtjänsten. Det är inte möjligt att närmare specificera vilka personuppgifter som generellt får behandlas i verksamheten inom socialtjänsten eftersom behov skiftar och det kan avse en mängd olika förhållanden.

Av den nuvarande regleringen i SoLPUL följer att socialtjänsten i princip får behandla de personuppgifter som är nödvändiga för verksamheten. Utredningen anser att denna princip alltså bör vara gällande och föreslår därför inte några konkreta bestämmelser som anger vilka personuppgifter som får behandlas. Vi föreslår i stället att det är ändamålen som får styra över vilka personuppgifter som får eller inte får behandlas enligt socialtjänstdatalagen. De personuppgifter som samlas in för tillåtna ändamål får sedan användas för och vidarebehandlas för dessa ändamål. Enligt socialtjänstdatalagen ska därför, som en grundläggande förutsättning, alla personuppgifter som behövs för det ändamål för vilket en behandling utförs få behandlas. Det grundläggande kravet på att personuppgifterna ska behövas för att få behandlas innebär att endast

sådana uppgifter som behövs för att uppfylla de aktuella ändamålen med personuppgiftsbehandlingen får behandlas.

När det gäller känsliga personuppgifter enligt 13 § PUL och uppgifter om lagöverträdelse m.m. enligt 21 § samma lag, finns dock skäl att överväga att erinra om en försiktighet.

Känsliga personuppgifter och uppgifter om lagöverträdelse

Vid behandling av personuppgifter så anses känsliga personuppgifter enligt 13 § PUL ha en särställning. Enligt denna bestämmelse är det i princip förbjudet att behandla känsliga personuppgifter utan enskildas samtycken. Vad som avses med känsliga personuppgifter är uppgifter som avslöjar en persons ras eller etniska ursprung, politiska åsikter, religiösa eller filosofiska övertygelse eller medlemskap i fackförening samt uppgifter som rör hälsa eller sexualliv. I 14–20 §§ PUL anges vissa generella undantag från förbudet mot att behandla känsliga personuppgifter.

Socialtjänstdatautredningen¹⁵ föreslog att det inte skulle införas några begränsningar när det gäller vilka kategorier av personuppgifter som får behandlas inom socialtjänsten. För att socialtjänsten ska kunna klara sina uppgifter finns ett behov av att behandla även personuppgifter som är känsliga i personuppgiftslagens mening. Det finns otvivelaktigt ett allmänt intresse av att socialtjänsten ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt. Personuppgifterna inom socialtjänsten omgärdas därtill av en mycket sträng sekretess. Enligt utredningens bedömning finns det därmed inte ur integritetssynpunkt något hinder mot att känsliga personuppgifter får behandlas. För att socialtjänsten ska kunna klara sina uppgifter finns ett behov av att behandla även personuppgifter som känsliga i personuppgiftslagens mening.¹⁶

Inom socialtjänstens verksamhet finns, enligt utredningens bedömning, ett behov av att behandla ett stort antal olika personuppgifter med olika grad av känslighet. Det är därför viktigt att det framgår att socialtjänsten, för att kunna utföra sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt, får behandla integritetskänsliga uppgifter när det bedöms vara nödvändigt för verksamheten.

I personuppgiftslagen regleras även särskilt vad som gäller för behandling av personuppgifter om lagöverträdelse. Av 21 § följer

¹⁵ SOU 2009:32.

¹⁶ Prop. 2000/01:80 s. 144 ff.

att det är förbjudet för andra än myndigheter att behandla personuppgifter om lagöverträdelse som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden. Det råder ingen tvekan om att verksamheter inom socialtjänsten ibland behöver behandla personuppgifter om lagöverträdelse.

Av nuvarande reglering i SoLPUL följer att socialtjänsten får behandla känsliga personuppgifter som avses i 13 § PUL och uppgifter om lagöverträdelse om uppgifterna har lämnats i ett ärende eller är nödvändiga för verksamheten. Utredningen har inte funnit något skäl för att ändra detta. Känsliga personuppgifter och uppgifter om lagöverträdelse måste därför också enligt socialtjänstdatalagen få behandlas om det är nödvändigt för ett sådant ändamål som avses i lagen. Att uttryckligen lyfta fram att personuppgiftsbehandlingen ska vara nödvändig är ett uttryck för den försiktighetsprincip som bör gälla vid behandling av så integritetskänsliga personuppgifter som det här är fråga om. Därutöver gäller dessutom alltid de grundläggande kraven på att de personuppgifter som behandlas ska vara adekvata och relevanta i förhållande till ändamålen samt att inte fler personuppgifter än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen får behandlas.

En utgångspunkt för utredningen är att förutsättningarna för att behandla personuppgifter så långt möjligt bör vara samma oavsett i vilken driftsform socialtjänsten bedrivs. När det gäller en sådan välfärdstjänst som socialtjänsten, skulle olika spelregler för olika aktörer kunna medföra negativa konsekvenser för den enskilde och påverka förutsättningarna för en jämlik och högkvalitativ socialtjänst för alla. Inte minst eftersom många individer i dag ges möjlighet att själv välja utförare av biståndsbedömda insatser, är det viktigt att ge samma möjligheter till alla. Om det inte finns starka skäl mot detta, bör därför enskild verksamhet inom socialtjänsten få behandla personuppgifter under samma förutsättningar som myndighet som bedriver sådan verksamhet. Det kan inte uteslutas att även privata och ideburna aktörer som bedriver socialtjänst kan ha behov av att behandla uppgifter om lagöverträdelse, exempelvis vid genomförandet av insatser för enskilda. Eftersom behandling av uppgifter om lagöverträdelse enligt personuppgiftslagen endast får göras av myndigheter behöver socialtjänstdatalagen uttryckligen ange att även enskilda verksamheter får behandla dessa personuppgifter. Utredningen föreslår därför en bestämmelse som tydliggör att enskild verksamhet får behandla uppgifter om lagöverträdelse om det är nödvändigt för ett av de i socialtjänstdatalagen tillåtna ändamålen.

Uppgifter som kommer in i verksamheten

Av SoLPUL följer bl.a. att känsliga personuppgifter och uppgifter om lagöverträdelse får behandlas om uppgifterna har lämnats i ett ärende. Syftet med bestämmelsen är att uttrycka att sådana uppgifter som kommer in till verksamheten får behandlas, även om de i och för sig inte skulle vara nödvändiga för verksamheten. Utredningen bedömer att denna princip bör vara gällande även vid behandling av personuppgifter enligt socialtjänstdatalagen, dock med språkliga förändringar. Utredningen föreslår således en bestämmelse som generellt tydliggör att samtliga personuppgifter som förekommer i en ansökan, anmälan eller handling som kommer in i verksamheten alltid får behandlas. Detta undantag gäller inte om uppgifter kommit till socialtjänstens kännedom på något annat sätt, t.ex. genom egna iakttagelser. Undantaget gäller inte heller om uppgifterna inkommer på socialtjänstens egen begäran. I sådana fall gäller dels den grundläggande förutsättningen att personuppgifterna får behandlas endast om det behövs för ett tillåtet ändamål, dels att känsliga personuppgifter och uppgifter om lagöverträdelse endast får behandlas om det är *nödvändigt* för sådant ändamål.

Handläggning av parkeringstillstånd m.m.

Av SoLPULF följer att det vid handläggning av ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade och som följer av bestämmelserna i körkortsförordningen inte är tillåtet att behandla andra känsliga personuppgifter än uppgifter som rör hälsa. Utredningen bedömer att detta tillgodoser det behov av behandling av personuppgifter som behövs vid hantering av aktuella ärenden och föreslår därför att bestämmelsen överförs till socialtjänstdatalagen.

23.2.4 Den enskildes inställning till personuppgiftsbehandlingen

Vårt förslag: Behandling av personuppgifter enligt socialtjänstdatalagen får göras även om den enskilde motsätter sig personuppgiftsbehandlingen. Undantag från denna huvudregel kan gälla enligt lag eller förordning. Vissa undantag följer av socialtjänstdatalagen.

Vidare föreskrivs att även sådan personuppgiftsbehandling som går utöver vad socialtjänstdatalagen tillåter får utföras, om den enskilde lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen och inte annat följer av andra bestämmelser i lagen eller av annan lag eller förordning. Dessutom föreslås regeringen få meddela ytterligare undantag.

I personuppgiftslagen tillmäts den enskildes inställning till personuppgiftsbehandlingen som huvudregel en avgörande betydelse. Behandling av personuppgifter är enligt personuppgiftslagen exempelvis tillåten, om den enskilde har lämnat sitt samtycke till behandlingen enligt 10 § PUL. Från detta finns dock ett antal undantag. I de fall personuppgiftslagen tillåter personuppgiftsbehandling utan den registrerades samtycke, har den registrerade ingen rätt att med rättslig verkan motsätta sig personuppgiftsbehandlingen. Det följer av 12 § andra stycket PUL. Det gäller till exempel om behandlingen är nödvändig för att (10 § punkten b) att den personuppgiftsansvarige ska kunna fullgöra en rättslig skyldighet eller (punkten d) för att en arbetsuppgift av allmänt intresse ska kunna utföras.

Enligt nuvarande bestämmelser i SoLPUL har en enskild inte rätt att motsätta sig sådan personuppgiftsbehandling som är tillåten enligt lagen. Vid införandet av bestämmelsen anfördes bland annat följande.¹⁷ I vissa fall får personuppgifter behandlas enligt personuppgiftslagen trots att samtycke från registrerade saknas. En förutsättning i samtliga fall är att behandlingen är nödvändig för ändamålen.¹⁸ Det finns ett allmänt intresse att socialtjänstens verksamhet bedrivs effektivt och säkert. Även med beaktande av den enskildes krav på integritet bör personuppgifter få behandlas i verksamheten utan att den som uppgifterna avser har gett sitt

¹⁷ Prop. 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m.

¹⁸ Prop. 2000/01: 80 avsnitt 13.4.

samtycke. Behandlingen av personuppgifter inom socialtjänstens område är integritetskänsliga i de flesta fall. Behandlingen kommer därutöver att omfatta även särskilt känsliga uppgifter, t.ex. lagöverträdelser och frihetsberövanden. För att behålla förtroendet för en sådan behandling är det viktigt att grundläggande krav ställs på behandlingen och att den tillgodoser den enskildes integritetsskydd.

Vår bedömning är att denna princip alljämt ska vara gällande på socialtjänstens område. Den enskilde ska därmed inte kunna motsätta sig sådan personuppgiftsbehandling som är tillåten enligt socialtjänstdatalagen.

Samtidigt kommer vi i det följande att föreslå ett krav på samtycke för viss personuppgiftsbehandling. Detta bör framgå redan av socialtjänstdatalagens grundläggande bestämmelser. Se vidare avsnitt 27 om direktåtkomst till personuppgifter mellan olika utförare av socialtjänst.

Regleringen av socialtjänstens verksamhet är omfattande och komplex. Det kan därför inte uteslutas att bestämmelser i annan lag eller förordning ger enskilda rätt att motsätta sig viss personuppgiftsbehandling som i och för sig regleras av socialtjänstdatalagen. Av det skälet bör det av socialtjänstdatalagen framgå att det kan finnas sådana bestämmelser i annan lag eller förordning.

Vad ska gälla om den enskilde samtycker till en personuppgiftsbehandling?

En relevant fråga är i vilken mån en personuppgiftsbehandling, som inte har stöd i socialtjänstdatalagens bestämmelser, ändå ska få utföras om den enskilde lämnat sitt uttryckliga samtycke till den.

Ett samtycke gör i princip alltid personuppgiftsbehandling tillåten enligt personuppgiftslagen. I förarbetena till lagen berördes frågan om artikel 8.2 i dataskyddsdirektivet och möjligheterna att i lagstiftning bestämma att förbudet mot behandling av känsliga personuppgifter inte kan upphävas genom den registrerades samtycke. Regeringen var dock inte av den åsikten utan hade uppfattningen att det, när någon har lämnat ett samtycke till en viss personuppgiftsbehandling, inte finns något integritetsskyddsintresse som gör det befogat att förbjuda den behandling som den registrerade och den personuppgiftsansvarige är överens om.¹⁹

¹⁹ Prop. 1997/98:44 s. 69.

Vår bedömning är att regeringens resonemang har principiell karaktär och bör vara vägledande även på socialtjänstens område. Därför finns det skäl att tillåta även sådan personuppgiftsbehandling som avviker från socialtjänstdatalagens bestämmelser, om den enskilde lämnar sitt uttryckliga samtycke till behandlingen. Med ett uttryckligt samtycke kan personuppgifter exempelvis samlas in och behandlas för ett ändamål som inte anges i socialtjänstdatalagens ändamålsbestämning. Som vi redovisar i det följande kan principen även ha betydelse för socialtjänstens behandling av personuppgifter i verksamhet som ges i form av råd och service, dvs. sådant som inte är individuellt behovsbedömt.

Mot utredningens förslag kan anföras att en enskild kan befinna sig i ett utsatt läge eller annars i en svag position i sina kontakter med socialtjänsten. Det skulle därför kunna finnas en risk för att han eller hon skulle kunna känna sig tvingad till att samtycka till en personuppgiftsbehandling eller till att godta den utan att kunna överblicka konsekvenserna. Utredningen gör dock bedömningen att denna möjlighet inte skulle missbrukas av den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten. Som vi redogjort för i det tidigare bygger socialtjänsten på den enskildes frivilliga val och verksamheten ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Vi föreslår därför att även sådan personuppgiftsbehandling som går utöver vad socialtjänstdatalagen tillåter får utföras, om den enskilde uttryckligen samtycker till det.

Utredningen föreslår vidare att det från den huvudregeln ska finnas ett undantag, som innebär att samtycket har rättslig verkan endast om inte annat följer av annan lag eller förordning. Dessutom föreslår vi att regeringen får meddela föreskrifter om att en behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt socialtjänstdatalagen inte heller i andra fall får utföras trots att den enskilde lämnat samtycke till behandlingen. Utgångspunkten för att meddela sådana föreskrifter bör vara att skydda enskilda från integritetskränkningar.

23.2.5 Behandling av personuppgifter vid råd och service

Vår bedömning: Behandling av personuppgifter i samband med genomförandet av sådan verksamhet som inte är individuellt behovsbedömd, t.ex. råd och service, får som en konsekvens av utredningens förslag om tillåtna ändamål, utföras om den enskilde har lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen.

Utredningen föreslår att behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt socialtjänstdatalagen ändå ska få utföras om den enskilde lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen. Det ska gälla om inte annat framgår av lag eller förordning. Bestämmelsen bedöms bl.a. ha betydelse för sådan personuppgiftsbehandling som utförs inom ramen för råd och service, dvs. i verksamhet som inte omfattas av dokumentationsskyldighet enligt socialtjänstlagen och inte heller är individuellt behovsbedömd.

För tydlighets skull ska nämnas att särskilt stöd och särskild service som behovsprövas enligt LSS omfattas av ändamålen i 2 kap. 5 § i den föreslagna lagen.

Inom socialtjänsten har det i dag kommit att bli allt mer vanligt att kontakter förekommer och insatser utförs utan att den enskilde har ansökt om insatsen och sedan fått den biståndsbedömd. Det kan exempelvis handla om olika former av förebyggande insatser. Det förekommer att rådgivning och andra stödinsatser utförs inom ramen för missbruksvården eller i samband med familjerådgivning utan att ett biståndsbeslut har meddelats. Enligt socialtjänstlagen följer ingen skyldighet att dokumentera rådgivning t.ex. vid alkohol- eller narkotikamottagning samt familjerådgivning. Ett av de främsta skälen till att rådgivnings- och stödverksamheter ligger utanför dokumentationsskyldigheten är att det annars skulle kunna avhålla personer från att kontakta socialtjänsten och få stöd i utsatta situationer. Det faktum att en biståndsbedömning inte krävs innebär vidare att socialtjänsten blir mer lättillgänglig för den enskilde som är i behov av råd eller stöd. Det finns stora skillnader i hur olika kommuner bedriver verksamhet inom ramen för råd och stöd. I en del kommuner erbjuds enskilda ett fåtal besök utan biståndsbeslut medan individer i andra kommuner kan ha många kontakter med socialtjänsten utan behovet om bistånd bedöms. Det kan konstateras att det finns olika tolkningar vilket utrymme dagens bestämmelser ger för att dokumentera i aktuell verksamhet.

Det kan dock finnas behov av att på individnivå dokumentera insatser inom de öppna verksamheterna som inte är individuellt behovsprövade. Dokumentationsbehovet kan finnas både för ändamål i den individinriktade verksamheten och för att kunna utvärdera, kvalitetssäkra och följa upp den icke biståndsbedömda verksamheten.

Enligt vårt förslag till ändamålsbestämmelse får personuppgifter bl.a. behandlas för att handlägga ärenden som rör enskilda och för att dokumentera genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård och behandling. Verksamhet inom råd och service faller utanför detta eftersom det vare sig handlar om ärendehandläggning rörande enskilda eller genomförandet av sådana beslut som avses. Inte heller finns någon annan föreslagen ändamålsbestämmelse som tar sikte på den aktuella personuppgiftsbehandlingen. Eftersom bestämmelsen med tillåtna ändamål är uttömmande är således personuppgiftsbehandling inom råd och service som huvudregel otillåten. Samtidigt bedömer utredningen att det inte kan uteslutas att det kan finnas ett behov av att behandla personuppgifter även i sådan service, råd och stöd som inte är individuellt behovsbedömd.

Utredningen föreslår dock att personuppgifter kan samlas in och behandlas för ett ändamål som inte anges i lagens ändamålsbestämning, om den enskilde har lämnat ett uttryckligt samtycke till detta. Det finns inga formkrav för ett sådant samtycke, vilket t.ex. innebär att det inte behöver vara skriftligt. Det är ett uttryck för principen att en enskilds uttryckliga samtycke till en viss personuppgiftsbehandling normalt ska respekteras. Bestämmelsen ger exempelvis den som är verksam inom socialtjänsten en *möjlighet* att behandla personuppgifter i sådan verksamhet som inte är biståndsbedömd, om den enskilde lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen. Med stöd av den enskildes samtycke kan således en personuppgiftsbehandling göras även exempelvis inom ramen för sådan familjerådgivning, ungdomsmottagning, missbruks- och beroendevård m.m. som inte är biståndsbedömd. Vid sådan behandling gäller självklart de grundläggande bestämmelserna i den föreslagna lagen vilket innebär att personuppgifter ska utformas och behandlas så att enskilda individers personliga integritet respekteras. Vidare gäller de grundläggande kraven i personuppgiftslagen om att endast de personuppgifter som behövs med hänsyn till ändamålet får behandlas.

Utredningens förslag ger således socialtjänsten en möjlighet att i enskilda fall behandla personuppgifter utan att det för den skall

bidrar till att avhålla enskilda från att i utsatta situationer vända sig till socialtjänsten. Personuppgiftsbehandling kan dock aldrig vara en förutsättning för att en enskild ska få tillgång till en insats inom ramen för råd och stöd, utan det ska helt och hållet bygga på den enskildes fria vilja. Om socialtjänsten bedömer att en viss insats eller åtgärd inom ramen för det som i dag betraktas som råd och stöd inte kan genomföras utan att personuppgifter behandlas, får socialtjänsten i stället tillhandahålla insatsen eller åtgärden med stöd av ett biståndsbeslut efter en individuell behovsbedömning.

Vårt förslag innebär endast att den som bedriver socialtjänst får en möjlighet att behandla personuppgifter med stöd av den enskildes samtycke. När det kommer till dokumentationens utformning m.m. får de allmänna förvaltningsrättsliga principerna gälla. I socialtjänstdatalagen ska inte finnas några bestämmelser om handläggning och dokumentation, utan detta ska även fortsättningsvis regleras i de nu befintliga lagstiftningarna som t.ex. SoL, LSS och förvaltningslagen.

23.2.6 Personuppgiftsansvar

Vårt förslag: Den som bedriver socialtjänstverksamhet är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som den utför.

Av 3 § PUL följer att med personuppgiftsansvar avses den som ensam eller tillsammans med andra bestämmer ändamålen med och medlen för behandling av personuppgifter. I registerförfattningar är det vanligt att på ett tydligt sätt peka ut vem som är ansvarig för den behandling som regleras i de särskilda författningarna. Utredningen anser att det är lämpligt att göra så även i den nu föreslagna lagen.

Utredningen föreslår en grundläggande bestämmelse om personuppgiftsansvar. Motsvarande bestämmelse i nu gällande patientdatalag har tjänat som förebild. Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter inom socialtjänsten som utförs i dess verksamhet.

Det är inte kommunen som sådan som är personuppgiftsansvarig utan i en kommun är varje myndighet eller sådana kom-

munala bolag som avses i 2 kap. 3 § OSL som bedriver socialtjänst personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten eller bolaget utför. Personuppgiftsansvaret i enskilda verksamheter ligger på den juridiska eller fysiska person som yrkesmässigt bedriver och ansvarar för socialtjänstverksamheten.

Personuppgiftsansvaret omfattar även sådan behandling av personuppgifter som görs när den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten genom direktåtkomst lämnar ut eller tar del av personuppgifter, se vidare avsnitt 27.2.5.

23.2.7 Sökbegrepp

Vårt förslag: Uppgifter som avslöjar ras, etniskt ursprung, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller rör sexualliv får inte användas som sökbegrepp.

Regeringen får meddela föreskrifter om att en kommunal myndighet får använda uppgifter om etniskt ursprung som sökbegrepp för att vissa slags sammanställningar.

Med sökbegrepp avses i så kallade registerförfattningar vanligtvis begrepp som används som urvalskriterier för att söka fram handlingar eller för att med begreppet som utgångspunkt göra sammanställningar av olika slag. Vilka sök- och sammanställningsmöjligheter som finns har även betydelse för frågan om vilka handlingar som kan anses förvarade hos en myndighet och vad som därmed kan bli tillgängligt för allmänheten i enlighet med 2 kap. tryckfrihetsförordningen.

En grundläggande fråga när det gäller integritetsskydd är på vilket sätt personuppgifter kan sammanställas. Med fler möjligheter att sammanställa uppgifter om enskilda blir risken större för ett otillbörligt intrång i den personliga integriteten. Det är framför allt när det gäller känsliga personuppgifter enligt 13 § PUL som det av integritetsskäl finns anledning att ha begränsningar för vilka uppgifter som får användas vid sökning efter personuppgifter.

Den nu gällande regleringen av känsliga personuppgifter som sökbegrepp finns i 7 a § SoLPUL angående sammanställning av personuppgifter. Av bestämmelsen framgår att det i sammanställningar av personuppgifter inte får tas in känsliga personuppgifter eller uppgifter i övrigt om ömtåliga förhållanden. Undantag och

därmed möjlighet att göra sökningar m.m. gäller dock i vissa i bestämmelsen angivna situationer. Det anges uttryckligen att uppgifter som avslöjar medlemskap i fackförening inte får tas in.

Vidare finns i SoLPULF bestämmelser om vilka sökbegrepp som får användas vid sökning efter uppgifter eller i samband med sammanställningar. Bestämmelserna är olika utformade beroende på om det är en kommunal myndighet, Statens institutionsstyrelse eller en privat verksamhet som ska utföra personuppgiftsbehandlingen. För kommunala myndigheter finns inga som helst begränsningar av vilka personuppgifter som får användas som sökbegrepp i samband med uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamheten. Vid handläggning av ärenden och i samband med genomförandet av beslut får dock endast uppgift om namn eller person-, samordnings- eller ärendenummer användas.

Detta kan jämföras med hälso- och sjukvården, där patientdatalagen anger ett förbud mot att behandla sådana känsliga personuppgifter som anges i 13 § PUL som sökbegrepp. Till förbudet finns även ett undantag som innebär att uppgift om hälsa och uppgift om att någon varit föremål för vissa tvångsingripanden ändå får användas som sökbegrepp.

Det är enligt utredningen av allmänt intresse att socialtjänstens verksamhet kan utföras på ett tillfredställande sätt. Informationshantering och behandling av personuppgifter är en av de grundläggande uppgifterna i socialtjänstens verksamhet. Det finns inom socialtjänsten behov av att kunna göra sammanställningar vid verksamhetsuppföljning, kvalitetssäkring, planering av verksamheten m.m. Till exempel inom det individinriktade arbetet är det väsentligt att vid verksamhetsuppföljningar kunna göra sammanställningar utifrån sökkriterier såsom insatser och vissa fall sjukdomar och andra mer hälsorelaterade uppgifter. Samtidigt är det viktigt att sökbegrepp övervägs noga så att otillbörliga integritetsintrång kan förhindras.

I dag kan man använda vilket sökbegrepp som helst för ändamålen tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av kommunal verksamhet och hos Statens Institutionsstyrelse. När det gäller enskild verksamhet får däremot bara sökbegreppen namn, personnummer eller ärendenummer användas. Vi föreslår att bestämmelserna om sökbegrepp både ska begränsas och utvidgas i jämförelse med vad som gäller i dag. Den bestämmelse om sökbegrepp som vi föreslår, ska gälla för alla som bedriver socialtjänst, vare sig det är en kommunal myndighet eller en enskild

verksamhet. Den nya socialtjänstdatalagen ska gälla även för uppgifter som hanteras manuellt. Detta innebär att lagen även omfattar personuppgifter som finns i kronologiska pärmar. Om de är sökbara på mer än ett kriterium, omfattas registren av socialtjänstdatalagen.

Utredningen har valt att reglera vilka begrepp som inte får användas som sökbegrepp. Det innebär att det inte ska vara tillåtet att göra sådana sökningar. Vissa känsliga personuppgifter, ska som huvudregel, inte få användas som sökbegrepp. Det gäller fram för allt uppgifter som avslöjar ras, etniskt ursprung, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller sexualliv. Vi har inte heller sett att det finns ett behov av att använda dessa uppgifter som sökbegrepp.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen att uppgifter som avslöjar ras, etniskt ursprung, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller rör sexualliv inte får användas som sökbegrepp. Samtidigt ges regeringen möjlighet att meddela föreskrifter om att en kommunal myndighet får använda uppgifter om etniskt ursprung som sökbegrepp för att vissa slags sammanställningar.

Nedan redogörs närmare för användandet av vissa uppgifter som sökbegrepp.

Närmare om hälsa som sökbegrepp

När det gäller sökbegreppet hälsa kan detta behöva användas som sökbegrepp för att man snabbt och effektivt ska kunna finna relevanta journalanteckningar från en enskilds tidigare aktualitet inom socialtjänsten. Det kan således finnas behov att använda hälsa som sökbegrepp i det individinriktade arbetet. Men det kan även finnas behov av att använda hälsa som ett sökkriterium vid verksamhetsuppföljningar m.m. Socialtjänsten har ett brett uppdrag och ska medverka i samhällsplaneringen och informera om socialtjänstens verksamhet (jfr 3 kap. 1 § SoL). Ett syfte med socialtjänstens uppsökande verksamhet, förutom att ge information om vad socialtjänsten kan erbjuda för de som behöver hjälp, är ska skaffa en god kännedom om människors situation i kommunen så att väsentliga behov kan tillgodoses. För att kunna fullgöra dessa uppgifter kan det vara nödvändigt att använda sökbegrepp som rör hälsa vid verksamhetsplaneringen. Det kan t.ex. behövas när socialtjänsten

ska bevaka att åtgärder vidtas för att skapa en god samhällsmiljö och goda förhållanden för barn och ungdom, för äldre och för andra grupper som har behov av samhällets särskilda stöd (jfr 3 kap. 2 § SoL).

Närmare om politiska åsikter som sökbegrepp

En fråga som särskilt har behandlats vid tidigare lagstiftningsarbeten är om politiska åsikter ska få behandlas i socialtjänstens verksamhet.²⁰ Regeringen har bl.a. i förarbetena till SoLPUL uttalat att det är ett viktigt allmänt intresse att socialtjänsten ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett tillfredställande sätt. I nämnda arbete ansåg såväl Lagrådet som regeringen att det var klart motiverat att socialtjänsten skulle få behandla personuppgifter som avslöjar politiska åsikter. Det framhölls att behandlingen kan gälla ungdomar som på grund av sina politiska åsikter ägnar sig åt kriminalitet eller annat beteende som föranleder att en socialnämnd behöver veta vilken gruppering en viss individ tillhör för att undvika att enskilda placeras tillsammans med politiska motståndare och riskerar att råka illa ut.

Utredningen ansluter sig till de avvägningar som har gjorts i tidigare lagstiftningsarbeten och anser att det finns starka skäl för att behandla personuppgifter av sådan karaktär i socialtjänsten. Utredningen föreslår därför att politiska åsikter ska kunna användas som sökbegrepp. Det innebär självklart inte att det ska göras slentrianmässigt. Sådana uppgifter ska i första hand behandlas i de fall det har särskild betydelse för att garantera framför allt ungdomar nödvändig vård eller behandling.

Närmare om lagöverträdelse som sökbegrepp

Vidare kan uppmärksammas att bestämmelsen inte gör något undantag vad gäller möjligheterna att inom socialtjänsten använda uppgifter om lagöverträdelse m.m. som avses i 21 § PUL som sökbegrepp. Anledningen till detta är att det inom socialtjänsten finns ett generellt behov av att behandla uppgifter om lagöverträdelse och om administrativa frihetsberövanden som t.ex. tvångsingripande enligt lagen (1990:52) med särskilda bestäm-

²⁰ Jfr prop. 2000/01:80 s. 144 f och SOU 2009:32.

melse om vård av unga, förkortad LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Såväl myndigheter som enskilda verksamheter inom socialtjänsten kan ha behov av att kunna söka efter uppgifter om lagöverträdelser.

I förarbetena till nuvarande lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten²¹ anförs att det finns ett behov inom socialtjänsten för såväl myndigheter som andra än myndigheter att behandla personuppgifter om lagöverträdelser som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden och att lagen bör tillåta även sådana uppgifter får behandlas inom socialtjänsten. När det gäller administrativa frihetsberövanden kan nämnas tvångsingripanden enligt LVU och LVM.

I patientdatalagen har det tagits in bestämmelser om att uppgifter om att någon har varit föremål för tvångsingripanden enligt LPT eller LRV får användas som sökbegrepp.

Närmare om etnicitet som sökbegrepp

Bakgrunden till att etnicitet, efter beslut från regeringen, ska kunna få användas som sökbegrepp är att en kommunal myndighet kan behöva planera, utföra och följa upp socialtjänstverksamheten utifrån invånarnas etniska ursprung. Med beaktande av de integritetsskyddsintressen som finns vid behandling av sådana personuppgifter bör det dock inte införas en generell möjlighet för kommunala myndigheter att använda etnicitet som sökbegrepp.

Om det visar sig att det för kommunerna finns ett väsentligt behov av att använda etnicitet som sökbegrepp innebär den här lösningen att regeringen kan meddela föreskrifter som tillåter det. Det ger en bra balans mellan enskildas behov av skydd för den personliga integriteten och socialtjänstens behov av behandla relevanta personuppgifter för att kunna planera och utföra verksamheten på ett tillfredställande sätt. Därför föreslås att regeringen ska kunna meddela föreskrifter om att en kommunal myndighet får använda etnicitet som sökbegrepp.

²¹ Prop. 2000/01:80 s. 144 f.

24 Säker och ändamålsenlig hantering av personuppgifter

24.1 Bakgrund

Dokumentationen i socialtjänsten är i allmänhet av mer integritets-känslig karaktär än information i många andra sammanhang. Informationen rör inte sällan enskildas privata förhållanden om sådant som exempelvis hälsa och sociala och ekonomiska förhållanden. Av hänsyn till behovet av skydd för den personliga integriteten är det därför nödvändigt att de uppgifter om enskilda som dokumenteras i socialtjänsten hanteras på ett säkert och ändamålsenligt sätt. Det handlar även om att inte äventyra enskildas förtroende för socialtjänstens informationshantering. Samtidigt behöver uppgifter kunna användas på ett ändamålsenligt sätt som leder till att den enskilde får sina behov tillgodosedda. Dokumenterade personuppgifter behöver därför hanteras på ett sätt som gör att behovet av integritetsskydd kan tillgodoses samtidigt som verksamheten ges förutsättningar att skapa bästa möjliga resultat för enskilda individer.

Grundläggande förutsättningar för en ändamålsenlig informationshantering är bland annat att uppgifter finns tillgängliga när de behövs för att utreda, fatta beslut eller genomföra insatser för enskilda. En annan förutsättning är att de uppgifter som dokumenteras om enskilda förvaras och hanteras på ett sådant sätt att behoven av integritetsskydd tillvaratas. Det handlar exempelvis om att se till att obehöriga inte kan komma åt uppgifter om enskilda, att uppgifter inte sprids utanför verksamheten, att de informationssystem som används i verksamheten är utformade på ett sådant sätt att integritetsskyddet tillgodoses, att en användares behörighet till uppgifter anpassas och begränsas till de behov som användaren har samt att åtkomsten till uppgifterna loggas och kontrolleras m.m.

Inom socialtjänstens område saknas i dag uttryckliga författningsbestämmelser om detta som ibland kallas för *inre sekretess*. Visserligen finns i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, bestämmelser om att handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Däremot innehåller varken lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPUL eller förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPULF, uttryckliga bestämmelser om de närmare kraven på hur personuppgifter i enlighet med detta ska hanteras och skyddas. Ledning på detta område får i stället sökas i personuppgiftslagens (1998:204), förkortad PUL, bestämmelser, t.ex. i 31 § om säkerhetsåtgärder, och i praxis från Datainspektionen.

Detta kan jämföras med hälso- och sjukvården som såväl i patientdatalagen (2008:355) som i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården har ett antal bestämmelser som just tar sikte på en säker och ändamålsenlig hantering av personuppgifter.

24.2 Våra överväganden och förslag

Vår bedömning: Socialtjänstdatalagen bör innehålla ett kapitel om en säker och ändamålsenlig hantering av personuppgifter där bestämmelser om inre sekretess samlas med bestämmelser om ansvaret för att uppgifter finns tillgängliga när det behövs för att arbetet i socialtjänsten ska kunna utföras på ett sätt som tillgodoser enskildas behov m.m.

Förtroendet för integritetsskyddet i informationshanteringen har relevans inte bara när det gäller den yttre sekretessen gentemot utomstående och vid överföring av personuppgifter inom socialtjänsten. Det är även viktigt att det i en verksamhet inom socialtjänsten finns ett integritetsskydd avseende hanteringen av uppgifter om enskilda. I det följande används begreppet *inre sekretess* vid överväganden om hur känsliga uppgifter om t.ex. enskildas personliga förhållanden bör hanteras inom en verksamhet för att motverka intrång i den personliga integriteten.

För att tydliggöra vikten av att uppgifter endast är tillgängliga när det behövs för dem som behöver det och i övrigt hanteras på ett säkert sätt bör socialtjänstdatalagen innehålla grundläggande bestämmelser om detta. Vi föreslår därför ett särskilt kapitel som samlar dessa bestämmelser och tydliggör vilket ansvar som ligger dels på den som arbetar i socialtjänsten, dels på den som bedriver själva verksamheten.

En uttrycklig reglering av den inre sekretessen är även en förutsättning för våra förslag exempelvis om förändrade sekretessgränser mellan kommunala myndigheter inom socialtjänstens område. Med regler om inre sekretess, behörighetsstyrning och åtkomstkontroll tydliggörs att det aldrig kan vara fråga om ett okontrollerat flöde av uppgifter inom socialtjänsten. Detta sätt att reglera sekretess- och dataskyddet skulle då även komma att likna vad som redan i dag gäller för hälso- och sjukvården.

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten har det övergripande ansvaret för informationssäkerheten i verksamheten. Informationssäkerhet handlar i detta avseende om betydelsen av att de system som innehåller personuppgifter är lätta att använda och i övrigt ändamålsenliga samt att systemen utformas på ett sätt som tillgodoser de enskildas behov av integritetsskydd. Tillgång till personuppgifter inom socialtjänsten vid rätt tillfälle är en förutsättning för att en enskild ska få säkra insatser av hög kvalitet. Mot den bakgrunden anser vi att socialtjänstdatalagen även ska uttrycka den övergripande skyldigheten för den som bedriver verksamheten att se till att personalen har tillgång till de uppgifter som behövs för att utföra sina arbetsuppgifter på ett för verksamheten och de enskilda, tillfredsställande sätt. Balansen mellan behovet av uppgifter och den enskildes intresse av en integritetsskyddande hantering kan sammanfattas i devisen ”rätt information på rätt plats i rätt tid”. I ett kapitel om en säker och ändamålsenlig hantering bör dessa intressen förenas och tillsammans stödja en utveckling mot en ändamålsenlig informationshantering i socialtjänsten.

24.2.1 Ansvar för den som arbetar i socialtjänsten – inre sekretess

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska det finnas bestämmelser som tydliggör när den som arbetar hos någon som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får ta del av dokumenterade uppgifter om enskilda. Det är tillåtet endast när han eller hon behöver uppgifterna för sitt arbete inom socialtjänsten och uppgifterna ska användas för något av de ändamål som är tillåtna enligt socialtjänstdatalagen.

I nuvarande lagstiftning finns ett antal bestämmelser som har direkt eller indirekt betydelse för informationshanteringen inom den egna verksamheten, exempelvis inom den verksamhet som en enskild eller offentlig utförare av socialtjänst bedriver. Av grundläggande betydelse är framför allt bestämmelserna i 1 kap. 1 § SoL och i 6 § LSS om att verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet.

Vidare följer av 11 kap. 5 § 2 st. SoL och 21 a § LSS att handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att inte obehöriga får tillgång till dem. Handlingar får enligt bestämmelserna inte vara fritt tillgängliga inom den egna verksamheten. Något förenklat kan bestämmelserna sägas innebära att den som inte har behov av handlingarna för att kunna utföra sitt arbete inte heller ska ha tillgång till dem. De är att betrakta som obehöriga i bestämmelsens mening. Dessa regler slår därmed fast en s.k. inre sekretess som kompletterar det integritetsskydd som följer av bestämmelser om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, och om tystnadsplikt i SoL och LSS.

I nuvarande lagstiftning om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten saknas dock bestämmelser som uttrycker de närmare kraven på hur detta ska tillgodoses vid användandet av elektroniska verksamhets- och journalsystem. Utredningens bedömning är att kraven på inre sekretess bör konkretiseras genom bestämmelser som riktar sig till den personuppgiftsansvarige, men även genom bestämmelser som uttryckligen reglerar när den som arbetar inom socialtjänsten får ta del av uppgifter om enskilda som finns inom den egna verksamheten. Det innebär inte att vi ifrågasätter den medvetenhet i frågor om sekretess och tystnadsplikt som vi har upplevt vid våra kontakter med företrädare från

socialtjänsten. Däremot anser vi att elektronisk utveckling med en potentiell tillgång till uppgifter som generellt är större än vid en helt manuell hantering, ger upphov till nya och delvis ökade risker för integritetsintrång. En integritetsskyddslagstiftning som den föreslagna socialtjänstdatalagen bör därför, enligt vår bedömning, innehålla bestämmelser som särskilt syftar till att motverka sådana otillbörliga integritetsintrång som en otillåten åtkomst till uppgifter ger upphov till. Vi tror också att det är till fördel, inte minst ur pedagogisk synvinkel, att det klagas när personal inom socialtjänsten får ta del av uppgifter om enskilda. Inte minst med tanke på de straffbestämmelser som finns om s.k. dataintrång, är det viktigt att det för personalens del så långt möjligt är tydligt vad som är lagligt och vad som inte är det i fråga om åtkomst till personuppgifter.

Mot bakgrund av detta föreslår utredningen att det införs en grundläggande bestämmelse om inre sekretess som gäller oavsett om uppgifter hanteras manuellt eller elektroniskt. Bestämmelsen ska ange att den som arbetar hos någon som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får ta del av dokumenterade uppgifter om en enskild endast om han eller hon behöver uppgifterna för sitt arbete inom socialtjänsten. Som en ytterligare förutsättning ska uppgifterna behövas för något av de ändamål som är tillåtna enligt lagen.

Den som arbetar inom socialtjänsten, vare sig det är i en kommunal myndighet eller i en enskild verksamhet eller på Statens institutionsstyrelse, får alltså ta del av dokumenterade uppgifter om en enskild endast om han eller hon behöver uppgifterna för sitt arbete inom socialtjänsten och uppgifterna ska användas för något av de tillåtna ändamålen. Detta ska gälla all personal eller motsvarande oavsett var han eller hon arbetar och oavsett för vilka syften uppgifterna behövs. Det är endast när en anställd eller en uppdragstagare behöver uppgifter för att kunna utföra sina arbetsuppgifter som denne får ta del av uppgifter om enskilda individer. Av bestämmelsen följer vidare att den anställda eller motsvarande endast får ta del av just de uppgifter som i det enskilda fallet behövs.

Bestämmelsen om inre sekretess tydliggör att den som arbetar i socialtjänsten exempelvis får ta del av de uppgifter i verksamheten som behövs för att handlägga ärenden om enskilda eller i nästa skede, de uppgifter som behövs för att genomföra beslut om stödinsatser, vård eller behandling. På motsvarande sätt får den som

arbetar i socialtjänsten ta del av de uppgifter som behövs för det systematiska kvalitetsarbetet, för administration och planering av verksamheten etc. En grundläggande förutsättning är naturligtvis att den anställde eller motsvarande har i uppdrag att utföra sådana arbetsuppgifter.

Syftet med bestämmelsen är att bidra till att stärka integritetsskyddet och upprätthålla förtroendet för informationshanteringen i socialtjänsten samt göra det tydligt för den som arbetar i socialtjänsten när man får bereda sig åtkomst till uppgifter i verksamheten. Bestämmelsen kompletteras även av regler om den personuppgiftsansvariges ansvar för tilldelning av behörighet för elektronisk åtkomst till uppgifter om enskilda och om ansvar för kontroll av den åtkomst som har förekommit till uppgifter i verksamheten. Se mer om de förslagen i det följande.

Av betydelse för gällande rätt om inre sekretess är vidare att olovligt intrång och olovligt efterforskande i elektroniska informationssystem kan vara straffbart enligt straffbestämmelser om dataintrång. Den som olovligen bereder sig tillgång till upptagning för automatisk databehandling eller olovligen ändrar eller utplånar eller i register för in sådan upptagning kan enligt 4 kap. 9 § brottsbalken dömas för dataintrång till böter eller fängelse i högst två år. Bestämmelsen är tillämplig då någon använder sig av sin behörighet till åtkomst till ett elektroniskt journalsystem för att läsa uppgifter om en enskilde utan detta behövs från arbets-synpunkt, t.ex. på grund av nyfikenhet.¹

24.2.2 Ansvar för att uppgifter är tillgängliga när de behövs

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska anges att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska se till att dokumenterade personuppgifter är tillgängliga för den som arbetar i verksamheten när uppgifterna behövs för arbetets utförande.

Själva syftet med att dokumentera handläggningen av ärenden och genomförandet av beslut i socialtjänsten går förlorad om uppgifterna inte finns tillgängliga när det behövs. Därför måste den som bedriver verksamheten vara medveten om detta ansvar och

¹ Prop. 2007/08:126 s. 143.

arbeta systematiskt med att säkerställa att personuppgifterna finns tillgängliga i verksamheten. Det behöver t.ex. finnas väl utarbetade skydd mot avbrott i systemen, reservplaner och robusta rutiner för tilldelning av behörigheter mm.

Ytterst är det fråga om rättsäkerhet för den enskilde att personal inom socialtjänsten som till exempel fattar beslut eller genomför insatser har tillgängliga och aktuella uppgifter för att kunna utföra insatser inom socialtjänst av god kvalitet. Att ha tillgång till uppdaterade uppgifter om en enskild och övrigt underlag är en förutsättning för att personal ska kunna leva upp till socialtjänstlagens grundläggande krav på att insatserna inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.

Mot denna bakgrund föreslår vi en bestämmelse som uttrycker ansvaret för att rätt information faktiskt finns tillgängliga för rätt personer inom socialtjänsten så att kraven på god kvalitet och rättsäkerhet kan tillgodoses. Utredningen gör bedömningen att det av tydlighetsskäl är nödvändigt att inte enbart uttrycka kraven på integritetsskyddande åtgärder i lagen. Det är viktigt att betona även tillgänglighetsaspekten.

24.2.3 Ansvar för att skydda uppgifterna vid överföring via internet m.m.

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska tas in bestämmelser om att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska se till att dokumenterade personuppgifter hanteras och förvaras så att inte obehöriga får tillgång till dem. Om internet eller andra jämförbara nät används för att överföra personuppgifter som behandlas enligt socialtjänstdatalagen, ska den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten se till att överföringen görs så att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna.

Vi föreslår att det i socialtjänstdatalagen tydligt uttrycks ett ansvar för att inte obehöriga kan ta del av uppgifter om enskilda. Visserligen anges såväl i socialtjänstlagen som i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade krav på att handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att inte obehöriga

får tillgång till dem.² Vi menar dock att denna princip är så central i en integritetsskyddslagstiftning att den även bör komma till uttryck i socialtjänstdatalagen. Den är även något annorlunda formulerad eftersom bestämmelsen ska tydliggöra ansvaret inte bara för förvaringen av uppgifterna, utan för att uppgifter rent generellt hanteras så att obehöriga inte kan få tillgång till dem.

Ansvaret innebär bl.a. att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten måste se till att de informationssystem som används i verksamheten är skyddade mot obehörig åtkomst och att det finns bra system för tilldelning av behörighet och för åtkomstkontroll. Bestämmelsen syftar till att skydda uppgifterna från otillåten spridning såväl inom som utom verksamheten. Även om uppgifterna finns tillgängliga inom verksamheten så innebär det inte att uppgifterna får användas eller spridas obefogat inom detta område. I linje med det ska den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ge tydliga anvisningar om vilka förväntningar som ställs på personalens hantering av personuppgifter. Det ska vara tydligt för den anställde eller motsvarande vad som ingår i dennes arbetsuppgifter och vilken information som han eller hon förväntas ta del av för att sköta sitt arbete.

Överföring av personuppgifter över internet eller andra jämförliga nät

I dag kommuniceras personuppgifter allt mer över internet eller andra jämförliga nät. Det kan handla både om sådan mer intern informationsöverföring som görs mellan olika kommunala verksamheter inom socialtjänsten och om sådan överföring som görs till mottagare utanför den egna organisationen. Som exempel på det senare kan nämnas sådant informationsutbyte som kan komma att göras mellan kommunens beslutande nämnd och en utförare i enskild verksamhet eller utbyte av information med stöd av de regler om direktåtkomst som föreslås längre fram. Ett annat exempel kan vara överföring av uppgifter om den enskilde till den enskilde själv.

Internet är ett exempel på vad som i allmänhet brukar betraktas som ett öppet nät. Som ett annat sådant exempel anges ofta även Sjunet, vilket är ett nät med många anslutna kunder som exempelvis samtliga landsting, ett antal kommuner, ett antal privata

² 11 kap. 5 § SoL och 21 a § LSS.

vårdgivare samt Skatteverket, Apoteket och ett antal leverantörer. Av utredningens förslag följer särskilda krav på säkerhetsåtgärder vid överföring av personuppgifter över internet eller andra jämförliga nät. Med andra jämförliga nät avser utredningen sådana öppna nät som kan jämföras med internet. Det finns dock ingen legaldefinition av öppet nät. Datainspektionen har dock i ett ärende uttalat följande av intresse i sammanhanget.³

Avgörande för frågan om ert intranät är ett öppet nät är hur det är konfigurerat, vilka och hur många som trafikerar nätet och kan ta del av resurser anslutna till nätet samt hur god säkerheten i övrigt är för nätverket. Ett öppet nät kan karaktäriseras av att fler än den personuppgiftsansvarige kan ta del av uppgifter som kommuniceras i nätet eller nå resurser som är tillgängliga via det.

Det är enligt vår bedömning inte möjligt att i socialtjänstdatalagen definiera öppna nät eller närmare precisera vad som avses med andra jämförliga nät. Vi bedömer dock att vägledning för tillämpningen kan hämtas ur Datainspektionens uttalande ovan. Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten behöver därför göra en bedömning av om de nät, utöver internet, som används för överföring av personuppgifter är sådana som, exempelvis beroende på hur de är konfigurerade och om flera personuppgiftsansvariga kan ta del av uppgifter som kommuniceras i nätet, är att betrakta som sådana andra jämförliga nät som avses i den föreslagna bestämmelsen.

I jämförelse med helt verksamhetsintern informationshantering, t.ex. på interna nätverk som inte är exponerade mot internet och där inga andra personuppgiftsansvariga använder samma nät, kan särskilda risker uppstå när uppgifter överförs över internet. Av den anledningen är det nödvändigt att vidta särskilda säkerhetsåtgärder för att skydda uppgifterna och minska risken för att obehöriga personer kan få tillgång till informationen. Vid en bedömning av vilka åtgärder som bör vidtas och karaktären på dessa ska bland annat hänsyn tas till hur pass känsliga personuppgifter det rör sig om. Enligt personuppgiftslagen gäller särskilda begränsningar för behandling av s.k. känsliga personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening samt uppgifter som rör hälsa eller sexualliv. Om sådana personuppgifter överförs via internet

³ Datainspektionen, dnr. 1409-2012.

eller andra jämförbara nät måste den personuppgiftsansvarige vidta särskilda åtgärder för att skydda uppgifterna.

Även andra personuppgifter, som i och för sig inte omfattas av uppräkningsav de s.k. känsliga personuppgifterna i 13 § PUL, kan naturligtvis också vara så integritetskänsliga att även de kräver mer omfattande säkerhetsåtgärder, till exempel uppgifter om lagöverträdelse enligt 21 § PUL. Omständigheter som kan peka på att uppgifterna är mer integritetskänsliga är exempelvis om uppgifterna omfattas av tystnadsplikt eller sekretess, om behandlingen omfattas av en särskild registerlagstiftning eller om uppgifterna rör enskildas personliga förhållanden. Ekonomisk hjälp eller vård inom socialtjänsten är, enligt allmänna råd från Datainspektionen, exempel på personuppgifter som normalt sett är att anse som känsliga.⁴

Mot bakgrunden av ovanstående kan konstateras att uppgifter inom socialtjänsten många gånger är att betrakta som känsliga enligt 13 § PUL, exempelvis om de rör enskildas hälsa. Vidare konstateras att uppgifter i socialtjänsten, för det fall uppgifterna inte är att betrakta som känsliga i personuppgiftslagens mening, åtminstone är av sådan integritetskänslig karaktär att de ska omfattas av särskilda säkerhetsåtgärder vid överföring över internet eller andra jämförbara nät. Utredningens bedömning är således att personuppgifter som behandlas enligt socialtjänstdatalagen är så pass integritetskänsliga att de, med avseende på säkerhetsåtgärder vid kommunikation över internet, bör skyddas på samma sätt alldeles oavsett om personuppgifterna är sådana som avses i 13 § PUL eller inte.

När det gäller de närmare kraven på säkerhetsåtgärder har Datainspektionen i sin tillämpning av 31 § PUL sedan länge slagit fast att känsliga personuppgifter får lämnas ut via öppna nät (t.ex. internet) endast till identifierade användare vars identitet är säkerställd med en teknisk funktion som asymmetrisk kryptering (t.ex. e-legitimation), engångslösenord eller motsvarande. I praxis har även termen *stark autentisering* använts för att beskriva detta. Dessutom ska, enligt samma praxis, känsliga personuppgifter vara krypterade vid överföring.

För socialtjänstens del finns i dag ingen särskild bestämmelse om säkerhet vid behandling av personuppgifter, vilket innebär att

⁴ Datainspektionens allmänna råd, Säkerhet för personuppgifter (2008), s. 18.

det är bestämmelserna i personuppgiftslagen som gäller. Av dessa bestämmelser framgår inte uttryckligen vilka säkerhetsåtgärder eller vilken säkerhetsnivå som ska uppnås i olika situationer, utan det framgår i allt väsentligt av Datainspektionens praxis. Utredningen bedömer att detta är en inte helt tillfredsställande lösning med avseende på den omfattande behandlingen av integritetskänsliga personuppgifter som görs inom socialtjänsten. Vidare är utredningens utgångspunkt att socialtjänstdatalagen ska vara så uttömmande som möjligt ifråga om de integritetsskydds-bestämmelser som det bedöms finnas särskilt behov av för socialtjänstens del. Därför anser vi att det i socialtjänstdatalagen bör tas in en grundläggande bestämmelse som tydliggör kravet på särskilda säkerhetsåtgärder vid överföring av personuppgifter över internet eller andra jämförbara nät.

I sammanhanget kan noteras att det för hälso- och sjukvårdens del finns motsvarande bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring. Av 2 kap. 5 § nämnda föreskrifter följer att vårdgivare som använder öppna nät för att hantera patientuppgifter ska ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att överföringen av patientuppgifter görs på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna och att åtkomst till patientuppgifter föregås av stark autentisering.

Sammantaget föreslår utredningen således att det i socialtjänstdatalagen ska tas in en bestämmelse som tydliggör kraven på säkerhetsåtgärder vid överföring av personuppgifter över internet eller andra jämförbara nät. Om den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten använder internet eller andra jämförbara nät för att överföra personuppgifter som behandlas enligt socialtjänstdatalagen, ska denne se till att överföringen görs så att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna. Det innebär i praktiken att uppgifterna måste överföras genom en krypterad förbindelse eller genom att uppgifterna i sig krypteras.

24.2.4 Ansvar för informationssystemens utformning

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska anges att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska se till att de informationssystem som innehåller personuppgifter är lätta att använda, stödjer arbete i socialtjänsten, underlättar arbetet med kvalitetsutveckling, underlättar samverkan och utbyte av uppgifter samt är utformade på sådant sätt att de enskildas integritetsskydd tillgodoses.

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten har ett yttersta ansvar för informationshanteringen och för verksamheten som helhet. Enligt 3 kap. 3 § SoL ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet och för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (tredje stycket ovan nämnda paragraf). Motsvarande bestämmelser finns även i 6 § LSS.

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten är således skyldig att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser om hur detta kvalitetsarbete ska bedrivas. Tanken är att det som bedriver verksamhet inom socialtjänsten med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska uppnå kvalitet i verksamheten. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Som utredningen tidigare har konstaterat har den tekniska utvecklingen i vissa delar inte kommit lika långt inom socialtjänsten som inom hälso- och sjukvården och att det fortfarande förekommer en del manuell informationshantering inom socialtjänsten. Utredningens bedömning är dock att det pågår en hel del utvecklingsarbeten för att förbättra informationshanteringen. I många kommuner och hos enskilda utövare av socialtjänst finns ett it-stöd för den dokumentation som görs inom verksamheten. Ett informationssystem bör stödja yrkesutövaren i arbetssituationen. Systemet bör t.ex. underlätta för yrkesutövaren att göra rätt och förhindra att fel görs både i systemet och vid utförandet av insatserna inom socialtjänsten. Ett användarvänligt informationssystem

kan öka kvaliteten för enskilda och för personal samt minska kostnaderna för den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten.

Vi föreslår en bestämmelse som konkretiserar några av de grundläggande krav som måste ställas på ett informationssystem som innehåller personuppgifter och som ska användas inom socialtjänsten. Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ansvarar för att insatser inom socialtjänsten är av god kvalitet och för hanteringen av personuppgifter i verksamheten. I detta ligger även ett ansvar för att ställa krav på och i förekommande fall upphandla informationssystem som är ändamålsenliga, säkra och kan användas som stöd i arbetet.

Vi föreslår att bestämmelsen ställer ett uttryckligt krav på att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska se till att de informationssystem som innehåller personuppgifter är lätta att använda och är ett stöd i det dagliga arbetet. Detta krav finns även uttryckt som ett av målen för Nationell Ehälsa.⁵

Vård- och omsorgspersonal ska ha tillgång till välfungerande och samverkande elektroniska beslutsstöd som säkerställer en hög kvalitet och säkerhet samtidigt som det underlättar deras dagliga arbete. Nödvändig och strukturerad information ska finnas tillgänglig som underlag för beslut om insatser och behandlingar.

Vi föreslår också att bestämmelsen ska omfatta krav på den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten att se till att informationssystemen underlättar kvalitetetsarbetet. Att ta del av personuppgifter för att säkra och följa upp resultatet av insatser inom socialtjänsten är endast en av många saker som görs inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. I avsnitt 28 ger vi en samlad bild av hur våra förslag sammantaget ökar möjligheterna att bedriva ett ändamålsenligt kvalitetsarbete. En av flera förutsättningar för att kunna ta tillvara de möjligheterna handlar om informationssystemens utformning. Enligt utredningens bedömning bör informationssystemen bland annat vara uppbyggda så att det är möjligt att använda personuppgifter för att fortlöpande och systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Vi vill i sammanhanget även poängtera vikten av att informationssystemen utformas på ett sådant sätt att den enskildes behov av integritetsskydd tas tillvara vid kvalitetsarbetet. Bland annat måste den som

⁵ Nationell eHälsa 2010 – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg.

bedriver verksamhet inom socialtjänsten verka för att inte fler personuppgifter än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet används vid kvalitetsarbetet. Informationssystemen kan därför, bland annat, behöva utformas så att användaren inte exponeras för fler personuppgifter än vad som är nödvändigt och att sammanställningar och andra underlag som tas fram vid kvalitetsarbetet inte innehåller personuppgifter som är direkt hänförliga till enskilda individer.

Vi föreslår även att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska ansvara för att systemen möjliggör samverkan med andra enheter och verksamheter och andra som bedriver verksamhet inom socialtjänsten samt möjliggör utbyte av uppgifter. För att lyckas med detta måste den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten arbeta med informationssystemens struktur och innehåll. Stöd i detta arbete kan exempelvis hämtas från Socialstyrelsens arbete med en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk.

Vidare innebär det övergripande ansvaret för de informationssystem som innehåller personuppgifter, enligt utredningens förslag, ett krav på att utforma systemen på ett sådant sätt att integritetsskyddet tillgodoses. Att direkt i verksamhetssystemen bygga in integritetsskyddande funktioner som för personalen gör det lätt att göra rätt och svårt att göra fel, har stora fördelar. Att implementera integritetsskydd i teknik ger ökade förutsättningar för ett starkt integritetsskydd. Bestämmelsen uttrycker ett samlat ansvar för den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten för flera aspekter av informationssäkerhet vid behandlingen av personuppgifter i socialtjänsten. Det är alltså ett ansvar för att lagens intentioner kan genomföras.

24.2.5 Ansvar för behörighetstilldelning

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska anges att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet för elektronisk åtkomst till personuppgifter. Behörigheten ska anpassas och begränsas till vad som behövs för att den som arbetar i socialtjänsten ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om tilldelning av behörigheter.

På socialtjänstens område saknas i dag uttryckliga bestämmelser om krav på styrning av behörighet och kontroll av åtkomst till uppgifter. Enligt utredningens bedömning är det en brist, inte minst mot bakgrund av att socialtjänsten är en verksamhet med en omfattande hantering av integritetskänsliga personuppgifter.

Behörighetsstyrning av elektronisk åtkomst till personuppgifter inom socialtjänsten regleras för närvarande av säkerhetsbestämmelserna i 31 § PUL. Den bestämmelsen anger dock endast de generella och övergripande kraven på säkerhetsåtgärder. Vad som gäller för behörighetsstyrning anges inte heller uttryckligen i personuppgiftslagen, utan detta område har framför allt fått sin tydlighet genom praxis och vägledande uttalanden från Datainspektionen. Tilldelade behörigheter ska enligt etablerad praxis motsvara befattningshavarens aktuella arbetsuppgifter. Det behövs därför väl anpassade rutiner för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheter.⁶

För att ytterligare stärka individens behov av integritetsskydd anser utredningen att starka skäl talar för att införa författningsbestämmelser för behörighetsstyrning och åtkomstkontroll i den nya socialtjänstdatalagen. Sådana bestämmelser saknas i dag och skulle bidra till att tydliggöra kraven och därigenom stärka integritetsskyddet samt upprätthålla förtroendet för informationshanteringen i socialtjänsten.

Behörighet för åtkomst är en användares faktiska möjligheter att ta del av uppgifter exempelvis i socialtjänstens verksamhetssystem. Behörighetsstyrningen är de organisatoriska, administrativa och tekniska åtgärder som vidtas för att anpassa och begränsa behörigheten efter användarens behov för att kunna utföra sitt arbete. Den som arbetar inom socialtjänsten ska tilldelas en individuell behörighet för åtkomst till uppgifter om enskilda. Behörigheten för åtkomst till uppgifter ska vara anpassad efter den anställdes behov av uppgifter för att kunna utföra sitt arbete. Det innebär exempelvis att olika personalkategorier m.m. behöver ha olika behörigheter för elektronisk åtkomst till uppgifter om enskilda. Sådana uppgifter som en anställd eller motsvarande över huvud taget inte har behov av att ta del av för att kunna utföra sitt arbete ska i normala fall inte heller vara elektroniskt tillgängliga för den anställde. Behörigheten

⁶ Datainspektionens beslut den 7 december 2011, dnr 876-2010.

handlar därmed om den tekniska möjlighet en anställd har att ta del av uppgifter. Den föreslagna bestämmelsen kompletterar bestämmelsen om inre sekretess, som utredningen också föreslår.

I verksamheter som hanterar en stor mängd mycket integritets-känsliga uppgifter, som socialtjänsten, ställs stora krav på en ändamålsenlig behörighetsstyrning. Även om det vid behörighetsstyrning kan vara svårt att vid varje givet tillfälle uppnå ett exakt förhållande mellan en användares behov och en användares tekniska möjligheter att ta del av uppgifter, måste ambitionen hos den som bedriver verksamheten vara att komma så nära som möjligt. Samtidigt är det viktigt att inte behörigheten blir för snäv och på så sätt bidrar till att uppgifter inte är tillgängliga för användaren när det behövs. Behörighetsstyrningen behöver därför innehålla moment av både risk- och behovsanalys.

Det är inte endast användarens behörighet för åtkomst till uppgifter som avgör vad som är tillåtet i enskilda fall. Behörigheten anger generellt endast vad användaren kan göra, dvs. vilka tekniska möjligheter användaren har att ta del av uppgifter. För att en användare ska få ta del av uppgifter krävs dessutom att han eller hon har behov av de aktuella uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Ju vidare användarnas behörigheter är, desto större blir skillnaden mellan vad användarna *kan* göra och vad de *får* göra. En sådan situation ställer stora krav på olika former av integritetsskyddande åtgärder som verkar både preventivt och reaktivt. Det handlar exempelvis om kontinuerlig information till användarna om vilka förväntningar ledningen har på hur uppgifter ska användas i verksamheten, om vad som är tillåtet och inte m.m. Ytterligare en viktig åtgärd är det som föreslås i det följande, dvs. systematiska och fortlöpande kontroller av användarna åtkomst till uppgifter om enskilda.

Vidare bedömer utredningen att närmare föreskrifter om behörighetsstyrning med fördel ska meddelas på myndighetsnivå. Utredningen förutsätter att det är Socialstyrelsen som meddelar dessa föreskrifter efter samråd med Datainspektionen.

24.2.6 Ansvar för kontroll av elektronisk åtkomst

Vårt förslag: I lagen ska det anges att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska se till att åtkomst till uppgifter om enskilda som förs helt eller delvis automatiserat dokumenteras och att systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt uppgifterna utförs. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om dokumentation och kontroll av åtkomst.

Precis som när det gäller frågan om behörighetsstyrning, saknas i dagsläget uttryckliga bestämmelser inom socialtjänstens område som tydliggör kravet på kontroll av den åtkomst till uppgifter som förekommit i verksamheten. Samtidigt får det av Datainspektionens praxis vid tillämpningen av 31 § PUL redan i dag anses följa ett krav på den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten att logga åtkomsten till uppgifter och att kontrollera om obehörig åtkomst har ägt rum.

Utredningen bedömer dock att det inte är en helt tillfredsställande lösning att kraven på spårbarhet och åtkomstkontroll för socialtjänstens del endast framgår av Datainspektionens praxis. Dessa krav är enligt vår bedömning så pass grundläggande att de bör regleras uttryckligen i den föreslagna socialtjänstdatalagen. I lagen bör därför införas bestämmelser som ställer krav på att de anställdas åtkomst till uppgifter om enskilda dokumenteras (loggas). Det som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska även säkerställa att det görs systematiska och återkommande kontroller av om obehörig åtkomst har förekommit. Vidare ska regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer få meddela närmare föreskrifter om dokumentation och kontroll av åtkomst. Som jämförelse kan nämnas att det i patientdatalagen finns motsvarande reglering för hälso- och sjukvårdens del.

Dokumentation av åtkomsten (behandlingshistorik)

En förutsättning för att över huvud taget kunna kontrollera om någon obehörig har tagit del av uppgifter om enskilda är att åtkomsten till uppgifter dokumenteras, dvs. loggas. Loggen bildar därmed den behandlingshistorisk som behövs för att kunna ta ställning till om en otillåten åtkomst har ägt rum. Av behandlingshistoriken måste det

därför gå att utläsa den information som behövs för att historiken ska kunna ligga till grund för den systematiska och återkommande kontrollen av obehörig åtkomst.

Enligt vår uppfattning är det inte lämpligt att i lag slå fast exakt vad som ska loggas för att kontrollen ska kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt. Normalt brukar anföras att enlogg åtminstone ska kunna svara på vilken användare som tagit del av uppgifter, vilken individs uppgifter det rör, vilka åtgärder som vidtogs med uppgifterna samt vid vilken tidpunkt uppgifterna användes. Utredningen bedömer dock att närmare föreskrifter om dokumentation av åtkomst och åtkomstkontroll med fördel meddelas på myndighetsnivå och att det ska vara Socialstyrelsen som meddelar dessa föreskrifter efter samråd med Datainspektionen. För hälso- och sjukvårdens del återfinns bestämmelser om detta exempelvis i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

Åtkomstkontroll

Enligt utredningens förslag ska den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten genomföra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommit åt uppgifter om enskilda. Det räcker därmed inte att göra kontroller vid särskilda fall när obehörig åtkomst misstänkts, utan kontrollerna ska göras systematiskt och återkommande. Genom att införa en bestämmelse i socialtjänstdatalagen tydliggörs detta ansvar.

För hälso- och sjukvårdens del har kraven på åtkomstkontroll delvis gett upphov till en osäkerhet kring vad en vårdgivare bör tänka på när denne utformar sina närmare riktlinjer för den systematiska logguppföljningen. Bland annat av den anledningen har Datainspektionen tagit fram en checklista som sammanfattar ett antal grundläggande principer som kan vara vägledande för den systematiska uppföljningen. Utredningen bedömer att checklistan, i tillämpliga delar, med fördel även kan användas av den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten. Av checklistan framgår bland annat följande.⁷

⁷ Datainspektionen, Checklista för hälso- och sjukvården, Systematisk logguppföljning.

- Informera personalen om att logguppföljning görs. Det har en preventiv effekt. Personalen behöver informeras om det egna ansvaret, det vill säga under vilka omständigheter de får ta del av uppgifter och om följderna av att olovligen ta del av uppgifter.
- Gå igenom de krav som ställs på loggarna och kontrollera att de tekniska förutsättningarna för åtkomstkontroll finns.
- Bestäm urval och omfattning och utforma en verkningsfull rutin.
- Följ rutinen och dokumentera resultatet av granskningen.
- Utvärdera och utveckla rutinen.

I checklistan förmedlar Datainspektionen även det viktiga budskapet att det inte endast är antalet loggkontroller som avgör hur verkningsfullt arbetet med åtkomstkontroll är. I linje med Datainspektionens uttalande nedan anser utredningen att även socialtjänstens aktörer behöver analysera de närmare förutsättningarna för verksamheten och utforma en rutin för logguppföljning som bedöms verkningsfull för den enskilda verksamheten. I dag finns även tekniska hjälpmedel i form av olika logganalysverktyg som kan underlätta åtkomstkontrollen.

Bestäm med vilken omfattning (antal och tidsintervall) logguppföljningen ska ske. Eftersom det inte enbart är antalet loggposter vid logguppföljningen som avgör om kontrollen blir verkningsfull, finns det inget generellt svar på hur många loggposter som bör granskas vid varje tillfälle. Varje vårdgivare måste ta hänsyn till verksamhetens omfattning (antalet patienter och personal med behörighet) samt vilket urval och vilken systematik som används vid uppföljningen.

Utöver ovanstående bedömer utredningen att den enskildes tillgång till loggar, t.ex. via internet, om den åtkomst som har förekommit till uppgifter om den enskilde själv, kan vara ett komplement till den personuppgiftsansvariges arbete med åtkomstkontroller. Sådan tillgång för den enskilde förändrar dock inte det rättsliga ansvar för åtkomstkontrollen som följer av utredningens förslag.

25 Skydd för personuppgifter vid samverkan mellan personuppgiftsansvariga

25.1 Bakgrund

Dagens utveckling med ökad mångfald av aktörer i socialtjänst och hälso- och sjukvård, ökade krav på samverkan och ökad patient- och brukarrörlighet har medfört nya behov av att samarbeta i frågor som innefattar behandling av personuppgifter. Vårdgivare i hälso- och sjukvården och utförare i socialtjänsten kan inte på samma sätt som tidigare arrangera sin personuppgiftsbehandling utan att reflektera över eventuella behov av samverkan för att kunna leverera en jämlik hälso- och sjukvård och socialtjänst m.m.

För socialtjänstens del har utvecklingen bland annat medfört konkreta samarbeten och gemensamma utvecklingsprojekt på lokal, regional och nationell nivå. Inte sällan handlar det om att gemensamt använda system och tekniska lösningar som tagits fram tillsammans eller av en aktör, som sedan låter övriga använda den framtagna lösningen. Det kan vara fråga både om personuppgiftsbehandling som görs i socialtjänstens kärnverksamhet, t.ex. vid genomförandet av insatser, eller sådan personuppgiftsbehandling som görs i kontakter med invånare.

Ett ytterligare exempel på gemensamma lösningar är framväxten av regionala och nationella tjänsteplattformar för att kunna hantera och utbyta information. En tjänsteplattform förenklar, säkrar och effektiviserar integrationen mellan olika it-system inom socialtjänsten. Varje tjänst som vill ansluta sig till en viss tjänsteplattform följer så kallade tjänstekontrakt som specificerar regelverket för hur informationsöverföringen ska gå till mellan de olika systemen och tjänsterna. När ett system försöker kontakta ett annat går denna kommunikation inte direkt mellan systemen utan i stället

genom tjänsteplattformen, som sin tur dirigerar meddelandet vidare till rätt tjänst hos exempelvis den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten. Något förenklat kan plattformen sägas utgöra navet mellan olika tjänster och system och vara en förutsättning för att möta de skiftande behov av informationsöverföring som finns. Ett syfte med en tjänsteplattform är att förhindra den komplexitet som en s.k. punkt-till-punktintegration av system medför.

Ett annat exempel som kan nämnas är projektet Effektiv informationsförsörjning, EIF. Projektet drivs av Centrala studiestödsnämnden på uppdrag av E-delegationen och genomförs i samverkan mellan Sveriges Kommuner och Landsting, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Centrala studiestödsnämnden, Skatteverket, Pensionsmyndigheten och Arbetslöshetskassornas samarbetsorganisation. Syftet är att bygga en tjänst som möjliggör för kommuner att via sina verksamhetssystem elektroniskt inhämta information från flera myndigheter samt Arbetslöshetskassornas samarbetsorganisation. Det kan därmed liknas vid en tjänsteplattform med ett gemensamt regelverk som gör att samtliga kommuner kan inhämta information från dessa olika myndigheter och organisationer på ett strukturerat och likartat sätt.

På den nationella arenan finns alltså flera olika aktörer som på många olika sätt deltar i utvecklingsarbeten som inbegriper behandling av personuppgifter. Dessa aktörer kan vara kommuner, landsting, myndigheter, leverantörer, intresseorganisationer, samverkansorgan m.fl. Sammantaget utkristalliseras en komplex bild där det inte alltid är enkelt att bedöma vem som ansvarar för vad eller vem som har befogenhet eller faktiska möjligheter att vidta åtgärder i fråga om personuppgiftsbehandling. De samarbeten rörande informationshantering som i dag finns och kontinuerligt utvecklas inom ramen för regionala och nationella utvecklingsarbeten väcker därför nya frågor relaterat till ansvaret för behandlingen av de personuppgifter som hanteras i de gemensamma lösningarna. Genom att gemensamma lösningar skapas uppkommer ett behov av att identifiera ansvaret för funktioner och åtgärder som utgör själva basen för den gemensamma personuppgiftsbehandlingen och som alla inblandade är beroende av och behöver rätta sig efter.

Frågor om hur personuppgiftsansvaret fördelas vid samverkan mellan olika aktörer är ingalunda ny, även om den har en helt annan aktualitet i dag jämfört med tidigare. Nu står vi för en utveckling där hundratals och kanske så småningom tusentals aktörer inom

socialtjänsten kan komma att samverka kring gemensamma lösningar för att ta del av personuppgifter hos centrala myndigheter eller för att utbyta uppgifter med varandra eller för att göra uppgifter från socialtjänsten tillgängliga över internet för invånare. Det kan inte heller uteslutas att en rad nya områden och utvecklingsarbeten initieras där frågor om personuppgiftsansvarets fördelning blir aktuella.

Förutom nya utmaningar vad gäller att fastställa omfattning och innebörd av personuppgiftsansvar i olika delar, uppstår vid många samarbeten även ett grundläggande behov av att gemensamt fastställa hur informationssäkerheten och skyddet för personuppgifterna ska tillgodoses. Det kan handla om sådant som att komma överens om vilka säkerhetslösningar som ska användas för att obehöriga inte kan komma åt personuppgifter eller hur incidenter och avvikelser ska hanteras. Vidare uppstår ett behov av att fastställa krav och nivåer för grundläggande informationssäkerhetsaspekter som tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet. Ytterst handlar det om att vidta gemensamma åtgärder för att skydda personuppgifterna och försäkra sig om att rätt uppgifter finns på rätt plats i rätt tid.

25.1.1 Vårt uppdrag m.m.

I utredningens uppdrag ingår att utreda hur personuppgiftsansvaret bör regleras i framtiden samt vid behov lämna förslag på sådan reglering. Tidigare har vi redovisat för vårt förslag att i socialtjänstdatalagen införa bestämmelser om personuppgiftsansvar. Enligt den grundläggande bestämmelse som föreslås ska den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten vara personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter inom socialtjänsten som utförs i dess verksamhet. Av bestämmelsen följer vidare att i en kommun är varje myndighet som bedriver socialtjänst personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför. Det kan utöver detta finnas anledning att ytterligare överväga frågor om personuppgiftsansvar och skydd för personuppgifter i en ny tid när allt fler aktörer samverkar kring behandling av personuppgifter i socialtjänsten. En central fråga är om det i vissa samarbeten kan, vid en analys av de faktiska omständigheterna, fastställas att en av de samverkande aktörerna har ett personuppgifts-

ansvar för övergripande frågor om tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder.

Vi har på hälso- och sjukvårdens område lämnat en närmare och mer omfattande redogörelse för frågor om personuppgiftsansvar och skydd för personuppgifter vid samverkan mellan flera personuppgiftsansvariga. I avsnitt 10 finns redovisningar av gällande rätt, vägledningar från tidigare utredningar och exempel från Datainspektionens tillsyn. De beskrivningar som ges i det avsnittet har även grundläggande relevans för våra bedömningar i samma fråga på socialtjänstens område. I stället för att i detta sammanhang upprepa bakgrunds- och problembeskrivningen m.m. hänvisar vi i stället till vad som anges i det avsnittet.

25.2 Våra överväganden och förslag

25.2.1 Krav på risk- och sårbarhetsanalys, överenskommelse och tydliggörande av personuppgiftsansvar

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska anges att den som bedriver verksamhet inom socialtjänst och som medger andra som bedriver sådan verksamhet direktåtkomst eller på annat sätt samarbetar vid behandling av personuppgifter, ska göra en risk- och sårbarhetsanalys och komma överens med de andra om hur informationssäkerheten och skyddet för personuppgifterna ska tillgodoses. Detta ska göras innan samarbetet inleds. Av överenskommelsen ska även framgå hur personuppgiftsansvaret är fördelat med avseende på övergripande tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder.

Krav på risk- och sårbarhetsanalys och överenskommelse avseende informationssäkerhet och skyddet för personuppgifterna

När flera personuppgiftsansvariga samverkar vid behandling av personuppgifter uppstår ett behov av att gemensamt komma överens om de närmare villkoren för samarbetet. Ett sådant behov finns inte minst med avseende på skyddet för personuppgifterna. Tidigare har vi bland annat redogjort för vårt förslag om möjligheter till direktåtkomst mellan olika utförare i socialtjänsten samt motsvarande möjligheter för myndigheter inom socialtjänsten i

samma kommun. Inte minst vid sådana samarbeten där personuppgifter lämnas ut genom direktåtkomst är det nödvändigt att vidta åtgärder för att säkra skyddet av personuppgifterna.

Utförare i socialtjänsten som exempelvis lämnar ut personuppgifter genom direktåtkomst har ett självklart intresse av att skyddet för personuppgifterna garanteras hos mottagande utförare och att denne har förutsättningar för att behandla personuppgifter på ett sätt som stämmer överens med integritetsskyddsbestämmelserna.

För samverkande aktörer inom socialtjänst handlar det bland annat om att se till att informationssäkerheten anpassas till legala krav i socialtjänstdatalagen, men även till exempelvis offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), arkivlagen (1990:782) och socialtjänstlagen (2001:453). Den nuvarande lagstiftningen ställer inga uttryckliga krav på de samverkande personuppgiftsansvariga att genom avtal eller annan överenskommelse ange de närmare villkoren för samarbetet och hur de legala kraven ska tillgodoses.

Enligt vår bedömning riskerar avsaknaden av krav på överenskommelse att medföra att personuppgiftsansvariga inte säkerställer hur samarbetet ska bedrivas för att informationssäkerheten och skyddet för personuppgifterna ska tillgodoses. Mot den bakgrunden föreslår vi att socialtjänstdatalagen ska innehålla uttryckliga krav på överenskommelser i dessa avseenden. Personuppgiftsansvarig som medger andra direktåtkomst eller på annat sätt samarbetar vid behandling av personuppgifter ska därför komma överens med andra personuppgiftsansvariga hur informationssäkerheten och skyddet för personuppgifterna ska tillgodoses. Som exempel på andra situationer än direktåtkomst, där samarbetet kan sägas innebära ett gemensamt tillvägagångssätt för behandling av personuppgifter, avses exempelvis de utvecklingsarbeten som bedrivs inom nationell e-hälsa. I det föregående har exempelvis nämnts sådan personuppgiftsbehandling som utförs inom ramen för utlämnanden genom direktåtkomst till enskilda eller grundläggande funktioner som regionala eller nationella tjänsteplattformar.

Överenskommelsen mellan de personuppgiftsansvariga ska, enligt utredningens förslag, föregås av en risk- och sårbarhetsanalys rörande de samverkande aktörernas organisatoriska och tekniska förutsättningar att skydda personuppgifterna. Risk- och sårbarhetsanalysen ska därmed utgöra en grund för överenskommelsens innehåll och omfattning. Därutöver kan risk- och sårbarhetsanalysen även resultera i att en av aktörerna, eller de samverkande

aktörerna tillsammans, kan behöva vidta åtgärder innan uppgifter lämnas ut genom direktåtkomst eller innan annat samarbete avseende behandling av personuppgifter inleds. Om risk- och sårbarhetsanalysen exempelvis visar att någon av de samverkande aktörerna saknar väsentliga förutsättningar att skydda personuppgifterna i enlighet med de krav på informationssäkerhet och integritetsskydd som ställs vid behandling av så pass känsliga personuppgifter det här är fråga om, ska dessa brister avhjälpas innan exempelvis utlämnande genom direktåtkomst får medges. I risk- och sårbarhetsanalysen bör bland annat ingå frågor om de samverkande aktörernas förutsättningar att leva upp till socialtjänstdatalagens krav på behörighetsstyrning och åtkomstkontroll. Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska göra risk- och sårbarhetsanalysen och överenskommelsen innan samarbetet med de andra aktörerna inleds.

Hur överenskommelsen ska tecknas är upp till parterna att avgöra. Allt för detaljerade anvisningar från lagstiftarens sida riskerar att låsa in socialtjänstens aktörer i lösningar som inte är tillräckligt flexibla med hänsyn till den komplexa situation och de olika slags samarbeten som det kan vara fråga om. Det finns inget som hindrar att överenskommelsen utgörs av en kombination av flera olika åtgärder, t.ex. ett anslutningsavtal som i vissa delar kompletteras av att parterna ansluter sig till ett eller flera utpekade regelverk för informationssäkerhet. Begreppet överenskommelse ska därmed ges en vidsträckt innebörd. Det handlar enligt vår bedömning inte i första hand om hur överenskommelsen rent formellt konstrueras utan fokus bör i stället sättas på frågorna i sak, dvs. hur en tillfredsställande informationssäkerhet och hur skyddet för personuppgifterna ska tillgodoses.

I sammanhanget kan nämnas att Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, tillsammans med några andra myndigheter har formulerat en strategi för ökad informationssäkerhet i vård och omsorg. Syftet med strategin är att skapa förutsättningar för att vård och omsorg ska kunna bedrivas med rätt nivå av informationssäkerhet för att kunna tillgodose medborgare, patienters och samhällets behov av insyn, delaktighet, patientsäkerhet och personlig integritet. Strategin ska ge stöd för att hantera de nya risker som inte enbart kan åtgärdas av de enskilda sjukvårdshuvudmännen.¹ Om den strategin så småningom utmynnar i ett

¹ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2012-06-20, Strategi för stärkt informationssäkerhet inom vård och omsorg.

förslag till ett mer detaljerat regelverk skulle det kunna vara ett exempel på ett sådant gemensamt regelverk som de som bedriver socialtjänst och andra aktörer kan ansluta sig till.

Det är i detta sammanhang inte möjligt att uttömmande ange vad en överenskommelse enligt vårt förslag ska innehålla, eftersom de samarbeten som här avses kan visa upp betydande skillnader i omfattning och innebörd. Syftet är att överenskommelsen ska omfatta samtliga områden som behövs för att skydda personuppgifterna och de olika former av resurser som används för att behandla personuppgifter samt det som behövs för att se till att personuppgiftsbehandlingen kan bedrivas på ett sätt som upprätthåller en god och säker vård. På en övergripande nivå berör det grundläggande informationssäkerhetsaspekter som tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet.

Den överenskommelse som här avses kan, för det fall det är lämpligt, även innefatta hur vissa av de registrerades rättigheter ska kunna tillgodoses i praktiken. Det kan exempelvis handla om sådant som var den enskilde vänder sig för att, om det är tillämpligt, få ett loggutdrag över den åtkomst som har förekommit till patientens uppgifter. I stället för att den enskilde exempelvis ska behöva vända sig flera av de inblandade utförarna i socialtjänsten kan det finnas skäl för dessa att komma överens om och praktiskt arrangera det på sådant sätt att den enskilde endast behöver vända sig till en aktör för att få loggutdraget. En sådan insats behöver naturligtvis inte administreras av de inblandade aktörerna, utan kan mycket väl skötas ett personuppgiftsbiträde. Vidare kan överenskommelsen även reglera hur och till vem de registrerade ska vända sig med frågor, synpunkter eller klagomål. En enskilds möjligheter att ta till vara sina rättigheter underlättas om det är tydligt vem han eller hon ska vända sig till med krav eller klagomål, t.ex. för det fall bristfällig information lämnats om vem som är personuppgiftsansvarig för behandling av personuppgifter som avser honom eller henne.

Att i lagen ställa krav på överenskommelse mellan de som bedriver verksamhet inom socialtjänst bidrar enligt vår bedömning till en förstärkning av integritetsskyddet och till en uppmärksamhet kring grundläggande informationssäkerhetsfrågor. För ett sådant samhällsviktigt område som socialtjänsten är informationssäkerheten en grundläggande förutsättning för att kärnverksamheten ska kunna fungera optimalt och på ett sätt som reducerar säkerhetsrisker som kan medföra negativa konsekvenser

för enskilda. Medborgare ska kunna känna trygghet och förtroende för att informationshanteringen utformas på ett sådant sätt att behovet av integritetsskydd förenas med möjligheterna att ge en rättssäker socialtjänst av god kvalitet, oavsett vilken av de inblandade aktörerna som den enskilde möter.

Kravet på överenskommelse innebär att samverkande aktörer, innan det faktiska samarbetet avseende behandlingen av personuppgifter inleds, behöver arbeta aktivt tillsammans för att identifiera vad överenskommelsen behöver innehålla för att informationssäkerheten och skyddet för den personliga integriteten ska kunna tillgodoses. För tillsynsmyndigheten blir det förhoppningsvis även, till skillnad från i dag, ett underlag för att mer effektivt kunna bedöma reella integritetsskyddsrisiker och vidtagna åtgärder i sådana samarbeten inom socialtjänsten. Det bidrar även till att upprätthålla förtroendet för socialtjänstens informationshantering och reducera riskerna för sådana omotiverade och ofrivilliga integritetsförluster som annars kan uppstå om ett gemensamt grepp över dessa frågor saknas.

Ett tydligt tillämpningsområde för den föreslagna bestämmelsen är de samarbeten som förekommer på lokal och regional nivå när olika utförare utbyter personuppgifter genom direktåtkomst. De som bedriver socialtjänst har därför ett ansvar för att inte lämna ut uppgifter genom direktåtkomst till varandra om inte en sådan överenskommelse finns.

Ett tydliggörande av personuppgiftsansvaret

Generellt bedömer vi att det för skyddet av den enskildes personliga integritet finns starka skäl för att tydliggöra ansvaret för övergripande tekniska och organisatoriska åtgärder i sådana samarbeten där flera aktörer använder samma lösningar för att bland annat behandla personuppgifter. Förutom att det blir tydligt för den enskilde vilken aktör som den enskilde ska vända sig till i övergripande frågor, blir ansvaret även tydligt för de inblandade aktörerna själva. I dag kan detta ansvar ibland vara höljt i dunkel. Inte minst i sådana samarbeten där hundratals aktörer samverkar. Ett tydliggörande av personuppgiftsansvarets fördelning kan bland annat leda till att det fastställs att samtliga inblandade tillsammans har personuppgiftsansvar för övergripande säkerhetsåtgärder, men det kan även innebära att en eller ett fåtal av aktörerna anses ha

detta ansvar. Enligt utredningens uppfattning borde det senare, mot bakgrund av de faktiska omständigheterna inte vara en alltför ovanlig situation i de samarbeten som det kan vara fråga om.

I dessa samarbeten ingår aktörer som har vitt skilda förutsättningar att agera i frågor som rör de närmare villkoren för övergripande frågor. Det kan exempelvis ifrågasättas vilka reella möjligheter en privat utförare av socialtjänst har att utföra åtgärder för att påverka övergripande säkerhetsfrågor i system som utvecklas av en eller flera stora kommuner tillsammans. Inte sällan kan dessutom den privata utföraren vara mer eller mindre hänvisad till att använda en viss teknisk funktion eller ett visst system för den aktuella personuppgiftsbehandlingen. Motsvarade frågor aktualiseras även på en högre nivå, där det på samma sätt kan finnas skäl att analysera vilka faktiska möjligheter en mindre kommun har att påverka i frågor om t.ex. säkerhetsåtgärder relaterat till gemensamma lösningar för det som utvecklas inom ramen för projektet Effektiv informationsförsörjning.

Att vid behov tydligt peka ut en aktör som ansvarig för de övergripande åtgärderna skulle synliggöra ansvaret för de övergripande säkerhetsåtgärderna och bättre överensstämma med de faktiska förutsättningarna. Vi bedömer att detta behov, i takt med en mer gemensam utveckling, kommer att bli större än tidigare. Utvecklingen i socialtjänsten går, liksom i hela den offentliga e-förvaltningen, mot att många behöver samarbeta för att åstadkomma en informationshantering som är kostnadseffektiv, säker och ger en bra service till medborgarna. Inte sällan är dessa samarbeten i praktiken även en förutsättning för jämlika förhållanden för medborgare i olika delar av landet.

För att inte enskilda ska riskera att lida omotiverade integritetsförluster på grund av att personuppgiftsansvaret är oklart eller odefinierat till sitt innehåll anser utredningen att det finns skäl att i större utsträckning än vad som förekommit hittills tydliggöra personuppgiftsansvaret för övergripande säkerhetsåtgärder. Vår utgångspunkt är att frågor om personuppgiftsansvar i första hand bör hanteras av den eller de personuppgiftsansvariga själva. Det är de inblandade som har bäst kännedom om de bakomliggande faktorerna och de faktiska omständigheterna. Av den anledningen finns det skäl att stimulera de inblandade aktörerna att själva aktivt analysera och ta ställning till frågan om någon eller några anses ha ett personuppgiftsansvar för övergripande säkerhetsåtgärder. Det skulle i allt väsentligt vara en positiv utveckling ur ett integritets-

skyddsperspektiv. Därför föreslår vi en grundläggande bestämmelse som anger att flera som bedriver socialtjänst och som utbyter uppgifter genom direktåtkomst, eller på annat sätt samverkar vid behandling av personuppgifter, genom överenskommelse ska tydliggöra hur personuppgiftsansvaret är fördelat med avseende på övergripande tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder. Syftet med bestämmelsen är att stimulera de inblandade aktörerna att analysera det närmare samarbetet och tydliggöra personuppgiftsansvaret utifrån de faktiska omständigheterna. Resultatet av överenskommelsen kan således vara att samtliga aktörer tillsammans anses ha personuppgiftsansvar för övergripande säkerhetsåtgärder, eller att en eller ett fåtal av de samverkande anses ha detta ansvar.

Enligt vår bedömning behövs ingen särskild författningsreglering som tydliggör att en av de inblandade aktörerna kan ha ett personuppgiftsansvar för övergripande frågor. Det följer redan av personuppgiftslagens (1998:204) principer och definitionen av personuppgiftsansvar. Inte heller hindrar bestämmelserna i förslaget till socialtjänstdatalag detta. Den grundläggande regleringen i socialtjänstdatalagen handlar närmast om på vilken organisatorisk nivå personuppgiftsansvaret ska ligga, snarare än att göra ett avsteg från den grundläggande principen om att personuppgiftsansvaret utgår ifrån de faktiska omständigheterna. Det faktum att den som bedriver socialtjänst är personuppgiftsansvar för den behandling av personuppgifter som utförs i dess verksamhet utesluter därför enligt vår bedömning inte att det kan finnas någon annan som också har ett personuppgiftsansvar i fråga om delar av den kedja av personuppgiftsbehandlingar som aktualiseras i samarbeten mellan utförare som bedriver socialtjänst m.fl.

Det är enligt vår bedömning inte möjligt att i lag fastslå vad ett ansvar för de övergripande säkerhetsåtgärderna innebär. Som tidigare påpekats handlar det om samarbeten av vitt skilda slag, av olika omfattning och för olika syften. Organisation, samarbetsformer och övriga faktiska omständigheter blir således avgörande för vad som mer specifikt kan anses ingå i ett sådant ansvar. Utgångspunkten bör dock vara ett personuppgiftsansvar för övergripande säkerhetsåtgärder exempelvis i förhållande till sådana funktioner och förutsättningar som utgör basen för den gemensamma personuppgiftsbehandlingen och som samtliga inblandade aktörer är beroende av och måste rätta sig efter. Som exempel på

sådana åtgärder som i olika utsträckning kan tänkas ingå i ett övergripande ansvar kan följande nämnas.

- Organisatoriska och administrativa åtgärder som risk- och sårbarhetsanalyser och kontinuerlig övervakning av de centrala tjänsterna.
- Kontroll över att de ingående aktörernas följer de gemensamma rutiner, regelverk och villkor som gäller för samarbetet.
- Ansvar för att förvalta och utveckla de centrala funktioner och tjänster som används för att skydda personuppgifterna.
- Kontinuerliga tester för att analysera att informationssäkerhetskraven uppfylls.
- Kontroll av personuppgiftsbiträden och underleverantörer.
- Ansvar för att personuppgiftsbiträdesavtal och instruktioner finns med förekommande externa leverantörer som behandlar personuppgifter för sådana ändamål som har att göra med de övergripande frågorna.

Utredningen anser således att frågan om fördelningen av personuppgiftsansvar för övergripande säkerhetsåtgärder ska avgöras med hänsyn till de faktiska omständigheterna i det enskilda fallet. Det är således upp till de samverkande personuppgiftsansvariga att analysera situationen och tydliggöra hur personuppgiftsansvaret är fördelat. Vi har i avsnitt 10 belyst frågan om *hur* ett övergripande personuppgiftsansvar kan identifieras utifrån de faktiska omständigheterna. I stället för att i detta sammanhang upprepa detta, hänvisar vi till det avsnittet. Samtidigt finns skäl att även här ge exempel på några konkreta omständigheter som enligt vår bedömning kan tyda på att en, eller ett fåtal, av de inblandade aktörerna har ett särskilt ansvar för övergripande säkerhetsåtgärder.

- Om en aktör dikterat villkoren för övrigas medverkan.
- Om en aktör har faktiska möjligheter och befogenheter att vidta åtgärder med avseende på den övergripande säkerheten för personuppgiftsbehandlingen.
- Om en aktör ansvarar för kravställning, utveckling, driftsättning och förvaltning av sådant som avser den övergripande säkerheten för personuppgiftsbehandlingen.

- Om det av avtal mellan de samverkande aktörerna framgår att en av dem har en dominerande och självständig ställning i frågor som rör övergripande säkerhetsåtgärder.

Samtidigt råder i många samarbeten naturligtvis helt andra förutsättningar än de som räknas upp ovan. Exempelen ska endast betraktas som vägledande just för frågan om någon av de inblandade kan anses ha ett ensamt personuppgiftsansvar för de övergripande säkerhetsåtgärderna. Oavsett om de inblandades bedömning resulterar i att personuppgiftsansvaret för frågor om organisatoriska och tekniska säkerhetsåtgärder är gemensamt eller om det ligger på en av aktörerna, ska det enligt vårt förslag framgå av överenskommelsen hur personuppgiftsansvaret är fördelat.

26 Elektroniskt utlämnande av personuppgifter

26.1 Bakgrund

Utredningen har i tidigare avsnitt redogjort för vilka ändamål personuppgifter ska få behandlas hos den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten. Inom ramen för dessa ändamål kan det många gånger bli aktuellt att behandla personuppgifter i form av att lämna ut uppgifter till någon utanför den egna verksamheten. Utlämnande kan t.ex. avse personuppgifter som begärs utifrån av en annan som bedriver verksamhet inom socialtjänsten eller föranledas av en särskilt reglerad uppgiftsskyldighet. Det kan t.ex. också avse sådana uppgifter som ska lämnas ut för att den egna verksamheten ska kunna fullgöra sina uppgifter, t.ex. i samband med samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Personuppgifter kan lämnas ut på olika sätt. Ett sätt är via pappersutskrifter från en dator som postas eller sänds per telefax. Utlämnande kan också göras i elektronisk form t.ex. på medium för automatiserad behandling eller genom direktåtkomst. Den elektroniska formen inrymmer i sig ett stort antal variationer, t.ex. användning av e-post, lagring på diskett eller cd-rom, direkt överföring till ett datorsystem till ett annat via telenätet eller att en mottagare ges elektroniskt tillgång till det utlämnande organets datorsystem (direktåtkomst). Alla dessa olika varianter utgör behandling av personuppgifter enligt det begrepp som definieras i 3 § personuppgiftslagen (1998:204), förkortad PUL.

Personuppgiftslagen och dataskyddsdirektivet saknar bestämmelser som reglerar om eller under vilka förutsättningar uppgifter får lämnas ut i elektronisk form.¹ I lagen om behandling av person-

¹ Personuppgiftslagen (1998:204) och Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (dataskyddsdirektivet).

uppgifter inom socialtjänsten (2001:454), förkortad SoLPUL, anges inte heller några närmare förutsättningar för tillvägagångssättet vid utlämnanden. Däremot anges i lagens 8 § att det vid utlämnande gäller de begränsningar som följer av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS. För vissa utlämnanden av uppgifter till tredje land finns en bestämmelse i förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPULF.

Enligt utredningens bedömning innebär den särskilda tekniken för utlämnande i elektronisk form att det kan uppstå risk för ett otillbörligt intrång i integriteten. Normalt innebär nämligen just den elektroniska formen att mottagaren efter utlämnandet har större möjligheter att bearbeta informationen än om utlämnandet görs på papper. Utlämnande genom direktåtkomst innebär t.ex. att en mottagare har elektronisk tillgång till någon annans informationssystem eller databas och på egen hand kan söka efter information.

Grundläggande bestämmelser om utlämnande bör införas i den nya socialtjänstdatalagen för att upprätthålla höga krav på att ett utlämnande görs under säkerhetsmässigt godtagbara former.

26.2 Våra överväganden och förslag

26.2.1 Utlämnande på medium för automatiserad behandling

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska anges att en personuppgift som får lämnas ut, kan lämnas ut på medium för automatiserad behandling. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, får föreskriva de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådant utlämnande.

Vår utgångspunkt är att personuppgifter ska kunna lämnas ut på medium för automatiserad behandling om de får lämnas ut. Den nuvarande regleringen i SoLPUL medför inga hinder för socialtjänsten att lämna ut personuppgifter elektroniskt på detta sätt, under förutsättning att utlämnandet kan göras utan att sekretessen hindrar det och om personuppgiftsbehandlingen som sådan är laglig. Om uppgifter överhuvudtaget får lämnas ut bestäms av

bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen samt av bestämmelserna om tystnadsplikt. Inom socialtjänsten råder en sträng sekretess och tystnadsplikt, vilket innebär att det alltid måste prövas om ett utlämnande över huvud taget kan göras eller inte. För att tydliggöra att personuppgifter får behandlas för ändamålet utlämnande har vi lämnat förslag på en uttrycklig bestämmelse i socialtjänstdatalagen. Bestämmelsen innebär att personuppgifter, som behandlas för ett tillåtet ändamål, också får behandlas för att fullgöra ett uppgiftslämnande som är lagligt.

Det finns enligt vår bedömning inget skäl att begränsa sådan användning av modern teknik som i dag finns i hela samhället. Utredningen har inte uppfattat något hinder mot att uppgifter kan lämnas ut från socialtjänsten på medium för automatiserad behandling. Ett sådant utlämnande kan exempelvis göras genom olika former av filöverföring eller på USB-minne. Det är upp till den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten att efter en lämplighetsprövning ta ställning till valet mellan en automatiserad överföring och annan överföring.

Under utredningens arbete har det blivit tydligt att det både i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården finns behov av att utveckla och implementera it-stöd som gör det möjligt att administrera elektroniska utlämnanden på ett ändamålsenligt och säkert sätt. Det skulle kunna förenkla och effektivisera sådana utlämnanden som görs mellan olika verksamheter inom socialtjänsten, exempelvis i kommunikationen mellan den beslutande nämnden och den utförare som den enskilde väljer. Andra användningsområden kan vara sådana utlämnanden som görs till enskilda eller som görs för forskningsändamål. Som ett exempel på ett område där utlämnanden på medium för automatiserad behandling regelmässigt görs kan den samordnade vårdplaneringen nämnas. De flesta kommuner och landsting har i dag möjlighet att kommunicera elektroniskt vid sådan samordnad vårdplanering som vid vissa tillfällen ska genomföras när patienter skrivs ut från slutenvården och är i behov av insatser från socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Vid elektroniska utlämnanden är det viktigt att överföringen av uppgifter görs under former som garanterar en hög säkerhetsnivå. Utlämnande av personuppgifter på medium för automatiserad behandling är en form av behandling som omfattas av den föreslagna regleringen men även av personuppgiftslagen. Det innebär bl.a. att den personuppgiftsbehandling som utlämnandet innebär

måste vara tillåten enligt de ändamålsbestämmelser och de informationssäkerhetskrav som finns i den föreslagna lagen. Det innebär till exempel att utlämnande av känsliga personuppgifter över öppet nät, t.ex. internet, får göras om det endast är den avsedda mottagaren som kan ta del av uppgifterna och om uppgifterna är krypterade vid en eventuell överföring. Enligt utredningens bedömning bör det finnas närmare krav på säkerhetsåtgärder vid utlämnande i föreskrifter. Mot den bakgrunden föreslår vi att regeringen eller den myndighet som regeringen föreslår får meddela föreskrifter om krav på säkerhetsåtgärder vid utlämnanden på medium för automatiserad behandling. Enligt vår uppfattning bör vara Socialstyrelsen som, efter samråd med Datainspektionen, meddelar föreskrifter i ämnet.

26.2.2 Utlämnande genom direktåtkomst

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska anges att utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter är tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning. I socialtjänstdatalagen regleras vissa fall av tillåten direktåtkomst.

Vår bedömning: Med direktåtkomst avses i socialtjänstdatalagen en form av elektroniskt utlämnande av personuppgifter till mottagare utanför den som bedriver verksamhet inom socialtjänstens organisation.

Det är i dag svårt att finna ett entydigt svar på frågan om vad som är skillnaden mellan direktåtkomst respektive utlämnande på medium för automatiserad behandling. Frågan är föremål för en översyn av Informationshanteringsutredningen (Ju 2011:11), som enligt sina direktiv ska överväga om det finns skäl att i registerförfattningar behålla åtskillnaden mellan olika former av elektroniskt utlämnande. Uppdraget ska redovisas 1 december 2014 och av direktiven framgår bland annat följande.²

Den tekniska utvecklingen har inneburit att det numera finns betydligt fler sätt att överföra uppgifter elektroniskt än tidigare och nya åtkomstmetoder tillkommer alltjämt. Detta har medfört att det uppfattas som oklart hur begreppen direktåtkomst och utlämnande på

² Dir. 2011:86 s. 19.

medium för automatiserad behandling ska tillämpas på modernare metoder för informationsutbyte. Gränsdragningsproblematiken illustreras bl.a. i en rapport som har tagits fram av E-delegationens expertgrupp för rättsliga frågor (Vägledning för direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling). De aktuella begreppen används inte heller på ett enhetligt sätt i de olika registerförfattningarna och utöver nu nämnda begrepp förekommer andra begrepp, t.ex. ”elektronisk åtkomst” (SOU 2010:4 s. 364 f.).

Mot den angivna bakgrunden ska utredaren analysera vilka effektivitetsvinster och integritetsrisker som är förknippade med olika former av elektroniskt informationsutbyte samt ta ställning till om det finns skäl att i registerförfattningarna upprätthålla en skillnad mellan direktåtkomst och andra former av elektroniskt utlämnande eller om denna åtskillnad bör utmönstras. Om utredaren anser att en åtskillnad mellan olika former av elektroniskt utlämnande även i fortsättningen bör upprätthållas, ska denne lämna förslag på vilka begrepp som bör användas samt hur dessa bör definieras.

Även om frågor om direktåtkomst är under översyn finns ett behov för socialtjänstens del att i detta sammanhang så långt möjligt beskriva vad dessa begrepp innebär och vad som skiljer olika former av utlämnanden åt. Eftersom vi föreslår ett antal bestämmelser om direktåtkomst i socialtjänstlagen är det därför nödvändigt att tydliggöra vad vi avser med direktåtkomst.

Det finns inte någon legaldefinition av begreppet direktåtkomst. En vedertagen uppfattning får dock anses vara att det innebär att en mottagare har elektronisk tillgång till någon annans informationssystem eller databas, t.ex. via internet, och på egen hand kan söka efter och ta del av information. Vanligtvis innebär direktåtkomst ingen möjlighet för mottagaren att kunna bearbeta eller på annat sätt påverka innehållet i det system, register eller databas som åtkomsten avser.³ Ibland kan mottagaren dock ha en möjlighet att kopiera eller på olika sätt ladda ner och hämta hem informationen till sitt eget system för fortsatt personuppgiftsbehandling.⁴

Frågan om vad som bör anses som direktåtkomst berördes bland annat av patientdatautredningen och i denna del ansluter vi oss till den utredningens resonemang. Inte minst eftersom det finns behov av ett harmoniserat regelverk mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är det viktigt att detta begrepp inte skiljer sig åt för de olika verksamheterna. Patientdatautredningen anförde bland annat följande.⁵

³ Prop. 2000/01:33 s. 110 f.

⁴ Se t.ex. Prop. 2001:02:144 s. 35 eller SOU 2001:100 s. 149.

⁵ SOU 2006:82 s. 217.

I begreppet direktåtkomst ligger också att den som är ansvarig för registret eller databasen inte har någon kontroll över vilka uppgifter som mottagaren vid ett visst tillfälle tar del av. Det innebär t.ex. att om vårdgivare A har direktåtkomst till samtliga uppgifter i ett register eller en databas hos vårdgivare B, så kan A själv välja vilka uppgifter den vill ta del av vid ett visst tillfälle, utan att B, d.v.s. den som är ansvarig för registret eller databasen, först fattar ett beslut om att just dessa uppgifter ska överföras till A. Beslutet om varje överföring fattas i stället av mottagaren.

Direktåtkomst innebär att någon egentlig sekretessprövning hos B inte sker varje gång någon hos A använder direktåtkomsten för att ta del av en uppgift. Sekretessprövningen sker istället då B bestämmer vilka uppgifter som skall vara möjliga för A att ta fram via direktåtkomsten. Direktåtkomst kan därvid avse all information som finns samlad i ett datasystem eller endast en på förhand bestämd del av denna.

Regeringen uttalar även i förarbetena till patientdatalagen att det med direktåtkomst avses ett sätt att bereda sig automatisk tillgång till personuppgifter som finns elektroniskt tillgängliga i en vårdgivares organisation, men utan möjlighet att kunna bearbeta eller annars påverka uppgifternas innehåll.⁶

Mot denna bakgrund anser utredningen att med direktåtkomst ska i socialtjänstdatalagen avses en speciell form av elektroniskt utlämnande av personuppgifter till en mottagare utanför den organisation som bedriver verksamhet inom socialtjänsten. Direktåtkomst skiljer sig från andra typer av elektroniska utlämnanden genom att det är mottagaren av uppgifterna som bereder sig tillgång till informationen utan att den som lämnar ut informationen vidtar någon åtgärd med informationen vid överförings-tillfället, till exempel en sekretessprövning. I de här fallen är det fråga om ett helt automatiskt utlämnande.

Sammantaget kan konstateras att direktåtkomst medför helt andra risker för integritetsskyddet än andra former av utlämnande som t.ex. innebär att beslut om utlämnande fattas vid varje givet överföringstillfälle. Därför bör det i socialtjänstdatalagen framgå att *utlämnande genom direktåtkomst* endast är tillåten i den utsträckning som anges i lag eller förordning. I linje med detta finns även skäl att här tydliggöra att bestämmelser om direktåtkomst inte anses ha en sekretessbrytande effekt enligt offentlighets- och sekretesslagen. Bestämmelser om direktåtkomst har en annan funktion än sekretessbrytande regler. Medan sekretessbrytande

⁶ Prop. 2007/08:126 s. 76.

regler anger i vilken mån sekretessbelagda uppgifter över huvud taget får lämnas från en myndighet till en annan, tar bestämmelser om direktåtkomst sikte på själva formerna för utlämnandet. Om en myndighet ska få ha direktåtkomst till uppgifter som omfattas av sekretess hos en annan myndighet måste bestämmelser om direktåtkomst därför kompletteras med en sekretessbrytande bestämmelse. I anslutning till våra resonemang om möjligheter till direktåtkomst inom socialtjänsten och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten berörs denna fråga ytterligare.

Vidare kan konstateras att det i dag finns ett antal lagar som medger tillgång till uppgifter genom direktåtkomst för socialnämndens räkning. Som exempel kan nämnas att en socialnämnd under vissa förutsättningar har rätt att ta del av vissa uppgifter hos Centrala studiestödsnämnden, Försäkringskassan och arbetsförmedlingen genom direktåtkomst. I dessa fall är det dock registerförfattningarna för de respektive myndigheterna som reglerar förutsättningarna för den utlämnande myndigheten att medge direktåtkomst för socialnämnden. Det regleras således inte av socialtjänstdatalagen.

Genom vårt förslag får den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten lämna ut personuppgifter genom direktåtkomst endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning. I socialtjänstdatalagen ska vissa typer av tillåten direktåtkomst regleras, t.ex. mellan olika verksamheter som samtidigt genomför insatser rörande den enskilde eller i integrerade verksamheter för personer med sammansatta behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare föreslår vi att den som bedriver socialtjänst ska få medge en enskild direktåtkomst till personuppgifter om sig själv. Förslaget behandlas i avsnitt 33, tillsammans med ett antal övriga frågor som rör kommunikationen mellan socialtjänsten och enskilda.

26.2.3 Utlämnande av uppgifter till tredje land

Vårt förslag: Nuvarande bestämmelse i SoLPULF om överföring av uppgifter till tredje land i ett ärende om fastställande av faderskap och om internationella adoptioner överförs till socialtjänstdatalagen. Även bestämmelsen i SoLPUL om regeringens möjligheter att meddela föreskrifter om när personuppgifter får föras över till tredje land överförs till socialtjänstdatalagen.

I personuppgiftslagen finns en bestämmelse om förbud mot överföring av personuppgifter till tredje land (33–35 §§). Med tredje land förstås en stat som inte ingår i Europeiska unionen eller är ansluten till Europeiska ekonomiska samarbetsområdet. Förbudet är inte undantagslöst utan i PUL finns en uppräkningslista av i vilka fall det är tillåtet att föra över personuppgifter till tredje land.

I SoLPUL finns en bestämmelse som föreskriver att regeringen får meddela föreskrifter om när personuppgifter får föras över till tredje land. Regeringen har i SoLPULF sedan föreskrivit att en kommunal myndighet får föra över uppgifter till tredje land i ett ärende om fastställande av faderskap och om internationella adoptioner (16 §). Möjligheterna att kunna överföra uppgifter i nämnda ärenden om faderskap och internationella adoptioner till tredje land är fortfarande aktuella och bör enligt utredningens bedömning tas in i den föreslagna socialtjänstdatalagen.

Vi föreslår även att bestämmelsen i SoLPUL om regeringens möjlighet att meddela föreskrifter om när personuppgifter får föras över till tredje land överförs till socialtjänstdatalagen.

26.2.4 Vissa bestämmelser om utlämnande från Statens institutionsstyrelse

Vårt förslag: Nuvarande bestämmelser i 10 a § SoLPULF om vissa utlämnanden från Statens institutionsstyrelse till Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten och Rikspolisstyrelsen förs över till lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård.

I nuvarande 10 a § SoLPULF finns bestämmelser om uppgiftsskyldighet för Statens institutionsstyrelse att lämna ut uppgifter till Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten och Rikspolisstyrelsen. Det gäller personer som är intagna i särskilt ungdomshem med stöd av lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård. Statens institutionsstyrelse ska fortlöpande lämna uppgifter om dagen för verkställighetens början och slut samt eventuell ändrad slutdag. Uppgifter ska även lämnas till Rikspolisstyrelsen, om dagen för verkställighetens början om den sammanlagda vårdtiden är minst ett år. Det finns även bestämmelser om skyldighet att i

andra fall lämna uppgifter till Rikspolisstyrelsen i 34 § förordningen (1999:1134) om belastningsregister. Den uppgiftsskyldighet som är i fråga i aktuella fall hör ihop med bestämmelserna i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård och ska därför flyttas över till den lagen.

27 Nya möjligheter till informationsutbyte i socialtjänsten

27.1 Bakgrund

Vi har tidigare redogjort för de senaste årens strukturförändring inom socialtjänstens område. Antalet aktörer som bedriver socialtjänst har ökat väsentligt och enskilda har fått en ökad valfrihet att välja utförare för olika insatser. Utvecklingen medför behov av nya samarbeten och nya samarbetsformer på olika nivåer. För att samverkan ska bli ändamålsenlig och bidra till en rättsäker socialtjänst av god kvalitet behöver informationshanteringen i den individinriktade verksamheten arrangeras på sätt som möjliggör detta. Det krävs naturligtvis insatser på en rad olika områden för att åstadkomma en ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering i socialtjänsten. Det handlar bland annat om faktorer som ledning och styrning, arbetssätt, it-utveckling och olika former av kunskaps- och kompetensstödande insatser. Informatiken, dvs. frågor om gemensamt fackspråk och informationsstruktur är ytterligare ett exempel på ett nödvändigt utvecklingsområde.

Utöver detta är det naturligtvis även angeläget att socialtjänsten har legala förutsättningar som stimulerar och möjliggör en ändamålsenlig samverkan och informationshantering i den individinriktade verksamheten. Olika utförare som sida vid sida arbetar tillsammans för att ge den enskilde insatser av god kvalitet kan behöva utbyta uppgifter på ett effektivt och säkert sätt. För socialtjänstens del saknas dock lagstiftning som möjliggör informationsutbyte genom direktåtkomst exempelvis mellan olika utförare av socialtjänst eller mellan olika myndigheter på socialtjänstens områden inom samma kommun. Socialtjänsten har således inte

några möjligheter att utbyta information på ett sätt som motsvarar de möjligheter olika vårdgivare inom hälso- och sjukvården har att dela information i system för sammanhållen journalföring.

Vårt uppdrag i denna del handlar om hur lagstiftningen om personuppgiftsbehandling i socialtjänsten kan utformas för att möta individens behov av rättssäkerhet och god kvalitet i en tid som präglas av valfrihet, mångfald och samverkan. Ur ett samhällsperspektiv handlar det även om frågan hur lagstiftningen kan bidra till att informationshanteringen i socialtjänsten kan arrangeras mer kostnadseffektivt, t.ex. genom att uppgifter kan behandlas och utbytas med moderna tekniska lösningar.

27.2 Våra överväganden och förslag

27.2.1 Direktåtkomst mellan myndigheter i samma kommun

Vårt förslag: En bestämmelse ska införas i socialtjänstdatalagen som anger att om en kommun bedriver socialtjänst genom flera myndigheter eller sådana kommunala bolag som avses i 2 kap. 3 § offentlighet- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, får en sådan myndighet eller bolag ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av någon annan sådan myndighet eller bolag i samma kommun.

Utredningen har i avsnittet om en mer ändamålsenlig sekretessreglering i socialtjänsten föreslagit en sekretessbrytande bestämmelse om att socialtjänstsekretess inte ska hindra att en uppgift lämnas ut från en myndighet inom socialtjänsten i en kommun till en annan sådan myndighet i samma kommun. För att förslaget i praktiken ska få avsedd effekt krävs att det kompletteras med en särskild bestämmelse som tillåter nämnderna och bolagen att ha direktåtkomst till varandras personuppgifter. Detta behövs eftersom det enligt förslaget till socialtjänstdatalag endast ska vara tillåtet med direktåtkomst i den utsträckning det framgår av lag eller förordning. En sådan bestämmelse är i konsekvens med motiven till sekretessgenombrottet och innebär att socialtjänstdatalagen inte samtidigt med förslaget i sekretessdelen uppställer nya hinder för uppgiftsutbytet inom kommuner som valt eller som överväger att dela upp socialtjänstverksamheten på olika nämnder. Stora tillämpningsproblem skulle i så fall kunna uppstå i frågor om

informationshanteringen. Därutöver riskerar sådana regler att låsa fast nämndstrukturerna i kommunen.

Utredningen föreslår därför att det införs bestämmelser som möjliggör för en kommun som bedriver socialtjänst genom flera myndigheter eller sådana kommunala bolag som avses i 2 kap. 3 § OSL, att ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av någon annan sådan myndighet eller bolag i samma kommun. Det innebär att en kommun som väljer att organisera socialtjänsten på flera olika nämnder och bolag kan lämna ut personuppgifter mellan nämnderna och bolagen genom direktåtkomst.

Motsvarande förutsättningar finns redan i dag inom hälso- och sjukvårdens område, både för kommunala och landstingskommunala nämnder. Som motivering till förslaget om att kommunala nämnder som bedriver hälso- och sjukvård ska kunna utbyta uppgifter genom direktåtkomst anfördes bland annat följande av patientdatautredningen.¹

En sådan bestämmelse är i konsekvens med motiven till sekretessgenombrottet och innebär att patientdatalagen inte parallellt med förslaget i sekretessdelen uppställer nya hinder för uppgiftsutbytet inom sådana landsting eller kommuner som valt att dela upp hälso- och sjukvårdsverksamheten mellan olika nämnder. Stora tillämpningsproblem torde i annat fall kunna uppstå. Då skulle uppgiftsflöde genom direktåtkomst mellan nämnderna i ett sådant landsting eller kommun enbart få ske med stöd av våra förslag om sammanhållen journalföring. Vad skulle då gälla när ett landsting, som satsar på att införa ett journalsystem under en nämnd, av organisatoriska eller politiska skäl senare väljer att dela upp verksamheten i flera nämnder? Sannolikt skulle det kräva en reglering för sådana fall av huruvida all befintlig vårddokumentation skall presumeras vara spärrad mellan nämnderna tills varje patients inställning klargjorts eller huruvida presumptionen ska vara omvänd. Man kan fråga sig om en reglering med sådana konsekvenser inte låser fast nämndstrukturerna i landsting och kommuner på ett olyckligt sätt. Våra förslag innebär att det i praktiken inte kommer att vara någon väsentlig skillnad i patientdatahanteringen om ett landsting eller en kommun bedriver hälso- och sjukvård genom en eller flera myndigheter.

Vår bedömning är att patientdatautredningens motivering, som regeringen sedan anslöt sig till i propositionen till patientdatalagen (2008:355), även gör sig gällande inom socialtjänstens område. Vi anser att det finns skäl att tillåta direktåtkomst mellan nämnder inom socialtjänsten i samma kommun. I annat fall skulle reglerna i

¹ SOU 2006:82 s. 407 f

socialtjänstdatalagen ställa upp hinder som förslagen i sekretessdelen syftar till att undanröja.

Att medge direktåtkomst mellan kommunala nämnder innebär en ändamålsenlig flexibilitet och att de organisatoriska förutsättningarna inte tillåts styra flödet av information. I sammanhanget kan även konstateras att de kommuner som i dag i allt väsentligt har organiserat socialtjänsten i en och samma nämnd, redan har stora möjligheter till ett sådant ändamålsenligt och effektivt informationsutbyte som förslaget om direktåtkomst syftar till att möjliggöra för alla kommuner. Även denna fråga handlar, som vi ser det, ytterst om att öka förutsättningarna för en jämlik socialtjänst av hög kvalitet för alla, oavsett hur myndighetsstrukturen i olika kommuner ser ut.

Det är inte i fråga om att tillåta någon okontrollerad spridning av uppgifter. Den grundläggande bestämmelsen om inre sekretess, dvs. att den som arbetar i socialtjänsten endast får ta del av de uppgifter som behövs för arbetets utförande, gäller alltid. Vi har tidigare redogjort för ett antal andra förslag som bl.a. syftar till att stärka integritetsskyddet i socialtjänsten jämfört med vad som är fallet i dag. Våra förslag om sekretessbrytande regler och tillåten direktåtkomst ska därför även läsas i ljuset av förslagen som förtydligar det ansvar för en säker hantering av personuppgifter som den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten har, liksom i ljuset av bestämmelserna om inre sekretess, behörighetsstyrning, åtkomstkontroll m.m. Exempelvis ska den som ansvarar för verksamheten i socialtjänsten genom behörighetsstyrning se till att behörig personal får tillgång till de uppgifter som behövs för att utföra arbete och samtidigt se till att begränsa behörigheten just efter detta behov. Socialtjänstdatalagen ska även tydliggöra ansvaret för fortlöpande och systematiska kontroller av åtkomsten till uppgifter om enskilda. Vidare har den som bedriver verksamhet i socialtjänsten alltid ett grundläggande ansvar för att se till att dokumenterade uppgifter hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Dessutom innebär det övergripande ansvaret för de system som innehåller personuppgifter ett krav på att utforma systemen på ett sådant sätt att integritetsskyddet tillgodoses. Att direkt i verksamhetssystemen bygga in integritetsskyddande funktioner som för personalen gör det lätt att göra rätt och svårt att göra fel, har stora fördelar. Att implementera integritetsskydd genom teknik ger ökade förutsättningar för ett starkt integritetsskydd.

Utredningens sammantagna bedömning är att de integritets-skyddande bestämmelserna tillsammans med dessa nya möjligheter till informationsutbyte ger en bra balans mellan de olika intressen som behöver värnas.

Med vårt förslag får alla kommuner – oavsett hur den interna myndighetsstrukturen ser ut – samma grundläggande möjlighet att ordna informationshanteringen på ett sätt som ser till att individens behov av rättssäkerhet och god kvalitet tillgodoses. Vidare kan informationshanteringen bli mer kostnadseffektiv eftersom uppgifter, under vissa förutsättningar, tillåts utbytas på ett sätt som minskar de administrativa insatserna som exempelvis sekretessprövningar och utlämnanden på medium för automatiserad behandling ger upphov till. Direktåtkomst innebär även att behovet av dubbeldokumentation, dvs. att samma uppgift behöver dokumenteras flera gånger på flera ställen, minskar. Detta eftersom uppgifterna så fort de har dokumenterats kan hållas potentiellt tillgängliga för de behöriga användare som i enskilda situationer har ett behov av uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete. Genom förslaget kan sådana verksamheter inom socialtjänsten som kommunen driver i egen regi utbyta viktig information om enskilda utan fördröjning. Inte minst för enskilda som på grund av sitt hälsotillstånd växelvis kan få insatser tillgodosedda t.ex. i hemmet, på korttidsboende eller i särskilt boende medför reglerna om direktåtkomst att insatserna alltid kan utföras med stöd av korrekt och aktuell information.

Genom att tillgången till uppgifter blir tillåten utifrån det behov som föreligger, snarare än utifrån vilken organisatorisk del i kommunens socialtjänstverksamhet som uppgifterna dokumenterats i, får kommunen även väsentligt förbättrade möjligheter att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och att planera och följa upp verksamheten. Exempelvis kan med vårt förslag uppgifter sambearbetas oavsett om uppgifterna finns utspridda i olika system i kommunens verksamhet och oavsett om uppgifterna finns hos ett kommunalt bolag eller myndighet inom socialtjänsten. Det sagda gäller förstås under förutsättning att socialtjänstdatalagens och personuppgiftslagens (1998:204), förkortad PUL, övriga bestämmelser följs. Det innebär t.ex. att uppgifter som kan härledas till en enskild bara får användas om det verkligen behövs för att t.ex. göra uppföljningen ändamålsenlig. Vidare kan det många gånger vara lämpligt att bygga in integritetsskyddande funktioner i IT-systemen som exempelvis gör att personuppgifter kan behandlas på

systemnivå utan att några direkt utpekande personuppgifter exponeras i sammanställningar eller underlag som ska användas för exempelvis kvalitetsarbete eller annan uppföljning av verksamheten.

27.2.2 Direktåtkomst mellan olika utförare i socialtjänsten

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen införs en reglering som innebär att olika utförare som bedriver verksamhet inom socialtjänst – under vissa förutsättningar – kan få direktåtkomst till personuppgifter hos varandra. Direktåtkomsten ska begränsas till personuppgifter som behandlas för dokumentation av genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling. Som ytterligare förutsättningar ska gälla att uppgifterna rör en enskild som är föremål för genomförande av insatser hos både utlämnande och mottagande verksamhet inom socialtjänsten. Dessutom ska krävas att den enskilde samtycker till utlämnandet genom direktåtkomst.

Utlämnande genom direktåtkomst på detta sätt ska endast få göras så länge den enskilde är föremål för genomförande av insatser hos den utlämnande verksamheten.

Ifråga om överenskommelser för att fastställa hur informations säkerheten och skyddet för personuppgifterna ska tillgodoses vid utlämnande genom direktåtkomst, se vidare avsnitt 25.

Inledning

På hälso- och sjukvårdens område har det sedan år 2008 varit möjligt för olika vårdgivare att under vissa förutsättningar utbyta vårddokumentation genom direktåtkomst, s.k. sammanhållen journalföring. För socialtjänstens del saknas motsvarande möjligheter. I dag är det inte tillåtet för olika utförare inom socialtjänsten att ha direktåtkomst till varandras personuppgifter. Behov kan t.ex. finnas när den enskilde har insatser från en utförare på dagen och en annan på kvällen eller när flera olika utförare samtidigt står för olika insatser som den enskilde har rätt till.

Vi har i tidigare avsnitt redogjort för den kraftfulla ökningen av antalet aktörer inom socialtjänstens område som har ägt rum under de senaste åren. Även den ökade valfriheten för enskilda att välja

utförare för olika insatser har medfört behov av nya samarbeten och samarbeten på nya nivåer. Det är därför angeläget att socialtjänsten också har legala förutsättningar som möjliggör en ändamålsenlig samverkan i den individinriktade verksamheten. Olika utförare som sida vid sida arbetar tillsammans för att ge den enskilde insatser av god kvalitet kan behöva utbyta uppgifter på ett effektivt och säkert sätt. Det handlar om ett behov av en mer sömlös informationshantering som ser till att uppgifter finns tillgängliga när de behövs, där de behövs utan omotiverad tidsfördröjning. Inte minst för den enskildes behov av kontinuitet och säkerhet kan tillgång till rätt information i rätt tid vara avgörande.

Mot denna bakgrund föreslår vi en reglering som innebär att olika utförare som bedriver socialtjänst kan – under vissa förutsättningar – få direktåtkomst till personuppgifter hos varandra. Det rör sig således om en möjlighet att på frivillig väg utbyta information om enskilda. Vidare bör regleringen utformas på ett sätt som både motsvarar verksamheternas behov och möjligheter att utbyta uppgifter samt enskildas behov av skydd för den personliga integriteten.

Några utgångspunkter

Det finns en mängd olika tänkbara alternativ för att reglera en sådan direktåtkomst som det är fråga om här. Vi ställer oss dock tveksamma till motsvarande lösning som finns inom hälso- och sjukvården eftersom behoven i socialtjänsten är delvis annorlunda. Inom hälso- och sjukvården behöver uppgifter ofta färdas före patienterna. Detta beror bland annat på att patienterna är rörliga och när som helst kan vända sig till vilken vårdgivare som helst med sitt hälsoproblem. I praktiken behöver uppgifter därför finnas potentiellt tillgängliga på den plats behovet av uppgifter kan komma att uppstå, redan innan detta behov rent faktiskt infinner sig. Det kan vara en fråga om liv eller död att uppgifterna finns snabbt tillgängliga.

Någon sådant omedelbart behov av uppgifter är det oftast inte fråga om inom socialtjänsten. Inom socialtjänsten initieras normalt ett ärende efter en kontakt med den enskilde. En behovsbedömning görs och ett biståndsbeslut fattas. Därefter väljer den enskilde utförare eller blir tilldelad en eller flera utförare. Det finns

i socialtjänsten helt andra förutsättningar att i samband med handlägningsprocessen och den enskildes val av utförare planera och ordna det informationsutbyte som behövs när väl behovet uppstår. Enligt vår bedömning finns därför inte något behov av att generellt låta uppgifter vara potentiellt tillgängliga för ett ospecificerat antal utförare.

Mot bakgrund av detta är utredningens utgångspunkt att direktåtkomsten, dvs. den potentiella tillgången till uppgifter om enskilda, ska vara begränsad till att avse endast de enskilda som faktiskt och för tillfället är föremål för insatser hos både utlämnande och mottagande utförare. Det innebär vidare att direktåtkomsten endast ska omfatta det informationsutbyte som behövs i samband med genomförandefasen i socialtjänsten. Vi har under arbetets gång övervägt om det även skulle vara tillåtet med direktåtkomst mellan en utförande privat verksamhet och kommunens myndighetsutövande del. Vi har dock inte funnit övervägande skäl som talar för en sådan direktåtkomst. Även om det naturligtvis i vissa situationer finns ett behov av informationsutbyte mellan t.ex. den biståndshandläggande verksamheten och en privat utförare, betraktar vi behovet som mer avgränsat och tillfälligt än vad som är fallet i genomförandefasen.

I sammanhanget ska även nämnas att den uppgiftsskyldighet som vi föreslår för enskilda verksamheter i förhållande till kommunen som huvudman, kommer att ge nya möjligheter jämfört med vad som gäller i dag. Kommunen får med vårt förslag bättre möjligheter att använda personuppgifter som dokumenterats i enskilda verksamheter för att fullgöra huvudmannens ansvar för kvaliteten i socialtjänsten. Ett sådant uppgiftsutbyte kan även göras elektroniskt på medium för automatiserad behandling, t.ex. genom filöverföring. Sammantaget anser vi därför att de förslag som vi lägger i andra delar motsvarar de behov som kommunens myndighetsutövande del har av uppgifter från enskilda utförare.

Genom att införa en bestämmelse som tillåter direktåtkomst görs det exempelvis möjligt för olika verksamheter, kommunala som enskilda, att vid behov ha direktåtkomst till uppgifter rörande en enskild som är föremål för insatser av de olika verksamheterna. Det kan exempelvis handla om att företaget A som står för hemtjänstinsatser dagtid och företaget B som står för motsvarande insatser under kvällstid, kan medge varandra direktåtkomst till uppgifter om den enskilde brukaren som dokumenteras i respektive

organisation. Det kan göras oavsett om insatser utförs till förmån för en enskild i ordinärt eller i särskilt boende.

För att medge direktåtkomst enligt bestämmelsen ställs ett antal grundläggande krav för att skydda den enskildes personliga integritet. Bestämmelsen kan på inget sätt ge stöd för ett okontrollerat flöde av uppgifter mellan verksamheter som saknar eller har vaga behov av tillgång till uppgifterna. Tillämpningsområdet handlar snarast om de verksamheter som redan i dag kan utbyta uppgifter mellan varandra när bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt ger stöd för det, dvs. när utlämnandet bedöms kunna göras utan att den enskilde lider men av det. I sådana fall ska, med vårt förslag, även modern, säker och effektiv teknik kunna användas.

Vidare riktar sig bestämmelsen till alla som bedriver verksamhet inom socialtjänsten, dvs. både kommunala myndigheter, enskilda verksamheter och Statens institutionsstyrelse.

Bestämmelser om direktåtkomst är inte sekretessbrytande. Av den anledningen föreslår utredningen att det, som en konsekvens av förslaget om direktåtkomst mellan olika utförare, införs en sekretessbrytande bestämmelse som gör detta möjligt. Se vidare avsnitt 27.2.7.

Den enskilde ska vara aktuell i båda verksamheterna

Enligt utredningens förslag får direktåtkomst endast medges till uppgifter som i den utlämnande verksamheten behandlas för dokumentation av genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling. Vidare krävs att uppgifterna rör en enskild som är föremål för genomförande av sådana insatser hos både utlämnande och mottagande verksamhet inom socialtjänsten. Genom detta krav tydliggörs att direktåtkomst aldrig får medges till uppgifter rörande enskilda som vid utlämnandetillfället inte är föremål för insatser i respektive verksamhet. Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får därmed inte genom direktåtkomst ha potentiell tillgång till uppgifter om individer som inte är aktuella i den egna verksamheten.

Till skillnad mot vad som gäller för hälso- och sjukvården enligt reglerna om sammanhållen journalföring får olika verksamheter inom socialtjänsten inte genom direktåtkomst hålla personuppgifter rörande individer som möjligen kan bli aktuella i verksamheten tillgängliga för varandra. Mot bakgrund av socialtjänstens

karaktär saknas det behovet i princip helt. I socialtjänsten finns tid att i samband med biståndshandläggning och val av utförare hantera frågor om behov av informationsöverföring mellan olika verksamheter.

Vår bedömning är att detta krav innebär att behovet av en ändamålsenlig informationshantering balanseras mot behovet av skydd för den personliga integriteten. En enskild som samtycker till denna typ av direktåtkomst ska känna trygghet inför att uppgifterna endast kan nås av den utförare som faktiskt utför insatser för individens räkning. Någon potentiell tillgång, dvs. teknisk möjlighet, att ta del av uppgifterna för andra utförare är således inte tillåtet.

Den enskildes samtycke är en förutsättning

Eftersom de uppgifter som hanteras i socialtjänsten ofta är av integritetskänslig natur är det rimligt att ge den enskilde en rätt att själv ta ställning till frågan om direktåtkomst mellan olika utförare. Det ligger även i linje med den grundläggande principen om frivillighet inom socialtjänsten. Vidare finns, som redovisats ovan, i socialtjänsten inte motsvarande brådskande skäl att hålla personuppgifter tillgängliga som det ofta kan vara fråga om i hälso- och sjukvården. I socialtjänsten är det i allmänhet tillräckligt och fullt möjligt att inhämta ett samtycke under handläggningsprocessen och inför att genomförandet av beslutade insatser startas. Den enskildes delaktighet gör tillsammans med processen i socialtjänsten att det finns goda förutsättningar, t.ex. i form av tid och kontakter, att även låta samtycket ligga till grund för den direktåtkomst som föreslås.

Mot den bakgrunden föreslår vi att en förutsättning för direktåtkomst mellan utförare i socialtjänsten är att den enskilde har lämnat sitt samtycke till detta. Redan i dag inhämtas samtycke i många situationer i socialtjänsten, vilket gör att det bör finnas förutsättningar att inhämta även detta samtycke inom ramen för de befintliga rutinerna.

Det ett sådant samtycke som följer av personuppgiftslagen som avses i vårt förslag. Det innebär att samtycket ska vara frivilligt, särskilt och informerat. Kravet på att samtycket ska vara särskilt innebär att ett helt generellt samtycke till behandling av personuppgifter inte godtas. Det bör egentligen vara oproblemiskt i

detta fall eftersom det här handlar om den specifika och särskilda situationen när uppgifter behandlas genom att lämnas ut genom direktåtkomst. Dessutom är den tillåtna behandlingen begränsad till den tid när den enskilde får insatser utförda av den som lämnar ut uppgifterna. När insatserna upphör ska inte utlämnande genom direktåtkomst längre få förekomma.

Den som bedriver socialtjänst ska informera den enskilde om vilka slags uppgifter det är fråga om och vilket som är ändamålet med att lämna ut uppgifterna genom direktåtkomst. Först när information har lämnats och den enskilde gett sitt samtycke får personuppgiftsbehandlingen inledas (informerat samtycke). Innan dess får uppgifterna inte göras potentiellt tillgängliga för en annan utförare. Samtycket ska således inhämtas av den personuppgiftsansvarige som står i begrepp att lämna ut personuppgifterna genom direktåtkomst. Många gånger kan det dock finnas behov för två utförare att ömsesidigt lämna ut personuppgifter till varandra genom direktåtkomst. Det finns i sådana fall inget hinder mot att utförarna samarbetar i fråga om rutiner, tillvägagångssätt och praktiskt genomförande för att inhämta samtycke. Många gånger kan det ur den enskildes perspektiv även vara lämpligt. Som redovisats ovan kan det även vara möjligt att ordna samtyckeshantering på sådant sätt att det kan göras redan i samband med eller i anslutning till att biståndsbeslutet beviljas och den enskilde väljer utförare av insatserna. Samtycket kan också inhämtas först när den enskilde möter och har kontakt med utförarna av insatserna, t.ex. i samband med hemtjänst i ordinärt eller särskilt boende.

Det krävs inte att samtycket är skriftligt, men vid en eventuell tvist har den personuppgiftsansvarige bevisbördan för att ett giltigt samtycke har inhämtats. Det är således upp till parterna att avgöra om situationen är sådan att ett skriftligt samtycke är att föredra eller inte. Oavsett om den enskilde lämnar samtycke muntligt eller skriftligt, kan det finnas skäl att den personuppgiftsansvarige dokumenterar att samtycke har inhämtats.

Tiden för direktåtkomst är begränsad

För att säkerställa den enskildes integritet föreslår utredningen att den som lämnar ut uppgifter om en enskild genom direktåtkomst får göra det så länge den enskilde är föremål för genomförande av

bistånd, stödinsatser, vård eller behandling hos den utlämnande verksamheten. När den enskilde inte längre är aktuell i verksamheten ska således utlämnandet genom direktåtkomst upphöra. Syftet med bestämmelsen är att åstadkomma en situation som innebär att personuppgifter inte behandlas för utlämnande genom direktåtkomst längre än vad som behövs med hänsyn till ändamålet med behandlingen. Bestämmelsen förhindrar därmed att olika verksamheter har direktåtkomst till uppgifter i varandras system om enskilda som inte längre är föremål för de olika verksamheternas insatser. Den potentiella tillgången till uppgifter ska därmed vid varje given tidpunkt inte vara större än vad som är motiverat för individens och verksamhetens behov.

27.2.3 Personer med nedsatt beslutsförmåga

Vårt förslag: Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får medge en annan sådan verksamhet direktåtkomst till personuppgifter som behandlas för att dokumentera genomförandet av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling om en enskild som inte endast tillfälligt saknar förmåga att lämna samtycke om

1. den enskilde är föremål för genomförande av insatser hos både utlämnande och mottagande verksamhet inom socialtjänsten, och
2. uppgifterna kan antas ha betydelse för att genomföra de insatser som är nödvändiga med hänsyn till den enskildes behov.

Även personer med nedsatt beslutsförmåga, som inte kan samtycka till att information utbyts genom direktåtkomst, har behov av att nödvändig information finns tillgänglig vid en insats. Behovet av tillgång till aktuell information vid rätt tillfälle kan väga tyngre än den enskildes behov av ett sådant skydd för den personliga integriteten som ett exkluderande från dessa möjligheter skulle kunna innebära.

Utredningen har under sitt arbete uppfattat att många enskilda redan i dag förutsätter att viktig information finns tillgänglig vid själva utförande av insatsen. Enligt utredningens bedömning ska det avgörande inte vara i vilken organisation uppgifterna är dokumenterade utan i vilken vård- eller omsorgssituation uppgifterna

behövs. Detta är än mer nödvändigt när den enskilde inte själv kan redogöra för viktiga detaljer kring sitt tillstånd.

I den föreslagna socialtjänstdatalagen finns antal krav som särskilt syftar till att tillförsäkra den enskilde ett starkt integritetsskydd. Därutöver omfattas den som arbetar i socialtjänsten av bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. Den som bedriver socialtjänst har ett tydligt ansvar för att vidta tekniska och organisatoriska åtgärder för att tillgodose behovet av skydd för den personliga integriteten. Detta kommer bl.a. till uttryck genom de bestämmelser om inre sekretess, behörighetsstyrning, åtkomstkontroll m.m. som utredningen föreslår. Det grundläggande integritetsskyddet ska vara starkt för alla som är i behov av socialtjänstens stöd.

Frågan om hur lagstiftaren ska hantera personer som saknar förmåga att ta ställning till en viss personuppgiftsbehandling är komplex och ger upphov till svåra avvägningar. Samtidigt anser vi att lagstiftaren har ett särskilt ansvar för att se till att den grupp människor som kanske har allra mest att vinna på ett smidigt och ändamålsenligt informationsutbyte mellan olika utförare, också omfattas av de möjligheter som gäller för de personer som själva kan föra information vidare och ta ställning i dessa frågor.

Utredningen anser att det finns skäl att möjliggöra direktåtkomst även om den enskilde saknar förmåga att ta ställning till det, men att det samtidigt måste ställas krav på en aktiv bedömning av om det finns något behov av ett sådant informationsutbyte. I det följande redovisas de närmare förutsättningarna enligt vårt förslag.

Om enskild inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka får, enligt vårt förslag, den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten medge en annan sådan verksamhet direktåtkomst till personuppgifter som behandlas för att dokumentera genomförandet av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling för personer som inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka. Även denna bestämmelse uppställer krav på att uppgifterna rör en enskild som är föremål för genomförande av sådana insatser hos både den utlämnande och mottagande verksamheten inom socialtjänsten.

Enligt utredningens bedömning ska vidare krävas att uppgifterna som omfattas av utlämnande genom direktåtkomst måste bedömas nödvändiga med hänsyn till den enskildes omsorgsbehov eller hälsotillstånd. Det handlar om att de uppgifter som lämnas ut ska bedömas vara nödvändiga med beaktande av den enskildes

behov och för att uppnå god kvalitet i de insatser som utförs. Detta ställer krav på att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten vid olika situationer dels tar ställning till vilken typ av uppgifter som är nödvändiga att utbyta genom direktåtkomst, dels skapar tekniska förutsättningar för att lämna ut just den för ändamålet relevanta informationen. Bestämmelsen kan därför sägas ge uttryck för målsättningen att se till att rätt information finns på rätt plats, varken mer eller mindre.

Enligt utredningens bedömning är det viktigt att en enskild som inte endast tillfälligt saknar beslutsförmåga ska kunna omfattas av bestämmelserna om direktåtkomst. Behovet av att nödvändiga uppgifter finns tillgängliga i samband med insatser för denna grupp individer går inte att ifrågasätta och väger tyngre än det intrång i den enskildes integritet som dessa bestämmelser kan innebära. Utredningen anser att det inte skulle vara försvarbart att ställa denna grupp av enskilda utanför denna möjlighet till ändamålsenlig informationshantering. Det skulle inte heller vara förenligt med de grundläggande målen i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, om att främja människors sociala trygghet och jämlikhet i levnadsvillkor. Genom kravet på att det för sådan direktåtkomst krävs att uppgifterna behövs för insatser som är nödvändig med hänsyn till den enskildes behov, säkerställs att direktåtkomsten bara är tillåtet i vissa speciella situationer. För att den som arbetar inom socialtjänsten sedan ska få ta del av uppgifterna i ett aktuellt fall krävs att uppgifterna behövs för att kunna genomföra beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling. Bestämmelserna om behörighetstilldelning och åtkomstkontroll innebär ett ytterligare skydd för den enskildes integritet.

27.2.4 Tillåtna ändamål vid direktåtkomst till uppgifter hos annan verksamhet

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska anges att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får ta del av uppgifter om en enskild som har gjorts tillgängliga genom direktåtkomst, endast om uppgifterna behövs för att genomföra beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling eller för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten av sådana insatser, vård eller behandling som har genomförts. I paragrafen ska även tas in en påminnelse om att bestämmelserna om

behörighetstilldelning och åtkomstkontroll även gäller vid direktåtkomst till uppgifter hos en annan verksamhet.

Vår bedömning: I praktiken tydliggörs genom bestämmelsen att den som arbetar inom socialtjänsten får ta del av sådana uppgifter om en enskild som gjorts tillgängliga genom direktåtkomst endast om uppgifterna behövs för att genomföra beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling eller för att säkra och utveckla kvaliteten av sådan verksamhet.

Tillåtna ändamål

I avsnittet ovan har vi redogjort för när direktåtkomst överhuvudtaget får göras möjligt. För att motsvara de högt ställda kraven för att tillvarata den enskildes integritet anser utredningen att dessa bestämmelser måste kompletteras med en bestämmelse om vad direktåtkomsten får användas till, dvs. för vilka ändamål den som bedriver verksamhet inom socialtjänst får ta del av uppgifter hos annan som bedriver sådan verksamhet. Bestämmelsen riktar sig till den som ansvarar för verksamheten, men ska också ge närmare vägledning för de som arbetar i socialtjänsten och tydliggöra för vilka skäl de kan ta del av uppgifter genom direktåtkomst.

Syftet med bestämmelserna om direktåtkomst är att förbättra omhändertagandet om den enskilde genom att de som arbetar inom socialtjänsten får tillgång till rätt information på ett snabbt och tekniksäkert sätt. Den som arbetar hos någon som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska därför få ta del av sådana uppgifter om en enskild som gjorts tillgängliga genom direktåtkomst, om uppgifterna behövs för att genomföra beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling. Bestämmelsen bygger på socialtjänstdatalagens grundläggande ändamålsbestämmelse, där ett tillåtet ändamål är personuppgiftsbehandling för genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling.

Vidare anser utredningen att verksamheter som har ett nära samarbete kring en enskild också måste kunna utvecklas och förbättras. Behoven av att kvalitetssäkra och utveckla socialtjänsten är inte mindre i dessa situationer jämfört med situationer där individens alla insatser tillgodoses av en och samma aktör. För att inte förutsättningarna för att kvalitetssäkra den socialtjänst

enskilda får i dessa fall ska vara sämre än motsvarande förutsättningar i den egna verksamheten, krävs att reglerna om informationshantering inte sätter upp hinder för detta. Mångfalden av utförare och ökade möjligheter för enskilda att fritt välja utförare gör också att allt fler aktörer är involverade i de insatser som enskilda blivit beviljade. För att enskilda ska tillförsäkras en socialtjänst av hög kvalitet behöver det finnas goda legala möjligheter att bedriva ett effektivt kvalitetssäkringsarbete vid sådana samarbeten.

Mot den bakgrunden föreslår utredningen att direktåtkomst också ska få användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten av sådana insatser, vård och behandling som enskilda har fått. Det handlar därmed om att kvalitetssäkra den egna verksamheten i relation till enskilda som är föremål för flera olika aktörers insatser och samverkan.

Utredningens förslag innebär således en begränsning av för vilka ändamål den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten genom direktåtkomst får ta del av uppgifter hos annan som bedriver sådan verksamhet, jämfört med vad som gäller för personuppgiftsbehandling i den egna verksamheten.

I övrigt ska dock enskilda yrkesutövare göra samma bedömning som gäller när yrkesutövaren tar del av uppgifter i den egna verksamheten. Det betyder att den grundläggande bestämmelsen om inre sekretess även gäller vid sådan direktåtkomst som de här är fråga om. Det är således endast den som har behov av uppgifterna för att kunna genomföra beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling eller för att säkra och utveckla kvaliteten av sådana insatser m.m. som har en laglig rätt att ta del av dem.

Behörighetsstyrning och åtkomstkontroll

Det är viktigt att framhålla att de grundläggande bestämmelserna om behörighetsstyrning och åtkomstkontroll gäller för personalens åtkomst till uppgifter som annan verksamhet gjort tillgängliga genom direktåtkomst. Det innebär exempelvis att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten måste analysera vilka anställda som behöver tillgång till vilka uppgifter som gjorts tillgängliga av andra verksamheter och därefter utforma och tilldela behörigheter som är begränsade till den respektive anställdes behov av uppgifter.

Det uppställs även krav på dokumentation av åtkomst och kontroll av åtkomst när personal genom direktåtkomst tar del av uppgifter som en annan verksamhet gjort tillgängliga.

Utredningen föreslår att en påminnelse om att socialtjänstdatalagens bestämmelser om behörighetstilldelning och åtkomstkontroll även gäller vid direktåtkomst till uppgifter hos en annan verksamhet, tas in i den här aktuella paragrafen om direktåtkomst.

27.2.5 Personuppgiftsansvar

Vårt förslag: Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter inom socialtjänsten som utförs i dess verksamhet. Det omfattar även sådan behandling av personuppgifter som görs när den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten genom direktåtkomst lämnar ut eller tar del av personuppgifter.

Enligt den grundläggande bestämmelsen i socialtjänstdatalagen om personuppgiftsansvar gäller att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som utförs i dess verksamhet. Utredningens bedömning är att motsvarande bestämmelse ska gälla även vid sådan personuppgiftsbehandling som utförs när den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten genom direktåtkomst som nu är aktuell lämnar ut personuppgifter eller genom direktåtkomst tar del av personuppgifter som annan sådan verksamhet gjort tillgängliga.

Detta innebär att bl.a. att den som gör en personuppgift tillgänglig genom direktåtkomst har personuppgiftsansvar för att det görs i enlighet med de grundläggande bestämmelserna. Vilket innebär att det ska avse genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling om det avser en enskild som är föremål för genomförande av sådana insatser hos både utlämnande och mottagande verksamhet. Den enskilde ska även samtycka till det. På motsvarande sätt är den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten och som genom direktåtkomst tar del av personuppgifter som gjorts tillgängliga, personuppgiftsansvarig för den personuppgiftsbehandling som detta innebär. Det personuppgiftsansvaret omfattar således ett ansvar för att de grundläggande

förutsättningarna för att få använda direktåtkomsten är uppfyllda. Ansvariet omfattar även att säkerställa att kraven på behörighetstildelning och åtkomstkontroll tillgodoses.

27.2.6 Bevarande och gallring

Vårt förslag: När personuppgifter genom direktåtkomst är tillgängliga för flera som bedriver verksamhet inom socialtjänsten gäller skyldigheten att bevara uppgifterna endast den som ansvarar för uppgiften. Om en uppgift är tillgänglig för en kommunal myndighet och Statens institutionsstyrelse bara genom direktåtkomst och myndigheten inte ansvarar för uppgiften, får myndigheten gallra den från sitt arkiv.

Grundläggande bestämmelser om bevarande och gallring av uppgifter i socialtjänsten finns i socialtjänstlagen och i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS. Dessutom gäller bestämmelserna i arkivlagen (1990:782) för bevarande och gallring av allmänna handlingar. När direktåtkomst nu föreslås behöver det klargöras vem som har skyldighet att bevara uppgifterna. När personuppgifter är tillgängliga genom direktåtkomst för flera som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska skyldigheten att bevara uppgifterna endast gälla den som ansvarar för uppgifterna. Detta ansvar har alltså inte den som endast har potentiell tillgång till dessa uppgifter. Det innebär i princip att det för respektive uppgift som görs tillgänglig genom direktåtkomst endast är en verksamhet som har ansvaret för att uppgiften bevaras, arkiveras och gallras.

Om en uppgift bara är tillgänglig för en kommunal myndighet och Statens institutionsstyrelse genom direktåtkomst och myndigheten inte ansvarar för uppgiften ska myndigheten få gallra den från sitt arkiv. Den här gallringsregeln behövs bland annat för att inte någon av de deltagande myndigheterna ska bli arkivansvariga för enskilda verksamheters uppgifter som myndigheten har potentiell tillgång till.

27.2.7 Sekretessbrytande regel

Vårt förslag: En bestämmelse ska införas i 26 kap. OSL och ange att sekretess enligt 26 kap. 1 § inte hindrar att uppgift lämnas till en myndighet som bedriver verksamhet socialtjänst eller till en enskild verksamhet på socialtjänstens område enligt vad som föreskrivs om direktåtkomst i 5 kap. socialtjänstdatalagen.

Vår bedömning: Bestämmelsen syftar till att möjliggöra den direktåtkomst mellan olika verksamheter i socialtjänsten som föreslås i socialtjänstdatalagen. Någon motsvarande bestämmelse som bryter tystnadsplikten i privat verksamhet bedöms inte behövas. Inte heller behövs någon bestämmelse om absolut sekretess som liknar den som i dag gäller vid direktåtkomst mellan vårdgivare i hälso- och sjukvården (25 kap. 2 § OSL).

Utredningen har föreslagit bestämmelser i socialtjänstdatalagen som möjliggör att en kommun, som bedriver socialtjänst genom flera myndigheter eller sådana kommunala bolag som avser i 2 kap. 3 § OSL, ska kunna ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av någon annan sådan myndighet eller bolag i samma kommun (se avsnitt 27.2.1). Direktåtkomst ska även vara möjligt för olika utförare inom socialtjänsten att lämna ut personuppgifter genom direktåtkomst till annan som bedriver verksamhet inom socialtjänsten (avsnitt 27.2.2).

Utredningen har även konstaterat att förslagen om sekretessgenombrott (avsnitt 27.2.1) inte upphäver sekretessgränser mellan en myndighet inom socialtjänsten i en kommun till en annan sådan myndighet i samma kommun. Det innebär bland annat att det fortfarande är fråga om ett utlämnande enligt tryckfrihetsförordningens och offentlighets- och sekretesslagens mening när uppgifter utbyts mellan nämnderna och att det krävs en särskild bestämmelse som tillåter nämnderna att ha direktåtkomst till varandras uppgifter.

Vid direktåtkomst blir personuppgifter potentiellt tillgängliga för myndigheter eller andra som bedriver verksamhet inom socialtjänst och det görs ett utlämnande i tryckfrihetsförordningens och offentlighets- och sekretesslagens mening. Redan i detta skede måste en myndighet göra en prövning av om det finns

något hinder enligt offentlighets- och sekretesslagen mot att uppgifterna lämnas ut till samtliga mottagare som har tillgång till uppgifterna.

Socialtjänstsekretessen har ett omvänt rekvisit som förutsätter en prövning i varje enskilt fall av om socialtjänstdokumentation kan lämnas ut utan men för den enskilde eller någon närstående till honom eller henne.² Det är inte möjligt att använda de sekretessbrytande undantagen som i övrigt finns i offentlighets- och sekretesslagen när det är fråga om direktåtkomst eftersom grunden är att uppgifterna ska finnas potentiellt tillgängliga under de förutsättningar som anges i socialtjänstdatalagen. Den så kallade general-klausulen i 10 kap. 27 § OSL, som inskränker i vissa delar sekretessskyddet, omfattar inte socialtjänstsekretess. Bestämmelsen i 10 kap. 2 § OSL som säger att sekretess inte utgör hinder mot att en uppgift lämnas ut till en enskild eller till en annan myndighet om det är nödvändigt för att den myndighet som lämnar ut uppgiften ska kunna göra fullgöra sin egen verksamhet kan inte användas. Inte heller finns det någon uppgiftsskyldighet som avses i 10 kap. 28 § samma lag som skulle möjliggöra nu aktuellt utlämnade.

Bestämmelserna om direktåtkomst enligt 5 kap. socialtjänstdatalagen innebär att den enskilde ska vara föremål för genomförande av beslutade insatser både hos utlämnande och mottagande verksamhet inom socialtjänsten och att den enskilde ska samtycka till direktåtkomsten. Den enskildes samtycke innebär bara att direktåtkomst får användas men innebär inte ett samtycke i varje enskilt fall, vilket krävs för att ett utlämnande ska få göras med stöd av samtycke enligt offentlighets- och sekretesslagen.³

Socialtjänstsekretessen utgör därmed ett hinder mot att möjliggöra direktåtkomst, om det inte införs en sekretessbrytande regel. Det krävs alltså ändringar i offentlighets- och sekretesslagen för att förslaget om direktåtkomst ska kunna tillämpas. Utredningen föreslår därför att en sekretessbrytande regel tas in i offentlighets- och sekretesslagen för att möjliggöra förslagen om direktåtkomst.

Utredningens bedömning är att det inte finns några skäl ur integritetssynpunkt som talar emot förslaget om sekretessbrytande regel när det gäller direktåtkomst, eftersom förslaget ska ses tillsammans med övriga förslag till integritetskyddande regler i socialtjänstdatalagen. Som framgår av avsnitt 27.2.4 ska direktåt-

² 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

³ Jfr 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen.

komst bara vara möjligt då den enskilde är föremål för genomförande av beslutade insatser hos både utlämnande och mottagande verksamhet inom socialtjänsten och när den enskilde samtycker till direktåtkomsten. Det införs även bestämmelser om att det ska göras en risk- och sårbarhetsanalys och en överenskommelse om informationssäkerhet m.m. innan direktåtkomst möjliggörs samt om att direktåtkomsten ska begränsas i tid. I de fall den enskilde inte kan samtycka på grund av att denne inte endast tillfälligt saknar beslutsförmåga, får direktåtkomst medges bara om uppgifterna kan antas ha betydelse för att genomföra de insatser som är nödvändiga med hänsyn till den enskildes behov.

För att ytterligare stärka individens behov av integritetsskydd har utredningen även föreslagit att författningsbestämmelser om inre sekretess, behörighetsstyrning och åtkomstkontroll införs i den nya socialtjänstdatalagen (se avsnitt 24). Bestämmelserna saknas i dag och bidrar enligt utredningens bedömning till att stärka integritetsskyddet och upprätthålla förtroendet för informationshanteringen i socialtjänsten. I socialtjänstdatalagen föreslås också bestämmelser om en enskilds rätt att kontrollera vilken åtkomst som faktiskt har förekommit till dokumentationen. Utredningens bedömning är att de bestämmelser som föreslås i socialtjänstdatalagen sammantaget ger ett gott integritetsskydd som klart uppväger den föreslagna lättningen sekretessen.

Tystnadsplikten i enskild verksamhet

Offentlighets- och sekretesslagen gäller bara för den allmänna socialtjänsten. För personal inom den enskilda verksamheten inom socialtjänsten gäller tystnadsplikt enligt 15 kap. 1 § SoL och 29 § LSS. Tystnadsplikten innebär att den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till viss funktionshindrade inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskildas personliga förhållande.

Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Vid tolkningen av detta obehörighetsrekvisit har det ansetts naturligt att söka ledning i offentlighets- och sekretesslagens regler.⁴

⁴ Jfr prop. 2005/06:141 s. 63 och prop. 2005/06:161 s. 82 och 93.

Mot bakgrund av att en sekretessbrytande regel införs i offentlighets- och sekretesslagen och med hänsyn till att det i socialtjänstdatalagen anges förutsättningarna för när direktåtkomst kan medges gör utredningen bedömningen att tystnadsplikten i den yrkesmässigt bedrivna enskilda verksamheten inte utgör något hinder mot den direktåtkomst som föreslås.

Bestämmelse om absolut sekretess behövs inte

För myndigheters del innebär en potentiell tillgång till uppgifter genom direktåtkomst att uppgifterna anses som en förvarad och inkommen allmän handling, i enlighet med tryckfrihetsförordningens bestämmelser, hos varje myndighet som är ansluten till systemet med direktåtkomst. Därför uppkommer vissa särskilda frågor om sekretess. Även uppgifter som genom direktåtkomst görs tillgängliga för myndigheter av enskilda, privata, verksamheter blir redan vid tillgängliggörandet inkomna allmänna handlingar hos samtliga myndigheter som tekniskt kan bereda sig tillgång till uppgifterna.

En konsekvens av detta är att en begäran om att få del av allmänna handlingar ur systemet för direktåtkomst kan riktas till vem som helst av de anslutna myndigheterna. För hälso- och sjukvårdens del finns därför en bestämmelse om absolut sekretess i 25 kap. 2 § OSL. Bestämmelsen har bedömts nödvändig eftersom hälso- och sjukvårdssekretessen inte är absolut. Vid avsaknaden av bestämmelser om absolut sekretess skulle därför en vårdgivare som är ansluten till ett system för sammanhållen journalföring, om någon begär att uppgifter i systemet lämnas ut, vara tvungen att ta del av uppgifterna för att kunna pröva om de kan lämnas ut, oavsett om vårdgivaren har någon patientrelation till den aktuella patienten. För att förhindra sådan omotiverad åtkomst till uppgifter endast för att kunna ta ställning till frågan om utlämnande finns därför en bestämmelse om absolut sekretess. Bestämmelsen innebär att absolut sekretess gäller hos en vårdgivande myndighet för uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgänglig för myndigheten i ett system för sammanhållen journalföring i sådana situationer då de förutsättningar för behandling av uppgifterna som anges i 6 kap. patientdatalagen inte är uppfyllda. När myndigheten saknar befogenhet enligt patientdatalagen att behandla uppgifterna ska uppgifterna således omfattas av absolut sekretess och

myndigheten skulle då inte behöva ta del av de närmare uppgifterna om personen för att kunna konstatera att så är fallet.

Även vårt förslag om direktåtkomst mellan de som bedriver socialtjänst innebär att uppgifter som är tillgängliga genom direktåtkomst är att anse som allmänna handlingar enligt tryckfrihetsförordningen. Vi har därför övervägt om det även för socialtjänstens del behövs en motsvarande bestämmelse om absolut sekretess. I denna del har vi dock kommit fram till att det, på grund av konstruktionen av förslaget om direktåtkomst i socialtjänstdatalagen, inte är motiverat. Till skillnad mot vad som gäller i system för sammanhållen journalföring får de som bedriver socialtjänst endast ha direktåtkomst, dvs. teknisk möjlighet att ta del av uppgifter, avseende enskilda som är föremål för genomförandeinsatser i verksamheten. Någon potentiell tillgång till uppgifter rörande enskilda som inte är aktuell i verksamheten är det därför inte fråga om. Mot den bakgrunden bedömer vi att det inte är motiverat med bestämmelser om absolut sekretess för direktåtkomst mellan utförare i socialtjänsten.

28 Kvalitetsutveckling och verksamhetsuppföljning i socialtjänsten

28.1 Bakgrund

Verksamhet inom socialtjänsten ska enligt grundläggande bestämmelser i 3 kap. 3 § i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, vara av god kvalitet. Av bestämmelsen följer även att det för utförandet av arbetsuppgifter i socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vidare anges att krav på att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Motsvarande krav ställs även i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Socialstyrelsen har sedan i föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete närmare preciserat kraven på socialtjänsten. Bland annat ska den som bedriver socialtjänst ha ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet ska vidare ge stöd åt ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete, där vikt läggs vid förebyggande åtgärder som riskanalyser för att kunna hindra att enskilda tar skada eller att missförhållanden eller andra avvikelser inträffar. I föreskrifterna definieras kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och de mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Lagstiftningen och Socialstyrelsens föreskrifter innebär att socialtjänsten måste arbeta systematiskt med att utveckla och säkra

kvaliteten i alla nivåer av verksamheten. Kvalitetsbegreppet omfattar därmed socialtjänstens strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade verksamhet. Vidare gäller kraven på god kvalitet för alla som bedriver socialtjänst, offentliga som enskilda verksamheter.

Utredningen har under arbetets gång kunnat konstatera att det pågår flera olika utvecklingsprojekt, både lokal, regionalt och nationellt, för att stödja kvalitetsutvecklingen inom socialtjänsten. I detta sammanhang kan exempelvis nämnas de olika satsningar som görs inom ramen för regeringens och Sveriges Kommuner och Landstings, SKL, överenskommelse om *evidensbaserad praktik*. Regeringen och SKL ingick 2010 en överenskommelse om en plattform för arbete med att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Målet är att enskilda ska få ta del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Med evidensbaserad praktik innebär, enligt överenskommelsen från 2013, en medveten och systematisk användning av flera kunskapskällor för beslut om insatser. Tanken är att den enskilde och yrkesutövarna utifrån bästa tillgängliga kunskap, den enskildes erfarenheter och professionernas expertis fattar beslut om lämpliga insatser. Evidensbaserad praktik beskrivs även som ett förhållningssätt för ett ständigt och systematiskt lärande. Som ett exempel kan nämnas programmet Leda för Resultat, som arbetar för att öka kunskapen om hur ledningen i socialtjänsten kan arbeta strategiskt med resultatstyrning för att öka kvaliteten och utveckla verksamheten. Ett annat exempel är satsningarna som görs för att initiera, genomföra och utveckla en systematisk uppföljning inom de verksamhetsområden som riktar sig till personer med funktionshinder. Satsningen är inriktad på uppföljning både på individ-, verksamhets- och systemnivå. Ett tredje exempel är satsningen för att påskynda och underlätta utvecklingen av eHälsa i socialtjänsten, dels genom statliga stimulansmedel till kommunerna och regionala samordnare, dels genom nationella stödinsatser.

Insatserna för att främja en evidensbaserad praktik och utvecklingen av eHälsa har flera gemensamma nämnare. För båda områdena är frågor om informationshantering centrala. De handlar båda om ett strategiskt utvecklingsarbete som enskilda kommuner kan ha svårt att genomföra helt på egen hand. Utvecklingen av en enhetlig och strukturerad dokumentation är en del av arbetet med ehälsa, och är också en förutsättning för en evidensbaserad praktik

baserad på ett systematiskt lärarande och uppföljning av resultat och arbetssätt.

Vidare behövs en nationell informationsstruktur för att information ska kunna återanvändas i olika verksamheter, av olika användare och för olika ändamål. I överenskommelsen pekas därför särskilt på sambandet mellan evidensbaserad praktik och eHälsa.¹

Verksamhetsuppföljning och kvalitetsarbete kan bedrivas på en mängd olika sätt, i olika skeden och på olika nivåer i verksamheten. För att följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten samt skapa bättre resultat för individerna i socialtjänsten finns därför ofta ett behov av att låta dokumenterade uppgifter om enskilda och om genomförandet av insatser samt resultaten av dessa ligga till grund för ett ständigt förbättringsarbete. Personuppgiftbehandlingen behöver utföras i olika skeden av ett systematiskt kvalitetsarbete. Det är nödvändigt för att ge underlag för att kunna mäta och värdera resultatet av verksamhetens insatser, identifiera förbättringsområden, kartlägga processer och följa upp effekter av olika arbetssätt. Dagens socialtjänst med valfrihet för individer och ökad mångfald av utförare ställer även delvis nya krav på kvalitets-säkringen. I egenskap av huvudman har kommunen ett ansvar för socialtjänsten, oavsett om den bedrivs i egen regi eller av enskilda utförare. Det finns behov av att hålla ihop kvalitetsarbetet så att medborgare tillförsäkras en god kvalitet i socialtjänsten oavsett vilken aktör som står för genomförandet av insatsen. Mot den bakgrunden behöver även informationshanteringen för att utveckla kvaliteten i socialtjänsten i större utsträckning än tidigare ta sin utgångspunkt i och följa individernas processer och deras möten med kommunala eller privata utförare av socialtjänst.

Vårt uppdrag

Personuppgiftsbehandling för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring kan göras på många olika sätt och på olika nivåer i socialtjänsten. På verksamhetsnivå, t.ex. inom en utförares verksamhet, används ofta personuppgifter för utförarens lokala kvalitetsarbete. Vid sidan om detta finns även behov för kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten att kunna behandla personuppgifter som dokumenterats hos olika utförare för att i sin

¹ Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten, Överenskommelser för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

tur kunna arbeta med den övergripande kvalitetssäkringen av socialtjänsten i kommunen. Därutöver kan viss personuppgiftsbehandling aktualiseras vid uppföljning, analyser och jämförelser av kvaliteten i socialtjänsten i olika delar av landet.

I utredningens direktiv anför regeringen att personal och beslutsfattare bör få använda uppgifter i olika slags stödsystem för att löpande kvalitetssäkra och förbättra insatserna som vänder sig direkt till enskilda och att relevant lagstiftning bör främja en effektiv och ständigt pågående förbättringsprocess inom socialtjänsten.²

Vidare har under utredningens arbete i olika sammanhang frågan väckts om socialtjänsten har behov av en motsvarande reglering som finns för hälso- och sjukvårdens del i form av regelverket för nationella och regionala kvalitetsregister.

28.2 Våra överväganden

Vår bedömning: Våra förslag i tidigare avsnitt innebär förbättrade möjligheter till verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring inom socialtjänsten. Vi har inte funnit övervägande skäl som talar för att en motsvarighet till regleringen av nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården bör införas på socialtjänstens område. Vi bedömer att socialtjänsten med våra förslag får förutsättningar att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete som i praktiken kan jämföras med hälso- och sjukvårdens möjligheter.

Vi har i tidigare avsnitt redogjort för ett antal förslag som på olika sätt förbättrar möjligheterna till kvalitetssäkring och verksamhetsuppföljning på socialtjänstens område. Våra förslag ger ökade möjligheter såväl för ett lokalt kvalitetsarbete exempelvis hos enskilda utförare av socialtjänst, som för ett mer övergripande kvalitetsarbete hos den ansvariga kommunen. I praktiken innebär våra förslag, som vi ser det, även bättre förutsättningar att implementera system för kvalitetssäkring och uppföljning som möjliggör uppföljning och jämförelser av socialtjänstens verksamhet i olika delar av landet.

² Dir. 2011:11.

Förslagen är dock i viss utsträckning utspridda på ett antal olika avsnitt i detta betänkande. Det kan därför finnas anledning att här lämna en korfattad, men mer samlad bild såväl av de enskilda förslagens påverkan på möjligheter till kvalitetssäkring och verksamhetsuppföljning som av förslagens samlade effekt.

Ändamålsbestämmelser som inkluderar kvalitetsarbete och verksamhetsuppföljning för alla som bedriver socialtjänst

Av vårt förslag till ändamålsbestämmelse i socialtjänstdatalagen framgår att personuppgifter ska få användas även för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring. I många fall torde det vara fråga om uppgifter som primärt samlats in därför att de behövs i den individinriktade verksamheten, vid handläggning av ärenden eller vid genomförandet av insatser, och som sedan återanvänds för uppföljning och kvalitetssäkring. Samtidigt kan det även vara fråga om att samla in personuppgifter särskilt för något av dessa ändamål, t.ex. genom att be enskilda fylla i enkäter kring upplevelserna av socialtjänstens verksamhet.

För kommunala myndigheter är detta möjligt redan i dag, men med vårt förslag görs personuppgiftsbehandling för dessa ändamål även möjliga för enskilda verksamheter inom socialtjänstens område. Vi har tidigare pekat på att begränsningarna för enskilda verksamheter att behandla personuppgifter för kvalitetssäkring inverkar negativt på enskilda individers möjligheter att få en jämlik och högkvalitativ socialtjänst oberoende av vilken aktör som står för genomförandet av insatser. Med vårt förslag ges verksamheter som utför likartade insatser samma möjligheter att bedriva ett ständigt förbättringsarbete genom en systematisk kvalitetssäkring.

De möjligheter som tillhandahålls innebär att personuppgifter får behandlas om det behövs för kvalitetssäkring och verksamhetsutveckling, men förslaget innebär naturligtvis inte att det blir tillåtet att utan inskränkning eller behovsbedömning behandla personuppgifter. Den grundläggande begränsningen i personuppgiftslagen (1998:204) om att inte fler personuppgifter får behandlas än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen med behandlingen, måste alltid beaktas. Det gäller oavsett vilka syften personuppgifter behandlas för och innebär att den personuppgiftsansvarige alltid har att bedöma vilka personuppgifter som behöver användas för olika ändamål. Särskilt vid sådan personuppgiftsbehandling som

inte direkt syftar till att öka nyttan för den individ vars personuppgifter behandlas, finns skäl att vara särskilt noggrann vid bedömningen av vilka uppgifter som behöver behandlas och i vilken utsträckning det exempelvis räcker att behandla personuppgifter som endast indirekt pekar ut den enskilde. Samtidigt bedömer utredningen att den tekniska utvecklingen har medfört att personuppgiftsbehandling för ändamål som exempelvis kvalitets-säkring och verksamhetsuppföljning i delar av bearbetningen borde kunna göras utan att personuppgifter som direkt identifierar enskilda exponeras. I regel saknas det exempelvis behov av direkt utpekande personuppgifter i sådana resultatsammanställningar som tas fram. Se vidare avsnitt 23 om ändamålsbestämmelsen.

Ny sekretessreglering, uppgiftsskyldighet och nya möjligheter till direktåtkomst ger bättre förutsättningar för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling

I sammanhanget kan förtydligas att uppföljning av socialtjänst på ett övergripande plan inom en myndighet inte är att betrakta som en egen verksamhetsgren som är självständig i förhållande till den individinriktade verksamheten inom samma myndighet på sätt som avses i 8 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Motsvarande bedömningar har bland annat gjorts på hälso- och sjukvårdens område i samband med patientdatareformen.³ I förarbetena till lagen (2005:787) om behandling av personuppgifter i Tullverkets verksamhet framhöll regeringen, med anledning av lagrådets påpekande, att planering, uppföljning och utvärdering av verksamheten i fråga måste anses vara en så integrerad del av själva verksamheten att den inte kan ses som en fristående aktivitet.⁴ Detta innebär att det inte finns någon formell gräns mellan verksamhetsuppföljning på ett övergripande plan och den individinriktade socialtjänstverksamheten. Så länge det bedrivs inom samma myndighet finns det således ingen sekretessgräns mellan dessa verksamheter.

Däremot finns det i dag en sekretessgräns mellan olika myndigheter som bedriver socialtjänst inom samma kommun, dvs. mellan olika nämnder som delats upp efter sakområden, geografiska områden eller på annat sätt. För att kvalitetsarbete och verksam-

³ SOU 2006:82 s. 418.

⁴ Prop. 2004:05:164 s. 66.

hetsuppföljning ska kunna göras på central nivå i kommunen, krävs i dagsläget således att en sekretessprövning leder till att uppgifterna kan lämnas ut till den kommunala myndighet som är tänkt att genomföra verksamhetsuppföljningen eller kvalitetssäkringsarbetet. Enligt utredningens bedömning kan sekretessregleringen därmed begränsa möjligheterna till gemensam och individbaserad uppföljning avseende kommunens totala socialtjänstverksamhet.

Vi har, bland annat mot bakgrund av ovanstående, i avsnitt 21 lämnat förslag till en mer ändamålsenlig sekretessreglering i socialtjänsten. Vårt förslag om slopade sekretessgränser mellan nämnder och kommunala bolag i en kommun, har inte bara betydelse för den informationshantering som förekommer i den individinriktade verksamheten utan omfattar också utbyte av uppgifter för uppföljning och kvalitetssäkring. Ett sådant uppgiftsutbyte kommer enligt vårt förslag att kunna göras utan hinder av sekretess. I praktiken innebär det att kommunen, med hjälp av att behandla personuppgifter, kan genomföra en mer samlad verksamhetsuppföljning än vad som är fallet om uppgifter inte hade fått sambearbetas mellan de olika kommunala myndigheterna på socialtjänstens område. Vårt förslag innebär att alla kommuner, alldeles oavsett hur de har valt att organisera sin myndighetsstruktur inom socialtjänsten, får samma legala möjligheter att följa upp, säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten.

Därutöver har vi i avsnitt 27 lämnat förslag till nya möjligheter till direktåtkomst till personuppgifter som behandlas enligt socialtjänstdatalagen. Utredningens förslag till direktåtkomst mellan myndigheter och kommunala bolag på socialtjänstens område i samma kommun innebär ökade möjligheter att arrangera personuppgiftsbehandlingen på ett ändamålsenligt och effektivt sätt, även för behov som finns för verksamhetens uppföljning. Sammantaget kommer det att vara möjligt för en kommun att, med stöd av moderna tekniska lösningar, behandla personuppgifter för kvalitetssäkring och uppföljning även om uppgifterna är utspridda i olika system hos olika kommunala myndigheter inom socialtjänsten.

Vidare är utredningens generella utgångspunkt att det kommunala huvudmannaskapet innebär ett ansvar för uppföljning och kvalitetssäkring av all socialtjänstverksamhet som erbjuds invånarna. Det innebär att kommunen bör ha motsvarande möjligheter att följa upp kvaliteten av insatser som utförs av sådana enskilda verksamheter som kommunen har huvudmannansvar för. Det har i tidigare utredningar bedömts att reglerna om tystnads-

plikt inte hindrar ett utlämnande från en enskild verksamhet till den kommunala myndighet som ansvarar för verksamheten.⁵ Det saknas dock uttryckligt lagstöd för en sådan bedömning. Mot den bakgrunden har vi i avsnitt 21.3.2 lämnat förslag om uppgiftsskyldighet som tydliggör att ett sådant utlämnande kan göras utan hinder av tystnadsplikt. Vårt förslag innebär att det är tillåtet för enskilda verksamheter inom socialtjänsten att lämna ut de uppgifter som den beslutande kommunala nämnden behöver t.ex. för kvalitetssäkring och verksamhetsuppföljning. Förslaget innebär ingen inskränkning i den enskilda verksamhetens eget ansvar för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete, men det gör det möjligt för kommunen att genomföra en samlad uppföljning av all socialtjänstverksamhet som kommunen ansvarar för gentemot invånarna. I sammanhanget ska samtidigt erinras om att kommunen alltid har att göra en bedömning av vilka personuppgifter som är nödvändiga att behandla för att följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Att slentrianmässigt begära uppgifter från enskilda verksamheter utan att ha gjort en närmare analys av uppgifterna är nödvändiga med hänsyn till ändamålet kommer inte att vara tillåtet.

När det gäller tillvägagångssättet för utlämnande av uppgifter från enskilda verksamheter till den ansvariga kommunala myndigheten innebär vårt förslag att uppgifterna kan lämnas ut på medium för automatiserad behandling, dvs. elektroniskt. Vi föreslår däremot inte att utlämnandet ska kunna göras genom direktåtkomst. Något sådant behov för den kommunala nämnden att på eget initiativ och utan att den enskilda verksamheten vet vilka uppgifter kommunen tar del av eller när det görs, har vi inte funnit. Vi bedömer snarare att kommunen har ett behov av att arbeta aktivt med frågan om vilka typer av uppgifter som behövs för ändamål som rör verksamhetens uppföljning och utifrån det tillhandahålla tekniska lösningar som gör att uppgifterna kan utbytas elektroniskt på ett smidigt sätt. Genom att det kommer att vara tillåtet med utlämnanden på medium för automatiserad behandling har kommunen och de enskilda verksamheterna möjlighet att utveckla ändamålsenliga tekniska lösningar som gör att kommunen kontinuerligt vid behov får tillgång till de uppgifter som behövs för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring.

Sammanfattningsvis innebär således socialtjänstdatalagen i förening med förslagen om att undanröja sekretesshinder mellan

⁵ SOU 2009:32.

socialtjänstverksamhet i en kommun samt förslaget om uppgiftsskyldighet för enskilda verksamheter, att kommunen får avsevärt förbättrade rättsliga möjligheter att bedriva verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring jämfört med vad som följer av gällande rätt.

Möjligheterna till regional och nationell kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling

Ytterligare en fråga som har ställts till utredningen under arbetets gång är om socialtjänsten bör ha motsvarande rättsliga möjligheter att bedriva kvalitetssäkring över organisatoriska gränser som hälso- och sjukvården har genom regleringen för nationella och regionala kvalitetsregister. Det ska framhållas att utredningen inte har fått del av något egentligt underlag om behovet av detta, vilka risker som kan vara förknippade med detta eller hur en sådan reglering närmare skulle kunna se ut för att vara anpassad just till förutsättningarna i socialtjänsten. Utredningen har inte fått del av någon närmare precisering av vad socialtjänsten – om samma möjligheter som finns i hälso- och sjukvården gavs – skulle göra, för vilka syften och med vilka personuppgifter. Det kan jämföras med hälso- och sjukvårdens nationella kvalitetsregister där lagstiftaren har reglerat ett område som har varit etablerat sedan över 30 år tillbaka i tiden. Det fanns således tydliga förebilder och omfattande underlag för en sådan reglering.

Även om det finns stora likheter mellan kvalitetsarbete i socialtjänsten och kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården finns det, enligt vår bedömning, även vissa stora skillnader. Sådana skillnader finns bland annat just vad gäller de närmare förutsättningarna som kännetecknar de nationella kvalitetsregistren. Hälso- och sjukvårdens nationella kvalitetsregister är exempelvis uteslutande initierade av de olika professionerna. Utvecklingsarbetet har drivits av olika professionella sammanslutningar som inom sina respektive områden har sett ett behov av att mäta vad som görs, jämföra kvaliteten och inspirera till lokalt förbättringsarbete. För att möjliggöra utvecklingen av nationella kvalitetsregister har även en organisatorisk utveckling ägt rum på den regionala och nationella nivån. I dag kännetecknas nationella kvalitetsregister av en omfattande och komplex organisatorisk samverkan, där professionernas engagemang fortfarande är centralt men där det i dag backas upp av

nya finansiella förutsättningar och nationella organisatoriska överbyggnader samt regionala stödstrukturer i form av registercentra.

Naturligtvis finns det vissa områden inom socialtjänsten som i viss mån kan visa upp liknande strukturer, men på det stora hela finns ingen motsvarighet till en sådan etablerad och kraftfull inomprofessionell rörelse och nationell samt regional stödstruktur. Det behöver nödvändigtvis inte vara eftersträvansvärt för socialtjänsten att gå i exakt samma spår som hälso- och sjukvården. Det kan finnas viktiga skillnader mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten vad gäller behov och förutsättningar för det systematiska kvalitetsarbetet. Skillnaderna har sannolikt även historisk betydelse, vilket kan innebära att socialtjänsten i dagsläget har möjlighet att ta andra vägar för att uppnå motsvarande målsättningar som hälso- och sjukvårdens kvalitetsregister ställde upp för länge sedan.

Vidare bedömer utredningen även att det kan ifrågasättas om en reglering överensstämmande med vad som gäller för hälso- och sjukvården, av andra skäl, är lämplig för socialtjänstens del. Exempelvis innebär en registrering i ett nationellt kvalitetsregister att en vårdgivare formellt sett lämnar ut personuppgifter till den mottagande myndigheten som har det centrala ansvaret för kvalitetsregistret. Det är vanligtvis en landstingsstyrelse eller motsvarande i ett annat landsting som har det centrala ansvaret för registret. Vid våra kontakter med företrädare från kommuner har vi mötts av viss tveksamhet inför en sådan motsvarighet på socialtjänstens område, där samtliga kommuner således i formell mening då skulle lämna ut personuppgifter från sin socialtjänstverksamhet till en myndighet i en annan kommun.

Därutöver får det enligt vår bedömning anses tveksamt om det vore lämpligt att grunda en registrering i ett nationellt register över viss socialtjänstverksamhet på individens tysta samtycke, vilket är fallet i hälso- och sjukvården. För personuppgiftsbehandling i hälso- och sjukvårdens nationella kvalitetsregister krävs nämligen inget samtycke från individen, utan den legala konstruktionen innebär i stället att individen har en rätt att motsätta sig medverkan. Den enskilde har således ett ansvar för att aktivt säga nej. Vi bedömer att det för socialtjänstens del finns mycket som talar för att en registrering i ett nationellt register ska kräva den enskildes samtycke. Det skulle inte minst vara naturligt för behandling av sådana personuppgifter som i första skedet har dokumenterats med stöd av den enskildes samtycke, t.ex. i verk-

samhet som bedrivs som råd och stöd utan individuell behovsprövning.

En ytterligare omständighet som kan visa på att det i viss utsträckning finns olika behov i hälso- och sjukvården och i socialtjänsten är att hälso- och sjukvårdens patientrörlighet generellt får bedömas som större än socialtjänstens. Även om enskilda naturligtvis rör sig inom socialtjänstens område, förekommer den rörligheten typiskt sett inte inom ramen för genomförandet av en och samma insats. I hälso- och sjukvården bedrivs däremot i olika delar ett omfattande samarbete i den individinriktade patientvården. Enskilda som exempelvis har behov av mer högspecialiserad vård, som t.ex. viss cancersjukvård, får inte sällan sitt behov av hälso- och sjukvård tillgodosett genom insatser från flera olika vårdgivare i flera olika landsting. Även för patienter som har behov av rikssjukvård är det en realitet att flera vårdgivare deltar i en och samma övergripande vårdprocess. Akutsjukvården är ett annat exempel där enskilda, inte minst om de är bosatta i gränsområden mellan två olika landsting, kan behöva få hälso- och sjukvård av vårdgivare i olika landsting. Sedan är naturligtvis hälso- och sjukvården för äldre ett tydligt exempel på när flera vårdgivare, både från landstingssidan som från kommunsidan, är involverade i vården av den äldre. Sammantaget ger en sådan patientrörlighet och ett sådant samband mellan vårdgivare ett behov av att kunna bedriva en gemensam kvalitetssäkring av patienternas processer. Regelverket för nationella kvalitetsregister, där personuppgifter från flera olika vårdgivare samlas på ett och samma ställe, ger därför möjligheter att vid behov genomföra en organisationsöverskridande kvalitetssäkring. Behoven av att göra kommunöverskridande uppföljningar får generellt bedömas som mindre på socialtjänstens område.

Sammanfattningsvis bedömer vi således att det saknas övervägande skäl som talar för att socialtjänsten bör ha ett regelverk som motsvarar regelverket för hälso- och sjukvårdens nationella kvalitetsregister. Vi vill understryka att utredningens sammantagna bedömning är att de förslag vi lämnar ger socialtjänsten möjligheter som i praktiken hamnar mycket nära de som finns i hälso- och sjukvården. Vi bedömer även att de förslag vi lägger är anpassade efter de förutsättningar och de behov som finns på socialtjänstens område. Vi har i det föregående redogjort för den praktiska betydelsen av våra förslag till nya ändamålsbestämmelser, ny sekretessreglering, uppgiftsskyldighet för enskilda verksamheter samt vissa

möjligheter till elektroniska utlämnanden av uppgifter genom direktåtkomst eller på medium för automatiserad behandling. Med våra förslag kommer kommunernas socialtjänst att få väsentligt bättre förutsättningar att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheten jämfört med vad som följer av gällande rätt.

I praktiken kan socialtjänsten behandla personuppgifter som gör att det systematiska kvalitetsarbetet kan uppnå motsvarande effekter som hälso- och sjukvården kan genom att använda nationella kvalitetsregister. Det finns med våra förslag exempelvis inget som hindrar att socialtjänsten, likt hälso- och sjukvårdens nationella kvalitetsregister, samarbetar på ett sådant sätt att verksamheter i hela landet enas kring vad som ska mätas, hur det ska dokumenteras och hur resultaten ska framställas. Inte heller finns det något som hindrar framtagandet av särskilda it-stöd som i praktiken gör det möjligt för verksamheter i socialtjänsten att arbeta med kvalitetssäkring på ett sådant sätt som man enats om. En sådan utveckling skulle enligt vår bedömning innebära att socialtjänsten arbetar med kvalitetssäkring på ett sätt som ligger mycket nära hälso- och sjukvårdens nationella kvalitetsregister. Genom att alla skulle dokumentera på samma standardiserade sätt skapas goda möjligheter för jämförelser av kvalitet och resultat mellan olika utförare av socialtjänst eller mellan olika delar av landet. Den stora rättsliga skillnaden jämfört med de nationella kvalitetsregistren skulle då i princip endast vara att respektive kommun eller enskild verksamhet inte formellt lämnar ut uppgifter till någon utomstående myndighet. Var och en som använder ett sådant framtaget IT-stöd för t.ex. beslutsstöd eller uppföljande kvalitetssäkring skulle precis som i dag vara ansvarig för sin egen behandling av personuppgifter. Sammantaget skulle detta, som vi ser det, ge socialtjänsten möjligheter att kvalitetssäkra sin verksamhet och få underlag för jämförelser över landet utan att det skapas stora nationella register med integritetskänsliga uppgifter.

29 Allmänna frågor om enskildas rättigheter m.m.

29.1 Bakgrund

När det gäller behandling av personuppgifter är den enskildes rättigheter av central betydelse för skyddet av den registrerades personliga integritet. För att otillbörliga intrång i den personliga integriteten i största möjliga mån ska undvikas har det ansetts nödvändigt att enskilda har särskilda rättigheter. I personuppgiftslagen (1998:204), förkortad PUL, finns därför bestämmelser om bland annat information, rättelse och skadestånd. Bestämmelserna ger enskilda möjligheter till insyn i vad som finns registrerat om dem i register av betydelse för att de ska kunna kräva rättelse av felaktiga uppgifter. När personuppgiftsansvariga behandlar uppgifter i strid med gällande regler finns möjligheter för enskilda att kunna få ersättning för skada och kränkning av den personliga integriteten.

Även för den omfattande personuppgiftsbehandling som socialtjänsten utför med stöd av bestämmelserna i den föreslagna socialtjänstdatalagen är det viktigt att det tydligt framgår vad som ska gälla i form av rättigheter för enskilda. Eftersom socialtjänstdatalagen så långt möjligt ska vara heltäckande för personuppgiftsbehandlingen inom socialtjänsten finns även skäl att direkt i lagen ta in de bestämmelser om enskildas rättigheter som bedöms relevanta. En sådan ordning bidrar till en ökad tydlighet både för dem som har att tillämpa lagen och för de enskilda registrerade.

29.2 Våra överväganden och förslag

29.2.1 Enskildas rätt att ta del av uppgifter

Vårt förslag: I socialtjänstdatalagen ska hänvisas till enskildas rätt att ta del av uppgifter enligt tryckfrihetsförordningen, förvaltningslagen (1986:223), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

En enskild rätt att ta del av uppgifter framgår av tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen. När det gäller ärenden hos en socialnämnd som rör myndighetsutövning gäller även förvaltningslagens bestämmelser om parts rätt att ta del av uppgifter i den utsträckning inte annat följer av socialtjänstlagen förkortad SoL, och offentlighets- och sekretesslagen. En påminnelse om detta bör tas in i socialtjänstdatalagen.

29.2.2 Information om personuppgiftsbehandlingen

Vårt förslag: Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska enligt socialtjänstdatalagen se till att den registrerade får information om personuppgiftsbehandlingen. Informationen ska innehålla upplysningar om

1. vem som är personuppgiftsansvarig,
2. ändamålet med behandlingen,
3. vilka kategorier av uppgifter som behandlas,
4. den uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning,
5. de sekretess- och säkerhetsbestämmelser som gäller för uppgifterna och behandlingen,
6. rätten att få information om åtkomst,
7. rätten att ta del av uppgifter enligt 26 § PUL
8. rätten till rättelse och underrättelse av tredje man enligt 28 § PUL,
9. rätten till skadestånd vid behandling av uppgifter i strid med socialtjänstdatalagen,
10. vad som gäller ifråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande av uppgifter på medium för automatiserad behandling,
11. vad som gäller ifråga om bevarande och gallring, samt
12. ifall personuppgiftsbehandlingen är frivillig eller inte.

Personuppgiftslagen innehåller särskilda bestämmelser om den personuppgiftsansvariges skyldighet att lämna information om behandling av personuppgifter till den registrerade. Utredningens förslag innebär att personuppgiftsbehandling enligt socialtjänstdatalagen som huvudregel ska få genomföras även om den enskilde motsätter sig behandlingen. Därmed är det viktigt från integritetssynpunkt att de registrerade får utförlig information om behandlingen av personuppgifter. Informationen behövs för att den registrerade ska kunna ta till vara sina rättigheter i samband med personuppgiftsbehandlingen. Den är även viktig för att skapa en grund för allmänhetens förtroende för behandlingen. I socialtjänstdatalagen görs därför hänvisningar till relevanta bestämmelser i personuppgiftslagen. Exempelvis gäller bestämmelserna i 26 § PUL om tillgång till uppgifter genom registerutdrag och även bestämmelsen i 27 § om undantag från informationsskyldighet även vid personuppgiftsbehandling enligt socialtjänstdatalagen.

I 25 § PUL anges vilken information som den personuppgiftsansvarige själv ska lämna till den registrerade. Denna informationsskyldighet bör preciseras i den föreslagna socialtjänstdatalagen eftersom det då blir tydligare för både den personuppgiftsansvarige som den enskilde vilken information som ska lämnas. Mot den bakgrunden föreslår utredningen att det i socialtjänstdatalagen förs in en särskild bestämmelse om *vilken* information som den personuppgiftsansvarige ska lämna.

Den information som den personuppgiftsansvarige ska lämna innefattar bland annat upplysningar om den uppgiftsskyldighet som innebär att uppgifter får lämnas ut.

Den allmänna informationen som den personuppgiftsansvarige ska lämna omfattar även information om att den enskilde har rätt att få information om den direktåtkomst och elektroniska åtkomst som förekommit till uppgifter om honom eller henne.

När det gäller upplysningar om rätten till rättelse av oriktiga eller missvisande uppgifter och om rätten till skadestånd görs hänvisningar till relevanta bestämmelser i personuppgiftslagen.

Hur informationen ska ges bör överlåtas till varje personuppgiftsansvarig att bestämma. Något rättsligt krav på att informationen ska ges i viss form, muntlig eller skriftlig, föreslås inte. Det är dock viktigt att den personuppgiftsansvarige skapar rutiner för hur informationsskyldigheten ska fullgöras. Att det finns säkra rutiner ligger i den personuppgiftsansvariges intresse, då denne har bevisbördan för att den obligatoriska informationen som krävs

faktiskt har lämnats till den enskilde. Informationskyldigheten bör kunna fullgöras genom att till exempel broschyrer och anslag finns i lokalerna hos den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten. Det åligger även den personuppgiftsansvarige att se till att information är utformad på ett sätt som kan förstås av den registrerade. Det kan till exempel innebära att information finns tillgänglig på informationsblanketter på flera språk.

Det kan i vissa fall vara så att en enskilds omsorgsbehov omöjliggör att information kan lämnas till honom eller henne om aktuell personuppgiftsbehandling. Det kan till exempel bero på att den enskilde är alltför fysiskt eller psykiskt medtagen för att kunna tillgodogöra sig information som det nu är frågan om. Många gånger saknar dessa personer legala ställföreträdare, t.ex. god man eller förvaltare, som i stället skulle kunna få informationen. Informationen bör i dessa fall, i jämförelse med vad som görs i hälso- och sjukvården, kunna lämnas till någon närstående. I sådana fall bör den enskilde så fort det är möjligt informeras om personuppgiftsbehandlingen. Att beakta i sammanhanget är att en närstående till en vuxen person inte kan samtycka till en personuppgiftsbehandling. Som framgår i våra förslag innebär en personuppgiftsbehandling enligt socialtjänstdatalagen som huvudregel att sådan får utföras även om den enskilde motsätter sig behandlingen.

I övrigt ska personuppgiftslagens bestämmelser om information gälla. Detta behöver inte särskilt anges i socialtjänstdatalagen, eftersom personuppgiftslagens bestämmelser gäller om inte annat sägs.

29.2.3 Information om åtkomst till den enskildes uppgifter

Vårt förslag: I den nya lagen ska det anges att den enskilde på begäran har rätt att få information om den åtkomst till den enskildes uppgifter som har förekommit i verksamheten. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om den information om åtkomst som ska lämnas.

En viktig del av integritetsskyddet är enskildas möjligheter att själva bilda sig en uppfattning om hur uppgifter hanteras och vem

som tar del av dem. I hälso- och sjukvården finns exempelvis en rättighet för patienter att få information om vilken åtkomst som har förekommit till uppgifter om honom eller henne i elektroniska patientjournalssystem. Vi anser att denna rättighet även bör gälla för enskilda i förhållande till en behandling av personuppgifter som utförs hos de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten.

Utredningens bedömning är att allmänhetens förtroende för socialtjänstens informationshantering blir ännu större, om den enskilde får information om vilken åtkomst som har förekommit till uppgifter om honom eller henne. Bara vetskapen om att man som enskild har den möjligheten skulle troligen innebära en trygghet för flertalet ifråga om att deras personliga integritet skyddas i verksamheten. Liksom när det gäller förslaget om att åtkomstkontroller ska göras systematiskt och fortlöpande borde vetskapen om patientens rätt att själv kontrollera åtkomsten ha en starkt avhållande verkan för obehörig personal att ta del av uppgifter om enskilda.

Den bestämmelse utredningen föreslår ska tillämpas av alla som bedriver verksamhet inom socialtjänsten, dvs. både offentliga och privata aktörer. Vi vill dock poängtera att detta är en informationsbestämmelse. Rätten av få information med stöd av denna bestämmelse är inte jämförlig med rätten att begära ut en allmän handling hos myndigheter.

Exakt vad informationen ska innehålla och hur eller hur ofta den ska lämnas bör inte regleras i lag utan av regeringen eller, efter vidarebemyndigande, av Socialstyrelsen i samråd med Datainspektionen. En rimlig utgångspunkt är dock att den information som lämnas ska kunna förstås av den enskilde och även ge vägledning för bedömningen om en åtkomst varit befogad eller inte. Samtidigt kan det inte uteslutas att det i vissa situationer är svårt för den enskilde själv att göra denna bedömning, t.ex. när uppgifter har använts av personal som den enskilde inte har varit i kontakt med. För socialtjänstens del kan det i dessa fall handla om åtkomst som förekommit till uppgifter för mer sekundära ändamål, som kvalitetssäkring, statistik, administration och liknande.

I sammanhanget kan även uppmärksammas den utveckling som i dag sker på hälso- och sjukvårdens område, där patienter över internet själva och när som helst de önskar kan ta del av uppgifter om åtkomsten till uppgifter i journalssystemen. Ifall den utvecklingen även kommer att göra sig gällande på socialtjänstens område återstår dock att se. De bestämmelser utredningen föreslår om

direktåtkomst för enskilda och rätt till information om åtkomst gör i vart fall en sådan utveckling möjlig.

Som redovisats ovan är denna bestämmelse en informationsbestämmelse och inte en bestämmelse om rätten att ta del av allmänna handlingar hos myndigheter. Det innebär att den bestämmelse som utredningen föreslår gäller utöver eventuella möjligheter enskilda har att begära information om åtkomst med stöd av tryckfrihetsförordningens bestämmelser om rätten att ta del av allmänna handlingar.

29.2.4 Rättelse

Vårt förslag: Personuppgiftslagens bestämmelser om rättelse ska gälla vid sådan behandling av personuppgifter som helt eller delvis automatiserad eller där uppgifterna ingår eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier och som görs enligt socialtjänstdatalagen. I socialtjänstdatalagen ska en hänvisning göras till personuppgiftslagens regler om rättelse.

Av 28 § PUL följer en skyldighet för den personuppgiftsansvarige att på begäran av den enskilde snarast rätta, blockera eller utplåna sådana personuppgifter som inte har behandlats i enlighet med personuppgiftslagen eller föreskrifter som har utfärdats med stöd av den lagen. Att en uppgift rättas innebär att den ersätts eller kompletteras med korrekta uppgifter. Blockering definieras i 3 § PUL som ”en åtgärd som vidtas för att personuppgifterna skall vara förknippade med information om att de är spärrade och om anledningen till spärren och för att personuppgifterna inte skall lämnas ut till tredje man annat än med stöd av 2 kap. tryckfrihetsförordningen”. Att en uppgift utplånas innebär att den förstörs så att den inte längre kan återskapas. Det är upp till den personuppgiftsansvarige att själv välja vilken av dessa korrigeringsmetoder som ska användas.

Personuppgiftslagens regler om rättelse av personuppgifter är dock endast tillämpliga när uppgifter behandlas i strid med den lagen eller föreskrifter som har meddelats med stöd av den lagen. Har personuppgifter behandlats på något sätt som endast står i

strid med annan författning kan alltså inte rättelse göras med stöd av personuppgiftslagens bestämmelser. Av den anledningen föreslår vi att det i socialtjänstdatalagen ska anges att personuppgiftslagens bestämmelser om rättelse ska gälla även då personuppgifter behandlats i strid mot socialtjänstdatalagen. Det gör att den enskilde har samma möjligheter att få personuppgifter rättade vid behandling av personuppgifter i strid mot socialtjänstdatalagen som vid behandling i strid mot personuppgiftslagen.

29.2.5 Skadestånd

Vårt förslag: Personuppgiftslagens bestämmelser om skadestånd ska gälla vid sådan behandling av personuppgifter som helt eller delvis automatiserad eller där uppgifterna ingår eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier och som har utförts i strid mot socialtjänstdatalagen. I socialtjänstdatalagen ska en hänvisning göras till personuppgiftslagens regler om skadestånd.

Personuppgiftslagens bestämmelser om skadestånd gäller endast vid överträdelser av den lagen. Genom denna paragraf görs bestämmelserna tillämpliga även då uppgifter behandlas i strid med socialtjänstdatalagen. Enligt 48 § PUL ska den personuppgiftsansvarige ersätta den registrerade för skada och kränkning av den personliga integriteten som en behandling av personuppgifter i strid med lagen har orsakat. Således är det den personuppgiftsansvarige som även enligt socialtjänstdatalagen har det skadeståndsrättsliga ansvaret för en behandling av personuppgifter som stått i strid med lagen. Enligt vårt förslag till socialtjänstdatalag är det i kommuner en myndighet som är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför. Talan om eventuellt skadestånd ska dock väckas mot den juridiska personen, dvs. kommunen.

30 Socialstyrelsens behandling av personuppgifter

30.1 Bakgrund

I dag reglerar lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPUL, och förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, förkortad SoLPULF, viss behandling av personuppgifter hos Socialstyrelsen. Det handlar om sådan verksamhet som Socialstyrelsen utför i dess verksamhet enligt lagen (2007:606) om utredningar avseende vissa dödsfall och förordningen (2007:748) om utredningar avseende vissa dödsfall.

Eftersom vi bedömer att socialtjänstdatalagen, till skillnad från dagens reglering i SoLPUL och SoLPULF, uteslutande bör rikta sig till den egentliga kärnverksamheten hos dem som bedriver socialtjänst finns behov av en ny och fristående reglering av Socialstyrelsens behandling av personuppgifter.

30.2 Våra överväganden och förslag

30.2.1 Ny lag om Socialstyrelsens behandling av personuppgifter i verksamhet avseende utredningar av vissa dödsfall

Vårt förslag: En ny lag om Socialstyrelsens behandling av personuppgifter i verksamhet avseende utredningar av vissa dödsfall ska införas. Bestämmelser från SoLPUL och SoLPULF ska överföras till den nya lagen.

Utredningens bedömning är att socialtjänstdatalagen ska tillämpas i den kärnverksamhet som bedrivs inom socialtjänsten hos kommunala

myndigheter, Statens institutionsstyrelse och enskilda verksamheter. Socialtjänstdatalagen ska således inte tillämpas av Socialstyrelsen eller andra myndigheter. De bestämmelser i SoLPUL och SoLPULF som i dag är tillämpliga på Socialstyrelsens behandling av personuppgifter i verksamhet om utredningar avseende vissa dödsfall ska således överföras till en ny lag. Vi bedömer inte att det finns behov av några förändringar jämfört med vad som gäller i dag, utan relevanta bestämmelser överförs till den nya lagen efter viss språklig justering.

Den nya lagen bör i likhet med många andra registerlagstiftningar reglera frågor om tillämpningsområdet, personuppgiftsansvaret, förhållandet till personuppgiftslagen (1998:204), när behandling av personuppgifter är tillåten, vilka personuppgifter som får behandlas, vad som gäller ifråga om den enskildes inställning och ifall uppgifter får lämnas ut genom direktåtkomst.

30.2.2 Lagens tillämpningsområde

Vårt förslag: Lagen ska tillämpas av Socialstyrelsen i dess verksamhet enligt lagen (2007:606) om utredningar avseende vissa dödsfall, om behandlingen av personuppgifter är helt eller delvis automatiserad eller om personuppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier.

Personuppgiftslagen ska gälla om inte annat följer av lagen.

Vi föreslår att lagen, precis som är fallet i dag, ska gälla för behandling av personuppgifter som är helt eller delvis automatiserad. Lagen bör även gälla för manuell behandling av personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier. Regleringen är således inte begränsad till särskilda datoriserade register, databaser eller elektroniska uppgiftssamlingar.

Vi bedömer även att den nya lagen ska komplettera personuppgiftslagen på ett sådant sätt att lagen ska gälla utöver personuppgiftslagen. När en reglering saknas i den nya lagen ska därför reglerna i personuppgiftslagen tillämpas. Detta gör att den nya

lagen endast bör innehålla de särbestämmelser och förtydliganden i förhållande till personuppgiftslagen som det finns behov av.

30.2.3 Personuppgiftsansvar

Vårt förslag: Socialstyrelsen ska vara personuppgiftsansvarig för behandling av personuppgifter.

Vi föreslår att Socialstyrelsen, i enlighet med vad som i dag anges i SoLPULF, ska vara personuppgiftsansvarig för behandling av personuppgifter enligt den nya lagen.

30.2.4 Tillåten personuppgiftsbehandling

Vårt förslag: I lagen ska anges att Socialstyrelsen endast får behandla de personuppgifter som är nödvändiga för att ge underlag till förslag om åtgärder som avser att förebygga att

1. barn far illa, eller
2. kvinnor och män utsätts för våld eller andra övergrepp av närstående eller tidigare närstående personer.

Personuppgifter som behandlas för sådana ändamål får också behandlas för att fullgöra uppgiftsutlämnande som görs i överensstämmelse med lag eller förordning.

Behandling av personuppgifter som är tillåten enligt lagen får utföras även om den enskilde motsätter sig den.

Socialstyrelsen får använda de sökbegrepp vid sökning efter uppgifter eller i samband med sammanställningar som behövs för utredningsverksamheten.

Socialstyrelsen får inte medge andra myndigheter eller enskilda direktåtkomst till personuppgifter som behandlas med stöd av lagen.

Vi föreslår att de bestämmelser som i dag reglerar en tillåten personuppgiftsbehandling, med vissa språkliga justeringar, ska överföras från SoLPUL och SoLPULF.

31 Behov av en mer sammanhållen informationshantering

31.1 Bakgrund

I vårt uppdrag ingår att kartlägga vilket behov hälso- och sjukvården och socialtjänsten har av att ta del av uppgifter från respektive verksamhet och vilka uppgifter som då behöver dokumenteras för att möjliggöra samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.¹

Vidare ska utredningen identifiera nödvändiga förutsättningar för en ändamålsenlig och mer sammanhållen informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt vilka hinder (juridiska eller tekniska) som finns i dag för en sådan informationshantering och i förekommande fall i vilka lagar dessa hinder finns. Om det finns behov ska utredningen föreslå sådana lagstiftningsåtgärder som medger att behörig personal och beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten får ha tillgång till nödvändiga uppgifter inom eller över organisatoriska gränser. En avvägning ska göras mellan behoven och den enskildes intresse av integritet för att fastställa vilka uppgifter som bedöms vara nödvändiga att behandlas genom t.ex. utlämnande genom direktåtkomst.

31.1.1 Individens behov som utgångspunkt

Även om utredningens direktiv ger uttryck för det, har vår primära utgångspunkt inte varit att analysera behovet för olika organisationer att dokumentera och utbyta uppgifter om individer. Ur vårt perspektiv är organisationernas behov sekundära. Vi anser att det är vårt uppdrag att så långt möjligt utgå ifrån individens behov i stället

¹ Direktiv 2011:111.

för de organisatoriska förutsättningarna. Den grundläggande frågan blir då vilket behov individer med sammansatta behov av vård, omsorg och annat stöd har för att nå ökad hälsa och livskvalitet. De behoven bör sedan vara styrande för hur lagstiftning, teknik, informatik, arbetssätt, ledning och styrning m.m. utformas för att stödja en ändamålsenlig informationshantering.

För individens del är det av mindre vikt om information är dokumenterad i en verksamhet som lagstiftaren benämnt hälso- och sjukvård eller i en verksamhet som betraktas som socialtjänst. Det kan även antas att individen inte heller fäster någon avgörande vikt vid om den personal individen möter i vård och omsorg representerar ett flertal olika vårdgivare eller utförare. Vi utgår ifrån att det berättigade intresset hos enskilda och deras närstående är att den information som behövs för att bidra till bästa möjliga resultat för individen finns tillhands för den personal, på den plats och vid den tid behovet uppstår – alldeles oavsett organisatoriska förutsättningar. Det avgörande bör inte vara i vilken organisation uppgifter om den enskilde är dokumenterade utan i vilken vård- och omsorgssituation uppgifterna behövs.

Samtidigt är det tydligt att det i dag krävs en omfattande samverkan över organisationsgränser för att den enskilde i praktiken ska få sina behov tillgodosedda. Det kan med fog hävdas att det är få verksamheter som i grunden är organiserade för att tillgodose de behov som just människor med sammansatta behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst har. Äldreomsorgen är ett sådant exempel där man organisatoriskt delat in verksamheten i hälso- och sjukvård och socialtjänst, trots att den enskilde ofta har så sammansatta behov att det i praktiken ofta inte går att avgöra om de insatser som han eller hon behöver ska hänföras till hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Dessutom är den hälso- och sjukvård som den äldre behöver också uppdelad mellan olika huvudmän eftersom ansvaret för läkarinsatserna ligger på landstinget medan kommunen ansvarar för övrig sjukvård. Det saknas alltså en aktör som har helhetsansvar och som är organiserad på ett ändamålsenligt sätt för att tillmötesgå den äldres totala behov.

Även regelverket för informationshantering bidrar till splittningen genom att ställa krav på personalen att avgöra vad som ska dokumenteras i hälso- och sjukvårdens patientjournal och vad som ska antecknas i den sociala dokumentationen. Det ställnings-tagandet medför sedan konsekvenser för vem som får tillgång till

uppgifterna, på vilket sätt informationsutbytet ska gå till, hur länge uppgifterna ska bevaras m.m.

Motsvarande situation gäller i samband med vård och omsorg av personer med missbruk eller beroendeproblem samt av personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning.

En konsekvens av den organisatoriska ansvarsfördelningen och den ökade mångfalden av aktörer har blivit att samverkan mellan olika aktörer, såväl i frågor om utförandet av själva vård- och omsorgsinsatserna som kring informationshanteringen, är avgörande för att människor med sammansatta behov ska få en vård och omsorg av god kvalitet och säkerhet.

31.1.2 Det delade ansvaret för hälso- och sjukvård och socialtjänst

Den svenska hälso- och sjukvården och socialtjänsten karaktäriseras bl.a. av en stark decentralisering. Förutom att staten ansvarar för den övergripande vård- och omsorgspolitikerna har de 21 landstingen/regionerna samt de drygt 290 kommunerna tillsammans ansvaret för hälso- och sjukvården och socialtjänsten i landet. För att förstå vilket behov av samverkan mellan olika aktörer som finns när det gäller människor med sammansatta behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst är det viktigt att kort nämna något om dels de centrala reformer som genomförts på området, dels den ansvarsfördelning som råder mellan landstingen och kommunerna. I sammanhanget bör även uppmärksammas det ökade antalet vårdgivare i hälso- och sjukvården och utförare i socialtjänsten som i dag är delaktiga i individens vård och omsorg.

Kort om centrala reformer på vård- och omsorgsområdet

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården utgör väsentliga delar av samhällets totala välfärdssystem. Båda verksamheterna har en helhetssyn som en grundläggande princip. Det är den enskildes totala situation och den enskildes omgivning som ska beaktas. Under 1990-talet genomfördes flera stora huvudmannaskapsreformer.

Den så kallade *Ädelreformen* genomfördes 1992 för att uppgiftsfördelningen mellan medicinska och sociala insatser inte ansågs

ändamålsenlig. Lagstiftaren ansåg att det var viktigt att den sociala och medicinska kompetensen integrerades genom att yrkesroller och arbetsorganisation inom socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården samordnades.² Genom denna reform fick kommunerna skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre och att inrätta bostäder med särskild service för funktionshindrade. Parallellt med detta fick kommunerna också ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boendeformer och bostäder eller som vistas i dagverksamhet. Kommunerna fick också möjlighet att erbjuda hälso- och sjukvård till dem som bor hemma (hemsjukvård). Ingen kommunal hälso- och sjukvård på detta område får dock omfatta läkarvård. Ädelreformen innebär även att kommunerna fick ett betalningsansvar för personer som blivit medicinskt färdigbehandlade i slutet vård eller med ett annat ord utskrivningsklara patienter.

Före Ädelreformen hade gränzoner mellan sociala och medicinska insatser förorsakat en rad olägenheter. Genom att en huvudman – kommunen – fick ansvaret för människors skiftande behov, såväl medicinska som sociala, var avsikten att situationen skulle förbättras. Efter Ädelreformen har ytterligare reformer genomförts som har haft betydelse för vård- och omsorgsområdet.

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, infördes 1994. Denna lag är en del av det som kallas för *handikappreformen*. Lagen innebar att bland annat kommunerna övertog ett betydande verksamhetsansvar från landstingen. Syftet med denna reform var att tydligare slå fast den enskildes rätt till hjälp och att stärka funktionshindrades personers inflytande över vilka hjälpinsatser som de vill ha.

Psykiatrireformen år 1995 gav kommunerna ett ökat ansvar för insatser till långvarigt psykiskt sjuka. Genom reformen ålades kommunerna att erbjuda lämpliga boendeformer och stöd i hemmet för personer med omfattande psykiska funktionshinder. Kommunerna fick även överta betalningsansvaret för personer som efter vård inom landstingets psykiatriska vård bedöms som färdigbehandlade. En tanke med reformen var även att bättre samordna insatserna mellan huvudmännen för den berörda gruppen.

Syftena med reformerna har varit att skapa ett bättre och mer samlat omhändertagande av äldre och andra personer med sammansatta behov av både medicinska och sociala insatser.

² Prop. 1990/91:14 s. 57 f.

Kort om landstingens ansvar för hälso- och sjukvård

Landstingen har enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ett omfattande ansvar och ska på ett övergripande plan erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget samt verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vidare ska de som är bosatta i landstinget erbjudas en vårdgaranti som försäkrar att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården, besöka läkare inom primärvården, besöka den specialiserade vården och planerad vård. I landstingens planeringsansvar ingår att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen ska även avse den hälso- och sjukvård som bedrivs av privata och andra vårdgivare.

Andra grundläggande krav på landstingen är att det ska finnas sjukhus för sådan hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning, s.k. slutenvård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Dessutom ska landstingen, enligt 5 § HSL, organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstingen kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).

Landstingen har ett särskilt ansvar för läkarinsatser, som ställer stora krav på samverkan med kommuner och privata utförare av såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Av hälso- och sjukvårdslagen följer att landstingen till kommunerna inom landstinget ska avsätta de läkarresurser som behövs för att invånare som bor i särskilt boende eller deltar i dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, får en god hälso- och sjukvård. Samma krav på läkarinsatser gäller även för hemsjukvården. Även om kommunen tagit över ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser för de som bor kvar i hemmet har landstinget ansvar för de läkarinsatser som den enskilde är i behov av.

I Sverige har vi i dag nio regionsjukhus, omkring 20 länssjukhus och 40 länsdelssjukhus. Inom slutenvården finns cirka 20 000 vårdplatser. För primärvården finns drygt 1 000 vårdcentraler.

Kort om kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård och socialtjänst

Av socialtjänstlagen följer att kommunen svarar för *socialtjänsten* inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Det innebär bl.a. ett ansvar för omsorgen av barn och unga, äldre, människor med funktionshinder och missbrukare. Kommunen ska exempelvis

- sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som hon eller han behöver för att komma ifrån missbruket,
- verka för att människor med fysiska eller psykiska funktionshinder får möjlighet att leva som andra,
- inrätta bostäder med särskild service till människor med fysiska eller psykiska funktionshinder,
- verka för att äldre människor får en möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden, och
- inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre i behov av särskilt stöd.

Kommunen ansvarar även för insatser för särskilt stöd och service åt personer med utvecklingsstörning, autism, bestående begåvningsmässiga funktionshinder, andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder. Det kan exempelvis handla om personlig assistans, korttidsvistelser utanför egna hemmet, boende i familjehem eller bostad med särskild service för vuxna.

Vidare ska varje kommun erbjuda en god *hälso- och sjukvård* åt de äldre eller funktionshindrade som efter beslut av kommunen bor i särskilt boende. Även i sådan dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § SoL ska kommunen ansvara för hälso- och sjukvård åt dem som vistas i verksamheten.

När det gäller hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) ligger det primära ansvaret på landstingen även om kommunerna i 18 § HSL har befogenheter att erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård. Landstingen har även möjlighet att, genom en överenskommelse med en kommun, överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård. Den möjligheten har använts i stor utsträckning och i dag har drygt tio län kommunaliserat hemsjukvården. Hemsjukvård är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Insatser av mera tillfällig karaktär som hälso- och sjukvårdspersonal utför i

hemmet har inte räknats som hemsjukvård.³ Enligt statistik från Socialstyrelsen var det i december 2009 168 000 personer som fick hemsjukvård.

Som det har nämnts ovan är det inte möjligt att inom ramen för en överenskommelse om hemsjukvården överlåta sådan hälso- och sjukvård som bedrivs av läkare. Det innebär att landstinget, även efter en kommunalisering av hemsjukvården, står för de läkarinsatser som den enskilde behöver. Den kommunala hemsjukvården samarbetar då med läkare på vårdcentraler, mottagningar och sjukhus för att den enskilde ska få de insatser som behövs.

Kort om privata vårdgivare och utförare av socialtjänst

Fram till mitten på 1990-talet var det huvudsakligen landstingen och kommunerna som själva både ansvarade för och utförde hälso- och sjukvården och socialtjänsten i landet. Även om landsting och kommuner alltjämt ansvarar för hälso- och sjukvård och socialtjänst har utvecklingen gjort att det blivit vanligare att de offentliga aktörerna anlitar privata aktörer som utförare. Bland de privata aktörerna finns allt ifrån vinstdrivande bolag till ideella och idéburna aktörer.

Inom *hälso- och sjukvården* finns det ökade antalet privata vårdgivare framför allt inom primärvården, men även sjukhus som S:t Görans sjukhus, Lundby sjukhus och sjukhuset i Simrishamn drivs av privata aktörer. Det förekommer även att flera olika privata vårdgivare i samverkan, t.ex. inom ramen för en mottagning eller ett mindre sjukhus, erbjuder hälso- och sjukvård. Av det totala antalet vårdcentraler drivs nästan hälften av privata utförare i dag. Den största utvecklingen har skett efter 2009. Siffror från Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser visar att antalet vårdcentraler innan vårdvalet infördes var 1022 och av dem drevs 288 i privat regi. År 2011 finns det 1213 vårdcentraler i landet och av dem drivs nu 602 i privat regi. Privatiseringen av primärvården har därmed gått i en snabb takt mellan 2009 och 2011. Även i den kommunala hälso- och sjukvården ökar antalet privata utförare av den sjukvård som exempelvis bedrivs i särskilt boende eller i hemsjukvården.

Fortfarande är det dock landstingen och kommunerna som finansierar verksamheten, men med andra aktörer som utförare. De

³ prop. 1990/91:14.

offentliga aktörerna är som beställare ansvariga för uppföljning och kontroll av de privata vårdgivarnas offentligfinansierade verksamheter. Hälso- och sjukvård kan även bedrivas helt i privat regi utan att något avtal föreligger med landstinget eller kommunen och utan inslag av offentlig finansiering. I dessa fall ansvarar följaktligen inte heller landstinget eller kommunen i egenskap av huvudman för verksamheten.

Precis som inom hälso- och sjukvården har kommuner möjligheter att sluta avtal med annan om att utföra kommunens uppgifter inom *socialtjänsten*. Det finns i dag ett antal tänkbara sätt att göra detta. Ett är att genom ett avtal anlita en extern leverantör som åtar sig att för kommunens räkning varaktigt och självständigt utföra en eller flera tjänster på socialtjänstens område. Ett sådant avtal innebär dock inte att kommunen kan frånhända sig till övergripande ansvar som huvudman för verksamheten. Det innebär exempelvis att kommunen alltid har ett ansvar för den utförda verksamhetens inriktning och kvalitet. Ansvaret omfattar även uppföljning och utvärdering. En kommun kan även köpa enstaka platser eller tjänster på privata anläggningar. I sådana fall har kommunen inget ansvar för verksamhetens inriktning, men alltså för att de insatser den enskilde får håller god kvalitet.

Många kommuner har även valt att införa valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, på socialtjänstens område, vilket innebär att antalet privata utförare har ökat de senaste åren. LOV har gjort det möjligt för kommuner som vill konkurranspröva verksamheter att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster på socialtjänstområdet till individen. Precis som för hälso- och sjukvården anger kommunen i ett förfrågningsunderlag de villkor som leverantören ska uppfylla för att bli godkänd. LOV förändrar inte det faktum att kommunen är huvudman för verksamheten och har därmed ansvar för att tjänsterna tillhandahålls individen enligt lagstiftningen och att de motsvarar uppställda kvalitetskrav.

Fram till 2011 hade 248 av landets 290 kommuner sökt och beviljats stimulansmedel för att förbereda eller utveckla valfrihetssystem enligt LOV inom äldreomsorg och när det gäller stödinsatser för personer med funktionsnedsättning. Det är vanligast att valfrihetssystemen omfattar en kombination av service och omvårdnadsinsatser inom hemtjänsten, enligt Socialstyrelsens delrapport Stimulansbidrag LOV (2012).

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, fanns i oktober 2013 valfrihetssystem infört i sammanlagt 144 kommuner. Ytterligare 37 kommuner hade vid detta tillfälle beslutat om att införa valfrihetssystem enligt LOV medan 42 kommuner beslutat att inte göra detta. I 38 av de 67 kommuner som ännu inte tagit ställning utreds frågan om ett införande.

Kommunernas möjligheter att genom upphandling eller införande av valfrihetssystem överlåta utförandet av socialtjänst till privata aktörer har gjort att mångfalden av utförare idag är betydligt större än vad det har varit tidigare. Under 2010 fanns det t.ex. 687 externa utförare inom kommunernas valfrihetssystem, enligt Konkurrensverkets delrapport Kommunernas valfrihetssystem – så fungerar konkurrensen. Utredningen om framtida valfrihetssystem inom socialtjänsten presenterar i sitt betänkande att siffran i juli 2013 var uppe i 846 unika utförare anslutna till kommunernas valfrihetssystem.⁴ I betänkandet uppmärksammas även att det totalt finns 618 privata utförare anslutna till kommunernas valfrihetssystem rörande hemtjänst. Det kan jämföras med Konkurrensverkets undersökning som visar 499 privata utförare beträffande hemtjänst i slutet av 2011.⁵ Under perioden, drygt 18 månader, har således 119 privat utförare tillkommit, en ökning med 24 procent.

31.1.3 Stora krav på informationsöverföringen

Utredningen kan konstatera att frågan om informationsutbyte mellan olika aktörer har kommit att bli central för att individens behov ska kunna tillgodoses. Såväl i hälso- och sjukvården som i socialtjänsten har antalet aktörer ökat markant under den senaste tioårsperioden. Ur ett informationshanteringsperspektiv har det bland annat medfört att den information som tidigare hölls samman i en eller ett fåtal organisationer nu hanteras av ett flertal aktörer.

Behov av informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan uppstå i en mängd olika situationer och i flera olika typer av verksamheter. Det kan exempelvis handla om sådana integrerade verksamheter där en eller flera vårdgivare arbetar tätt tillsammans med en eller flera utförare av socialtjänst.

⁴ SOU 2014:2, Framtidens valfrihetssystem – inom socialtjänsten, s. 73.

⁵ Kommunernas valfrihetssystem, Konkurrensverket, Rapport 2013:1.

Den vård och omsorg om äldre som bedrivs inom ramen för särskilda boenden är ett tydligt exempel på en sådan verksamhet där kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och socialtjänst respektive landstingsfinansierade läkarinsatser arbetar integrerat. Motsvarande exempel finns även inom psykiatri och missbruks- och beroendevården.

Under utredningens arbete har vi även sett bredare verksamheter där exempelvis socialtjänst, hälso- och sjukvård, Försäkringskassa och Arbetsförmedling arbetat integrerat i samma lokaler och enligt sådana arbetssätt och principer som om de vore en enda organisation. Sådan samverkan har vi även sett mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och Kriminalvård. Även utanför en sådan mer integrerad verksamhet kan finnas stora behov av att ta del av uppgifter antingen från socialtjänsten eller från hälso- och sjukvården. Det kan exempelvis röra slutenvården eller den öppna specialiserade vården som möter individer med sammansatta behov av vård och omsorg.

Ordet *integrera* betyder att förena, sammanföra, samordna och fullständiga genom införlivning. Utredningen använder uttrycket för att beskriva de verksamheter där flera aktörer, både offentliga och privata vårdgivare och utförare i socialtjänst m.fl., är inblandade och samverkar för att ett en enskild ska få den vård och omsorg som man har rätt att kräva. Oavsett grad av integration handlar det i dessa verksamheter om ett grundläggande behov att med individens bästa för ögonen samverka över organisatoriska gränser för att möjliggöra en så bra vård och ett så bra omhändertagande som möjligt. En förutsättning för det är att behörig personal har tillgång till den information som behövs i varje enskilt fall.

31.2 Rättsliga krav på samverkan mellan huvudmän

Behovet av att samverka mellan olika huvudmän och de vårdgivare och utförare som finansieras av huvudmännen är stort och behöver ständigt utvecklas. För att stimulera och förmå olika organisationer att samverka kring enskilda finns ett antal bestämmelser i lag och föreskrifter som ställer krav på vård- och omsorgssektorns aktörer. I det följande nämns några.

31.2.1 Samverkan på övergripande nivå

Samverkan regleras på olika sätt mellan olika huvudmän och kan avse avtal mellan huvudmän men även bedrivs genom kommunalförbund eller gemensam nämnd. En allmän bestämmelse om samverkan mellan myndigheter finns i förvaltningslagen (1986:223) där det ställs krav på att varje myndighet ska lämna andra myndigheter hjälp inom ramen för den egna verksamheten (6 §). Kommuner och landsting har möjlighet att samverka genom t.ex. kommunalförbund eller gemensamma nämnder (t.ex. 3 kap. 3 a § kommunallagen [1991:900]).

Socialtjänsten ska medverka i samhällsplanering och ska i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen (3 kap. 1 § SoL). En kommun får sluta avtal med ett landsting, försäkringskassa och arbetsförmedling om att samverka i gemensamma projekt inom ramen för socialtjänstens uppgifter, (jfr 2 kap. 6 § SoL). Bakgrunden till bestämmelsen är att effektivare utnyttja samhällets resurser för att bättre kunna tillgodose människors behov av olika stödåtgärder. För att kunna uppnå en bra rehabilitering för den enskilde måste utveckling av samverkansformer hela tiden utvecklas och förbättras. En bra samverkan mellan olika aktörer ger möjlighet till individuella lösningar och ett bättre omhändertagande. Motsvarande bestämmelse finns för landstinget del i 3 § HSL.

Vidare ska landstinget ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning (8 a § HSL och 5 kap. 8 a § SoL). Det ställs således krav på kommuner och landsting att ingå formaliserade, övergripande överenskommelser.

Motsvarande krav har nyligen även tillkommit med avseende på missbruksvården. Här åläggs landstinget enligt 8 b § HSL att ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. För kommunens del regleras motsvarande samverkansskyldighet i 5 kap. 9 a § SoL. Motivet med de nya kraven är att stärka samverkan mellan landsting och kommuner för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling.⁶ I propositionen framgår även att rege-

⁶ Prop. 2012/13:77.

ringen avser att följa upp huvudmännens överenskommelser med fokus på tillgänglighet, samordning och kvalitet i insatser.

31.2.2 Samverkan på individuell nivå

Det finns i lagstiftningen flera exempel på när hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska samverka på en individuell nivå, dvs. i och för vården och omsorgen om enskilda personer. För att sådan samverkan ska fungera och för att resultatet ska bli ändamålsenligt för individen måste de olika aktörerna utbyta information.

Av 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anges särskilt att den som bedriver socialtjänst ska *identifiera de processer där samverkan behövs* för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. På motsvarande sätt ska vårdgivare enligt 4 kap. 6 § identifiera de processer som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Exempel på sådan samverkan är t.ex. informationsöverföring mellan olika yrkesgrupper, exempelvis biståndshandläggare, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal eller mellan olika arbetsskift. Men det kan också avse en samordnad planering avseende vården och omsorgen. Utöver detta ska verksamhetens processer och rutiner säkerställa att det blir möjligt att samverka med andra verksamheter och myndigheter kring vård och omsorg.⁷

Nedan nämns kortfattat några av de områden där hälso- och sjukvård och socialtjänst har ett särskilt ansvar för samverkan på individuell nivå.

Individuell plan för den som är i behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård

När en enskild har behov av insatser från både socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en *individuell plan* (2 kap. 7 § SoL). För landstingen del regleras detta i 3 f § HSL. Planen ska bland annat innehålla vilka

⁷ Inspektionen för vård och omsorg, Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013, s. 46.

insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för och vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen. Kravet på individuella planer förtydligar det ansvar som kommuner och landsting har och behövs för att planera hur en enskilds samlade behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska kunna tillgodoses.⁸ Avsikten med dessa bestämmelser är att förbättra samverkan mellan kommun och landsting för personer med till exempel psykisk sjukdom, missbruk eller andra personer som behöver insatser både från hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Samordnad vårdplanering vid utskrivning från slutenvården

Av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård följer ytterligare krav. Det innebär bl.a. att landsting och kommuner i samråd ska utarbeta rutiner för *samordnad vårdplanering* inför utskrivning av patienter och för överföring av information, som t.ex. befintliga planer, mellan vård- och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter från slutenvård till öppen vård och socialtjänst. Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska, om det inte finns hinder för detta i sekretesslagstiftningen överföras mellan berörda enheter inom den slutna vården och den öppna vården samt socialtjänsten. Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska senast samma dag som patientens skrivs ut överföras från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten. Informationen ska innehålla vårdplanen och övriga väsentliga uppgifter.

Samordning för rehabilitering och habilitering

Vidare är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning för habilitering och rehabilitering tillämpliga när insatser för enskildas *rehabilitering och habilitering* inom hälso- och sjukvården planeras och samordnas med omsorgsinsatser för äldre och personer med funktionshinder. Även här ska samordningen dokumenteras i en plan.

⁸ Prop. 2008/09:193.

Genomförandeplan för barn och unga i hem för vård eller boende

För barn och unga som vårdas i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem ska en plan upprättas över hur vården ska genomföras (*genomförandeplan*) och denna ska även uppta åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för (jfr 11 kap. 3 § SoL). När det gäller barn och ungdomar är socialtjänsten generellt skyldig att samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Socialtjänsten ska aktivt verka för att samverkan kommer till stånd (5 kap. 1 § SoL). Det finns även bestämmelser i skollagen (2010:800) om samverkan i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Av 3 kap. 8 § skollagen framgår att rektor ansvarar för att se till att elevens behov av särskilt stöd utreds skyndsamt och för att samråd genomförs med elevhälsan om det inte är uppenbart obehövligt.

Individuell plan enligt LSS

Enligt 6 § LSS ska verksamheten bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. När en insats beviljas enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska den enskilde erbjudas att en individuell plan upprättas. Landsting och kommunen ska underrätta varandra om upprättade planer (10 § LSS).

31.3 Utredningens iakttagelser och reflektioner när det gäller integrerade verksamheter

Inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns ett växande behov av att samverka i olika former. Detta är särskilt viktigt mot bakgrund av att ett bra och samlat omhändertagande ofta är beroende av stöd och insatser av både landsting och kommun samt privata vårdgivare eller privat utförare av socialtjänst. Det gäller både för äldreomsorgen, psykiatri, missbruks- och beroendevården och verksamheter för funktionshindrade. Även arbetet med barn och unga ställer stora krav på samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Till detta kommer inte heller sällan

ytterligare behov av stöd från andra aktörer som exempelvis skola, polis, kriminalvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling m.fl.

Trots de tidigare reformerna finns det fortfarande samordningsproblem och brister i omhändertagandet. En av bristerna som har påtalats är svårigheter i informationsutbytet mellan vård och omsorg. Under utredningens arbete har vi deltagit i ett stort antal möten, studiebesök, konferenser och seminarier m.m. för att identifiera och kartlägga vilka hinder och utmaningar som finns för en mer sammanhållen informationshantering mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. I det följande anges ett antal av utredningens centrala iakttagelser och reflektioner utifrån nämnda aktiviteter och annan kunskapsinhämtning.

31.3.1 Vård och omsorg om äldre i särskilt boende och i hemmet

Många äldre som i dag drabbas både av olika typer av sjukdomar och fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar är beroende av att insatserna från socialtjänsten och hälso- och sjukvården fungerar. I dag får äldre dessa behov tillgodosedda antingen inom ramen för särskilt boende eller genom hemsjukvård, rehabilitering och hemtjänstinsatser. Utvecklingen har gått mot att fler äldre med omfattande och komplexa behov av vård och omsorg bor kvar i sina hem. I en rapport från Socialstyrelsen framkommer exempelvis att antalet äldre som bor i särskilt boende har minskat, samtidigt som omfattningen av hemtjänst- och dagverksamheter ökat så att fler äldre kan bo hemma. Ungefär 30 procent av individer i gruppen mest sjuka äldre bor i särskilt boende, medan de övriga bor i ordinärt boende och oftast har stöd från socialtjänsten.⁹

Som redovisats ovan har utvecklingen samtidigt gått mot att allt fler aktörer och personal är inblandade i vården och omsorgen om de äldre. För att öka patientsäkerheten, höja kvaliteten, behålla kontinuiteten och skapa en helhetsbild av den enskildes behov av vård och omsorg ställs stora krav på informationsöverföring mellan de inblandade aktörerna. Det handlar i detta avseende inte bara om den personal som i vardagen står för insatserna utan även om de aktörer som möter den äldre när något särskilt inträffar, t.ex. när behovet av sjukhusvård uppstår. Siffror från Socialstyrelsen visar

⁹ Socialstyrelsen, Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, lägesrapport 2013.

exempelvis att omkring 40 procent av de mest sjuka äldre har insatser både från socialtjänsten och öppen och slutna specialistläkarvård. Andelen mest sjuka äldre som även har sjukvårdsinsatser från primärvård eller hemsjukvård är gissningsvis ännu större, men eftersom primärvården inte ingår i patientregistret har det inte gått att mäta.¹⁰

För att förbättra säkerhet och kvalitet för äldre är det i dag nödvändigt att relevant information kan överföras mellan den slutna vården, landstingsfinansierad primärvård och övrig öppenvård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. I samtliga dessa delar kan dessutom organisatoriska gränser förekomma, t.ex. mellan vårdgivare och olika utförare av socialtjänst.

Utredningens generella reflektion är att det regelverk som styr hur information får hanteras inom och mellan inblandade vårdgivare och utförare i större utsträckning än vad som är fallet i dag måste stödja en sammanhållen informationshantering. För de aktörer som arbetar tillsammans eller i någon typ av samverkan runt den äldre finns det ett stort behov av en gemensam bild av den enskildes hälsosituation. Vid våra kontakter med verksamhetsföreträdare har framkommit att information inte hålls ihop på ett sådant sätt att det bidrar till ökad kvalitet och säkerhet. Vidare anføres inte sällan att närstående många gånger får agera budbärare och hålla de olika aktörerna i vårdkedjan uppdaterade med viktig information.

I en rapport från stiftelsen Leading Healthcare framkommer en tydlig bild av den enskilde och närstående som administratörer och förmedlare av information, kontakter och instruktioner i en situation med många inblandade aktörer kring multistjuka personer.¹¹ För att illustrera de utmaningar som finns refereras här till en situation som beskrivs i den nämnda rapporten. Det handlar om en 79 årig man med 9 diagnoser, omkring 15 läkemedel, viss hjälp från hemtjänsten, heldygnsinsats från maka, 149 dagar i slutenvården senaste 18 månaderna, 53 olika kontakter med ett antal olika läkare i öppenvård, 142 hembesök från 16 olika distriktssköterskor, 54 hembesök från ett antal olika arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Under 18 månader framgår bl.a. följande om mannens kontakter med vård och omsorg.

Mannen har vårdats inom slutna sjukhusvård sju olika gånger. Han har haft 26 kontakter med läkare inom fem olika specialistområden inom

¹⁰ Socialstyrelsen, Registeranalyser av de mest sjuka äldres vård och omsorg, 2013.

¹¹ Leading Healthcare, Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor, 2012.

den öppna vården. Fyra gånger har han åkt in till sjukhusets akut med ambulans.

Journalen från hälsocentralen består av 128 sidor med 399 notat. Sex olika läkare samt 20 olika distriktssköterskor och två undersköterskor har dokumenterat i läkar- respektive omvårdnadsjournalen. Över 142 hembesök har genomförts av 16 olika distriktssköterskor. Fem olika sjukgymnaster har genomfört 27 hembesök. Lika många hembesök har genomförts av nio olika arbetsterapeuter. I övrigt fanns fyra olika besök dokumenterade om kontakter nattetid med primärvårdens jourverksamhet.

I dokumentationen från kommunens biståndshandläggare framgår att tre vårdplaneringar har genomförts på sjukhuset i samband med utskrivning därifrån. Vid den första vårdplaneringen får mannen ett egenvårdsintyg vilket ger honom rätt till bistånd från kommunen och hjälp med insatsen "handräckning till egenvård". Detta innebär att hemtjänstpersonal kan ge stöd till dialys för att avlasta anhörig maka. Vid en andra vårdplanering dokumenteras att maka sköter mathållning och övrig service i hemmet. Det stöd som behövs är hjälp med dialys två gånger dagligen och dialyssköterska på sjukhuset utbildar den hemtjänstpersonal som ska ge insatsen. Vid den tredje vårdplaneringen i slutet av perioden tar maka och parets barn upp behovet av korttidsvård eftersom vårdbehoven i hemmet blivit alltför omfattande och tar på anhörigas krafter. Anhöriga anhåller dock inte skriftligt om korttidsvård och någon sådan kommer inte till stånd.

Vid några tillfällen finns notat om att personal från sjukhuset tagit kontakt med vårdcentralen eftersom de varit missnöjda med sårvården så som den sköts i hemmet. Från sjukhuset erbjuds utbildning till hemtjänstens personal. Hela undersökningsperioden beskrivs oklarheter och osäkerheter kring såromläggningar, injektioner, läkemedel och hjälpmedel. Anhörig maka fungerar som budbärare av information mellan sjukhus, vårdcentral, apotek och hemtjänst. Anhörig ger själv injektioner och delar läkemedel. Läkemedel förskrivs från olika kliniker på sjukhuset samt från vårdcentralens olika läkare. Vid de oklarheter som ofta uppstår tar anhörig kontakt med vårdcentralen som ber henne söka information från sjukhusets olika kliniker och specialister som har kontakt med mannen.

Exemplet ovan visar på ett flertal olika utmaningar och brister när det gäller vården och omhändertagandet av svårt sjuka äldre. Utöver dessa utmaningar framkommer dessutom att många personer från flera olika organisationer har ett behov av en samlad information om den äldres aktuella hälsa och livssituation.

Även Inspektionen för vård och omsorg, IVO, konstaterar i en rapport att överföringen mellan slutenvård, öppenvård och socialtjänst inte fungerar tillräckligt bra i samband med de övergångar i

vårdkedjan som uppstår när äldre skrivs ut från slutenvården.¹² IVO pekar bl.a. på att rutiner inte tillämpas, att IT-systemen inte fungerar fullt ut, att uppgifter om omvårdnadsbehov och läkemedelsordinationer riskerar att inte följa med från en instans i kedjan till nästa. Hela tre fjärdedelar av de chefer och den personal i kommuner och primärvård som tillfrågats i myndighetens tillsyn ansåg att aktuell ordinationshandling för läkemedel ofta saknades vid utskrivning. När personal sedan försöker lösa informationsöverföringen på andra sätt kan det finnas en risk för att det stjälar tid från själva vården om den äldre. I rapporten framkommer även bl.a. följande.¹³

I övrigt framkom det av intervjuerna att informationsöverföringen kunde utebli eller försvåras när den äldre sökte sjukhusvård själv, utan att först ha kontaktat hemtjänsten eller hemsjukvården. Den äldre har naturligtvis rätt att göra detta, men följderna kan bli att överenskomna rutiner inte fungerar. Den äldre kan ha svårt att förklara sitt hälsotillstånd eller vilka insatser som annars ges och av vem. Sjukhuspersonal, vanligtvis på akutmottagningar, får därmed inte tillräckligt med information om exempelvis vilka läkemedel den äldre redan är ordinerad. Det kan uppstå svårigheter att veta vilken verksamhet inom hemtjänsten eller hemsjukvården som ska informeras när den äldre skrivs in.

Även om erfarenheterna från ovan nämnda tillsyn delvis pekar på andra brister än just det legala regelverket, dvs. att rutiner inte tillämpas eller att IT-stöd inte fungerar optimalt, kan samtidigt konstateras att regelverket i större utsträckning än i dag hade kunnat bidra till att reducera några av de uppmärksammade riskerna och bristerna. Om det exempelvis fanns rättsliga förutsättningar för den som är i behov av viss information att själv ta del av informationen i ett IT-system, dvs. genom direktåtkomst och oavsett om informationen dokumenterats i hälso- och sjukvården eller i socialtjänsten, skulle sannolikt vissa av dessa utmaningar bli mindre.

¹² Inspektionen för vård och omsorg, Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013, s. 6.

¹³ Inspektionen för vård och omsorg, Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013, s. 19.

En gemensam bild av individens hälsosituation saknas

Under utredningens arbete har vi kunnat konstatera att de äldres sammansatta behov och dokumentationsreglernas organisationsmässiga uppdelning har medfört problem. I en så pass integrerad verksamhet som äldreomsorgen är det ett problem att dokumentationen styrs av olika regelverk, dvs. patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, för hälso- och sjukvårdsinsatserna och socialtjänstlagen m.fl. för de sociala insatserna. Det är inte alltid så enkelt för personalen att i enskilda fall veta vilken information som ska dokumenteras enligt vilket regelverk. Det är inte självklart var information om den äldres humör, aktiviteter, sömn, funktionsnivåer, kosthållning och liknande ska dokumenteras. Om sådana uppgifter dokumenteras i den sociala dokumentationen är den inte tillgänglig exempelvis för primärvårdsläkaren när denne möter den äldre för att utvärdera effekterna av den senaste läkemedelsordinationen.

IVO anför i den tidigare nämnda rapporten att vård- och omsorgspersonal ofta inte vet hur de ska dokumentera på ett korrekt sätt. Samtidigt konstaterar myndigheten att hälso- och sjukvårdsinsatser och sociala insatser ofta flyter ihop för äldre som bor på särskilt boende. Detta kan enligt IVO vara en förklaring till att en dryg tredjedel av korttids- och demensboendena förde anteckningar enligt socialtjänstlagen och patientdatalagen i samma dokument.¹⁴

Även utredningens erfarenheter är att vissa verksamheter dokumenterar i samma journal oavsett vilka insatser det handlar om. Det har även i olika sammanhang förts fram önskemål om att det borde vara möjligt att vid behov dokumentera i en gemensam vård- och omsorgsjournal. Samverkansutredningen behandlade just denna fråga men fann betydande lagtekniska svårigheter med ett gemensamt dokumentationssystem för patientjournalföring och sociala anteckningar. Något förslag i frågan lämnades därför inte. Enligt samverkansutredningen fanns dock goda förutsättningar att, i samråd med den enskilde, praktiskt hantera båda slagen av information i t.ex. gemensamma pärmar på äldreboenden.¹⁵

Vår uppfattning är att manuell hantering i pärmar inte kan övervägas som ett ändamålsenligt alternativ i dag. För att höja säkerheten och kvaliteten i vård och omsorg behöver informations-

¹⁴ Inspektionen för vård och omsorg, Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013, s. 27.

¹⁵ Samverkansutredningens betänkande; Samverkan – om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet, SOU 2000:114 s. 256 ff.

hanteringen snarare vara mer elektronisk än vad som är fallet i dag. En manuell hantering saknar dessutom alla möjligheter att svara upp mot det omfattande behov av informationsöverföring som finns mellan de vårdgivare och utförare som möter äldre med sammansatta behov. Det bör därför övervägas hur svårigheterna med att särskilja socialtjänstens omvårdnadsdokumentation från vad som ska betraktas som hälso- och sjukvårdsinformation kan överbryggas. Förutom att det för personalen måste bli lättare att göra rätt, bör olika åtgärder övervägas som förbättrar möjligheterna för de inblandade aktörerna att arbeta tillsammans med stöd av gemensam information om individens hälsosituation.

Frågan om någon form av gemensam dokumentation har inte endast uppstått i relationen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även mellan olika aktörer som i olika former av integrerade verksamheter står antingen för hälso- och sjukvårdsinsatser eller socialtjänstinsatser kan finnas behov av en mer sammanhållen informationshantering. Som exempel kan nämnas de olika vårdgivare som tillsammans står för hälso- och sjukvårdsinsatserna i särskilt boende och i hemsjukvården. Det förekommer exempelvis att privata vårdgivare (med kommunal finansiering) står för hälso- och sjukvårdsinsatserna under dagtid på vardagar, medan kommunens egen hälso- och sjukvårdspersonal har ansvar för samma individer under kvällar, nätter och helger. Inte sällan har patienterna ett flertal diagnoser, ett omfattande omvårdnadsbehov och behov av medicinska insatser stora delar av dygnet. För en verksamhet som är organiserad på ett sådant sätt uppstår i dag svårigheter ur ett informationshanteringsperspektiv. I stället för att ha ett gemensamt system och i det dokumentera tillsammans i en och samma patientjournal ställer regelverket krav på att de inblandade vårdgivarna ska föra sin egen journal.

Det är visserligen möjligt att genom direktåtkomst visa upp information för varandra (sammanhållen journalföring), men det kan ifrågasättas om de möjligheterna är tillräckliga för en verksamhet som är så pass integrerad. Ett exempel utredningen tagit del av såg en patient som får smärtor vid 16-tiden och då får läkemedel av sjuksköterskan som arbetar för den privata vårdgivaren. När kommunens sjuksköterska kl. 17:30 tar över ansvaret för patienten följs läkemedelsadministrationen upp och ställningstagande till fortsatta åtgärder görs. Liknande exempel uppstår i en mängd situationer, t.ex. när en person i ett flertal dygn vårdas i livets slutskede och dokumentationen bör vara samlad i patientens journal

oavsett om vården utförs av olika vårdgivare olika tider på dygnet. Motsvarande exempel finns även när det gäller dokumentation mellan olika utförare av socialtjänstinsatser, när ansvaret är uppdelat på olika tider av dygnet eller på olika insatser.

Utredningens generella reflektioner

Utredningen anser att regelverket när det gäller integrerade verksamheter inte på bästa möjliga sätt tillgodoser den enskilde patientens och verksamhetens behov av en sammanhållen informationshantering. Detta är särskilt tydligt för den som bor i särskilt boende och för den som bor i ordinärt boende med insatser från hemsjukvården och socialtjänsten. I sådana verksamheter arbetar all inblandad personal, oavsett organisatorisk tillhörighet, med den enskildes totala hälso- och livssituation.

De gränsdragningsproblem mellan kommuner och landsting som lagstiftaren ville komma till rätta med genom Ädelreformen, upprätthålls alltjämt av de skilda dokumentations- och registerförfattningarna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Trots att det inte föreligger någon sekretess mellan den hälso- och sjukvård och den socialtjänst som erbjuds inom ramen för sådan verksamhet som kommunen står för enligt Ädelreformen medför dokumentationsbestämmelserna att gränsdragningsproblemen i stor omfattning kvarstår. Situationen har förstås blivit ännu mer komplex nu när det inte längre alltid är samma kommunala nämnd som står för hälso- och sjukvårds- respektive socialtjänstinsatserna. Sekretessgränser som tidigare inte har funnits, har nu kommit att uppstå i verksamheter där olika organisationer, vårdgivare i sjukvård och utförare i socialtjänst, samverkar i äldreomsorgen. I stället för en kvalitetssäker och samlad information om den enskildes vård- och omsorgssituation visar verksamheterna upp en splittrad, överskådlig och tidskrävande informationshantering med uppenbara risker för den enskilde.

Regelverket medför även att det inte är alldeles enkelt att hantera de verksamhetsövergångar som ofta uppstår. I fall där det är flera olika utförare av insatserna finns behov av att information om den enskilde på ett effektivt sätt kan föras över till nästa utförare. Detta gäller särskilt i äldreomsorgen där såväl insatser från hälso- och sjukvården som från socialtjänsten behövs över en längre tid.

31.3.2 Vård och omsorg om personer med psykisk sjukdom och funktionshinder

För personer med psykisk sjukdom och funktionshinder som är i behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns flera likheter med det som redovisats om äldreomsorgen ovan. Även inom psykiatrin finns exempel på integrerade verksamheter där samverkan och informationsöverföring är centrala för de behov den enskilde har.

Socialstyrelsen konstaterar i en vägledning för arbetet med psykisk ohälsa hos äldre att flera kommuner och landsting har startat särskilda team med inriktning på äldres psykiska ohälsa.¹⁶ Teamen tillhör ibland antingen den kommunala verksamheten eller landstinget, men i några fall är teamen en gemensam angelägenhet för båda huvudmännen. Teamens uppdrag, upplägg och sammansättning varierar men många är tvärprofessionella i den bemärkelsen att de medverkande har olika roller och professioner. Det är exempelvis vanligt att teamen består av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, skötare, undersköterska, boendestödare och någon som har en samordnande funktion. För sådana tvärprofessionella verksamheter blir frågor om hur information får hanteras och utbytas mellan de ingående organisationerna och personalkategorierna en avgörande faktor för att nå de önskade resultaten.

Det finns även flera exempel på samverkan mellan huvudmännen genom olika varianter av samordnade resurser, dvs. att den enskilde får en sammanhållande kontaktperson. Kontaktpersonen kan t.ex. vara vårdbiträden, undersköterskor, boendestödare eller samordningssjuksköterska. Det kan även erbjudas i form av en care manager eller case manager. En vidare form av samverkan utgörs av ett resursgruppsarbete enligt ACT-modell. En sådan samverkan kan bestå i att alla viktiga personer runt den enskilde med psykisk ohälsa, exempelvis närstående, kontaktperson, sjuksköterska m.fl., samlas i en grupp där alla bidrar med sin del för att tillsammans kunna arbeta utifrån ett helhetsperspektiv. Socialstyrelsen har exempelvis rekommenderat detta vid insatser för personer med schizofreni och liknande tillstånd.

Utredningen har varit i kontakt med verksamheter bestående av tvärprofessionella team som arbetar i samma lokaler för att till-

¹⁶ Socialstyrelsen, Att arbeta med äldres psykiska ohälsa – vägledning för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården, 2013.

sammans ge den enskilde det stöd och den vård som behövs. De huvudmän som representeras kan vara både kommunens socialtjänst, landstingets hälso- och sjukvård, kommunens hälso- och sjukvård samt statliga myndigheter som Kriminalvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Om verksamheten omfattar insatser för barn och unga kan även skolan ha en viktig roll.

Nedan återges några exempel från sådana integrerade verksamheter som utredningen har haft kontakt med för att försöka kartlägga och identifiera hinder och utmaningar för en mer sammanhållen informationshantering.

Stödverksamhet för unga vuxna

Utredningen har tagit del av erfarenheter från ett samverkansteam som arbetar för att unga vuxna 18–29 år med psykiska besvär ska kunna komma ut i arbetslivet. Teamet har som uppdrag att arbeta tvärprofessionellt med coachning och insatser av psykolog och psykiatriker i syfte att minska psykisk ohälsa och öka aktivitets- och sysselsättningsgrad. Verksamheten samfinansieras av landsting, kommun, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassa. Kommunen har ansvar för samordnad ledning och organisatoriskt stöd.

Teammedlemmarna har olika grundanställningar, men verksamheten är integrerad och genomförs i gemensamma lokaler och med gemensam verksamhetsledning. Fyra psykologer är anställda i kommunen, en psykiatriker är anställd i landstinget, en coach är kommunanställd, en coach är anställd av Försäkringskassan och en coach av Arbetsförmedlingen. Den unge vuxne söker sig dit självständigt, men har ofta även andra kontakter med landstinget, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan eller socialtjänst. Samverkan utövas med samtycke från den unge vuxne och i den omfattning som behövs. Deltagandetiden är ett år.

När den unge börjar i verksamheten inhämtas alltid ett skriftligt samtycke för teamarbetet, för den gemensamma dokumentationen av behandlingsinsatsen, och för att vid behov samverka med befintliga vårdgivare och handläggare. Samtycket gäller i tre år och kan återkallas. I praktiken har det aldrig hänt att någon har återkallat ett samtycke.

Behandlingsinsatsen från teamet består av psykologisk behandling, psykiaterkonsult och sociala eller arbetsinriktade insatser från coacher. Teamets uppbyggnad är mycket likt ett psykiatriskt team

som har regelbundna möten. All inskrivning i verksamhet samt alla förändringar i behandling eller deltagande går via teambeslut, eftersom teamet gemensamt ansvarar för planering och upplägg.

Alla insatser bygger på tät samverkan mellan teamets medlemmar. Det är därför nödvändigt att all väsentlig information kan delas i teamet, vilket görs muntligt på möten. För att kunna säkerställa god vård vill verksamheten ha ett dokumentationssystem som uppfyller krav på ett journalföringssystem där samtliga inkopplade på samma ärende kan följa andra teammedlemmars insatser. Alla som arbetar runt individen behöver ha samma helhetsbild av den enskildes hälsa och utveckling.

Södertäljemodellen – samverkan mellan kommun och landsting

I Södertälje har det alltsedan psykiatireformen 1995 funnits ett samarbete mellan landsting och kommun när det gäller psykiatri, *Södertäljemodellen*. Modellen har sedan utökats att gälla även personer med beroendeproblem. Målgruppen är personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom som medför varaktiga funktionsnedsättningar (exv. psykossjukdomar). Det finns två huvudmän för verksamheten; landstinget som ansvarar för den psykiatriska behandlingen och kommunerna som har ansvaret för boendestöd, sysselsättning och övergripande planering. Det övergripande ansvaret för samordning och ledning av det gemensamma arbetet har en gemensam styrgrupp. Det finns två särskilda projektledare, en från varje huvudman.

Parterna samarbetar i öppenvården på gemensamma rehabiliteringsenheter. På varje enhet erbjuds social gemenskap, sysselsättning, psykiatrisk behandling och boendestöd. Genom det delade huvudmannskapet på enheterna finns kontakterna med både psykiatrins heldygnsvård och olika kommunala verksamheter kvar. På de fyra enheterna (gårdarna) samverkar personal från kommunen med personal från landstinget. Verksamheten leds gemensamt av två chefer, en från respektive huvudman.

Varje individ får två samordnare, en från kommunen och en från landstinget, som har samordningsansvar för stöd och behandling. Att vara samordnare (Case Manager) är en speciell arbetsuppgift, som ligger utanför de specifika yrkesrollerna. Samordnarna har ansvaret för att planeringen för klienten blir genomförd. På varje enhet finns personal i form av läkare, sjuksköterskor, mental-

skötare, arbetsterapeut, psykolog, socialsekreterare, boendestödjare, rehabiliteringsassistent, receptionist och lokalvårdare.

Personalen har önskemål om att det ska finnas ett gemensamt system för dokumentation eftersom det skulle underlätta deras arbete och i större utsträckning tillgodose den enskildes behov och ge en nödvändig helhetsbild av den aktuella situationen. I dag inhämtas samtycke från den enskilde om att få dela personuppgifter. Detta upplevs i och för sig inte som ett problem. Däremot bedöms inte förutsättningarna för ett effektivt utbyte av information vara tillräckligt goda, vare sig ur rättslig eller ur teknisk synvinkel. Även om personalen har en faktisk möjlighet att utbyta information med stöd av samtycket skulle det vara mycket mer effektivt om informationsutbytet fick göras genom sådan direktåtkomst där man kan ta del av informationen direkt i varandras system. I dag görs det ett dubbel- eller trippelarbete genom att relevant information dokumenteras både i kommunens hälso- och sjukvård och i socialtjänsten samt i landstingets hälso- och sjukvård. I praktiken finns i dag tre olika system, kommunen har två (ett för socialtjänst och ett för LSS) och landstinget har ett system. De privata verksamheter som anlitas har i sin tur sina egna system för dokumentation av insatsernas genomförande. Verksamheten vittnar även om att informationsöverföringen i viss omfattning är beroende av samordnarens goda minne, dvs. att information finns i huvudet på ett antal centrala aktörer i verksamheten. Ett annat alternativ som framförs och som man anser skulle tillgodose verksamhetens och de enskildas behov skulle vara en gemensam dokumentation över verksamhets- och huvudmannagränserna.

Behov av ett stödjande regelverk för informationshantering

Precis som inom äldreomsorgen har personer med psykisk sjukdom och funktionshinder behov av att alla de möter har tillgång till relevant och aktuell information som ger en rättvisande bild av individens totala situation. Framväxten av integrerade verksamheter bestående av tvärprofessionella team som tillsammans arbetar för att förbättra hälsa och livskvalitet för personer med komplexa och sammansatta behov är positiv. Det är en utveckling som lagstiftaren på många olika sätt vill stödja. Därför anser utredningen att det bör övervägas nya möjligheter för att samtliga inblandade, oavsett organisationstillhörighet, ska få tillgång till den information

som behövs för att på bästa möjliga sätt kunna stötta individen och vara en del i ett samverkande team. Det handlar i första hand om att överväga nya möjligheter för informationsutbyte mellan vårdgivare i hälso- och sjukvården och utförare i socialtjänsten. Men det handlar dessutom om möjligheterna för övriga inblandade aktörer att med stöd av den enskildes samtycke ha tillgång till den information som behövs för att kunna vara en effektiv resurs i en integrerad verksamhet. Det kan som nämnts tidigare handla om Försäkringskassa, Arbetsförmedling, Kriminalvård m.fl.

31.3.3 Vård och omsorg om personer med missbruk och beroendeproblem

Utredningen har haft kontakt med ett antal olika verksamheter som är inriktade på att stödja personer med missbruk och beroenden. I stort visar dessa verksamheter upp motsvarande problematik som finns i äldreomsorgen eller inom psykiatrin. Även personer med missbruksproblem är ofta i behov av insatser både från landstingsfinansierad hälso- och sjukvård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Inte sällan har individer med missbruks- och beroendeproblem dessutom samtidigt psykisk ohälsa, vilket gör den enskildes behov än mer komplexa.

I dag tillgodoses behoven av samverkan mellan de olika aktörerna på olika sätt i olika städer, kommuner och delar av landet. Även verksamheterna har olika behov av att kunna utbyta information på annat sätt än vad som är möjligt i dag, vilket beror på hur sammansatta problem de enskilda som berörs av verksamheten har. Utredningen har både besökt verksamheter som på det stora hela upplever att informationsöverföringen fungerar tillfredsställande och även verksamheter där man har stora behov av bättre legala och tekniska förutsättningar m.m.

Samverkan rörande individer med komplex problematik

Utredningen har bland annat fått ta del av erfarenheter från en mottagning där tre huvudmän, Kriminalvården (Frivården), kommunen (socialtjänst) och landstinget (beroendekliniken) arbetar i en integrerad teamverksamhet för att på bästa möjliga sätt tillgodose individernas behov. Teamet består i dag av frivårdsinspektörer,

socialsekreterare, psykolog, teamsekreterare, sjuksköterska, psykiater samt en sektionsledare. Verksamheten vänder sig till vuxna personer med komplex problematik av missbruk/beroende och psykisk ohälsa och som under kortare eller längre perioder har ett behov av extra tät samverkan mellan olika aktörer. De individer som verksamheten försöker nå har ofta problem inom många områden. De behöver ofta ta itu med missbruk, med sociala problem, med kriminalitet och med aggressionsproblem på samma gång. I dagsläget omfattas omkring 75 personer av teamets insatser. Många av dessa har svårt att upprätthålla en kontinuitet i kontakten. Behandlingen avbryts ofta för ineliggande sjukhusvård, fängelsevistelse, LVM-vård, eller vård på behandlingshem m.m. Teamets förhållningssätt är att arbeta långsiktigt, vilket bl.a. kan innebära att behandlingen vid sådana avbrott inte avslutas även om det blir ett uppehåll.

När en individ börjar i verksamheten inhämtas ett samtycke som innebär att information får utbytas inom teamet, det vill säga mellan de tre huvudmännen. En individ i behandling har alltid en bas i sin samtalskontakt i teamet, som kan vara antingen en frivårdsinspektör, socialsekreterare, psykolog eller sjuksköterska. Utöver det har individen åtminstone kontakt med en sjuksköterska för medicinering samt psykiater vid behov. Majoriteten av personerna har även en kontakt med myndighetsutövande socialtjänst, över hälften har en pågående kriminalvårdspåföljd och omkring 60–70 procent har en neuropsykiatrisk diagnos utöver sitt missbruk. Sammantaget har individerna stora svårigheter och omfattande behov av stöd från olika organisationer som kan arbeta tillsammans och utbyta information för att tillgodose de komplexa behoven.

Verksamheten vittnar om att informationshanteringen i dag inte stödjer det täta teambaserade arbetet. De iblandade aktörerna dokumenterar alla i sina dokumentationssystem vilket leder till att den gemensamma bilden av individens behov saknas. Även om det finns samtycke från individen saknas förutsättningar att effektivt ta del av den information som är dokumenterad av respektive aktör genom direktåtkomst. Socialsekreterarna kan exempelvis inte ta del av sådan information landstingets representanter dokumenterar i patientjournalen. Behov finns dock att kunna se t.ex. vilket läkemedel som ordinerats, resultat av drogtest, andra kontakter som individen har och om han eller hon är inlagd i slutenvården m.m. Verksamheten är i dag i stor utsträckning hänvisad till att uppdaterar varandra muntligen. När det gäller arbetet i teamet uppger

verksamheten dock att det är viktigt att vara uppdaterad avseende vad som är aktuellt för den enskilde. Det är viktigt att såväl kunna ta del av den vård som individerna får vid akutsjukvård som att dokumentera de behandlingsinsatser och de bedömningar som alla behandlare står för på mottagningen.

Behov av sammanhållen informationshantering

Exemplet ovan tydliggör återigen behovet för vissa typer av integrerade verksamheter att ha en sammanhållen individinformation över organisatoriska gränser så att personalen snabbt kan fatta beslut som ligger i linje med tidigare beslutade insatser för individens tillfrisknande eller rehabilitering. I dag arbetar man uteslutande med att inhämta samtycke från den enskilde för att kunna dela nödvändig information. Information om vad som är aktuellt avseende den enskildes hälsotillstånd kan därför inte utbytas tillräckligt effektivt mellan de olika yrkeskategorierna eftersom dokumentationen görs i olika system och inte heller kan nås genom direktåtkomst.

För den enskilde medför personalens brist på information och effektiva möjligheter till informationsöverföring risker. Om de inblandade aktörerna inte har relevant bakgrundsinformation eller dagsaktuell information om nuläget riskerar den enskilde att få en vård och omsorg på osäkra villkor. Inte minst för individer med komplex problematik och samsjuklighet är det nödvändigt att den personal individen möter i vården och omsorgen har tillgång till aktuell information. Dessa verksamheter bygger i grunden på den enskildes fria vilja att delta. Han eller hon har gett sitt samtycke till informationsutbyte över organisatoriska gränser och har därför även rätt att förutsätta att rätt information finns på rätt plats i rätt tid.

Förutsättningarna för att effektivt bidra till bästa möjliga resultat för individen påverkas av vilka möjligheter till informationshantering som finns. Utredningen anser att det bör vara möjligt för verksamheter att använda modern teknik för att hålla en aktuell och kvalitetssäkrad information om individen tillgänglig för personal som över organisatoriska gränser arbetar tillsammans för individens bästa. Utan en sammanhållen informationshantering och gemensam bild av individens hälsosituation motverkas även själva syftet med en tät samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra aktörer.

31.3.4 Vård och omsorg om barn och unga

Kommuner och landsting har under de senaste decennierna ålagts att stärka sin samverkan när individens behov kräver det. När det gäller barn och unga är samverkan en viktig nationell angelägenhet som omfattar staten, kommuner och landsting och deras intresseorganisation Sveriges kommuner och landsting (SKL) m.fl. Även myndigheter som Försäkringskassa, Migrationsverket och Polisen kan vara inblandade i samverkan kring ett barn. Andra viktiga samverkansparter på lokal och regional nivå är privat och idéburna aktörer. Samverkan görs på lokal, regional och nationell nivå.¹⁷

Under utredningens arbete har kontakter förekommit med flera olika typer av verksamheter som rör barn och unga. Exempelvis kan de så kallade *Barnhusen* nämnas, som bl.a. vänder sig till barn som utsatts för sexuella övergrepp. I dessa verksamheter förekommer en omfattande samverkan framför allt mellan landstingsfinansierad hälso- och sjukvård, socialtjänst och polis.

Vidare har utredningen haft kontakt med och tagit del av erfarenheter från det så kallade Modellområdesprojektet där SKL och 14 områden ingick (landsting/en region tillsammans med en eller flera kommuner). Projektet pågick under åren 2009–2011 och syftade till att synkronisera insatserna för barns och ungdomars psykiska hälsa. I juni 2011 enades regeringen och SKL om en ny överenskommelse för barn och ungas psykiska hälsa. Arbetet drivs inom ramen för Psykprojektet (Psykisk hälsa, barn och unga – synkronisering av insatser) och har som fortsatt ambition att synkronisera samhällets alla insatser för barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa. Det handlar bl.a. om att samverka över organisatoriska gränser och behandla psykiska problem i ett tidigt skede. Barn och unga ska ges stöd i sin närmiljö och på ett lättillgängligt sätt. I modellområdesprojektets slutrapport framfördes bl.a. följande angående vilka hinder som det i dag bedöms finnas för ett mer framgångsrikt arbete i första linjen.

Den skisserade modellen möter i dagsläget ett antal utmaningar i förhållande till lagstiftning, kompetenser och uppdrag. Sekretesslagstiftningen, personuppgiftslagstiftningen och vissa specifika lagar och riktlinjer för dokumentation i socialtjänst utgör de mest framträdande hindren för att skapa den samlade lägesbild kring barn, unga och familjer som skulle behövas för ett framgångsrikt systemövergripande systematiskt kvalitetsarbete. Därutöver har erfarenheten i Modell-

¹⁷ Socialstyrelsens vägledning Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer.

områdesprojektet visat att det trots begränsningarna i lagstiftningen ändå finns vissa möjligheter att utveckla gemensamma kvalitetssystem, men kompetensen att driva en sådan utveckling i kommuner och landsting utgör en ytterligare utmaning.

Även om rapporten visar på behov av insatser på fler områden än lagstiftning framkommer det tydligt att det är en helhetsbild av individens och målgruppens situation som eftersträvas. I en verklighet med många inblandade aktörer och olika lagstiftning, kompetenser och uppdrag saknas i dag den samlade lägesbild som önskas för att arbeta systematiskt med psykisk ohälsa hos barn och unga.

Ungdomsmottagning

Ett annat exempel där kommuner och landsting samverkar är i ungdomsmottagningarna. En ungdomsmottagning vänder sig typiskt sett till unga människor mellan 12 och 22 år. På mottagningarna arbetar vanligtvis barnmorskor, kuratorer och gynekologer. På vissa mottagningar finns även undersköterskor och psykologer. Verksamheten möter ungdomar bl.a. i frågor som rör kroppen, sexualitet, preventivmedel, graviditet och olika typer av samtal och rådgivning för att tillgodose unga människors behov.

En fungerande ungdomsmottagning ställer stora krav på samverkan på olika nivåer mellan kommuner och landsting. För den enskilde som vänder sig till en ungdomsmottagning upplevs det sannolikt som en enda verksamhet med uppdraget att särskilt stödja ungdomar. Men när det gäller förutsättningarna att dokumentera och dela information om individerna träder en annan bild fram. Det kan exempelvis konstateras att de olika personalkategorierna delvis omfattas av olika dokumentationsbestämmelser. Den landstingsanställda legitimerade personalen har journalföringsplikt och ska i övrigt följa bestämmelserna bl.a. i patientdatalagen. För de kommunala yrkeskategorierna med tillhörighet i socialtjänsten gäller framför allt socialtjänstlagens regler för dokumentation. Detta kan, beroende på hur verksamheten i övrigt är organiserad, bland annat leda till att en ungdoms kontakt med mottagningen blir dokumenterad i en patientjournal för det fall att han eller hon möter landstingets hälso- och sjukvårdspersonal. Om den unge har motsvarande kontakt med exempelvis kuratorn från kommunens socialtjänst är det inte säkert att någon

dokumentation över huvud taget görs. För det fall en sådan kontakt förekommer inom ramen för råd och stöd, dvs. utan biståndsbedömning, finns nämligen ingen dokumentations-skyldighet.

En annan faktor i sammanhanget är att informationsutbytet mellan de olika aktörerna inte kan göras genom så kallad direkt-åtkomst. Detta på grund av att lagstiftaren inte har gjort det tillåtet med direktåtkomst mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Särskilda mottagningar för alkohol och drogproblematik

MiniMaria är exempel på mottagningar där Stockholms läns landsting och kommuner i länet i samverkan arbetar med att hjälpa ungdomar och deras familjer med problem som är kopplade till alkohol, droger och psykisk ohälsa. I verksamheten finns även kompetens för att behandla ungdomar med neuropsykologiska funktionshinder. I verksamheten som finns på 23 olika lokala mottagningar i länet arbetar t.ex. kuratorer, sjuksköterskor och läkare med rådgivning, samtal, behandling, drogtest, familjesamtal, anhörigsamtal m.m.

MiniMoa är ett exempel på en motsvarande verksamhet som drivs av Landstinget i Östergötland och socialtjänsten i Norrköpings kommun. Till verksamheten kan ungdomar vända sig för kostnadsfria drogtest, stödsamtal, telefonrådgivning m.m.

Gemensamt för dessa verksamheter är precis som för ungdomsmottagningarna att de har ett stort behov av samverka både mellan organisationerna och mellan personalen i verksamheten och i relation till övriga delar av socialtjänsten.

32 En ändamålsenlig informationshantering mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

32.1 Bakgrund

Det finns särskilt stora behov av att hålla ihop informationen när det handlar om personer med sammansatta behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det är utredningens uppdrag att lämna förslag som leder till att den informationshanteringen kan bli mer ändamålsenlig. Ansvarsfördelningen mellan de olika huvudmännen, det stora antalet vårdgivare i sjukvården och utförare i socialtjänsten samt de regelverk som styr informationshanteringen ligger bakom de utmaningar som finns för att kunna skapa en mer ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering. Omfattande utmaningar finns även inom områden som teknisk utveckling, ledning och styrning, informatik, arbetssätt m.m. Samtliga faktorer behöver beaktas för att analysera problemen och stödja utveckling mot en informationshantering med individen och individens behov i centrum.

För kvaliteten i integrerade verksamheter är det utan tvekan centralt att all inblandad personal får den information som behövs för att ge den enskilde bästa möjliga vård och omsorg. De exempel som utredningen har redovisat i förra kapitlet visar att informationshanteringen måste förbättras och underlättas genom en moderniserad lagstiftning. Idag förekommer viss manuell hantering med papperskopior, muntliga informationsöverlämnanden och dubbeldokumentation i integrerade verksamheter. Det förekommer även att vissa personalkategorier, beroende på organisatorisk tillhörighet, på ett omotiverat sätt blir utestängda från en

mer effektiv informationshantering. Den enskilde individen som har lämnat sitt samtycke till att alla inblandade får ta del av den information som behövs har ett behov och ett intresse av att informationsöverföringen görs effektivt och på ett kvalitetssäkert och integritetsskyddande sätt. Här har lagstiftningen en viktig funktion att fylla.

Utredningen konstaterar att de olika reglerna för dokumentation i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten ger upphov till problem i sådana integrerade verksamheter där det i praktiken är svårt att avgöra vilka bedömningar och insatser som ska betraktas som socialtjänst och vilka som kan anses utgöra hälso- och sjukvård. Vi anser att sådana gränsdragningsproblem svårigen kan sägas ligga i enskilda individers intresse. Äldre människor som har så omfattande och sammansatta behov att de behöver bo i särskilt boende för att få vård- och omsorgsbehovet tillgodosett är sannolikt mer intresserade av att inblandad personal har en gemensam helhetsbild av hans eller hennes aktuella hälsosituation än av att informationen är splittrad och svåröverskådlig.

Mot bakgrund av de iakttagelser utredningen gjort kan sammanfattningsvis konstateras att regelverket i större utsträckning än vad som är fallet idag behöver stödja utvecklingen mot en mer ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering. Det bör därför övervägas hur regelverket kan utformas för att bättre möjliggöra en informationshantering som bidrar till bättre resultat för individer med sammansatta behov.

32.2 Vilka förändringar behövs?

För att avgöra vilka förändringar i lagstiftning som behövs är det i ett första skede nödvändigt att ta ställning till hur långt det går att nå med nuvarande regelverk och de förslag som utredningen lämnat i andra delar. Vi kommer därför att i detta avsnitt gå igenom gällande rätt och vad som fattas i lagstiftningen för att uppnå ett ändamålsenligt informationsutbyte mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

32.2.1 Kort om nuvarande regelverk

Nuvarande reglering möjliggör en form direktåtkomst, sammanhållen journalföring, inom hälso- och sjukvården. Sammanhållen journalföring kan alltså bara användas när det är fråga om hälso- och sjukvård. Direktåtkomst mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är i dagsläget inte tillåtet.

Direktåtkomst är inte heller tillåten mellan olika aktörer inom socialtjänsten. För socialtjänstens del finns det således ingen svarighet till sammanhållen journalföring i hälso- och sjukvården. Det är inte heller möjligt för den enskilde att genom samtycke tillåta att direktåtkomst kan användas. Därför inhämtas patientens samtycke till att dela information på traditionellt sätt genom papperskopior eller muntligt eller genom elektroniska utlämnanden.

Vidare kan uppgifter lämnas *från* hälso- och sjukvården till socialtjänsten för att en enskild, som själv inte kan samtycka till utlämnandet, ska få nödvändig vård och omsorg och behandling (25 kap. 13 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400], förkortad [OSL]). Bestämmelsen innebär dock inte uppgifterna kan tillhandahållas genom direktåtkomst utan kan bara tillämpas vid traditionellt utlämnande av uppgifter.

Vidare saknas idag möjligheter för olika aktörer som deltar i vården och omsorgen om en enskild att föra en gemensam patientjournal eller en gemensam social dokumentation. Det finns inte heller möjligheter för vårdgivare i hälso- och sjukvården och utförare i socialtjänsten att dokumentera i en gränsöverskridande vård- och omsorgsjournal eller liknande.

32.2.2 Kort om utredningens förslag i övriga delar

Våra förslag i tidigare avsnitt gällande hälso- sjukvård och socialtjänst innebär i korthet följande.

Vi föreslår vissa *sekretesslättnader* inom den offentligfinansierade vården inom ett landsting eller en kommun. Detta innebär att det under vissa förutsättningar inte ska vara sekretess mellan vårdgivares myndigheter och de privata utförare som landstinget eller kommunen anlitar. Detta för att landsting och kommun ska fritt kunna välja vilken myndighetsorganisation och vilka etableringsformer som passar huvudmannen bäst utan att det får negativa konsekvenser för hälso- och sjukvården.

Det ska även vara *tillåtet med direktåtkomst till personuppgifter mellan vårdgivare som finansieras av samma landstingskommunala eller kommunala huvudman*. För att den ovan föreslagna lättningen i sekretessen ska få önskvärd effekt anser vi att det måste vara möjligt med direktåtkomst mellan de olika vårdgivarna och myndigheterna som bedriver hälso- och sjukvård i samma landsting eller kommun. Syftet med ändringen är att det ska vara lika enkelt att utbyta nödvändig information oavsett om vården bedrivs direkt i vårdgivarens regi eller genom en privat utförare. Förslaget innebär däremot inte lättnader jämfört med vad som är fallet idag när det gäller informationsutbytet mellan landstingsfinansierad och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Det informationsutbyte som behövs mellan exempelvis kommunal hälso- och sjukvård i särskilt boende eller hemsjukvård och den landstingsfinansierade primärvården kommer med vårt förslag alltså att få göras i enlighet med reglerna om sammanhållen journalföring.

När det gäller socialtjänsten har vi lämnat förslag till att *det inte ska finnas några sekretessgränser mellan olika nämnder i kommunen*. Detta för att göra det möjligt för en kommun att organisera och bedriva socialtjänstverksamhet genom olika myndigheter till exempel stadsdelsnämnder eller beställarnämnder utan att sekretessgränser uppstår mellan myndigheterna.

För att möjliggöra att de verksamheter som bedriver socialtjänst ska kunna utföra sitt arbete på ett ändamålsenligt och säkert sätt föreslås att det ska vara *tillåtet med direktåtkomst mellan verksamheter inom socialtjänsten*. Direktåtkomsten, dvs. den potentiella tillgången till uppgifter om individer, ska endast kunna avse individer som faktiskt och för tillfället är föremål för insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, m.m.

Vidare har vi föreslagit ett *undantag från socialtjänstsekretess för att den enskilde ska få nödvändig vård och omsorg och behandling*. Denna sekretessbrytande regel gör det tillåtet att i situationer där samtycke inte kan inhämtas lämna ut uppgifter som behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd till andra myndigheter som bedriver socialtjänst och till myndigheter inom hälso- och sjukvården.

32.2.3 Vad behövs ytterligare?

Sammanfattningsvis innebär utredningens förslag att informationshanteringen förbättras när det gäller tillgången inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dessa förslag har dock ingen direkt påverkan på möjligheterna till en mer sammanhållen informationshantering i verksamheter där den enskilde är i behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Visserligen föreslår vi en sekretessbrytande regel som innebär att information kan lämnas ut i sådana fall där den enskilde inte kan samtycka och informationen behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård och stöd. Det är dock en bestämmelse som ska tillämpas med varsamhet i enskilda fall och som inte möjliggör ett mer regelbundet och automatiserat informationsutbyte mellan olika aktörer i integrerade verksamheter.

Vi kan mot bakgrund av den kartläggning som redovisats ovan konstatera att det finns behov av att modernisera regelverket så att det på ett bättre sätt kan möta de behov som människor med sammansatta behov av vård och omsorg har. För de aktörer som arbetar tillsammans för en ökad hälsa och livskvalitet för enskilda individer bör det bli lättare att skapa en gemensam bild av individens hälsosituation oavsett i vilken organisation grunduppgifterna är dokumenterade.

32.3 Våra överväganden och förslag

32.3.1 Inledande utgångspunkter

Vår utgångspunkt är att den information om individen som behövs för att individen ska få bästa möjliga vård och omsorg ska finnas tillhands för den personal som behöver den, oavsett organisatorisk tillhörighet eller verksamhetsområde. För olika former av integrerade verksamheter innebär detta att det skulle behövas en ömsesidig tillgång till information över vårdgivargränser, utförargränser och huvudmannagränser.

De hinder för en mer sammanhållen informationshantering som idag finns på grund av sekretessbestämmelser och olika dokumentationsbestämmelser för olika verksamhetsområden bör överbryggas. Vidare anser vi att regelverket bör ge uttryck för en sådan flexibilitet som krävs för att det ska finnas förutsättningar för en informationshantering som utgår ifrån individens behov. Samtidigt

behövs en robusthet som ser till att integriteten, säkerheten och kvaliteten garanteras för samtliga individer.

Mot denna bakgrund bör därför analyseras vilka alternativa lösningar som står till buds för att ge samtliga inblandade oavsett organisatorisk tillhörighet en samlad gemensam information om individens hälsosituation. Vår utgångspunkt är att modern, effektiv och säker teknik bör användas för att skapa den gemensamma bilden.

Vi anser dessutom att ett framtida regelverk ska minska konsekvenserna av att olika informationsmängder är dokumenterade i patientjournalen respektive den sociala dokumentationen. Regelverket bör även möjliggöra att kvaliteten i integrerade verksamheter kan följas upp, utvecklas och säkras. Slutligen vill utredningen understryka att individens behov av integritetsskydd måste tillvaratas och säkras vid utformningen av det nya regelverket.

32.3.2 Två alternativa möjligheter bör tillhandahållas

Vår bedömning: För att tillgodose behoven i en sådan komplex verksamhet som vård och omsorg för personer med behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst, bör regelverket tillhandahålla flera olika möjligheter till en mer effektiv, ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering. Därför bör verksamheterna få välja den form av informationshantering som är bäst lämpad för den verksamhet som bedrivs; antingen direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst eller en gemensam vård- och omsorgsjournal.

En utgångspunkt för utredningen är att regelverket om informationshantering bör ge verksamheterna möjlighet att arbeta integrerat fullt ut för att så långt som möjligt kunna använda den gemensamma kompetensen för att ge god och säker vård och omsorg. Organisationsgränser och olika regelverk bör så lite som möjligt hindra det informationsutbyte som behövs i detta syfte. Samtidigt har utredningen under arbetets gång kunnat konstatera att de integrerade verksamheterna är utformade på olika sätt, är integrerade i olika omfattning och har olika behov av informationsutbyte. Mot den bakgrunden har utredningen övervägt ett antal olika alternativa lösningar för att öka förutsättningarna för en mer

sammanhållen informationshantering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Området är både komplext och svårnavigerat. Det är svårt att förutse vilka konsekvenser olika alternativa lösningar kan få eftersom beroendena är många till grundläggande regelverk om sekretess, hantering av allmänna handlingar, arkivfrågor och ansvar för dokumentationen.

Vi har under arbetets gång identifierat två alternativa lösningar. Vi bedömer att båda motsvarar de behov som finns i olika typer av integrerade verksamheter. Det ena alternativet handlar om att tillåta *direktåtkomst* mellan vårdgivare i hälso- och sjukvården och utförare i socialtjänsten. Det skulle exempelvis möjliggöra en mer sammanhållen bild av den enskildes hälsosituation än vad som idag är möjligt. Lite slarvigt uttryck liknar denna lösning en slags sammanhållen journalföring mellan aktörer i de olika verksamhetsområdena. Var och en av de inblandade aktörerna skulle med denna lösning precis som idag ansvara för egen dokumentation och se till att den lever upp till kraven i de nya lagarna; hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen m.m. Men de skulle också få en möjlighet att på ett samlat sätt visa upp information för varandra. Det skulle kunna göras såväl i lokala system och gränssnitt anpassat för den egna verksamheten, men även i lösningar som den Nationella Patientöversikten m.fl.

Det andra alternativet som vi har övervägt handlar om att göra det tillåtet för vårdgivare och de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten att föra en *gemensam vård- och omsorgsjournal*. En integrerad verksamhet skulle med detta förslag kunna skapa en samlad informationsbärare som både utgör en patientjournal och en social dokumentation. I jämförelse med alternativet direktåtkomst är denna lösning förknippad med fler komplicerade juridiska frågor som handlar om ansvaret för vård- och omsorgsjournalen, hantering av allmänna handlingar och arkivering m.m.

I arbetet med att skapa bättre förutsättningar för dessa verksamheter bör vi vara öppna för att behoven i olika typer av verksamheter inte är desamma. Vissa verksamheter arbetar så pass integrerat att inte något annat än en gemensam dokumentation är tillräckligt bra. Behovet av en gemensam vård- och omsorgsjournal är sannolikt störst i tätt integrerade verksamheter där det finns ett mer eller mindre dagligt behov av att dokumentera och utbyta information mellan de inblandade vårdgivarna och utförarna. För andra verksamheter kommer det att vara tillräckligt att kunna skapa en gemensam bild av den enskildes behov genom att erbjuda

varandra direktåtkomst till nödvändiga uppgifter. Utredningen gör därför bedömningen att de skiftande behoven inte kan tillgodoses med enbart en typ av informationsutbyte.

Det finns förmodligen också verksamheter som på grund av sina tekniska förutsättningar har fördel av att välja den ena eller andra formen för informationsutbyte. Båda alternativa är frivilliga möjligheter för verksamheterna, som enbart får användas under vissa villkor. Det är t.ex. nödvändigt att kunna erbjuda tillräcklig säker hantering av personuppgifterna. Av dessa skäl kan det också finnas verksamheter som måste genomföra en hel del utvecklingsarbete innan man kommer igång med den ena eller andra formen för informationsutbyte.

Utredningens bedömning är således att de integrerade verksamheterna bör få möjlighet att välja den form av informationshantering som är mest ändamålsenlig; ömsesidig direktåtkomst eller gemensam dokumentation.

32.3.3 Särskilda kapitel i lagstiftningen

Vårt förslag: I hälso- och sjukvårdsdatalagen respektive socialtjänstdatalagen ska införas ett särskilt kapitel om informationshantering avseende personer med behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Kapitlet ska inledas med en kort innehållsbeskrivning.

Det informationsutbyte som utredningen föreslår ska bli möjligt mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är en ny företeelse jämfört med vad som gäller idag. I syfte att göra regleringen mer överskådlig och pedagogisk föreslår vi därför att både hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen förses med ett särskilt kapitel som ska reglera vissa frågor om informationshantering rörande enskilda som har behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Kapitlen ska inledas med bestämmelser om vad kapitlet reglerar. Av en inledande bestämmelse i respektive lag bör därför framgå att kapitlet innehåller bestämmelser om utlämnande av personuppgifter genom direktåtkomst och om en gemensam vård- och omsorgsjournal. I en sådan bestämmelse ska även lämnas en hänvisning till att vårdgivares möjligheter att lämna ut personuppgifter till den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten

framgår av bestämmelser i hälso- och sjukvårdsdatalagen. På motsvarande sätt ska anges möjligheterna för den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten att lämna ut personuppgifter genom direktåtkomst till vårdgivare framgår av bestämmelser i socialtjänstdatalagen.

32.3.4 Utlämnande genom direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst ska vara möjligt

Vårt förslag: Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska få medge vårdgivare i hälso- och sjukvården direktåtkomst till personuppgifter som behandlas för genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling om den enskilde har behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänst får även medge sådan direktåtkomst till personuppgifter som behandlas för dokumentation av genomförande av insatser i form av råd och stöd om den enskilde samtyckt till att personuppgifter behandlas.

På motsvarande sätt ska en vårdgivare få medge den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten direktåtkomst till uppgifter som dokumenterats för ändamålet vårddokumentation, om patienten har behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Grundläggande villkor för denna form av direktåtkomst som anges ovan ska vara att uppgifterna som lämnas ut genom direktåtkomst kan antas ha betydelse för att genomföra beslut om bistånd, stödinsats, vård eller behandling eller för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador, samt att den enskilde ger sitt *samtycke* till direktåtkomsten. Bestämmelser om detta ska tas in i hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen.

Inledning

När det gäller användningen av it-system som stöd i den dagliga verksamheten och för utveckling har både landsting och kommuner kommit långt. Stora investeringar har gjorts för att skapa förutsättningar för en mer ändamålsenlig informationshantering.

Den tekniska utvecklingen har varit omfattande och skapar många nya möjligheter. Insatser inom socialtjänsten och den vård som både landsting och kommun ger kräver fortlöpande samarbete i dagliga vård- och omsorgssituationer. För att möjliggöra en gemensam och samlad bild med relevant information om enskilda som har sammansatta behov av vård och omsorg kan direktåtkomst vara ett alternativ. Det skulle innebära ett förenklat informationsutbyte och förhoppningsvis gynna den enskilde genom att bättre resultat i vård och omsorg kan nås. Rätt information vid rätt tillfälle ger bättre förutsättningar för inblandade aktörer i integrerade verksamheter att erbjuda hälso- och sjukvård och sociala insatser av rätt kvalitet.

Direktåtkomst är idag exempelvis tillåtet inom hälso- och sjukvården enligt regelverket för sammanhållen journalföring. Genom den sammanhållna journalföringen i hälso- och sjukvården ges en tillgänglighet till uppgifter om patienter som kan medföra att informationen följer patienten i olika vårdkedjor och vårdprocesser. För att ytterligare förbättra möjligheterna till en sammanhållen informationshantering lämnar utredningen i betänkandet även förslag på ökade möjligheter till direktåtkomst mellan vårdgivare inom ett landstings eller inom en kommuns ansvarsområde. Därutöver föreslår vi att utförare i socialtjänsten under vissa förutsättningar ska få utbyta uppgifter om enskilde genom direktåtkomst.

Några regler som möjliggör direktåtkomst mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns dock inte idag. Vid införandet av patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, konstaterade regeringen att när det gäller överföring av uppgifter från kommunal hälso- och sjukvård till socialtjänst att det många gånger finns behov att socialtjänstpersonal får del av vårddokumentation om patienter i den vardagliga vården och omsorgen om äldre eller funktionshindrade som också inbegriper stöd och eller andra insatser inom socialtjänsten.¹ Regeringen föreslog då inte bestämmelser om gränsöverskridande direktåtkomst för utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvård till socialtjänst eftersom utlämnande genom direktåtkomst är en särskilt integritetskänslig form av utlämnande.

¹ Prop. 2007/08:126 s. 173

Dokumentationsosäkerhet och dubbeldokumentation

Enligt utredningens erfarenhet finns det idag dels en osäkerhet om vad som ska dokumenteras i hälso- och sjukvården respektive i socialtjänsten, dels ibland en dubbeldokumentation till följd av denna osäkerhet. Äldreomsorgen är ett tydligt exempel på ett verksamhetsområde som idag har vissa möjligheter att dela information mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården eftersom personalen utför både socialtjänst och hälso- och sjukvård. En undersköterska på ett särskilt boende dokumenterar både i en hälso- och sjukvårdsjournal och i en social dokumentation. Många gånger är det dock, enligt utredningens uppfattning, inte helt klart för undersköterskan vad som ska dokumenteras var. När det gäller sådan dokumentation i integrerade verksamheter finns sannolikt behov av ytterligare riktlinjer från ledningen och annat kunskapsstöd från t.ex. Socialstyrelsen, som tydligare beskriver vilken information om enskilda som ska dokumenteras i de olika delarna av verksamheten. Undersköterskor står idag med ett ben i hälso- och sjukvården och ett annat i socialtjänsten och ska utifrån denna position försöka avgöra vilka uppgifter som ska dokumenteras var.

Vi tror att en direktåtkomst mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten skulle kunna vara en av flera faktorer som skulle kunna råda bot på den rådande osäkerheten och bidra till en mer effektiv informationshantering med större nytta för den enskilde individen. Om behoven för den enskilde är så sammansatta att det knappt går att skilja på vad som är hälso- och sjukvård och vad som är socialtjänst anser vi att inte att det är helt ändamålsenligt att fokusera på var en viss informationsmängd är dokumenterad. Det viktiga bör istället vara att informationen är tillgänglig för den som i konkreta situationer behöver den för att utföra så bra vård- och omsorgsinsatser som möjligt.

Utredningen anser även att utvecklingsarbeten inom områden som informatik och teknik i stor utsträckning skulle kunna bidra till att minska svårigheterna att avgöra vad som ska dokumenteras var. I arbetet med att ta fram gemensamma termer och begrepp och med att införa en strukturerad vård- och omsorgsdokumentation kan lämpligen även tekniska lösningar införas, som så långt möjligt är förinställda för att kunna hänföra och koppla vissa informationsmängder till hälso- och sjukvården och andra till socialtjänsten. Det skulle då inte vara upp till den enskilde yrkesutövaren att alltid behöva ta ställning till saken. Som exempel på en sådan

utveckling kan Motala kommuns arbete med strukturerad dokumentation i socialtjänsten nämnas.

Att tillhandahålla legala möjligheter till direktåtkomst skulle i vissa verksamheter även kunna innebära att yrkesutövaren kan ta del av all relevant information i ett och samma gränssnitt. En möjlig effekt av det skulle vara att behovet av att hänföra viss information till hälso- och sjukvården och viss till socialtjänsten skulle minska. En sådan utveckling skulle även leda till att tillsynen på området kunde bli mer inriktad på att granska helheten när det gäller dokumentationen i verksamheten. Tillsynen på området skulle då kunna inrikta sig på att granska om uppgifterna finns tillgängliga för dem som har behov av det, istället för att kontrollera var en uppgift har dokumenterats.

Vad bör vara grunden för ett utlämnande genom direktåtkomst?

Utredningen anser att direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i integrerade verksamheter är ett fullt möjligt alternativ. Men möjligheten till sådan direktåtkomst måste enligt vår mening vara förenade med tydliga krav som tillgodoser behovet av skydd för den personliga integriteten.

Den grundläggande utgångspunkten i både hälso- och sjukvården och socialtjänsten är frivillighet. Det är den enskilde som ska bestämma om han eller hon vill ta emot ett erbjudande om till exempel en viss social tjänst eller inte. Det behov av informationsutbyte som vi har beskrivit i ovan nämnda verksamheter är visserligen omfattande, men å andra sidan behöver information oftast inte färdas före individen. Det uppstår inte sådana behov av snabb tillgång till information som vid akuta hälso- och sjukvårdsinsatser eller vid annan oplanerad vård. Det finns därför inte skäl att låta information om individen finnas potentiellt tillgänglig innan han eller hon är aktuell i en viss integrerad verksamhet, t.ex. inflyttning i särskilt boende, beviljande av hemsjukvård, behandlingsstart i en integrerad verksamhet för personer med missbruk och psykisk ohälsa.

Ett krav på att samtycke från den enskilde ska inhämtas innan direktåtkomst får medges skulle kunna innebära en bra balans mellan den enskildes behov av förutsebarhet m.m. samtidigt som intresset av förbättrad informationshantering i aktuella fall tillgodoses. Utredningen bedömer att det i många fall skulle vara

tillräckligt att inhämta samtycke från den enskilde när en insats har beslutats eller påbörjats för att behovet av rätt information vid rätt tillfälle ska tillgodoses. Att införa ett krav på samtycke väcker dock frågor om hur informationshanteringen avseende personer som saknar förmåga att samtycka till personuppgiftsbehandling ska hanteras.

Några utmaningar att överväga

När bestämmelser om direktåtkomst övervägs aktualiseras flera frågor av rättslig karaktär. Lagtekniskt behöver exempelvis bestämmelser om direktåtkomst förenas med *sekretessbrytande bestämmelser*, som gör det möjligt för aktörerna att ta del av uppgifter genom direktåtkomst utan hänsyn till sekretess.

Av förarbeten till patientdatalagen framgår vidare att uppgifter som är tillgängliga genom direktåtkomst hos en myndighet utgör *allmänna handlingar* hos den myndigheten.² Regeringen anför att om uppgifter görs tillgängliga för andra myndigheter som deltar i ett för system för sammanhållen journalföring, blir uppgiften enligt huvudregeln i 2 kap. 3 § andra stycket första meningen tryckfrihetsförordningen att anses som en *förvarad och inkommen* allmän handling hos varje ansluten annan myndighet redan genom den tekniska och potentiella möjlighet som dessa har att ta fram uppgiften. Även journalhandlingar och andra uppgifter som görs tillgängliga för myndigheter av privata vårdgivare, blir redan vid tillgänglighetsförändringen inkomna allmänna handlingar hos alla anslutna myndigheter som tekniskt kan bereda sig tillgång till uppgifterna.

Utredningen gör bedömningen att motsvarande resonemang skulle bli tillämpligt om uppgifter görs tillgängliga för andra myndigheter genom direktåtkomst också mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. En konsekvens av att sådana uppgifter utgör allmänna handlingar hos alla anslutna myndigheter, oavsett vem som infört uppgifterna i systemet, är att en begäran att få del av sådana uppgifter kan göras hos vem som helst av de anslutna myndigheterna. Vid införandet av bestämmelser om direktåtkomst kan därför även behöva övervägas om det finns behov av bestämmelser om absolut sekretess, som förhindrar en större spridning av uppgifter än vad som är motiverat med hänsyn till det grundläggande behovet för uppgiftsutbytet.

² Prop. 2007/08:126 s. 123 f.

Direktåtkomst mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska göras möjlig

I hälso- och sjukvårdsdatalagens mening är direktåtkomst en speciell form av elektroniskt utlämnande av personuppgifter till en mottagare utanför vårdgivarens organisation. Direktåtkomst skiljer sig från andra typer av elektroniska utlämnanden genom att det är mottagaren av uppgifterna som bereder sig tillgång till informationen utan att den som lämnar ut informationen vidtar någon åtgärd med informationen vid överföringstillfället, till exempel en sekretessprövning. I de här fallen är det fråga om ett helt automatiskt utlämnande. Mot bakgrund av grundläggande bestämmelser om den enskildes självbestämmande brukar utlämnande genom direktåtkomst anses vara en särskilt integritetskänslig form av utlämnande. I kapitel 11 och 26 går utredningen igenom vad som avses med utlämnande genom direktåtkomst.

När det gäller insatser för äldre och psykiskt sjuka är samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänsten är nödvändigt. En bra samverkan mellan olika huvudmän och utförare utgör grunden till att den enskilde får en så god och säker vård och omsorg som han eller hon har rätt att förvänta sig. När det gäller missbruksproblem är det två huvudmän som har ansvaret för vården. Båda huvudmännens insatser måste i många fall samordnas för att individens behov ska kunna tillgodoses utifrån ett helhetsperspektiv. Utredningen har noterat att man idag löser frågan om informationshanteringen genom att inhämta samtycke från den enskilde. Samtycke och delaktighet med den enskilde individen är grunden och målet med insatserna inom både vård och omsorg. En viktig utgångspunkt är att den enskilde ska medverka och aktivt ta ansvar för vilka insatser som man vill ha.

I ovan nämnda verksamheter handlar det om ett informationsutbyte som behövs kontinuerligt och som gäller både uppgifter om vård och omsorg. När det gäller integrerade verksamheter med vård- och omsorgsinsatser över en längre tid är verksamheterna och insatserna många gånger så sammankopplade att det inte går att urskilja var eventuella gränser går. En förutsättning för en bra vård och ett bra omhändertagande i dessa verksamheter är att alla inblandade har tillgång till rätt information – oavsett om uppgifterna dokumenterats i en patientjournal eller i den sociala dokumentationen.

Vi anser att det skulle kunna förbättra såväl de medicinska som sociala insatserna att tillåta direktåtkomst mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när det gäller uppgifter om enskilda som har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Det skulle även kunna höja kvaliteten på dokumentationen och minska riskerna för att viktig information inte når rätt mottagare, t.ex. läkaren i hemsjukvården, bara för att uppgifterna råkar vara dokumenterade i den sociala dokumentationen istället för i patientjournalen. Direktåtkomsten skulle ge bättre förutsättningar för primärvårdsläkaren att ta emot, utreda och behandla den äldre personen med sammansatta behov av vård- och omsorgsinsatser. Vidare skulle det bli möjligt att skapa en röd tråd i dokumentationen. En direktåtkomst möjliggör utvecklingen av ett gränssnitt som presenterar information från olika utförare sida vid sida på ett sådant sätt att mottagaren får den överblick som krävs för att effektivt och säkert kunna fatta bra beslut om vård- och omsorgsinsatserna. Det krävs därför omfattande utveckling i frågor som rör informatik och teknik för att kunna realisera de nyttoeffekter som en direktåtkomst till uppgifter i integrerade verksamheter skulle kunna ha.

Även om varje inblandad vårdgivare och utförare dokumenterar i sina system behöver således ett gränssnitt utvecklas som gör att innehållet i dessa olika system kan presenteras på ett överskådligt och ändamålsenligt sätt. Det skulle kunna göras i lokala och mer verksamhetsanpassade lösningar och gränssnitt, men även genom att använda regionalt eller nationellt framtagna lösningar som exempelvis den Nationella Patientöversikten (NPÖ).

När det gäller informationsutbytet inom den kommunala hälso- och sjukvården gäller att uppgifter får utbytas genom direktåtkomst i de fall kommunen bedriver hälso- och sjukvård genom flera myndigheter, exempelvis geografiskt avgränsade nämnder som alla står för hälso- och sjukvården inom sitt geografiska område. Det är helt naturligt att olika myndigheter inom en kommun som alla bedriver hälso- och sjukvård ska kunna ha direktåtkomst till varandras uppgifter. Vi kan inte blunda för att behovet av ett sådant informationsutbyte är lika stort, om inte ännu större, mellan den hälso- och sjukvård och den socialtjänst som bedrivs i de särskilda boendeformerna.

Även vid direktåtkomst skulle förvisso gränsdragningsfrågor om vad som är att betrakta som hälso- och sjukvårdsinformation

och socialtjänstinformation finnas kvar, men konsekvenserna av en sådan uppdelning skulle bli avsevärt mindre än idag.

Utredningen vill hävda att utlämnande genom direktåtkomst mellan aktörer i integrerade verksamheter medför goda förutsättningar att förverkliga det grundläggande syftet med Ädelreformen; att kunna ge personer med behov av långvariga insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst samordnade insatser. Sammantaget talar övervägande skäl för att det ska vara möjligt för hälso- och sjukvården och socialtjänsten att, under vissa förutsättningar, utbyta uppgifter genom direktåtkomst.

Närmare förutsättningar för utlämnandet genom direktåtkomst

Mot bakgrund av vad som redovisats föreslår utredningen att det ska bli tillåtet för vårdgivare och för de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten att medge varandra direktåtkomst till vårdokumentation respektive uppgifter som behandlas för dokumentation av genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling, om uppgifterna rör en enskild med behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Detta under förutsättning att uppgifterna behövs för vården och insatserna och att den enskilde samtycker till det. Bestämmelser som reglerar detta ska finnas för respektive verksamhet i hälso- och sjukvårdsdatalagen och i socialtjänstdatalagen.

De uppgifter som den som bedriver verksamhet inom socialtjänst ska få medge vårdgivare direktåtkomst till är personuppgifter som behandlas för att genomföra beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling. Direktåtkomst ska även få medges till personuppgifter för att genomföra insatser i form råd och stöd om den enskilde samtyckt till personuppgiftsbehandlingen. Uppgifterna som får omfattas av direktåtkomst är alltså uppgifter i samband med genomförande av insatser. Direktåtkomst ska alltså inte vara tillåten avseende uppgifter om handläggning inför beslut om bistånd.

Vårdgivare får medge den som bedriver verksamhet inom socialtjänst direktåtkomst till vårdokumentation avseende den enskilde som är föremål för socialtjänstens insatser. Med vårdokumentation avses personuppgifter som behandlas för ändamål som avses i 2 kap. 5 § 2 och 3 i vårt förslag till hälso- och sjukvårdsdatalag. Det är uppgifter som behövs för att fullgöra

journalföringsplikten och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter samt för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall. Definitionen av begreppet vårdokumentation finns angiven i utredningens förslag till hälso- och sjukvårdsdatalag.

Vårdgivare och de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får bara medge varandra direktåtkomst om uppgifterna rör en enskild med behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det är således individens behov av samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i frågor om informationshantering som ska vara vägledande. För att ömsesidig åtkomst ska bli aktuell krävs att den enskilde får insatser enligt socialtjänstlagen. Insatserna för den som har behov av både vård och omsorg ska grunda sig på beslut om bistånd eller genomföras som råd och stöd. Förutsättningarna för direktåtkomst är således i praktiken knutna till genomförande av insatser enligt socialtjänstlagen antingen med stöd av beslut om insats eller med stöd av att den enskilde har samtyckt till att få insatser i form av råd och stöd och samtyckt till att dessa uppgifter behandlas.

För att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska få medge vårdgivare inom hälso- och sjukvården direktåtkomst till personuppgifter krävs att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador inom hälso- och sjukvården. På motsvarande sätt krävs att uppgifterna kan antas ha betydelse för att genomföra beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling för att en vårdgivare ska få medge direktåtkomst till den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten.

Det som utredningen vill uppnå är att det ska vara möjligt att, med den enskildes behov och bästa för ögonen, genomföra insatser i de integrerade verksamheterna med bästa möjliga informationsunderlag. Direktåtkomsten ska av den anledningen endast vara tillåten under den tid som den enskilde har behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst, dvs. får de planerade insatserna, se vidare avsnitt 32.3.6.

Utredningen föreslår också, som ett grundläggande villkor för att vårdgivaren och den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska få medge varandra direktåtkomst, att den enskilde samtycker till det. Redan idag bygger de integrerade verksamheternas informationsutbyte på att den enskilde har brutit sekre-

tessen mellan de olika verksamheterna genom att lämna sitt samtycke. För att de integrerade verksamheterna ska kunna ge den enskilde god vård och omsorg är den enskildes delaktighet ofta i hög grad nödvändig. Det är därför naturligt att den enskilde också får ta ställning till formen för informationsutbyte – om det utbyte av uppgifter som behövs för insatserna ska få göras genom direktåtkomst. För att ytterligare tillgodose den enskildes behov av integritetsskydd tydliggörs genom utredningens förslag att utlämnandet genom direktåtkomst ska begränsas till den tid när ett sådant behov av informationsutbyte föreligger för individen. Längre fram redogörs för vårt förslag om att utlämnande genom direktåtkomst endast får äga rum så länge den enskildes insatser inom socialtjänsten pågår. Genom författningskonstruktionen tydliggörs även att det aldrig kan vara fråga om en större potentiell tillgång till uppgifter om individer än vad som motsvaras av de konkreta behoven i varje enskild situation.

För vissa former av integrerade verksamheter kan behovet tillgodogöras såväl enklast och bäst genom ömsesidig direktåtkomst mellan hälso- och sjukvårds och socialtjänst. Sådana verksamheter kan då välja detta alternativ. Ett system för direktåtkomst kan utformas på ett sådant sätt att det för användarna i det närmaste framstår som en gemensam dokumentation. En ändamålsenlig teknisk implementering kan således möjliggöra att de som arbetar tillsammans för att tillgodose individens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst får en gemensam bild av individens hälsosituation och behov. Ett exempel på en sådan teknisk lösning som syftar till att skapa en sådan översiktssbild om en individ är hälso- och sjukvårdens Nationella patientöversikt, NPÖ.

Det finns naturligtvis en mängd andra sätt att arrangera informationsutbytet genom direktåtkomst på, där ett exempel helt enkelt är att de olika verksamheterna ges direktåtkomst till de delar av varandras system där de aktuella individernas personuppgifter behandlas. En sådan lösning innebär att hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan hitta och titta i varandras system, utan att en gemensam bild eller översikt skapas. Vid en sådan direktåtkomst är det nödvändigt att vårdgivaren och den som bedriver verksamhet i socialtjänsten ser till att endast uppgifter rörande enskilda som har lämnat sitt samtycke är tekniskt åtkomliga genom direktåtkomst. En vårdgivare eller den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får således inte medges en större potentiell tillgång till

personuppgifter än vad som är lagligt med hänsyn till bestämmelserna i hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen.

Vidare finns en mängd olika tänkbara scenarion för vilka aktörer som kan samarbeta i frågor om direktåtkomst enligt utredningens förslag. Det kan exempelvis handla om att en vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård på särskilt boende eller i hemsjukvården utbyter uppgifter genom direktåtkomst med den eller de utförare av socialtjänst som står för insatser till den enskilde. Det kan även handla om att vårdgivare i den landstingsfinansierade delen av hälso- och sjukvården lämnar ut uppgifter genom direktåtkomst till den enskildes utförare av socialtjänst. Även det omvända omfattas naturligtvis också av utredningens förslag, dvs. att socialtjänsten lämnar ut uppgifter till en landstingsfinansierad vårdgivare. På ett sådant sätt kan exempelvis en primärvårdsläkare ges möjlighet att ta del av aktuella och relevanta uppgifter som dokumenterats inom ramen för socialtjänsten.

32.3.5 Direktåtkomst avseende vuxna med inte endast tillfälligt nedsatt beslutsförmåga

Vårt förslag: Om den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till direktåtkomsten får den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten medge vårdgivare direktåtkomst till personuppgifter som behandlas för genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling. Detta under förutsättning att uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård eller behandling som är nödvändig med hänsyn till den enskildes hälsotillstånd. På motsvarande sätt får vårdgivare genom direktåtkomst lämna ut uppgifter till den som bedriver socialtjänst om uppgifterna kan antas ha betydelse för att genomföra insatser som är nödvändiga med hänsyn till den enskildes behov. I båda fallen är en grundförutsättning att den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Bestämmelser som reglerar detta ska finnas i hälso- och sjukvårdsdatalagen respektive socialtjänstdatalagen.

Utredningen föreslår bestämmelser i hälso- och sjukvårdsdatalagen och i socialtjänstdatalagen för att möjliggöra att även vuxna med en inte endast tillfälligt nedsatt beslutsförmåga ska kunna dra nytta av

möjligheten till direktåtkomst i integrerade verksamheter. Det är nödvändigt för att på bästa sätt kunna tillgodogöra den enskildes behov av vård och omsorg.

Vi anser att det inte skulle vara acceptabelt att de som inte har samma möjligheter att värdera information och lämna samtycken till informationsutbytet skulle ställas utanför möjligheterna till integrerad vård och omsorg med ändamålsenlig informationshantering. Dessa personer som kan ha svårt att själva vara informationsbärare har sannolikt ett större behov av fungerande informationsöverföring än andra individer. Samtidigt måste både insatserna och informationshanteringen genomföras med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Förutsättningarna för att hantera uppgifter om den enskilde måste därför vara rimliga med hänsyn till de olika intressen som gör sig gällande.

Den som saknar förmåga att samtycka till vård eller sociala insatser och den informationshantering som föranleds av vården och omsorgen har ett alldeles särskilt behov av lagstiftning som ger ökad trygghet och skydd. Därför lägger vi förslag som möjliggör ett säkert och effektivt informationsutbyte även avseende personer med inte enbart tillfälligt nedsatt beslutsförmåga.

En vårdgivare som deltar i en integrerad verksamhet och avser att göra uppgifter tillgängliga genom direktåtkomst för den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten måste bedöma om patienten har förmåga att lämna ett samtycke till direktåtkomsten. Beslutsförmågan bör bedömas i relation till förmågan hos personen att tillgodogöra sig information om den aktuella personuppgiftsbehandlingen och självständigt överväga och ta ställning till åtgärden. Utredningens uppfattning är att en persons förmåga att i det aktuella avseendet ge uttryck för sin inställning måste bedömas i det enskilda fallet och som utgångspunkt vara neutral i förhållande till funktionshinder, diagnoser m.m. Utgångspunkten ska alltid vara att så långt möjligt låta den enskilde själv ta ställning.

Villkoren för att direktåtkomst ska kunna användas för utbyte av vård och omsorgsdokumentation i integrerade verksamheter när den enskilde själv inte kan ge sitt samtycke är att den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten och att uppgifterna kan antas ha betydelse för att han eller hon ska få de insatser som han eller hon behöver. De grundläggande förutsättningarna motsvarar således de som gäller för individer som kan ta ställning till informationsutbytet.

När en patient inte kan samtycka till att ta emot hälso- och sjukvårdsinsatser är praxis, så som vi uppfattar det, att personalen ger patienten den vård man bedömer vara det bästa för patienten. Om patienten inte kan samtycka ges vården således utifrån en bedömning av vad som är bäst för patienten i det enskilda fallet.

Bland annat mot bakgrund av vad som får anses utgöra praxis vid ställningstagande till hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som inte kan samtycka till vården gör utredningen bedömningen att det även i integrerade verksamheter bör göras en samlad bedömning av vilken vård och vilka insatser som är bäst för den enskilde i det enskilda fallet och vilken information som då är nödvändig att ta del av. Om personalen, i förekommande fall med stöd av närstående, bedömt vilken insats som är bäst för individen i det enskilda fallet bör personalen även få dela den information som är nödvändig för att vård- och omsorgsinsatserna ska kunna utföras i rätt tid och med hög kvalitet och säkerhet.

När det gäller utlämnande av uppgifter på annat sätt än genom direktåtkomst finns redan idag ett undantag från sekretess avseende den som saknar beslutsförmåga. I hälso- och sjukvården gäller att om en enskild på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut hindrar inte sekretess att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvård till en annan vårdgivare eller till den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten (25 kap. 13 § OSL). Utredningen har föreslagit att motsvarande lätnad i sekretessen ska gälla för uppgifter inom socialtjänsten, se kapitel 21.

Vi anser att utlämnande av uppgifter genom direktåtkomst för att erbjuda insatser i en integrerad verksamhet till den som inte själv kan lämna sitt samtycke ska kunna göras under samma villkor som gäller vid andra typer av utlämnande. Om uppgifterna behövs för att den enskilde ska få nödvändiga insatser i den integrerade verksamheten ska uppgifterna få utbytas med hjälp av direktåtkomst mellan de deltagande aktörerna.

Utredningen anser att även den som har nedsatt beslutsförmåga måste få dra nytta av ett mer ändamålsenligt informationsutbyte mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Med ett bättre informationsutbyte följer bättre förutsättningar för att erbjuda en god vård och omsorg.

Vidare anser utredningen att behovet av skydd för den enskildes personliga integritet tillgodoses på flera olika sätt. En sådan omständighet är att den direktåtkomst som föreslås endast får förekomma när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. Någon potentiell tillgång till uppgifter om individer ifall dessa konkreta behov inte föreligger ska således inte få förekomma. Vidare föreslår vi i det följande, för att ytterligare anpassa möjligheten till direktåtkomst efter den enskildes behov av ett sådant informationsutbyte, att direktåtkomst endast får vara tillåten så länge den enskilde har insatser från socialtjänsten. Därutöver gäller de olika lagstiftningarnas grundläggande regler om behörighetsstyrning och åtkomstkontroll m.m. även vid den direktåtkomst det här är fråga om.

32.3.6 Direktåtkomst är tillåten endast så länge det konkreta behovet finns

Vårt förslag: Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får medge vårdgivare inom hälso- och sjukvården direktåtkomst endast under den tid den enskilde är föremål för genomförande av bistånd, stödinsatser, vård eller behandling hos den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten.

En vårdgivare får medge den som bedriver verksamhet inom socialtjänst direktåtkomst endast under den tid den enskilde är föremål för genomförande av beslut av bistånd, stödinsatser, vård eller behandling hos den som bedriver socialtjänst.

Vi föreslår att det tydligt regleras under vilken tid ömsesidig direktåtkomst är tillåten. Syftet med möjlighet till direktåtkomst är att den insats som den enskilde ska få ska kunna genomföras med bästa möjliga informationsunderlag. Detta underlag består av dokumentation från såväl hälso- och sjukvården och socialtjänsten. När den planerade insatsen är genomförd ska direktåtkomsten upphöra. Uppgifterna får inte finnas potentiellt tillgängliga efter det att insatsen för den enskilde är slutförd.

För vårdgivarens del begränsas tiden under vilken direktåtkomst får medges av att vårdgivaren enbart får medge den som bedriver socialtjänst direktåtkomst till uppgifter som avser en patient med behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst, och som är

föremål för genomförande av bistånd, stödinsatser, vård eller behandling hos denne.

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänst begränsas förstås av samma villkor när det gäller den tid under vilken utlämnande genom direktåtkomst är tillåten. Förutsättningarna för direktåtkomst är knuten till genomförande av insatser enligt socialtjänstlagen antingen med stöd av beslut om insats eller med stöd av att den enskilde samtyckt får insatser i form av råd och stöd och samtyckt till att dessa behandlas. Direktåtkomsten ska därför enbart vara tillåten under den tid som den enskilde får de planerade insatserna.

32.3.7 Direktåtkomst ska föregås av risk- och sårbarhetsanalys och överenskommelse om skyddet för uppgifterna

Vårt förslag: Innan direktåtkomst får medges ska en vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänst genomföra en risk- och sårbarhetsanalys och komma överens om hur informationssäkerheten och skyddet för personuppgifterna ska tillgodoses

Av överenskommelsen ska framgå hur personuppgiftsansvaret är fördelat med avseende på övergripande tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder.

Vårt förslag om möjlighet till direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i integrerade verksamheter innebär en ny form av informationsutbyte. Syftet är att rätt information ska finnas tillgänglig för rätt personer. Sådana möjligheter att använda ny teknik för ändamålsenligt informationsutbyte får bara användas under säkra former. Såväl den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten som vårdgivaren är ytterst ansvariga i sina verksamheter för en säker behandling av personuppgifter i verksamheten. Detta ansvar innebär t.ex. att personuppgifter ska behandlas på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. I detta ansvar för personuppgifterna som behandlas i verksamheten ingår också att utlämnande av uppgifter måste göras på ett säkert sätt.

Mot den bakgrunden ska vårdgivare och den som bedriver socialtjänst vara skyldiga att göra en risk- och sårbarhetsanalys och komma överens om hur informationssäkerheten och skyddet för

personuppgifterna ska tillgodoses. Risk- och sårbarhetsanalysen ska därmed utgöra en grund för överenskommelsens innehåll och omfattning. Därutöver kan risk- och sårbarhetsanalysen även resultera i att en av aktörerna, eller aktörerna tillsammans, kan behöva vidta åtgärder innan uppgifter lämnas ut genom direktåtkomst. Om risk- och sårbarhetsanalysen exempelvis visar att någon av de samverkande aktörerna saknar väsentliga förutsättningar att skydda personuppgifterna i enlighet med de krav på informationssäkerhet och integritetsskydd som ställs vid behandling av så pass känsliga personuppgifter det här är fråga om, ska dessa brister avhjälpas innan exempelvis utlämnande genom direktåtkomst medges. I risk- och sårbarhetsanalysen bör bland annat ingå frågor om de samverkande aktörernas förutsättningar att leva upp till hälso- och sjukvårdsdatalagens och socialtjänstdatalagens krav på behörighetsstyrning och åtkomstkontroll.

Vidare föreslår utredningen att det av överenskommelsen ska framgå hur personuppgiftsansvaret är fördelat avseende på frågor om tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder.

Hur överenskommelsen ska tecknas är upp till parterna att avgöra. Det kan exempelvis vara fråga om en kombination av flera åtgärder, t.ex. ett avtal som i vissa delar kompletteras av att parterna ansluter sig till ett eller flera utpekade regelverk för informationssäkerhet. Se vidare kapitel 10 och 26 där utredningen mer utförligt behandlat kravet på risk- och sårbarhetsanalys samt överenskommelse.

32.3.8 Bevarande och gallring vid direktåtkomst

Vårt förslag: När handlingar är tillgängliga för en vårdgivare och den som bedriver socialtjänst genom direktåtkomst gäller skyldigheten att bevara handlingen endast den som ansvarar för handlingen. Övriga myndigheter får gallra handlingen. Bestämmelser om detta överförs från patientdatalagen till hälso- och sjukvårdsdatalagen och nya bestämmelser tas in i socialtjänstdatalagen.

Utredningen föreslår att den nuvarande bestämmelsen i 6 kap. 8 § patientdatalagen om bevarande och gallring vid sammanhållen journalföring överförs till hälso- och sjukvårdsdatalagen. Bestäm-

melsen är även tillämplig för sådan direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst som omfattas av utredningens förslag och har därför i allt väsentligt redovisats tidigare i detta betänkande. Se avsnitt 13.4.7.

I socialtjänstdatalagen införs en ny, motsvarande bestämmelse. Se avsnitt 27.2.6.

32.3.9 Fråga om absolut sekretess

Vår bedömning: På grund av den rättsliga konstruktionen för direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst kommer den potentiella tillgången till uppgifter inte att vara större än vad som omfattas av det konkreta behovet. Några bestämmelser om absolut sekretess som motsvarar vad som idag gäller vid samarbete genom sammanhållen journalföring i hälso- och sjukvården bedöms därför inte behövas.

Villkoren för att få medge en sådan direktåtkomst som utredningen har föreslagit är att den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och att uppgifterna kan ha betydelse för att genomföra bistånd, stödinsats eller vård och behandling och att patienten samtycker till det.

I ett samarbete som innefattar direktåtkomst enligt dessa regler kommer det därför inte att finnas potentiellt tillgängliga uppgifter om enskilda som inte är aktuella hos en myndighet som får en förfrågan om utlämnande av allmän handling. De handlingar om enskilda som en myndighet har tillgång till genom denna form av direktåtkomst är handlingar som berör enskilda som är aktuella hos myndigheten. Handlingarna får endast finnas tillgängliga genom direktåtkomst under den tid som den enskilda är föremål för insatser hos den som bedriver socialtjänst. Utredningen gör därför bedömningen att det inte behövs någon bestämmelse om absolut sekretess för uppgifter som är tillgängliga genom denna typ av direktåtkomst. Det behövs – till skillnad mot vad som gäller vid sammanhållen journalföring – ingen sådan regel om absolut sekretess för att förhindra åtkomst till uppgifter som en myndighet inte har rätt att ta del av. Direktåtkomst genom sammanhållen journalföring innebär ju en potentiell tillgång även till uppgifter som myndighet inte har rätt att ta del av, vilket inte är fallet när det

gäller sådan direktåtkomst i integrerade verksamheter som vi föreslår.

En begäran att få ta del av en allmän handling ska alltså prövas av den eller de myndigheter hos vilken begäran görs, se 2 kap. 14 § tryckfrihetsförordningen. Vid prövningen hos den aktuella myndigheten bör vanlig hälso- och sjukvårds- eller socialtjänstsekretess gälla för sådana uppgifter med samma styrka som vanligt, dvs. med ett omvänt skaderekvisit. Det innebär att möjligheterna för allmänheten att med stöd av tryckfrihetsförordningens bestämmelser få ta del av allmänna handlingar hos de deltagande myndigheterna är mycket små.

32.3.10 Gemensam vård- och omsorgsjournal för personer med behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård

Vårt förslag: Det ska, under vissa förutsättningar, vara möjligt för vårdgivare och för de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten att föra en gemensam vård- och omsorgsjournal. En förutsättning är att den enskilde har behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst samt att uppgifterna kan antas ha betydelse för att genomföra beslut om bistånd, stödinsats, vård eller behandling och för att förebygga, utreda, eller behandla sjukdomar och skador inom hälso- och sjukvården.

Grunden för samarbetet ska vara en överenskommelse mellan en eller flera vårdgivare och den eller de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten.

Vård- och omsorgsjournalen ska få föras för att behandla personuppgifter som behandlas för ändamålet vårdokumentation tillsammans med de personuppgifter som behövs för att genomföra beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling inom socialtjänsten. Bestämmelserna som medger detta ska finnas i hälso- och sjukvårdsdatalagen respektive socialtjänstdatalagen.

Inledning

En grundläggande förutsättning för att samverkan ska fungera genom hela vårdkedjan är att den information som behövs för att planera den enskildes vård och omsorg finns tillgänglig och kan

överförs mellan olika vård- och omsorgsgivare. Sådan samverkan försvåras i integrerade verksamheter av den omständigheten att dokumentationen i princip måste föras på flera olika ställen. Inom äldreomsorgen kan det handla om att dokumentation om en individ hanteras i en patientjournal hos primärvården där läkaren gör sina anteckningar, i en patientjournal hos den kommunala hälso- och sjukvården och – när det gäller de sociala insatserna – i en socialtjänstakt. De två sistnämnda dokumentationskategorierna – patientjournalen i kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänstakten – förs ofta inom ramen för en och samma myndighetsorganisation i en integrerad verksamhet. Därutöver tillkommer inte sällan dokumentation om den äldre i sluten- och specialistsjukvården.

Motsvarande exempel finns även på flera andra områden, t.ex. inom ramen för ungdomsmottagningarnas verksamhet, inom psykiatri, i vården och omsorgen om personer med funktionshinder eller i missbruks- och beroendevården. I princip kan det röra alla områden där en enskild har behov av samordnade insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Bestämmelserna om dokumentation inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten har till viss del olika syften och utgångspunkter. Skillnaderna kan sägas återspegla den grundläggande skillnaden mellan hälso- och sjukvårdslagstiftningen och socialtjänstlagstiftningen. Medan beslut om insatser enligt socialtjänstlagen regelmässigt utgör myndighetsutövning mot enskild efter att beslut fattats av socialnämnden, eller av tjänstemän på delegation av nämnden, bygger regleringen av hälso- och sjukvården i högre grad på ett professionellt ansvar från den enskilde yrkesutövaren.

Genom åren har det ofta diskuterats om det borde vara tillåtet med en gemensam dokumentation när det till exempel gäller vård och omsorg av äldre. I de verksamheter där det inte finns sekretessgränser finns dessutom alltför svårigheter med att avgöra vilken dokumentation som ska hänföras till sjukvård respektive socialtjänst. Denna uppdelning mellan olika journalsystem är svår att motivera i integrerade verksamheter, t.ex. i särskilda boende.

Socialstyrelsen har i rapporten Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre (delrapport 2012) konstaterat att dokumentationen i samband med vård och omsorg om äldre behöver utvecklas. Av rapporten framgår bland annat att det finns behov av utveckling i verksamheterna avseende hanteringen av dokumentationen, främst enligt socialtjänstlagen men även enligt patient-

datlagen. Många planer för genomförande av insatserna är knapphändiga, följs inte upp och i sämsta fall saknas sådana planer. Den äldre personens delaktighet i upprättandet av planen framgår inte av dokumentationen. Löpande journalföring enligt socialtjänstlagen och patientdatalagen blandas samman.

Lagtekniska utmaningar

Samverkansutredningen undersökte bland annat om det var möjligt med en gemensam dokumentation i den kommunala vård och omsorgen av äldre i de särskilda boendena.³ Den utredningen konstaterade att de lagtekniska svårigheterna att åstadkomma en möjlighet till gemensam dokumentation var betydande och skulle förutsätta ändringar i en rad olika bestämmelser.

Samverkansutredningen analyserade alternativet att avskaffa kravet på dokumentation i socialtjänsten när det gäller löpande anteckningar i äldreomsorgen under förutsättning att dokumentationen istället gjordes inom hälso- och sjukvården (i patientjournalen). En sådan möjlighet sågs dock inte som lämplig mot bakgrund av de principiella skillnader som finns mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och de olika syften som dokumentationen på respektive område ska tjäna. De sociala anteckningarna ska även kunna användas som instrument för uppföljning och utvärderingen inom socialtjänsten och skulle med en sådan lösning ”medikaliseras” i sådan grad att de inte längre skulle tjäna sitt huvudsyfte att vara ett arbetsinstrument inom socialtjänsten. Vi delar denna bedömning. En gemensam journal bör enligt vår mening kunna uppfylla både de syften som gäller för dokumentation inom socialtjänsten och också de som gäller för patientjournalen.

Samverkansutredningen anförde vidare att under förutsättning av att man iakttar gällande bestämmelser om *sekretess* och s.k. *inre sekretess* finns det i princip inte något som hindrar att man i en integrerad verksamhet håller nödvändig dokumentation om den enskilde samlad. Utredningen konstaterade att frågan många gånger kan lösas praktiskt i samråd med den enskilde. Mot bakgrund av att de lagtekniska svårigheterna att åstadkomma en möjlighet till gemensam dokumentation var betydande och att

³ Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård och omsorgsområdet, SOU 2001:114.

tillgången till information redan fanns föreslog inte utredningen någon förändring när det gäller en samlad dokumentation.

Vi anser att nödvändig information måste kunna hållas samlad med hjälp av modern teknik. Vi vill därför utmana svårigheterna att hitta lagtekniska lösningar för en gemensam vård- och omsorgs-journal. Om lagstiftaren vill ha en lösning på de dokumentations- och informationsförsörjningsproblem som finns i vården och omsorgen av personer som har behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst så måste lagstiftaren också ta ansvar för att lösa de lagtekniska problemen.

När det gäller frågan om *sekretess* mellan de olika vårdgivare och utförare av socialtjänst som deltar i vården och omsorgen av personer med behov av gemensamma insatser från dessa aktörer så förutsätter själva samarbetet mellan aktörerna att sekretessen måste brytas på något sätt. Det är inte möjligt att genomföra integrerade insatser utan att utbyta nödvändig information. Detta löser man idag genom att den enskilde som vill ha och behöver de aktuella insatserna samtycker till att få vård och omsorg i denna form och till det informationsutbyte som det förutsätter.

Andra tveksamheter med gemensam dokumentation över huvudmannaskapsgränser som Samverkansutredningen tog upp hänger samman med *tryckfrihetsförordningens bestämmelser om allmänna handlingar*. Bedömningen av frågan om en handling ska anses allmän utgår – när det gäller handlingar som en myndighet producerar själv – från begreppen upprättad och förvaras. Utgångspunkten i dessa bestämmelser är att det är myndigheten själv – eller något organ som är knutet till myndigheten – som upprättat handlingen; om någon annan upprättat handlingen blir den i stället att anse som inkommen när den anländer till myndigheten.

Frågan är om det överhuvudtaget går att förena med dessa regler att en myndighetsperson från en självständig myndighet (t.ex. i landstinget) i den myndighetens verksamhet upprättar handlingar hos en annan myndighet (t.ex. i kommunen). I vilken myndighets verksamhet är då handlingen upprättad och var ska den anses förvarad? Blir handlingen att anse som upprättad hos den första myndigheten och inkommen till den senare? I så fall måste handlingen också bevaras av den första myndigheten. På grund av denna komplexitet analyserade inte Samverkansutredningen någon möjlighet till gemensam journal över huvudmannagränserna utan nöjde sig med att analysera möjligheten till gemensam journal för

olika verksamheter inom samma myndighet, dvs. enbart för kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Frågan om konsekvenserna av tryckfrihetsförordningens regler är onekligen komplex. Om lagstiftaren vill lösa denna fråga är det sannolikt nödvändigt att se på utmaningen konstruktivt och pragmatiskt. Vilka värden är det som reglerna om allmänna handlingar vill skydda? Hur får vi offentlighetsprincipen att fungera även vid ett samarbete om en gemensam vård- och omsorgsjournal?

När det gäller den gemensamma journalens status som allmän handling i offentlig hälso- och sjukvård eller socialtjänst så utgår utredningen från att en gemensam journal skulle ha status som handling som är upprättad och förvarad hos alla de inblandade myndigheterna. En jämförelse kan göras med sammanhållna journalföring när det gäller dessa handlingars status.⁴ Handlingar som framställs i en myndighets egen verksamhet är upprättade hos den myndigheten. Om en befattningshavare som för in en uppgift i en journalhandling tillhör en myndighet, blir upptagningen en *förvarad och upprättad* allmän handling hos den egna myndigheten. Om det är befattningshavare från flera myndigheter som för in uppgifter i en gemensam journal får handlingen enligt vår mening anses som allmän handling hos samtliga deltagande myndigheter. En person som vänder sig till någon av myndigheterna för att begära ut en handling ska få frågan prövad av den myndigheten.

Vår utgångspunkt är att den gemensamma journalen ska uppfylla de krav på dokumentation som gäller i såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Så länge som den gemensamma journalen används bör den därför vara gemensam i de flesta bemärkelser. Den ska t.ex. uppfylla de syften motiverar att uppgifterna dokumenteras inom socialtjänsten. Därför måste den som utför socialtjänst och få betrakta handlingen som upprättad och förvarad i den egna verksamheten. Detta bör enligt vår mening inte hindra att en vårdgivare samtidigt betraktar samma journal som en allmän handling i den egna verksamheten. Ett sådant synsätt bör enligt vår mening kunna tillgodose de rättighets- och skyddsaspekter som finns när det gäller förvarande och utlämnande av allmänna handlingar. Med tanke på den stränga sekretess som råder för uppgifterna såväl i hälso- och sjukvården som socialtjänsten är dock möjligheterna för allmänheten att med stöd av tryckfrihetsförordningens bestämmelser få del av allmänna hand-

⁴ Prop. 2007/08:126, s 123 f

ingar hos myndigheter inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten mycket små.

Uppgifter, som hos offentliga vårdgivare eller offentliga utförare av socialtjänst utgör allmän handling, utgör inte allmän handling hos privata vårdgivare eller utförare, som har tillgång till uppgifterna i den gemensamma journalen. Frågan om samma journaluppgifts utlämnande kommer därför att regleras på olika sätt, beroende på om begäran görs hos en offentlig eller hos en privat vårdgivare eller utförare. Hantering av sådana förfrågningar regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659) och i socialtjänstlagen.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att 2 kap. tryckfrihetsförordningen inte utgör hinder mot att flera vårdgivare, och flera som bedriver verksamhet inom socialtjänsten, offentliga eller privata, för gemensam journal.

Tillämpningsområdet för de lagar som ska reglera möjligheten till en gemensam vård- och omsorgsjournal är enligt utredningens bedömning redan formulerade så att behandling av personuppgifter i integrerade verksamheter omfattas. När det gäller tillämpningsområdet för den föreslagna hälso- och sjukvårdsdatalagen så ska lagen tillämpas på vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Enligt socialtjänstdatalagen ska lagen tillämpas vid behandling av personuppgifter inom socialtjänsten för kommunala myndigheter, enskilda verksamheter och Statens institutionsstyrelse.

Personuppgiftsbehandling m.m.

Frågan om för vilka ändamål uppgifter i en gemensam vård- och omsorgsjournal får behandlas kan behöva analyseras. I vårt förslag till hälso- och sjukvårdsdatalag liksom i vårt förslag till socialtjänstdatalag kommer det att finnas bestämmelser som reglerar för vilka ändamål som det är tillåtet för vårdgivare respektive utförare av socialtjänst att behandla uppgifter. En vårdgivare får t.ex. behandla personuppgifter inom hälso- och sjukvården enligt vårt förslag till förtydligad ändamålsbestämmelse om det behövs för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienter. Utredningen anser att de uppgifter som behövs för vården av patienten också omfattar sådana uppgifter som behöver behandlas i en integrerad verksamhet. På motsvarande sätt kan de tillåtna ändamålen inom socialtjänsten tolkas.

Syftet med att föra patientjournal är enligt nuvarande lagstiftning i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Utredningen gör bedömningen att denna bestämmelse inte behöver ändras för att stämma överens med syftena att föra patientjournal i en gemensam vård- och omsorgsjournal. Även dokumentationen av socialtjänstinsatser i en integrerad verksamhet har betydelse för den medicinska vården. Det kan allmänt sett vara av värde för den medicinska personalen att ha en helhetsbild av patienten för att kunna erbjuda denne en god och säker vård.

I gällande rätt och vårt förslag till hälso- och sjukvårdsdatalag finns bestämmelser om *patientens rätt att få uppgifter i en patientjournal förstörda*. Någon motsvarande bestämmelse finns inte vad gäller uppgifter i en dokumentation inom socialtjänsten. När det gäller tiden för bevarande och för arkivering behöver vidare övervägas om de regler som avser dokumentation i hälso- och sjukvården ska gälla för den gemensamma journalen. Det innebär i sådant fall en längre bevarandetid för uppgifter som härrör från socialtjänsten i en gemensam journal än vad som annars gäller.

Det finns idag viss skillnad i de regler som gäller *möjligheten för den enskilde att få ta del av sin dokumentation* inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Normalt gäller inte sekretess till skydd för en enskild i förhållande till den enskilde själv. I hälso- och sjukvården finns dock i gällande rätt bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen samt patientsäkerhetslagen som i vissa fall medför att sekretess kan bedömas föreligga även gentemot den enskilde själv. Någon sådan motsvarande begränsning finns inte för uppgifter inom socialtjänsten. Utredningen kommer att lämna förslag om att reglerna om sekretess mot patientens själv avseende uppgifter om honom eller henne tas bort (se avsnitt 33.5.2). Skillnaden vad som gäller den enskildes möjlighet att ta del av handlingar kommer därför inte att bestå om utredningens förslag blir verklighet. Utredningen kommer även lämna förslag som gör det tillåtet för vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten att komma överens om att *medge individen direktåtkomst till den gemensamma journal som förs om honom eller henne*.

Tillsyn

Samverkansutredningen tyngsta argument för att inte föreslå en gemensam journal var svårigheterna att kunna dela upp dokumentationen i samband med *tillsyn*. När denna utredning lämnade sitt betänkande var fortfarande tillsynen över vård och omsorg uppdelad på olika myndigheter. Denna utmaning vad gäller en gemensam vård- och omsorgsjournalen är inte längre aktuell. Idag har Inspektionen för vård och omsorg ett uppdrag som täcker båda verksamheterna. Vi kan därför tvärtom hävda att den integrerade tillsynen är ett argument *för* en gemensam journal. En verksamhet som bedrivs integrerat ska förstås inspekteras integrerat. Tillsynsmyndigheten får sannolikt en bättre uppfattning om verksamheten och hur den bedrivs för att tillgodose den enskildes behov om det finns en integrerad och gemensam dokumentation.

Utredningens förslag

Det har under utredningens arbete blivit uppenbart att en gemensam dokumentation skulle kunna underlätta arbetet och bidra till en högre kvalitet i verksamheter där samverkan mellan olika aktörer och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst är ingående och omfattande. Exempel på sådana verksamheter finns kanske särskilt i äldreomsorgen, där såväl särskilda boenden som hemsjukvård och hemtjänst är verksamheter som kännetecknas av en djup integration. Genom Inspektionen för vård och omsorgs och tidigare Socialstyrelsens tillsyn har inte heller sällan framkommit att vissa verksamheter dokumenterar hälso- och sjukvårdsåtgärderna och socialtjänstinsatserna i samma journal. Det kan om inte annat visa på att det föreligger ett sådant behov för att kunna ge den enskilde en så bra vård och ett så bra omhändertagande som möjligt. I viss utsträckning kan därför inte uteslutas att nya rättsliga möjligheter att dokumentera i en gemensam vård- och omsorgsjournal skulle medföra att vissa saker som i och för sig redan förekommer idag blir lagliga.

Det finns även andra verksamheter inom både psykiatri och missbruks- och beroendevården som skulle kunna dra nytta av möjligheterna till en gemensam vård- och omsorgsjournal. Det kan heller inte uteslutas att möjligheter till en gemensam vård- och omsorgsjournal innebär ett viktigt signalvärde och kan stimulera

till ökad samverkan genom att det i praktiken leder till en mycket djup integration av verksamheterna.

Utredningens uppfattning är att behovet av en gemensam vård- och omsorgsjournal framför allt finns i tätt integrerade verksamheter där det finns ett mer eller mindre dagligt behov av att dokumentera och utbyta information mellan de inblandade vårdgivarna och utförarna. Ett tydligt exempel är, som tidigare nämnts, den hälso- och sjukvård och socialtjänst som idag ges till personer på särskilda boenden. Inom områdena psykiatri och missbruksvård behövs för en bra vård och omsorg att uppgifter från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten görs tillgängliga på ett bra sätt för att den enskilde ska kunna få optimalt stöd och hjälp. Allmänt framstår dock inte behovet av en gemensam journal lika tydligt i dessa verksamheter eftersom behovet av information inte uppstår lika ofta och är inte bestående över tid. Här utgörs behovet snarare av att tillgång till relevant information måste finnas vid rätt tillfälle. Det behöver alltså inte vara optimalt att sträva efter en gemensam vård- och omsorgsjournal inom alla verksamheter.

Utredningen föreslår, mot bakgrund av de behov som redovisats i det föregående, att det under vissa förutsättningar ska vara möjligt för vårdgivare och de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten att föra en gemensam vård- och omsorgsjournal. Vi föreslår att denna möjlighet till gemensam vård- och omsorgsjournal ska vara en valfri form av vårddokumentation för de integrerade verksamheter som erbjuder vård och omsorg åt personer med behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Bestämmelser om vård- och omsorgsjournal ska finnas i våra förslag till hälso- och sjukvårdsdatalag respektive socialtjänstdatalag. Särskilda förutsättningar ska gälla för den gemensamma vård- och omsorgsjournalen, exempelvis vad gäller innehåll, bevarande och gallring. Se mer om detta i det följande.

Den gemensamma vård- och omsorgsjournalen innebär att vårdgivare och de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får behandla de personuppgifter som för socialtjänstens del behandlas för genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling tillsammans med de uppgifter en vårdgivare behandlar för ändamålet vårddokumentation. Med vårddokumentation avses personuppgifter som behandlas för ändamål som avses i 2 kap. 5 § 2 och 3 i vårt förslag till hälso- och sjukvårdsdatalag. Det är uppgifter som behövs för att fullgöra journalföringsplikten och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter

samt för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall. Definitionen av vårddokumentation finns angiven förslaget till hälso- och sjukvårdsdatalag.

Förutom att den enskilde ska ha behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst ska en ytterligare förutsättning för en gemensam vård- och omsorgsjournal vara att uppgifterna kan antas ha betydelse för att genomföra beslut om bistånd, stödinsats, vård eller behandling och för att förebygga, utreda, eller behandla sjukdomar och skador inom hälso- och sjukvården. Genom detta understryks ytterligare kravet på uppgifternas betydelse både för den hälso- och sjukvård och för den socialtjänst som individen har behov av. Det är därmed individen och individens behov som är det centrala för att verksamheter ska få använda sig av möjligheten med gemensam vård- och omsorgsjournal.

När det gäller vård och omsorg av enskilda med sammansatta behov är det inte sällan en teoretisk fråga i vilken dokumentation som t.ex. olika iakttagelser avseende den enskildes behov och tillstånd ska antecknas. Med utredningens förslag blir denna teoretiska gräns mellan dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen och socialtjänstlagstiftningen onödig att ägna tid åt. Istället kommer journalföringen att kunna bli mer ändamålsenlig genom att samma företeelse inte behöver dokumenteras i två olika journaler. En gemensam vård- och omsorgsjournal gör det möjligt för integrerade verksamheter att fullt ut ta till vara fördelarna med ett samordnat arbetssätt. De hinder mot samverkan som uppställs genom det nuvarande regelverket om informationshantering ska inte finnas kvar. Utredningen gör bedömningen att den enskilde individen på så sätt kan få insatser av bättre kvalitet. En vård- och omsorgsjournal ersätter i verksamheten således det som idag betraktas som en patientjournal och det som betraktas som en social journal eller dokumentation. Det innebär att den gemensamma vård- och omsorgsjournalen måste kunna användas på motsvarande sätt och för samma ändamål som hittills har gällt för de två olika formerna av dokumentation. Personuppgiftsbehandlingen ska således kunna göras för att exempelvis planera och genomföra de gemensamma insatserna, men även för uppföljning, kvalitetssäkring m.m.

För att det ska vara tillåtet att börja föra en sådan vård- och omsorgsjournal ska vårdgivare och de som bedriver socialtjänst göra en överenskommelse om detta. I överenskommelsen ska ingå

hur ansvaret för att tillgodose den enskildes rättigheter ska fördelas, se vidare i det följande. Hur denna överenskommelse ska slutas och vad som närmare ska ingå i en sådan går, enligt vår bedömning, inte att reglera i detalj. Det kan finnas anledning för kommunen att, i egenskap av huvudman för den integrerade verksamhet som utförs i äldreomsorgen, överväga om detta sätt att dokumentera och hantera information kan bidra till en god vård och omsorg och en högre effektivitet i verksamheten.

32.3.11 Innehållet i en gemensam vård- och omsorgsjournal m.m.

Vi föreslår: En gemensam vård- och omsorgsjournal ska innehålla de uppgifter som för en vårdgivares del ska dokumenteras i en patientjournal enligt vårt förslag till hälso- och sjukvårdsdatalag samt de uppgifter som den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska dokumentera enligt socialtjänstlagen och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Bestämmelser som reglerar innehållet i den gemensamma journalen ska finnas i såväl hälso- och sjukvårdsdatalagen och i socialtjänstdatalagen.

Bestämmelsen om journalförstöring ska vara tillämplig även på uppgifter i en gemensam vård- och omsorgsjournal.

Bestämmelsen om utplåning av uppgifter i en patientjournal ska inte tillämpas avseende uppgifter i en vård- och omsorgsjournal enligt 9 kap. hälso- och sjukvårdsdatalagen.

Utredningens förslag till gemensam vård- och omsorgsjournal innebär ingen förändring av dokumentationsplikten inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. När en integrerad verksamhet väljer att använda sig av möjligheten till en gemensam vård- och omsorgsjournal ska såväl de regler som gäller för dokumentation inom socialtjänsten som hälso- och sjukvården följas. Dokumentationen ska alltså uppfylla kraven i båda regelverken. I den meningen bör verksamheten ha kunskap om vad som krävs för att uppfylla dessa krav – även om vårt förslag till gemensam journal inte gör det nödvändigt att klassificera viss information som antingen hörande till vårddokumentation eller socialtjänst-

dokumentation. Det viktiga är att det totala innehållet uppfyller krav som kan ställas i något av regelverken.

Syftet med en integrerad verksamhet kan bäst uppnås genom att den gemensamma dokumentationen i verksamheten uppfyller samtliga krav som gäller för de deltagande aktörerna. Bakgrunden till att man valt att arbeta samordnat bör vara att det finns fördelar med att ta tillvara den gemensamma kompetensen. Detta bör enligt utredningens mening återspeglas i den gemensamma journalen.

När det gäller innehållet i en patientjournal har patienten eller någon annan som omnämns i journalen rätt att få journalen helt eller delvis förstörd. Någon motsvarande bestämmelse finns inte vad gäller uppgifter i en dokumentation inom socialtjänsten. Utredningens förslag om gemensam vård- och omsorgsjournal innefattar förslag om att den ska försvaras i minst 10 år efter att sista anteckningen förts in. Det är samma bevarandetid som gäller för en patientjournal. Rätten för patienten att ansöka om journalförstöring ingår som en del i skyddet av hans eller hennes integritet.⁵ Mot denna bakgrund anser utredningen att även uppgifter i en gemensam vård- och omsorgsjournal ska omfattas av möjligheten att ansöka om journalförstöring. En enskild som anser att det finns uppgifter i den gemensamma journalen som är kränkande eller felaktiga ska få ansöka om journalförstöring oavsett om uppgiften kan hänföras till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

Däremot föreslår vi inte att den nya bestämmelsen om vårdgivarens möjlighet att utplåna uppgifter i en patientjournal ska vara tillämplig på den gemensamma vård- och omsorgsjournalen. Denna undantagsbestämmelse ska tillämpas restriktivt. Innan en sådan möjlighet kan bli aktuellt avseende den gemensamma journalen måste tillämpningen få visa att det finns ett behov av denna form av utplåning av uppgifter.

⁵ Prop. 1984/85:189 s. 29

32.3.12 Överenskommelse om gemensam vård- och omsorgsjournal

Vårt förslag: En överenskommelse om gemensam vård- och omsorgsjournal ska fastslå vem av parterna som ska ansvara för att tillgodose den enskildes rättigheter enligt personuppgiftslagen (1998:204), hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen.

Överenskommelsen får omfatta att den enskilde ska medges direktåtkomst till uppgifter om sig själv enligt bestämmelserna i hälso- och sjukvårdsdatalagen respektive socialtjänstdatalagen och ska fastställa hur informationssäkerheten och skyddet för personuppgifterna ska tillgodoses. Bestämmelser om överenskommelsens innehåll ska finnas i hälso- och sjukvårdsdatalagen respektive socialtjänstdatalagen.

Utredningens förslag om möjlighet till direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i integrerade verksamheter innebär en ny form av informationsutbyte. Även vårt förslag om en gemensam vård- och omsorgsjournal innebär en ny form av informationsutbyte mellan de inblandade verksamheterna. Syftet är att rätt information ska finnas tillgänglig för rätt personer, på rätt plats och i rätt tid. Sådan användning av ny teknik för dokumentation och för ändamålsenligt informationsutbyte får bara förekomma under säkra former. Såväl den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten som vårdgivaren är ytterst ansvariga för en säker behandling av personuppgifter i sina verksamheter. Detta ansvar innebär t.ex. att personuppgifter ska behandlas på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem.

I detta ansvar för personuppgifterna som behandlas i verksamheten ingår att utlämnande av uppgifter måste göras på ett säkert sätt. För att det inte ska vara oklart vem som ska ansvara för att tillgodose den enskildes rättigheter enligt de lagar som reglerar hanteringen av personuppgifterna i hälso- och sjukvården och socialtjänsten, måste parterna komma överens om vem eller vilka som ska tillgodose den enskildes rättigheter. En sådan överenskommelse mellan vårdgivare och den eller de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska göras inför det att ett samarbete genom en gemensam vård- och omsorgsjournal realiseras.

Överenskommelsen som här avses kan innefatta hur vissa av de registrerade rättigheter ska kunna tillgodoses i praktiken. Det kan exempelvis handla om sådant som var den enskilde vänder sig för att få ett loggutdrag över den åtkomst som har förekommit till patientens uppgifter. Istället för att den enskilde exempelvis ska behöva vända sig till flera av de inblandade aktörerna kan det finnas skäl för dem att komma överens om och praktiskt arrangera det på sådant sätt att den enskilde endast behöver vända sig till en aktör för att få loggutdraget. En sådan aktör kan mycket väl vara ett personuppgiftsbiträde åt de inblandade aktörerna. Vidare kan överenskommelsen även reglera hur och till vem de registrerade ska vända sig med frågor, synpunkter eller klagomål. En enskilds möjligheter att ta till vara sina rättigheter underlättas om det är tydligt vem han eller hon ska vända sig till med krav eller klagomål, t.ex. för det fall bristfällig information lämnats om vem som är personuppgiftsansvarig för behandling av personuppgifter som avser honom eller henne.

En vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får också enligt bestämmelsen komma överens om att medge en enskild direktåtkomst till uppgifter i en gemensam vård- och omsorgsjournal. Den enskilde får under samma förutsättningar medges direktåtkomst till sådan dokumentation (loggar). Direktåtkomsten ska utformas så att den följer bestämmelserna i 5 kap. hälso- och sjukvårdsdatalagen och 4 kap. socialtjänstdatalagen. I en sådan överenskommelse ska aktörerna även komma överens om hur informationssäkerheten och skyddet för personuppgifterna ska tillgodoses.

32.3.13 Att ta del av uppgifter genom direktåtkomst eller i en gemensam vård- och omsorgsjournal

Vårt förslag: Vårdgivare får ta del av personuppgifter, som den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten har lämnat ut genom direktåtkomst, endast för ändamålen vård och behandling av patienten, kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling av sådan vård och behandling samt intygsutfärdande. Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får ta del av personuppgifter, som vårdgivare har lämnat ut genom direktåtkomst, endast för ändamålen att genomföra beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling eller för att säkra och utveckla kvaliteten av sådana insatser, vård eller behandling.

Vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får behandla personuppgifter i en gemensam vård- och omsorgsjournal för de ändamål som för vårdgivarens del är tillåtna enligt hälso- och sjukvårdsdatalagen och för socialtjänsten del i socialtjänstdatalagen. Bestämmelser om detta ska tas in i hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen.

Bestämmelserna om behörighetstilldelning och åtkomstkontroll i de respektive lagarna ska gälla även för behandling av personuppgifter i integrerade verksamheter.

Att ta del av uppgifter som gjorts tillgängliga genom direktåtkomst

Utlämnande av uppgifter genom direktåtkomst från en vårdgivare till den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten är, enligt utredningens förslag, villkorat av att uppgifterna kan antas ha betydelse för att genomföra beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling. På motsvarande sätt får den som bedriver socialtjänst lämna ut uppgifter genom direktåtkomst till vårdgivare om uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador inom hälso- och sjukvården.

De grundläggande förutsättningarna för att få lämna ut uppgifter bör sedan, enligt utredningens bedömning, även vara avgörande för vilka syften uppgifterna sedan ska få användas i den mottagande verksamheten. Med en sådan lösning anpassas de tillåtna ändamålen för personuppgiftsbehandling till de konkreta behov som ligger bakom förslaget att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten nya möjligheter att utbyta uppgifter genom direktåtkomst. Det innebär att vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten endast ska kunna ta del av uppgifter som lämnats ut genom direktåtkomst för vissa begränsade ändamål.

Förutom för ändamål som rör den enskildes insatser, vård eller behandling anser utredningen att direktåtkomst även ska få användas för att säkra och utveckla kvaliteten av sådan verksamhet. Verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som har ett nära samarbete kring en enskild måste också kunna utvecklas och säkras. Behoven av att kvalitetssäkra dessa situationer är inte mindre än vad behoven är i situationer där den enskilde bara har insatser från socialtjänsten eller bara är föremål för hälso- och sjukvård. Vårdgivare och de som bedriver socialtjänst och som samarbetar i frågor som rör enskildas hälsa och livskvalitet behöver

ha goda förutsättningar att vid behov behandla personuppgifter för kvalitetssäkring och utveckling. Reglerna om informationshantering bör enligt utredningens uppfattning inte uppställa hinder för ett sådant kvalitetsarbete.

Mot bakgrund av detta föreslår utredningen att vårdgivare får ta del av personuppgifter, som den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten har lämnat ut genom direktåtkomst, endast för ändamålen vård och behandling av patienten, kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling av sådan vård och behandling samt intygsutfärdande. Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får i sin tur ta del av personuppgifter, som vårdgivare har lämnat ut genom direktåtkomst, endast för ändamålen att genomföra beslut om bistånd, stödinsatser, vård eller behandling eller för att säkra och utveckla kvaliteten av sådana insatser, vård eller behandling. Bestämmelser om detta bör tas in i hälso- och sjukvårdsdatalagen och i socialtjänstdatalagen.

Att ta del av uppgifter i en gemensam vård- och omsorgsjournal

Det grundläggande syftet med utredningens förslag om gemensam vård- och omsorgsjournal är att öka förutsättningarna för en ändamålsenlig informationshantering avseende personer med behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det handlar om att se till att rätt information kan finnas på rätt plats i rätt tid för att den enskilde ska säkerställas en god vård och omsorg. En sådan informationshantering med individen och individens behov i centrum kräver att de inblandade aktörerna får behandla personuppgifterna för de ändamål som krävs för att tillgodose detta behov.

När det gäller den gemensamma vård- och omsorgsjournalen ersätter den det som verksamheterna idag betraktar som en patientjournal och det som betraktas som en social journal eller social dokumentation. Det innebär att vård- och omsorgsjournalen måste kunna användas på motsvarande sätt och för samma ändamål som hittills har gällt för de två olika formerna av dokumentation. Det saknas därför, enligt utredningens bedömning, anledning att begränsa de tillåtna ändamålen för personuppgiftsbehandling. En sådan begränsning skulle även kunna motverka den djupare integration och det mer ändamålsenliga samarbete som utredningens förslag kan medföra.

Personuppgiftsbehandlingen ska således kunna göras för att exempelvis planera och genomföra de gemensamma insatserna, men även för uppföljning, kvalitetssäkring m.m. Annars riskerar fördelarna med en gemensam vård- och omsorgsjournal att kraftigt begränsas.

Vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska därför, enligt utredningens förslag, få behandla personuppgifter i en gemensam vård- och omsorgsjournal för de ändamål som för vårdgivarens del är tillåtna enligt hälso- och sjukvårdsdatalagen och för socialtjänsten del i socialtjänstdatalagen. Det innebär att vårdgivare får behandla personuppgifter i enlighet med den grundläggande ändamålsbestämmelsen i 2 kap. 5 och 6 §§ hälso- och sjukvårdsdatalagen. Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får behandla personuppgifter i enlighet med ändamålsbestämmelsen i 2 kap. 5 och 6 §§ socialtjänstdatalagen. Bestämmelser om detta ska tas in i båda dessa lagar.

Behörighetsstyrning och åtkomstkontroll

Vidare föreslår utredningen att de grundläggande bestämmelserna om vårdgivarens ansvar för behörighetstilldelning och åtkomstkontroll ska gälla när en vårdgivare deltar i en integrerad verksamhet som har valt att använda direktåtkomst för utbyte av personuppgifter. Vårdgivaren ska även ha ansvar för behörighetstilldelning och åtkomstkontroll när det gäller de personer som arbetar åt vårdgivaren om vårdgivaren deltar i ett samarbete om gemensam vård- och omsorgsjournal. Motsvarande ansvar ska gälla för den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten. Bestämmelser om detta ska tas in i hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen.

Utredningens förslag om krav på behörighetstilldelning och åtkomstkontroll i hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns i respektive avsnitt. Här erinras endast om att dessa bestämmelser även gäller vid personuppgiftsbehandling i integrerade verksamheter.

32.3.14 Bevarande och arkivering av gemensam vård och omsorgsjournal

Vårt förslag: En handling i en gemensam vård- och omsorgsjournal ska bevaras minst tio år efter det att den sista uppgiften fördes in i handlingen. För allmänna handlingar gäller därutöver arkivlagen och de bestämmelser som meddelats med stöd av arkivlagen gälla.

När insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst har slutat att ges till de enskilde ska den gemensamma vård- och omsorgsjournalen överlämnas till den kommun som ansvarat för socialtjänstinsatserna.

För att en gemensam vård- och omsorgsjournal ska kunna uppfylla alla de syften som en social journal och en patientjournal ska uppfylla måste vi även lämna förslag på hur en sådan dokumentation ska arkiveras.

När det gäller bevarande, gallring och arkivering av uppgifter inom socialtjänst respektive hälso- och sjukvård så är det olika regler som gäller. En journalhandling ska bevaras i minst 10 år. Fram till dess får uppgifterna i journalen endast utplånas med stöd av bestämmelserna om journalförstöring. Utredningen har även lagt ett förslag som gör det möjligt för en vårdgivare att under vissa omständigheter utplåna vissa uppgifter (se kapitel 12). När det gäller socialtjänsten ska enligt huvudregeln anteckningar och andra uppgifter i en personakt hos socialnämnden gallras fem år efter det att sista anteckningen gjordes i akten. Detta följer av bestämmelser i 12 kap. 1 § SoL första stycket.

En gemensam vård- och omsorgsjournal är en ny typ av handling. Utredningen anser att denna dokumentation så långt möjligt ska avspegla och tillgodose behoven i en verksamhet som bedrivs integrerat. Den bör så långt som möjligt leva upp till de regelverk som gäller såväl inom socialtjänsten som inom hälso- och sjukvården. Men när det gäller bevarande och gallring kräver hänsynen till ordning och reda vid hantering av allmänna handlingar och till arkivvården att det finns ett tydligt regelverk som gäller just denna nya typ av handling.

Utredningen anser att de längre bevarandetiderna som gäller inom hälso- och sjukvården bättre tillvaratar de gemensamma behoven av att handlingar sparas och arkiveras. Det finns möjligen

även argument som kan tala för en lösning som mer liknar den för bevarande av handlingar inom socialtjänsten. Det kan t.ex. finnas skäl att av hänsyn till den registrerades integritet välja en lösning som innebär en kortare bevarandetid. Mot bakgrund av de patient-säkerhetsskäl som motiverar de längre bevarandetiderna som gäller inom hälso- och sjukvården väljer utredningen dock att föreslå att de längre tiderna också ska gälla för den gemensamma dokumentationen i en integrerad verksamhet.

När det gäller arkivering handlar det om att välja en lösning så att det blir tydligt vad som ska gälla för den nya typen av handling. Den grundläggande förutsättningen för att det ska få föras en gemensam vård- och omsorgsjournal är att uppgifterna som ska dokumenteras rör en person med behov av vård och omsorg som är föremål för insatser inom socialtjänsten. Eftersom uppgifterna måste röra en person som befunnits har rätt till kommunala insatser i socialtjänsten framstår det som naturligt att det är den kommun som ansvarat för och finansierat socialtjänstinsatserna som ska ta hand om arkiveringen av den gemensamma vård- och omsorgsjournalen. Utredningen gör dock bedömningen att när det gäller arkivfrågan kan det även finnas andra lämpliga alternativ. Det väsentliga är att det finns tydliga regler vad som gäller för handlingarna så att dessa lätt kan återfinnas. Mot den bakgrunden och i detta skede anser utredningen att det mest ändamålsenliga är att handlingar i en gemensam journal ska arkiveras i den kommun som har ansvarat för de beslutade insatser som varit förutsättningar för den enskildes deltagande i den integrerade verksamheten. Det kan framstå som logiskt för den som vill leta reda på en sådan journal att vända sig till den kommunen.

32.3.15 Sekretessbrytande bestämmelser för att möjliggöra förslagen

Vårt förslag: Hälso- och sjukvårdssekretess ska inte hindra att en uppgift om en enskild lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en myndighet inom socialtjänsten eller till enskild utförare av socialtjänst enligt vad som föreskrivs om direktåtkomst i integrerade verksamheter i vårt förslag till hälso- och sjukvårdsdatalag.

Socialtjänstsekretess ska inte heller hindra att uppgift om en enskild lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en myndighet inom hälso- och sjukvården eller till en enskild vårdgivare enligt vad som föreskrivs om direktåtkomst i integrerade verksamheter i vårt förslag till socialtjänstdatalag.

Sekretess ska inte heller hindra det informationsutbyte som en gemensam vård och omsorgsjournal för med sig.

Utredningens förslag om direktåtkomst mellan vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänst innebär att dessa aktörer under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras personuppgifter. För att den vårdgivare som gör uppgifter tillgängliga inte ska behöva göra en sekretessprövning i varje enskilt fall, föreslås ett undantag från hälso- och sjukvårdssekretessen. Vi föreslår även motsvarande undantag från socialtjänstsekretessen. Undantaget innebär att sekretessen inte hindrar att en uppgift lämnas till en myndighet inom hälso- och sjukvården eller till en enskild vårdgivare eller till den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten enligt vad som föreskrivs om denna typ av direktåtkomst i hälso- och sjukvårdsdatalagen respektive socialtjänstdatalagen. Skyddet för den enskildes personliga integritet vid direktåtkomsten är tillgodosett genom de villkor som gäller för att direktåtkomsten ska vara tillåten.

På grund av de bestämmelser om undantag från sekretess som vi föreslår behövs ingen särskild reglering för att en enskild vårdgivare eller en enskild utförare ska kunna lämna ut uppgifter till en annan aktör genom direktåtkomst. Ett sådant utlämnande kan inte anses som obehörigt i den mening som avses i patientsäkerhetslagen eller socialtjänstlagen och innebär därmed inget brott mot tystnadsplikten. Det är samma konstruktion för lättnad i tystnadsplikten som gäller vid sammanhållen journalföring.

Vi föreslår även motsvarande lättnader i sekretessen för uppgifter inom hälso- och sjukvård och socialtjänsten för det utbyte av uppgifter som den gemensamma vård- och omsorgsjournalen för med sig.

Det råder alltså normalt sekretess mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Därför behöver vi föreslå ändringar i offentlighets- och sekretesslagen som bryter sekretessen när ett utbyte av uppgifter görs med stöd av de bestämmelserna om direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst eller genom att verksamheterna använder en gemensam vård- och omsorgsjournal.

32.3.16 Gemensam vård- och omsorgsjournal och sammanhållen journalföring

Vårt förslag: En vårdgivare får göra uppgifter i en gemensam vård- och omsorgsjournal tillgängliga i system för sammanhållen journalföring under de förutsättningar som anges för detta i hälso- och sjukvårdsdatalagen. En påminnelse om detta ska tas in i anslutning till bestämmelserna om gemensam vård- och omsorgsjournal i hälso- och sjukvårdsdatalagen.

En gemensam vård- och omsorgsjournal innebär att vårdgivare och de som bedriver verksamhet inom socialtjänsten kan hålla information om en individ samlad så att den kan användas på ett ändamålsenligt sätt för att ge individen den vård och det stöd som han eller hon behöver. Vi föreställer oss att denna möjlighet till gemensam dokumentation framförallt kommer att användas i verksamheter som är djupt integrerade, t.ex. på särskilda boenden. Även om informationen i den gemensamma vård- och omsorgsjournalen kommer att tillgodose en stor del av det behov som finns av att utbyta uppgifter om den enskilde kommer det ändå att finnas behov av att utbyta information med aktörer utanför den integrerade verksamheten. Det behovet kan komma att vara olika stort beroende på vilka aktörer som deltar i samarbetet om en gemensam journal. Utredningen antar att det kanske inte kommer vara så vanligt att t.ex. landstingets läkarinsatser deltar i samarbetet. Sammanhållen journalföring kommer därför sannolikt att även fortsättningsvis behövas som ett sätt för t.ex. ett särskilt boende att utbyta information med primärvården.

Utredningen bedömer därför att en vårdgivare ska få göra uppgifter i en gemensam vård- och omsorgsjournal tillgängliga för andra vårdgivare med stöd av regelverket för sammanhållen journalföring. Det innebär t.ex. att sådana uppgifter kan göras tillgängliga i den nationella patientöversikten (NPÖ). En distrikt-sköterska eller hälso- och sjukvårdspersonal inom akutsjukvården kan i sitt omhändertagande genom att ta del av uppgifter i NPÖ beakta viktiga omständigheter i den enskildes hälsotillstånd. En vårdgivare som deltar i den integrerade verksamheten och som samtidigt deltar i ett system för sammanhållen journalföring kan å sin sida ta del av uppgifter om den enskilde i den sammanhållna journalföringen genom att tillämpa de regler som gäller för det. Det

är t.ex. viktigt för en kommunal vårdgivare att kunna ta del av uppgifter om vilka läkemedel som förskrivits till den enskilde av primärvården eller den slutna vården. Den gemensamma vård- och omsorgsjournalen får inte bli ett nytt sätt att låsa in information. Utredningen anser därför att det är nödvändigt att en vårdgivare som deltar i ett sådant arbete också kan utbyta uppgifter genom sammanhållen journalföring. En bestämmelse som erinrar och uttryckligen tillåter detta ska därför tas in i hälso- och sjukvårdsdatalagen.

33 Kommunikation mellan vård- och omsorgsaktörer och medborgare

33.1 Bakgrund

Internet har i dag kommit att bli en primär källa för medborgare i jakt på information relaterad till hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Invånare söker efter information om hälsa och sjukdomar exempelvis på 1177 Vårdguiden, apoteksaktörernas hemsidor och på Google. På motsvarande sätt används enskilda kommuners hemsidor för att ta reda på information om enskildas rättigheter inom socialtjänsten och vilket utbud olika kommuner har.

Samtidigt har internet även blivit en viktig kommunikationskanal mellan medborgarna och vårdgivarna och mellan medborgarna och de som bedriver socialtjänst. I dag finns exempelvis möjligheter att via nätet ta del av uppgifter i patientjournaler, boka tider hos sjukvården, förnya recept, ställa frågor till läkare, beställa självtester m.m. Även för sådan information som vårdgivarna behöver från patienterna utvecklas nu funktioner för att kommunicera det över nätet. Som exempel kan nämnas funktioner som möjliggör för patienter att rapportera in olika mätvärden, att svara på enkäter om upplevd livskvalitet efter t.ex. en operation, att fylla i och skicka in hälsodeklarationer eller liknande inför ett kommande läkarbesök m.m.

På motsvarande sätt sker en utveckling inom socialtjänsten för att ta fram e-tjänster där invånare kan ansöka om bistånd, informera sig om och välja olika utförare, låta närstående ta del av omsorgsinformation från äldreomsorgen m.m.

I strategin för Nationell eHälsa anges bland annat följande.

Individen i sin roll som invånare, patient, brukare och anhörig ska ha tillgång till lättillgänglig och kvalitetssäkrad information om hälsa, vård och omsorg samt åtkomst till dokumentation från sina tidigare insatser och behandlingar. Hon eller han ska erbjudas individuellt anpassad service och interaktiva e-tjänster för att kunna utöva delaktighet och självbestämmande utifrån sina egna förutsättningar.

33.1.1 Vårt uppdrag

Av utredningsdirektivet framgår bland annat att utvecklingen de senaste åren har varit sådan att den enskilde på flera sätt fått en starkare ställning i förhållande till hälso- och sjukvården. Den enskilde har i många fall behov av att kunna registrera uppgifter för att exempelvis komplettera eller förbereda ett läkarbesök. Den enskilde bör också som huvudregel kunna ha tillgång till sina egna uppgifter.

Vidare anför regeringen att det i nuvarande lagstiftning är svårt att identifiera gränsen mellan patientens egen personuppgiftsbehandling och vårdgivarens behandling av personuppgifter enligt dennes personuppgiftsansvar. För att patienten ska kunna vara en medproducent av information inom hälso- och sjukvården och rapportera in information som exempelvis patientrapporterade utfallsmått måste denna gräns tydliggöras i lagstiftningen. Mot denna bakgrund är vårt uppdrag följande.

- Analysera och lämna förslag som juridiskt tydliggör gränsen mellan patientens egen personuppgiftsbehandling och vårdgivarens personuppgiftsbehandling enligt dennes personuppgiftsansvar för sådana känsliga uppgifter som den enskilde rapporterar in till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten,
- överväga behovet av lagreglering av personuppgiftsansvar för säkerhetsåtgärder vid it-kommunikation med enskilda individer.

Vidare har vi genom tilläggsdirektiv övertagit frågor på detta område, som ursprungligen hanterades av Patientmaktsutredningen.¹ Vårt uppdrag är därför att ta ett helhetsgrepp om de rättsliga frågorna vid en ökad kommunikation mellan hälso- och sjukvårdens aktörer och medborgarna. Vi ska i detta sammanhang bland annat beakta sekretessfrågor, frågor om direktåtkomst och frågor om hantering av allmänna handlingar.

¹ Dir. 2012:23.

Utvidgning av uppdraget

I utredningsdirektivet talas, med något undantag, i princip endast om patienters kommunikation med hälso- och sjukvården. Eftersom vi ser att behovet av klarläggande även finns för liknande kommunikation mellan medborgare och socialtjänstens aktörer, har vi valt att vidga vårt uppdrag till att omfatta även de rättsliga frågor som gör sig aktuella i de situationerna. Vår bedömning är även att det ligger i linje med den grundläggande tanken i utredningsdirektivet om att utgå ifrån individen och individens behov oavsett hur individens resa genom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ser ut.

Sammanfattningsvis är vårt uppdrag således att analysera de rättsliga förutsättningarna och vid behov lämna nödvändiga författningsförslag kring den ökade kommunikation som vi ser växa fram i dag mellan å ena sidan medborgarna och å andra sidan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens aktörer.

33.1.2 En utveckling med flera mål

Utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst går allt mer mot att patienter och närstående betraktas som samarbetspartners och resurser i arbetet. För att kunna vara den resursen krävs att individer får del av det kunskapsunderlag som skapas genom den dokumentation som skapas av vård- och omsorgsaktörerna. Många individer betraktar i dag det även som självklart att kunna ta del av personlig information om sin hälsa via nätet på samma sätt som man kan hantera sin ekonomi på internetbanken eller utföra ärenden på olika myndigheters webbplatser.

Många av de insatser som görs på detta område bottnar i övertygelsen om att e-tjänster på olika sätt kan bidra till att stödja, engagera, motivera och underlätta för individen i vardagen. Tjänster som gör det möjligt för individen att stärka sin ställning, öka sin delaktighet och få en fördjupad kunskap om sin hälsosituation. Information och smarta e-tjänster som tillsammans på ett enkelt och överskådligt sätt kan ge den enskilde just det beslutsstöd som behövs för att i större utsträckning kunna fatta rätt beslut om sin egen hälsosituation, vare sig det handlar om en individ med en kronisk sjukdom eller någon med ett mer tillfälligt hälsoproblem. Att ge tillgång till vårddokumentation handlar därför inte om att

göra individen till någon slags journalrevisor, utan istället om att ge individen bättre förutsättningar än tidigare för att kunna bli sin egen hälsocoach. Även om grundtanken och ambitionen har funnits sedan många årtionden tillbaka, genom att patienten länge haft en rätt att ta del av sin egen dokumentation, är det först nu som möjligheterna finns att göra det ännu bättre än tidigare. Med ny teknik ges möjligheter att hantera de omfattande och komplexa informationsmängder om individer på ett bättre och mer effektivt sätt än vad som är möjligt vid en manuell pappershantering.

Vidare finns en förhoppning om att en stärkt ställning för individen i sin tur ökar möjligheterna för en mer jämlik och tillgänglig vård och omsorg av hög kvalitet. Det förutsätter i sin tur att de nya möjligheterna för delaktighet och kommunikation möts upp av nödvändiga förändringar av vård- och omsorgsproducenternas verksamheter, arbetssätt, processer, organisations- och professionskulturer samt rutiner.

Parterna bakom strategin för Nationell eHälsa anför bl.a. att en ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården och socialtjänsten förutsätter en enkel och målgruppsanpassad tillgång till användarvänlig information. Det ger förutsättningar för egenmakt och självbestämmande samt stärker individens upplevda nytta, delaktighet och insyn i de insatser som berör en själv.

Genom att utveckla personliga e-tjänster vill man ge individen möjlighet att själv dokumentera uppgifter om sin egen hälsosituation. Det kan exempelvis handla om motionsvanor, kost, vilka receptfria läkemedel man tar, hur man mår från tid till annan osv. Det kan även handla om utveckling av e-tjänster med ett tydligt fokus på prevention och folkhälsofrämjande aspekter.

Ytterligare sådana tjänster som lyfts fram som centrala för individen är till exempel en samlad lista över de läkemedel individen står på, en samlad bild av de vaccinationer individen tagit, en möjlighet att kunna följa sin remiss från det att den skickats till att den mottagits och åtgärdats, en möjlighet att få provsvar levererade via nätet och att själv kunna rapportera in mätvärden och olika former av självskattningar.

I strategin för Nationell eHälsa anges att följande områden och tjänster är av särskild vikt för det fortsatta arbetet.

- Alla invånare ska kunna använda säkra personliga e-tjänster för åtkomst till information om egna vård- och omsorgsinsatser.

- Tjänster där individen själv kan dokumentera och dela uppgifter om sin egen hälsa ska utvecklas som en resurs för både personal och individen själv.
- Information om kvalitet, tillgänglighet och bemötande ska presenteras på ett målgruppsanpassat och användarvänligt sätt för att möjliggöra fria och informerade val.

33.2 Några utvecklingsarbeten inom området

Sedan många år tillbaka har ett antal olika utvecklingsprojekt bedrivits för användningen av internet som kommunikationskanal mellan medborgarna och vård- och omsorgsaktörerna. I det följande nämns några av dessa projekt översiktligt, i syfte att ge en bild över vad som har gjorts och vilken utveckling som fortfarande är på gång.

33.2.1 E-tjänster och erfarenheter från landstinget i Uppsala

I Landstinget i Uppsala län har man alltsedan 1997 arbetat med att elektroniskt lämna ut journaluppgifter till patienter. Projektet Sustains (Support Users To Access Information and Services) har under många år bedrivits på en utvald vårdcentral där de listade patienterna, om de har velat, har haft möjlighet att läsa delar av sin journal på nätet. Inledningsvis var det en översikt över patienternas vårdkontakter och diagnoser.

Projektet har nu utvecklats och erbjuder sedan 8 oktober 2012 samtliga länsinvånare att ta del av sin patientjournal genom direktåtkomst över internet (Min journal på nätet). För att kunna ta del av sina uppgifter krävs bl.a. inloggning, med e-legitimation eller engångslösenord via sms, i Mina vårdkontakter.

Under arbetet med att tillhandahålla patientinformation över nätet har landstinget identifierat ett antal viktiga frågeställningar. En av dessa är hur vårdnadshavares tillgång till sina barns patientjournaler ska få gå till. Med tanke på att barn i takt med stigande ålder och mognad ska tillmätas egen förmåga att hantera sitt behov av sekretess och integritetsskydd, även gentemot föräldrar, har landstinget för närvarande valt att inte alls tillhandahålla journaluppgifter genom direktåtkomst för barn mellan 13–17 år. För

yngre barn har vårdnadshavare dock möjlighet att ta del av barnets journal över nätet.

Vidare har landstinget i detta skede valt att undanta patientinformation från vissa verksamheter från direktåtkomsten, bl.a. för att minimera riskerna för patienter i utsatta positioner. Det rör exempelvis enheten för kvinnofrid vid Akademiska sjukhuset.

Ytterligare en frågeställning som aktualiserats är hur sekretessbestämmelsen i 25 kap. 6 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, ska tillämpas. Enligt den bestämmelsen gäller sekretess även i förhållande till patienten själv, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne. En följd av bestämmelsen är att någon form av sekretessprövning behöver göras även när journaluppgifter ska lämnas ut till individen själv. För att kunna automatisera utlämnandeprocessen har landstinget valt att genom policybeslut slå fast vilka informationsmängder som alltid ska lämnas ut och vilka som ska kräva en mer manuell prövning i det enskilda fallet.

Intressant i sammanhanget är landstingets egen uppskattning över hur ofta den aktuella sekretessbestämmelsen tillämpas. Utredningen har vid kontakter med landstinget fått informationen att bland de 11 000 patientjournalerna som uppskattningsvis lämnades ut under 2011 har endast fem journaler gått för särskild bedömning enligt ovan. Av dessa fem är det sedan bara en journal som inte har lämnats ut.

Under projektet Sustains har flera olika e-tjänster introducerats för landstingets invånare. Det har bland annat handlat om möjligheter att betala sjukvårdsavgift och uppdatera patienters och närståendes kontaktuppgifter. Nedan följer en kortfattad redovisning av ytterligare några e-tjänster.

Min journal på nätet

Genom tjänsten får patienter tillgång till sin patientjournal. Sedan lanseringen av tjänsten 3 december 2012 har antalet nya användare ökat med omkring 100 per dag och den 12 december 2013 hade tjänsten använts av 42 081 unika patienter.²

² Landstinget i Uppsala, Rapport om införande av e-hälsotjänster i Uppsala (2014) s. 22.

Läsa logglistan

Patienter har fått möjlighet att direkt över internet ta del av uppgifter om vilka som har tagit del av patientens journal, dvs. logglistan. Genom funktionen får patienten en översikt över åtkomsterna och kan upptäcka om någon anmärkningsvärd åtkomst har förekommit och därefter initiera en utredning om det. Enligt uppgifter från landstinget har tjänsten, under perioden 11 april 2013 till 6 december 2013, använts av 12 274 unika patienter 67 168 gånger.³

Delegering av läsrättighet

Tjänsten innebär att patienten kan medge att en annan person får läsrättighet till patientens journal, dvs. själv kan ta del av den via internet. En tanke med tjänsten är att exempelvis göra det möjligt för närstående att följa med och vara delaktiga i familjemedlemmars kontakter med hälso- och sjukvården.

Spåra remiss

Det har gjorts möjligt för patienterna att själva läsa status på sin remiss, dvs. om och när den är skickad, mottagen och besvarad samt om och när svaret är läst av remittenten. Patienten får tillgång till e-tjänsten vid en inloggning på Min journal via nätet.

33.2.2 Mina vårdkontakter

Stockholms läns landsting har inom ramen för Vårdguiden, numera 1177 Vårdguiden, sedan 2003 utvecklat medborgartjänsten Mina vårdkontakter. Ett av syftena med tjänsten var att öka tillgängligheten och göra det enklare för medborgare att kontakta vården på sina egna villkor. I dag är samtliga landsting anslutna till Mina vårdkontakter och kan där välja vilka olika tjänster medborgarna ska kunna använda. Exempel på tjänster som kan tillhandahållas medborgarna är beställning av tider, av- och ombokning av tider, förnya recept, be mottagningen ta kontakt. Det är

³ Landstinget i Uppsala, Rapport om införande av e-hälsotjänster i Uppsala (2014) s. 11.

även möjligt för individen att själv lägga in anteckningar om inbokade läkarbesök, vaccinationer m.m. i en kalender.

För att kunna använda Mina vårdkontakter måste individen registrera sig och skapa ett användarkonto. För att ingen ska kunna ta del av information om andra individer krävs det även att alla identifierar sig med stark autentisering vid inloggningen. I dag är det möjligt att logga in med e-legitimation eller med engångslösenord som distribueras via sms.

Mina vårdkontakter är under ständig utveckling och från och med 12 december 2012 är det möjligt att använda tjänsten även i en mobiltelefon eller på en surfplatta. Allt för att underlätta för individerna att kontakta vården och utföra tjänster.

PER – patientens egen registrering

PER är en tjänst som i dag nås via Mina vårdkontakter och som riktar sig till personer med en reumatisk sjukdom. Tjänsten gör det möjligt för individen att inför ett kommande besök hos sin behandlande läkare registrera uppgifter om sitt hälsotillstånd. Patienten registrerar sådant som rör det vardagliga livet och vad man klarar av i det, men även sådant som om lederna är ömma och svullna. Förutom att det ökar patientens flexibilitet att kunna registrera uppgifter hemifrån vid en tidpunkt som passar patienten bäst medför tjänsten också att uppgifterna finns tillgängliga för läkaren redan när patientbesöket startar. Vid besöket har läkare och patient därmed redan tillgång till samma information och kan utifrån den diskutera behandlingsåtgärder m.m.

Mina hälsotjänster

Stockholms läns landsting har på uppdrag av CeHis, Center för ehälsa i samverkan, drivit projektet Mina hälsotjänster. Målsättningen har varit att projektet ska bidra till utvecklingen av nya e-tjänster som samordnar och stödjer patienternas vårdprocesser och tillhandahålla en teknisk plattform som möjliggör tjänsterna samt leverera processbeskrivningar, affärsmodeller och riktlinjer som effektiviserar och kvalitetssäkrar utvecklingen av e-tjänster. Genom att vidareutveckla Mina vårdkontakter har projektet bidragit till att invånare bl.a. kan nå Mina vård-

kontakter via mobil och surfplatta, se sin remisstatus, boka provtagning och få svar samt lämna självskattningar som tillförs patientjournalen.

33.2.3 Omsorgsdagboken

Stockholms stad har utvecklat Omsorgsdagboken, där äldre personer och deras närstående kan följa hur omsorgen bedrivs dag för dag. Syftet med Omsorgsdagboken är att de äldre och deras närstående ska få en ökad insikt och delaktighet i hur omsorgen om den äldre bedrivs.

Via tjänsten kan användaren exempelvis ta del av beslut, journalanteckningar gjorda enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, händelser av vikt, avvikelser, genomförandeplanen, rapporterade utförartillfällen, kontaktuppgifter och vad som kontinuerligt händer från den ena dagen till den andra. Den innehåller även information om hur samtycke ges, avbryts och ändras samt vilka personer som har fått samtycke att ta del av den äldres omsorgsdagbok.

För att ta del av innehåll i Omsorgsdagboken krävs inloggning med e-legitimation samt för en närstående, att den äldre lämnat ett skriftligt samtycke till att en närstående får ta del av informationen.

33.2.4 Mina vårdflöden

Mina vårdflöden är ett utvecklingsprojekt som leds av Stockholms läns landsting med som genomförs bland annat med Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Karolinska Institutet, Lunds Universitet, Jönköping Business School m.fl. Projektet finansieras delvis av innovationsmyndigheten Vinnova.

Det övergripande syftet med projektet är att stimulera till att nya kunskapsbaserade e-tjänster utvecklas. Målet är dels att skapa nya invånartjänster för en mobil nationell plattform som gör det möjligt för patienten att själv följa, äga och förvalta sina vårdflöden avseende stroke, lungcancer, höftoperationer och hjärtsjukdomar. En tanke är således att förse patienten med ett verktyg för att följa sin resa genom olika processer i vården och även kunna kommunicera direkt med exempelvis behandlande läkare. Patienten ska kunna följa sin remiss på samma sätt som det i dag t.ex. är

möjligt att följa leveransprocessen vid en bokbeställning på nätet, dvs. kunna se att remissen är skickad, mottagen, bokad samt att åtgärd är genomförd.

33.2.5 Din journal på nätet – förstudien

På uppdrag av CeHis har Inera AB genomfört en förstudie kring de etiska och rättsliga aspekterna för att ge patienten tillgång till sin journal över internet.⁴ Förstudien består av två delrapporter och en slutrapport.

Förstudien har bland annat haft som mål att belysa vilka möjligheter som finns för att tillgängliggöra journalinformation via Internet till invånare och vilka juridiska, etiska och medicinska konsekvenser det kan få. En utgångspunkt i projektet har varit strategin för Nationell eHälsa, som bland annat strävar efter att alla invånare enkelt ska kunna ta del av information som rör den egna personen och kunna kommunicera och interagera med hälso- och sjukvård och socialtjänst på olika sätt.

Förstudien bygger dels på erfarenheter från projekt i Sverige och andra länder där man redan testat att göra journalinformation tillgänglig på internet, dels på egen, ny insamlad kunskap. Inom ramen för studien har man hållit seminarium, genomfört enkätundersökning bland invånare, gjort målgruppsanalyser med djupintervjuer av invånare och tagit fram en forskningsöversikt över publicerade vetenskapliga artiklar inom området.

Invånarnas behov och önskemål

Resultatet av förstudiens undersökningar bland invånare visar att de flesta har önskemål om att få ta del av sin journalinformation via internet, men att behoven kan se olika ut beroende på vilka vårdkontakter de enskilda individerna har.

De önskemål som i djupintervjuer framkom bland huvudsakligen friska personer med glesa vårdkontakter var främst att kunna överblicka sina vaccinationer, men också att kunna läsa i journalen efter ett läkarbesök för att bekräfta vad läkaren sa, både för en patient själv och ibland som närstående till exempelvis en äldre patient som har svårt att minnas och redogöra för samtalet.

⁴ Din journal på nätet – förstudien (Inera, 2011).

Bland gruppen med kroniska sjukdomar fanns behov av att ta del av uppgifter under vissa omständigheter. Exempelvis framkom behov av att kunna kontrollera uppgifter, att använda dem för en second opinion eller som grund för att anmäla upplevda fel eller missförhållanden.

Av förstudien framkommer även många andra möjliga behov, exempelvis att

- förstå och känna till sin diagnos och den utredning som är gjord,
- få direkt och snabbare information än i dag,
- kunna vara informationsbärare av sin egen sjukdomshistoria,
- kunna vara journalrevisor och bidra till ökad säkerhet och kvalitet, en medskapare,
- få en pedagogisk förstärkning av ett budskap via journalanteckningar,
- överblicka och förstå kommande vårdinsatser,
- kunna planera sitt liv bättre efter förväntade utredningar och vårdinsatser,
- att kunna se mönster, få en överblick, samt
- att kunna bli mer delaktig i och kunna påverka sin vård, till exempel genom att själv kunna tillföra information om exempelvis mätvärden och egenvårdsinsatser.

Sammanfattningsvis rör det första och största behovet specifika e-tjänster där journalinformation är en integrerad del av tjänsten tillsammans med exempelvis information från vårdens administrativa system. Det handlar bland annat om att få en samlad bild av sina läkemedel, vaccinationer, provsvar eller möjlighet att följa sina remisser.

Ytterligare ett önskemål gäller möjligheten till en allmän översikt över alla sina vårdkontakter och den relaterande journalinformationen. Här har förstudien funnit att invånare vill se både aktuella och historiska uppgifter för att själv kunna söka fram de uppgifter man vill ta del av. Att enbart visa upp patientjournalen som den ser ut i dag utan att utveckla varken presentationen av innehållet eller kommunikationen kring innehållet anses som mindre värdefullt.

Förstudien visar även att invånare, över internet, vill kunna ta del av loggar över vilka som läst den egna vårddokumentationen.

I den allmänna diskussionen uttrycks ofta en oro för att patienter ska bli oroliga av att läsa sina journaler på nätet. Dels kan det handla om att språket är så svårtillgängligt att det skapar missförstånd, dels om risken för att journalinformationen beskriver något oroväckande som patienten inte känner till och som inte är lämpligt att få veta via internet utan att ha direkt tillgång till vårdpersonalens stöd och råd.

I förstudien framkommer att invånare till viss del har insikt om att informationen som skapas i vården kan vara svårtolkad, men att oron för feltolkningar och obehagliga insikter om hälsan inte verkar vara lika utbredd bland invånare som debatten ibland har gett uttryck för. Det som däremot oroar patienter är att vården skulle börja hålla viss information hemlig om journalen blev tillgänglig på Internet, dvs. att viss information skulle dokumenteras på ett annat ställe. Viss oro finns även för att själva informationen ska bli mer luddig och diffus om vårdpersonal inte vågar uttrycka sig i klartext.

Utöver transparens i informationen är frågor om personlig integritet och sekretess också områden där invånare uttrycker en viss oro över hur journalinformation över nätet kommer att hanteras.

Reflektioner från hälso- och sjukvårdens medarbetare

I förstudien har man även belyst frågorna vårdens perspektiv. Vårdens medarbetare ser både potentiella för- och nackdelar med att patienten får ta del av sin journalinformation över internet. Fördelarna beskrivs som att samarbetet med patienten kan bli mer jämlikt och individanpassat och att informationen kan ge ökad följsamhet och leda till bättre kvalitet på både informationen och på vården.

Som tänkbara nackdelar uppges att patienten kan få tillgång till känslig, och kanske inte helt verifierad information, exempelvis vid provsvar eller röntgenbilder. Oron för detta skulle i sin tur kunna leda till att vårdens medarbetare undviker att anteckna vissa arbetshypoteser, vilket skulle försämra patientsäkerheten.

Andra utmaningar som vårdpersonal ser med att göra journalinformation mer tillgänglig är till exempel att informationen inte är

pedagogiskt formulerad och därför svårbegriplig för patienten. Vidare har lyfts fram att journalsystemen inte är uppbyggda kring vårdprocesser och uppföljning utan består av en stor mängd uppgifter i kronologisk ordning, som kan vara svårt att ta till sig.

De farhågor som vården framför kring att preliminära uppgifter och arbetshypoteser kan bli synliga för patienten vid fel tillfälle och riskerar att skapa onödigt oro har bland annat diskuterats av Sveriges Läkareförbund. Läkareförbundet har föreslagit ett system för rådrum avseende sådana uppgifter, vilket innebär en funktion för att märka vissa informationsmängder så att de inte utlämnas direkt, utan först då ansvarig läkare hunnit bekräfta uppgifterna och haft möjlighet att kommunicera med patienten. Senast efter 14 dagar föreslås rådrummet upphöra och informationen då göras tillgänglig för patienten, om inte ansvarig läkare manuellt har gjort den tillgänglig innan dess.

Några slutsatser från förstudien

Förstudiens slutsats är att patienter och vårdgivare i grunden vill samma sak, dvs. att bidra till och ta del av en så god vård som möjligt. Vården har en insikt om att patienterna vill ta del av den dokumentation som berör dem själva, men vill av olika skäl kunna erbjuda detta under bra och ordnade former. Patienterna har i sin tur en förståelse för vårdens behov av bra arbetsverktyg att dokumentera i, samt att vårdarbetet redan kräver en stor mängd administration som inte bör öka på grund av e-hälsotjänster på området.

I förstudien pekas även på det faktum att en individ sällan är enbart en patient inom hälso- och sjukvården utan samma person har ofta behov av kontakter med andra aktörer som skola, socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling, patientföreningar m.fl. De olika aktörerna har ibland behov av att få samlad information om, och kommunicera med varandra och med individen, exempelvis inom ett hälsoärende som innefattar både landstingets vård och kommunal omsorg. Förstudiens bedömning är att individens egna incitament att vara den som äger och ”förmedlar” informationen är starka och kan underlätta informationsöverföringen i vissa situationer.

33.2.6 Hälsa för mig – ett personligt hälskonto

Regeringen har uttalat att patienter och medborgare bör få elektronisk tillgång till sin vårdinformation och ett verktyg som underlättar för den enskilde att engagera sig i sin egen hälsa och hälsoutveckling. Därför har regeringen under 2012 tagit initiativ till att utveckla och erbjuda samtliga invånare i Sverige ett personligt hälsokonto på internet, kallat Hälsa för mig. Det ska ge den enskilde en samlad tillgång till information och andra tjänster som rör deras hälsa. Syftena är bland andra att stimulera till ökat engagemang i den egna hälsan, stärka patientmedverkan i vården, öka patientsäkerheten och skapa förutsättningar för ny innovation på e-tjänsteområdet.

Regeringen skriver i ett informationsblad från den 18 oktober 2012 att ett personligt hälsokonto bedöms vara ett effektivt stöd för den enskilde vid planering, genomförande och uppföljning av livsstilsrelaterade förändringar liksom vid hälso- och sjukvårdsrelaterade händelser. Det personliga hälsokontot kan innehålla listor över förskrivna läkemedel, medicinsk information av olika slag eller information om genomförda vaccinationer. Det kan även innehålla en hälsodagbok där den enskilde kan föra in information om friskvård, egenvård, kostvanor etc. Hälsokontot ska således göra det möjligt för den enskilde att dokumentera och följa sin hälsoutveckling.

En ambition är att den enskilde ska kunna utbyta information med både vårdgivare som personen besökt eller behandlats hos, offentliga organisationer och myndigheter samt marknadens aktörer inom hälsosektorn för friskvårdsinformation som har uppgifter som berör den enskildes hälsa och hälsotillstånd och som kan vara av värde för denna.

Bland annat mot denna bakgrund har regeringen tagit initiativ till ett utvecklingsprojekt som syftar till att etablera en teknisk grundplattform för att utveckla hälsokontot. I det ingår att skapa förutsättningar för offentliga vårdgivare, privata utförare och andra entreprenörer att kunna erbjuda nya interaktiva tjänster.

Hälsa för mig ska kunna användas av alla invånare med bedöms av regeringen bli särskilt viktigt för dem som har stora vård- och omsorgsbehov och deras närstående.

Som en grundläggande förutsättning anger regeringen att den enskilde själv bestämmer vilken information som ska laddas ner och lagras i Hälsa för mig samt även vilken information som man

eventuellt vill dela med sin vårdgivare eller sina närstående. Hälsa för mig är även tänkt att ge en möjlighet att lämna frivillig information till vården om hälsa och biverkningar samt omdömen som kan användas i kvalitetsregister och i uppföljning och kvalitetssäkring av vården.

Uppdraget att driva utvecklingsprojektet Hälsa för mig har regeringen gett åt eHälsomyndigheten. I myndighetens instruktion anges bland annat att myndigheten ska ”tillhandahålla en elektronisk tjänst som ger enskilda personer möjlighet att i ett personligt hälsokonto kostnadsfritt lagra uppgifter om sin hälsa”.⁵

33.2.7 Internationell utblick

Även i andra länder har ett antal olika initiativ tagits för att göra patientinformation tillgänglig på Internet och/eller skapa nya vägar för att kommunicera med hälso- och sjukvården. Här ska endast kort nämnas några av de initiativen och vilka erfarenheter de visar.

Min e-journal i Danmark

I Danmark har Min e-journal funnits på nätet för patienter sedan 2007 och användningen har gradvis ökat vartefter att allt fler vårdgivare har anslutit sig. Den danska lösningen bygger på att vårdgivarna och patienterna har tillgång till samma system. Under det första kvartalet 2011 har mellan 50 000 och 60 000 patienter har loggat in på e-journal per månad. Utöver ett antal journaluppgifter kan patienten även ta del av loggar över vilka som har tagit del av journalinformationen.

I den danska lösningen har således både patienter och hälso- och sjukvårdspersonal åtkomst till patientens uppgifter i e-journalen. På sådant sätt liknar det en form av sammanhållen journal som patienten kan läsa och ta del av. Någon möjlighet för patienten att dokumentera uppgifter om sin hälsa finns inte.

Journalinformation som skapas av de hälso- och sjukvårdsaktörer som är anslutna till e-journal publiceras där med 14 dagars fördröjning. Det görs för att göra det möjligt för personal i vården att kontakta en patient om det visar sig att något är allvarligt.

⁵ 3 § förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.

För barn och unga gäller att journalinformation överförs till e-journalen, men att informationen först kan ses när den unge fyller 15 år. Det är inte möjligt för vårdnadshavare att få del av sina barns e-journal. Inte heller är det möjligt för en anhörig till en patient att få tillgång till dennes e-journal.

De danska invånarna når sin e-journal på nätet via webbsidan sundhed.dk, som är en organisation som leds av staten, regionerna och kommunerna. Ansvar för de informationsmängder som invånarna kan ta del av i e-journalen ligger på respektive region.

Förutom Min e-journal finns andra tjänster på sundhed.dk, som exempelvis "Mit medicinkort" som ger en överblick över de mediciner den enskilde står på eller "Mina konsultationer" som ger en överblick över besök hos läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Kaiser Permanente (USA), My Health Manager

Utredningen har besökt Kaiser Permanente för att bland annat få en bild av organisationens informationshantering, vilken i många sammanhang lyfts fram som en förebild på området. Kaiser Permanente är den största icke-vinstdrivande sjukvårdsorganisationen i USA med omkring 9 miljoner medlemmar (patienter). Deras medlemmar har möjlighet att skapa ett konto i tjänsten My Health Manager och där ta del av olika e-tjänster. Inom ramen för My Health Manager kan patienterna välja vårdgivare, använda s.k. säker e-post för att ställa frågor och få svar från sin läkare, förnya recept, se utdrag ur sin patientjournal, se provsvar, läkemedelslista, vaccinationer m.m.

Det är även möjligt att ta del av uppgifter och utföra ärenden åt en anhörig, t.ex. en äldre förälder. För att få en sådan rättighet krävs ett samtycke från den anhörige.

För My Health Manager finns en fastställd administrativ process där den som vill öppna ett konto måste identifiera sig, ta del av information om vad som erbjuds och vad individen kan förvänta sig, godkänna användarvillkor m.m.

Kaiser Permanente kan hittills visa på en rad positiva effekter som möjligheterna i My Health Manager ger. En farhåga hade innan varit att medlemmarna skulle börja ställa en massa frågor via den säkra e-posten och därmed öka belastningen på personalen, men den farhågan har än så länge inte visat sig vara reell. Däremot

har Kaiser Permanente kunnat visa resultat på minskat antal besök i primärvården samt förbättrat blodtryck och andra värden hos de patienter som använder kontot.

En ytterligare intressant aspekt i sammanhanget är att Kaiser Permanente, trots ett digert utbud av e-tjänster inom My Health Manager, för tillfället inte erbjuder medlemmarna någon form av tjänst för personlig dokumentation.

33.3 Några reflektioner kring informationsflöden och aktörer

Genomgången ovan av olika initiativ och utvecklingsprojekt inom området visar tydligt på att det finns många olika ändamål, aktörer och kommunikationsvägar. Generellt befinner sig individen på olika sätt i navet av informationshanteringen, men personuppgiftsbehandlingen görs av en mängd olika aktörer och för en mängd olika syften.

Vidare kan konstateras att denna typ av invånartjänster som det här är fråga om ger upphov till ett antal olika informationsflöden. Vissa tjänster handlar endast om att göra information tillgänglig, medan andra tjänster även syftar till att inbjuda till kommunikation eller ge individen en möjlighet att självständigt kunna hantera och förfoga över utlämnade uppgifter.

Beroende på vilka aktörer som är inblandade och vilka typer av informationsflöden det är fråga om väcks olika rättsliga frågeställningar, t.ex. om gränser för personuppgiftsansvar eller i frågor om sekretess och hantering av allmänna handlingar. Nedan exemplifieras några av de informationsflöden som det kan handla om i den ökade kommunikationen mellan medborgare och vårdgivare eller mellan medborgare och de som bedriver socialtjänst.

Informationsflöden där individen delges information

En vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst kan tillhandahålla information till individen genom elektroniska utlämnanden över internet. Följande exempel kan nämnas.

- Utlämnande av vårddokumentation som exempelvis ordinerade läkemedel, provsvar, diagnoser, journalanteckningar etc.

- Utlämnande av beslut eller anteckningar om de insatser som utförts inom ramen för socialtjänsten.
- Utlämnande av s.k. registerutdrag.
- Utlämnande av logglistor, dvs. dokumentation om den åtkomst som förekommit till individens journaluppgifter.

Ett annat exempel på när individen delges information är när eHälsomyndigheten lämnar ut uppgifter om uthämtade läkemedel ur den s.k. läkemedelsförteckningen. I dag görs sådant utlämnande exempelvis genom en e-tjänst som nås efter inloggning i Mina vårdkontakter.

Motsvarande exempel skulle även kunna gå att finna på områden utanför vård- och omsorgssektorn. Som ett exempel kan nämnas kommunikation från myndigheter som Försäkringskassan, Skatteverket eller Arbetsförmedlingen.

Informationsflöden där individen både delges och delger information

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst kan tillhandahålla information till individen och göra det möjligt för honom eller henne att interagera och själv bidra med information genom elektronisk kommunikation. Följande exempel kan nämnas.

- Besvarande av olika former av enkäter i socialtjänsten och hälso- och sjukvården.
- Inrapportering av olika mätvärden, t.ex. för blodtryck eller blodsockervärden.
- Bokning, ombokning och avbokning av tider.
- Inrapportering av självskattning, hälsodeklarationer, livsstilsformulär m.m. inför besök hos en vårdgivare eller utförare.
- Fråge- och svarsfunktioner där medborgare kan skicka en fråga direkt till exempelvis behandlande läkare eller socialsekreterare och få svar.

Informationshantering där individen dokumenterar på eget initiativ och sedan kan delge andra

En grundtanke inom ramen för flera av de i det föregående redovisade projekten och tjänsterna är att individen ska få möjligheter att själv dokumentera och hantera sådan information som individen anser är viktig för sin hälsa och sitt välmående. Det kan exempelvis göras inom ramen för en eller flera tjänster av hälsodagbokscharakter som alla kan hanteras och lagras på ett och samma ställe. Sådan information kan sedan individen på eget initiativ välja att dela med sig av till andra.

Det kan även gå till på ett sådant sätt att en vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst vänder sig till individen med förfrågan om sådana uppgifter som individen ursprungligen dokumenterat på eget initiativ, men som exempelvis vårdgivaren nu visar intresse för och efterfrågar.

Följande exempel kan nämnas på sådan informationshantering där individen kan dokumentera och förvalta uppgifter om sin livssituation och som även kan delas med andra i eller utanför vård- och omsorgssektorn.

- Dokumentation om friskvård, motion och andra hälsofrämjande aktiviteter.
- Dokumentation om kostvanor, alkohol, tobak m.m.
- Dokumentation om sådana receptfria läkemedel som individen tar.
- Dokumentation om välbefinnande, livskvalitet och hälsosituation i stort.
- Dokumentation om arbets- eller studiesituationen, gjorda jobbansökningar etc.

Individens egen lagringsplats

Gemensamt för exemplen ovan, oavsett om det är individen som i första skedet har dokumenterat uppgifter om sig själv för sin egen räkning eller efter uppmaning av en vård- och omsorgsaktör eller om exempelvis en vårdgivare har lämnat ut vårddokumentation till individen, är att individen för eget bruk skulle kunna hantera, samla och lagra den information som skapas. Förutom att informationen

kommuniceras med en vårdgivare, en utförare i socialtjänsten eller en annan aktör, skulle även individen kunna välja att spara informationen för eget bruk. Att förse individen med de möjligheterna är en av grundtankarna bakom flera av de redovisade utvecklingsprojekten samt regeringens initiativ med det personliga hälsokontot Hälsa för mig.

I stället för att diabetespatienten endast rapporterar in sitt senaste HbA1c-värde genom den e-tjänst vårdgivaren tillhandahåller kan patienten även vilja spara ner den informationen och lagra den tillsammans med annan information, exempelvis i ett personligt hälsokonto eller motsvarande. I en för ändamålet designad e-tjänst i sitt hälsokonto skulle individen sedan kunna få en överskådlig bild, t.ex. genom grafer, över sina blodsockervärden över tiden. Tillsammans med annan viktigt information bildas då ett för individen eget beslutsstöd kring t.ex. diabetessjukdomen. I stort sett motsvarande möjligheter finns redan idag för de patienter inom reumatologin som använder den tidigare nämnda tjänsten PER, patientens egen registrering.

Motsvarande kan förstås gälla för alla andra exempel där individen antingen får information utlämnad eller själv bidrar med information till vård- och omsorgsaktörerna.

Relevanta aktörer och intressenter

Vi ser idag en utveckling mot att erbjuda individen en egen lagringsplats för hälsorelaterade uppgifter, vilken på sikt kan bli själva navet för den omfattande informationshantering som görs av olika aktörer för delvis olika ändamål. För att trygga individens behov av integritet och sekretess krävs bland annat att de olika sätten att kommunicera kartläggs, analyseras och tydliggörs. Det finns behov av att identifiera gränsen mellan individens och andra inblandade aktörers personuppgiftsbehandling och personuppgiftsansvar.

De *centrala aktörer* som vi kan identifiera är, förutom individen själv, offentliga och privata vårdgivare, offentliga och privata verksamheter inom socialtjänsten, leverantörer av e-tjänster riktade till individen samt leverantörer av individens lagringsplats (exempelvis lagringsplatsen Hälsa för mig eller motsvarande). Ytterligare en aktör är eHälsomyndigheten, som i dag är personuppgiftsansvarig för läkemedelsförteckningen som innehåller

uppgifter om uthämtade läkemedel. Det är tillåtet för myndigheten att elektroniskt lämna ut uppgifter om uthämtade läkemedel till den enskilde individen.

Andra *användare* än individen kan vara individens ställföreträdare, exempelvis vårdnadshavare, eller närstående. De har också en viktig roll i detta. En vårdnadshavare kan över internet exempelvis vilja kommunicera, hantera och samla information om sina barns kontakter med vårdgivare och utförare i socialtjänsten. En närstående kan även anförtros att göra detta åt exempelvis en äldre förälder eller annan närstående person. Det kan handla om att kunna ta del av sådant som händer i förälderns vardag, t.ex. på sätt som görs i den tidigare nämnda Omsorgsdagboken. Men en närstående kan även ha en mer aktiv roll åt någon i sin närhet, t.ex. att vara den som över internet bokar tider, tar del av provsvar, följer remissgången m.m. för en annan person.

Utöver de centrala aktörerna ovan finns även ett antal tänkbara *intressenter* utanför denna sfär. De kan exempelvis vara myndigheter som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Även forskningshuvudmän och andra kan komma att visa intresse för den information som individen förvaltar. Ytterligare en grupp intressenter kan vara andra individer, t.ex. inom ramen för en patientgruppering eller andra forum i individens sociala och privata sfär.

För att tydliggöra bilden och identifiera de legala ansvarsgränserna behövs en analys av de olika aktörernas syften och roller.

33.4 Kort genomgång av gällande rätt

Den ökade kommunikationen mellan vård- och omsorgsaktörerna och medborgarna behöver ta hänsyn till de legala förutsättningar som finns. Lagstiftningen för utlämnande av uppgifter till individer, vare sig det görs manuellt, med direktåtkomst eller genom annat elektroniskt utlämnande skiljer sig något åt mellan hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. I det följande redovisas en kortfattad genomgång av några grundläggande förutsättningar, som exempelvis individens rätt att ta del av information om sig själv, ifall uppgifter får lämnas ut elektroniskt samt vilka krav på säkerhetsåtgärder som kan behöva uppfyllas.

För frågor om personuppgiftsansvar hänvisas dels till vad som tidigare redovisats i förslagen till hälso- och sjukvårdsdatalag och

socialtjänstdatalag, dels till våra överväganden längre fram i detta avsnitt. Vidare berörs generella frågor om personuppgiftsansvar för övergripande frågor om tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder i kapitel 10 och 25.

33.4.1 Patientens rätt att ta del av sin journal i hälso- och sjukvården

Inom den offentliga hälso- och sjukvården regleras patientens rätt att ta del av sin journal och andra handlingar och uppgifter av tryckfrihetsförordningen, förkortad TF, offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, samt, vad gäller sättet för utlämnande, patientdatalagen (2008:355) förkortad PDL. För utlämnanden från privata vårdgivare gäller patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, och patientdatalagen.

Av tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen följer att en patient i princip alltid har rätt att ta del av uppgifter om sig själv. Undantag gäller, enligt 25 kap. 6 § OSL, i förhållande till den vård- och behandlingsbehövande själv om uppgifter om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården och behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne. Om detta undantag inte är tillämpligt ska journalen lämnas ut till patienten och om undantaget är tillämpligt endast för delar av journalen ska journalen lämnas ut i övriga delar.

I 2 kap. 12 och 13 §§ TF anges närmare när och på vilket sätt journalen ska lämnas ut. Av bestämmelserna följer bland annat att ett utlämnande ska göras genast eller så snart som möjligt och att patienten har rätt att få en avskrift eller en kopia av journalen.

För privata vårdgivare gäller enligt 8 kap. 2 § nu gällande patientdatalag att en journalhandling ska på begäran av patienten eller av en närstående till patienten så snart som möjligt tillhandahållas honom eller henne för att läsas eller skrivas av på stället eller i avskrift eller kopia, om inte annat följer av 6 kap. 12 § eller 13 § första stycket PSL. Bestämmelsen i 6 kap. 12 § PSL motsvarar bestämmelsen i 25 kap. 6 § OSL och innebär således att tystnadsplikt gäller i förhållande till patienten själv, om det med hänsyn till ändamålet med hälso- och sjukvården är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten.

Av patientdatalagen följer även att frågor om utlämnande av en journalhandling från en privat vårdgivare ska prövas av den som är ansvarig för journalhandlingen. Anser den ansvarige att journalhandlingen eller någon del av den inte bör lämnas ut, ska han eller hon genast med eget yttrande överlämna frågan till Socialstyrelsen för prövning. Med den som ansvarar för journalen avses enligt förarbetena den som enligt föreskrift är skyldig att föra journalen eller se till att journalen förs. Om den som ansvarade för journalen vid behandlingstillfället inte längre tjänstgör, får hans eller hennes efterträdare i verksamheten regelmässigt anses ha övertagit ansvaret för journalen.⁶

33.4.2 Elektroniskt utlämnande av uppgifter till patienten

Även om patienten har en grundläggande rätt att ta del av sin patientjournal och andra uppgifter har patienten ingen rätt att kräva att uppgifterna ska utlämnas elektroniskt.

För offentliga och privata vårdgivare finns dock möjligheter enligt patientdatalagen att lämna ut uppgifterna på medium för automatiserad behandling. Ett sådant utlämnande kan exempelvis göras genom elektronisk filöverföring, USB-minne eller annat.

Dessutom har i och med patientdatalagen gjorts möjligt för vårdgivare att medge en patient direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde som får lämnas ut till honom eller henne och som av vårdgivaren behandlas för ändamålet vårddokumentation. Under samma förutsättningar får vårdgivare medge en patient direktåtkomst till s.k. logglistor, det vill säga dokumentation över den åtkomst som förekommit till patientens uppgifter. För att understryka att en sekretessprövning enligt offentlighets- och sekretesslagen och patientsäkerhetslagen är nödvändig i samband med att uppgifter görs tekniskt åtkomliga för patienten anges i patientdatalagen att det är fråga om uppgifter ”som får lämnas ut till den enskilde”.

Patientdatautredningen uppmärksammade några faktorer som eventuellt skulle kunna vara till nackdel för vissa individer ifall vårdgivaren fick möjlighet att medge patienten direktåtkomst.⁷ En sådan faktor var risken för att patienten skulle missförstå informationen och en annan var att det kan finnas risk för att vissa

⁶ Prop. 1984/85:189 s. 48.

⁷ SOU 2006:82 s. 385 f.

patienter utsätts för påtryckningar från t.ex. närstående eller blivande arbetsgivare att visa dem uppgifterna. Ett sätt att begränsa sådana risker var enligt patientdatautredningen att inte göra uppgifterna allt för lätt tillgängliga. I sammanhanget anförde patientdatautredningen bland annat följande.⁸

Uppgifter om en patient behöver ju inte med automatik finnas tillgängliga för denne via Internet enbart därför att en vårdgivare erbjuder sina patienter möjlighet att få direktåtkomst till patientuppgifter. Tillgängligheten bör istället förutsätta att patienten inledningsvis på något sätt framfört önskemål till vårdgivaren om att få direktåtkomst till sina uppgifter. Denna förutsättning kommer sannolikt även innebära att det framför allt är de lite mer intresserade patienterna som kommer att ha direktåtkomst till sina patientuppgifter. En framställan om ett önskemål förutsätter ju överväganden från den enskildes sida och ett aktivt handlande. Det ger även vårdgivaren tillfälle att informera patienten om t.ex. vart han eller hon kan vända sig för att få hjälp att tyda uppgifterna.

För tydlighetens skull kan tilläggas att vår tanke inte är att det skall krävas en formell ansökan från patienten som utmynnar i ett slags tillstånd. Alla patienter som framför önskemål till en vårdgivare som erbjuder sina patienter möjlighet att få direktåtkomst till patientuppgifter ska alltså kunna få sådan åtkomst.

33.4.3 Krav på säkerhetsåtgärder m.m. i hälso- och sjukvården

Med hänsyn till behovet av skydd för den personliga integriteten krävs vissa säkerhetsåtgärder för att vårdgivare ska få lämna ut vårddokumentation till patienter genom utlämnande på medium för automatiserad behandling eller med direktåtkomst.

Det måste exempelvis finnas tillräckligt säkra tekniska lösningar för att säkerställa identiteten, dvs. att den som efterfrågar uppgifter verkligen är den person denne utger sig för att vara. En annan central säkerhetsåtgärd som krävs är att skydda kommunikationen av uppgifterna från insyn, exempelvis genom kryptering, ifall de lämnas ut elektroniskt.

Patientdatautredningen anförde dessutom att det bör finnas tekniska lösningar att spärra uppgifter som inte kan lämnas ut till en patient på grund av att de är sekretessbelagda eller omfattas av tystnadsplikt i förhållande till patienten.

⁸ SOU 2006:82 s. 386.

Socialstyrelsens föreskrifter

Förutom att de grundläggande kraven i 31 § personuppgiftslagen (1998:204), förkortad PUL, på organisatoriska och tekniska säkerhetsåtgärder för att skydda personuppgifter, har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter om krav på säkerhetsåtgärder vid kommunikation med enskilda. Av 2 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården följer krav på vårdgivare som använder öppna nät (t.ex. internet eller Sjunet) på att ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att

1. överföring av patientuppgifter görs på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna, och

2. åtkomst till patientuppgifter föregås av stark autentisering.

Vidare framgår att vårdgivaren i sin informationssäkerhetspolicy får besluta om undantag från kraven i punkten 1 ovan, för överföring till patienter av påminnelser och kallelser till vård och behandling. Ett sådant beslut ska föregås av en behovs- och riskanalys. En överföring av en påminnelse eller en kallelse får dessutom endast göras efter att patienten har gett sitt medgivande. Överföringen får heller inte avslöja detaljer om en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

I föreskrifterna förtydligas även säkerhetskraven vid enskildas direktåtkomst. Av 2 kap. 13 § följer att vårdgivaren ska säkerställa att en enskilds direktåtkomst till sina patientuppgifter och till dokumentation om åtkomst (logglistor) endast tillåts efter att den enskilde har identifierats genom stark autentisering.

Vidare anges i 14 § samma kapitel att den vårdgivare som medge en enskild direktåtkomst till sina patientuppgifter även ska ansvara för att det finns ett system för bedömning av de uppgifter som kräver ett särskilt skydd i förhållande till den enskilde och som inte ska kunna lämnas ut genom direktåtkomst.

Om vårdgivaren endast medger den enskilde en begränsad direktåtkomst till sina patientuppgifter, ska vårdgivaren informera den enskilde om detta. Vårdgivaren ska även upplysa patienten om vart han eller hon kan vända sig för att få hjälp med att förstå dokumentationen.

33.4.4 Individens rätt till uppgifter om uthämtade läkemedel

Förutom patientens rätt att ta del av uppgifter i sin patientjournal och vårdgivarnas möjligheter att lämna ut uppgifterna genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande har individen även en rätt att ta del av uppgifter om de läkemedel som han eller hon hämtat på apotek.

Enligt lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning ska eHälsomyndigheten föra ett register över köp av förskrivna läkemedel (läkemedelsförteckning). Med köp avses även förvärv av läkemedel med fullständig kostnadsreducering.

Läkemedelsförteckningen innehåller bland annat uppgifter om den enskildes namn och personnummer, inköpsdag, vara, mängd och dosering. Den registrerade har enligt lagens 11 § rätt att när som helst få ett s.k. registerutdrag enligt 26 § PUL, dvs. information om de uppgifter om individen som behandlas i läkemedelsförteckningen. Ett sådant utlämnande till individen, av uppgifter om individen själv, får göras antingen manuellt, på medium för automatiserad behandling eller genom direktåtkomst.

En privatperson har i dag möjlighet att få ett utdrag ur läkemedelsförteckningen genom att legitimera sig på ett apotek. För individer som har anslutit sig och skapat ett konto på Mina vårdkontakter finns möjlighet att efter inloggning med e-legitimation ta del av sin läkemedelsförteckning. Där presenteras även en lista över de personer som har läst den enskildes läkemedelsförteckning och när detta gjordes.

33.4.5 Individens rätt till information i socialtjänsten

Inom den offentligt drivna socialtjänsten regleras individens rätt att ta del av uppgifter om sig själv av tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen. För utlämnanden från privata utförare av socialtjänst gäller socialtjänstlagen och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS.

Av tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen följer att en individ i princip alltid har rätt att ta del av uppgifter om sig själv.

I 2 kap. 12 och 13 §§ TF anges närmare när och på vilket sätt uppgifter ska lämnas ut. Av bestämmelserna följer bland annat att

utlämnande ska göras genast eller så snart som möjligt och att individen har rätt att få en avskrift eller en kopia av journalen.

Vidare finns bestämmelser i 11 kap. SoL om handläggning av ärenden. I kapitlets 7 § anges bland annat att dokumentation ska utformas med respekt för den enskildes integritet och att den enskilde bör hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne.

När det gäller myndighetsutövningen inom socialtjänsten ska bland annat förvaltningslagens (1986:223) bestämmelser om parts rätt att få ta del av uppgifter och underrättelser av beslut tillämpas.

Av 7 kap. 4 § SoL följer att en handling i en personakt i privat verksamhet som står under Inspektionens för vård och omsorg tillsyn ska, om det begärs av individen, så snart som möjligt tillhandahållas för läsning eller avskrivning på stället eller i avskrift eller kopia. Motsvarande bestämmelser finns även i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

För socialtjänstens del finns inte någon motsvarande bestämmelse som den för hälso- och sjukvården, om att sekretess i vissa fall kan gälla även gentemot individen själv.

33.4.6 Elektroniskt utlämnande till individen i socialtjänsten

I lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten saknas motsvarande bestämmelser som finns i patientdatalagen om utlämnande genom direktåtkomst eller på medium för elektronisk behandling. Lagen hänvisar endast, genom 8 §, att de begränsningar som följer av offentlighets- och sekretesslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade gäller vid utlämnande av personuppgifter som finns inom socialtjänsten.

Dessa bestämmelser handlar endast om frågan ifall uppgifter får lämnas ut, inte om frågan *hur* de i sådant fall får lämnas ut. Avsaknaden av bestämmelser innebär inte att det är omöjligt att elektroniskt lämna ut uppgifter i socialtjänsten. Utlämnande av uppgifter på medium för automatiserad behandling är en form av behandling av personuppgifter enligt 3 § PUL, som är tillåten om utlämnandet görs i enlighet med de ändamål som är bestämda för personuppgiftsbehandlingen och att kraven på informations-säkerhetsåtgärder iakttas. Dessutom måste utlämnandet göras med beaktande av bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

Sammanfattningsvis gäller således att uppgifter i socialtjänsten kan lämnas ut elektroniskt om personuppgiftsbehandlingen som sådan är tillåten samt att det inte föreligger någon sekretessen för uppgifterna. Det innebär att det i praktiken inte föreligger några hinder för socialtjänsten att på begäran av den enskilde lämna ut uppgifter om honom eller henne på medium för elektronisk behandling. Så länge som kraven på informationssäkerhet upprätthålls.

Inte heller kan en avsaknad av bestämmelser som ger den enskilde en möjlighet till direktåtkomst till uppgifter i socialtjänsten anses förhindra att en utförare av socialtjänst medger enskilda just sådan åtkomst. För hälso- och sjukvårdens del fanns innan patientdatalagen en begränsande regel i dåvarande vårdregisterlagen (1998:544), som innebar att endast den som behövde tillgång till uppgifterna för att kunna utföra sitt arbete fick ha direktåtkomst till uppgifterna. Bestämmelsen tolkades av Datainspektionen och domstolar på ett sådant sätt att det inte bedömdes vara möjligt att låta patienten få direktåtkomst till uppgifter om sig själv, eftersom patienten inte kunde sägas behöva uppgifterna för sitt arbete. Någon sådan motsvarande bestämmelse finns däremot inte på socialtjänstens område.

Utredningen ser därför inga rättsliga hinder för socialnämnder eller privata utförare att erbjuda enskilda individer direktåtkomst till uppgifter om sig själv. Detta givetvis under förutsättning att den enskilde är identifierad på ett tillräckligt säkert sätt och att övriga åtgärder för att skydda uppgifterna från obehörig åtkomst har vidtagits.

33.4.7 Krav på säkerhetsåtgärder m.m. i socialtjänsten

Det saknas särskilda bestämmelser om säkerhetsåtgärder i lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Genom lagens hänvisning till personuppgiftslagen står det dock klart att de grundläggande kraven på organisatoriska och tekniska säkerhetsåtgärder som följer av 31 § PUL gäller för hantering av uppgifter i socialtjänsten.

Av den bestämmelsen och praxis från Datainspektionen har bland annat slagits fast känsliga personuppgifter om hälsa eller personuppgifter som av andra skäl är integritetskänsliga, t.ex. för att de omfattas av sekretess, endast får lämnas ut via öppna nät till

identifierade användare vars identitet är säkerställd med en teknisk funktion som asymmetrisk kryptering (exempelvis e-legitimation), engångslösenord eller motsvarande. Dessutom ska personuppgifterna vara krypterade vid överföring.

En följd av detta är att uppgifter från socialtjänsten inte får lämnas ut över internet till den enskilde, med mindre än att uppgifterna är krypterade vid överföringen och att den enskilde kan styrka sin identitet genom stark autentisering. Sådana uppgifter bör i regel, för det fall de inte är att betrakta som känsliga personuppgifter enligt personuppgiftslagen, åtminstone anses vara särskilt integritetskänsliga och därmed särskilt skyddsvärda.

33.5 Våra överväganden och förslag

Den ökade elektroniska kommunikationen mellan aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och enskilda medborgare ger upphov till en rad rättsliga frågeställningar av olika karaktär, som exempelvis rörande personuppgiftsansvar, förutsättningar för direktåtkomst, sekretess och hantering av allmänna handlingar.

Flera av frågorna är inte nya och är delvis redan omhändertagna i lagstiftningen. Samtidigt kan konstateras att den rådande utvecklingen ger upphov till nya frågor om lagstiftningens närmare tillämpning. Vidare kan det finnas skäl att så långt möjligt harmonisera regelverken vad gäller utlämnande av information till enskilda inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

33.5.1 Direktåtkomst för enskilda i socialtjänsten

Vårt förslag: En bestämmelse i socialtjänstdatalagen ska ange att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten får medge enskild direktåtkomst till personuppgifter om henne eller honom. Den enskilde får även medges direktåtkomst till dokumentation om åtkomst. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid enskildas direktåtkomst.

Hänvisning: Ytterligare frågor om den enskildes möjlighet att förfoga över sin direktåtkomst, t.ex. genom att låta andra ta del av uppgifter om den enskilde, behandlas i avsnitt 33.5.11.

Inom socialtjänstens område saknas uttryckliga bestämmelser om förutsättningarna för att lämna ut uppgifter till enskilda genom direktåtkomst. Nuvarande lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten hänvisar endast till att de begränsningar som följer av offentlighets- och sekretesslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade gäller vid utlämnande av personuppgifter som finns inom socialtjänsten. För socialtjänstens del finns inte någon motsvarande bestämmelse som den för hälso- och sjukvården om att sekretess i vissa fall kan gälla även mot individen själv. Utredningen har i genomgången av gällande rätt även konstaterat att nuvarande regelverk, trots avsaknad av uttryckliga bestämmelser om direktåtkomst för enskilda, inte kan anses förhindra en sådan direktåtkomst. Däremot kan en avsaknad av bestämmelser riskera att skapa en osäkerhet för vad som gäller hos dem som ska tillämpa lagstiftningen. Dessutom kan det förhållandet att det för hälso- och sjukvårdens del uttryckligen regleras, ge upphov till en sådan osäkerhet. Mot den bakgrunden finns det skäl att harmonisera lagstiftningarna även i dessa delar.

Utredningens bedömning är även att en tydlig reglering kan utgöra en viktig signal för att stimulera en utveckling av fler e-tjänster som på olika sätt kan öka servicen och tillgängligheten gentemot invånarna samt stärka den enskildes inflytande och delaktighet i socialtjänsten. Nu när vi föreslår en helt ny socialtjänstdatalag med ett antal olika bestämmelser om utlämnande genom direktåtkomst har även bestämmelser om direktåtkomst för enskilda en naturlig och självklar plats. Sammantaget gör det att vi föreslår bestämmelser på socialtjänstens område som i allt väsentligt överensstämmer med motsvarande bestämmelser i hälso- och sjukvården.

Enligt utredningens förslag ska en enskild kunna medges direktåtkomst till sina egna uppgifter som behandlas av den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten. Utredningen ser inte något behov av att införa en skyldighet för den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten att tillhandahålla enskild direktåtkomst till uppgifter utan endast en möjlighet till detta. Det finns naturligtvis inget hinder mot att uppgifter om den enskilde även lämnas ut på medium för automatiserad behandling.

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska ha en frihet att själv avgöra om och i vilken omfattning enskilda ska

erbjudas direktåtkomst. Det behöver således inte röra samtliga uppgifter rörande enskilda utan det kan mycket väl röra sig om avgränsade informationsmängder som exempelvis kontaktuppgifter till socialtjänsten, biståndsbeslut, genomförandeplaner, dokumentation av genomförande av beslutade insatser m.m. Detta innebär att enskilda kan medges direktåtkomst såväl till sådana uppgifter som behandlas i samband med utredningar eller biståndsbedömning som uppgifter som behandlas vid genomförande av beslutade insatser. Även sådana uppgifter som den som bedriver socialtjänst behandlar med stöd av den enskildes samtycke, får lämnas ut genom direktåtkomst.

Enligt den bestämmelse som vi föreslår ska utlämnande genom direktåtkomst endast avse uppgifter om den enskilde själv. Det innebär att det saknas stöd för att till den enskilde lämna ut sådana uppgifter om andra personer som kan återfinnas i socialtjänstens dokumentation rörande den enskilde. Som exempel kan nämnas uppgifter rörande familjemedlemmar, närstående eller andra uppgiftslämnare. Enligt 26 kap. 5 § OSL gäller även sekretess för uppgift i anmälan eller utsaga av en enskild om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, i förhållande till den som anmälan eller utsagan avser, om det kan antas att fara uppkommer för att den som har lämnat uppgiften eller någon närstående till denne utsätts för våld eller lider annat allvarligt med om uppgiften röjs. Det innebär att den som bedriver verksamheten alltid måste göra en bedömning om sådana uppgifter finns bland den information som man har för avsikt att lämna ut genom direktåtkomst och om uppgifterna i sådant fall omfattas av sekretess. Med hänsyn till behovet av skydd för uppgiftslämnare och anmälare behöver den som bedriver verksamheten därför ha rutiner som säkerställer att sådana uppgifter inte lämnas ut genom direktåtkomst om de omfattas av sekretess.

Vidare framgår av den föreslagna bestämmelsen att den enskilde får medges direktåtkomst till sådan dokumentation som avser personalens elektroniska åtkomst till den enskildes uppgifter (behandlingshistorik, logglistor). Genom en sådan åtkomst kan den enskilde själv bilda sig en uppfattning om den åtkomst till uppgifterna som förekommit.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, bör få meddela föreskrifter om krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid direktåtkomst. För att den enskilde ska kunna medges direktåtkomst krävs att det finns tillräckligt säkra tekniska lös-

ningar för att säkerställa identifieringen av den som efterfrågar uppgifter. Det är tänkt att Socialstyrelsen efter samråd med Datainspektionen ska meddela sådana föreskrifter. På hälso- och sjukvårdens område följer krav på säkerhetsåtgärder av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

För ytterligare frågor om enskildas möjligheter att förfoga över direktåtkomsten, exempelvis genom att låta någon annan ta del av den enskildes uppgifter genom direktåtkomst, se vidare avsnitt 33.5.11.

33.5.2 Direktåtkomst för patienter och frågan om sekretess mot patienten själv

Vårt förslag: Bestämmelserna i 25 kap. 6 § OSL och i 6 kap. 12 § andra stycket PSL om sekretess och tystnadsplikt gentemot patienten själv ska tas bort.

Patientdatalagens nuvarande bestämmelse om enskildas direktåtkomst till uppgifter om dem själva förs över till hälso- och sjukvårdsdatalagen, men anpassas med anledning av vårt förslag om att ta bort sekretessen mot patienten själv. Vidare tas den nu gällande begränsningen om att patienten endast får medges direktåtkomst till uppgifter som behandlas för ändamålet vårddokumentation bort. Patientens möjlighet att få direktåtkomst till loggar överförs oförändrad från patientdatalagen. På samma sätt som i dag får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid enskildas direktåtkomst.

Hänvisning: Ytterligare frågor om den enskildes möjlighet att förfoga över sin direktåtkomst, t.ex. genom att låta andra ta del av uppgifter om den enskilde, behandlas i avsnitt 33.5.11

Inledning

Normalt gäller inte sekretess till skydd för en enskild i förhållande till den enskilde själv. I hälso- och sjukvården finns dock bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen samt patient-

säkerhetslagen som i vissa fall medför att sekretess kan bedömas föreligga även gentemot den enskilde själv. Bestämmelsen i 25 kap. 6 § OSL lyder som följer.

Sekretessen enligt 1–5 §§ gäller i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv för uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom eller henne.

Bestämmelsen är ingalunda ny, utan har funnits i sin nuvarande utformning alltsedan ikraftträdandet av 1980-års sekretesslag. I propositionen 1979/80:2 anförs att bestämmelsen bör utformas mycket restriktivt och att det endast i rena undantagsfall bör komma ifråga att en myndighet under hänvisning till en enskildes bästa vägrar den enskilde att ta del av uppgifter om sig själv. Bland annat framgår följande.⁹

Den förtroendefulla samverkan mellan medicinalpersonal och patient som bör präglade allt vård- och behandlingsarbete kan knappast främjas av en ordning som innebär att det i inte helt obetydlig omfattning är möjligt att vägra patienten att ta del av sin egen behandlingsjournal. Skadeverkningar bör istället i största möjliga utsträckning förebyggas genom att den som gör anteckningar i journalen utformar dessa med beaktande av att patienten kan komma att läsa dem. Enligt promemorian kan det emellertid inte uteslutas att det i undantagsfall kan föreligga ett medicinskt betingat behov av en möjlighet att låta journalsekretessen gälla också i förhållande till patienten själv. En sådan regel bör dock utformas mycket restriktivt.

Förutsättningarna för att journalen ska kunna undanhållas en patient har i promemrieförslaget getts en något snävare avgränsning än enligt gällande rätt. Enligt förslaget krävs att det är av synnerlig vikt med hänsyn till vården och behandlingen att uppgiften inte lämnas till patienten. Dessutom gäller att det skall vara fråga om pågående vård eller behandling. En tillfrisknad person skall enligt promemorian inte kunna vägras tillgång till sin journal med den motiveringen att kunskap om dennas innehåll skulle kunna föranleda att han insjuknade på nytt. Enligt promemorian måste det anses vara från principiell synpunkt riktigtast att en person som inte är föremål för någon vård eller behandling ges rätt att själv fatta de beslut som kan ha betydelse för hans hälsotillstånd.

För den privata hälso- och sjukvårdens del finns en motsvarande bestämmelse i 6 kap. 12 § andra stycket PSL. Enligt den bestäm-

⁹ Prop. 1979/80:2 s. 177 ff

melsen gäller tystnadsplikt även i förhållande till patienten själv, om det med hänsyn till ändamålet med hälso- och sjukvården är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten. Eftersom bestämmelsen är av samma innebörd som motsvarande bestämmelse i offentlighets- och sekretesslagen talas i det följande endast om den bestämmelsen.

Problembeskrivning

Det kan å ena sidan konstateras att tillämpningsområdet för bestämmelsen om sekretess mot patientens själv är väldigt snävt. Det ska således röra sig om en situation när den enskilde är föremål för pågående vård och där det med hänsyn till ändamålet med den pågående vården och behandlingen är av synnerlig vikt att uppgift om den enskildes eget hälsotillstånd inte lämnas till honom eller henne.

Å andra sidan kan bestämmelsens tillämpningsområde betraktas som mycket vidsträckt när den ställs i relation till användningen av den typ av e-tjänster vi talar om här. E-tjänster som mer eller mindre automatiskt lämnar ut och tar emot uppgifter till och från patienter. Åtminstone teoretiskt kan sekretessbestämmelsen bli tillämplig så fort en vårdgivare lämnar ut aktuella uppgifter om exempelvis provsvar, journalanteckningar, läkemedel, remissvar m.m. till patienter. Detta oavsett om de uppgifter som lämnas ut har påverkan på ändamålet med patientens vård eller behandling. Bara det faktum att uppgifterna *kan* göra det innebär sannolikt att det krävs rutiner för sekretessprövning i varje enskilt fall.

Från andra sektorer i samhället lämnas i dag sekretessbelagda uppgifter ut till individer genom smidiga elektroniska lösningar över internet. Som exempel kan nämnas Skatteverket och Försäkringskassan. Även de myndigheterna hanterar individinformation som omfattas av sekretess och måste då vid utlämnande göra någon form av sekretessprövning. Prövningen bör dock, till skillnad från vad som gäller i hälso- och sjukvården, i princip kunna begränsas till frågan om den som efterfrågar informationen verkligen är identisk med den som informationen rör. Ur ett sekretessperspektiv blir det viktiga således att säkerställa att ingen annan än den enskilde får uppgifterna utlämnade till sig. En sådan typ av sekretessprövning kan givetvis omsättas i en automatisk elektronisk kontroll, t.ex. genom att villkora ett utlämnande med att den

som efterfrågar informationen identifierar sig med e-legitimation eller motsvarande lösning för stark autentisering.

För hälso- och sjukvårdens del gäller dock att sekretessprövningen inte enbart ska innefatta kontroller av identiteten hos mottagaren utan även av de omständigheter som kan förhindra ett utlämnande enligt 25 kap. 6 § OSL. Det är något som sannolikt är komplicerat, eller kanske till och med omöjligt, att helt automatisera.

Utredningens uppfattning är att sekretessbestämmelsen gentemot patienten själv kan hindra användningen av effektiv teknik för kommunikation mellan vården och medborgarna. Det är därför nödvändigt, inte minst mot bakgrund av regeringens strävanden att på olika sätt stärka patientens ställning, att analysera om bestämmelsen fortfarande är ändamålsenlig eller om den bör tas bort.

Tillämpningen av sekretessbestämmelsen i dag

Det har inte varit möjligt för utredningen att få fram bred statistik över hur ofta eller i vilka situationer den aktuella sekretessbestämmelsen i själva verket tillämpas i dag. En fingervisning i sammanhanget kan hämtas från den tidigare redogjorda uppgiften från Landstinget i Uppsala län, där man enligt egen uppgift lämnade ut 11 000 journaler under 2011. Fem av dessa journaler gick till chefläkare för bedömning, varefter beslut om att hemlighålla uppgifter fattades i ett av fallen.

Flera av de enskilda kontakter vi haft med hälso- och sjukvårdspersonal pekar i samma riktning, antingen har man aldrig hört att den tillämpats eller så känner man till ett fåtal gånger när uppgifter har hemlighållits med hänvisning just till denna bestämmelse.

Det har även framkommit att det verkar råda en osäkerhet om hur bestämmelsen ska tillämpas. Bland annat har berättats att bestämmelsen har använts för att inte lämna ut journaluppgifter som har varit formulerade på ett sätt man befarat skulle kunna ha gjort patienten arg, kränkt eller orolig. Det verkar också förekomma en viss sammanblandning mellan den nu aktuella sekretessbestämmelsen och den som ger skydd för uppgiftsutlämnare.

Till stöd för bestämmelsen har genom åren framförts dess betydelse inom psykiatrin. I den allmänna debatten har inte sällan

sagts att det är nödvändigt att hemlighålla vissa uppgifter för den som lider av svåra psykiska besvär. Annars skulle förutsättningarna för patienters vård- och behandling riskera att försämrats, eller att patienter till och med skulle kunna vidta åtgärder som är farliga för dem själva. Vid utredningens kontakter med företrädare för psykiatrin har denna bild däremot blivit ifrågasatt. Tvärtom anförs att en förutsättning för en framgångsrik vård och behandling är ett förtroende och en transparens mellan vårdpersonalen och patienten. Någon generell risk för att det skulle vara farligt för patienter inom psykiatrin att ta del av uppgifter om deras hälsotillstånd bedömer man inte föreligga.

Bestämmelsen bör tas bort

Det är otvetydigt att det finns omständigheter som talar för att bestämmelsen om sekretess mot patienten själv inte bör finnas kvar. Det kan ifrågasättas om den verkligen är ändamålsenlig i en tid när mycket av utvecklingsarbetet går mot att sätta patienten i centrum, utgå ifrån patientens process och på olika sätt stärka dennes ställning i hälso- och sjukvården. En förutsättning för att kunna ge patienten en större insikt i sin hälsosituation och på olika sätt stimulera till att öka patientens delaktighet och inflytande i vården är bl.a. att patienten har tillgång till rätt information. Öppenhet i relationen och kommunikationen mellan vården och patienterna är generellt sett en nödvändig ingrediens i denna utveckling.

Till stöd för att ta bort bestämmelsen kan även tas de överväganden som gjordes i samband med dess införande i 1980-års sekretesslag och som har redovisats ovan. Det uttalades tydligt att bestämmelsen skulle utformas restriktivt och endast tillämpas i rena undantagsfall. De praktiska möjligheterna att tillämpa bestämmelsen på ett sådant sätt är väsentligt förändrade i dag jämfört med tidigare när det var fråga om en manuell informationshantering.

Samtidigt kan det naturligtvis inte uteslutas att det kan uppstå enskilda situationer där ett hemlighållande av uppgifter skulle kunna vara motiverat. Men det är sannolikt att behovet av ett sådant hemlighållande är i det närmaste försvinnande litet. I förarbetena till bestämmelsen anförs inte bara att bestämmelsen bör tillämpas endast i undantagsfall, utan också att skadeverkningar istället bör förebyggas genom att den som gör anteckningar i

journalen utformar dessa med beaktande av att patienten kan komma att läsa dem. Dessa uttalanden och ställningstaganden gjordes för drygt trettio år sedan, i en tid när patientens ställning i hälso- och sjukvården generellt kan betraktas som betydligt svagare än vad som är fallet i dag. Att patienten kan komma att ta del av uppgifter och att anteckningar i en patientjournal så långt möjligt ska utformas så att patienten förstår dem, får i dag betraktas som självklara och grundläggande förutsättningar.

Vidare är vår uppfattning att det snarare kan finnas behov av att anpassa informationsinsatserna efter patientens aktuella situation och hälsotillstånd än att hemlighålla uppgifterna. Det kan inte uteslutas att det finns en risk att dagens bestämmelse i viss utsträckning kan motverka sådana individuella informationsinsatser genom att istället tillämpa bestämmelsen och "lägga locket på". En naturlig utveckling mot en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård vore att tillhandahålla individuellt anpassad information i sådana situationer det bedöms påkallat med hänsyn till patientens hälsotillstånd.

I sammanhanget kan även nämnas att motsvarande bestämmelse har funnits i Danmark, men att den togs bort under 2010. Den nuvarande danska bestämmelsen innebär dock att den tidigare sekretessbestämmelsen ska tillämpas på uppgifter som är dokumenterade före den nya bestämmelsens ikraftträdande 2010. En relevant fråga är om den valda lösningen i Danmark, dvs. att uppgifter som där är dokumenterade under en tid med föregående sekretessbestämmelse fortfarande ska omfattas av sekretess och tystnadsplikt, kan vara en lämplig väg att gå även för svensk del. Utredningen har övervägt detta, men funnit att det finns sådana grundläggande skillnader mellan den danska ursprungsbestämmelsen och bestämmelsen i 25 kap. 6 § OSL, att det inte framstår som ett lämpligt alternativ.

Motiven bakom den danska lösningen var framför allt att ta hänsyn till uppgifter som var dokumenterade på ett visst sätt under en tid då det fanns möjlighet att hemlighålla uppgifter för patienten. Bestämmelsen i offentlighets- och sekretesslagen tar dock inte alls sikte på hur en uppgift är formulerad, utan endast på att det ska röra en uppgift om hälsotillstånd avseende en patient som är under pågående vård och behandling. Därför gör sig inte samma skäl gällande i Sverige. Det saknas enligt vår uppfattning befogade skäl att låta uppgifter hemlighållas för den enskilde endast på grund av att de är formulerade på ett visst sätt.

Sammantaget gör utredningen bedömningen att risken med att ta bort bestämmelsen väger förhållandevis lätt jämfört med de vinster som skulle uppkomma, såväl vad gäller ökade fundamentala patienträttigheter som möjligheterna för patienter att med effektiva och säkra e-tjänster kunna ta del av för individen viktig information om sitt hälsotillstånd. Många individer förutsätter att det i dag ska gå att hantera uppgifter om hälsa på motsvarande sätt som uppgifter om ekonomi, skatter, socialförsäkringsförmåner osv. Ur ett rent patienträttighetsperspektiv skulle ett borttagande av bestämmelsen ytterligare befästa patientens ställning och dennes rätt till samma information om sig själv som hälso- och sjukvårdspersonalen har. Eftersom bestämmelserna är teknikneutrala skulle ett borttagande föra med sig att det ur ett sekretesshänseende blir oväsentligt om patienten efterfrågar uppgifter muntligt, på papper eller på elektronisk väg. Det går heller inte att bortse ifrån att ett upphävande av bestämmelsen kan komma att ha en positiv inverkan såväl på dokumentationen i hälso- och sjukvården som för vårdens sätt att kommunicera med patienten.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen således att bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt gentemot patienten själv i 25 kap. 6 § OSL och i 6 kap. 12 § andra stycket PSL ska upphävas.

Med detta sagt vill vi även understryka att förslaget inte innebär att patienter automatiskt, utan att själva ha efterfrågat det, ska få del av uppgifter från hälso- och sjukvården. Att bestämmelsen tas bort innebär endast att en vårdgivare inte kan neka en patient att ta del av uppgifter om sig själv om patienten begär att få ta del av dem. Vidare påverkar förslaget inte heller frågan om uppgifter ska lämnas ut manuellt, genom direktåtkomst eller på medium för automatiserad behandling. Det står vårdgivare fritt att själv fatta beslut i frågor om tillvägagångssättet för utlämnande. Många gånger bör särskilt utlämnande genom direktåtkomst ge anledning till frågor av etisk karaktär eller till särskilda lämplighetsöverväganden. Det kan exempelvis handla om vårdnadshavare ska få ha direktåtkomst till uppgifter om barn i olika åldrar, om information från vissa särskilt känsliga verksamheter bör undantas från direktåtkomst eller om ett utlämnande genom direktåtkomst ska göras med viss fördröjning. Frågor som dessa är högaktuella redan i dag. Ett upphävande av de aktuella bestämmelserna skulle inte medföra någon skillnad i det avseendet.

Förslaget berör inte frågan om sekretess för uppgiftslämnare m.m.

Utredningens förslag innebär ingen förändring av det gällande regelverket om sekretess till skydd för andra som kan omnämnas i en patientjournal. Enligt 25 kap. 7 § OSL gäller exempelvis sekretess för uppgift i anmälan eller utsaga av en enskild om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, i förhållande till den som anmälan eller utsagan avser, om det kan antas att fara uppkommer för att den som har lämnat uppgiften eller någon närstående till denne utsätts för våld eller lider annat allvarligt men om uppgiften röjs.

Det innebär att vårdgivare alltid har att göra en bedömning om sådana uppgifter finns bland den information som avses lämnas ut genom direktåtkomst och om uppgifterna i sådant fall omfattas av sekretess. Med hänsyn till behovet av skydd för uppgiftslämnare och anmälare behöver vårdgivare därför ha rutiner som säkerställer att sådana uppgifter inte lämnas ut genom direktåtkomst om de omfattas av sekretess.

Följändringar i bestämmelsen om direktåtkomst

Förslaget föranleder även behov av ändrade förutsättningar för vårdgivares möjligheter att lämna ut vårddokumentation genom direktåtkomst till patienter. Av den nuvarande bestämmelsen i 5 kap. 5 § PDL följer att en vårdgivare får medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som *får lämnas ut till honom eller henne* och som behandlas för ändamålet vårddokumentation. Det kursiverade ska inte föras över till hälso- och sjukvårdsdatalagen utan där ska anges att en vårdgivare får medge en enskild direktåtkomst till uppgifter om den enskilde själv.

Patienten ska kunna ges direktåtkomst till alla uppgifter om patienten

Enligt den nu gällande bestämmelsen i 5 kap. 5 § PDL får en vårdgivare endast ge patienten direktåtkomst till uppgifter som vårdgivaren behandlar för ändamålet vårddokumentation. Det innebär, såvitt vi kan bedöma, att vårdgivare är förhindrade att exempelvis ge patienten direktåtkomst till uppgifter som behandlas för andra ändamål, t.ex. kvalitetssäkring eller verksamhets-

uppföljning. I ett sådant fall skulle patienten inte kunna få direktåtkomst till uppgifter som patienten själv har bidragit med t.ex. genom att svara på enkäter som inte nödvändigtvis har betydelse för patientens vård och är att hänföra till ändamålet vårdokumentation. Enligt vår bedömning saknas det skäl att begränsa vårdgivares möjlighet att ge patienter direktåtkomst till uppgifter om dem själva. Vi föreslår därför att den nuvarande begränsningen ska tas bort. I hälso- och sjukvårdsdatalagen ska således anges att vårdgivare får ge enskild direktåtkomst till uppgifter om den enskilde själv. På detta sätt kommer möjligheterna att lämna ut uppgifter genom direktåtkomst att motsvara den rättighet till samtliga uppgifter som följer av en begäran om ett s.k. registerutdrag enligt 26 § PUL.

Vidare föreslås att patientens möjlighet att genom direktåtkomst få tillgång till dokumentation om den åtkomst som förekommit till patientens uppgifter (loggar) överförs oförändrad från patientdatalagen till hälso- och sjukvårdsdatalagen. På samma sätt som idag föreslås även regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer få meddela föreskrifter om de krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid enskildas direktåtkomst.

33.5.3 Tydlig information och överenskommelser med den enskilde

Vår bedömning: Utlämnanden genom direktåtkomst eller kommunikation med enskilda över internet bör föregås av tydlig information och någon form av överenskommelse. Några uttryckliga regler om detta bör dock inte tas in i lagstiftningen.

En grundläggande förutsättning för att enskilda ska känna trygghet med att känsliga personuppgifter om kontakter med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten kommuniceras över internet är sannolikt att enskilda får tydlig information om de olika förutsättningarna och säkerhetsåtgärderna som gäller för kommunikationen. För att den enskilde via en e-tjänst ska få information från eller delge information till en vårdgivare eller till en som bedriver socialtjänst bör det även krävas någon form av överenskommelse eller användarkontrakt mellan parterna.

Känsliga uppgifter om hälsa bör, enligt utredningens uppfattning, därför inte kommuniceras över internet om inte individen efter att ha fått närmare information har accepterat vård- och omsorgsaktörens erbjudande om detta. Informationshanteringen på detta område är komplex och innefattar en mängd olika aktörer och en mängd olika ändamål för personuppgiftsbehandlingen. Det är därför inte möjligt att göra en detaljuppräknning av vad informationen ska omfatta, utan det får avgöras efter omständigheterna i det enskilda fallet. Några särskilda regler om krav på information eller överenskommelse mellan enskilda och de personuppgiftsansvariga bör därför inte införas i lagstiftningen. Det saknas även, enligt vår bedömning, anledning att anta att personuppgiftsansvariga inom vård- och omsorgssektorn inte kommer att arbeta aktivt med frågan så att enskilda känner trygghet med hur uppgifter hanteras och skyddas.

På en övergripande nivå anser vi att den personuppgiftsansvarige, i enlighet med de grundläggande kraven på information vid personuppgiftsbehandling, alltid måste informera om den aktuella personuppgiftsbehandlingen. I detta bör, i tillämpliga fall, ingå information om sådant som vilka personuppgifter som behandlas, vad uppgifterna kommer att användas till och vilka säkerhetsåtgärder som är vidtagna. Vidare bör informationen och överenskommelsen belysa eventuellt övriga villkor för användningen av e-tjänsten. Sådana villkor kan t.ex. röra inloggning med stark autentisering och användandet av vissa termer och begrepp.

Den enskilde behöver även information om vad som rent generellt kan förväntas av olika typer av e-tjänster. Sådan information kan exempelvis handla om individens möjligheter att få information förklarad eller förtydligad, om individen får uppgifterna i samma stund som de dokumenteras, om individen kan kontakta den som lämnar ut information med en fråga i direkt anslutning till att informationen lämnas ut etc.

Även när det gäller sådana e-tjänster som möjliggör för individer att delge vård- och omsorgsaktörerna uppgifter, behövs information som tydliggör förväntningar och roller mellan olika aktörer. Utredningens sammantagna bedömning är att det bör finnas någon form av överenskommelse eller användarkontrakt mellan individerna och vårdgivarna eller utförarna i socialtjänsten eller den som tillhandahåller ett hälsokonto.

33.5.4 Begreppet personligt hälskonto – behov av definition?

Vår bedömning: Enligt utredningen bör ett personligt hälsokonto i första hand definieras som en lagringsplats på nätet, där individen kan välja att för eget bruk lagra och i övrigt fritt hantera information som skapats av individen själv eller någon annan aktör.

Begreppet personligt hälsokonto bör i dagsläget inte definieras i lag, eftersom det är svårt att överblicka konsekvenserna av den rådande utvecklingen och vilka beröringspunkter olika varianter av personliga hälsokonton kommer att kunna ha med andra invånartjänster m.m.

Inledning

Begreppet hälsokonto har genom åren använts, både nationellt och internationellt, utan att det funnits någon egentlig definition eller beskrivning av de faktorer som kännetecknar eller bör känneteckna ett hälsokonto. Definitionen av e-hälsa har blivit mer eller mindre allmängiltig i Sverige och används i dag för att beskriva alla sorts tjänster och system som utvecklas med hjälp av it-baserade tillämpningar och som möjliggör utveckling av elektroniska patient-journalsystem, telemedicin, personliga kroppsburna och bärbara kommunikationssystem, hälso- och sjukvårdsportaler och många andra it-baserade verktyg som bidrar till sjukdomsförebyggande, diagnos, behandling, hälsoövervakning och råd om levnadsvanor.

I rapporten "På jakt efter ett eHälsokonto" analyseras frågan om innebörden av ett hälsokonto.¹⁰ Författarna anför att i Sverige verkar ett Hälsokonto associeras med en självständig it-baserad lösning (inte kopplat till något journalsystem) som underlättar för vårdgivaren att erbjuda den enskilde patienten administrativa personbaserade tjänster och för patienten att få en enhetlig bild av sin hälso- och sjukvårdsinformation. Genom att öppna ett personligt användarkonto för att elektroniskt få möjlighet att beställa vårdtjänster som vård- och omsorgsproducenterna erbjuder, har individen möjlighet att på egen hand hantera tjänster som inte alltid kräver realtidsinteraktion med vårdgivare, t.ex. boka besök eller ställa korta frågor. Av rapporten framgår även att ett hälsokonto

¹⁰ Vimarlund m.fl. På jakt efter ett eHälsokonto, (oktober 2011).

ska låta användaren registrera livsstilsrelaterad information och dela åtkomsten till informationen med tredje part. Mot denna bakgrund använder författarna följande definition.¹¹

I denna studie definierar vi ett eHälsokonto som ett it-baserat system, exempelvis en portal och/eller en öppen plattform, som kan ha koppling till eller kan interagera med en patientjournal (det kan dock också vara ett självständigt, ej integrerat system) och där den enskilde patienten kan ansvara för att registrera och uppdatera livsstilsrelaterad information (träningsprogram, dieter), egna mätningar (vikt, blodtryck) samt data från externt utförda behandlingar (optikern, kliniker utomlands, alternativmedicinen). Syftet är att ge patienten en helhetsyn av sin egen hälsosituation samt en plattform för effektiv kommunikation med vården. Patienten ska även, om han eller hon så önskar, kunna dela sin information med olika intressenter inom hälso- och sjukvården, anhöriga eller tredje part.

Våra reflektioner

Vi ansluter oss delvis till den definition av begreppet eHälsokonto som används i ovan nämnda rapport. Men vi vill av flera skäl skilja mellan den hantering av uppgifter som görs när t.ex. en vårdgivare lämnar ut information elektroniskt till en individ eller när individen interagerar med en vårdgivare och den hantering som individen själv kan välja att göra i nästa steg, dvs. att lagra eller att inte lagra informationen. Avgörande enligt oss bör således vara möjligheten för individen att lagra information för sin egen räkning. Vi vill därför använda oss av begreppet *personligt hälsokonto*; ett lagringsutrymme för dokumentation som skapas av individen eller av någon annan, t.ex. en vårdgivare. Med *personligt* avses i första hand att kontot är privat i den meningen att individen själv bestämmer vad som ska dokumenteras i kontot och vad som ska sparas, raderas eller delas med andra. Benämningen personligt hindrar inte att det på ett sådant konto finns information om andra än individen, t.ex. barn eller andra närstående. Enligt utredningen bör ett personligt hälsokonto definieras som en lagringsplats på nätet, där individen kan välja att för eget bruk lagra och i övrigt fritt hantera information som skapats av individen själv eller någon annan aktör.

En fördel med att skilja lagringsplatsen från själva kommunikationsytan, t.ex. en e-tjänst för tidsbokning eller fråga och svar, är bland annat att det för individen blir tydligt att det är han eller hon

¹¹ Vimarlund m.fl. På jakt efter ett eHälsokonto, (oktober 2011), s. 5.

som avgör vad som sedan ska sparas i dennes hälsokonto. Det innebär exempelvis att en individ är fri att använda olika e-tjänster som vård- och omsorgsaktörerna erbjuder, utan att den information som skapas i dessa tjänster automatiskt sparas utan att den enskilde fattar beslut om det.

Ytterligare en fördel med en tydlig distinktion mellan kommunikationsytan och lagringsytan är att gränsen mellan individens personuppgiftsbehandling och övriga aktörers behandling av personuppgifter tydliggörs. Motsvarande konsekvenser gäller även för de annars komplicerade frågorna om vad som är allmän handling och vad som inte är allmän handling, som skulle kunna uppstå om individen och vård- och omsorgsaktörens hantering inte separerades rent faktiskt.

En utgångspunkt är att all hantering av personuppgifter i det personliga hälsokontot uteslutande är av rent privat natur. En följd av det är bland annat att personuppgiftslagens bestämmelser inte gäller för personuppgiftsbehandlingen i det personliga hälsokontot. När individen däremot väljer att använda information som finns lagrad i hälsokontot och kommunicerar det med en aktör utanför kontot, t.ex. en vårdgivare, ett patientforum, en myndighet etc. kan personuppgiftslagens, och andra registerförfattningar, bli tillämplig på den behandlingen. Dessa frågor berörs mer ingående i avsnitten om personuppgiftsansvar i det följande.

Sammantaget bedömer utredningen att begreppet hälsokonto i nuläget inte bör definieras i lag. Det beror bland annat på svårigheterna att överblicka konsekvenserna av den rådande utvecklingen och vilka beröringspunkter olika varianter av personliga hälsokonton kan komma att ha till övriga invånartjänster m.m. Därutöver bedömer vi att det centrala är att reglera förutsättningarna för själva personuppgiftsbehandlingen och det informationsutbyte som äger rum, oavsett om en viss tjänst är att betrakta som ett hälsokonto eller inte. Det är i dag fullt möjligt för olika aktörer att erbjuda personliga hälsokonton till individer, vilket sannolikt kan komma att medföra att det utvecklas olika typer av hälsokonton eller motsvarande. Även mot den bakgrunden saknas enligt vår bedömning skäl för att definiera begreppet i lag.

33.5.5 Personuppgiftsansvar för vårdgivare och den som bedriver socialtjänst

Vår bedömning: Vårdgivare och den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten är enligt de grundläggande bestämmelserna om personuppgiftsansvar i hälso- och sjukvårdsdatalagen respektive socialtjänstdatalagen personuppgiftsansvariga för den behandling av personuppgifter som utförs i dess verksamhet och som gör det möjligt för enskilda att ta del av eller lämna uppgifter. Det saknas behov av ytterligare författningsreglering av personuppgiftsansvaret i dessa situationer.

Genomgången ovan visar att kommunikationen av personuppgifter mellan vårdgivare eller den som bedriver verksamhet i socialtjänsten och medborgare förekommer för en rad olika ändamål. Vård- och omsorgsaktörerna kan vara privata eller offentliga och delvis omfattas av olika författningsbestämmelser för informationshantering.

Kommunikationen kan initieras antingen av medborgaren, exempelvis genom en begäran om att få information utlämnad, eller efter att medborgaren accepterat ett erbjudande från vårdgivaren eller från den som bedriver verksamhet inom socialtjänst, exempelvis om att fylla i en enkät om upplevd livskvalitet efter en viss operation eller insats i socialtjänsten. Gemensamt för informationshanteringen är bland annat att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst som tillhandahåller möjligheten för individen att ta del av information eller lämna sådan information som efterfrågas. För den personuppgiftsbehandling som en sådan informationshantering föranleder bör vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst, i enlighet med de grundläggande bestämmelserna om personuppgiftsansvar, anses vara personuppgiftsansvarig.

Enligt vår bedömning innebär det exempelvis att en vårdgivare är personuppgiftsansvarig för den hantering av personuppgifter som äger rum när denne gör det möjligt för patienten att elektroniskt rapportera in sitt blodtryck, svara på en enkät eller fylla i en hälsodeklaration.

I sammanhanget bör förtydligas att den som bedriver verksamhet inom socialtjänst eller är vårdgivare kan anses vara personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som kan komma att göras när individen väljer att elektroniskt delge

socialtjänsten eller hälso- och sjukvården sådan information som individen själv dokumenterat exempelvis i sitt personliga hälsokonto. För att vårdgivaren eller den som bedriver verksamhet inom socialtjänst ska bli personuppgiftsansvarig bör krävas att denne, precis som anförts ovan, tillhandahåller själva möjligheten för individen att dela med sig av uppgifterna. Det kan exempelvis göras genom en e-tjänst som vårdgivaren har ställt till den enskildes förfogande och utformat efter sitt behov, t.ex. med avseende på terminologi och informationsstruktur, eller av andra skäl valt att använda sig av.

Personuppgiftsansvaret för denna typ av e-tjänster omfattar bland annat att tillräckliga säkerhetsåtgärder är vidtagna. Det innebär exempelvis krav på att uppgifter inte görs åtkomliga över internet utan att mottagaren, dvs. individen, har styrkt sin identitet genom stark autentisering. Dessutom ska uppgifterna skyddas genom kryptering vid överföringen. I personuppgiftsansvaret ingår även sådana åtgärder som skyddar uppgifterna från förlust eller förvanskning under den elektroniska hanteringen. Den personuppgiftsansvarige bör även beakta sådant som har att göra med den egna personalens, och möjligtvis personalens hos ett personuppgiftsbiträde, behov av information, utbildning och rutiner för att hantera aktuella e-tjänster.

Vidare ska erinras om vård- och omsorgsaktörens ansvar för att den information som lämnas ut via en e-tjänst, med hänsyn till bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt, får lämnas ut.

Utredningens sammantagna bedömning är att det föreslagna regelverket om personuppgiftsansvar, som i allt väsentligt överensstämmer med vad som redan gäller i dag, ger tydlig vägledning kring personuppgiftsansvarets fördelning och omfattning.

33.5.6 Personuppgiftsansvar när utlämnade uppgifter lagras i ett personligt hälsokonto

Vår bedömning: Vårdgivare eller den som bedriver verksamhet i socialtjänsten har i normalfallet inget personuppgiftsansvar för sådan behandling av personuppgifter som förekommer när den enskilde har valt att lagra uppgifter i ett personligt hälsokonto. Det utesluter inte att någon annan kan ha ett personuppgiftsansvar för någon del av en sådan personuppgiftsbehandling.

Om den enskilde, i enlighet med vad som beskrivs i föregående avsnitt, inte endast tar del av uppgifter som exempelvis en vårdgivare lämnar ut utan även väljer att vidta åtgärder för att lagra uppgifterna i ett personligt hälsokonto, väcks nya frågor om personuppgiftsansvaret. Motsvarande situation kan även aktualiseras när den enskilde fyller i en enkät och förutom att kommunicera uppgifterna till vårdgivaren väljer att lagra enkäten och de ifyllda svaren i det personliga hälsokontot. Exempel på en sådan informationshantering skulle även kunna finnas vad gäller patienters inrapportering av mätvärden m.m.

Vi bedömer att i normalfallet bör en personuppgiftsbehandling av detta slag i ett personligt hälsokonto anses falla utanför vårdgivarens personuppgiftsansvar. Vårdgivaren har i en sådan situation varken några befogenheter eller faktiska möjligheter att vidta åtgärder som innebär personuppgiftsbehandling av sådana uppgifter som individen hanterar i sitt personliga hälsokonto.

Denna här bedömningen rör dock endast relationen mellan den enskilde och vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst. Det kan därför inte uteslutas att någon annan kan ha ett personuppgiftsansvar för någon del av den personuppgiftsbehandling som förekommer när enskilda lagrar och hanterar uppgifter i ett personligt hälsokonto. Se vidare frågan om personuppgiftsansvar för den som tillhandahåller ett personligt hälsokonto i avsnitt 33.5.8.

Ytterligare en relevant fråga är när den tidpunkt då personuppgiftsbehandlingen inte längre utförs inom vårdgivarens personuppgiftsansvar inträffar. Svaret på frågan är sannolikt beroende på omständigheterna i det enskilda fallet. Det går därför inte att göra någon generell och entydig bedömning av saken. Det ankommer dock på vårdgivaren att utifrån de faktiska omständigheterna i det enskilda fallet göra en bedömning av personuppgiftsansvarets omfattning och räckvidd. Vårdgivaren har dock, som vi ser det, i normalfallet inget personuppgiftsansvar för den behandling av personuppgifter som individen råder över när uppgifterna väl har kommunicerats till och lagras i det personliga hälsokontot. Det utesluter däremot inte att vårdgivaren kan ha ett personuppgiftsansvar för delar av den personuppgiftsbehandling som görs innan dess och som utgör ett led i individens val att lagra uppgifter i det personliga hälsokontot. Motsvarande resonemang gäller även för liknande kommunikation mellan en utförare i socialtjänsten och individen.

33.5.7 Hantering av uppgifter i ett personligt hälsokonto – för privat bruk

Vår bedömning: Sådan hantering av uppgifter som den enskilde företar i ett personligt hälsokonto bör i normalfallet anses göras som ett led i en verksamhet av rent privat natur och därmed falla utanför personuppgiftslagens, hälso- och sjukvårdsdatalagens och socialtjänstdatalagens tillämpningsområde. Detta under förutsättning att det rör sig om en sådan lagringsyta där den enskilde själv fritt hanterar informationen och förfogar över grundläggande frågor som vilka uppgifter som ska dokumenteras och lagras, hur de ska användas, om de ska raderas m.m. Det finns inget behov av att ytterligare författningsreglera detta.

Den bärande tanken med ett personligt hälsokonto är att det ska vara en lagringsyta där individen fritt kan välja att dokumentera och lagra information exempelvis relaterat till hälsa. Ytterligare en grundläggande förutsättning är att ett personligt hälsokonto är frivilligt även i det avseendet att det är den enskilde själv som fattar beslut om att starta eller avsluta ett hälsokonto.

Uppgifter kan tillföras ett personligt hälsokonto på en mängd olika sätt. Utgångspunkten är dock att det är individen själv som fattar beslut och avgör vilken information som ska lagras och hur länge. Förutom att information kan tillföras av individen själv, t.ex. genom att notera uppgifter, kan individen välja att låta sådana uppgifter som lämnas ut från hälso- och sjukvård eller socialtjänst lagras i hälsokontot.

Om dessa förutsättningar är för handen bedömer utredningen att det handlar om sådan personuppgiftsbehandling som görs som ett led i verksamhet av rent privat natur. Det innebär bland annat att personuppgiftslagens bestämmelser inte gäller för den personuppgiftsbehandling som här beskrivs. En ytterligare förutsättning är naturligtvis att ingen aktör, förutom den enskilde, har befogenheter eller faktiska möjligheter att ta del av personuppgifter och självständigt vidta åtgärder som innebär personuppgiftsbehandling. Detta bedöms även vara en grundförutsättning för att enskilda ska känna trygghet och ha förtroende för att obehöriga och utomstående inte kan ta del av och initiera en behandling av personuppgifter rörande den enskilde.

Även e-delegationen ger stöd för ovanstående resonemang i deras vägledning för verksamhetsutveckling inom e-förvaltningen.¹²

Vidare bedömer utredningen att det saknas skäl att ytterligare författningsreglera den här aktuella frågan om personuppgiftsansvar, eftersom det redan följer av grundläggande bestämmelser i personuppgiftslagen. En specifik författningsreglering bedöms även som i praktiken omöjlig med hänsyn till de olika former av personliga hälsokonton som eventuellt kan komma att utvecklas av olika aktörer.

33.5.8 Personuppgiftsansvar för den som tillhandahåller ett personligt hälsokonto

Vår bedömning: Den som tillhandahåller ett personligt hälsokonto bedöms ha personuppgiftsansvaret för den behandling av personuppgifter som görs för att administrera den enskildes konto och för övergripande frågor om organisatoriska och tekniska säkerhetsåtgärder. Någon ytterligare författningsreglering för att tydliggöra detta bedöms inte behövas.

För det personliga hälsokontot Hälsa för mig bedöms eHälsomyndigheten ha ett personuppgiftsansvar i enlighet med ovanstående.

Den som tillhandahåller ett personligt hälsokonto, eller en motsvarande lagringsyta, har ett ansvar för att hantera den enskildes uppgifter på ett sådant sätt som tillgodoser såväl individens behov av integritetsskydd som krav på en i övrigt ändamålsenlig hantering av viktig information.

Enligt vad som framförts ovan bör personuppgiftsbehandlingen i ett personligt hälsokonto anses utföras för privat bruk. Det innebär att den som tillhandahåller ett hälsokonto inte är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som görs för privat bruk inom ramen för den enskildes hälsokonto. Med detta menas att den som tillhandahåller hälsokontot åtminstone inte är personuppgiftsansvarig för behandlingen av de uppgifter som hanteras och dokumenteras av den enskilde. För denna

¹² E-delegationen, Juridisk vägledning för verksamhetsutveckling inom e-förvaltningen (2013).

hantering av uppgifter kan den som tillhandahåller kontot knappas anses ha bestämt ändamål och medel. Dessutom ska denne, enligt vad som redovisats ovan, inte heller ha några befogenheter eller faktiska möjligheter att vidta åtgärder som innebär personuppgiftsbehandling i denne del. Jämförelser kan exempelvis göras med en leverantör av e-postkonton.

Enligt vår uppfattning bör den som tillhandahåller ett personligt hälskonto dock vara personuppgiftsansvarig för sådana åtgärder som denne har befogenheter och faktiska möjligheter att påverka, dvs. sådant som rör drift, skötsel och hantering av de olika system, databaser och annat som krävs för att kontinuerligt tillhandahålla hälsokontot. Precis som för vad som gäller vid andra liknande situationer bör den som tillhandahåller ett hälsokonto även vara personuppgiftsansvarig för övergripande frågor om tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder, dvs. för sådana åtgärder som ska vidtas för att skydda de behandlade personuppgifterna.

Enligt 31 § PUL ska den personuppgiftsansvarige vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda de personuppgifter som behandlas. Åtgärderna ska åstadkomma en säkerhetsnivå som är lämplig med beaktande av

- a) de tekniska möjligheter som finns,
- b) vad det skulle kosta att genomföra åtgärden,
- c) de särskilda risker som finns med behandlingen av personuppgifterna, och
- d) hur pass känsliga de behandlade personuppgifterna är.

Den som tillhandahåller ett personligt hälskonto ska alltså vidta de tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder som krävs för att säkra och trygga lagringen av individens känsliga information. Uppgifterna ska exempelvis skyddas från insyn och obehörig åtkomst, men även från förvanskning eller skada. För att den som tillhandahåller kontot med tillräckligt stor säkerhet ska kunna ge rätt person tillgång till rätt personuppgifter ska åtkomsten till uppgifter dessutom alltid föregås av stark autentisering. För att avgöra vilka övriga säkerhetsåtgärder som bör vidtas bör den som tillhandahåller kontot göra en noggrann risk- och sårbarhetsanalys.

Utöver detta bör personuppgiftsansvaret för den som tillhandahåller kontot omfatta den behandling av personuppgifter som kan krävas för att administrera en individs personliga hälsokonto, dvs. hantering av ett begränsat antal grundläggande personuppgifter.

Även e-delegationen anför ett liknande resonemang i den tidigare nämnda vägledningen för e-förvaltningen. Bland annat uttalas följande.¹³

Den som tillhandahåller ett eget utrymme åt en enskild blir normalt personuppgiftsansvarig för den drift- och säkerhetsrelaterade information som avser den enskildes eget utrymme och i övrigt för att de personuppgifter som behandlas i utrymmet är omgärdade av adekvata säkerhetsåtgärder. Tillhandahållaren blir emellertid inte ansvarig för den nyttoinformation som den enskilde själv för in i sitt utrymme. Detta gäller såväl för utrymmen för en session som för konton och e-brevlådor. Det bör särskilt uppmärksammas att myndighetens personuppgiftsansvar för drift och säkerhet omfattar även nyttoinformationen om ett intrång sker i den enskildes eget utrymme och medför att nyttoinformationen sprids.

Även om e-delegationen uttrycker det som om personuppgiftsansvaret omfattar själva informationen och inte *behandlingen* av personuppgifterna, bör innebörden av resonemanget stämma väl överens med den bedömning vi gör i detta avseende.

Vidare bedömer vi att relationen mellan den som tillhandahåller ett personligt hälsokonto och en individ bör grundas i en överenskommelse, eller något slags användarkontrakt, som tydligt anger förutsättningarna för båda parter hantering av uppgifter för de aktuella ändamålen. Av informationen bör det bland annat tydligt framgå att individen har en, i förhållande till den som tillhandahåller kontot, oinskränkt rätt att hantera uppgifter som lagras i hälsokontot. Det är individen som disponerar över frågor som vad som ska lagras, hur länge det ska lagras och om någon information ska delas med andra. Överenskommelsen bör även tydligt ange att den som tillhandahåller kontot saknar rätt att ta del av individens lagrade information såtillvida det inte i enstaka fall är nödvändigt för att kunna utföra support eller annan administration av hälsokontot.

Det är vidare viktigt att påpeka att den enskilde som ingår en överenskommelse med en leverantör av personligt hälsokonto, inte kan samtycka till en sämre säkerhet än vad som är lämpligt med hänsyn till förhållandena och de personuppgifter som behandlas. För säkerhetsbrister är leverantören skadeståndsskyldig enligt personuppgiftslagen.

¹³ E-delegationen, Juridisk vägledning för verksamhetsutveckling inom e-förvaltningen (2013) s. 18.

Hälsa för mig

Av eHälsomyndighetens instruktion framgår, som tidigare nämnts, att myndigheten ska tillhandahålla en elektronisk tjänst som ger enskilda personer möjlighet att i ett personligt hälsokonto kostnadsfritt lagra uppgifter om sin hälsa.¹⁴ Med anledning av detta och mot bakgrund av vad som redovisats ovan bedömer utredningen att eHälsomyndigheten har ett personuppgiftsansvar i enlighet med ovanstående för den personuppgiftsbehandling myndigheten kommer att utföra i det personliga hälsokontot Hälsa för mig.

33.5.9 Hälsokonto och allmänna handlingar

Vår bedömning: Om den myndighet som tillhandahåller ett personligt hälsokonto förvarar uppgifterna (handlingarna) om enskilda endast som led i teknisk bearbetning eller teknisk lagring för den enskildes räkning, bör handlingarna i enlighet med 2 kap. 10 § tryckfrihetsförordningen inte anses som allmänna handlingar. Detta förutsätter att den som tillhandhåller det personliga hälsokontot inte använder de uppgifter som individer dokumenterar och lagrar för några ändamål i sin egen verksamhet, t.ex. statistikframställning.

eHälsomyndigheten har förutsättningar att tillhandahålla ett personligt hälsokonto utan att handlingar om enskilda blir att anse som allmänna.

Ytterligare en fråga är om det spelar någon roll ifall den som tillhandahåller ett personligt hälsokonto är en myndighet eller en privat aktör. Frågan har särskilt att göra med offentlighetsprincipen och myndigheters hantering av allmänna handlingar. En uppenbar nackdel skulle vara om de personuppgifter en individ dokumenterar och lagrar på sitt personliga hälsokonto skulle kunna begäras ut av någon annan med stöd av principen om allmänna handlingars offentlighet.

Enligt 2 kap. 3 § första stycket TF avses med en handling framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälp-

¹⁴ 3 § förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.

medel. En handling är *allmän* om den för det första *förvaras* hos en myndighet och för den andra anses som *inkommen* till eller *upprättad* hos en myndighet.

Beträffande upptagningar, t.ex. elektroniskt lagrade uppgifter, gäller som huvudregel att den är förvarad och inkommen till myndigheten när upptagningen är tillgänglig för myndigheten med tekniskt hjälpmedel som myndigheten själv utnyttjar för överföring i sådan form att den kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas.

Uppgifter som enskilda individer väljer att lagra och dokumentera på en elektronisk lagringsplats som en myndighet tillhandahåller måste mot bakgrund av ovanstående, generellt kunna anses som allmänna handlingar.

Av 2 kap. 10 § TF följer dock att en handling som förvaras hos en myndighet endast som led i teknisk bearbetning eller teknisk lagring för annans räkning inte anses som allmän handling hos den myndigheten. Detta har uppmärksammats av regeringen i samband med utvecklingen av det personliga hälsokontot Hälsa för mig och bildandet av eHälsomyndigheten. I instruktionen för eHälsomyndigheten anges att ”handlingar i ett personligt hälsokonto får endast förvaras hos myndigheten i form av teknisk lagring för enskilds räkning¹⁵”. Regeringens avsikt är således att de uppgifter som enskilda väljer att dokumentera och lagra i Hälsa för mig inte ska anses som allmänna handlingar.

Enligt det resonemang som förts i tidigare avsnitt är det individen som bestämmer ändamålen med behandlingen av personuppgifter för sådant som dokumenteras och lagras i ett personligt hälsokonto. Den som tillhandahåller hälsokontot har i detta avseende en osjälvständig roll som innefattar att tillhandahålla en elektronisk lagringsplats och andra förutsättningar som gör det möjligt för en enskild individ att behandla personuppgifter. Utredningen bedömer därför att det generellt finns mycket som talar för att den hantering, som den som tillhandahåller ett personligt hälsokonto gör, endast görs som ett led i teknisk bearbetning och teknisk lagring för en annans räkning. För att detta även ska motsvara de faktiska förhållanden som råder bör ytterligare ett antal förutsättningar vara uppfyllda.

En utmaning i sammanhanget är att bestämmelsen i 2 kap. 10 § första stycket TF är utformad i en tid när den typ av elektroniska

¹⁵ 3 § förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.

tjänster som det här är fråga om inte fanns. Men det har utvecklats viss rättspraxis som kan ge vägledning i frågan. Rekvisitet ”endast som ett led i teknisk bearbetning eller teknisk lagring för annans räkning”, i 2 kap. 10 § första stycket TF, innebär sannolikt att den myndighet som tillhandahåller ett personligt hälskonto inte samtidigt får använda uppgifterna för något ändamål i sin egen verksamhet. Frågan har bland annat uppmärksammas i den nyligen överlämnade betänkandet Ett minskat och förenklat uppgiftslämnande för företagen. Utredningen anför exempelvis följande.¹⁶

Undantaget i 2 kap. 10 § tryckfrihetsförordningen tar sikte på hela den tid som myndigheten förvarar en handling. Därigenom måste det enligt utredningens analys anläggas en helhetssyn vid bedömning varför myndigheten förvarar handlingen. Har den myndighet som förvarar handlingen även behörighet att exempelvis framställa statistik utifrån innehållet i handlingarna går undantaget inte att tillämpa även om någon statistik ännu inte har framställts.

Motsvarande resonemang finns också i ett antal domstolsavgöranden. I rättsfallet RÅ 1994 ref. 64 hade Högsta förvaltningsdomstolen att ta ställning till om 2 kap. 10 § TF var tillämplig i ett fall där en klagande hade begärt att Riksrevisionsverket skulle lämna ut uppgifter om vilka utbetalningar som olika myndigheter hade gjort till ett visst företag. I målet framkom att en rad myndigheter hade valt att lagra sina ekonomidata i Riksrevisionsverkets datoriserade ekonomisystem. Domstolen fann dock att Riksrevisionsverket inte disponerade över myndigheternas redovisningsdata. I stället var det fråga om en rent teknisk hantering eller lagring av uppgifterna. De handlingar i vilka de begärda uppgifterna förekom var därför inte att anse som allmänna hos Riksrevisionsverket.

I rättsfallet HFD 2011 ref. 52 framkom att databasen i fråga var ett för polismyndigheternas gemensamt webbaserat arbetsskadesystem som administrerades av Rikspolisstyrelsen. Varje polismyndighet hade sina administratörer med behörighet för tillgång till alla lagrade data som rörde den egna myndigheten. Ingen åtkomst förekom mellan polismyndigheterna. Dock hade tre befattningshavare på Rikspolisstyrelsen rikstäckande administratörsbehörighet för att ta fram nationell statistik, lägga in behörigheter, rapportera till Arbetsmiljöverket och bistå polismyndigheterna med hjälp av teknisk natur. Domstolen anförde att i

¹⁶ SOU 2013:80 s. 153 f.

vart fall användningen för framställning av nationell statistik samt rapporteringen till Arbetsmiljöverket medförde att undantaget i 2 kap. 10 § första stycket tryckfrihetsförordningen för teknisk bearbetning eller lagring inte var tillämpligt.

Mot bakgrund av vad som redovisats ovan bedömer utredningen att undantaget i 2 kap. 10 § TF kan vara tillämpligt med avseende på myndigheter som tillhandahåller ett personligt hälsokonto. För att undantaget ska vara tillämpligt krävs att det ”endast” är fråga om teknisk bearbetning eller lagring för annans räkning. Den som tillhandahåller hälsokontot får därmed inte bereda sig tillgång till och använda personuppgifterna för ändamål i sin egen verksamhet. Enligt vår bedömning innebär det att den som tillhandahåller ett personligt hälsokonto inte får behandla personuppgifterna för exempelvis statistikframställning eller andra sammanställningar. Såvitt vi kan bedöma bör det däremot anses vara möjligt för den som tillhandahåller ett personligt hälsokonto att behandla personuppgifter i den utsträckning det är nödvändigt med hänsyn till att säkerställa den tekniska driften och skyddet för personuppgifterna.

Samtidigt ska förtydligas att sådana handlingar som inkommer till eller upprättas av den som tillhandahåller ett hälsokonto inom ramen för dess begränsade personuppgiftsansvar för administration, skötsel och säkerhetsåtgärder kan komma att utgöra allmänna handlingar.

Hälsa för mig

I enlighet med ovanstående bedömer vi att eHälsomyndigheten har förutsättningar att tillhandahålla ett personligt hälsokonto utan att handlingarna med känsliga uppgifter om enskilda individer ska anses som allmänna. Det förutsätter dock, som ovan redovisats, att myndigheten inte kan använda uppgifterna för ändamål i den egna verksamheten.

33.5.10 Vem kan tillhandahålla ett personligt hälsokonto?

Vår bedömning: Såväl vårdgivare som den som bedriver socialtjänst bör, under motsvarande förutsättningar som anges ovan, kunna tillhandahålla ett personligt hälsokonto utan att hälso- och sjukvårdsdatalagens eller socialtjänstdatalagens regler m.m. blir tillämpliga på den behandling av personuppgifter som den enskilde fritt förfogar över och utför.

Under vårt arbete har det framkommit att det föreligger en osäkerhet kring frågan om vilken aktör som kan eller bör vara leverantör av ett personligt hälsokonto. Bland annat har Inera inom ramen för den tidigare nämnda förstudien *Din journal* på nätet gjort bedömningen att en vårdgivare inte kan eller bör vara leverantör för ett personligt hälsokonto. Det har motiverats med att patientdatalagens bestämmelser högst sannolikt skulle äga tillämpning på ett hälsokonto en vårdgivare svarar för. Tolkningen i förstudien innebär bl.a. att vårdgivaren skulle vara personuppgiftsansvarig både för sin egen och för patientens behandling av personuppgifter i hälsokontot, dvs. även den faktiska dokumentationen m.m. av uppgifter som patienten själv förfogar över och utför.

Frågor om personuppgiftsansvar är komplicerade, inte minst i de fall där flera olika aktörer på något sätt är inblandade i olika steg av informationshanteringen. Personuppgiftsbehandlingen i och för ett personligt hälsokonto är ett tydligt exempel på detta. Vi har att göra med en situation där flera olika aktörer hanterar personuppgifter för flera olika ändamål och i flera olika roller. Samtidigt som situationen är komplex är den tydlig på så sätt att i själva hälsokontot är det individen själv som behandlar personuppgifter för ändamål som han eller hon sätter upp. Det är individen själv som avgör vilka personuppgifter som ska behandlas, varför de ska behandlas, hur länge de ska sparas, med vem de ska delas osv. I enlighet med definitionen av personuppgiftsansvarig i personuppgiftslagen är det därmed individen som bestämmer ändamålet med behandlingen. Personuppgifterna behandlas för privat bruk och är undantagen personuppgiftslagens bestämmelser. Denna bedömning, som redovisats ovan i avsnitt 33.5.7 förändras nödvändigtvis inte av det faktum att det personliga hälsokontot tillhandahålls av en vårdgivare.

Den nu gällande patientdatalagen blir, enligt utredningens uppfattning, inte tillämplig eftersom det inte handlar om sådan

personuppgiftsbehandling som en vårdgivare utför (jfr 2 kap. 6 § PDL). Därmed bör inte patientdatalagen anses bli tillämplig på den faktiska behandling av personuppgifter som exempelvis görs när en individ för sin egen skull för hälsodagbok eller lagrar läkemedelslistor, oavsett om en vårdgivare har tillhandahållit de grundläggande förutsättningarna för lagringen. Den behandling av personuppgifter som den enskilde för sina egna ändamål företar anses därmed inte omfattas av en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården (jfr 1 kap. 1 § och 2 kap. 4 § PDL).

I linje med vad som framkommit i det föregående bör vårdgivarens personuppgiftsansvar i denna del därför vara begränsat till den personuppgiftsbehandling som krävs för att administrera det personliga hälsokontot och garantera uppgifternas säkerhet.

Bedömningen ovan förutsätter naturligtvis att vårdgivaren inte har åtkomst till och kan använda personuppgifterna för ändamål i den egna verksamheten. Vid en sådan situation kan bedömningen i frågan om personuppgiftsansvar och i frågan om allmänna handlingar bli annorlunda.

Ovanstående resonemang gör sig enligt utredningen även gällande för det fall en leverantör av ett personligt hälsokonto eller motsvarande är verksam inom socialtjänsten.

33.5.11 Den enskildes möjlighet att förfoga över sin direktåtkomst m.m.

Vårt förslag: I hälso- och sjukvårdsdatalagen och i socialtjänstdatalagen ska anges att vårdgivare respektive den som bedriver verksamhet inom socialtjänst enligt den enskildes anvisning, får medge en annan fysisk person än den enskilde direktåtkomst till sådana uppgifter och sådan dokumentation som får lämnas ut till den enskilde genom direktåtkomst.

Vår bedömning: Gällande rätt gör det möjligt för enskilda att förfoga över utlämnade uppgifter, t.ex. genom att medge annan person åtkomst till uppgifter i ett personligt hälsokonto eller låta annan person genom direktåtkomst ta del av uppgifter hos vårdgivare eller hos den som bedriver socialtjänst. För att undanröja de oklarheter som finns i tillämpningen finns dock skäl att, i enlighet med vårt förslag, tydliggöra vad som gäller.

Inledning

Under arbetets gång har frågan väckts om gällande rätt medger att enskilda låter någon annan ta del av den enskildes uppgifter genom den direktåtkomst som exempelvis en vårdgivare erbjuder. Som redovisats i det föregående har patienter i Uppsala en möjlighet att dela ut rättigheter till andra att ta del av vårddokumentation genom direktåtkomst. Det kan exempelvis handla om närstående som hjälper till att stödja familjemedlemmar eller andra nära i sådant som har med hälso- och sjukvård att göra. Den närstående kan exempelvis vara delaktig och behjälplig i den enskildes medicinering och annan egenvård och därmed ha ett behov av att ta del av aktuella uppgifter genom direktåtkomst. Vidare kan det handla om att boka tider, förnya recept, följa en remiss eller helt enkelt att bara ta del av och hålla sig uppdaterad om de journalanteckningar som görs om den enskilde.

Vid utredningens kontakter med patient- och anhörigorganisationer har detta framhållits som en positiv del i den pågående utvecklingen. Med enkel och säker tillgång till aktuell information får närstående bättre möjligheter att bidra till ökad hälsa och livskvalitet för nära och kära. Det kan även vara ett sätt för familjemedlemmar med stora geografiska avstånd mellan varandra, att hålla sig uppdaterade och bevaka den enskildes intressen i sådant som rör hälso- och sjukvårdskontakter. Att patienter och närstående ser ett behov att kunna låta närstående ta del av uppgifter om patienten bekräftas även av den tidigare nämnda förstudien i projektet Din journal på nätet.

Det kan inte heller uteslutas att i framtiden det kommer att utvecklas olika typer av internetbaserad hälso- och sjukvård och socialtjänst, som kan ersätta eller komplettera sådan verksamhet som i dag bedrivs genom fysiska möten. I en sådan internetbaserad verksamhet skulle det kunna uppstå situationer där exempelvis den enskildes familjemedlemmar på olika sätt deltar i verksamheten, t.ex. för att vara en del av och ett stöd för den enskildes vård och behandling. Det kan exempelvis handla om familjebaserad kognitiv beteendeterapi, KBT, där de medverkande kan ha behov av att i ett internetbaserat mottagningsrum ta del av vårddokumentation rörande den enskilde.

Grundläggande avgränsning

Frågan om patientens möjligheter att förfoga över utlämnade uppgifter kan enligt utredningen inte hanteras generellt, utan behöver specificeras utifrån de omständigheter som kan vara aktuella i olika situationer. *En situation* rör vårdnadshavare och barn. Enligt utredningens bedömning är vårdnadshavare barnets ställföreträdare fram till dess barnet är myndigt. Normalt anses i registerlagstiftningen att ställföreträdaren kan ersätta den enskilde. Datainspektionen har exempelvis i tillsynsbeslut angett att endast den registrerade eller dennes legala ställföreträdare kan lämna ett sådant samtycke som avses i personuppgiftslagen.¹⁷ Även datalagskommittén ansåg att föräldrar och andra ställföreträdare borde kunna lämna samtycke för den som inte själv kan bli informerad eller kan avge en viljeyttring i saken. Datainspektionen har även godtagit att samtycke för barn lämnas av vuxen medföljare som agerar på vårdnadshavarens uppdrag, exempelvis en mor- eller farförälder.¹⁸

Bland annat mot denna bakgrund bedömer vi sammanfattningsvis att patientdatalagens nuvarande bestämmelse inte hindrar att vårdnadshavare tar del av uppgifter om sina barn genom direktåtkomst. Det innebär att vårdnadshavare genom direktåtkomst ska kunna ta del av sina barns vårddokumentation på motsvarande sätt som om uppgifterna hade lämnats ut manuellt. Jämförelsen med den manuella hanteringen tydliggör att vårdnadshavares rättigheter i förhållande till sina barn inte är oinskränkta. Barn kan, beroende på situationen och ålder samt mognad, ha behov av ett visst sekretesskydd gentemot sina vårdnadshavare. Det innebär att sekretessregleringen i offentlighets- och sekretesslagen kan medföra att vårdnadshavare i undantagsfall inte bedöms ha rätt att ta del av viss information om barnet. Sådan information får naturligtvis inte heller lämnas ut genom direktåtkomst.

Ytterligare en situation rör personer med nedsatt beslutsförmåga som själv inte kan ta ställning i frågor om sekretess och personuppgiftsbehandling. Såvitt utredningen bedömer saknas i dagsläget möjligheter för närstående att generellt få direktåtkomst till uppgifter rörande en person som inte själv kan ta ställning till saken. I motsvarighet till vad som ovan anförts rörande barn har dock en legal ställföreträdare en möjlighet att ta del av den enskildes

¹⁷ Datainspektionens beslut 2010-06-29, dnr 1392-2009 och 1512-2009.

¹⁸ Datainspektionens beslut 2006-03-30, dnr 84-2006.

uppgifter genom direktåtkomst, naturligtvis under förutsättning att det ingår i ställföreträdarens uppdrag att sörja för den enskilde i frågor som rör hälso- och sjukvård m.m.

Eftersom frågor om ställningen för personer med nedsatt beslutsförmåga utreds av Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, socialtjänst och forskningen (S 2012:06), bedömer vi att frågan ligger utanför vårt uppdrag. Samtidigt ska poängteras att det i ovanstående situation inte finns några legala hinder mot att lämna ut uppgifter på medium för automatiserad behandling, om uppgifterna kan lämnas ut med hänsyn till sekretess och utlämnandet i sig görs på ett sådant sätt att kraven på säkerhetsåtgärder uppfylls.

En *tredje situation* rör personer som är i stånd att själv låta andra, t.ex. en närstående, ta del av uppgifterna genom direktåtkomst. Det kan jämföras med situationer när en patient genom fullmakt ger någon en rätt att ta del av patientuppgifter. I en sådan situation handlar det således om att den enskilde själv vidtar en åtgärd för att göra det möjligt för någon annan att ta del av uppgifterna.

I det följande utgår vi uteslutande från denna situation när den enskilde själv har förmåga att ta ställning till frågor om integritet och sekretess. För att analysera möjligheterna för enskilda att förfoga över utlämnade uppgifter behöver de alternativa tillvägagångssätten identifieras.

Alternativa sätt att elektroniskt förfoga över utlämnade uppgifter

Det finns sannolikt en mängd olika alternativa sätt för en enskild att elektroniskt förfoga över utlämnade uppgifter. Det är inte möjligt att i detta sammanhang inventera och analysera samtliga tänkbara alternativ, utan utredningen har valt att avgränsa bedömningen till de två scenarion som vi ser som mest angelägna att försöka bringa klarhet i. I båda fallen handlar det om den enskildes möjligheter att förfoga över uppgifter som i ett första skede har lämnats ut från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten antingen genom direktåtkomst eller på medium för automatiserad behandling. I vissa avseenden kan det ur ett rättsligt perspektiv betraktas som om den enskilde förfogar över sin direktåtkomst, medan det i andra avseenden kan vara fråga om ett vidareutlämnande av uppgifter som har lämnats ut, antingen genom direktåtkomst eller på medium för automatiserad behandling.

Det *första alternativet* handlar om situationer när den enskilde, efter att själv ha valt att lagra de utlämnade uppgifterna i sitt personliga hälsokonto eller motsvarande, självständigt väljer att dela med sig av uppgifterna till någon annan. Detta kan i sin tur arrangeras på många olika sätt. Ett alternativ är att den enskilde själv vidtar en åtgärd för att skicka uppgifterna till någon annan, t.ex. genom en filöverföring. Ett annat sätt kan vara att den enskilde ger någon annan rättighet att ta del av uppgifterna på motsvarande sätt som gäller för den enskildes egen åtkomst. I en sådan situation kan t.ex. en närstående ta del av uppgifterna samtidigt som uppgifterna är tillgängliga för den enskilde själv. Detta sätt ligger i praktiken väldigt nära vad som beskrivs i det följande om den enskildes möjligheter att låta någon annan få direktåtkomst till den enskildes uppgifter.

Det *andra alternativet* handlar om situationer när den enskilde förfogar över sin direktåtkomst och låter någon annan få ta del av uppgifterna direkt i det utlämnade systemet, dvs. helt oberoende av en eventuell lagring i ett hälsokonto. Det innebär således att den enskilde låter någon annan få direktåtkomst till den enskildes uppgifter. Den här aktuella situationen kan, i likhet med ovan, beskrivas som om den enskilde ger någon annan en rättighet att ta del av den enskildes uppgifter genom direktåtkomst. Skillnaden jämfört med situationen ovan där den enskilde agerar självständigt inom ramen för sitt personliga hälsokonto måste den enskilde i den här aktuella situationen agera gentemot den som ansvarar för att lämna ut uppgifterna. Den enskilde behöver således kommunicera sin vilja att låta någon annan få direktåtkomst till uppgifterna till den som ansvarar för att utlämnandet görs på ett lagligt sätt. Det kan exempelvis jämföras med situationer när enskilda ger någon annan en fullmakt att begära ut journalhandlingar rörande den enskilde. I en sådan situation behöver fullmakten visas upp för den som ansvarar för utlämnandet så att denne kan göra en bedömning om det är lagligt att lämna ut uppgifterna.

Ett tredje alternativ är naturligtvis att den enskilde låter någon annan ta del av uppgifterna samtidigt som den enskilde själv gör det, t.ex. genom att låta en närstående sitta bredvid, eller att den enskilde helt enkelt låter någon annan använda den enskildes e-legitimation för att själv kunna logga in och ta del av uppgifter. Detta sätt kommer inte att beröras annat än som jämförelse till de två alternativa sätten som beskrivits ovan.

Den enskilde bedöms ha möjligheter att förfoga över utlämnade uppgifter som lagras i ett personligt hälsokonto eller motsvarande

Som redovisats ovan i avsnitt 33.5.7 bedömer vi att den enskildes behandling av personuppgifter i ett personligt hälsokonto eller motsvarande görs för privat bruk i den meningen att personuppgiftslagens regler inte blir tillämpliga på den enskildes personuppgiftsbehandling. Själva avsikten med ett personligt hälsokonto är att det ska vara individens eget utrymme, där den enskilde självständigt och fritt kan välja att dokumentera och lagra uppgifter. Det innebär enligt vår mening att det står den enskilde fritt att även själv bestämma om någon annan ska få ta del av de uppgifter som den enskilde väljer att lagra i sitt personliga hälsokonto. Vidare ligger dessa åtgärder helt utanför vårdgivarens eller den som bedriver socialtjänsts kontroll. Dessa har varken befogenheter eller faktiska möjligheter att agera i frågor som rör behandling av personuppgifter i den enskildes personliga hälsokonto.

Mot denna bakgrund bedömer vi att det är fullt möjligt för enskilda att låta andra ta del av uppgifter som lämnats ut t.ex. från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten och sedan lagrats i ett personligt hälsokonto eller motsvarande. En sådan informationsdelning kan naturligtvis göras på en mängd olika sätt, allt ifrån olika former av filöverföringar till en mer direkt typ av åtkomst. Ett sådant sätt kan vara att den enskilde ger någon annan rättighet och en möjlighet att "automatiskt" kunna ta del av uppgifterna i samma stund som uppgifterna är tillgängliga för den enskilde själv. Det kan med andra ord beskrivas som att någon annan kan titta in i den enskildes personliga hälsokonto och där ta del av de uppgifter som omfattas av den rättighet den enskilde har delat ut. Detta sätt ligger därmed i praktiken väldigt nära vad som beskrivs nedan om den enskildes möjligheter att låta någon annan få direktåtkomst till den enskildes uppgifter hos en vårdgivare eller hos den som bedriver socialtjänst.

Den enskildes bedöms ha möjligheter att låta någon annan ta del av den enskildes uppgifter genom direktåtkomst hos en vårdgivare eller hos den som bedriver socialtjänst – med det bör tydliggöras i lag

I nuvarande patientdatalagen anges att en vårdgivare får medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till honom eller henne och som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2. Frågan har väckts om paragrafens lydelse ska anses förhindra att vårdgivare låter någon annan som den enskilde har utsett ta del av uppgifter om den enskilde själv genom direktåtkomst.

Inledningsvis kan konstateras att frågan inte uttryckligen berörs i förarbetena till bestämmelsen. Vare sig i patientdatautredningens betänkande eller i regeringens proposition ges någon direkt vägledning. Däremot uppmärksammar patientdatautredningen att önskemål om direktåtkomst till journaluppgifter har framförts till utredningen från företrädare för ett antal patient- och anhörigorganisationer.¹⁹ Patientdatautredningen noterar också att det är fullt möjligt för en patient att genom fullmakt ge t.ex. en anhörig rätt att begära ut journalkopior hos vårdgivaren.

Vidare uttalar regeringen i förarbetena till patientdatalagen att ”direktåtkomst skulle också kunna vara ett sätt att låta journalen följa patienten genom att denne då kan låta en vårdgivare som han eller hon besöker för första gången, ta del av uppgifterna”.²⁰ Även om regeringen inte går närmare in på hur detta skulle kunna tänkas gå till i praktiken, ger uttalandet åtminstone fog för att anse att regeringen bedömde det som fullt möjligt för den enskilde att i en sådan situation förfoga över sin direktåtkomst.

Även om bestämd vägledning saknas i förarbetena är såväl patientdatautredningen som regeringen tydliga med att den enskildes vilja och samtycke ska respekteras. En relevant fråga är därför vilken betydelse den enskildes samtycke kan ha i detta sammanhang. Patientdatautredningen anförde bland annat följande.²¹

En annan fråga som i ett fall prövats rättsligt är om vårdgivare får ge en patient elektronisk tillgång, direktåtkomst, till personuppgifter om sig själv i ett vårdregister. Fallet rörde ett landsting som avsåg att ge de patienter som ansökte om det elektronisk tillgång till vissa patientjournaluppgifter m.m. (...) Här skall bara anges att länsrätten fann detta stå i strid mot vårdregisterlagen, eftersom den lagen föreskriver

¹⁹ SOU 2006:82 s. 384.

²⁰ Prop. 2007/08:126 s. 158.

²¹ SOU 2008:82 s. 207 f.

att endast den som behöver det för att kunna utföra sitt *arbete* får ha direktåtkomst till ett vårdregister, se 8 § vårdregisterlagen. Vi är emellertid tveksamma till om 8 § vårdregisterlagen bör tolkas som en sådan bestämmelse i nationell lagstiftning som upphäver verkan av att den enskilde registrerade samtycker till en personuppgiftsbehandling; att ge enskilda registrerade direktåtkomst till personuppgifter om sig själva är nämligen att se som en personuppgiftsbehandling i sig. Det är, menar vi, en alltför vidsträckt tolkning av vårdregisterlagen i förhållande till vad som följer av personuppgiftslagens och dataskyddsdirektivets bestämmelser om när personuppgiftsbehandling är tillåten. I sammanhanget kan noteras att frågan inte berördes i vårdregisterlagens förarbeten. (...)

Enligt vår uppfattning kan ifrågasättas om det är rimligt att tolka lagstiftning – som syftar till att skydda enskilda personliga integritet – såsom in dubio innebärande ett absolut förbud mot sådan personuppgiftsbehandling som den enskilde registrerade uttryckligen samtycker till eller önskar, ja kanske t.o.m. ställer krav på. Särskilt gäller detta i sådan lagstiftning som, i avsaknad av särbestämmelser, kompletteras av personuppgiftslagens bestämmelser enligt vilka uttryckligt samtycke med något undantag utgör laglig grund för personuppgiftsbehandling. Det sagda menar vi inte bara gäller i fråga om direktåtkomst utan även i fråga om andra bestämmelser i vårdregisterlagen.

Vi delar patientdatautredningens resonemang vad gäller det principiella ställningstagandet att en registrerads uttryckliga samtycke ska anses utgöra laglig grund för personuppgiftsbehandling och att det får inskränkas endast i undantagsfall när det är särskilt motiverat med hänsyn till behovet av integritetsskydd. Ett samtycke gör i princip alltid personuppgiftsbehandling tillåten enligt såväl personuppgiftslagen som dataskyddsdirektivet. Regeringen har även i förarbetena till personuppgiftslagen uttalat att det, när någon har lämnat ett frivilligt samtycke till en viss personuppgiftsbehandling, inte längre finns något integritetsskyddsintresse som gör det befogat att förbjuda den behandling som den registrerade och den personuppgiftsansvarige är överens om.²²

Patientdatautredningen ansåg att regeringens resonemang var av principiell karaktär och att det hade bäring på personuppgiftsbehandling i hälso- och sjukvården. Mot den bakgrunden föreslogs en bestämmelse om betydelsen av patientens samtycke. I patientdatalagen återfinns därför en grundläggande bestämmelse i 2 kap. 3 § som tydliggör att sådan behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt lagen ändå får utföras om den enskilde lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen. Av paragrafen

²² Prop. 1997/98:44 s. 69.

framgår även att det finns ett undantag från den huvudregeln, vilket innebär att en vårdgivare inte ens med den enskildes samtycke kan ta del av uppgifter i system för sammanhållen journalföring för andra ändamål än de som är uttryckligen tillåtna enligt patientdatalagen. Något undantag som skulle begränsa patientens möjligheter att i övriga situationer samtycka till frågor om personuppgiftsbehandling finns däremot inte.

Samtidigt finns skäl att analysera vilken betydelse bestämmelsen i 5 kap. 4 § PDL kan ha i detta sammanhang. Enligt den bestämmelsen gäller att utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter är tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning. Regeringen motiverade bestämmelsen enligt följande.²³

Direktåtkomst är en särskilt integritetskänslig form av elektroniskt utlämnande av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Det finns därför anledning att genom reglering i patientdatalagen klargöra i vilka fall direktåtkomst får förekomma till personuppgifter som behandlas enligt lagen. Sådant utlämnande bör därför bara få ske i den utsträckning som medges i lag eller förordning.

Någon ytterligare motivering eller vägledning kring bestämmelsen lämnas dessvärre inte av regeringen. Inte heller redovisas hur bestämmelsen ska tillämpas och ställas i relation till bestämmelsen om betydelsen av patientens samtycke i 2 kap. 3 §. Vidare ger inte patientdatautredningens betänkande någon ytterligare vägledning, utan utredningen anför motsvarande motivering som regeringen gör ovan. Samtidigt utesluter patientdatautredningen inte att det på vissa specialområden inom hälso- och sjukvården kan finnas skäl att tillåta ytterligare direktåtkomst än vad utredningen föreslog, men att det får utredas och övervägas i särskild ordning.²⁴

En omständighet som kan tyda på att avsikten med bestämmelsen i 5 kap. 4 § inte varit att generellt inskränka den enskildes möjlighet att samtycka i vissa frågor om direktåtkomst är det ovan redovisade uttalandet från patientdatautredningen angående betydelsen av den enskildes samtycke. Patientdatautredningen anförde, med särskilt fokus på frågan om direktåtkomst, att det kan ifrågasättas om det är rimligt att tolka lagstiftningen som ett absolut förbud mot sådan personuppgiftsbehandling som den enskilde uttryckligen samtycker till eller önskar. Vi delar denna principiella uppfattning.

²³ Prop. 2007/08:126 s. 76.

²⁴ SOU 2006:82 s. 223.

Men, oavsett hur det inbördes förhållandet mellan 2 kap. 3 § och 5 kap. 4 § PDL tolkas anser vi att den situation som här är för handen handlar om en personuppgiftsbehandling som är tillåten i förhållande till den enskilde. Det innebär, enligt vår bedömning, att personuppgiftsbehandlingen även är tillåten för den som agerar i den enskildes ställe. I enlighet med vad som anfördes inledningsvis är en vårdnadshavare som agerar i sitt barns ställe eller en legal ställföreträdare som agerar i en enskilds ställe, normalt att jämföras med den registrerade (dvs. den enskilde). Dessa kan då få del av den enskildes uppgifter på motsvarande sätt och under samma förutsättningar som gäller för den enskilde själv. En sådan ordning är även möjlig att uppnå i andra sammanhang där den enskilde önskar att någon annan agerar i den enskildes ställe, dvs. när den enskilde exempelvis ger någon annan en fullmakt att vidta åtgärder för den enskildes räkning. Såvitt utredningen bedömer hindrar inte gällande rätt att enskilda genom sitt medgivande, t.ex. genom en fullmakt, ger någon annan befogenhet att ta del av personuppgifter eller vidta åtgärder som leder till personuppgiftsbehandling. Som exempel på detta kan nämnas de fullmakter mellan privatpersoner som eHälsomyndigheten tillhandahåller. Genom en sådan fullmakt kan en enskild ge en eller flera andra privatpersoner fullmakt att för den enskildes räkning t.ex. hämta ut läkemedel, hämta ut information om elektroniska recept, lämna samtycke till personuppgiftsbehandling i högkostnadsdatabasen och till att recept sparas elektroniskt.

Utredningen ser ingen anledning att göra någon annan bedömning när det gäller en enskilds möjligheter att låta någon annan agera i den enskildes ställe i frågor om direktåtkomst till den enskildes personuppgifter. Vi bedömer därför att gällande rätt inte hindrar en enskild att lämna medgivande till någon annan att ta del av den enskildes uppgifter hos vårdgivare eller i socialtjänsten genom direktåtkomst. Med stöd av ett sådant medgivande anser vi att hälso- och sjukvården och socialtjänsten redan i dag kan lämna ut uppgifter genom direktåtkomst till någon som den enskilde utsett.

Samtidigt anser vi att det är viktigt att lagregleringen blir så tydlig som möjligt och att eventuella tillämpnings- och tolknings-svårigheter inte hindrar en önskad utveckling. Utredningen bedömer att enskilda kan ha stor nytta av att ge närstående tillgång till korrekta och aktuella uppgifter som dokumenterats i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Med tillgång till rätt information får

närstående bättre förutsättningar att bistå i frågor om hälso- och sjukvård och socialtjänst samt ökade möjligheter att bevaka den enskildes intressen.

Mot bakgrund av behoven av ökad tydlighet bedömer vi således att hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen bör innehålla bestämmelser som uttryckligen medger att enskilda kan förfoga över sin direktåtkomst.

Närmare om vårt förslag

Vår sammantagna bedömning att enskilda som är i stånd att fatta beslut i de här aktuella frågorna om personuppgiftsbehandling bör kunna förfoga över sin direktåtkomst i den utsträckning som praktiskt görs möjligt av vårdgivare och de som bedriver socialtjänst. Vi föreslår således att det både för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens del tydliggörs att det är tillåtet att lämna ut uppgifter om den enskilde genom direktåtkomst inte bara till den enskilde själv, utan även till någon annan enskild som den enskilde utser. I en sådan situation bedömer vi att den enskilde lämnat medgivande till någon annan att agera i den enskildes ställe.

Även om enskilda redan i dag möjligen kan anses ha en i det närmaste oinskränkt rätt att själv förfoga över den direktåtkomst det handlar om, bedömer vi samtidigt att lagen endast bör tydliggöra vad som ska gälla i den situation som vi har analyserat och motiverat. Av det skälet anser vi att lagstiftningen endast bör tydliggöra möjligheten att låta andra enskilda få direktåtkomst. Genom den begränsningen tydliggörs att lagstiftaren särskilt tagit ställning till att medge en annan enskild, inte t.ex. arbetsgivare eller försäkringsbolag, direktåtkomst till uppgifter hos vårdgivare eller de som bedriver socialtjänst. Vi bedömer även att detta ligger helt i linje med motiven bakom vårt förslag. Den bakomliggande tanken är att det ska vara möjligt för enskilda att låta andra enskilda, t.ex. närstående, som på olika sätt är delaktiga i den enskildes vård och omsorg, ta del av korrekta och aktuella uppgifter på ett ändamålsenligt sätt.

Vidare bedömer utredningen att regleringen i offentlighets- och sekretesslagen medger att en patient på detta sätt släpper på sekretessen mot en annan enskild, t.ex. en närstående. Av 12 kap. 1 § OSL följer att en enskild kan helt eller delvis häva sekretessen som gäller till skydd för honom eller henne. Om en enskild

eftergivit sekretessen till förmån för någon annan, inte minst om det är en närstående, bör det så långt möjligt respekteras. Det ligger även i linje med de grundläggande kraven i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och socialtjänstlagen om att verksamheten ska byggas på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

En grundläggande förutsättning är, som ovan nämnts, att den enskilde har möjligheter att själv fatta beslut i frågor som rör sekretess och personuppgiftsbehandling. Eftersom direktåtkomst trots allt är en mer integritetskänslig form av utlämnande, bl.a. eftersom tillgången till uppgifter är omedelbar, är det också viktigt att den enskilde i praktiken också tillhandahålls ändamålsenliga möjligheter att vid behov snabbt ändra sin bedömning såväl i sekretessfrågan som i frågan om direktåtkomst. Den enskilde bör därmed enkelt kunna ta tillbaka eller begränsa tidigare gjorda medgivanden till direktåtkomst. I annat fall uppstår risker för integritetsförluster för den enskilde som vill förfoga över spridningen av sina uppgifter genom att ta tillbaka tilldelade rättigheter.

Ur ett praktiskt perspektiv bör det gå att utveckla tekniska lösningar som gör det möjligt för enskilda att förfoga över sin direktåtkomst på sätt som här beskrivits. Medgivandet till personuppgiftsbehandlingen och eftergivandet av sekretessen skulle möjligen kunna konstrueras på så sätt att den enskilde, efter att ha fått information om förutsättningarna för att dela ut dessa möjligheter till andra, loggar in med stark autentisering och anger att medgivandet avser en utpekad person. De närmare tillvägagångssätten för detta bör vara upp till hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens aktörer att ta fram och utforma på ett ändamålsenligt och säkert sätt.

Om ovanstående inte skulle vara möjligt kan alternativet befaras bli att enskilda, som inte har ett personligt hälsokonto, låter andra personer använda den enskildes e-legitimation eller motsvarande för att därigenom uppnå samma effekt. Vi bedömer att det finns flera nackdelar med en sådan utveckling. En uppenbar nackdel är självklart att processen i sådana fall inte är lika transparent ifråga om vem som får del av uppgifter om enskilda och hur det närmare går till. Vidare finns ingen möjlighet att i efterhand avgöra om det är patienten själv som tagit del av informationen eller om det i själva verket varit någon annan. Även med tanke på hur e-legitimationer i egenskap av värdehandlingar bör hanteras finns betänkligheter med en sådan utveckling.

Även det faktum att den enskilde bedöms ha fulla möjligheter att låta andra ta del av utlämnade uppgifter om de väl lagrats i ett personligt hälsokonto, talar för att det inte bör vara någon skillnad ifall åtkomsten istället ges direkt till system hos vårdgivaren eller den som bedriver verksamhet inom socialtjänst. Det handlar i dessa fall om samma uppgifter och i praktiken även om samma omedelbara tillgång.

Ytterligare en omständighet som talar för att denna möjlighet tydligt bör anges i lagen är att det inte heller kan uteslutas att det i framtiden utvecklas ytterligare varianter på de sätt som är möjliga för en enskild att dela med sig av uppgifter. Den kan exempelvis utvecklas tekniska funktioner som gör det möjligt för den enskilde att förfoga över utlämnade uppgifter på andra sätt än genom att de först lagras i ett personligt hälsokonto.

34 Internationellt informationsutbyte

34.1 Bakgrund

I utredningens uppdrag ingår att analysera och redovisa vilka rättsliga och andra hinder som finns för vårdgivare i Sverige att med en patients samtycke på elektronisk väg lämna ut uppgifter om patienten till vårdgivare i andra länder. Om gällande rätt hindrar sådant uppgiftslämnande ska utredaren lämna författningsförslag som gör uppgiftslämnandet möjligt. Såsom direktiven får förstås, ska analysen omfatta möjligheterna till utlämnande även till länder utanför EES.

I direktiven anges följande som skäl till varför utredningen ges detta uppdrag. Det finns behov av att kunna utbyta personuppgifter mellan länder både när det gäller vårdinsatser och läkemedel. Svenska medborgare kan t.ex. behöva söka vård när de är utomlands eller ha möjlighet att hämta ut recept som förskrivits i Sverige. Samtidigt är förstås den nationella lagstiftningen specifik för Sverige. Det finns därför skäl att utreda vilka rättsliga och andra hinder som finns för vårdgivare i Sverige att på elektronisk väg lämna ut uppgifter om patienter till vårdgivare i andra länder. Utredaren bör beakta det pågående projektet Smart Open Services for European Patients (epSOS), som är ett pilotprojekt för gränsöverskridande vårdtjänster. Syftet är att möjliggöra elektronisk överföring av recept och patientöversikter mellan länder i Europa. För närvarande deltar 23 europeiska länder i projektet.

I föreliggande avsnitt analyseras och redovisas vilka rättsliga och andra hinder som finns för vårdgivare i Sverige att med en patients samtycke på elektronisk väg lämna ut uppgifter om patienten till vårdgivare i andra länder. Vidare analyseras och redovisas vilka rättsliga och andra hinder som finns för E-hälsomyndigheten att med en patients samtycke på elektronisk väg lämna ut uppgifter om patientens läkemedel till apotek i andra länder.

34.2 Våra överväganden om elektroniskt utlämnande till vårdgivare i andra länder

34.2.1 Utlämnande med den enskildes samtycke

Vår bedömning: Patientdatalagen (2008:355), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt personuppgiftslagen (1998:204) medger att patientuppgifter med stöd av patientens uttryckliga samtycke lämnas ut till vårdgivare i andra länder.

Inledningsvis kan konstateras att patientdatalagen, förkortad PDL, är tillämplig på den behandling som en vårdgivare gör i samband med utlämnandet av patientuppgifter till en annan vårdgivare.

Frågan är då med vilket stöd i patientdatalagen som ett utlämnande till en annan vårdgivare kan göras. För besvarandet av den frågan ges i utredningens direktiv en särskild förutsättning, nämligen att analysen ska avse den situationen när patienten har lämnat sitt samtycke till den personuppgiftsbehandling som utlämnandet innebär.

Ett samtycke är av betydelse för behandlingens förenlighet med patientdatalagen. I 2 kap. 3 § första stycket PDL framgår att behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt patientdatalagen ändå får göras, om den enskilde lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen. Det gäller dock inte i de fall som anges i 6 kap. 5 § PDL eller om något annat framgår av annan lag eller förordning.

Enligt förarbetena till 2 kap. 3 § första stycket PDL innebär bestämmelsen att som huvudregel ska gälla att personuppgifter kan samlas in och behandlas för ett ändamål som inte anges i patientdatalagens ändamålsbestämning, se 2 kap. 4 § PDL, om den enskilde har lämnat ett uttryckligt samtycke till detta.¹

Beträffande innebörden av ett uttryckligt samtycke sägs i förarbetena att något skriftligt samtycke från den enskilde i och för sig inte fordras, men att det ändå många gånger kan vara lämpligt att ha ett sådant för att förebygga eventuella framtida tvister.²

Vad gäller den närmare innebörden av vad ett uttryckligt samtycke ska anses vara vid tillämpning av patientdatalagen, söker förarbetena ledning i vad som gäller vid tillämpningen av person-

¹ Prop. 2007/08:126 s. 227.

² Prop. 2007/08:126 s. 227.

uppgiftslagen, förkortad PUL.³ Enligt 3 § PUL är ett samtycke ”varje slag av frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring genom vilken den registrerade, efter att ha fått information, godtar behandling av personuppgifter som rör honom eller henne”. Att ett samtycke är uttryckligt, anser Datainspektionen i sin informations-skrift om samtycke innebära att samtycket måste komma till uttryck på ett särskilt tydligt sätt och att konkludent handlande i normalfallet inte är godtagbart när samtycket ska vara uttryckligt. För övrigt gäller även personuppgiftslagen vid sådan behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården, om inte annat följer av patientdatalagen eller föreskrifter som meddelats med stöd av patientdatalagen.

I 5 kap. 1 och 2 §§ PDL finns hänvisningar till bestämmelser i andra författningar om möjligheten för vårdgivare att lämna ut patientuppgifter inom den allmänna respektive den enskilda hälso- och sjukvården. Bland annat hänvisas där till offentlighets- och sekretesslagen, förkortad OSL, och patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, som bägge innehåller bestämmelser som är av betydelse för om ett utlämnande får göras.

För uppgifter inom den offentliga hälso- och sjukvården om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, gäller enligt 25 kap. 1 § OSL sekretess, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Motsvarande bestämmelse för den enskilda hälso- och sjukvården finns i 6 kap. 12 § första stycket PSL. Vid tillämpning av bestämmelsen kan viss ledning hämtas från motsvarande bestämmelse i OSL.⁴

Av 12 kap. 2 § första stycket OSL framgår att en enskild helt eller delvis kan häva sekretess som gäller till skydd för honom eller henne, om inte annat anges i offentlighets- och sekretesslagen.

Vår sammanfattande bedömning

Utredningens sammanfattande bedömning är att varken patientdatalagen, offentlighets- och sekretesslagen eller personuppgiftslagen hindrar ett utlämnande med patientens uttryckliga samtycke av patientuppgifter till en annan vårdgivare. Men i person-

³ Prop. 2007/08:126 s. 64.

⁴ Socialstyrelsens vägledning Sekretess och tystnadspliktsgränser i socialtjänsten och hälso- och sjukvården s. 18.

uppgiftslagen ställs vissa krav som måste vara uppfyllda för att det ska anses vara frågan om ett uttryckligt samtycke, som kan utgöra laglig grund för behandling av känsliga personuppgifter.

34.2.2 Elektroniskt utlämnande på medium för automatiserad behandling till andra länder

Vår bedömning: Patientdatalagen, offentlighets- och sekretesslagen samt personuppgiftslagen medger att patientuppgifter med stöd av patientens uttryckliga samtycke lämnas ut på medium för automatiserad behandling till vårdgivare i andra länder. Samtidigt ställs i patientdatalagen och personuppgiftslagen m.m. tydliga krav på hur ett sådant utlämnande ska gå till för att vara lagligt.

Frågan är då om gällande rätt tillåter att en vårdgivare på elektronisk väg lämnar ut uppgifter om patienten till vårdgivare i andra länder.

I 5 kap. 6 § PDL anges att om en personuppgift får lämnas ut, får det göras på ”medium för automatiserad behandling”. Uttrycket används för att skilja den nämnda formen för elektroniskt utlämnande från den form som i allmänhet kallas för ”elektronisk åtkomst” eller ”direktåtkomst”. För denna sistnämnda form av elektronisk utlämnande, har i patientdatalagen skapats en särskild term – ”sammanhållen journalföring”.

Med medium för automatiserad behandling avses enligt förarbetena följande.⁵

...förenklat uttryckt, elektroniskt utlämnande utan möjlighet för mottagaren att själv bereda sig tillgång till uppgifterna t.ex. genom användning av e-post, utlämnande på cd-rom eller genom filöverföring från ett datorsystem till ett annat. Vid denna typ av utlämnande fattas ett beslut om överföring av den som lämnar ut uppgifterna. Som regel innefattar denna typ av utlämnande att informationen lämnas ut i en form som medför att mottagaren kan bearbeta informationen. Bearbetningsmöjligheterna är dock inte avgörande för om det är fråga om ett utlämnande på automatiserat medium eller inte. Som exempel kan anföras att då en låst elektronisk handling skickas som bilaga i e-post eller om en cd-rom lämnas ut med lagrad information och kvalificerat kopieringsskydd är det enligt regeringens uppfattning fråga om ett utlämnande på medium för automatiserad behandling. Till

⁵ Prop. 2007/08:126 s. 77.

skillnad från elektronisk åtkomst och direktåtkomst sker vid annat utlämnande på medium för automatiserad behandling en prövning i varje enskilt fall av om uppgifterna kan lämnas ut eller om exempelvis sekretessbestämmelser utgör hinder för utlämnande.

I utredningen är den situationen aktuell, att patientuppgifterna lämnas ut till en vårdgivare i annat land. När det gäller elektroniskt utlämnande på medium för automatiserad behandling, gör det ingen skillnad i patientdatalagens mening. Det innebär att så länge kraven för ett sådant utlämnande är uppfyllda, spelar det i princip ingen roll vem som är mottagare av uppgifterna, det kan röra sig som om en vårdgivare, privatperson eller annan typ av verksamhet än hälso- och sjukvård.

Säkerhetsåtgärder

Ett elektroniskt utlämnande på medium för automatiserad behandling får dock endast göras om tillräckliga och i lag och föreskrift föreskrivna säkerhetsåtgärder vidtas vid den behandling som utlämnandet innebär.

Kraven på säkerhetsåtgärder framgår av flera bestämmelser – av 4 kap. patientdatalagen, av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården och av personuppgiftslagen.

I 2 kap. 5 § nämnda föreskrifter anges exempelvis att om vårdgivaren använder ett öppet nät, såsom Internet eller Sjunet, för att lämna ut patientuppgifter, ska vårdgivaren ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att överföring av patientuppgifter görs på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna, och att åtkomst till patientuppgifter föregås av stark autentisering. Liknande krav framgår även av Datainspektionens allmänna råd om säkerhet för personuppgifter.

Överföring till tredje land

Patientdatalagen innehåller inga särskilda bestämmelser om överföring av personuppgifter till andra länder. Som framgått ovan, gäller förutom patientdatalagen även personuppgiftslagen när personuppgifter behandlas inom hälso- och sjukvården (så länge

inte annat följer av patientdatalagen eller av föreskrifter som meddelats med stöd av patientdatalagen).

Personuppgiftslagen hindrar inte att personuppgifter förs över till länder inom EES. Till länder utanför EES-området (vilka i personuppgiftslagen benämns ”tredje land”) gäller dock enligt 33 § PUL ett principiellt förbud för överföring, men med en rad undantag. Bland annat är överföring till tredje land möjlig enligt 34 § PUL om den registrerade har lämnat sitt samtycke till överföringen. För att vara giltigt i detta sammanhang, måste det vara tydligt att samtycket avser just överföring av den registrerades personuppgifter till tredje land.

Rekommendationer föranledda av epSOS

Bestämmelserna i patientdatalagen och personuppgiftslagen ska tillsammans med de föreskrifter som meddelats med stöd av dessa lagar, genomföra EU:s dataskyddsdirektiv när det gäller behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Vid en analys av vilka krav som bör ställas på ett elektroniskt utlämnande av uppgifter från hälso- och sjukvården, bör därför den praxis som utbildats på EU-gemensam nivå beaktas.

För att dataskyddsdirektivet ska tillämpas på ett enhetligt sätt i medlemsstaterna har man bildat den s.k. Artikel 29-gruppen. Gruppen består av, bland andra, en företrädare för varje nationell tillsynsmyndighet i EU-medlemsstaterna.

Artikel 29-gruppen har lämnat vissa rekommendationer beträffande just överföring av personuppgifter om hälsa och läkemedel, såsom den är tänkt att göras inom ramen för det s.k. epSOS-projektet. EpSOS (European Patients Smart Open Services) är ett pågående projekt för gränsöverskridande vårdtjänster. Syftet med epSOS är att möjliggöra elektronisk överföring av recept och patientuppgifter från hälso- och sjukvården mellan länder i Europa. Efter att på en övergripande nivå ha granskat epSOS, lämnade Artikel 29-gruppen i januari 2012 en rad olika rekommendationer i syfte att vägleda projektet när det gäller tillämpningen av de viktigaste principerna i dataskyddsdirektivet.

Rekommendationerna handlar både om behandlingens laglighet som om vilka säkerhetsåtgärder som är nödvändiga. Eftersom rekommendationerna är generellt hållna, är de relevanta för alla

system för överföring av känsliga personuppgifter såväl inom som utanför EES.

För det som i detta sammanhang är av intresse, rekommenderar Artikel 29-gruppen i huvudsak följande.

- Behandlingen av uppgifter om hälsa måste ha en tydlig laglig grund. Ett samtycke i två steg kan vara en sådan laglig grund, när det saknas annan laglig grund såsom stöd i författning. (Det första samtycket som inhämtas avser att patientens uppgifter görs tillgängliga inom epSOS-systemet och det andra samtycket avser tillfället när en vårdgivare eller ett apotek får faktisk åtkomst till patientens uppgifter).
- Behandlingen av personuppgifter ska vara strikt begränsad till det minimum som är nödvändigt för att uppfylla epSOS syften, vilka måste vara särskilda, uttryckliga och legitima.
- För att säkerställa att uppgifterna inte sparas längre än nödvändigt i epSOS-systemet, bör en maximal lagringstid fastställas och likaså en gemensam rutin för som vad skall hända med uppgifterna i slutet av lagringsperioden.
- Varje sökning efter personuppgifter som är tillgängliga via epSOS måste föranledas av ett verkligt behov av tillgång till specifik information om den vård eller behandling som ska ges eller det läkemedel som ska förskrivas eller dispensereras i ett särskilt fall.
- En hög IT-säkerhetsnivå är nödvändig i epSOS. Särskilt följande åtgärder och överenskommelser är nödvändiga för att fullt ut beakta de säkerhetsprinciper som följer av dataskyddsdirektivet och av de särskilda riskerna i samband med behandlingen av personuppgifter i epSOS-systemet:
 - All personal som genomför projektet ska ges tydliga, skriftliga instruktioner om hur de ska använda epSOS-systemet i syfte att förhindra säkerhetsrisker och brott.
 - Lämpliga åtgärder ska vidtas vid användning av lagrings- och arkiveringsystem för patientöversikten och e-recepten för att skydda data mot obehörig åtkomst, stöld och partiell eller total förlust av lagringsmedia.

- För dataöverföringen måste säkra kommunikationsprotokoll och punkt-till-punkt-kryptering ("end-to-end-encryption") användas som baseras på krypteringsstandarder för en säker elektronisk kommunikation.
 - Särskild uppmärksamhet måste ägnas åt att anta ett pålitligt och effektivt elektroniskt identifieringssystem som ger stark autentisering (av både anställda och patienter).
 - Systemet måste på ett korrekt sätt kunna registrera och spåra de enskilda verksamheter som tillsammans utgör den totala databehandlingen.
 - Obehörig åtkomst till data och/eller förändringar av data ska förhindras när back-up uppgifter överförs och/eller lagras (t.ex. med hjälp av kryptering).
 - När det gäller e-receptsystemet, bör ytterligare åtgärder sättas in för att säkerställa att apoteksaktörer bara kan komma åt elektroniska recept för att tillhandahålla de läkemedel som förskrivits.
 - Varje åtkomst som görs i nödsituationer ska loggas och granskas.
- Alla personuppgiftsansvariga som behandlar uppgifter inom ramen för epSOS-projektet måste ge de registrerade rätt till tillgång till och rättelse/radering/blockering av deras egna uppgifter.

I sammanhanget kan noteras att Sverige inom ramen för epSOS-samarbetet i dagsläget tillämpar just ett sådant samtycke i två steg som artikel 29-gruppen rekommenderar.

I övrigt kan beträffande epSOS-projektet sägas att det involverar elektronisk överföring av patientuppgifter mellan vårdgivare och mellan apoteksaktörer i olika länder. Utredningen har dock inte klarlagt om överföringen utförs genom direktåtkomst eller genom det som i svensk lagstiftning benämns "på medium för automatiserad behandling". Det bedöms inte ligga inom ramen för vårt uppdrag.

Vår sammanfattande bedömning

Sammanfattningsvis kan konstateras att såväl patientdatalagen som personuppgiftslagen och offentlighets- och sekretesslagen gör det möjligt för vårdgivare att med en patients uttryckliga samtycke på elektronisk väg lämna ut uppgifter om patienter till vårdgivare i andra länder, på det sätt som i patientdatalagen benämns utlämnande på medium för automatiserad behandling.

Likaså kan konstateras att det i patientdatalagen, i författningar som meddelats med stöd av patientdatalagen, i personuppgiftslagen och i dataskyddsdirektivet såsom det uttolkats av Artikel 29-gruppen, ställs tydliga krav på hur ett sådant utlämnande ska gå till för att vara lagligt.

34.2.3 Får ett elektroniskt utlämnande göras genom direktåtkomst?

Vår bedömning: Patientdatalagen, offentlighets- och sekretesslagen samt patientsäkerhetslagen hindrar en vårdgivare från att lämna ut uppgifter om en patient till vårdgivare i andra länder genom direktåtkomst, även om patienten har lämnat sitt uttryckliga samtycke till utlämnandet.

Som framgår ovan får ett utlämnande göras på medium för automatiserad behandling till länder såväl inom som utanför EES, om kraven i här aktuell lagstiftning är uppfyllda, dvs. att det finns ett uttryckligt samtycke (och ingen annan sekretess gäller som den enskilde inte kan efterge) samt att den elektroniska överföringen görs på ett tillräckligt säkert sätt som uppfyller de krav som finns i lag och föreskrifter.

Enligt patientdatalagen är även en annan form för elektroniskt utlämnande möjlig mellan olika vårdgivare – utlämnande genom direktåtkomst. Av 5 kap. 4 § första stycket PDL framgår att utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter inom hälso- och sjukvården är tillåten, men endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning.

Utlämnande genom direktåtkomst har således av lagstiftaren omgärdats av särskilda skyddsregler. I patientdatalagen kallas sådan direktåtkomst mellan olika vårdgivare för sammanhållen journalföring och regleras i huvudsak i lagens kapitel 6.

I 6 kap. patientdatalagen uppställs en rad legala krav för sammanhållen journalföring. Bland annat gäller enligt 6 kap. 1–3 §§ PDL att utbyte av patientuppgifter genom direktåtkomst i system för sammanhållen journalföring bara får göras:

- rörande uppgifter som behandlas för de ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2 PDL.
- om patienten i förväg informerats om vad den sammanhållna journalföringen innebär och om att hon eller han kan motsätta sig att vissa uppgifter görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring.
- om patienten inte redan i förväg motsatt sig direktåtkomsten.
- om andra vårdgivare kan få veta att det i systemet finns ospärrade uppgifter om patienten, utan att samtidigt få veta vilken vårdgivare som har gjort uppgifterna tillgängliga och uppgifternas innehåll.
- om den mottagande vårdgivaren har en aktuell patientrelation med patienten.
- om uppgifterna kan antas ha betydelse för att hos den mottagande vårdgivaren förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten.
- om patienten samtycker till att den mottagande vårdgivaren tar del av personuppgifterna.
- under förutsättning att alla inblandade vårdgivare tillämpar bestämmelserna i 4 kap. 2 och 3 §§ PDL om behörighetstilldelning och åtkomstkontroll även vid sammanhållen journalföring.

Det framgår tydligt i patientdatalagen att brister i uppfyllandet av dessa krav inte går att läka med hjälp av ett samtycke till att den mottagande vårdgivaren inte skulle behöva följa dem. I 6 kap. 5 § anges nämligen att en vårdgivare inte får behandla en annan vårdgivares uppgifter om en patient i systemet med sammanhållen journalföring under andra förutsättningar än dem som anges i 6 kap. 3 och 4 §§ även om patienten uttryckligen samtycker till det. Denna bestämmelse går enligt 2 kap. 3 § första stycket PDL inte att "samtycka bort".

Anledningen till att lagstiftaren omgärdat sammanhållen journalföring med särskilda skyddsregler är att direktåtkomst anses som en särskilt integritetskänslig form av elektroniskt utlämnande av personuppgifter. Lagstiftaren betonar därför att utlämnande genom direktåtkomst bara får användas i den utsträckning det är tillåtet i lag eller förordning.⁶

Lagstiftarens avsikt har varit att den vårdgivare som gör uppgifter tillgängliga för andra vårdgivare vid sammanhållen journalföring inte ska behöva göra någon sekretessprövning i varje enskilt fall. Av den anledningen och eftersom sekretess annars gäller för patientuppgifter inom hälso- och sjukvården, samt eftersom bestämmelser om direktåtkomst inte har sekretessbrytande effekt i sig, har bestämmelserna om sammanhållen journalföring i patientdatalagen behövt kombineras med särskilda sekretessbrytande regler.

Den sekretessbrytande regel som är aktuell här återfinns i 25 kap. 11 § tredje punkten OSL. Enligt bestämmelsen hindrar inte hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 25 kap. 1 § OSL att uppgift lämnas till en myndighet som bedriver hälso- och sjukvård eller till en enskild vårdgivare enligt vad som föreskrivs om sammanhållen journalföring i patientdatalagen.

I patientdatalagens förarbeten anges tydligt att lagstiftaren ansett det vara av största vikt att alla villkor i regelverket för sammanhållen journalföring verkligen är uppfyllda när uppgifter lämnas ut genom sammanhållen journalföring.⁷

För att patienterna ska vara villiga att låta uppgifterna vara ospärrade är det viktigt att de integritetsgarantier som föreslås i patientdatalagen i förhållande till övriga vårdgivare som är anslutna till systemet verkligen fungerar. Som nämnts ovan är en av de integritetsgarantier som föreslås i patientdatalagen beträffande ospärrade uppgifter att patienten ges en rätt att, frånsett nödsituationer och liknande, bestämma över den faktiska spridningen då patienten vid senare tillfällen söker vård genom att denne då ges möjlighet att neka vårdgivaren möjlighet att få titta på ospärrade uppgifter om patienten som en annan vårdgivare gjort tillgängliga för vårdgivaren. Förutom patientens samtycke krävs även att vissa andra förutsättningar är uppfyllda för att en vårdgivare ska få behandla ospärrade uppgifter t.ex. att det finns en aktuell patientrelation, att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården eller att patientens samtycke inte kan inhämtas och uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård patienten oundgängligen behöver, se 6 kap. 3 och 4 §§ patientdatalagen.

⁶ Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m., s. 76.

⁷ Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m., s. 129.

Om inte samtliga villkor i patientdatalagen är uppfyllda, gäller enligt 5 kap. 2 § första stycket OSL absolut sekretess för sådana uppgifter hos den mottagande vårdgivaren. Bestämmelsen om absolut sekretess har införts mot bakgrund av att handlingar med ospärrade uppgifter som huvudregel utgör allmänna handlingar hos alla vårdgivare som är anslutna till ett system med sammanhållen journalföring. Syftet med bestämmelsen om absolut sekretess är att en vårdgivare, som enligt patientdatalagen saknar befogenhet att ta del av ospärrade uppgifter som en annan vårdgivare gjort tillgängliga för vårdgivaren, inte ska behöva ta del av dessa uppgifter för att kunna avgöra sekretessfrågan om uppgifterna begärs ut.⁸

I förarbetena betonas flera gånger hur viktigt det är att det finns särskilda regler till skydd för patienternas personliga integritet som gäller för den mottagande vårdgivaren i ett system för sammanhållen journalföring, dvs. när utlämnande görs genom direktåtkomst. Bland annat anges följande.⁹

Skyddet för den enskildes personliga integritet vid sammanhållen journalföring är tillgodosett bl.a. genom patientdatalagens regler om patientens inflytande vid sådan journalföring och den bestämmelse om absolut sekretess hos en vårdgivare för sådana ospärrade uppgifter som vårdgivaren saknar befogenhet att ta del av enligt patientdatalagen (...).

Datainspektionens praxis

Datainspektionen har i flera inspektionsärenden funnit att brister i hur vårdgivaren uppfyller kraven i patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter kan innebära att behandlingen av patientuppgifter inom ramen för sammanhållen journalföring måste betraktas som olaglig och att vårdgivare vid vite kan förbjudas att fortsätta behandla personuppgifterna i ett system för sammanhållen journalföring så länge inte kraven i patientdatalagen är uppfyllda.

I ett ärende konstaterade Datainspektionen att en vårdgivare genom att inte uppfylla alla kraven i patientdatalagen och i Socialstyrelsens föreskrifter, behandlade personuppgifter på ett olagligt sätt inom ramen för sammanhållen journalföring. Bristerna var enligt inspektionen de tre följande. För det första kunde

⁸ Prop. 2007/08:126 s. 269 f.

⁹ Prop. 2007/08:126 s. 271.

användarna inte ta del av uppgift om att det finns ospärrade uppgifter om patienten, utan att samtidigt ta del av uppgift om vilken/vilka vårdgivare som har gjort uppgiften tillgänglig. För det andra visades i den sammanhållna journalföringen vilken/vilka vårdgivare som hade ospärrade uppgifter innan ett samtycke till behandlingen av uppgifterna hade inhämtats från patienten. Och för det tredje hade en användare som utgångspunkt alltid direkt-åtkomst till ospärrade uppgifter hos alla vårdgivare som ingick i den sammanhållna journalföringen.¹⁰

I ett annat ärende förklarade Datainspektionen att en vårdgivare – om den inte omgående började informera alla sina patienter om den sammanhållna journalföringen och om rätten att motsätta sig sammanhållna journalföring – vid vite skulle förbjudas att fortsätta att tillgängliggöra personuppgifter för andra vårdgivare i ett system för sammanhållna journalföring.¹¹

Vår sammanfattande bedömning

Möjligheten i patientdatalagen och offentlighets- och sekretesslagen till sammanhållna journalföring mellan vårdgivare bygger således på att den mottagande vårdgivaren är bunden av och tillämpar regelverket för sammanhållna journalföring, dvs. att mottagande vårdgivare är skyldig att uppfylla de i 4 och 6 kap. patientdatalagen uppräknade kraven, i annat fall är inte den sekretessbrytande regeln i 25 kap. 11 § OSL tillämplig. Vidare förutsätter systemet med sammanhållna journalföring att absolut sekretess råder för uppgifter som den mottagande vårdgivaren inte har laglig rätt att ta del av. Det innebär att sammanhållna journalföring inte är tillåtet, om den mottagande vårdgivaren inte är tvungen att tillämpa alla kraven i patientdatalagen och inte heller om den mottagande vårdgivaren inte är bunden av offentlighets- och sekretesslagen.

Eftersom endast vårdgivare i Sverige är lagligen bundna av bestämmelserna om sammanhållna journalföring i patientdatalagen och OSL, är ett utlämnande till vårdgivare utanför Sverige varken förenligt med patientdatalagen, med offentlighets- och sekretesslagen eller med patientsäkerhetslagen.

¹⁰ Datainspektionens beslut 2012-02-21, dnr. 642-2011.

¹¹ Datainspektionens beslut 2011-01-20, dnr. 461-2010.

Sammanfattningsvis kan konstateras att patientdatalagen, offentlighets- och sekretesslagen och patientsäkerhetslagen hindrar en vårdgivare från att lämna ut uppgifter om en patient till vårdgivare i andra länder genom elektronisk direktåtkomst (i patientdatalagen benämnd sammanhållen journalföring), även om patienten har lämnat sitt uttryckliga samtycke till utlämnandet.

34.2.4 Är detta förenligt med EU-rätten?

Vår bedömning: Det är inte oförenligt med EU-rätten att nationell svensk, lagstiftning begränsar utlämnande genom direktåtkomst till att endast vara tillåten mellan vårdgivare i Sverige.

Fri rörlighet för tjänster och arbetstagare

Frågan är då om det kan anses förenligt med EU-rätten att svensk lag inte tillåter att uppgifter lämnas ut genom elektronisk direktåtkomst till vårdgivare i andra EU-länder från vårdgivare i Sverige.

Den del av EU-rätten som är aktuell i sammanhanget, är närmast bestämmelserna om fri rörlighet för tjänster samt bestämmelserna om fri rörlighet för arbetstagare. På bägge dessa områden finns det sekundärrättsliga bestämmelser som särskilt behandlar vad som gäller inom hälso- och sjukvården.

Fri rörlighet för medicinska tjänster

Europaparlamentet och rådet antog den 9 mars 2011 ett direktiv (2011/24/EU) om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård, i det följande benämnt patientrörlighetsdirektivet. Bakgrunden till direktivet är bl.a. att EU-domstolen i flera domar slagit fast att sjukvård, oberoende av hur den är organiserad och finansierad, berörs av reglerna om den fria rörligheten för tjänster i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget).

Patientrörlighetsdirektivet har i Sverige genomförts bland annat genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbets-

området (ersättningslagen). I såväl själva direktivet som i ersättningslagens förarbeten berörs frågan om överföring av personuppgifter om hälsa mellan medlemsstaterna.¹²

Skyldigheter enligt patientrörlighetsdirektivet

I patientrörlighetsdirektivets ingress 25 sägs inledningsvis att rätten till skydd av personuppgifter är en grundläggande rättighet som erkänns i artikel 8 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna. Därefter konstateras att personuppgifter som gäller patientens hälsa måste överföras för att uppnå kontinuitet i den gränsöverskridande hälso- och sjukvården – samtidigt som de enskildas grundläggande rättigheter måste skyddas. I ingressen sägs vidare att dataskyddsdirektivet ger enskilda individer rätt att få tillgång till sina egna personuppgifter om hälsa, t.ex. uppgifter i deras patientjournal som innehåller uppgifter om exempelvis diagnos, undersökningsresultat, bedömningar av behandlande läkare och eventuella utförda behandlingar eller ingrepp. I ingressen konstateras därefter att dessa bestämmelser även bör tillämpas på sådan gränsöverskridande hälso- och sjukvård som omfattas av patientrörlighetsdirektivet.

I patientrörlighetsdirektivets artikel 2.c sägs beträffande direktivets förhållande till andra unionsbestämmelser, att patientrörlighetsdirektivet ska gälla utan att påverka tillämpningen av dataskyddsdirektivet samt Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/58/EG av den 12 juli 2002 om behandling av personuppgifter och integritetsskydd inom sektorn för elektronisk kommunikation.

Enligt patientrörlighetsdirektivets artikel 5.d ska försäkringsmedlemsstaten se till att patienter som söker eller får gränsöverskridande hälso- och sjukvård får tillgång på distans till eller åtminstone har en kopia av patientjournalen, i överensstämmelse med och med förbehåll för nationella åtgärder som genomför unionens bestämmelser om skydd av personuppgifter, särskilt dataskyddsdirektivet och 2002/58/EG.

I en särskild kommentar till artiklarna 4.2.e respektive 5.d sägs följande i förarbetena till ersättningslagen.¹³

¹² Prop. 2012/13:150

¹³ Prop. 2012/13:150 Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning s. 96 och 101.

I artikel 4.2 e i patientrörlighetsdirektivet anges att den behandlande medlemsstaten ska säkerställa att den grundläggande rätten till personlig integritet vid behandling av personuppgifter skyddas i överensstämmelse med nationella åtgärder som genomför gemenskapens bestämmelser om skydd av personuppgifter, särskilt direktiven 95/46/EG och 2002/58/EG. Dessa direktiv har framförallt genomförts genom (1998:204) personuppgiftslagen och lagen (2003:389) om elektronisk kommunikation. Dessutom finns ett antal s.k. registerförfattningar med särskilda regler för personuppgiftsbehandling. En sådan författning, som gäller vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården, är patientdatalagen (2008:355). Artikeln föranleder inte någon åtgärd från Sverige.

I artikel 5 d i patientrörlighetsdirektivet anges att försäkringsmedlemsstaten ska se till att patienter som söker eller får gränsöverskridande hälso- och sjukvård, får tillgång på distans eller åtminstone har en kopia av patientjournalen, i överensstämmelse med och med förbehåll för nationella åtgärder som genomför unionens bestämmelser om skydd av personuppgifter, särskilt direktiven 95/46/EG och 2002/58/EG. Detta innebär att Sverige ska se till att patienter som mottar vård i ett annat EES-land har tillgång till sin patientjournal. Som framgår av avsnitt 12 s. 96–97 uppfyller Sverige kravet i denna artikel.

De bestämmelser om patienters rätt till de egna journalerna som nämns i förarbetena till ersättningslagen är tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen samt patientdatalagens 8 kap. 2 § och 5 kap. 5 §. De aktuella bestämmelserna i patientdatalagen avser patientens rätt att ta del av journalhandlingar inom den enskilda hälso- och sjukvården respektive möjligheten för en vårdgivare att i vissa fall medge en enskild patient elektronisk direktåtkomst till uppgifter i patientens egen journal. Patientens tillgång till den egna journalen ska enligt artikel 5.d tillgodoses i överensstämmelse med och med förbehåll för nationella åtgärder som genomför unionens bestämmelser om skydd av personuppgifter.

IKT-system är nationell fråga

I en av ingresserna till patientrörlighetsdirektivet finns ett uttalande som är av betydelse för bedömningen av EU-rättens inverkan införandet av IKT-system. Uttalandet är av intresse här, eftersom de system för sammanhållen journalföring som möjliggörs i patientdatalagen bör anses vara sådana system för informations-

och kommunikationsteknik (IKT-system) som avses i ingressen, enligt följande.¹⁴

Den tekniska utvecklingen av gränsöverskridande hälso- och sjukvård med hjälp av IKT kan skapa oklarhet när det gäller medlemsstaternas tillsynsansvar och därmed hindra den fria rörligheten för hälso- och sjukvårdstjänster, och eventuellt medföra ytterligare hälsorisker. Inom unionen används vitt skilda och inkompatibla format och standarder för IKT-baserad hälso- och sjukvård, vilket både skapar hinder för denna typ av vårdtjänst och kan innebära hälsorisker. Medlemsstaterna måste därför sträva efter kompatibilitet mellan IKT-system. *Införande av IKT-system omfattas emellertid helt och hållet av nationell behörighet.* Detta direktiv bör därför erkänna vikten av kompatibilitet och respektera en uppdelning av befogenheterna genom att fastställa att kommissionen och medlemsstaterna arbetar tillsammans för att utveckla åtgärder som inte är rättslig bindande, men som tillhandahåller ytterligare verktyg som medlemsstaterna kan använda för att underlätta större kompatibilitet mellan IKT-systemen på hälso- och sjukvårdsområdet och för att stödja patienternas tillgång till e-hälsotillämpningar, närhelst medlemsstaterna beslutar att införa sådana system.

I direktivets ingress 57 fortsätter resonemanget om nationella IKT-system med uttalandet att ”kompatibilitet mellan lösningar som rör e-hälsa bör uppnås samtidigt som hänsyn tas till nationell lagstiftning om tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster som har antagits för att skydda patienten”.

Det anförda bör innebära att ett nationellt IKT-system, såsom det svenska systemet för sammanhållna journalföring – och även det nationella, svenska regelverk som möjliggör systemet – omfattas av den nationella behörigheten, och därmed i huvudsak inte berörs av EU-rätten.

Förordning 883/2004

Som ett parallellt spår till patientrörlighetsdirektivet finns också bestämmelser om rätten till gränsöverskridande vård i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, vilken syftar till att samordna olika socialförsäkringsförmåner för de EU-medborgare som rör sig över gränserna på grund av arbete, studier m.m. Förordningen innehåller inga bestämmelser som berör vårdgivares eller enskilda patienters behandling av personuppgifter.

¹⁴ Patientrörlighetsdirektivets ingress 56.

Vår sammanfattande bedömning

Utredningen konstaterar att patientrörlighetsdirektivet förutsätter att patientuppgifter ska kunna överföras mellan medlemsländerna, samt att direktivet innehåller en bestämmelse som innebär en skyldighet för försäkringsmedlemsstaten att ge patienter tillgång på distans till sin journal eller åtminstone en kopia av densamma.

Såsom konstateras i ersättningslagens förarbeten, tillgodoses direktivets krav inom detta område genom befintliga bestämmelser i tryckfrihetsförordningen, OSL och patientdatalagen.

Ingen av de EU-rättsakter som är aktuella här, ställer krav på att vårdgivare eller apotek ska ges direktåtkomst till enskilda patienters uppgifter. Rättsakterna ställer dock krav på att den enskildes rätt till personlig integritet ska beaktas, och föreskriver att de nationella genomförandena av dataskyddsdirektivet ska gälla även för den gränsöverskridande hälso- och sjukvården. Vidare anges i patientrörlighetsdirektivet att införandet av system för informations- och kommunikationsteknik (IKT-system) helt och hållet omfattas av nationell behörighet.

Mot bakgrund av det sagda kan det inte anses som oförenligt med EU-rätten att nationell svensk lagstiftning begränsar möjligheten till elektronisk direktåtkomst till att endast vara tillåten mellan vårdgivare i Sverige.

34.3 Våra övervägande om elektroniskt utlämnande till apotek i andra länder

34.3.1 Utlämnande med den enskildes samtycke

Vår bedömning: Lagen (1996:1156) om receptregister och personuppgiftslagen gör det möjligt för eHälsomyndigheten att med en enskilds uttryckliga samtycke lämna ut uppgifter ur receptregistret på medium för automatiserad behandling till apotek i andra länder. Vidare framgår av lagstiftningen tydliga krav på hur ett sådant utlämnande ska gå till för att vara lagligt.

Enligt 1 § (1996:1156) lagen om receptregister (receptregisterlagen) får eHälsomyndigheten för de ändamål som anges i 6 § med hjälp av automatiserad behandling föra ett register över förskrivningar av läkemedel och andra varor för människor (recept-

register). Lagen är tillämplig på den behandling av uppgifter som eHälsomyndigheten utför i samband med utlämnandet av personuppgifter om förskrivningar.

Frågan är då om det finns stöd i receptregisterlagen för ett utlämnande till apotek i andra länder. Inledningsvis kan konstateras att skyldigheten för eHälsomyndigheten enligt 12 § receptregisterlagen att lämna uppgifter till öppenvårdsapotek inte är aktuell i detta sammanhang, eftersom apotek utanför Sverige inte kan anses vara öppenvårdsapotek i den mening som avses i receptregisterlagen och enligt definitionen av uttrycket öppenvårdsapotek som återfinns i 1 kap. 4 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel, som bl.a. kräver att ett öppenvårdsapotek har Läkemedelsverkets tillstånd att bedriva handel med läkemedel.

För besvarandet av frågan om möjligheten att lämna ut uppgifter till apotek i andra länder, ges i utredningens direktiv en särskild förutsättning, nämligen att analysen ska avse den situationen när patienten har lämnat sitt samtycke till den personuppgiftsbehandling som utlämnandet innebär.

Ett samtycke är av betydelse för behandlingens förenlighet med receptregisterlagen. Enligt 4 § andra stycket receptregisterlagen får behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt receptregisterlagen ändå utföras, om den enskilde har lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen. Enligt lagens förarbeten innebär bestämmelsen att personuppgifter kan behandlas för ett ändamål som inte regleras i receptregisterlagen, om den enskilde uttryckligen har samtyckt till det. Vidare framgår att ett samtycke enligt receptregisterlagen har samma innebörd som enligt personuppgiftslagen.¹⁵ Innebörden av ett uttryckligt samtycke enligt personuppgiftslagen har behandlats i det föregående.

I 21 § receptregisterlagen hänvisas till att det i offentlighets- och sekretesslagen finns bestämmelser om begränsningar i rätten att lämna ut uppgifter från receptregistret. En sådan bestämmelse är 25 kap. 17 a § OSL, enligt vilken sekretess gäller hos eHälsomyndigheten för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

¹⁵ Prop. 2008/09:145, s. 441.

Av 12 kap. 2 § första stycket OSL framgår att en enskild helt eller delvis kan häva sekretess som gäller till skydd för honom eller henne, om inte annat anges i receptregisterlagen.

Således hindrar varken receptregisterlagen eller offentlighets- och sekretesslagen att eHälsomyndigheten med patientens uttryckliga samtycke lämnar ut uppgifter ur receptregistret till apotek utanför landet. Men i personuppgiftslagen ställs vissa krav som måste vara uppfyllda för att det ska anses vara frågan om ett uttryckligt samtycke som kan utgöra laglig grund för behandling av känsliga personuppgifter.

Elektroniskt utlämnande på medium för automatiserad behandling till apotek i andra länder

Frågan är då om gällande rätt tillåter att eHälsomyndigheten på elektronisk väg lämnar ut uppgifter om patienten till apotek i andra länder.

Enligt 10 § receptregisterlagen gäller att om en personuppgift får lämnas ut, får det göras på ”medium för automatiserad behandling”. Enligt förarbetena är bestämmelsen utarbetad efter förebild av 5 kap. 6 § PDL.¹⁶ Vad som redovisats i det föregående om skillnaden mellan utlämnade på medium för automatiserad behandling respektive direktåtkomst, gäller således även för tillämpningen av receptregisterlagen.

Säkerhetsåtgärder

Liksom beträffande vårdgivares utlämnande, gäller även för eHälsomyndigheten att ett elektroniskt utlämnande på medium för automatiserad behandling endast får göras om tillräckliga, i lag föreskrivna säkerhetsåtgärder vidtas vid den behandling som utlämnandet innebär.

När det gäller utlämnanden från receptregistret framgår kraven på säkerhetsåtgärder av receptregisterlagen och av personuppgiftslagen, som enligt 3 § receptregisterlagen även gäller för behandling av personuppgifter i receptregistret, om inte annat följer av lagen eller föreskrifter som meddelas i anslutning till den lagen.

¹⁶ Prop. 2008/09:145, s. 437.

Säkerhetskraven enligt personuppgiftslagen innebär för behandlingen av personuppgifter i receptregistret bland annat följande enligt Datainspektionen.¹⁷

Ska man överföra personuppgifter som handlar om recept eller läkemedelsanvändning i öppna nät, till exempel Internet eller Sjunet, måste användarna vara identifierade och deras identitet säkerställd med en teknisk funktion som asymmetrisk kryptering (till exempel e-legitimation eller SITHS-certifikat), engångslösenord eller motsvarande. Dessutom ska personuppgifterna skyddas med kryptering vid själva överföringen. Syftet är att säkerställa att endast behöriga användare kan ta del av uppgifterna.

Överföring till tredje land

Receptregisterlagen innehåller inga särskilda bestämmelser om överföring av personuppgifter till andra länder. Som framgått ovan, gäller förutom receptregisterlagen även personuppgiftslagen när personuppgifter behandlas i receptregistret, så länge inte annat följer av receptregisterlagen eller av föreskrifter som meddelats med stöd av den lagen.

Personuppgiftslagen hindrar inte att personuppgifter förs över till länder inom EES. Till länder utanför EES-området, vilka i personuppgiftslagen benämns *tredje land*, gäller dock enligt 33 § PUL ett principiellt förbud för överföring, men med en rad undantag. Bland annat är överföring till tredje land möjlig enligt 34 § PUL om den registrerade har lämnat sitt samtycke till överföringen. För att vara giltigt i detta sammanhang, måste det vara tydligt att samtycket avser just överföring av den registrerades personuppgifter till tredje land.

Rekommendationer föranledda av epSOS

Inom ramen för epSOS-projektet överförs även uppgifter om recept, dvs. uppgifter om patienters läkemedelsföreskrivningar. De rekommendationer som artikel 29-gruppen lämnat för epSOS, och som redovisats i det föregående, äger därför aktualitet även vid utlämnanden från receptregistret.

¹⁷ Datainspektionens informationsblad Integriteten på den nya apoteksmarknaden.

Vår sammanfattande bedömning

Sammanfattningsvis kan konstateras att både receptregisterlagen och personuppgiftslagen gör det möjligt för eHälsomyndigheten att med en patients uttryckliga samtycke på elektronisk väg lämna ut uppgifter ur receptregistret till apotek i andra länder, vilket i receptregisterlagen benämns utlämnande på medium för automatiserad behandling.

Likaså kan konstateras att det av receptregisterlagen, personuppgiftslagen och dataskyddsdirektivet såsom det uttolkats av Artikel 29-gruppen, framgår tydliga krav på hur ett sådant elektroniskt utlämnande ska gå till för att vara lagligt.

34.3.2 Får ett elektroniskt utlämnande göras genom direktåtkomst?

Vår bedömning: Svensk rätt hindrar eHälsomyndigheten från att lämna ut uppgifter ur receptregistret till apotek i andra länder genom direktåtkomst, även om den enskilde har lämnat sitt uttryckliga samtycke till utlämnandet.

Ett utlämnande från receptregistret får alltså göras på medium för automatiserad behandling till länder såväl inom som utanför EES om kraven i lagstiftningen är uppfyllda, dvs. att det finns ett uttryckligt samtycke (och ingen annan sekretess gäller som den enskilde inte kan efterge) samt att den elektroniska överföringen görs på ett tillräckligt säkert sätt som uppfyller de krav som finns i lag och föreskrifter.

Enligt receptregisterlagen är även en annan form för elektroniskt utlämnande möjlig (jfr 11 § receptregisterlagen). Enligt bestämmelsen får expedierande personal på ett öppenvårdsapotek ha direktåtkomst till receptregistret för de ändamål som anges i 6 § första stycket 1, 2 och 8 receptregisterlagen. Dessutom får den enskilde ha direktåtkomst till uppgifter om sig själv. Vidare är direktåtkomst till uppgifter om dosrecept tillåten för den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården.

Det finns dock vissa problem med att ge apotek utanför Sverige direktåtkomst till uppgifter i receptregistret, snarlika dem som diskuterats ovan beträffande direktåtkomst för vårdgivare utanför Sverige.

I apoteksdatalagen (2009:367) uppställs i 12–13 §§ en rad legala krav för behandlingen av personuppgifter hos öppenvårdsapoteken. Dessa krav gäller även när öppenvårdsapoteken behandlar uppgifter som lämnats ut från receptregistret. Kraven innebär att öppenvårdsapoteket ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till uppgifter om konsumenter och de som är behöriga att förordna läkemedel. Behörigheten ska begränsas till vad som behövs för att den som arbetar på ett öppenvårdsapotek ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter där. Vidare ska öppenvårdsapoteken se till att åtkomst till helt eller delvis automatiskt behandlade uppgifter om konsumenter och de som är behöriga att förordna läkemedel, dokumenteras så att de kan kontrolleras. Tillståndshavaren ska systematiskt och återkommande kontrollera om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter.

Vidare betonas i förarbetena till receptregisterlagen hur viktigt det är att säkerheten måste vara mycket god för personuppgifter om förskrivningar.¹⁸

Det är av största vikt att personuppgifterna skyddas hos Apotekens Service AB [numera eHälsomyndigheten] och hos övriga aktörer samt under överföringen till dessa aktörer. Säkerheten måste vara sådan att obehörigt utnyttjande av uppgifterna inte förekommer. I den utsträckning lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning eller lagen (1996:1156) om receptregister inte innehåller bestämmelser som reglerar säkerheten vid behandling av personuppgifter, är bestämmelserna i personuppgiftslagen (1998:204) tillämpliga. Detta innebär bl.a. att Apotekens Service AB [numera eHälsomyndigheten], som personuppgiftsansvarigt enligt 31 §, ska vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda personuppgifterna och därmed åstadkomma en säkerhetsnivå som är lämplig med beaktande av hur känsliga uppgifterna är, vilka tekniska möjligheter som finns, de särskilda risker som finns med behandlingen av uppgifterna samt vad det skulle kosta att genomföra åtgärderna.

Tystnadsplikten för personal vid öppenvårdsapoteken regleras i 6 kap. 12 § första stycket PSL av vilken framgår att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. I patientsäkerhetslagen avses med hälso- och sjukvårdspersonal, bland andra apotekspersonal som

¹⁸ Prop. 2008/09:145, s. 324

tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar (1 kap. 4 § första stycket 4 PSL).

Av 2 kap. 6 § 6 lagen (2009:366) om handel med läkemedel framgår att den som har tillstånd enligt 1 § att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument ska ha ett elektroniskt system som gör det möjligt att få direktåtkomst till uppgifter hos E-hälsomyndigheten.

Enligt 2 kap. 10 b§ lagen om handel med läkemedel ska eHälsomyndigheten informera Läkemedelsverket om vad som framkommit vid en kontroll av det elektroniska system för direktåtkomst till uppgifter hos myndigheten som en tillståndshavare ska ha enligt 2 kap. 6 §.

Av bestämmelsens förarbeten framgår att bland annat följande.¹⁹

Apotekens Service Aktiebolag [numera eHälsomyndigheten] kontrollerar om den som ansöker om tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument (öppenvårdsapotek) har förutsättningar att uppfylla de krav för tillståndet som föreskrivs i 2 kap. 6 § 5–7 lagen om handel med läkemedel och som avser uppgiftslämnande och elektronisk direktåtkomst till uppgifter hos bolaget. Vid kontrollerna verifieras att datasystem, som ska ha tillgång till den information bolaget förvaltar, kan ansluta till bolagets datasystem på ett säkert sätt och att informationen inte förvanskas.

I likhet med vad som gäller för sammanhållen journalföring, betonas i förarbetena hur viktigt skyddet för uppgifterna i receptregistret är, både när de behandlas av eHälsomyndigheten och när de behandlas av öppenvårdsapoteken.

Vår sammanfattande bedömning

Som framgår ovan bygger systemet med direktåtkomst till uppgifter i receptregistret således på att det i lag föreskrivs en rad olika villkor för behörighetsstyrning, åtkomstkontroll och IT-säkerhet i övrigt hos öppenvårdsapoteken, och att apoteken ska genomgå kontroller av hur de uppfyller villkoren. Hur villkoren efterföljs ska sedan enligt lag ligga till grund för avgörandet ifall apoteket ifråga ska kunna inneha tillstånd att bedriva handel med läkemedel.

Vidare förutsätter möjligheten till direktåtkomst för apotek till uppgifter i receptregistret, att personalen hos de mottagande apoteken är bundna av bestämmelser om tystnadsplikt.

¹⁹ Prop. 2012/13:128 42, s. 41 f.

Eftersom endast öppenvårdsapotek i Sverige och deras anställda, är bundna av det nämnda regelverket för behörighetsstyrning, åtkomstkontroll, IT-säkerhet, tillstånd, kontroller och tystnadsplikt, är ett utlämnande genom direktåtkomst till apotek utanför Sverige varken förenligt med receptregisterlagen, lagen om handeln med läkemedel, apoteksdatalagen eller med offentlighets- och sekretesslagen eller patientsäkerhetslagen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att svensk rätt hindrar eHälsomyndigheten från att lämna ut uppgifter ur receptregistret till apotek utanför Sverige genom elektronisk direktåtkomst, även om patienten har lämnat sitt uttryckliga samtycke till utlämnandet.

34.3.3 Är detta förenligt med EU-rätten?

Vår bedömning: Det är inte oförenligt med EU-rätten att nationell svensk lagstiftning hindrar eHälsomyndigheten från att lämna ut uppgifter ur receptregistret till apotek i andra länder genom direktåtkomst.

Såsom framgått tidigare är den i sammanhanget relevanta EU-rättsakten patientrörlighetsdirektivet, vilket enligt ingress 16 även ska tillämpas på ”förskrivning, utlämning och tillhandahållande av läkemedel och medicinska hjälpmedel”.

Därför är resultatet av analysen densamma – närmare bestämt att det inte kan anses som oförenligt med EU-rätten att nationell svensk lagstiftning begränsar möjligheten till elektronisk direktåtkomst till att endast gälla apotek i Sverige.

35 Socialstyrelsens läkemedelsregister

35.1 Bakgrund

För personal och beslutsfattare inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är det viktigt att få använda uppgifter i olika stödsystem för att löpande kvalitetssäkra och förbättra insatser som vänder sig direkt till enskilda. Även tillsynsmyndigheter och nationella myndigheter som arbetar med exempelvis öppna jämförelser måste ha tillgång till uppgifter.¹ Syftet är att förbättra kvalitet och säkerhet i insatserna för den enskilda individen.

Hälsodataregister är rikstäckande register för att kunna följa bl.a. sjukdomars utbredning i landet och för att studera orsaker till olika sjukdomar². Enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister får personuppgifter i ett hälsodataregister behandlas för ändamålen framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvård, forskning och epidemiologiska undersökningar. Hälsodataregistren förs av centrala förvaltningsmyndigheter, t.ex. Socialstyrelsen. Socialstyrelsen får med stöd av lagen ett flertal hälsodataregister varav läkemedelsregistret³ är ett. Detta register får användas för ändamålen epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet. Till skillnad mot övriga hälsodataregister som förs hos Socialstyrelsen får uppgifter i läkemedelsregistret inte användas för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.

¹ Öppna jämförelser är en uppsättning indikationer som redovisas återkommande och som beskriver verksamheten med avseende på kvalitet och effektivitet. Jfr regeringens nationella strategi för öppna jämförelser.

² Jfr lagen (1998:543) om hälsodataregister.

³ Jfr lagen 1998:543 om hälsodataregister och förordningen (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen.

35.1.1 Vårt uppdrag

Regeringen har uttalat att uppgifter i läkemedelsregistret hos Socialstyrelsen bör kunna användas för uppföljning och kvalitetssäkring. Det förutsätter att ändamålen för behandling av personuppgifter i läkemedelsregistret anpassas till de ändamål som gäller för övriga hälsodataregister enligt lagen om hälsodataregister. Utredningen har därför fått i uppdrag att föreslå hur ändamål i läkemedelsregistret kan anpassas till de ändamål som gäller för övriga hälsodataregister.⁴ Därutöver har utredningen på eget initiativ även valt att utreda om uppgift om förskrivningsorsak bör få behandlas i läkemedelsregistret.

35.2 Rättslig reglering av läkemedelsregistret

Bestämmelserna om nuvarande läkemedelsregister hos Socialstyrelsen trädde ikraft den 1 juli 2005 genom lagen om hälsodataregister och förordningen (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen. Socialstyrelsen får föra hälsodataregister i form av ett läkemedelsregister och personuppgifter i registret får behandlas för epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet.⁵

Innan det nuvarande regleringen trädde ikraft kunde registret användas för medicinsk uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring, epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik. Registret, som då kallades hälso- och sjukvårdens läkemedelsregister, var inte ett personregister eftersom det inte innehöll uppgifter knutna till enskilda individer. De uppgifter som då togs in var uppgifter från Apoteket AB som lämnades, med stöd av föreskrifter i lagen (1996:1156) om receptregister (receptregisterlagen), över till Socialstyrelsen för i lagen föreskrivna ändamål. De uppgifter som registrerades var uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som har expedierats mot recept eller motsvarande på apotek från 1999 och framåt. Patientens kön, ålder och folkbokföringsort finns i registret och från och med 1 juli 2005 även personnummer. När det gäller kostnader finns uppgift om totalkostnad, kostnad för läkemedelsförmån och patientens egenavgift.

⁴ Dir. 2011:111.

⁵ 1 och 3 §§ förordningen (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen.

Det nya läkemedelsregistret motiverades bland annat med att ingen uttömmande kunskap om läkemedel fanns när läkemedel blir tillgängligt för behandling av patienter och att en fortlöpande uppföljning av förskrivning och användning av läkemedel är nödvändigt. Studier av risker och effekter på lång sikt av läkemedelsbehandling är särskilt viktiga. Dessa kräver tillgång till individrelaterade uppgifter om patienters läkemedelsköp. Studierna måste bedrivas i syfte att stärka kunskapen om och erfarenheterna av läkemedelsanvändning.⁶

Av 1 § förordningen om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen framgår att Socialstyrelsen får föra hälsodataregister enligt 1 § lagen om hälsodataregister i form av ett läkemedelsregister. Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter (2 §). Personuppgifterna i läkemedelsregistret får behandlas för epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet (3 §). Behandlingen får avse olika i 4 § uppräknade uppgifter. I 6 § finns bestämmelser om vilken information som Socialstyrelsen ska lämna de registrerade enligt 25 § första stycket c) personuppgiftslagen (1998:204), förkortad PUL.

Läkemedelsregistret omfattar alla receptförskrivna läkemedel som expedierats på apoteken i Sverige på individnivå. Registret uppdateras varje månad. Registret innehåller för varje individuellt uttag uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedierats på apotek mot recept eller motsvarande. Informationen finns om den expedierade varan (identitet, mängd och pris, datum för expedition samt dosering). Uppgifter finns även om utbyte till generiskt eller parallellimporterat läkemedel. Uppgifter som registreras om den individ som köpt läkemedel är kön, ålder, folkbokföringsort och personnummer. Registret omfattar även uppgifter om förskrivaren såsom yrke och specialistutbildning, liksom andra egenskaper för förskrivarens arbetsplats som ägarform, vårdform och verksamhetsinriktning. Förskrivare eller arbetsplats kan inte identifieras. I registret finns även information om kostnader; totalkostnad, kostnad för läkemedelsförmånerna och patientens egenavgift (jfr 4 § förordningen om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen). Enligt 16 § receptregisterlagen ska eHälsomyndigheten (innan den 1 januari 2014 Apotekens Service AB) lämna de uppgifter som avses i 4 § till läkemedelsregistret Uppgifter om

⁶ SOU 2003:52.

enskilda personers läkemedelsförskrivningar och inköp hämtas från det s.k. receptregistret.

För att möjliggöra uppbyggnaden av ett heltäckande läkemedelsregister hos Socialstyrelsen med uppgifter som kan hänföras till enskilda personer togs 2005 kravet på samtycke från den enskilde bort som förutsättning för att sådana uppgifter skulle få lämnas ut från receptregistret för redovisning till Socialstyrelsen.⁷

35.2.1 Hälsodataregistren

Lagen om hälsodataregister infördes den 24 oktober 1998 för att reglera it-användningen när det gäller rikstäckande register hos centrala förvaltningsmyndigheter inom hälso- och sjukvården. Lagen reglerar särskilt viktiga och gemensamma frågor för samtliga hälsodataregister men sedan är det regeringen som föreskriver vilka register som ska föras och som bestämmer vilket ändamål, inom de ramar som lagen drar upp, som ett visst register ska ha.

I syfte att skydda den personliga integriteten betonade regeringen, vid införandet av bestämmelserna om hälsodataregister, vikten att avgränsa de ändamål för vilka personuppgifter får behandlas i ett hälsodataregister.⁸ Uppgifter i hälsodataregister får därför endast behandlas för ändamålen; statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring samt forskning m.m. Dessa ändamål är samtliga av högt samhällsligt intresse. Hälsodataregistren bygger på principen att uppgifter i respektive register är knutna till en angiven person och tillförs registret utan krav på att den enskilde har lämnat samtycke. Detta gäller samtliga hälsodataregister utom biverkningsregistret. Det har gjorts en avvägning mellan den nytta som både i ett snävt personperspektiv och i ett brett samhällsperspektiv är förbunden med registret och det integritetsproblem som kan vara förknippat med att finnas i ett register. Vid avvägningen har man funnit att nytta med registren väger över och att man som enskild får tåla det intrång som registreringen kan upplevas som.⁹

Tanken är att det vid varje utfärdande av föreskrifter för varje särskilt hälsodataregister ska tas ställning till om ett register ska

⁷ Detta gjordes genom en ändring i 3 § första stycket 6 (nuvarande 7) lagen (1996:1156) om receptregister.

⁸ Prop. 1997/98:108, s. 48.

⁹ Prop. 1997/98:108 s. 39 ff. och prop. 2004/05: 70.

omfatta ett eller flera av dessa ändamål och om ändamålet ska preciseras ytterligare.

Socialstyrelsen har i rapporten Fyra år med läkemedelsregistret (2009) sammanställt ett urval av texter som beskriver hur och varför registret kom till, dess användbarhet, ur ett forskarperspektiv, ut ett internationellt perspektiv och ur ett samhällsperspektiv.

Samtliga register som Socialstyrelsen förvaltar och utvecklar bygger på principen att personrelaterade uppgifter samlas in utan krav på samtycke från individen. I samband med att hälsodataregistren inrättades gjordes en noggrann avvägning om samhällsnyttan övervägde nackdelarna ut ett integritetsperspektiv. Både när det gäller Socialstyrelsens hälsodataregister och dödsorsaksregistret är det inte möjligt att ha samtycke som grundprincip för insamlande av uppgifter. Kraven är dock – på såväl samhällsnytta som integritetsskydd – särskilt höga.

Uppgifterna som finns i hälsodataregistren omfattas av sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. Enligt denna bestämmelse är sekretessen absolut, vilket innebär att uppgifterna inte får lämnas ut. Undantag från sekretess finns när det gäller uppgifter som behövs för forskning och statistikändamål. I dessa fall kan uppgifter lämnas ut om det står klart att de kan röjas utan att den enskilde individen som uppgifter rör eller någon närstående lider skada eller men. Socialstyrelsen lämnar bara ut data till forskningsprojekt med villkoret att det finns tillstånd från forskningsetiskt nämnd och en beskrivning av syftet med projektet¹⁰. Därefter gör Socialstyrelsen en oberoende prövning enligt offentlighets- och sekretesslagens bestämmelser.

Övriga hälsodataregister hos Socialstyrelsen

Hos Socialstyrelsen förs, förutom läkemedelsregistret, ytterligare fyra hälsodataregister. Nedan beskrivs dessa register kortfattat.

Syftet med *cancerregistret* är att tillhandahålla ett nationellt, befolkningsbaserat cancerregister för att kunna kartlägga cancer-sjukdomarnas förekomst och förändring över tiden. Det ska även vara möjligt att skapa en bas för klinisk och epidemiologisk forskning samt att möjliggöra internationella jämförelser. Person-

¹⁰ SoS Fyra år med läkemedelsregistret 2012.

uppgifter i cancerregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning och utvärdering av insatser för att förebygga cancersjuklighet, utvärdering av hälsokontroller samt forskning och epidemiologiska undersökningar inom cancerområdet. Registret regleras genom förordning (2001:709) om cancerregister.

Det *medicinska födelseregistrets* syfte är att informationen ska kunna utgöra underlag för bland annat forskning och statistik. Personuppgifter i det medicinska födelseregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitets-säkring av hälso- och sjukvård, forskning och epidemiologiska undersökningar som avser reproduktion, övervakning av fosterskador samt nyföddas och andra barns hälsa. Registret regleras genom förordning (2001:708) om medicinskt födelseregister.

Patientregistret får innehålla uppgifter som kan behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitets-säkring inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård, samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Syftet med registret är att följa hälsoutvecklingen i befolkningen och förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar. En annan viktig uppgift med registret är att bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling. Bestäm-melserna finns i förordning (2001:707) om patientregister.

Syftet med *tandhälsoregistret* är att kunna följa tandvårdens och tandhälsans utveckling i Sverige. Registret fyller en viktig funktion på forskningens och statistikens område när det gäller att följa tandhälsan i Sverige över tid. Registret innehåller information om tandvård inom det statliga tandvårdsstödet, tandvård till personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar samt nödvändig tandvård. Personuppgifter i tandhälsoregistret får behandlas för framställning av statistik, kvalitetssäkring, uppföljning och utvärdering inom tandvårds- och tandhälsoområdet samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Registret regleras genom förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

Hälsodataregister hos Läkemedelsverket

Enligt 4 kap. 5 § läkemedelsförordningen (2006:272) får Läke-medelsverket föra hälsodataregister enligt 1 § lagen (1998:543) om hälsodataregister för att tillgodose behovet av uppgifter för de

ändamål som anges i 9 § läkemedelslagen (1992:859) samt för framställning av statistik och för forskning.¹¹

Enligt 9 § läkemedelslagen ska Läkemedelsverket ansvara för ett system för säkerhetsövervakning, som har till syfte att samla in, registrera, lagra och vetenskapligt utvärdera uppgifter om biverkningar av läkemedel som godkänts för försäljning. Vid utvärderingen ska i fråga om humanläkemedel beaktas även all tillgänglig information om felaktig användning och missbruk av läkemedel som kan ha betydelse för bedömningen av nyttan och riskerna med läkemedlen.

Läkemedelsverket för således ett biverkningsregister för statistik och forskning samt för att vetenskapligt utvärdera uppgifter om biverkningar av läkemedel. Läkemedelsverket gör sedan analyser och sammanställningar på oidentifierat material. Syftet är att identifiera mönster och tendenser bland biverkningsrapporterna. Redan en misstanke om en läkemedelsbiverkning ska rapporteras. Reglerna gäller även naturläkemedel, vissa utvärtes läkemedel och veterinära läkemedel. Rapportering görs av hälso- och sjukvårdspersonal och från enskilda konsumenter.

35.3 Läkemedelsregistrets användning m.m.

Det nuvarande läkemedelsregistret öppnar nya möjligheter att belysa angelägna frågeställningar som att följa upp långsiktiga risker och nytta med läkemedel samt att göra praxisstudier och uppföljning av hur läkemedel förskrivs och används i befolkningen.¹² Vid införandet av registret föreslog dock regeringen att registrering och redovisning av uppgifter till Socialstyrelsen ska begränsas till uppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet.¹³ Förslaget överensstämde med det förslag som utredningen om uppföljning inom läkemedelsområdet lämnade.¹⁴

Regeringens motiv till att begränsa ändamålen var följande.

Precisering av ändamålen för ett register är viktig. Därigenom bestäms på vilket sätt den personuppgiftsansvarige får utnyttja registret. Att i

¹¹ Enligt övergångsbestämmelserna till förordning (2006:272) om läkemedelsförordning upphävdes förordningen (2001:710) om biverkningsregister angående läkemedel hos Läkemedelsverket.

¹² Socialstyrelsen Fyra år med läkemedelsregistret, (2009)

¹³ Prop. 2004/05:70

¹⁴ SOU 2003:52

författning ange de ändamål som ett register får användas för skall ses som ett led i strävan att så långt möjligt skydda den personliga integriteten för de registrerade. Uppgifterna i registret får på så sätt komma till användning endast i vissa situationer och för vissa särskilt angivna och av lagstiftaren godkända syften. Man kan säga att ju färre ändamål som medges av lagstiftaren desto snävare blir tillämpningsområdet för registret och därigenom minskar risken för intrång i den personliga sfären. Ett läkemedelsregister hos Socialstyrelsen av det slag som regeringen bedömer bör inrättas kommer att innehålla information av känslig natur och omfatta många personer. Ett sätt att ytterligare värna om den enskildes integritet skulle därför kunna vara att begränsa registrets ändamål.

Det väsentliga syftet med att bygga upp ett nationellt läkemedelsregister är att forskningen därigenom kan erhålla ett värdefullt källmaterial. I all medicinsk forskning ingår inslag av statistik. Epidemiologiska undersökningar är också bundna till statistik. Gränsdragningen mellan dessa tre begrepp är inte alldeles enkel att göra. För att undvika tillämpningsproblem bör man liksom nu sker uttryckligen ange samtliga dessa tre ändamål men, för att skydda den personliga integriteten, begränsa ändamålen till dessa. En sådan begränsning skulle enligt vad utredningen redogjort för inte minska Socialstyrelsens möjligheter att i enlighet med sin instruktion analysera och rapportera om hälsoutvecklingen här i landet på läkemedelsområdet. Den uppgiften handhar Socialstyrelsen nämligen i huvudsak genom det epidemiologiska centret och genom den statistik som styrelsen eljest tar fram¹⁵.

Förslaget överensstämde i stort med det utredningen om uppföljning inom läkemedelsområdet lade fram i betänkandet Ökad patientsäkerhet på läkemedelsområdet. Utredningen konstaterade att förskrivning av läkemedel är den i särklass vanligaste behandlingsstrategin inom svensk sjukvård i dag samtidigt som kunskaperna om ett läkemedels effekter och biverkningar är begränsade när det godkänns för försäljning. För att öka säkerheten för patienterna både när det gäller att få bästa möjliga effekt och att få så få biverkningar som möjligt behövs bättre kunskap och möjligheter till uppföljning.

Utredningen framhöll att tillgången till ett läkemedelsregister är till stort gagn för genomförande av forskning och epidemiologiska undersökningar på läkemedelsområdet och att ett läkemedelsregister, i form av ett hälsodataregister, skulle vara av mycket stor betydelse också för den enskilde individen. Att använda sig av hälsodataregister skulle innebära att materialinsamlingen görs

¹⁵ SOU 2003:52 avsnitt 8.10.

fortlöpande och kumuleras till redan insamlat material som är tillgängligt direkt och det kan således utnyttjas för en rad forskningsprojekt utan några eller med endast begränsade kompletterande resursinsatser. Med beaktande av detta ansåg utredningen att övervägande skäl talar för att uppgifter om läkemedelsanvändningen ska tas in i register utan krav på den berörda personens samtycke för att kunna användas för epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik.

Kort om Socialstyrelsens arbete

Socialstyrelsen är enligt sin instruktion förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet m.m. Myndigheten ska verka för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde, följa, analysera och rapportera om hälsa, hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier, och följa forsknings- och utvecklingsarbete av särskild betydelse inom sitt verksamhetsområde samt verka för att sådant arbete kommer till stånd m.m. Socialstyrelsen har även uppdraget att utforma evidensbaserade riktlinjer för åtgärder inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

Socialstyrelsen har alltså det övergripande nationella ansvaret för läkemedelsanvändning. Uppföljningen omfattar dels att följa hur läkemedelsanvändningen utvecklas, dels att följa den positiva och negativa påverkan på sjuklighet som läkemedelsanvändningen har.

Socialstyrelsens arbete med läkemedelsfrågor har flera utgångspunkter. En central fråga för både tillsyn och uppföljningsverksamhet är hur läkemedel hanteras och används. Från den 1 juni 2013 har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tagit över tillsynsuppgiften från Socialstyrelsen. Uppgifter om läkemedelsförsäljning kommer bland annat från läkemedelsregistret hos Socialstyrelsen och från eHälsomyndigheten.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ger sedan 2006 årligen ut rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Socialstyrelsen har därutöver fått regeringens uppdrag att ta fram fler öppna jämförelser

inom hälso- och sjukvårdsområdet, varav Öppna jämförelser av läkemedelsbehandlingar 2013, är en. Arbetet har genomförts i samverkan med Läkemedelsverket och SKL. Syftet med öppna jämförelser är att skapa öppenhet och förbättrad insyn i den offentligt finansierade vården och ge landstingen underlag för styrning, fördjupad analys och förbättringsarbeten i den egna verksamheten. Rapporterna riktar sig främst till beslutsfattare i landstingen, chefer i hälso- och sjukvården samt hälso- och sjukvårdspolitiker. Rapporterna ger också allmänheten insyn och underlag för en offentlig debatt om hälso- och sjukvården i Sverige.

Kort om Läkemedelsverkets arbete

Läkemedelsverkets uppgift är att se till att läkemedel är effektiva säkra och av god kvalitet. Läkemedelsverket ska informera förskrivarkåren om den optimala användningen av läkemedel, baserat på den dokumentation som finns vid godkännandet, men också förmedla den kunskap om läkemedlets effekt- och biverkningsprofil som tillkommer efterhand.

Vidare ska Läkemedelsverket särskilt svara för kontroll och tillsyn enligt läkemedelslagen, föreskrifter och allmänna råd i fråga om läkemedel samt forskning på områden av betydelse för den kontroll och tillsyn som ska bedrivas.

Kort om landstingens arbete

Ansvar för att medborgarna får hälso- och sjukvård vilar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, på kommuner och landsting. Landstingens ansvar i egenskap av finansär och huvudman för merparten av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården innefattar även ett ansvar för hela verksamhetens innehåll, där läkemedelsförmånerna ingår.

Det är eHälsomyndigheten som lämnar ut data till landstingen om uthämtade receptförskrivna läkemedel på individnivå för ändamålen ekonomisk och medicinsk uppföljning samt för framställning av statistik (jfr 6 § punkten 5 receptregisterlagen). Det är till stor del motsvarande uppgifter som överförs till Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Landstingen kan i dag, efter begäran om utlämnande, även få tillgång till information från läkemedelsregistret och Socialstyrelsens övriga hälsodataregister i form av aggregerad statistik där inga uppgifter kan hänföras till en viss person. Dessa uppgifter får i sin tur användas till uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring – som kan tjäna som återkoppling till vården.

35.4 Uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring m.m.

I lagen om hälsodataregister regleras de olika ändamålen för vilka personuppgifter får användas. Ändamålen att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra hälso- och sjukvården är en angelägen uppgift som blir allt viktigare på central nivå i en situation som kräver ändamålsenligt nyttjande av tillgängliga ekonomiska och personella resurser. I 31 § HSL anges att inom hälso- och sjukvården ska kvalitet i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (jfr även 16 § tandvårdslagen [1985:125]). Med hänsyn härtill och det övergripande ansvar som centrala förvaltningsmyndigheter har på respektive verksamhetsområde för ett effektivt utnyttjande av samlade resurser ansågs det vara väl motiverat att uppgifter i ett hälsodataregister får behandlas för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård på central nivå.¹⁶

Närmare om uppföljning

Med begreppet uppföljning avses att fortlöpande och regelbundet mäta och beskriva behov, verksamheter och resursåtgång angivet i termer av t.ex. behovstäckning, produktivitet och nyckeltal. Uppföljning syftar till att ge en översiktlig bild av en verksamhets utveckling och att fungera som signal för avvikelser som bör beaktas.

De senaste åren har präglats av en ökad medborgarorientering i verksamhetsuppföljning som syftar till att stärka patienters, allmänhetens samt politiska eller administrativa beslutsfattarens tillgång till information om vårdens resultat i olika avseenden.¹⁷

¹⁶Prop. 1997/98:108.

¹⁷SOU 2009:32, s. 231, prop. 1999/2000:149 s. 52 f.

Tidigare var verksamhetsuppföljning i huvudsak inriktad på en producents intresse av information om verksamhetens medicinska kvalitet, effektivitet och ekonomiska kostnader eller resultat. Socialtjänstdatautredningen konstaterade att det finns ett påtagligt och befogat behov av att kunna behandla personuppgifter för att få fram information om hälso- och sjukvårdsverksamheten.¹⁸ I allmänhet är det fullt tillräckligt att bara använda uppgifter från den individbaserade vårddokumentationen, m.a.o. uppgifter som samlats in därför att de behövs i den individinriktade hälso- och sjukvården. Men det förekommer också att man följer upp resursanvändningen på individnivå genom att koppla samman vårddokumentation med andra uppgifter, t.ex. genom användning av metoden Kostnad Per Patient (KPP) som beräknar kostnader för olika insatser som utförs. I och med sammankopplingen mellan vårddokumentation och kostnadsinformation blir det fråga om något mer än enbart sekundär användning av redan insamlade personuppgifter.

Systematisk uppföljning av förskrivning och användning av läkemedel kan ta sikte på en rad olika aspekter inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Ett centralt område är kunskapsinhämtning med fokus på den mer direkta patientnytta utifrån sådana aspekter som patientsäkerhet, förbättring av behandlingsmetodik etc. Andra aspekter kan vara effektiv resursanvändning, likvärdighet i behandling mellan olika geografiska delar av hälso- och sjukvården. En uppföljning kommer även patienterna till del.

Närmare om utvärdering

När det gäller utvärdering avses här analys och värdering av kvalitet, effektivitet och resultat hos en verksamhet i förhållande till de mål som bestämts för denna.

Närmare om kvalitetssäkring

Inom hälso- och sjukvården är begreppet kvalitet centralt. Att verksamheten ska vara av god kvalitet uppställs i hälso- och sjukvårdslagen som ett av de grundläggande kraven på alla hälso- och sjukvård. Vården ska bl.a. hålla en god personell och materiell

¹⁸ SOU 2009:32.

standard och ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁹ Att vårdens resultat ska medföra förbättrad hälsa och hög patienttillfredsställelse är ett annat sätt att uttrycka kärnan i begreppet god vårdkvalitet. I 31 § HSL föreskrivs att kvaliteten inom verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Motsvarande bestämmelser finns i tandvårdslagen. Genom dessa bestämmelser finns det ett författningsreglerat krav på vårdgivare inom hälso- och sjukvården att bedriva både kvalitets-säkring och kvalitetsutveckling. Kravet på kvalitetssäkring infördes 1997 och innebär enligt förarbetena en förpliktelse för vårdgivare, såväl offentliga som privata, att utveckla metoder för att noga följa upp och analysera utvecklingen vad gäller kvalitet och säkerhet.²⁰ Från den 1 januari 2012 gäller en gemensam reglering för socialtjänsten och hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst ska enligt denna identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet

Med begreppet kvalitetssäkring menas en utvärderingsprocess i vilken man fortlöpande och systematiskt beskriver, mäter och värderar kvaliteten i den egna verksamheten.

Förskrivning av läkemedel är i den i särklass vanligaste behandlingsstrategin inom svensk sjukvård i dag.²¹ Samtidigt är kunskaperna om ett läkemedels effekter och biverkningar begränsade när det godkänns för försäljning. För att öka säkerheten för patienterna både när det gäller att få bästa möjliga effekt och att få så få biverkningar som möjligt behövs bättre kunskap och möjligheter till uppföljning.

Statistik

Statistik har som syfte att ge information av allmänt intresse i frågan om samhällsutveckling och samhällsförhållanden. I lagen (2001:99) om den officiella statistiken anges att till sådan statistik räknas den statistik för samhällsplanering, forskning, allmän information och internationell rapportering som en statlig myndighet framställer.

¹⁹ Prop. 1995/96:176 s. 27.

²⁰ Prop. 1995/96:176 s. 53.

²¹ SOU 2003:52 s. 143.

Forskning m.m.

Epidemiologi är vetenskapen om hälsförhållanden i befolkningen och de faktorer som påverkar eller bidrar till olika typer av ohälsa. Epidemiologin har en central betydelse för att påvisa riskfaktorer för en lång rad av sjukdomar hos befolkningen och ge underlag till systematiskt genomförda försök med förebyggande insatser. Vid den epidemiologiska verksamheten hos Socialstyrelsen används uppgifter ur de nuvarande registren både för framställning av statistik och för att ta fram andra slag av särskilda rapporter och redogörelser över aktuella frågeställningar. Användningen av hälso-dataregister för epidemiologiska undersökningar som resulterar i statistiska beskrivningar får anses täckas av ändamålsbestämmelsen statistik.²²

Epidemiologiska undersökningar som resulterar i andra former av redovisningar än ren statistik bör i många fall kunna täckas av ändamålsbestämmelsen forskning. För att undvika tillämpningsproblem och med hänsyn till svårigheten att dra en exakt gräns för vad som ska avses med forskning utformades ändamålsbestämmelsen för hälso-dataregister så att uppgifter i ett hälso-dataregister får behandlas för forskning och epidemiologiska undersökningar.²³

Skillnad mellan de olika ändamålen

Skillnaden mellan *forskning och uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring* kan beskrivas så här.²⁴ I 2 § lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor ges en definition av vad som avses med forskning enligt den lagen. Med forskning avses där vetenskaplig forskning samt utvecklingsarbete på vetenskaplig grund. I förarbetena till bestämmelsen anförs att avgränsningen bl.a. bygger på OECD:s riktlinjer. Vidare påpekas att fråga uppkommer om gränsdragningen mellan vetenskaplig forskning och t.ex. kvalitetssäkring och resultatuppföljning. Där hänvisas till 31 § HSL enligt vilken bestämmelse kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande ska utvecklas

²² Prop. 1997/98:108 s. 50.

²³ Prop. 1997/98:108 s. 51.

²⁴ SOU 2009:32 s. 229f.

och säkras. Sådan och liknande verksamhet avses inte utgöra forskning i lagens mening.²⁵

Även i 3 § lagen om hälsodataregister, som handlar om för vilka ändamål personuppgifter får behandlas, görs en skillnad mellan uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård å ena sidan och forskning och epidemiologiska undersökningar å andra sidan. Ett påpekande om att begreppet forskning inte får förväxlas med uppföljning, utvärdering eller kvalitetssäkring görs också i förarbetena till lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.²⁶

När det gäller skillnad mellan statistik och uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring kan följande beskrivning som gjordes av Socialtjänstdatautredningen lyftas fram.²⁷ Utredningen beskrev förhållandet mellan statistik och verksamhetsuppföljning på följande sätt. Utredningen utgår från det samlade begreppet verksamhetsuppföljning och därigenom avses att detta omfattar begreppen uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Även begreppet öppen jämförelse har en naturlig anknytning till verksamhetsuppföljning och behandlas i utredningens resonemang tillsammans med begreppet verksamhetsuppföljning. Utredningen utgår även från den skiljelinjen att statistik och användandet av uppgifter för statistiska ändamål skiljer sig från verksamhetsuppföljning och användandet av uppgifter för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring och öppna jämförelser.

I rättsfallet RÅ 2004 ref 9 uttalade Högsta förvaltningsdomstolen att det förhållande att uppgifter inom ramen för uppföljning, utvärdering och liknande verksamhet sammanställs statistiskt inte kan anses innebära att uppgifterna används för statistikändamål i den mening som avses i dåvarande 9 kap. 4 § sekretesslagen (nuvarande 24 kap. 8 § OSL). Frågan gällde om uppgifter ur Socialstyrelsens dödsorsaksregister kunde lämnas ut med stöd av de undantag från sekretess som anges i sekretesslagen (9 kap. 4 §) då uppgiften behövdes för statistikändamål.

²⁵ Prop. 2002/03:50 s. 90 f och 192.

²⁶ Prop. 2000/01:80 s. 138.

²⁷ SOU 2009:32.

35.5 Våra överväganden och förslag

35.5.1 Utvecklingen på området

Nuvarande hälsodataregister bygger således på principen att uppgifter som ingår i respektive register är knutna till en angiven person och tillförs registret utan krav på samtycke från den enskilde. Det har gjorts en avvägning mellan den nytta som både i ett snävt personperspektiv och i ett brett samhällsperspektiv är förbunden med registret och det integritetsproblem som kan vara förknippat med att finnas i ett register. Vid den avvägningen har man funnit att nyttan med registren väger över och att man som enskild får tåla det intrång som registreringen kan upplevas som.²⁸

Som bestämmelserna ser ut i dag kan uppgifter i läkemedelsregistret inte användas för att läkemedel i vården ska kunna följas upp eller för åtgärder som avser bland annat kvalitetssäkring. I frågan om nytillkomna uppgifter (efter 1 juli 2005) får, som har framgått tidigare, dessa inte användas för uppföljning och kvalitetssäkring.

Läkemedelsregistret har framgångsrikt använts för de ändamål som anges i förordningen. Registret har gett den medicinska forskningen nya möjligheter att utveckla kunskap och samhället har på olika sätt fått viktiga underlag genom den statistik som Socialstyrelsen producerar. I praktiken kan sägas att den mer begränsade ändamålsbestämmelsen hitintills inte inneburit att Socialstyrelsen hindrats i sitt arbete med registret. Det kan samtidigt konstateras att det informationsbehov som Socialstyrelsen tillgodoser genom sin registerverksamhet är under klar förändring. Det har blivit en ökad fokusering på uppdrag som avser utvärderingar och uppföljningar av olika verksamheters funktionssätt. Behoven kommer till uttryck bland annat genom regeringsuppdrag till Socialstyrelsen men informationen efterfrågas från lokala och regionala aktörer som behöver uppgifter för sitt uppföljnings- och utvecklingsarbete när det gäller läkemedel inom hälso- och sjukvårdsområdet. I samband med dessa nya uppdrag och förfrågningar har utformningen av läkemedelsregistrets ändamålsbestämmelse kommit att skapa en del svårigheter. En fråga som uppkommer då är gränsdragningen mellan statistik å ena sidan och uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring å andra sidan.

²⁸ Prop. 2004/05:70 s. 43.

Socialstyrelsen arbetar med utveckling av kvalitetsindikatorer angående läkemedelsanvändning och detta arbete har utvecklats sedan tillkomsten av läkemedelsregistret²⁹. Läkemedelsindikatorer finns nu med i de nationella riktlinjerna för hälso- och sjukvården t.ex. i riktlinjer för diabetes, hjärtsjukvård, strokesjukvård, samt i riktlinjer för ångest och depression.

Ett annat exempel är att fyra landsting tillsammans har utvärderat och publicerat ett antal läkemedelsindikatorer då de utnyttjar läkemedelsregistrets möjligheter att jämföra läkemedelsanvändningen i Stockholms län, Skåne, Västra Götaland och Östergötland med riket. Arbetet med öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet som Socialstyrelsen gör tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, startade 2006. I den första rapporten var 5 av de 56 indikatorerna läkemedelsindikatorer, 2007 var de 13 av totalt 75 indikatorer, och 2008 var de 20 av totalt 101. I rapporten för 2009 ökade antalet indikatorer som är framtagna med hjälp av läkemedelsregistret ytterligare.

Öppna jämförelserapporterna har fått ett stort genomslag, både 2007 och 2008 års rapporter är översatta till engelska vilket inneburit att läkemedelsindikatorer som underlag för förbättringsarbete har även uppmärksammats utomlands. De läkemedelsindikatorer som använts i öppna jämförelser och i arbetet med nationella riktlinjer bygger främst på tre olika sätt att använda läkemedelsregistret och att mäta läkemedelsanvändningen. De lite enklare måtten bygger på analys av konsumtion av läkemedel i befolkningen.

För liknande mått där man vill studera följsamhet till behandlingsrekommendationer krävs ofta att man kan identifiera helt nya användare av ett läkemedel med syftet att bland annat få en så homogen grupp som möjligt. För detta krävs att personen inte haft något uttag av läkemedlet i fråga under en längre period. Då denna period helst ska vara minst två år är det först nu som liknande analyser kan genomföras. Detta gäller framför allt om man vill jämföra nyinsättning av läkemedel under olika perioder.

De mer avancerade måtten kräver samkörningar med flera av de andra nationella hälsodataregistren. Socialstyrelsen utvecklar fortlöpande, i samarbete med nationella experter, nya kvalitetsindikatorer som bygger på läkemedelsregistret.³⁰

²⁹ Socialstyrelsen Fyra år med läkemedelsregistret s. 37 f.

³⁰ Socialstyrelsen Fyra år med läkemedelsregistret s. 37 f.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utreda förutsättningarna för att integrera individbaserade data för rekvisitionsläkemedel i ett hälsodataregister. Arbetet har redovisats i två rapporter. I Förstudie kring individdata för rekvisitionsläkemedel (2012) slår Socialstyrelsen fast att det är viktigt att följa upp användningen av rekvisitionsläkemedel för att det ska vara möjligt att ge en helhetsbild av befolkningen läkemedelsbehandling. Socialstyrelsen har i rapporten Uppföljning av rekvisitionsläkemedel – förutsättningar för integrering i ett hälsodataregister (2013) föreslagit hur individdata för rekvisitionsläkemedel kan integreras i Socialstyrelsens läkemedelsregister. I rapporten redogörs även för hur data bör förberedas, vilka uppgifter som bör registreras, hur täckningsgrad och kvalitet för dessa data ska mätas för att säkerställa tillförlitligheten för uppföljning eller statistikunderlag. Socialstyrelsen konstaterade bland annat att det krävs en ändring i förordningen om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen som i dag anger att läkemedelsuppgifter bara kan hämtas till läkemedelsregistret från öppenvården, inte från slutenvården.

Socialstyrelsen lyfter fram att om uppgifterna i läkemedelsregistret även ska kunna användas för andra ändamål än de befintliga, t.ex. för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring behöver bestämmelserna i 3 § förordningen om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen kompletteras.

Vi bedömer att den rådande utvecklingen på området, bl.a. med hänsyn till Socialstyrelsens roll som kunskapsstyrande myndighet på området, gör att utformningen av nuvarande ändamålsbestämmelse kan ifrågasättas.

Förstudie från CeHis

Center för eHälsa i samverkan (CeHis) har i Förstudie om uppföljning av användningen av rekvisitionsläkemedel på individnivå (15 oktober 2013) undersökt förutsättningarna för huvudmännen (landstingen) att extrahera aktuell information ur sina journal-system för överföring till ett nationellt register. CeHis har utgått från Socialstyrelsens förslag att läkemedelsregistret ska utökas med data om rekvisitionsläkemedel och föreslagit att ändamålen bör utökas. I förstudien konstateras att samtliga hälsodataregister bör tillåta personuppgiftsbehandling för samma ändamål. Förstudiens förslag att utöka ändamålen för läkemedelsregistrets personupp-

giftsbehandling motiveras med att uppgifter som bedöms vara lika integritetskänsliga bör få användas för samma ändamål i alla hälsodataregister. Uppgifter om diagnoser från vårdtillfällen, lagrade i patientregistret får till exempel användas även för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Att de båda hälsodataregistren har olika tillåtna ändamål innebär dessutom att det i dag inte är tillåtet att samköra patientregistret och läkemedelsregistret för något av ändamålen uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Det är svårt att se att uppgifterna om läkemedelsanvändning är mer integritetskänsliga än uppgifter om diagnos – snarare brukar uppgifter om diagnos betraktas som mer integritetskänsliga.

35.5.2 Nya ändamål bör införas i läkemedelsregistret

Vårt förslag: Ändamålsbestämmelsen i förordningen (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen ska utökas till att omfatta även uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet. En konsekvens av förslaget är att det krävs en följdändring i lagen (1996:1156) om receptregister.

I tidigare lagstiftningsarbeten när det gäller hälsodataregister har konstaterats att ju färre ändamål som medges desto snävare blir tillämpningsområdet för ett register och därigenom minskar risken för intrång i den personliga integriteten. När läkemedelsregistret infördes uttalades att ett läkemedelsregister hos Socialstyrelsen kommer att innehålla information av känslig natur och omfatta många personer och att ett sätt att ytterligare värna om den enskildes integritet skulle därför kunna vara att begränsa registrets ändamål.³¹

För att skydda den personliga integriteten begränsades ändamålen till forskning, epidemiologiska undersökningar och statistik när det gäller läkemedelsregistret.

Av utredningens direktiv framgår att läkemedelsregistret bör kunna användas för uppföljning och kvalitetssäkring.³²

Socialstyrelsens uppdrag innefattar att vara en ledande kunskapsstyrande myndighet. Vi kan konstatera att det Socialstyrelsen gör

³¹ SOU 2003:5.

³² S2011:111.

i dag i form av t.ex. öppna jämförelser i och för sig kan göras med stöd av ändamålet statistik. Men det kan även ligga nära arbetet med uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Gränsdragningen mellan statistik och uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring är inte alltid helt klar.

Vid en jämförelse av ändamålen statistik och bl.a. uppföljning bör följande nämnas. Som tidigare har framgått har statistik som syfte att ge information av allmänt intresse i frågan om samhällsutveckling och samhällsförhållanden. Vidare framgår av lagen om den officiella statistiken att till sådan statistik räknas den statistik för samhällsplanering, forskning, allmän information och internationell rapportering som en statlig myndighet framställer. Det samlade begreppet verksamhetsuppföljning omfattar begreppen uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Även begreppet öppen jämförelse har en naturlig anknytning till verksamhetsuppföljning och kan behandlas tillsammans med detta begrepp. Statistik och användandet av uppgifter för statistiska ändamål skiljer sig från verksamhetsuppföljning och användandet av uppgifter för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring och öppna jämförelser.³³

Som beskrivits ovan kan Socialstyrelsen i dag göra till exempel arbetet med öppna jämförelser till ändamålet statistik men det kan lika gärna falla under ett ändamål som uppföljning. Enligt utredningens bedömning är det inte lämpligt att det är en sådan begränsning av ändamålen i förordningen om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen när en stor del av Socialstyrelsens uppdrag består av just uppföljning och kvalitetssäkring av läkemedel inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Det bör enligt utredningens bedömning göras en anpassning av bestämmelserna i läkemedelsregistret till övriga hälsodataregister. En harmonisering av lagstiftningen när det gäller hälsodataregistren som förs hos Socialstyrelsen bör göras för att myndigheten ska kunna fortsätta sitt arbete med att vara kunskapsstyrande och ta fram information för uppföljning- och utvecklingsarbete avseende läkemedel inom hälso- och sjukvården. Enligt utredningens bedömning kommer skillnaden, ur ett praktiskt perspektiv, inte heller att vara så betydande eftersom just vad som kan hänföras till ändamålen statistik och uppföljning inte är helt klar.

³³ SOU 2009:32.

I jämförelse med de andra hälsodataregistren där uppgifterna i registren kan användas för ändamålen uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring så kan det uppfattas som ologiskt att inte uppgifterna i läkemedelsregistren kan användas även för dessa ändamål. Uppföljning av läkemedelsanvändningen, som för övrigt vad huvudsyftet för att införa ett läkemedelsregister, är fortfarande en av de viktigaste uppgifterna med att registrera läkemedel.

Efter en avvägning mot den enskildes integritet och mot att ge Socialstyrelsen möjlighet att, i enlighet med sitt uppdrag, göra uppföljningar, utvärdera och kvalitetssäkra läkemedel inom hälso- och sjukvårdsområdet så gör utredningen bedömningen att nyttan med en utökning av ändamålen väger över det intrång i den personliga integriteten som skulle kunna uppstå. Ändringen innebär i praktiken ingen en större skillnad mot i dag. Utredningens bedömning är att integritetsriskerna inte är av sådan omfattning att föreslagna förändringar inte kan genomföras. I sammanhanget är det viktigt att komma ihåg att uppgifterna i Socialstyrelsens läkemedelsregister omfattas av absolut sekretess (24 kap. 8 § OSL). Vidare så arbetar Socialstyrelsen när det gäller läkemedelsregistret med uppföljning på verksamhetsnivå och inte med uppföljning av hälsan hos enskilda individer. Socialstyrelsen använder uppgifter från läkemedelsregistret i aggregerad form.

Utredningen föreslår därför att ändamålet i läkemedelsregistret ska utökas till att omfatta även uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet. Till denna slutsats har utredningen kommit genom att väga den samhällsnytta och den nytta för den enskilde som en sådan utökning av ändamålet i registret för med sig mot det intrång i den enskildes integritet som en utökning av ändamålet innebär. På samma sätt som redan konstaterats vid tillkomsten av de övriga hälsodataregistren väger nyttan med en föreslagen utökning av registret enligt utredningens mening så tungt att man som enskild får finna sig i att uppgifterna kan användas även för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring när det gäller läkemedel inom hälso- och sjukvårdsområdet.

35.5.3 Uppgift om förskrivningsorsak bör få registreras i läkemedelsregistret

Vårt förslag: Bestämmelsen i förordningen om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen om vilka personuppgifter som får registreras ska utökas till att omfatta även uppgift om förskrivningsorsak. Förskrivningsorsak ska anges med en kod. Som en konsekvens av förslaget krävs följdändringar i receptregisterlagen.

I utredningens uppdrag ingår att föreslå hur ändamålen för behandling av personuppgifter i läkemedelsregistret kan anpassas till de ändamål som gäller för övriga hälsodataregister. I föregående avsnitt har utredningen också föreslagit förändringar för en sådan anpassning. I direktiven framgår även att vi har möjlighet att ta upp frågor som inte nämns i direktiven men som enligt utredaren behöver analyseras eller regleras för att uppdraget ska utföras på ett tillfredställande sätt.³⁴ I uppdraget har utredningen sett att det finns ett behov av se över om uppgift om förskrivningsorsak bör få registreras i läkemedelsregistret. Mot bakgrund av de övriga förslag som läggs fram i betänkandet har utredningen kommit fram till att bestämmelsen om vilka personuppgifter som får registreras i läkemedelsregistret bör utökas till att också innefatta uppgift om förskrivningsorsak. Vårt förslag redovisas nedan.

I förordning om läkemedelsregistret hos Socialstyrelsen stadgas i 4 § vilka uppgifter som får registreras i läkemedelsregistret. Enligt bestämmelsen får uppgift om inköpsdag, vara, mängd, dosering, kostnad och kostnadsreducering enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., patientens personnummer och folkbokföringsort, samt förskrivarens yrke, specialitet och arbetsplatskod registreras i läkemedelsregistret. eHälsomyndigheten ska lämna ut motsvarande uppgifter till Socialstyrelsen (16 § receptregisterlagen).

Tidigare var det tillåtet att även lagra uppgift om förskrivningsorsak i läkemedelsregistret men i samband med att läkemedelsregistret omvandlades till ett hälsodataregister år 2005 upphörde möjligheten för dåvarande Apoteket AB att överföra uppgift om förskrivningsorsak till registret. Regeringen anförde i för-

³⁴ Dir. 2011:111 Förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m.

arbetena att då koder för förskrivningsorsak ännu inte var framtagna, borde läkemedelsregistret inte innehålla uppgift om förskrivningsorsak.³⁵

Ändamålet med receptregistret är huvudsakligen att samla in uppgifter för att sedan redovisa ett urval av uppgifter till olika mottagare, som i sin tur använder uppgifterna på olika sätt. Det som regleras i receptregisterlagen är hur uppgifterna ska hanteras så länge de finns i receptregistret hos eHälsomyndigheten och vad som är tillåtet i fråga om vidareredovisning till andra register och aktörer.

Enligt receptregisterlagen får eHälsomyndigheten endast lämna ut uppgift om förskrivningsorsak för de ändamål som avses i 6 § första stycket punkten 5 och punkten 6. Det är således tillåtet att lämna ut uppgift för registrering och redovisning till landstingen av uppgifter för ekonomisk och medicinsk uppföljning samt för framställning av statistik, samt registrering och redovisning till förskrivare, till verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen och till läkemedelskommittéer enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer av uppgifter för medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården.

Enligt 8 § samma lag framgår att i den utsträckning det behövs för ändamålen i 6 § får receptregistret innehålla bland annat förskrivningsorsak men av sista stycket i samma paragraf ska förskrivningsorsak anges med en kod. Eftersom inget kodsystém finns på plats innebär denna bestämmelse att ingen överföring av uppgift om förskrivningsorsak från förskrivare till receptregistret kunnat äga rum. Följaktligen har inte heller uppgift om förskrivningsorsak varit möjligt att lämna ut från receptregistret till landsting, förskrivare eller verksamhetschef.

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om koder för förskrivningsorsak (jfr 4 § förordningen [2009:625] om receptregister och 8 § receptregisterlagen). Under 2012 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utveckla en nationell källa för ordinationsorsak i form av ett strukturerat kodsystém för ordinationer. Med begreppet ordinationsorsak avses det som i lag och författning benämns förskrivningsorsak. Uppdraget avsåg ordinationer från såväl öppen som sluten vård. I uppdraget ingick att analysera och lämna förslag till hur en sådan källa kan och bör införas i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen presenterade i juli 2013 slutrapporten Uppdrag att

³⁵ Prop. 2004/05:70.

utveckla en nationell källa för ordinationsorsak. Enligt rapporten har Socialstyrelsen tagit fram ett kodsysteem för ordinationsorsaker och ändamålstexter för tre ATC-grupper, tydliggjort och ensat terminologin inom området samt anpassat Nationell ordinationsdatabas (NOD) till den strukturerade lagringen av uppgifter om ordinationsorsak. Socialstyrelsen har i sitt arbete även tagit fram ett förslag till införande i vården och ett förslag till drift och förvaltning samt vidareutveckling av kodsysteem. Socialstyrelsen fick därefter (februari 2014) i uppdrag att färdigställa kodsysteem och utreda en vidareutveckling av kodsysteemets innehåll och i möjligaste mån planera för förvaltning av kodsysteem som helhet. När en förvaltningsorganisation är på plats finns möjlighet att börja använda den nationella källan för ordinationsorsak för de förskrivare som ordinerar sina läkemedel genom ordinationsverktyget Pascal.³⁶

Uppdraget att ta fram en nationell källa för ordinationsorsak syftar i första hand till ökad patientsäkerhet i förskrivningsögonblicket samt en minskning av läkarnas administrativa belastning. Att ta fram ett kodsysteem som möjliggör att uppgift om förskrivningsorsak kan överföras till receptregistret och därifrån redovisas till olika mottagare är dock främst angeläget ur uppföljningssynvinkel. Ökad kunskap om hur t.ex. behandlingseffekt och biverkningar är relaterade till ordinationsorsak skulle exempelvis vara av stort värde för bland annat Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Uppföljningsbara uppgifter om ordinationsorsak underlättar enligt en utredning som Läkemedelsverket gjorde 2011 också en utvidgning av systemet för generiskt utbyte.³⁷

Möjligheten att följa upp läkemedelsanvändningen utifrån ordinationsorsak kan även vara ett viktigt led i bedömningen av ett läkemedels kostnadseffektivitet, inte minst vid introduktionen av nya och dyra läkemedel. För Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket skulle tillgång till uppgifter från läkemedelsregistret som även innefattar uppgift om ordinationsorsak innebära att det blir lättare att per indikation värdera om nyttan av den aktuella förskrivningen motsvarar det pris som initialt har fastställts och gör det på så sätt möjligt att på ett tydligare sätt koppla pris till volym.

³⁶ Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av dosläkemedel, när en patient får mediciner fördelade i påsar.

³⁷ Läkemedelsverket; Utredning av förutsättningar för utvidgat utbyte respektive utbyte vid nyinsättning 2011-09-26.

Uppgifter om förskrivningsorsak skulle – om de ingick i läkemedelsregistret – hanteras enligt samma rutiner som andra uppgifter i Socialstyrelsens hälsodataregister med motsvarande känslighet. Exempel på sådana uppgifter är uthämtad läkemedelsprodukt (i läkemedelsregistret) och patientens diagnos (i patientregistret). Alla utlämnanden av individbaserad statistik prövas enligt gällande sekretessbestämmelser och hanteras enligt de regelverk som beskrivs i personuppgiftslagen, patientdatalagen och lagen om hälsodataregister. Det får inte finnas någon risk att uppgifter om en enskild röjs och varje begäran bedöms därför mycket noggrant av Socialstyrelsen. Uppgifterna i Socialstyrelsens hälsodataregister omfattas av absolut sekretess enligt 24 kap. 8 § OSL. Av samma paragraf framgår att sekretessen kan brytas för forskningsändamål, men endast om det står klart att den som uppgifterna avser eller någon närstående inte kan lida skada eller men. Begäran från forskare om hantering av individdata måste alltid godkännas av en etiksprövningsnämnd. Därefter gör Socialstyrelsen en oberoende prövning enligt offentlighets- och sekretesslagens regelverk. Även här är det viktigt att framhålla att Socialstyrelsen när det gäller läkemedelsregistret arbetar med en verksamhets funktionssätt och inte uppföljning av hälsan hos enskilda individer och styrelsen använder uppgifter från registret i aggregerad form.

Utredningen föreslår därför att bestämmelsen om vilka personuppgifter som får registreras i läkemedelsregistret utökas till att också innefatta uppgift om förskrivningsorsak. Av hänsyn till behovet av skydd för den personliga integriteten ska uppgift om förskrivningsorsak, precis som i receptregistret, även i läkemedelsregistret registreras med en kod. Som en konsekvens av förslaget är det även nödvändigt med en följdändring i receptregisterlagen. Av den lagen ska det framgå att eHälsomyndigheten får redovisa förskrivningsorsak för registrering och redovisning till Socialstyrelsen.

36 Patientrapporterade mått

36.1 Bakgrund

För att kunna förbättra hälso- och sjukvården är det viktigt att ta tillvara på och kunna förstå patienternas upplevelser och erfarenheter av både vårdens resultat och processer. I sammanhanget talas ofta om PROM för utfallsmått och PREM för mått på patienternas tillfredsställelse och upplevelser. Förkortningarna kommer efter de engelska uttrycken Patient Reported Outcome Measures och Patient Reported Experience Measures.

Med hjälp av patientrapporterade utfallsmått kan hälso- och sjukvårdens aktörer mäta hur patienterna upplever sin sjukdom och sin hälsa efter genomgången behandling eller någon annan intervention. Det handlar således om att ta reda på och förstå hur patientens egen upplevda hälsorelaterade livskvalitet m.m. påverkas av olika hälso- och sjukvårdsåtgärder och värdera hälso- och sjukvårdens resultat utifrån patientens perspektiv. I praktiken går det ofta till på ett sådant sätt att patienten, elektroniskt eller manuellt, fyller i ett frågeformulär som sedan tas om hand av vårdgivaren eller tillfogas ett nationellt kvalitetsregister. Genom en systematisk insamling av patientrapporterade utfallsmått tas patienternas upplevelser tillvara och skapar över tid en viktig kunskapskälla för utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Patientrapporterade utfallsmått kan ge svar på frågor som exempelvis vilka patienter som blir bättre, sämre eller oförändrade efter en viss hälso- och sjukvårdsåtgärd. Särskilt genom att studera variationerna i de resultat patienterna rapporterar får hälso- och sjukvården bättre förutsättningar att utveckla verksamheten och initiera arbeten för att förbättra resultatet för patienterna. Om det finns gemensamma faktorer av betydelse för de patienter som exempelvis inte blir bättre, kan hälso- och sjukvården få värdefull insikt och underlag för att kunna göra de förändringar i verksamheten som

bedöms medföra en ökad hälsorelaterad livskvalitet även för dessa patienter.

Vid sidan av de patientrapporterade utfallsmåtten, som primärt är inriktade på de medicinska resultaten av hälso- och sjukvården, är även kunskap om patienternas mer generella upplevelser och tillfredsställelse med hälso- och sjukvården viktiga att förstå och ta tillvara för att kunna utveckla verksamheten. Detta kan exempelvis innefatta frågor om bemötande, delaktighet, information, förtroende för vårdgivaren och tillgänglighet. Att ta reda på hur patienterna upplever hälso- och sjukvården är viktigt för att kunna förbättra de områden där patienterna upplever att det finns brister, men det handlar även om att skapa förutsättningar för patienter att vara delaktiga och göra sin röst hörd.

36.1.1 Att mäta och samla in patientupplevelser

Arbetet med att samla in och ta tillvara på patienternas upplevelser drivs idag i stor utsträckning i anslutning till utvecklingen av nationella kvalitetsregister. Det stora flertalet nationella kvalitetsregister arbetar idag med att öka patienternas medverkan bland annat genom att samla in patientrapporterade utfallsmått och mått på patienternas upplevelser och erfarenheter. I detta ingår ett inte sällan omfattande arbete med att definiera vilka mått som är ändamålsenliga att använda och vilka frågor som är lämpliga att ställa i olika situationer. De patientrapporterade mått som är ändamålsenliga i en situation behöver nödvändigtvis inte vara det i en annan situation. För att avgöra vilka mått som är att lämpliga krävs därför djup kunskap bland annat om den aktuella verksamheten och dess processer samt om patienternas situationer. Frågor som kan behöva analyseras är bland annat om patienterna ska svara manuellt eller elektroniskt, om patienterna kan svara själva eller om någon utomstående behöver bistå, om mätningen syftar till att utvärdera en viss intervention och vilka olika dimensioner som behöver fångas, exempelvis hälsa, sjukdom, funktionsförmåga, patientnöjdhet etc.

För att stödja implementeringen av mätningar med patientrapporterade mått har bland annat PROMcenter tagit fram ett vägledande dokument.¹ I dokumentet redogörs för ett antal viktiga

¹ PROMcenter, Implementering av mätningar med PROM inom hälso- och sjukvården (2012).

steg och frågeställningar som behöver analyseras inför ett insamlade av utfallsmått. Det handlar bland annat om vikten av att välja lämpligt instrument, d.v.s. frågeformulär, för att kunna samla in den information som bedöms vara viktig för att kunna få kunskap i frågan. Ofta kan det vara aktuellt att välja fler än ett instrument eller ibland kombinationer av flera olika instrument. Därutöver aktualiseras även behovet av att kunna tillfoga mått som är specifika för den situation och verksamhet som det handlar om, t.ex. sjukdomsspecifika mått. Vissa verksamheter som inte hittar något lämpligt befintligt instrument kan även behöva skapa ett helt eget instrument.

Inte heller vad gäller själva insamlingen av uppgifter finns någon entydig lösning som är lämplig vid alla situationer. I vissa delar av hälso- och sjukvården och för vissa verksamheter behöver tiden för insamlingen exempelvis inte vara avgörande. I sådana fall kan det vara praktiskt att samla in uppgifterna när en kontakt med patienten äger rum. I andra situationer kan det vara avgörande att insamlingen görs vid ett specifikt tillfälle, till exempel om mätningen bör göras i ett visst medicinskt skede.

Även frågor om det praktiska tillvägagångssättet för att inhämta uppgifter är beroende av omständigheterna i den enskilda situationen. Såväl verksamhetens karaktär som patienternas förutsättningar kan vara avgörande för om, och i sådant fall hur, en manuell eller elektronisk insamling ska göras. Det kan exempelvis handla om att skicka en pappersversion av frågeformuläret, tillsammans med ett frankerat svarskuvert, hem till patienten. Ett annat alternativ är att tillhandahålla funktioner för elektronisk inrapportering efter inloggning på en hemsida. Att inhämta informationen muntligt i ett personligt möte eller över telefon är ytterligare ett alternativ.

Eftersom insamlingen av de patientrapporterade måtten i stor utsträckning görs i anslutning till ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister påverkas de olika valen i dessa avseenden naturligtvis även av de omständigheter och de tillvägagångssätt som i övrigt gäller för det enskilda nationella kvalitetsregistret. Den process och det praktiska tillvägagångssättet behöver därför vara anpassad till de närmare förutsättningar som gäller för de olika kvalitetsregistrens datainsamling.

36.2 Vårt uppdrag

Det är angeläget att på ett strukturerat sätt ta till vara patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården och att patienter ges förutsättningar att vara en medproducent av information i hälso- och sjukvården.

Regeringen anför i utredningsdirektiven att det i nuvarande lagstiftning är svårt att identifiera gränsen mellan patientens egen personuppgiftsbehandling och den personuppgiftsbehandling som vårdgivaren är ansvarig för. För att patienten ska kunna vara medproducent av information i hälso- och sjukvården kan denna gräns därför behöva tydliggöras.

Vidare följer av utredningens ursprungliga direktiv ett uppdrag att föreslå nationella kriterier för vad som kan betecknas som patientrapporterade utfallsmått. Genom tilläggsdirektiv fick utredningen sedan i uppdrag att även föreslå en modell för webbaserad inrapportering av patientupplevd kvalitet.²

36.3 Våra överväganden

Vår bedömning: Frågor om vad som utgör patientrapporterade mått och hur sådana bör samlas in och tas om hand är komplexa, under ständig utveckling och nära sammankopplade med frågor som generellt rör insamlingen av uppgifter till nationella kvalitetsregister. Att föreslå nationella kriterier för vad som ska betraktas som patientrapporterade utfallsmått samt en modell för webbaserad inrapportering bedöms inte vara ändamålsenligt. Det skulle kunna låsa in utvecklingen i förutsättningar som inte är flexibla. Inte heller bedöms ytterligare förtydliganden i lagstiftningen om fördelningen av personuppgiftsansvaret vara nödvändigt.

Nationella kriterier och modell för webbaserad inrapportering

Begrepp som utfall, tillfredsställelse och upplevelser är inte alltid enkla att fånga och kräver en noggrann analys av de omständigheter som kännetecknar verksamheten och den specifika situation som

² Dir. 2012:23.

patienten befinner sig i. Det finns inte någon enskild fråga som ger en tillräckligt bra bild av patientens erfarenheter av hälso- och sjukvården. Det innebär att det är nödvändigt att ställa flera olika frågor och olika typer av frågor för att få det kunskapsunderlag som behövs för det ständiga förbättringsarbetet.

Utredningen har i det föregående kort redogjort för sådant som påverkar vad som i en viss situation ska betraktas som patientrapporterade mått. Enligt vår bedömning är det tydligt att detta är en fråga som kräver kunskap om de särskilda förhållanden som gäller i just den del av hälso- och sjukvården som de specifika patientrapporterade måtten avses att täcka. De patientrapporterade mått som gör sig gällande exempelvis i samband med vården av personer med diabetes behöver inte vara ändamålsenliga i andra sammanhang, t.ex. för vården av patienter som får höftproteskirurgi.

I dagsläget finns det sannolikt även ett mycket stort antal redan framtagna frågeformulär att välja på, där en del syftar till att mäta hälsa i allmänhet medan andra fokuserar på sådant som specifika diagnoser och symptom. Oavsett vilket formulär som bedöms ändamålsenligt i det enskilda fallet framstår det som att det ofta finns ett behov av att komplettera formuläret med frågor som utvecklats speciellt för det aktuella ändamålet.

Vidare kan konstateras att det pågår en omfattande utveckling i anslutning till de nationella kvalitetsregistren med att definiera mått och implementera en systematisk insamling av information. Därutöver gav regeringen under 2013 Socialstyrelsen i uppdrag att, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting m.fl., identifiera och föreslå generella mätinstrument och indikatorer för patientrapporterade utfall för kroniska sjukdomar.³ Socialstyrelsen har nyligen redovisat uppdraget och uttalar i sammanhanget att det inte är möjligt att idag föreslå eller rekommendera specifika indikatorer baserade på PROM eller enskilda mätinstrument. Socialstyrelsen föreslår istället att en fortsatt utveckling av PROM bedrivs inom ramen för pågående kvalitetsregistersatsning.⁴

Sammantaget bedömer utredningen att det i detta skede och på grund av den komplexitet som dessa frågor inrymmer inte vore ändamålsenligt att fastställa nationella kriterier för vad som ska betecknas som patientrapporterade utfallsmått. Det skulle, om det

³ Regeringsbeslut, S2013/5650/FS (delvis).

⁴ Socialstyrelsen, Patientrapporterade utfallsmått för kvalitetsregister för kroniska sjukdomar, Dnr 5.3-37022/2013.

gjordes, även behöva göras på en sådan generell nivå att det kan ifrågasättas om någon egentlig nytta genereras. Visar det sig i framtiden, när utvecklingen har tagit ytterligare steg, att det finns ett behov av att förtydliga vad som ska anses ingå i de patientrapporterade måtten kan en annan bedömning vara påkallad.

Av motsvarande skäl bedömer vi även att det inte vore ändamålsenligt i dagsläget att föreslå en modell för webbaserad inrapportering. Det skulle enligt vår bedömning kunna riskera att låsa in utvecklingen i oflexibla lösningar. Den rådande tekniska utvecklingen är dessutom nära sammankopplad med utvecklingen av de nationella kvalitetsregistren i övrigt och med det arbete som görs för att effektivisera datainsamlingen till kvalitetsregistren.

Beroende på vilket perspektiv som anläggs är frågan om *en* webbaserad modell dessutom av mycket skiftande karaktär. Ur patientens perspektiv skulle troligen frågan i första hand handla om de övergripande frågorna vid den elektroniska inrapporteringen. Det kan handla om sådant som att webbplatsen är en naturlig kommunikationskanal mellan patienter och hälso- och sjukvården, att säkerheten i den elektroniska överföringen är hög, att patienten får lättillgänglig information om datainsamlingen och dess syfte, att patienten känner trygghet i vem mottagaren av informationen är och att det finns någon att kontakta vid behov av ytterligare stöd.

För vårdgivarnas del handlar det sannolikt även om mer specifika förutsättningar, dels kopplade till de enskilda nationella kvalitetsregistren, dels kopplade till administrativa insatser i anslutning till datainsamlingen. Frågor om hur en datainsamling närmare arrangeras avgörs enligt utredningens bedömning dessutom till stor del av sådana ställningstaganden som görs vid val av frågeformulär.

På en övergripande nivå har landsting och regioner kommit överens om att kommunikation mellan patienter och vårdgivare primärt ska gå genom 1177vårdguiden och Mina vårdkontakter. I Mina vårdkontakter finns exempelvis en möjlighet att använda en s.k. formulärtjänst för att utforma elektroniska formulär för att inhämta uppgifter från patienter. Från patientens perspektiv är hälso- och sjukvården därmed redan på väg mot att ha en övergripande modell för webbaserad inrapportering. Mot den bakgrunden och i detta skede bedömer utredningen att det inte är ändamålsenligt att föreslå en annan modell än den som landsting och regioner redan kommit överens om.

Frågor om personuppgiftsansvarets gränser

Frågan om gränsen mellan den enskildes och vårdgivarens personuppgiftsansvar är komplex och i allra högsta grad beroende på omständigheterna i det enskilda fallet. Utredningen har i ett flertal avsnitt i betänkandet redovisat hur personuppgiftsansvaret kan vara fördelat vid olika situationer. I avsnitt 12.4.5 och 17.4.2 redogör utredningen för patienternas möjligheter att elektroniskt bidra med uppgifter till patientjournalen och till nationella kvalitetsregister. Enligt vår bedömning är det fullt möjligt för en patient att, efter vårdgivarens anvisningar, bidra med uppgifter i en patientjournal eller till ett nationellt kvalitetsregister genom att t.ex. fylla i elektroniska formulär som vårdgivaren tillhandahåller.

Att patienter med hjälp av den tekniska utvecklingen elektroniskt kan bidra med uppgifter innebär inte att patienten har någon ovillkorlig möjlighet eller rätt att på eget initiativ dokumentera uppgifter i en patientjournal eller i ett kvalitetsregister. Däremot kan vårdgivare i sina rutiner för att inhämta den information som behövs för journalföringen eller för kvalitetsutvecklingen av hälso- och sjukvården, tillhandahålla definierade möjligheter för patienten att bidra med information. För den personuppgiftsbehandling som det medför är vårdgivaren, enligt de grundläggande bestämmelserna, personuppgiftsansvarig. Detta eftersom vårdgivaren är den som bestämmer ändamål och medel för personuppgiftsbehandlingen. I vårdgivarens ansvar ingår därmed bland annat ett ansvar för att relevanta personuppgifter med hänsyn till ändamålet behandlas samt att de säkerhetsåtgärder som krävs för att skydda personuppgifterna vid elektronisk överföring är vidtagna. Det senare inbegriper bland annat ett ansvar för att se till att obehöriga inte kan komma åt uppgifterna, t.ex. genom att uppgifterna krypteras under överföringen.

Vidare har utredningen i avsnitten 33.5.5 och 33.5.6 redogjort för ytterligare överväganden kring bedömningarna av personuppgiftsansvaret. Sammantaget innebär detta, enligt vår bedömning, att en vårdgivare är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som äger rum när denne gör det möjligt för en patient att elektroniskt dokumentera och överföra uppgifter som vårdgivaren har för avsikt att tillfoga patientjournalen eller ett nationellt kvalitetsregister. Vi gör bedömningen att några uttryckliga författningsbestämmelser om detta inte är nödvändigt.

37 Datainspektionens befogenheter

37.1 Vårt uppdrag

I utredningens direktiv anges att Datainspektionen för närvarande saknar möjlighet att exempelvis vid vite förelägga en vårdgivare att ge information till patienten. Det finns därför enligt direktiven skäl att utreda om Datainspektionen behöver ytterligare befogenheter för att kunna förhindra att behandling av personuppgifter inleds eller fortsätter i strid med gällande författningsreglering. Vidare har Datainspektionen själv behandlat frågan om utökade befogenheter att använda vite i en skrivelse till regeringen.

Utöver vite, nämner Datainspektionen i sin skrivelse även andra möjliga befogenheter. Bland dessa kan exempelvis följande nämnas.

- Möjligheten att föreskriva om selektiv anmälningskyldighet.
- Möjligheten att uppträda som ombud i domstol för registrerade personer i skadeståndsprocesser.
- Möjligheten att besluta om administrativa sanktionsavgifter.

Gemensamt för dessa andra tänkbara befogenheter, är att de inte kan sägas tillhöra tillsynsmyndigheternas sedvanliga befogenheter, och att ett införande därför skulle behöva föregås av en djupgående analys och konsekvensbeskrivning, vilken lämpligen görs i ett sammanhang då hela Datainspektionens roll och uppdrag ses över. Befogenheten att förena förelägganden och förbud med vite, är däremot en vanlig sanktionsmöjlighet för tillsynsmyndigheter. Vidare finns det för vitessanktionen i lagen (1985:206) om viten ett fungerande regelverk med utvecklad praxis.

Mot denna bakgrund har utredningen valt att avgränsa frågan om Datainspektionens behov av ytterligare befogenheter till att avse möjligheten att förena förelägganden och förbud med vite.

Vidare har utredningen i första hand analyserat frågan om Datainspektionens behov av ytterligare befogenheter på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område.

37.1.1 Datainspektionens befogenheter

I dataskyddsdirektivet återfinns flera bestämmelser om tillsynsmyndighetens ställning och befogenheter.¹ I personuppgiftslagen (1998:204), förkortad PUL, finns dock endast en del av dessa. Anledningen är att vissa av de krav som direktivet uppställer har ansetts vara uppfyllda genom annan lagstiftning än personuppgiftslagen eller annars har bedömts kunna genomföras i annan form än lag. En utgångspunkt har därför varit att personuppgiftslagen endast ska innehålla de befogenheter som måste eller av andra skäl bör regleras i lag.

Bestämmelserna om Datainspektionens befogenheter återfinns i huvudsak i 43–47 §§ PUL och reglerar sådant som exempelvis följande.

- Myndighetens rätt att för sin tillsyn få tillgång till personuppgifter och tillträde till lokaler (43 §).
- Myndighetens möjlighet att vid vite förbjuda den personuppgiftsansvarige att behandla personuppgifterna på annat sätt än genom att lagra dem (44 §).
- Myndighetens möjlighet att föreskriva vite om den personuppgiftsansvarige inte frivilligt följer ett beslut om säkerhetsåtgärder enligt 32 § personuppgiftslagen (45 §).

Våra reflektioner

Det kan mot bakgrund av ovanstående konstateras att Datainspektionen saknar möjlighet att vid vite föreskriva den personuppgiftsansvarige att vidta åtgärder för att rätta eventuella brister som myndigheten funnit i sin tillsyn. Ett sådant vite kan, enligt 45 § PUL, för närvarande endast föreskrivas för att förmå den personuppgiftsansvarige att vidta säkerhetsåtgärder. Någon annan möjlighet att med vite förena ett föreläggande om att uppnå ett

¹ Direktiv 95/46/EG om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter.

visst resultat finns således inte. Det innebär i praktiken att Datainspektionen, om myndigheten finner det nödvändigt att använda vitesmöjligheten, behöver förena ett vitesföreläggande med ett föreläggande om att den personuppgiftsansvarige ska upphöra med annan personuppgiftsbehandling än lagring. En sådan konsekvens kan enligt utredningens uppfattning självklart många gånger vara omotiverad och oönskad. Det finns därför skäl att överväga hur myndighetens befogenheter bättre kan anpassas till de behov som finns för att få till stånd rättelse vid felaktig personuppgiftsbehandling.

37.1.2 Datainspektionens skrivelse till regeringen

Datainspektionen har utanför ramen för den här utredningen till regeringen påtalat sitt behov av utökade befogenheter. Inspektionen skrev i december 2011 till regeringen och menade att det finns behov av att på ett allmänt plan se över Datainspektionens roll och uppdrag. En brist som Datainspektionen särskilt uppmärksammade i sammanhanget, var begränsningen i möjligheten att förena sina förelägganden och förbud med vite, varvid inspektionen särskilt nämnde behovet för tillsynen inom hälso- och sjukvården.

Datainspektionen beskrev problemet med begränsade vitesmöjligheter i följande ordalag.²

Personuppgiftslagen ger Datainspektionen möjlighet att använda vite som påtryckningsmedel i tre olika situationer:

- När en personuppgiftsansvarig inte lämnar tillräckligt underlag för tillsynen får Datainspektionen vid vite förbjuda annan personuppgiftsbehandling än lagring (44 § PuL)
- När Datainspektionen konstaterar att en personuppgiftsansvarig behandlar personuppgifter på ett felaktigt sätt, får Datainspektionen vid vite förbjuda annan personuppgiftsbehandling än lagring, om rättelse inte kan åstadkommas på annat sätt eller saken är brådskande.
- Om den personuppgiftsansvarige inte frivilligt följer ett beslut om säkerhetsåtgärder enligt 32 § som vunnit laga kraft, får tillsynsmyndigheten föreskriva vite.

Personuppgiftslagen ger emellertid ingen möjlighet för Datainspektionen att vid vite förelägga en personuppgiftsansvarig att vidta andra åtgärder än säkerhetsåtgärder. Det innebär bl.a. att Datainspektionen inte vid vite kan förelägga den ansvarige att tillgodose särskilda krav i personuppgiftslagen eller annan registerförfattning. Exempelvis är det inte möjligt för Datainspektionen att vid vite

² Datainspektionens skrivelse till regeringen den 9 december 2011, dnr 1760–2011.

förelägga en vårdgivare att på begäran av en patient spärra åtkomsten för andra vårdenheter till patientens uppgifter (4 kap. 4 PdL). Om Datainspektionen i detta exempel behöver tillgripa vite för att utverka att spärrar införs, måste det ske i samband med ett föreläggande att upphöra med annan behandling än lagring, vilket här skulle innebära att all elektronisk journalföring måste upphöra. Datainspektionen måste alltså, för att få tillgång till vitesmöjligheten, besluta om en långt mer ingripande och störande åtgärd än vad som egentligen är behövligt med hänsyn till den egentliga bristen hos den personuppgiftsansvarige.

Vid remissbehandlingen av Datalagskommitténs betänkande *Integritet – Offentlighet – Informationsteknik* (SOU 1997:39) ansåg Kammarrätten i Göteborg att ett beslut om förbud borde kunna föregås av ett med vite förenat föreläggande för att uppnå det resultat som önskas. Regeringen valde emellertid att inte införa en sådan möjlighet, med hänvisning bl.a. till att Datainspektionen inte framfört några synpunkter på de föreslagna vitesmöjligheterna.

Möjligheten att med vite förena ett föreläggande att uppnå visst resultat, finns för andra tillsynsmyndigheter som har arbetsuppgifter som kan jämföras med Datainspektionens. Exempelvis har Socialstyrelsen möjlighet att vid vite förelägga en vårdgivare att avhjälpa missförhållanden inom hälso- och sjukvården, se 6 § kap. 13 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Datainspektionen anser att liknande möjlighet behövs även i inspektionens tillsyn enligt personuppgiftslagen. Med nu gällande regelverk finns en uppenbar risk att Datainspektionen antingen avstår från att använda ett vitesföreläggande när det egentligen behövs, eller använder sig av ett föreläggande som innebär ett stort och störande ingrepp som omfattar betydligt fler personuppgifter och behandlingar än det bakomliggande problemet motiverar. Det sagda gäller inte minst för Datainspektionens tillsyn inom hälso- och sjukvården.

37.2 Datainspektionens praxis

Det förekommer att en personuppgiftsansvarig inte efterkommer Datainspektionens beslut och att inspektionen därför flera gånger måste meddela nya beslut med samma innebörd, innan den ansvarige börjar vidta åtgärder för att följa gällande lagstiftning.

Ett exempel på detta är Datainspektionens upprepade beslut i samma fråga mot en vårdgivare i hälso- och sjukvården den 18 december 2009, den 20 januari 2011, den 18 april 2011 och den 1 juni 2011.³ Den fråga som var aktuell i besluten rörde vårdgivarens skyldighet att ge patienterna information om hur deras uppgifter behandlades. Datainspektionen kunde i enlighet med nu gällande

³ Dnr. 1002–2009 och 461–2010 (de tre senare besluten samlades i ett ärende).

regelverk inte lagligen vid vite förelägga vårdgivaren att vidta vissa konkreta åtgärder för att informera patienterna.

Ett annat exempel, också detta på hälso- och sjukvårdens område, är Datainspektionens upprepade beslut mot samtliga landsting och fem av de största privata vårdgivarna, rörande patientens rätt att spärra vissa uppgifter enligt patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL. Tillsynsärendena inleddes i maj 2011. När det i november 2011 framkommit indikationer på att många it-system i hälso- och sjukvården inte har stöd för spärrar, utökade Datainspektionen tillsynen av de granskade vårdgivarna.⁴

I juni 2012 fattades beslut i ärendena, varvid Datainspektionen konstaterade att vårdgivarna fyra år efter att patientdatalagen trädde i kraft, fortfarande inte levde upp till lagens krav. I en sammanfattning av tillsynsresultaten skrev Datainspektionen den 19 juni 2012 att vårdgivarna inte ens i de stora huvudjournalssystemen hade tekniska funktioner som helt och hållet kunde tillgodose patienternas rätt till spärr. Ärendena avslutades med förelägganden som skulle följas upp. När uppföljningen var färdig i juni 2013, konstaterade Datainspektionen i en ny sammanfattning den 11 juni 2013, att vissa av vårdgivarna hade kommit en bra bit på väg och att vissa i praktiken var framme vid målet.

Enligt Datainspektionen fanns det dock några vårdgivare som inte hade kommit lika långt när det gällde införandet av tekniska funktioner i it-systemen. Datainspektionen resonerade kring möjliga anledningar till detta i följande ordalag.⁵

En orsak till detta kan vara att det skiljer sig åt i antal it-system hos vårdgivarna, vilket medför att en vårdgivare som använder sig av många it-system också har ett större arbete framför sig. En annan orsak kan vara att vårdgivaren inte, av ekonomiska eller andra skäl, prioriterar patienternas lagliga rätt till spärrar.

Datainspektionen uppgav vidare att man skulle behöva följa upp de vårdgivare som var sämst på att uppfylla lagens krav.

Ett exempel utanför hälso- och sjukvårdens område är Datainspektionens omfattande uppföljning under våren och hösten 2002 av tidigare meddelade beslut avseende personuppgiftsbehandlingen i forskningsprojekt. Resultatet av uppföljningen visade att det var många forskningshuvudmän som inte hade följt

⁴ Datainspektionens pressmeddelande (2011-11-23).

⁵ Sammanfattning av Datainspektionens nationella projekt om spärrar i IT-system inom hälso- och sjukvården (2013-06-11).

Datainspektionens beslut. Enligt Datainspektionen innebar det att – trots att inspektionen meddelat tydliga beslut härom – ”känsliga personuppgifter behandlas utan att ett giltigt samtycke inhämtats och utan att deltagarna fått tillräcklig information”.⁶ I sammanhanget är av intresse att det, när Datainspektionen år 2012 redovisade resultaten av en ny granskning av personuppgiftsbehandlingen inom ett 50-tal forskningsprojekt, i många projekt visade sig finnas brister i hur man informerade de personer som ingår i forskningen om hur deras uppgifter kommer att användas och vilka rättigheter de har.⁷

Ett ytterligare exempel är de upprepade kontakter som Datainspektionen under åren 2010 och 2011 hade med ett företag som registrerade data från trådlösa nätverk som fanns i närheten av företagets bilar som körde runt och fotograferade svenska städer inför lanseringen av en karttjänst. Företaget uppgav vid två tillfällen efter varandra att data från de trådlösa nätverken skulle raderas. Först vid en tredje kontakt uppgav företaget att uppgifterna faktiskt hade raderats, och inkom sedan med underlag som styrkte raderingen.⁸

Våra reflektioner

Sammanfattningsvis konstaterar utredningen att det i Datainspektionens praxis finns exempel på situationer där en utökad vitesmöjlighet kunde ha underlättat och skyndat på Datainspektionens möjlighet att ingripa mot pågående integritetsintrång.

37.3 Bakgrunden till nuvarande reglering

För utredningens del är det nödvändigt att analysera de skäl som ligger bakom den gällande regleringen som innebär att Datainspektionen i dag har begränsade möjligheter att förena sina förelägganden och förbud med vite. Därvid är framför allt av intresse hur lagstiftaren motiverade nu gällande ordning i samband med att Sverige år 1998 genomförde dataskyddsdirektivet genom personuppgiftslagen. Det är även av intresse att jämföra med vad som gällde enlighet den numera upphävda datalagen (1973:289).

⁶ Datainspektionens rapport 2002:4.

⁷ Datainspektionens pressmeddelande den 10 december 2012.

⁸ Datainspektionen, dnr 1783–2010.

Vitesmöjligheterna enligt datalagen

Enligt 18 § tredje stycket datalagen, dvs. personuppgiftslagens föregångare, hade Datainspektionen större befogenheter än i dag att med vite förena beslut om åtgärder (i datalagens terminologi ”föreskrift för ett visst register”).

Av bestämmelsen framgick bl.a. att Datainspektionen för ett visst register fick meddela föreskrift och förena sådan föreskrift med vite. De föreskrifter som Datainspektionen hade rätt att meddela kunde enligt 6 § avse bl.a. vilka personuppgifter som får ingå i personregistret, den tekniska utrustningen, kontroll och säkerhet, de bearbetningar av personuppgifterna i registret som får göras med automatisk databehandling, underrättelse till berörda personer och bevarande och gallring av personuppgifter.

När bestämmelsen infördes, motiverades särskilt möjligheten för Datainspektionen att besluta om vite även i samband med en föreskrift för visst register (18 § första stycket datalagen), och inte enbart i samband med ett förbud mot fortsatt förande av personregister (18 § andra stycket datalagen). Regeringen anförde bland annat följande.⁹

Datainspektionen har varken i fråga om föreskrift eller förbud någon möjlighet att förena dessa åtgärder med en sanktion. För att förhindra pågående integritetsintrång bör det enligt regeringens mening därför också bli möjligt att förena en föreskrift enligt 18 § första stycket med ett vitesföreläggande. Ett sådant vitesföreläggande kan dessutom förutsättas få större praktisk betydelse för Datainspektionens möjligheter att verka mot pågående integritetsintrång än enbart ett vitesföreläggande med stöd av 18 § andra stycket.

Personuppgiftslagens förarbeten

Möjligheten som fanns enligt datalagen att förena även en föreskrift för visst register med vite, fanns inte med i det lagförslag som lämnades av Datalagskommittén i betänkande Integritet – Offentlighet – Informationsteknik (SOU 1997:39). Någon kommentar eller motivering till avsaknaden av en sådan bestämmelse lämnades dock inte i betänkandet. Förändringen uppmärksammades av en av remissinstanserna, dock inte av Datainspektionen.

I regeringens förslag till personuppgiftslag var Datainspektionens vitesmöjligheter dock alltjämt begränsade på samma

⁹ Prop. 1993/94:217, s. 25.

sätt som i Datalagskommitténs betänkande. Regeringen motiverade begränsningen på följande sätt.¹⁰

Kammarrätten i Göteborg anser att ett beslut om förbud bör kunna föregås av ett med vite förenat föreläggande för att uppnå det resultat som önskas. Enligt vår mening är det viktigt att tillsynsmyndigheten i första hand kan fungera som ett stöd vid de personuppgiftsansvarigas behandling av personuppgifter och ge råd om hur behandlingen bör gå till för att vara laglig. Möjligheten till vitessanktionerat förbud får anses tillräcklig för att förmå de personuppgiftsansvariga att följa myndighetens råd i fråga om hur en behandling skall utföras på ett lagligt sätt. Datainspektionen har för övrigt inte fört fram några synpunkter på de föreslagna vitesmöjligheterna.

Tillsynsmyndigheten bör kunna fatta beslut om vilka säkerhetsåtgärder som en personuppgiftsansvarig skall vidta. Det beslutet bör kunna överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Om den personuppgiftsansvarige inte följer ett beslut om säkerhetsåtgärder, som har vunnit laga kraft, bör tillsynsmyndigheten kunna föreskriva vite för att beslutet skall genomföras.

Våra reflektioner

Sammanfattningsvis konstaterar utredningen att nuvarande ordning innebär en begränsning i Datainspektionens befogenheter i jämförelse med vad som gällde enligt datalagen, och att begränsningen endast har motiverats knapphändigt utan djupare analys. Utredningen noterar även att det i förarbetena inte redovisas några skäl till varför vitesmöjligheten är större när det gäller säkerhetsåtgärder än när det gäller andra åtgärder som den personuppgiftsansvarige är skyldig att vidta.

Sammantaget ger förarbetena till den nu gällande lagstiftningen således ringa vägledning i frågan om tillsynsmyndighetens befogenheter att förena förelägganden och förbud med vite.

¹⁰ Prop. 1997/98:44, s. 102.

37.4 Våra överväganden och förslag om utökade befogenheter för Datainspektionen

Vårt förslag: I hälso- och sjukvårdsdatalagen och i socialtjänstdatalagen ska förtydligas att tillsynsmyndigheten enligt personuppgiftslagen får, utöver vad som stadgas om myndighetens befogenheter i den lagen, vid sin tillsyn över att bestämmelserna i hälso- och sjukvårdsdatalagen respektive socialtjänstdatalagen följs, besluta de förelägganden eller förbud som behövs för att dessa lagar eller föreskrifter som har meddelats med stöd av dessa lagar ska följas. Vidare ska i hälso- och sjukvårdsdatalagen och i socialtjänstdatalagen införas en möjlighet för tillsynsmyndigheten enligt personuppgiftslagen att förena sådana beslut om föreläggande eller förbud med vite.

Vår bedömning: Genom förslaget får tillsynsmyndigheten en möjlighet att, vid tillsyn enligt hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen, förena förelägganden och förbud med vite. Förslaget innebär inget avsteg från den nuvarande regleringen i personuppgiftslagen om att tillsynsmyndigheten i första hand ska försöka åstadkomma rättelse genom påpekanden eller liknande förfaranden.

Inledning

Som Datainspektionen anger i skrivelsen till regeringen, innebär nuvarande ordning att inspektionen, för att få tillgång till vitesmöjligheten i syfte att utverka en viss åtgärd av den personuppgiftsansvarige, måste besluta om en långt mer ingripande och störande åtgärd än vad som egentligen är behövligt med hänsyn till den bristen hos den personuppgiftsansvarige. Enligt utredningens bedömning finns det, med nu gällande regelverk, en uppenbar risk att myndigheten antingen avstår från att använda ett vitesföreläggande när det egentligen behövs, eller använder sig av ett föreläggande som innebär ett stort och störande ingrepp som omfattar betydligt fler personuppgifter och behandlingar än vad det bakomliggande problemet motiverar.

Vidare har vi i det föregående konstaterat att Datainspektionens befogenheter på detta område begränsades i och med ikraft-

trädandet av personuppgiftslagen, utan att detta egentligen motiverades närmare.

De exempel från Datainspektionens praxis som har redovisats ger också en bild av att det finns situationer där utökade vitesmöjligheter skulle kunna vara ändamålsenliga för att få den personuppgiftsansvarige att snabbare vidta de integritetsskyddande åtgärder som inspektionen pekar på i tillsynsbeslut.

Något om andra myndigheters befogenheter

När det gäller möjligheten att förena alla förelägganden och förbud med vite, är det som nämns ovan en möjlighet som är vanlig hos tillsynsmyndigheter. Det kan till och med sägas att det snarare hör till ovanligheterna att en tillsynsmyndighet som Datainspektionen saknar sådan möjlighet.

Normalt tillhör det således tillsynsmyndigheternas sedvanliga sanktionsarsenal att vid behov kunna förena alla sina förelägganden och förbud med vite. Häribland kan särskilt nämnas befogenheterna för Inspektionen för vård och omsorg, IVO, och Läke- medelsverket. Dessa myndigheter har till uppgift att utöva tillsyn primärt över andra intressen inom hälso- och sjukvården och läkemedelshanteringen än patienternas personliga integritet.

IVO utövar tillsyn bl.a. över att vårdgivare planerar, leder och kontrollerar sin verksamhet på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. För att kunna utöva tillsynen får IVO besluta om viten. Myndighetens befogenhet att besluta om vite framgår bland annat av 7 kap. 24 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Enligt den bestämmelsen ska Inspektionen för vård och omsorg, om den finner att en vårdgivare, eller enhet som avses i 7 §, inte fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. och om det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patient- säkerheten eller säkerheten för andra, förelägga vårdgivaren eller enheten att fullgöra sina skyldigheter om det inte är uppenbart obehövligt. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

Även när IVO utövar tillsyn över verksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453) har myndigheten befogenhet att förena förelägganden med vite. Av lagens 13 kap. 8 § första stycket framgår att om IVO finner att det i verksamhet som står under tillsyn enligt socialtjänstlagen förekommer ett missförhållande som har

betydelse för enskildas möjligheter att kunna få de insatser de har rätt till, får inspektionen förelägga den som svarar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Ett föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som inspektionen anser nödvändiga för att det påtalade missförhållandet ska kunna avhjälpas. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

Läkemedelsverket utövar tillsyn bl.a. över att handel med läkemedel bedrivs på ett sådant sätt att läkemedlen inte skadar människor, egendom eller miljö samt så att läkemedlens kvalitet inte försämras. Läkemedelsverket får enligt 7 kap. 3 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel meddela de förelägganden och förbud som behövs för att denna lag eller föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen ska följas. Läkemedelsverkets beslut om föreläggande eller förbud får förenas med vite.

Enligt utredningen är det viktigt att Datainspektionen som ansvarar för tillsynen av regelverket som ska skydda den personliga integriteten, inte ges sämre befogenheter än andra myndigheter som ansvarar för tillsynen av regelverk som inriktar sig på de personuppgiftsansvarigas huvudsakliga verksamhet, såsom exempelvis att bedriva hälso- och sjukvård på ett patientsäkert sätt. Den skillnad som finns idag mellan Datainspektionen och sådana andra myndigheter, riskerar att på sikt förskjuta balansen mellan de olika intressen som de personuppgiftsansvariga tillsynsobjekten måste beakta, och förefaller därmed varken lämplig eller rimlig.

Vidare kan uppmärksammas att dataskyddsdirektivet i artikel 28.3 bland annat föreskriver att varje tillsynsmyndighet ska ha effektiva befogenheter att ingripa. Det kan ifrågasättas i vad mån en ordning där tillsynsmyndigheten Datainspektionen ges mindre verk samma sanktionsmöjligheter än andra nationella tillsynsmyndigheter på angränsande områden, är fullt ut förenligt med dataskyddsdirektivets artikel 28.3.

Tillsynsutredningen

Som ett resultat av Tillsynsutredningens (Ju 2000:06) arbete avgav regeringen i december 2009 en skrivelse med bl.a. generella bedömningar för hur en tillsynsreglering bör vara utformad. I skrivelsen sägs bl.a. att tillsynen, för att bli mer effektiv och rättssäker, bör

vara tydligare och mer enhetlig. Vidare anförde regeringen exempelvis följande.¹¹

Genom mer enhetliga begrepp och regler ges de många verksamhetsutövare som står under tillsyn enligt regleringar i flera olika lagar och av flera tillsynsorgan bättre förutsättningar att följa gällande regler.

Av särskilt intresse i detta sammanhang är att skrivelsen även innehåller en generell rekommendation avseende tillsynsmyndigheters möjligheter att förena sina beslut med vite.¹²

Ett tillsynsorgan bör ha en möjlighet att besluta om förelägganden i enskilda fall. Möjligheten att utforma föreläggandet för att kunna styra beteendet hos den objektsansvarige bör vara vitt och i princip ansluta till tillsynens omfattning. Föreläggandets utformning skapar möjligheter för tillsynsorganet att anpassa ett ingripande efter vad som är behövligt ur sektorslagens perspektiv. Ett åtgärdsföreläggande bör kunna förenas med vite.

En möjlighet för Datainspektionen att förena sina förelägganden och beslut med vite, oavsett vilka slags åtgärder föreläggandet eller förbudet omfattar, förefaller enligt vår uppfattning ligga i linje med vad regeringen anför i sin skrivelse.

Risk för över- eller felutnyttjande

Ett skäl för att inte ge Datainspektionen utökade befogenheter att använda sig av vite, skulle kunna vara en rädsla för att inspektionen överutnyttjar vitesmöjligheten och förenar sina beslut med vite även när det inte är påkallat, i stället för att som i dag i första hand försöka åstadkomma rättelse med hjälp av påpekanden. Risken för en sådan utveckling får dock, enligt utredningens bedömning, i realiteten anses som obefintlig.

Förutom en sådan användning av vitessanktionen, kan det även tänkas att Datainspektionen skulle förena beslut med vite i situationer där ett vite egentligen är olämpligt med hänsyn till det som ska eller kan uppnås med tillsynen. Som tänkbart exempel på det sistnämnda kan nämnas att inspektionen skulle besluta ett föreläggande vid vite att införa spärrar i ett journalsystem inom en tidsfrist som av tekniska eller organisatoriska skäl inte är möjlig att efterkomma för den personuppgiftsansvarige, eller att före-

¹¹ Regeringens skrivelse 2009/10:79 En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn, s. 1.

¹² Regeringens skrivelse 2009/10:79 En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn, s. 44.

läggandet skulle omfatta även system där det inte är helt klarlagt om behandlingen överhuvudtaget omfattas av patientdatalagens krav på spärrar.

De nämnda riskerna bör inte överdrivas. Datainspektionen har i sin tillsyn av till exempel just spärrar i hälso- och sjukvården visat prov på viss återhållsamhet, då myndigheten riktade in tillsynen på ”huvudjournalssystem och andra omfattande patientjournalssystem som innehåller många känsliga patientuppgifter”.¹³ Det innebar i praktiken att Datainspektionen bortsåg från personuppgiftsbehandlingen i system som i och för sig omfattades av patientdatalagens bestämmelser om spärrar, eftersom vårdgivaren i dessa system endast behandlade ett mindre antal känsliga personuppgifter.

Vidare skulle en utökad möjlighet för användande av vite, inte behöva innebära att stadgandet i personuppgiftslagen att Datainspektionen i första hand ska försöka åstadkomma rättelse genom påpekanden eller liknande förfaranden, ska utgå. Tvärtom både kan och bör formuleringen finnas kvar för att tydligt markera vilket som fortsatt ska vara inspektionens förstahandsalternativ.

Slutligen ska sägas att Datainspektionen vid en utökad vitesbefogenhet även skulle vara bunden av de för alla myndigheter gemensamma, allmänna principerna om viten, och att inspektionens beslut även fortsättningsvis skulle kunna överklagas. Härtill kommer att beslut som förenats med vite alltid måste underställas domstol i ett senare led, om Datainspektionen skulle vilja förverkliga vitessanktionen, eftersom inspektionen måste ansöka till förvaltningsrätten om utdömande av vitet.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att de skäl som kan anföras för en utökning av Datainspektionens befogenheter, är både fler och väger tyngre än de skäl som kan anföras mot en utökning. Därför föreslår vi att Datainspektionen ges en utökad möjlighet att förena sina förelägganden och förbud med vite. Nedan redogörs närmare för utformning och placering av utredningens förslag.

¹³ Se exempelvis Datainspektionens beslut 31 maj 2013 med dnr 1402–2012.

Allmänt om vitesförelägganden m.m.

Vitessanktionen som sådan är reglerad i lagen (1985:206) om viten. Det finns alltså ett fungerande regelverk med utvecklad praxis i vägledande domar avseende bl.a. enskildas rättssäkerhet när det gäller vitessanktionen hos myndigheter, som skulle gälla även för en utökad vitesmöjlighet för Datainspektionen.

I doktrinen sägs bl.a. följande om de allmänna principer som myndigheter har att tillämpa när det gäller användande av vite.¹⁴

I de flesta fall ankommer det på myndigheten att med hänsyn till omständigheterna bestämma om vite skall utsättas i ett föreläggande. Den hållning enskild intagit vid myndighetens tidigare kontakter med honom blir ofta av grundläggande betydelse. Om han visat intresse för saken och förklarat sig villig att vidta rättelse, kan det vara lämpligt eller rentav en fördel att låta föreläggandet vara osanktionerat. Ett gott förhållande till den enskilde kan annars lätt gå förlorat, om myndigheten utan direkt anledning hotar med en vitespåföljd. Annorlunda ställer det sig, om den enskilde ignorerar myndighetens formlösa tillsägelser eller vägrar att tala med myndighetens representanter eller besvara skrivelser. Vite är då som regel nödvändigt. Detsamma gäller i det fall, att den enskilde redan på ett förberedande stadium av ärendets handläggning ifrågasätter, om ett eventuellt myndighetsingripande är lagenligt, ändamålsenligt eller skäligt. Oavsett den enskildes hållning bör en myndighet föreskriva vite, om föreläggandet tillgodoser ett viktigt allmänt intresse och snar rättelse är påkallad. Vitet tjänar här som en garanti för att föreläggandet verkligen blir verkställt inom rimlig tid. Däremot kan ett vite vara överflödigt, om intresset är mindre viktigt och rättelse kan åstadkommas med enkla medel och på relativt kort tid. I sådant fall bör myndigheten i stället genom råd och anvisningar få till stånd en godvillig uppgörelse med den ansvarige.

Det anförda kan vara av betydelse exempelvis i samband med utvecklingen av IT-stöd, där den personuppgiftsansvarige inte sällan behöver visst rådrum för att kunna rätta sig efter ett beslut. De krav som följer direkt av lagstiftningen eller av Datainspektionens tillämpning, kan ibland föranleda ett omfattande utvecklings- och omställningsarbete hos den personuppgiftsansvarige. Det måste därför inom Datainspektionen finnas kompetens att beakta och bedöma sådana omständigheter för att därefter kunna föreskriva realistiska tidsfrister i de beslut som förenas med vite.

¹⁴ Rune Lavin, Viteslagstiftningen – En kommentar, andra upplagan, 2010, s. 25 f.

Omfattning och placering av de nya bestämmelserna

Utredningen har övervägt olika alternativ för frågan var och hur en utökad möjlighet för Datainspektionen att besluta om vite, lämpligen bör införas. Vi har identifierat två alternativa möjligheter till reglering av utökade befogenheter för Datainspektionen. Det första alternativet är att utökningen endast omfattar Datainspektionens tillsyn på hälso- och sjukvårdsområdet och på socialtjänstområdet. I sådant fall, bör regleringen av de utökade befogenheterna lämpligen göras i hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen. Det andra alternativet är att utökningen omfattar Datainspektionens tillsyn generellt, dvs. oavsett på vilket område den utövas. I sådant fall, bör regleringen av de utökade befogenheterna lämpligen göras i personuppgiftslagen.

Vad gäller det sistnämnda alternativet anser utredningen att det i och för sig finns mycket som talar för att Datainspektionen borde ha en generell vitesmöjlighet oavsett vilket tillsynsområde det rör. En sådan lösning skulle exempelvis överensstämja med vad som gäller för flera andra tillsynsmyndigheter. Samtidigt handlar utredningens uppdrag primärt om personuppgiftsbehandlingen inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Att föreslå en grundläggande förändring i personuppgiftslagen skulle därför få konsekvenser för verksamhetsområden som ligger utanför utredningens uppdrag. Utredningens sammantagna bedömning är att våra direktiv hindrar att de förslag som utredningen lämnar med utgångspunkt i hälso- och sjukvården och socialtjänsten, får en avsevärt bredare tillämpning med verkan också utanför dessa områden. Att föreslå en generell möjlighet för Datainspektionen att, oavsett tillsynsområde, förena förelägganden och förbud med vite ligger därför utanför uppdraget och bör lämpligen utredas i ett bredare sammanhang.

Mot den bakgrunden föreslår vi att Datainspektionens utökade befogenheter ska begränsas till hälso- och sjukvården och socialtjänsten och därför ska regleringen göras i hälso- och sjukvårdsdatalagen respektive socialtjänstdatalagen.

På sätt och vis finns befintliga förebilder för en sådan ordning med reglering i hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen. Både kreditupplysningslagen (1973:1173) och inkassolagen (1974:182) ger Datainspektionen möjlighet att besluta om vite i fler situationer än vad personuppgiftslagen medger. I den systematik som alltså finns för befintliga regler om Data-

inspektionens befogenheter, kan inspektionen i ett annat regelverk än personuppgiftslagen ges andra och mer vittgående befogenheter än de som nämns i personuppgiftslagen.

Vidare finns i redovisningen av Datainspektionens praxis flera exempel på situationer framför allt inom hälso- och sjukvården där ett vite hade kunnat vara till nytta. Bland annat mot den bakgrunden talar, enligt vår bedömning, övervägande skäl för att faktiskt utöka Datainspektionens möjlighet att besluta om viten på hälso- och sjukvårdens område. Samtidigt gäller de grundläggande skälen för en utökad möjlighet, enligt vår uppfattning, med samma tyngd även för Datainspektionens tillsyn på andra områden än hälso- och sjukvården, t.ex. inom socialtjänsten. I samband med att vi nu föreslår en ny socialtjänstdatalag med nya möjligheter för socialtjänsten att t.ex. utbyta personuppgifter genom direktåtkomst, på sätt som påminner om vad som gäller för hälso- och sjukvården, finns därför anledning att låta Datainspektionen få utökade befogenheter att besluta om vite även på socialtjänstens område.

Sammantaget föreslår vi således att Datainspektionen, genom reglering i hälso- och sjukvårdsdatalagen och i socialtjänstdatalagen, får nya möjligheter att använda vite.

Utformning av de nya bestämmelserna

Utredningen föreslår för det första att det i hälso- och sjukvårdsdatalagen och i socialtjänstdatalagen införs ett förtydligande av tillsynsmyndighetens befogenhet att besluta de förelägganden eller förbud som behövs för att dessa lagar eller föreskrifter som har meddelats med stöd av dessa lagar ska följas. I dag framgår detta inte med önskvärd tydlighet av personuppgiftslagen, men befogenheten får anses fast etablerad i Datainspektionens praxis sedan åtskilliga år. Mot den bakgrunden finns anledning att tydliggöra detta i samband med att nya möjligheter att besluta om vite föreslås.

För det andra föreslår utredningen att tillsynsmyndigheten vid tillsyn enligt hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen får förena sina beslut om föreläggande eller förbud med vite. I första hand ska Datainspektionen dock, som följer av personuppgiftslagen, försöka åstadkomma rättelse med hjälp av påpekanden eller liknande förfaranden. I syfte att förtydliga detta

bör lagtexten ange att de nya möjligheterna i hälso- och sjukvårdsdatalagen och i socialtjänstdatalagen ska gälla utöver vad som följer av personuppgiftslagen. Det innebär att Datainspektionen även i sin tillsyn över socialtjänsten och hälso- och sjukvården i första hand ska använda sig av påpekanden för att försöka åstadkomma rättelse.

I vissa situationer kan det bli aktuellt för Datainspektionen att direkt föreskriva ett vite, om föreläggandet tillgodoser ett viktigt allmänt intresse, om snar rättelse är påkallad och det finns anledning att befara att ett icke sanktionerat föreläggande inte skulle följas på rätt sätt eller inom rimlig tid. Enligt vad som framgår av Datainspektionens praxis gör utredningen dock bedömningen att ett direkt föreskrivande av vite kommer att behövas ytterst sällan.

Statens offentliga utredningar 2014

Kronologisk förteckning

1. Vissa bostadsbeskattningsfrågor. Fi.
2. Framtidens valfrihetssystem
– inom socialtjänsten. S.
3. Boende utanför det egna hemmet
– placeringsformer för barn och unga. S.
4. Det måste gå att lita på konsument-
skyddet. Ju.
5. Staten får inte abdikera
– om kommunaliseringen av den svenska
skolan. U.
6. Män och jämställdhet. U.
7. Skärpta straff för vapenbrott. Ju.
8. Översyn av statsskuldspolitiken. Fi.
9. Förändrad assistansersättning
– en översyn av ersättningsystemet. S.
10. Ett steg vidare – nya regler och åtgärder
för att främja vidareutnyttjande
av handlingar. S.
11. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet
2014. Forskningsdebatt, alternativ och
beslutsfattande. M.
12. Utvärdera för utveckling – om utvärdering
av skolpolitiska reformer. U.
13. En digital agenda i människans tjänst
– en ljusnande framtid kan bli vår. N.
14. Effektiv och rättssäker
PBL-överprövning. S.
15. Investeringsplanering för försvarsmateriel
En ny planerings-, besluts- och
uppföljningsprocess. Fö.
16. Det ska vara lätt att göra rätt
Åtgärder mot felaktiga utbetalningar
inom den arbetsmarknadspolitiska
verksamheten. A.
17. Genomförande av Seveso III-direktivet.
Fö.
18. Straffskalorna för allvarliga våldsbrott. Ju.
19. Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat
genomförande. U.
20. Läkemedel för särskilda behov. S.
21. Bredband för Sverige in i framtiden. N.
22. Genomförande av EU:s nya
redovisningsdirektiv. Ju.
23. Rätt information på rätt plats i rätt tid.
Del 1, 2 och 3. S.

Statens offentliga utredningar 2014

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Det måste gå att lita på konsumentskyddet. [4]
Skärpta straff för vapenbrott. [7]
Straffskalorna för allvarliga våldsbrott. [18]
Genomförande av EU:s nya redovisningsdirektiv. [22]

Försvarsdepartementet

Investeringsplanering för försvarsmateriel
En ny planerings-, besluts- och uppföljningsprocess. [15]
Genomförande av Seveso III-direktivet. [17]

Socialdepartementet

Framtidens valfrihetssystem
– inom socialtjänsten. [2]
Boende utanför det egna hemmet
– placeringsformer för barn och unga. [3]
Förändrad assistansersättning
– en översyn av ersättningssystemet. [9]
Ett steg vidare – nya regler och åtgärder för att främja vidareutnyttjande av handlingar. [10]
Effektiv och rättssäker PBL-överprövning. [14]
Läkemedel för särskilda behov. [20]
Rätt information på rätt plats i rätt tid. Del 1, 2 och 3. [23]

Finansdepartementet

Vissa bostadsbeskattningsfrågor. [1]
Översyn av statsskuldspolitiken. [8]

Utbildningsdepartementet

Staten får inte abdikera
– om kommunaliseringen av den svenska skolan. [5]
Män och jämställdhet. [6]
Utvärdera för utveckling – om utvärdering av skolpolitiska reformer. [12]
Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande. [19]

Miljödepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2014. Forskningsdebatt, alternativ och beslutsfattande. [11]

Näringsdepartementet

En digital agenda i människans tjänst
– en ljusnande framtid kan bli vår. [13]
Bredband för Sverige in i framtiden. [21]

Arbetsmarknadsdepartementet

Det ska vara lätt att göra rätt
Åtgärder mot felaktiga utbetalningar inom den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. [16]