Spørsmål	Svar
Hvordan sikrer vi at DPIA holdes oppdatert når teknologien er i konstant utvikling?	DPIA-en behandles som et levende dokument. Det må løpende vurderes om det er forhold som tilsier at den skal gjennomgås på nytt. Typiske situasjoner kan være: • At leverandøren lanserer ny funksjonalitet. • At løsningen begynner å brukes til nye formål enn opprinnelig planlagt. • At det skjer endringer i dataflyt, lagring eller bruk av underleverandører. • At man tar i bruk nye KI-modeller. • At det kommer nye regulatoriske avklaringer eller krav. • At man får erfaringer fra drift, avvik eller hendelser som endrer risikobildet. Det anbefales at kommuner kombinerer årvåkenhet for slike nye forhold med en fast periodisk gjennomgang, for eksempel årlig. Det er greit å være klar over at det ofte er de konkrete endringer som nevnt over som utløser behovet for revisjon. Malens punkt 1.4 gir også anvisning på oppdateringsbehov. Den preutfylte DPIA-malen bygger på bestemte forutsetninger om teknologi, funksjonalitet, regelverk og risikobilde på tidspunktet den ble utarbeidet. Malen kan derfor bli oppdatert dersom disse forutsetningene endrer seg. Oppdateringer kan eksempelvis være aktuelle når: • det skjer vesentlige endringer i funksjonaliteten som tilbys av relevante løsninger • det tas i bruk nye KI-funksjoner eller behandlingsformer som ikke er vurdert i malen • det kommer nye regulatoriske avklaringer, krav eller veiledere som påvirker vurderingene • ny kunnskap eller erfaringer tilsier at risikoer eller tiltak bør beskrives annerledes

	• markedsutviklingen gjør at malens beskrivelser eller forutsetninger ikke lenger er representative
Har dere en tidshorisont for når det kommer DPIA mal med FRIA bakt inn? (KI Forordningen, grunnleggende rettigheter vurdering med høyrisikosystemer). Gitt at dere har et målbilde som strekker seg inn i 2028, med KI Forordningen planlagt innført i 2027/2028, ville det vært til stor hjelp for kommunene å ha en felles og relevant vurdering som kan bidra til et utgangspunkt for egne vurderinger.	Det konkrete DPIA-utkastet for talegjenkjenning er basert på et bruksområde som etter de vurderingene som er gjort, ikke anses som et høyrisiko KI-system etter KI-forordningen. For dette formålet vil derfor en FRIA normalt ikke være aktuell. Samtidig er det et relevant spørsmål om FRIA skal bakes inn i et mer langsiktig perspektiv. Dersom kommuner etter hvert tar i bruk KI-løsninger som omfattes av høyrisikoregelverket, vil det være behov for egne vurderinger av grunnleggende rettigheter etter KI-forordningen. En felles metodikk eller mal for slike vurderinger kan være nyttig som støtte for kommunenes egne vurderinger og bidra til mer konsistent praksis. Dette gjelder både for omfanget av denne malen som er konkret knyttet til talegjenkjenning og til andre maler på andre områder Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at en FRIA er tett knyttet til det konkrete KI-systemet, formålet med bruken og den lokale konteksten. Selv om standardiserte maler og veiledning kan være et godt utgangspunkt, vil det fortsatt være behov for lokale vurderinger av hvordan et konkret system påvirker grunnleggende rettigheter i den aktuelle kommunen.
Hvor finner vi sjekkliste vi kan sende til aktøren?	Det er inntatt en liste over dokumentasjon leverandør bør oversende i den eksterne veilederen til DPIA-en, se merknader til Kapittel 2 om Dataflyt.
Kan man bruke denne malen på andre områder enn fastlegetjenesten som også tar i bruk talegjenkjenning som støtte til journalføring? For eks. saksbehandling,	Ja, det er lagt opp til at malen kan benyttes som et utgangspunkt også på andre områder enn fastlegetjenesten, dersom talegjenkjenning brukes som støtte til dokumentasjon eller journalføring. Dette fremgår eksplisitt av innledningen til malen. Samtidig er dokumentet preutfylt med utgangspunkt i fastlegekonsultasjoner og det regelverket som gjelder for helsehjelp og pasientjournaler. Ved bruk

barnevern. Så lenge det endres til det formålet av kommunen.	innenfor for eksempel barnevern, saksbehandling eller andre kommunale tjenester må kommunen gjennomgå og tilpasse både beskrivelsen av behandlingen, de rettslige vurderingene, risikovurderingene og tiltakene til det aktuelle formålet og det aktuelle regelverket. Det kan ikke tas for gitt at alle vurderinger som følger av denne malen er overførbare til nye formål. En slik tilpasning vil i praksis kunne være mer eller mindre omfattende avhengig av hvor store forskjeller det er mellom det opprinnelige og det nye bruksområdet. Du finner en tabell i innledning som beskriver hva kommunen særlig må vurdere ved gjenbruk til andre formål.
I tale-til-tekst-løsningene jeg kjenner til, gjøres det ikke lydopptak, men sanntidstranskripsjon. Da finnes det ikke noe lydopptak å gi innsyn i. Erfaringsmessig er det stor variasjon i kvalitet på selve transkripsjonen, og at denne har liten verdi som "bevis" for å etterprøve hva som har blitt sagt i konsultasjonen. Derimot er de genererte journalutkastene av overraskende høy riktighet og kvalitet. Det er ukjent for meg hvordan algoritmene vekter de ulike delene av transkripsjonen. I lys av dette oppfatter jeg at transkripsjonen har lav troverdighet i en eventuell bevisførsel. Hvordan har dere vurdert dette mtp. innsynsrett og verdien i dette?	Dette er et godt poeng, og det berører en problemstilling som heller ikke er endelig avklart i malen, da det er flere forhold knyttet til løsningen som faktisk anskaffes, som må vurderes i forbindelse med endelig ferdigstillelse av DPIA-dokumentet. Det er riktig at flere tale-til-tekst-løsninger baserer seg på løpende transkribering uten å lagre lydopptak. I slike tilfeller vil det naturligvis ikke eksistere et lydopptak som det kan kreves innsyn i. Dette må det tas høyde for i forbindelse med ferdigstillelse av det aktuelle DPIA'-dokumentet i hver kommune. Malen legger derfor opp til at innsynsretten må vurderes ut fra hvilke opplysninger som faktisk eksisterer på tidspunktet innsynsbegjæringen fremsettes, enten det er lydsegmenter, transkripsjon eller journalutkast. Når det gjelder verdien av transkripsjonen, er det en relevant observasjon at transkripsjonen i mange tilfeller primært er et mellomprodukt i arbeidsprosessen. Formålet med behandlingen er ikke å etablere et autoritativt referat av konsultasjonen, men å legge til rette for generering av et dekkende journalutkast som deretter gjennomgås, vurderes og godkjennes av helsepersonell før journalføring. Malen bygger nettopp på at legen har det

	faglige ansvaret og at det endelige journalnotatet er det sentrale resultatet av behandlingen. Det kan jo være mye som sies i en konsultasjon som dermed er en del av en transkripsjon som av ulike grunner ikke hører hjemme i et endelig journalnotat. Videre er det erfaringsvis også kvalitetsutfordringer knyttet til transkripsjon, dels som følge av mistolking, bl.a som følge av en viss risiko for hallusinasjoner. Samtidig følger innsynsretten av hvilke personopplysninger som behandles, ikke nødvendigvis hvilken bevisverdi eller kvalitet opplysningene har. Dersom en transkripsjon eksisterer på tidspunktet et innsynskrav behandles, vil utgangspunktet derfor være at den omfattes av innsynsretten på lik linje med andre personopplysninger. At transkripsjonen kan inneholde feil eller være et uferdig arbeidsprodukt, endrer ikke nødvendigvis dette. Tvert imot kan innsynsrett i en transkripsjon bidra positivt til å rette feil, misforståelser mv med tanke på hva som ender opp i et journalnotat, all den tid det kun det som er nødvendig som skal ende opp der og det uansett kun en mindre delmengde av det som faktisk er uttalt gjennom en konsultasjon. Den endelige faglige kvalitetssikringen skal alltid skje hos legen. For formålet som er vurdert i DPIA-en, er det derfor journalnotatet som vil ha størst praktisk og rettslig betydning, mens en eventuell transkripsjon primært må forstås som et midlertidig arbeidsgrunnlag i prosessen frem mot journalføring, som den registrerte likevel har rett på innsyn i. Det sentrale er uansett kvaliteten på det endelige journalnotatet og om den enkelte pasient mener at det er feil eller at vesentlige forhold er utelatt, har vedkommende alltid mulighet til å rette en henvendelse til legen med anmodning om retting iht. helsepersonelloven.
Flere fagsystemer har dette innebygget i fagsystemer, og for de er det vanskelig å kunne velge KI leverandør utover hva de	Det er riktig at flere fagsystemer allerede tilbyr talegjenkjenning som en integrert del av løsningen. I slike tilfeller vil kommunen normalt ha begrensede

benytter.	muligheter til å velge KI-leverandør eller underliggende modell uavhengig av fagsystemleverandøren. Dette endrer imidlertid ikke kommunens ansvar som behandlingsansvarlig. Kommunen må fortsatt gjøre nødvendige vurderinger av blant annet personvern, informasjonssikkerhet, databehandlerforhold, eventuell tredjelandsoverføring og leverandørens bruk av personopplysninger. Vurderingene må derfor ta utgangspunkt i den konkrete løsningen som faktisk tilbys gjennom fagsystemet. Det er også en av grunnene til at malen er utformet som et rammeverk som må tilpasses den konkrete løsningen som velges. Om talegjenkjenningen leveres som en integrert del av et fagsystem eller som en frittstående løsning, vil kunne ha betydning for dataflyt, tilgangsstyring, lagring, leverandørkjede og flere av risikovurderingene som må gjennomføres.
Det gjennomføres en pilot for tale-til-tekst i helse og omsorg- og barneverntjenestene. Her er det foreløpig landet på "etisk samtykke". Hvordan har KS/EY tolket dette?	Dette er et område hvor det finnes ulike tilnærminger, men vurderingen som er lagt til grunn i DPIA-utkastet er at det ikke foreligger et personvernrettslig krav om samtykke til behandlingen når talegjenkjenning brukes som støtte til oppfyllelse av lovpålagt dokumentasjonsplikt i helsetjenesten. Utkastet bygger derfor på at behandlingen skjer med grunnlag i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e og artikkel 9 nr. 2 bokstav h, sammenholdt med den nasjonale helselovgivningen. Det fremgår også uttrykkelig at særskilt samtykke ikke anses nødvendig for denne behandlingen. Dette kan være annerledes for andre bruksområder. Samtidig skiller mange mellom det personvernrettslige behandlingsgrunnlaget og det som ofte omtales som «etisk samtykke» eller aksept i møtet med brukeren. Selv om behandlingen ikke er samtykkebasert etter GDPR, kan det være gode grunner til å gi pasienten mulighet til å reservere seg mot bruk av talegjenkjenning. Dette er også i tråd med anbefalingene som omtales i DPIA-utkastet, hvor det legges til grunn at helsepersonell bør ta hensyn til pasienter

	som ikke ønsker at talegjenkjenning benyttes, og i stedet dokumentere konsultasjonen på ordinær måte uten bruk av talegjenkjenning. For områder utenfor helsetjenesten, som for eksempel barnevern eller andre kommunale tjenester, må vurderingen gjøres konkret ut fra det aktuelle formålet, det rettslige grunnlaget og sektorregelverket. Det kan ikke uten videre legges til grunn at samme vurdering vil gjelde der som i fastlegekonsultasjoner. Se her også omtale tabell for ferdigstilling som gir anvisning på hva som vurderes om malen ønskes gjenbrukt på andre områder.
En rekke DPIA vurderer tilsynelatende risiko sett fra perspektivet til en gjennomsnittlig ressurssterk digital bruker. Dette kan lede til at det ikke iverksettes tiltak som ivaretar sårbare grupper, herunder barn, ikke-digitale, fremmedspråklige mv. I praksis ender vi opp med å utilsiktet diskriminere mot disse gruppene. Har man i arbeidet med denne rapporten tatt hensyn til at de registrerte ikke er en homogen gruppe - men en sammensatt gruppe med til dels svært ulike forutsetninger for å gjøre seg kjent med og gjøre bruk av sine rettigheter?	Dette er en viktig problemstilling, og et poeng det er nødvendig å være bevisst på i både DPIA-arbeidet og den konkrete implementeringen av løsningen. I malen er det lagt til grunn at pasienter og brukere kan være sårbare, blant annet fordi det behandles helseopplysninger og fordi behandlingen også kan omfatte barn. Det er derfor flere steder understreket at informasjon må gis på en forståelig og tilgjengelig måte, og at kommunen må ta hensyn til ulike forutsetninger hos de registrerte. Det er også flere risikoscenarier som adresserer utfordringer knyttet til at brukergruppen ikke nødvendigvis kan vurderes under ett, se her særlig veiledningen til R4, R6 og R11. Samtidig er det riktig at en generell DPIA-mal ikke fullt ut kan fange opp hvordan ulike grupper påvirkes i den enkelte kommune eller tjeneste. Dette er en av årsakene til at malen er utformet som et utgangspunkt som må suppleres med lokale vurderinger av risiko og tiltak. Særlig bør kommunen vurdere om enkelte grupper kan ha behov for særskilt tilpasset informasjon, alternative kommunikasjonsformer eller andre tiltak for å kunne forstå behandlingen og ivareta sine rettigheter. Problemstillingen er også et eksempel på hvorfor det er viktig å involvere relevante interessenter og brukergrupper i vurderingsarbeidet for å identifisere ytterligere risikoer og behov for tiltak. Risikoen for enkelte registrerte grupper vil

	ikke nødvendigvis fremkomme dersom vurderingene kun tar utgangspunkt i en «gjennomsnittsbruker». Utgangspunktet i malen er derfor ikke at vurderingen skal begrenses til ressurssterke digitale brukere, men at kommunen må gjøre en konkret vurdering av hvilke grupper som berøres av behandlingen og om det er behov for ytterligere tiltak for å sikre likeverdig informasjon, forståelse og mulighet til å ivareta egne rettigheter.
I malen anbefales det å informere den registrerte før opptak. Har dere i arbeidet sett på hvordan det er mest hensiktsmessig å informere de registrerte?	Det er sett nærmere på dette, men det er ikke konkludert med én bestemt informasjonsmodell som bør benyttes av alle kommuner og bruksscenarier. Utgangspunktet i malen er at informasjonen må være forståelig, tilgjengelig og tilpasset målgruppen, og at den bør gis før talegjenkjenning tas i bruk. Det pekes også på at det må tas høyde for at de registrerte kan være i en sårbar situasjon, kan være barn eller kan ha ulike forutsetninger for å forstå informasjonen som gis. Hvordan dette best gjøres vil kunne variere mellom tjenester og brukergrupper. For enkelte kan informasjon i innkallingsbrev eller digitale flater være hensiktsmessig, mens andre vil ha behov for muntlig informasjon i starten av en konsultasjon, informasjon på flere språk eller andre tilpasninger. Derfor er det ikke lagt opp til én standardløsning i malen. Det er imidlertid lagt til grunn at informasjon ikke bør begrenses til personvernerklæringen alene. Flere av de foreslåtte tiltakene bygger på en kombinasjon av personvernerklæring, informasjon i tjenestesituasjonen og enkel, målgruppetilpasset informasjon der brukeren møter tjenesten. En viktig del av den lokale implementeringen vil derfor være å vurdere hvordan informasjonen faktisk når frem til de aktuelle brukergruppene, og ikke bare om informasjonen formelt er gjort tilgjengelig.

	Det er i den tilhørende veilederen er det gitt forslag til tekst som kan stå i bl.a. personvernerklæringen og på plakater på legekontoret.
Foreligger det noen begrunnelse for hvorfor man har landet på GDPR art. 6 nr. 1 c) som behandlingsgrunnlag, og ikke e)? Tenker spesielt på adgangen til protest mot behandling som bokstav e) gir den registrerte. Innføring av KI kan av mange registrerte oppleves som viktig. Mange er derfor opptatt av å kunne medvirke inn mot bruk av KI.	Dette har vært et sentralt diskusjonstema i arbeidet. Det er også grunnen til at det i utkastet er vist til at både artikkel 6 nr. 1 bokstav e) og bokstav c) kan være aktuelle behandlingsgrunnlag. Utkastet legger primært til grunn bokstav e), men nevner uttrykkelig at bokstav c) også kan være et passende alternativ. For formålet som er vurdert i DPIA-en er hovedbegrunnelsen at behandlingen skjer som ledd i oppfyllelsen av helsepersonellets dokumentasjonsplikt og yting av helsehjelp. Vurderingen er derfor at behandlingen i liten grad fremstår som en selvstendig KI-behandling, men snarere som en annen måte å utføre en allerede lovpålagt oppgave på. Når det gjelder valget mellom bokstav c) og e), er det riktig at dette kan få betydning for blant annet protestretten etter artikkel 21. Samtidig må spørsmålet om protest vurderes konkret opp mot formålet med behandlingen og de rettslige rammene som gjelder i den aktuelle sektoren. Selv om bokstav e) benyttes, innebærer ikke dette nødvendigvis at den registrerte kan kreve at den lovpålagte journalføringen opphører. Spørsmålet blir snarere om dokumentasjonen skal gjennomføres med eller uten bruk av talegjenkjenning som støtteverktøy. For andre sektorer enn helsetjenesten kan vurderingen bli en annen. Dersom talegjenkjenning brukes i sammenhenger hvor dokumentasjonsplikten er mindre klart regulert, eller hvor KI-løsningen har større betydning for hvordan tjenesten utøves, kan valget mellom bokstav c) og e) få større praktisk betydning. Dette må vurderes konkret ut fra formålet med behandlingen og sektorregelverket som gjelder for den aktuelle tjenesten.

Er det utarbeidet tekniske kravspesifikasjoner og testprotokaller?	Nei, det er ikke utarbeidet tekniske kravspesifikasjoner, testprotokoller eller tilsvarende teknisk dokumentasjon som en del av DPIA-malen. Formålet med malen er å gi et rammeverk for de personvernrettslige vurderingene knyttet til bruk av talegjenkjenning. Den er derfor bevisst utformet som en leverandørnøytral DPIA-mal, og legger opp til at den enkelte kommune må innhente nødvendig dokumentasjon fra den aktuelle leverandøren og vurdere den konkrete løsningen som skal tas i bruk. Malen inneholder flere steder spørsmål som kommunen bør avklare med leverandøren, blant annet knyttet til dataflyt, tilgangsstyring, lagring, sletting, bruk av underleverandører, eventuell tredjelandsoverføring og erfaringer fra testing av løsningen. Det foreslås også at kommunen innhenter dokumentasjon fra leverandøren om hvordan løsningen fungerer i praksis og hvilke erfaringer som foreligger fra testing og bruk. Det er derfor lagt opp til at tekniske krav og testkrav håndteres gjennom anskaffelsen, ROS-arbeidet og kommunens dialog med leverandøren, heller enn gjennom forhåndsdefinerte tekniske spesifikasjoner i selve DPIA-en. Dersom kommunen ønsker å stille krav til for eksempel transkripsjonskvalitet, håndtering av dialekter, logging, sletting, tilgangskontroll eller dokumentasjon av testresultater, må dette konkretiseres som del av anskaffelsesprosessen og de lokale vurderingene.
Er det info på engelsk?	Malen er ikke oversatt til engelsk pr nå. Det samme gjelder informasjonen til de registrerte.
Er det inkludert informasjon for synshemmede? Er det utarbeidet informasjon om transkripsjon slik at det er tilgjengelig for synshemmede?	Nei, informasjonen er per i dag ikke tilgjengelig for synshemmede. Malen inneholder ikke særskilte vurderinger eller informasjonsmateriell rettet mot synshemmede. Hvordan informasjon om talegjenkjenning og behandling av personopplysninger gjøres tilgjengelig for ulike brukergrupper må vurderes av den enkelte kommune ved lokal implementering.
