



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 90 L

(2012–2013)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

Endringer i pasient- og  
brukerrettighetsloven mv. (bruk av  
varslings- og lokaliseringsteknologi)



## Innhold

<b>1</b>	<b>Proposisjonens hovedinnhold</b>	<b>5</b>			
<b>2</b>	<b>Bakgrunn for proposisjonen ...</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Lovforslaget</b> .....	<b>20</b>
2.1	Innledning .....	6	7.1	Innledning .....	20
2.2	Høring .....	7	7.2	Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som myndig pasient eller bruker ikke motsetter seg .....	20
<b>3</b>	<b>Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten</b> .....	<b>9</b>	7.2.1	Forslag i høringsnotatet .....	20
3.1	Varslings- og lokaliseringsteknologi .....	9	7.2.2	Høringsinstansenes syn .....	21
3.2	Faktisk bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten .....	10	7.2.2.1	Generelt .....	21
<b>4</b>	<b>Dagens rettstilstand</b> .....	<b>12</b>	7.2.2.2	Uttalelser om personvern- spørsmål, lagring av data og sporing av personer .....	24
4.1	Innledning .....	12	7.2.3	Departementets vurderinger og forslag .....	25
4.2	Pasient- og brukerrettighets- loven .....	12	7.2.3.1	Generelt 25	
4.2.1	Rett til helse- og omsorgs- tjenester .....	12	7.2.3.2	Virkeområde .....	26
4.2.2	Samtykke til helsehjelp .....	12	7.2.3.3	Lovplassering .....	27
4.2.3	Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen .....	13	7.2.3.4	Materielle vilkår .....	28
4.3	Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 - rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklings- hemning .....	14	7.2.3.5	Krav om vedtak .....	29
<b>5</b>	<b>Lovutkastet og de internasjonale menneskerettighetene</b> .....	<b>15</b>	7.2.3.6	IPLOS-registeret .....	29
5.1	Innledning .....	15	7.2.3.7	Varighet .....	30
5.2	Grunnloven og menneskeretts- loven .....	15	7.2.3.8	Klageregler .....	30
5.3	Krav til helsehjelp og helse- standard .....	15	7.2.3.9	Personvernspørsmål, lagring av data og sporing av personer .....	30
5.4	Rett til privatliv og krav om lovhjemmel for inngrep .....	16	7.3	Bruk av lokaliseringsteknologi som pasienten motsetter seg .....	31
5.5	Vurdering av om lovforslaget er i samsvar med retten til privatliv ....	16	7.3.1	Forslag i høringsnotatet .....	31
5.6	Særlig om forholdet til FN- konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne .....	17	7.3.2	Høringsinstansenes syn .....	31
<b>6</b>	<b>Lovutkastet og personvern</b> .....	<b>18</b>	7.3.3	Departementets vurderinger og forslag .....	33
			7.4	Forholdet til annet regelverk som regulerer bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten .....	34
			<b>8</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser</b> .....	<b>35</b>
			8.1	Vurderinger i høringsforslaget ....	35
			8.2	Høringsinstansenes syn .....	35
			8.3	Departementets vurderinger .....	35
			<b>9</b>	<b>Oppheving av avviklingsloven</b> .	<b>37</b>
			<b>10</b>	<b>Merknader til lovforslaget</b> .....	<b>38</b>
				<b>Forslag til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)</b> .....	<b>39</b>





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 90 L

(2012–2013)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

## Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 22. mars 2013,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Stoltenberg II)*

### 1 Proposisjonens hovedinnhold

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i denne proposisjonen endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Endringene klargjør helse- og omsorgstjenestens adgang til å treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, for eksempel GPS, som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere uten samtykkekompetanse.

Det foreslås også en snevrere regel om bruk av lokaliseringsteknologi i tilfeller der pasienten motsetter seg tiltaket.

Lovforslaget skal gi rettslig klarhet og legge bedre til rette for teknologi som kan avverge skade. Lovforslaget skal gi den enkelte trygghet og mulighet for selvstendighet og til å klare seg på egenhånd i dagliglivet.

Departementet foreslår å oppheve midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede.

## 2 Bakgrunn for proposisjonen

### 2.1 Innledning

Kvaliteten på tjenestetilbudet i helse- og omsorgssektoren kan heves ved å utnytte de teknologiske mulighetene bedre. Teknologiske virkemidler som kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse og mobilitet for pasienter og brukere er gjerne omtalt som velferdsteknologi. Satsing på velferdsteknologiske tiltak kan gi pasienter og brukere bedre muligheter til selvstendighet og trygghet og til å klare seg på egenhånd i dagliglivet. Teknologien kan også bidra til økt fysisk aktivitet. For Helse- og omsorgsdepartementet er det viktig at slike teknologiske tiltak ikke skal erstatte menneskelig kontakt og kompetanse, selv om teknologien kan bidra til å utnytte ressursene bedre i møte med fremtidens omsorgsutfordringer.

Det har fra enkelte vært pekt på at dagens regelverk er fragmentert og til dels uklart og mangelfullt når det gjelder bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i tjenesteytingen til pasienter og brukere som mangler samtykkekompetanse. Senest ble dette påpekt i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg:

”I likhet med annen teknologi som er egnet til å overvåke mennesker, representerer varslings- og lokaliseringshjelpemidler (f eks bruk av GPS) et inngrep overfor brukeren. Derfor er helse- og sosialtjenestenes adgang til å ta slike hjelpemidler i bruk begrenset, spesielt i forhold til personer som ikke er i stand til å gi et gyldig samtykke.

Samtidig kan slik alarm- og sporingsteknologi bidra til å gi brukeren større uavhengighet fra pårørende og helse- og sosialpersonell og i mange sammenhenger være et godt hjelpemiddel til å ivareta bevegelsesfrihet, og hindre unødvendig frihetsberøvelse (Wiegaard 2010).

Den kommunale helse- og sosialtjenesten må i dag sikre at bruk og formidling av slike hjelpemidler skjer i tråd med en rekke bestemmelser både i helse- og sosiallovgivningen, personvernlovgivningen og tvangsbestemmelsene i pasientrettighetsloven.

Bruk av varslings- og lokaliseringshjelpemidler som ledd i omsorgstjenestetilbudet i den offentlige helse- og sosialtjenesten er et ganske nytt fenomen. Lovverket er derfor i liten grad tilpasset de nye muligheter slik ny teknologi gir. Selv om mye kan løses ut fra en fortolkning av dagens lovregler, mener utvalget at lovverket på dette området er unødig komplisert og vanskelig å praktisere. Det fører derfor i stor grad til at slike hjelpemidler ikke blir tatt i bruk, også når det er åpenbart forsvarlig og ønskelig sett fra brukerståsted.”

”Utvalget foreslår videre at bruken av sporings- og varslingshjelpemidler (f eks med GPS) reguleres mer direkte i helse- og sosiallovgivningen. Det vil gi klarere regler, forenkle saksbehandlingen og tydeliggjøre hvilke avveininger som må gjøres for å ta i bruk hjelpemidler som åpenbart vil bidra til økt uavhengighet og frihet for mange brukere.”

Også i brev fra Datatilsynet til Helse- og omsorgsdepartementet av 9. mai 2011 er det etterlyst en klarere regulering på området.

Som en oppfølging av NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide et faglig grunnlag for implementering av velferdsteknologi i de kommunale omsorgstjenestene. Helsedirektoratets rapport om velferdsteknologi, IS-1990, ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet juni 2012. Rapporten gir også en vurdering og anbefalinger om lovregulering av bruk av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I rapporten foreslår Helsedirektoratet at det etableres et særskilt lovgrunnlag for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi overfor personer uten samtykkekompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Videre er det foreslått å utvide pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 til å omfatte lokaliseringsteknologi i tilfeller av motstand.

I Sverige og Danmark har det de siste årene vært økt oppmerksomhet rundt bruk av velferdsteknologi. Danmark har siden 2000 regulert adgangen til å benytte personlige alarm- og peile-systemer overfor personer med betydelig og varig

nedsatt psykisk funksjonsevne i lov om social service og lov om rettssikkerhet og administrasjon på det sociale område: Om magtanvendelse og andre indgrep i selvbestemmelsesretten m.v. (kapittel 24 i serviceloven). Den svenske regjeringen la 29. november 2012 frem lovforslag om god vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet. Forslaget omfatter alarm- og peilesystem.

For å skape rettslig klarhet og for å legge bedre til rette for teknologi som kan avverge skade, fremme fysisk aktivitet og gi den enkelte trygghet, foreslår departementet en særlig lov hjemmel for å anvende varslings- og lokaliseringsteknologi, som for eksempel GPS, på demente og andre omsorgstrengende uten samtykkekompetanse.

## 2.2 Høring

Høringsnotat om forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven – bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten – ble sendt på høring 4. oktober 2012 med høringsfrist 3. januar 2013.

Høringsnotatet inneholdt også forslag om oppheving av midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede.

Høringsnotatet ble sendt på høring til følgende instanser:

Abelia  
 Akademikerne  
 Arbeids- og velferdsdirektoratet  
 Arbeidsgiverforeningen SPEKTER  
 Asker kommune  
 Autismeforeningen i Norge  
 Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet  
 Barneombudet  
 Cerebral Parese foreningen  
 Datatilsynet  
 Den Norske Advokatforening  
 Den norske Dommerforening  
 Den norske Helsingforskomiteen  
 Den norske legeförening  
 Det norske diakonforbund  
 Direktoratet for forvaltning og IKT  
 Fafo  
 Fagforbundet  
 Fellesorganisasjonen FO  
 Funksjonshemmedes fellesorganisasjon  
 Helse- og sosialombudet i Oslo

Helsedirektoratet  
 Hovedorganisasjonen Virke  
 Husbanken  
 Human Rights Service (HRS)  
 Innovasjon Norge  
 Innvandrernes Landsorganisasjon (INLO)  
 Institutt for samfunnsforskning  
 Kirkens bymisjon  
 Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH)  
 Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene (KIM)  
 KS  
 Landets fylkeskommuner  
 Landets fylkesmenn  
 Landets helseforetak  
 Landets høyskoler (m/helsefaglig utdanning)  
 Landets kommuner  
 Landets pasient- og brukerombud  
 Landets regionale helseforetak  
 Landets universiteter  
 Landsforeningen for trafikkskadde  
 Landsforeningen for utviklingshemmede og pårørende  
 Landslaget for offentlige pensjonister  
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)  
 Legeföreningens forskningsinstitutt  
 Likestillings- og diskrimineringsombudet  
 Likestillingssenteret  
 Medborgernes Menneskerettighets kommisjon  
 Stiftelsen Menneskerettighetshuset  
 Mental Helse Norge  
 NAKMI  
 Nasjonalforeningen for folkehelsen  
 Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse  
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
 Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin  
 NAV kompetansesenter for tilrettelegging og deltagelse  
 NIBR – Norsk Institutt for by- og regionsforskning  
 Norges forskningsråd  
 NGO – forum for menneskerettigheter v/Den norske Helsingforskomiteen  
 Nordea Pensjonistforening  
 Norges Handikapforbund  
 Norges Juristforbund  
 Norsk eHelse Forum v/IKT-Norge  
 Norsk Ergoterapeutforbund  
 Norsk Forbund for Utviklingshemmede  
 Norsk Fysioterapeutforbund  
 Norsk Helse- og Sosiallederlag  
 Norsk Helse- og velferdsforum  
 Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)  
 Norsk Pasientforening

Norsk Pensjonistforbund	Fylkesmannen i Hedmark
Norsk Psykiatrisk Forening	Fylkesmannen i Hordaland
Norsk Psykologforening	Fylkesmannen i Oppland
Norsk senter for menneskerettigheter	Fylkesmannen i Vest-Agder
Norsk senter for elektronisk pasientjournal	Fylkesmannen i Vestfold
Norsk Sykepleierforbund	Haugesund kommune
Norsk Teknologi	Hedmark fylkeskommune
Norsk Tjenestemannslag (NTL)	Helsedirektoratet
Norske Kvinners Sanitetsforening	Helse Sør-Øst RHF
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)	Horten kommune
Organisasjonen Mot Offentlig Diskriminering (OMOD)	Hovedorganisasjonen Virke
PARAT	Kommunene Rå, Tine, Klepp, Randaberg og Gjesdal
PARAT-Helse	Kongsvinger kommune
Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO)	Kristiansand kommune
Rådet for psykisk helse	KS
SAFO – Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner	Lier kommune
Sametinget	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Seniorsaken i Norge	Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Senter for medisinsk etikk, SME	Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin
Senter for seniorpolitikk	Norges Ingeniør- og teknologorganisasjon
SINTEF Teknologi og samfunn	Norsk ergoterapeutforbund
SINTEF-Helse	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
SSB	Norsk Psykologforening
Statens helsetilsyn	Norsk Sykepleierforbund
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	NTNU
Statens seniorråd	Nøtterøy kommune
Stortingets ombudsmann for forvaltningen	Oppegård kommune
Teknologirådet	Oslo kommune
Universitets- og høyskolerådet	Oslo universitetssykehus HF
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)	Pensjonistforbundet
	Rælingen kommune
Følgende høringsinstanser har kommet med realitetsmerknader:	Sandnes kommune
	Sarpsborg kommune
	Seniorsaken
	SINTEF teknologi og samfunn
	Sola kommune
Advokatforeningen	Statens seniorråd
Arbeidsgiverforeningen Spekter	Statens helsetilsyn
Asker kommune	Statistisk sentralbyrå
Barneombudet	Stavanger kommune
Datatilsynet	Stjørdal kommune
Det sentrale elderråd i Oslo	Søgne kommune
Diakonhjemmet høyskole	Tromsø kommune
Drammen kommune	Trondheim kommune
Fagforbundet	Tønsberg kommune
Fellesorganisasjonen	Universitetet i Agder
Fredrikstad kommune	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
Fylkesmannen i Aust-Agder	



## 3 Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten

### 3.1 Varslings- og lokaliseringsteknologi

Helse- og omsorgstjenestene vil både i dag og i fremtiden være avhengig av møtet mellom pasienter og brukere og helse- og omsorgspersonell. Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig kontakt og faglig kompetanse. Velferdsteknologi kan imidlertid gi pasienter og brukere nye muligheter til selvstendighet, trygghet og fysisk aktivitet og til å klare seg på egenhånd i dagliglivet. Ulike former for teknologi kan fungere som støtte både til brukere og pasienter, pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Teknologien kan også bidra til å utnytte ressursene bedre i møte med fremtidens omsorgsutfordringer.

Det finnes et bredt spekter av tekniske løsninger for varsling og lokalisering.

#### *Varslingsteknologi*

Minst kontroversielt og inngripende er tradisjonelle teknologiske og tekniske hjelpemidler for varsling. Det vil si teknologi som benyttes i de fleste hjem og tekniske hjelpemidler som gjør oppgavene i dagliglivet enklere for den enkelte, eller som personen selv kan styre. Slik teknologi reiser i svært liten grad etiske eller juridiske spørsmål, da de enten ikke utgjør et inngrep i den enkeltes privatsfære eller det kan legges et samtykke til grunn for bruken (personen utløser varslingen selv). Eksempler på slik teknologi er brann- og innbruddsalarmer og trygghetsbrytere på elektriske apparat (eks. komfyrvakt). Eksempel på tekniske hjelpemidler som brukeren eller pasienten selv kan styre, er trygghetsalarm.

Tekniske løsninger for varsling der informasjon om vedkommende automatisk blir overført til helse- og omsorgstjenesten vil i større grad være inngripende overfor den enkelte, og det kan ikke ut fra bruken legges til grunn at vedkommende har samtykket. En kan ved hjelp av ulike slike varslingssystemer unngå faresituasjoner, hindre skade dersom en faresituasjon oppstår eller til-

kalle helse- og omsorgspersonell som kan gi nødvendig hjelp. Det finnes i dag en rekke slike systemer, for eksempel fallalarmer og bevegelsesalarmer.

I Ot.prp. nr 46 (2004-2005) om helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse er varslingssystemer definert slik:

”Varslingssystem med teknisk utstyr omfatter både mekanisk og elektronisk utstyr. Ei varsling er eit åtvarande signal. Eit varslingssystem er i denne samanhengen ei innretning for å varsle helsepersonell (eventuelt òg pasienten) om at ein situasjon av ein eller annan grunn er endra, slik at det ligg føre eit behov for omsorg. Varslingssystem dekkjer òg alarmsystem.”

#### *Lokaliseringsteknologi*

Begrepene lokaliseringsteknologi og sporingsteknologi brukes om hverandre om samme type teknologi. I rapporten Trygge spor en forstudie fra 2011 - GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for fysisk aktiviteter for personer med demens - defineres sporingssystemer på følgende måte:

”Sporingsteknologi er utstyr som kan beregne og opplyse om geografisk posisjon. Sporing eller bestemmelse av grafisk posisjon kan gjøres ved bruk av for eksempel Global Positioning System (GPS) eller Global System for Mobile Communication (GSM). I dag finnes f. eks GPS-løsninger som kan bæres på kroppen, legges i jakkelommen eller i vesken eller festes på en rullator, rullestol eller liknende.”

GPS er satellittbasert posisjoneringsteknologi som benyttes ute og fungerer i hovedsak ikke innendørs. GSM benytter mobilnettet for posisjonering. Det er en forutsetning at enheten som skal posisjonsbestemmes befinner seg innenfor et område med mobildekning eller har sterkt nok signal.

Fra et brukerperspektiv består et GPS-system i hovedsak av to deler: GPS-enheten som bærer med seg og et GPS-støttesystem som muliggjør sporing av bæreren av GPS-enheten. Støttesystemet inkluderer ofte sms og epost-varsler samt ulike brukerapplikasjoner på pc eller mobiltelefon.

GPRS – General Packet Radio Service er en standard for trådløs dataoverføring med mobilkommunikasjon over GSM mobiltelefonnettet. Den ble tatt i bruk kommersielt i 2000. Med GPRS kan man ha kontinuerlig overvåking og følge med på alle bevegelser til en person, og man kan følge ”slepespor” og se hvor en person har gått.

Sonevarsling/Geofence er en funksjon i form av et elektronisk gjerde, som kan programmeres på en GPS. Det elektroniske gjerdet kan for eksempel ha en radius på 1 km fra personens bolig. Dersom personen går utenfor denne radiusen varsles omsorgspersonalet og de kan spore hvor personen er og komme til unnsetning.”

### 3.2 Faktisk bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten

Det foreligger få kartlegginger og undersøkelser av bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. I forbindelse med arbeidet med pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A om helsehjelp til personer som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg hjelpen, ble det i startfasen foretatt en kartlegging av faktisk bruk av tvang og andre rettighetsbegrensende tiltak i tjenesteytingen til personer med demens. Kartleggingen ble foretatt av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og rapport ble lagt frem i 2002. Der fremgikk det at varslings- og lokaliseringsteknologi ble brukt i svært liten grad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For eksempel ble alarmbrikke som varsler med lydsignal til personsøker eller vaktrom når beboeren går ut brukt overfor 0,4 % av et utvalg av enkeltpersoner, alarm som varsler når beboeren forlater sengen ble brukt overfor 0,8 % av personene og alarmbrikke på beboer som gir elektronisk søkemulighet ble ikke brukt overfor noen.

Fylkesmennene rapporterer årlig inn tall til Statens helsetilsyn på bruk av inngripende varslingssystemer overfor personer med psykisk utviklingshemning. Innrapporterte tvangstiltak som omfatter bruk av inngripende varslingssystemer var 62 i 2009, 259 i 2010 og 268 i 2011.

KS gjennomførte i januar 2011 en spørreundersøkelse i alle landets kommuner for å kartlegge i hvilken grad kommunene har tilbud om velferdsteknologiske løsninger som en del av pleie- og omsorgstjenesten (Hoen og Tangen 2011). Undersøkelsen viser at velferdsteknologi i svært liten grad er tatt i bruk i norske kommuner. Så godt som alle kommunene har tilbud om trygghetsalarm, men kun et fåtall har utvidede funksjoner som sensorer koblet til trygghetsalarmen. Svært få kommuner har ulike typer helse- og velværeteknologi integrert i tjenestene. Det samme gjelder teknologi for sosial kontakt.

Det store flertallet av kommunene i undersøkelsen etterlyser informasjon om mulighetene som ligger i bruk av velferdsteknologi, og de etterlyser økt satsing på rådgivning knyttet til implementering og integrering i tjenestene. Manglende kompetanse og manglende økonomiske støtteordninger blir sett på som de største barrierene mot å ta teknologien i bruk. En stor andel av kommunene oppfatter også helselovgivningen som et hinder for å ta i bruk velferdsteknologi. Samtidig ser et flertall av kommunene på velferdsteknologiske løsninger som et rekrutteringsfortrinn fremover, og har stor tro på at ulike former for velferdsteknologi kan benyttes i forebyggende tiltak.

I tillegg til disse undersøkelsene er det igangsatt flere enkeltprosjekter de senere årene.

Trygge spor er et offentlig innovasjonsprosjekt i Oslofjordfondet 2011-2012. Endelig rapport ble lagt frem januar 2013, Trygge spor – GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens – Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor.

Resultatene fra prosjektet viser at bruk av lokaliseringsteknologi bidrar til økt trygghet, frihet, selvstendighet og livskvalitet for personer med demens og deres pårørende. Dette gjelder for både hjemmeboende og personer som bor på institusjon eller annen form for bofellesskap. Resultatene viser at bruken av varslings- og lokaliseringsteknologi ofte er det minst inngripende tiltaket som gir personen økt frihet, mobilitet og selvstendighet, og at tiltaket oppleves som fravær av tvang. Videre er det i rapporten fra studien pekt på at lokaliseringsteknologi må vurderes opp mot hvilke andre tiltak som kan benyttes for å forhindre at personer går seg bort. Sannsynligvis er slik teknologi mindre inngripende enn låsing av dører og medisiner. Det fremgår også av rapporten at etiske vurderinger, kartlegging av individuelle behov, faglig kompetanse og tilrettelegging av teknologi og tjenester er viktige forutsetninger for

forsvarlig og vellykket bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Videre at det er viktig med en klar ansvars plassering og individuelle vurderinger for å følge opp og eventuelt lokalisere bruker.

Helsedirektoratet la i juni 2012 frem en fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013 – 2030, IS-1990. I følge direktoratet er det først og fremst innenfor tjenestene i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 første ledd nr. 6 at det er behov for å ta i bruk velferdsteknologi, dvs. innenfor helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt), plass i institusjon (herunder sykehjem) og avlastning. Helsedirektoratet skriver følgende i sin rapport:

”På samme måte som trygghetsalarmen i dag sikrer trygghet for hjemmeboende, kan tekniske innretninger for varsling og lokalisering være ytterligere trygghetsskapende. Dette kan for eksempel være bruk av ulike detektorer for å varsle fall og annen funksjonssvikt. Dette kan gjøres i ulik grad, for eksempel kan det installeres varsler hvis man oppholder seg for lenge enkelte steder, for eksempel på badet. Varsler kan også innstilles til å følge med på bevegelsesmønster eller knyttes til observasjon av kjøleskap, for å følge med på matinntak.

Samtidig som slik teknologi kan bidra til trygghet og at flere kan bo hjemme i egen bolig lengre, vil det også være elementer av overvåking som kan true den enkeltes privatliv og personvern.

Bruk av teknologisk innretning for lokalisering, for eksempel bruk av GPS, kan bidra til å gi større frihet for pasienter/brukere ved at de kan gå ut uten følge, noe som vil være veldig viktig og øke livskvaliteten for mange. Dette kan også være viktig for pårørende. Slik teknologi kan bidra til at også pårørende kan få større frihet, ved at de ikke trenger å følge pasienten/ brukeren over alt, og gi større grad av trygghet når pasient/bruker beveger seg alene ute. Siden 2009 har Hovedredningssentralene

hatt rundt 200 søk etter personer med demens. I tillegg kommer lokale leteaksjoner. I Danmark er det anslått at 4 – 5 personer med demens forsvinner fra sitt hjem hver dag og at 10 – 15 personer med demens dør hvert år pga at de ikke finner veien tilbake (Wehner 2012).

Graden av trygghet er likevel ikke absolutt, da teknologi vil ha sine begrensinger. Bruk av slik teknologi vil derfor først og fremst være aktuelt for de som har evnen til å nyttiggjøre seg det. Å ta teknologi i bruk ut over dette vil støte an mot kravet til å gi forsvarlige tjenester.

Samtidig som lokaliseringstiltak kan gi frihet, kan slik teknolog, på samme måte som varslingsteknologi, bidra til innskrenkning av privatlivet ved at vedkommende som for eksempel benytter GPS kan bli overvåket.

For å sikre riktig bruk må det gjøres en avveining av de ulike hensynene.

Det må stilles krav til at teknologien skal være minst mulig integritetskrenkende og at bruken har et klart definert formål, og at bruken vurderes å være forsvarlig.”

Departementet ser at lokaliseringsteknologi kan være et aktuelt og nyttig hjelpemiddel i tjenesteytingen til enkelte pasienter eller brukere, for eksempel for personer som av og til har problem med å finne veien tilbake og har et ønske om å klare seg selv og derfor ikke ønsker følge av personell. Teknologien kan gi den enkelte trygghet og kan bidra til å avverge skade. Teknologien kan på sitt beste gi den enkelte pasient og bruker større utfoldelsesmuligheter og livskvalitet. Det er imidlertid ikke alle pasienter eller brukere som kan ha nytte av slik teknologi, for eksempel fordi de ikke klarer å unngå farer i trafikken.

Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi må ses i sammenheng med andre trygghetstiltak. Teknologien må komme som et supplement til personlig hjelp, tradisjonelle hjelpemidler og tilrettelegging av bolig, institusjon og nærmiljø. Det er en faglig utfordring å finne den kombinasjon av tiltak som dekker behovet til den enkelte på best mulig måte.

## 4 Dagens rettstilstand

### 4.1 Innledning

Lovregulering av adgang til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester endrer ikke på den enkeltes rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester eller på kommunenes og de regionale helseforetakenes plikt til å sørge for slike tjenester.

Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester vil kunne innebære inngrep overfor den enkelte. Dette krever rettslig grunnlag, enten i form av samtykke eller særskilt lovhjemmel (legalitetsprinsippet). Mange av dagens pasienter og brukere mangler samtykkekompetanse helt eller delvis, særlig gjelder dette en økende andel av personer med demens og andre med kognitiv svikt som trenger helse- og omsorgstjenester. Dette gjør det nødvendig med annet rettslig grunnlag enn samtykke, dvs. lovhjemmel.

Bruk av velferdsteknologi vil kunne få konsekvenser for den enkeltes personvern. Velferdsteknologi, herunder varslingssystemer og lokaliseringsteknologi, kan generere opplysninger om pasienten eller brukeren. Dagens og fremtidens velferdsteknologi er mangeartert, og de forskjellige løsningene har varierende grad av personvernkonsekvenser.

I tillegg til at det er nødvendig med et gyldig rettslig grunnlag for å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi, må innsamling, lagring og annen behandling av de personopplysningene teknologien genererer følge kravene i personvernlovgivningen, se nærmere redegjørelse i kapittel 6.

### 4.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

#### 4.2.1 Rett til helse- og omsorgstjenester

Den enkeltes rett til helse- og omsorgstjenester følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. § 2-1a gir pasienter og brukere rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Kommunens ansvar for å sørge for slike tjenester til personer som oppholder seg i kommunen følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-

1. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b gir pasienter rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester er lagt til staten. De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til personer i helseregionen, jf. spesialisthelsetjenesteloven, § 2-1a.

Selv om en person har rettskrav på nødvendige helse- og omsorgstjenester betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste eller bruk av bestemte virkemidler eller tekniske løsninger fra helse- og omsorgstjenesten. Dersom en pasient eller bruker har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester, er det kommunen eller spesialisthelsetjenesten som må vurdere og i utgangspunktet beslutte hva slags hjelp som skal tilbys ut fra de tilbudene og ressursene kommunen eller spesialisthelsetjenesten har.

Når det gjelder kommunene står disse imidlertid ikke helt fritt når det gjelder å avgjøre hva slags hjelp som skal tilbys. Formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til tjenestemottakerens ønsker og synspunkter. Dette gjelder særlig ved utforming av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, der det skal legges stor vekt på hva brukeren mener, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 andre ledd. I tillegg gjelder kravet om forsvarlighet etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Lovforslaget endrer ikke på den enkeltes rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester eller på kommunenes, og de regionale helseforetakenes plikt til å sørge for slike tjenester.

#### 4.2.2 Samtykke til helsehjelp

##### *Myndige personer*

Kapittel 4 i pasient- og brukerrettighetsloven gir regler om samtykke til helsehjelp. Lovens hovedregel er at helsehjelp til myndige personer bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet rettsgrunn-

lag. Videre er det bestemt at pasienten må ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen for at samtykket skal være gyldig, jf. § 4-1. Et samtykke kan etter § 4-2 gis uttrykkelig eller stilltiende.

Kravet til samtykke gjelder både helsehjelp og tiltak som settes i verk som ledd i tjenestene.

I tilfeller der pasienten eller brukeren selv samtykker til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helsetjenester, foreligger det ingen rettslig hinder for å ta dette i bruk.

Krav om samtykke kan være vanskelig for mange av de personene det kan være aktuelt å tilby bruk av lokaliserings- og varslingsteknologi, da de kan ha redusert, manglende eller varierende samtykkekompetanse.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 kan samtykkekompetansen bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. En del pasienter vil mangle samtykkekompetanse når det gjelder deler av helsehjelpen de mottar, men kan ha kompetanse til å samtykke til andre deler av helsehjelpen. Ofte vil dette henge sammen med kompleksiteten og innholdet i helsehjelpen. Vedkommendes samtykkekompetanse må vurderes konkret og det fremgår av bestemmelsen at helsepersonellet ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn skal legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. også loven § 3-5 om informasjonens form.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 er det gitt regler om kompetanse og vilkår for å treffe avgjørelse eller beslutning om helsehjelp til myndige pasienter som ikke har samtykkekompetanse, herunder helsehjelp i form av varslings- og lokaliseringsteknologi.

Etter denne lovregelen kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet, jf. bestemmelsens første ledd. Når det gjelder helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, går det frem av § 4-6 andre ledd at slik helsehjelp kan gis dersom det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp. Der det er mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Slik helsehjelp kan besluttes av den som er ansvarlig for helsehjelpen, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Det er presisert i bestemmelsen at det skal fremgå av

journalen hva pasientens nærmeste pårørende har opplyst, og hva annet kvalifisert helsepersonell har hatt av oppfatninger.

Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 gjelder ikke dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 gjelder helsehjelp. Et lignende ulovfestet krav om samtykke gjelder også omsorgstjenester som faller utenfor definisjonen av helsehjelp i loven § 1-3.

Reglene om samtykke i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 må ses i sammenheng med reglene om medvirkning og informasjon i loven kapittel 3.

#### *Barn og unge*

Foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4. Også for unge mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse, for eksempel som følge av psykisk utviklingshemming eller annen kognitiv svikt, er det foreldrene eller eventuelt andre med foreldreansvaret som samtykker på vegne av den unge. Foreldres eller andre med foreldreansvarets rett til å samtykke til helsehjelp omfatter også tiltak som ledd i helsehjelp i form av varslings- og lokaliseringssystemer.

Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 gjelder helsehjelp. Når det gjelder omsorgstjenester som ikke er regnet som helsehjelp, vil foreldres og andre med foreldreansvarets rett til å samtykke på vegne av barnet følge av barneloven.

#### **4.2.3 Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen**

Kapittel 4 A i pasient- og brukerrettighetsloven gir regler om helsehjelp til pasienter over 16 år uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Det er knyttet strenge vilkår til å yte helsehjelp som en pasient motsetter seg. Det er en forutsetning at tillitskapende tiltak har vært forsøkt, med mindre dette er åpenbart formålsløst. Videre er det krav om at unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten. Det er også krav om at helsehjelpen anses nødvendig og at tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen, jf. § 4A-3.

Dersom lovens vilkår er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten, jf. § 4A-4. Loven inneholder ingen liste over tiltak det er

adgang til å iverksette. Lovgiver har imidlertid funnet at enkelte tiltak må regnes som så inngripende at disse må hjemles særskilt. Det fremgår derfor av § 4A-4 at pasienten blant annet kan legges inn i helseinstitusjon og holdes tilbake dersom det er nødvendig for å få gjennomført helsehjelpen. Videre er det presisert at varslingssystemer med teknisk utstyr og bevegelsehindrende tiltak kan anvendes.

I forarbeidene, Ot.prp. nr. 64 (2005-2006), fremgår det at

”Observasjon og overvaking inneber at bilete eller lyd blir registrert slik at det er mogleg å konstatere kvar tenestemottakaren til kvar tid er. Slikt utstyr reiser særlege spørsmål i forhold til personvernsomsyn, og faren for misbruk er stor. Dette er bakgrunnen for at departementet ikkje foreslår at observasjons- og overvakingssystemer skal omfattast av lovforslaget.”

Helsedirektoratet har i brev av 23. januar 2009 til Fylkesmannen i Aust-Agder uttalt at lokaliseringstiltak ikke kan anvendes med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Direktoratet uttaler:

”Etter direktoratets oppfatning er mulighetene for overvåking og observasjon så vidt omfattende ved bruk av GPS som tillater oppsporing av en person, at dette må anses å være et tiltak som ikke kan anvendes med hjemmel i kapittel 4 A. Selv om den som avleser GPS-mottakerens bevegelser ikke ser bilde av pasienten som bærer mottakeren, så vil vedkommendes oppholdssted og bevegelser fortløpende kunne overvåkes. Direktoratet legger til grunn at lovgivers hensikt med å avgrense mot utstyr som er egnet til observasjon og overvåking nettopp er å beskytte pasienten mot en kontinuerlig registrering av hvor vedkommende oppholder seg, jf. formuleringen ”slik at det er mogleg å konstatere kvar tenestemottakaren til kvar tid er.””

### 4.3 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 - rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 regulerer bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Reglene gjelder ved bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter loven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, og stiller strenge vilkår for når tvang og makt kan brukes, i tillegg til strenge krav til saksbehandling, kontroll og tilsyn. Hovedformålet er å unngå unødig bruk av tvang og makt overfor de forholdsvis få psykisk utviklingshemmede som i perioder har alvorlig utfordrende atferd.

Tvang og makt er definert i § 9-2 som tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Det fremgår av samme bestemmelse at bruk av ”inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger” alltid regnes som bruk av tvang eller makt. Spørsmålet om et tiltak skal regnes som bruk av tvang eller makt etter § 9-2, må avgjøres etter en konkret helhetsvurdering.

Bruk av lokaliseringssystemer faller utenfor det som regnes som varslingssystemer etter § 9-2. Bruk av slike systemer vil imidlertid etter departementets vurdering normalt regnes som så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruken må derfor fylle vilkårene i loven og hjemles som tiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning gir, dersom lovens vilkår er oppfylt, adgang for kommunen til å treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Se også punkt 7.4.

## 5 Lovutkastet og de internasjonale menneskerettighetene

### 5.1 Innledning

---

Flere menneskerettskonvensjoner har bestemmelser som er relevante når det gjelder varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. Sentrale konvensjoner er

- FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)
- FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP)
- Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK)
- FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin

I 2006 ble FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne vedtatt. Bestemmelsene i konvensjonen bekrefter og presiserer de rettighetene som allerede følger av SP og ØSK. Formålet er å sikre respekt og gjennomslag for menneskerettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne.

Konvensjonen er undertegnet, men ikke ratifisert av Norge. Regjeringens forslag om ratifikasjon er til behandling i Stortinget, jf. Prop 106 S (2011–2012) og Innst. S. (2012–2013). Konvensjonen er dermed ikke del av norsk rett enda. Departementets forslag om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten må likevel vurderes i lys av kravene i denne konvensjonen.

### 5.2 Grunnloven og menneskerettsloven

---

Grunnloven § 110c første ledd fastsetter følgende om Norges plikt til å oppfylle menneskerettighetene:

”Det paaligger Statens Myndigheter at respektere og sikre Menneskerettighetene.”

ØSK, SP og EMK er tatt inn i menneskerettsloven og gjelder derfor som norsk lov (Lov 21. mai 1999 nr. 30 om menneskerettighetenes stilling i norsk rett, § 2).

Bestemmelsene i disse konvensjonene skal ved motstrid gå foran bestemmelser i annen norsk lovgivning, jf. menneskerettsloven § 3.

### 5.3 Krav til helsehjelp og helsestandard

---

Etter ØSK artikkel 12 skal statene treffe tiltak for å virkeliggjøre retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk. Myndighetene skal skape vilkår som trygger all legebehandling og pleie under sykdom. Dette forutsetter at tjenestetilbudet må holde en forsvarlig og adekvat standard i lys av statens tilgjengelige ressurser og utviklingsnivå.

Det følger av FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne at staten skal iverksette eller fremme forskning på og utvikling av ny teknologi, og fremme tilgjengelighet og bruk av teknologien, herunder informasjons- og kommunikasjonsteknologi, mobilitets- hjelpemidler, utstyr og tekniske hjelpemidler, jf. artikkel 4. Staten skal sette i verk effektive tiltak for å sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne en personlig mobilitet som gir størst mulig uavhengighet, jf. artikkel 20. Andre bestemmelser som kan nevnes er artikkel 19 om retten til et selvstendig liv og til å være en del av samfunnet, artikkel 20 om å sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne en personlig mobilitet som gir størst mulig uavhengighet og artikkel 30 om deltakelse i kulturliv, fritidsaktiviteter, fornøyelser og idrett.

Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten skal gi mulighet til selvstendighet, trygghet og fysisk aktivitet og til å klare seg på egenhånd i dagliglivet. Slike tiltak kan dermed bidra til oppfyllelse av FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne. Tiltakene må på den annen side vurderes i lys av konvensjonens artikkel 17 om

vern av psykisk og fysisk integritet og artikkel 22 om vern av privatlivet, se i punkt 5.4.

Menneskerettighetene og internasjonale prinsipper for pasientrettigheter har som utgangspunkt at helsehjelp skal gis på bakgrunn av pasientens frie og informerte samtykke. Dette er blant annet nedfelt i artikkel 25 i FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne. Det samme er nedfelt i artikkel 5 i Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin. Etter denne konvensjonens artikkel 6 kan det gis helsehjelp til personer som ikke er i stand til å samtykke. Forutsetningen er at tiltaket er til direkte fordel for personen det gjelder.

#### 5.4 Rett til privatliv og krav om lovhjemmel for inngrep

Blant de sentrale menneskerettigheter er retten til beskyttelse mot inngrep i privatliv og familieliv etter EMK artikkel 8, og retten til ikke å bli utsatt for vilkårlig frihetsberøvelse etter EMK artikkel 5. Tilsvarende beskyttelse følger også av andre menneskerettighetskonvensjoner, se for eksempel SP artikkel 9 og 17. Videre er retten til privatliv og til psykisk og fysisk integritet nedfelt i FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne artikkelene 17 og 22.

Det er først og fremst relevant å vurdere om lovutkastet er i samsvar med retten til privatliv. Lovutkastet åpner ikke for frihetsberøvelse. I hvilken grad pasient kan holdes tilbake i institusjon eller andre steder vil følge av allerede eksisterende bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven eller annen helselovgivning.

Retten til privatliv etter EMK artikkel 8 innebærer et vern av den enkeltes fysiske og psykiske integritet. Artikkelen beskytter ikke bare den innerste private sfære, men også i noen grad retten til kontakt med andre mennesker. Ikke alle tiltak vil bli regnet som et inngrep i konvensjonens forstand. Det kreves et visst minimum av intensitet.

Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har gjennom flere avgjørelser slått fast at EMK artikkel 8 også omfatter personvern, herunder innsamling, forvaltning og spredning av personopplysninger.

EMK artikkel 8 andre ledd angir tre vilkår, som alle må være oppfylt for at et inngrep er lovlig. For det første er det krav om lovhjemmel. For det andre må inngrepet ha et akseptabelt formål,

for eksempel beskyttelse av helse. For det tredje må det være ”nødvendig i et demokratisk samfunn”. Dette siste er tolket som et krav om proporsjonalitet eller rimelig forholdsmessighet mellom belastningen inngrepet påfører borgeren og viktigheten av å ivareta de hensyn som begrunner inngrepet.

Det er ikke tilstrekkelig at norske regler vurderes å være i samsvar med menneskerettighetene. Også utøvelsen og praktiseringen av reglene må være i overensstemmelse med menneskerettighetene.

#### 5.5 Vurdering av om lovforslaget er i samsvar med retten til privatliv

Lovutkastet åpner for tiltak som innebærer inngrep i brukerens eller pasientens privatliv, slik dette er beskyttet i blant annet EMK artikkel 8 første ledd (se punkt 5.4). Dette vil både gjelde selve bruken av varslings- og lokaliseringstiltak og den tilhørende behandlingen av personopplysninger. Slike inngrep er lovlige når vilkårene om lovhjemmel, akseptabelt formål og proporsjonalitet i artikkel 8 andre ledd er oppfylt.

Vedtaket og iverksettingen av lokaliseringstiltak og varslingstiltak med tilhørende behandling av personopplysninger skal bare skje i den grad dette er nødvendig for å hindre eller redusere risiko for helseskade. Lovutkastet skal også gi en klar hjemmel for slike tiltak. Departementet legger derfor til grunn at vilkårene om lovhjemmel og akseptabelt formål i EMK artikkel 8 andre ledd er oppfylt.

Departementet mener at lovutkastet også er i samsvar med kravet om proporsjonalitet i EMK artikkel 8 andre ledd. Lovutkastet krever at bruk av utstyr for varsling og lokalisering er i pasientens eller brukerens interesse. I denne forbindelse skal det legges vekt på om tiltaket står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen og om tiltaket fremstår som det minst inngripende tiltaket. Dersom pasienten motsetter seg tiltaket, kreves det risiko for vesentlig helseskade.

Videre skal den tilhørende behandlingen av personopplysninger følge reglene i den alminnelige personvernlovgivningen. Etter personopplysningsloven kreves det blant annet at opplysningene slettes når formålet med behandlingen er oppnådd. Vanligvis vil det være tilstrekkelig med en kortvarig lagring av personopplysningene.



## **5.6 Særlig om forholdet til FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne**

---

Bestemmelsene i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne bekrefter og presiserer de rettighetene som allerede følger av FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter og FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Formålet er å sikre respekt og gjennomslag for menneskerettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne. Se også punkt 5.3.

Lovforslaget innebærer ingen endringer i de grunnleggende prinsippene i pasient- og brukerrettighetsloven som er vurdert å være i overensstemmelse med konvensjonen. De foreslåtte lovbestemmelsene er blant annet underlagt de samme vilkårene om manglende samtykkekompetanse, at tiltakene skal hindre helseskade og i motstandstilfellene vilkår om fare for vesentlig helseskade, samt de samme rettssikkerhetsgarantiene. Se også drøftelsen av forholdet til EMK artikkel 8 i punkt 5.5. På denne bakgrunn mener departementet at de foreslåtte lovreglene er i overensstemmelse med FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

## 6 Lovutkastet og personvern

Det går frem av personopplysningsloven § 1 første ledd at loven skal ”beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger”. Etter § 1 andre ledd skal loven bidra til at personopplysninger behandles i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder ”behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på personopplysninger”.

Opplysninger som genereres fra varslings- og lokaliseringsteknologi som kan knyttes til en enkeltperson vil være personopplysninger, jf. § 2 nr. 1. Dette vil typisk være informasjon om hvor en person har beveget seg eller befinner seg, som geografiske koordinater eller kartinformasjon. Opplysningene vil ikke være sensitive opplysninger etter personopplysningsloven § 2 nr. 8 bokstav c, da de ikke sier noe om vedkommendes helseforhold. Behandlingen av personopplysninger som genereres fra varslings- og lokaliseringsteknologi vil derfor falle innenfor personopplysningslovens virkeområde, og helseregisterloven kommer ikke til anvendelse.

Det kan likevel forekomme at det også er nødvendig å behandle helseopplysninger i tilknytning til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Det kan f. eks. være hvis vedkommende som er utstyrt med slik teknologi lokaliseres og blir funnet skadet. Dokumentasjon av den nødvendige helsehjelp vil følge de alminnelige reglene om journalplikt etter helsepersonelloven § 39. Dette gjelder også annen journalverdig informasjon som eventuelt kan utledes fra bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Avveiningen av hva som skal føres i journalen når man bruker denne type teknologi, vil være den samme som helsepersonell ellers foretar når de vurderer hva som skal inngå i journalen eller ikke.

Vilkårene for behandling av personopplysninger går frem av § 8. Personopplysninger kan bare behandles dersom den registrerte har samtykket eller det er fastsatt i lov at det er adgang til slik behandling eller det er nødvendig av nærmere angitte grunner. I tilfeller hvor vedkommende har samtykkekompetanse, vil samtykke være det rettslige grunnlaget for behandling av personopp-

lysninger som er nødvendig ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Dette forslaget gjelder imidlertid de tilfeller hvor vedkommende ikke har samtykkekompetanse, hvor det rettslige grunnlaget følger av lovutkastet. Vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi foreslås hjemlet i lov, og dette må anses som tilstrekkelig hjemmel for å behandle tilhørende personopplysninger.

Personopplysninger må behandles i henhold til grunnkravene i personopplysningsloven § 11. Formålet med behandlingen av personopplysningene må være uttrykkelig angitt og saklig begrunnet i virksomheten, jf. § 11 første ledd bokstav b. Videre må personopplysningene være tilstrekkelige og relevante for formålet, korrekte og oppdaterte og ikke lagres lenger enn det som er nødvendig for formålet, jf. § 11 første ledd bokstav d og e.

Formålet med behandling av personopplysninger som genereres av varslings- og lokaliseringsteknologi er å hindre eller begrense risiko for skade på vedkommende selv. Hensikten er ikke å lagre vedkommendes bevegelser over tid, men å kunne lokalisere vedkommende når det er risiko for skade. Det kan typisk være sist kjente posisjon og hvor vedkommende har vært i forkant av utløsning av f. eks. en alarm. Hvis vedkommende som er utstyrt med varslings- og lokaliseringsteknologi kommer trygt tilbake fra en tur, er det ikke nødvendig å lagre vedkommendes lokaliseringsdata fra den turen. Dette innebærer at lagringen av personopplysninger vil være kortvarig med en fortløpende sletteplikt etter hvert som personopplysningene ikke lenger er relevante for formålet, jf. § 28 første ledd. Det kan i tillegg være behov for å kunne lagre vedkommendes bevegelsesmønster over en periode i en kartleggingsfase, men disse må slettes når formålet med kartleggingen er oppnådd.

Det forutsettes at det foretas en konkret vurdering av behovet for lagring av bevegelsesmønster knyttet til formålet med tiltaket. Det er viktig å ha gode tekniske løsninger og gode rutiner for å unngå lagring av overskuddsinformasjon, og ikke

minst ha gode sletterutiner for å oppfylle kravene etter personopplysningsloven.

Pliktene etter personopplysningsloven påligger den som er behandlingsansvarlig for personopplysningene etter loven, jf. § 2 nr. 4. Begrepet "behandlingsansvarlig" tilsvarer begrepet "data-behandlingsansvarlig" som benyttes i helseregisterloven. Behandlingsansvarlig vil være den virksomhet som treffer vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Dette kan f. eks. være

en kommune eller et helseforetak. Behandlingsansvarlig kan benytte en databehandler, jf. § 2 nr. 5, som kan være f. eks. en privat tilbyder eller en felles trygghetssentral, men en databehandler kan ikke behandle opplysningene på annen måte enn det som er skriftlig avtalt.

Videre kan vedtaket om å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi innebære behandling av helseopplysninger, for eksempel knyttet til vurdering av samtykkekompetanse.

## 7 Lovforslaget

### 7.1 Innledning

---

Som det fremgår under punkt 4 er dagens regelverk fragmentert og til dels uklart og mangelfullt når det gjelder bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten til myndige pasienter eller brukere som mangler samtykkekompetanse. Bruk av slik teknologi som ledd i helse- og omsorgstilbudet i den offentlige helse- og omsorgstjenesten er et ganske nytt fenomen. Teknologien er langt på vei utviklet, men tas i liten grad i bruk. En stor andel av kommunene oppfatter helselovgivningen som et hinder for å ta i bruk velferdsteknologi, se under punkt 3.2.

For å skape rettslig klarhet og for å legge bedre til rette for ny teknologi som kan gi den enkelte større mulighet til selvstendighet, trygghet og fysisk aktivitet foreslår departementet en særlig lovhjemmel som gir helse- og omsorgstjenesten adgang til å treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester til myndige pasienter og brukere som mangler samtykkekompetanse.

Dagens regelverk om vilkår og kompetanse til å treffe avgjørelse om helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetansen skiller som hovedregel mellom helsehjelp som pasienten ikke motsetter seg og helsehjelp som pasienten motsetter seg. Departementets forslag bygger på samme skille.

### 7.2 Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som myndig pasient eller bruker ikke motsetter seg

---

#### 7.2.1 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet en egen lovbestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven som gir helse- og omsorgstjenesten adgang til å treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester til myndige pasienter og brukere som mangler samtykkekompetanse. For å fange opp det samlede behovet for å kunne ta i bruk slik tekno-

logi ble det foreslått arenauavhengige regler for hele helse- og omsorgstjenesten, herunder både pasienter og brukere som mangler samtykkekompetanse.

Departementet viste til at det er viktig at en lovbestemmelse kan ta opp i seg den teknologiske utviklingen med stadig nye løsninger. Det ble derfor foreslått en generell og teknologinøytral hjemmel som omfatter teknologiske hjelpemidler som brukes for å varsle eller lokalisere. Det ble uttalt at dette ikke utelukker bruk av lyd og bilde.

Vilkårene for å gi helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd ble foreslått gjort gjeldene i den nye bestemmelsen om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. Det ble foreslått at den nye bestemmelsen avgrenses til de tilfellene eller situasjonene det må antas å være i brukerens eller pasientens interesse at det tas i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi. I vurderingen skal det legges vekt på om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket. Det ble videre foreslått, som i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd, at det skal innhentes informasjon fra brukerens eller pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket, der dette er mulig.

Både menneskerettighetene og personvernsløvgivningen stiller krav til akseptabelt eller saklig begrunnet formål for inngrep i privatlivet og for å behandle personopplysninger som bruken av varslings- og lokaliseringsteknologi generer. Departementet foreslo derfor at det stilles som vilkår for å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi at tiltaket er nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren.

For å utdype og konkretisere nødvendighetsvilkåret og kravet om at tiltaket skal være i pasientens eller brukerens interesse, foreslo departementet at det i vurderingen blant annet skal legges vekt på om tiltaket står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen (forholdsmessighet) og om tiltaket fremstår som det minst inngripende tiltaket.

I likhet med pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 foreslo departementet at det fremgår av bestemmelsen at den ikke kommer til anvendelse dersom pasienten eller brukeren motsetter seg tiltaket. Dersom pasienten eller brukeren motsetter seg bruk av slik teknologi, er det etter departementets vurdering behov for strengere vilkår og mer omfattende saksbehandlingsregler. Se om dette under punkt 7.3.

For å sikre dokumentasjon og etterprøvbare av avgjørelser om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, ble det foreslått presisert i lovforslaget at helse- og omsorgstjenesten skal treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Departementet vurderte at det ikke er behov for å lovfeste at vedtaket skal være tidsavgrenset.

Lovbestemmelsen ble forelått plassert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. Mens reglene i dette kapitlet kun gjelder helsehjelp, skulle den nye bestemmelsen også gjelde bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester som ikke er definert som helsehjelp etter loven. Det ble foreslått en henvisning til de generelle reglene om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 til § 4-3 og at disse vil gjelde tilsvarende for vurderingen av samtykkekompetansen til brukere.

## 7.2.2 Høringsinstansenes syn

### 7.2.2.1 Generelt

Samtlige høringsinstanser støtter i hovedsak departementets forslag og vurderinger. *Ergoterapeutene* skriver blant annet:

”Alternativene til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi er ofte mer inngripende og uverdige enn teknologiene. Låste dører, hyppige tilsyn og innskrenket bevegelsesradius er ofte uverdige og gir ikke rom for selvstendighet og deltagelse i hverdagslivets aktiviteter.”

De fleste høringsinstansene er opptatt av at varslings- og lokaliseringsteknologi ikke skal erstatte menneskelig kontakt. Flere høringsinstanser peker på sikkerhet rundt bruken av varslings- og lokaliseringsteknologi og understreker at bruk av slik teknologi bare vil være et av flere tiltak for å gi den enkelte trygghet og for å hindre skade. *Fylkesmannen i Aust-Agder* uttaler:

”Fylkesmannen er kjent med at erfaringer bl.a. fra Danmark ikke er ubetinget positive: Utstyret faller av, eller tas av, det blir borte i «skygger», havner under vann, eller slutter å virke av en eller annen årsak. Det må m.a.o. etableres en egen ikt-støtte rundt ordningen som kvalitetssikrer bruk, reparasjon, oppbevaring og opplæring. Det må også etableres et fagmiljø som kan jobbe frem systemer for vurdering av hvem som er egnet til å bruke ST, når slike tiltak bør avsluttes og hvilke vurderinger som skal gjøres underveis. Slike prosedyrer kan ikke basere seg på dagens helsesystemer.”

Enkelte høringsinstanser, herunder *SINTEF*, understreker at det er viktig å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi for personer med demens så tidlig som mulig slik at brukers funksjons- og mestringsnivå kan opprettholdes lengre ut i sykdomsforløpet.

*Nasjonalforeningen for folkehelsen* trekker også frem:

”...nødvendigheten av å ta i bruk teknologi så tidlig som mulig for personer med demens. Personer med demens kan som en følge av sin sykdom ofte føle seg usikre i begynnelsen og motsette seg at nye hjelpemidler tas i bruk. Derfor bør det settes fokus på betydningen av tillitsskapende tiltak og kommunikasjon før GPS skal brukes i det daglige.”

Begrepet varslings- og lokaliseringsteknologi, og særlig teknologi som varsler om endringer i helse-tilstand, drøftes av flere høringsinstanser. Flere tar opp grensedragningen mot medisinsk overvåking. *Helsedirektoratet* skriver:

”Helsedirektoratet vil påpeke at varslingsteknologi innenfor helse- og omsorgstjenesten også vil kunne forstås som utstyr som varsler om endringer i helsetilstand, f.eks. mer tradisjonelt utstyr som hjerteovervåking, epilepsi-alarm, sensorteknologi som varsler om temperaturendringer, hjerterytmene etc. etc. (for enkelhets skyld kalt medisinsk varslingsteknologi i det følgende). Etter Helsedirektoratets vurderinger er det behov for klargjøring i lovproposisjonen av om slik varslingsteknologi skal omfattes av ny § 4-6a eller ikke. Dersom en tenker seg at også medisinskvarslingsteknologi skal omfattes av § 4-6a, vil det få betydning for vurderingen av om helseregisterloven kommer til anvendelse, (...). Videre vil det få den konsekvens at bruk av medisinsk varslingsteknologi

som hittil er hjemlet i gjeldende § 4-6 for de ikke samtykkekompetente pasientene, heretter underlegges de skjerpede vilkår, og prosedyrer som følger av forslaget til ny § 4-6a, for eksempel krav om å fatte vedtak.”

Enkelte høringsinstanser stiller seg spørrende eller er skeptiske til uttalelsen i høringsnotatet om at forslaget ikke utelukker bruk av lyd og bilde.

De fleste høringsinstansene uttaler seg om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er få høringsinstanser som uttaler seg om behovet for regler om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i spesialisthelsetjenesten, *Helse Sør-Øst RHF* skriver imidlertid:

”Lovforslaget har relevans for spesialisthelsetjenesten, og bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi kan være aktuelt for flere pasienter med demens eller kognitiv svikt innen psykisk helsevern og i ulike medisinske og kirurgiske avdelinger. Innen voksenhabilitering er psykisk utviklingshemmede en målgruppe. I de store, komplekse sykehusene vil bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi kunne åpne for mer selvstendighet, frihet og aktivitet, samtidig som pasientenes behov for trygghet ivaretas bl. a. gjennom bruk av teknologi. Helse Sør-Øst RHF er enig i at det vil være uheldig å regulere adgangen til å bruke varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester ulikt i de kommunale tjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF støtter derfor en egen lovbestemmelse om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, at denne plasseres i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4, og at det fremgår klart at reglene gjelder helse- og omsorgstjenesten.”

Enkelte andre høringsinstanser har også kommentarer til forslaget om å plassere bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven. Noen av disse, blant annet *Pensjonistforbundet* stiller spørsmål ved om det ikke hadde styrket den videre utvikling på feltet og brukers rettigheter dersom hjemmelen til å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi plasseres i både pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenestelovgivningen og personvernlovgivningen. *KS* viser til at behovet for regulering av adgangen til å bruke varslings- og varslingsteknologi først og fremst gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester. Under henvisning til formålet med reguleringen

og de utfordringene man søker å møte, mener *KS* det er naturlig å plassere lovbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven.

Det er få høringsinstanser som har spesifikke kommentarer til de foreslåtte vilkårene for å kunne treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. *Datatilsynet* og *Helsedirektoratet* mener vilkåret om at tiltaket må være nødvendig for å ”hindre eller begrense risiko for skade” er en lav terskel for å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi. *Datatilsynet* uttaler:

”Etter *Datatilsynets* mening utgjør ordbruken ”eller redusere” en for vid adgang til å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi. Etter ordlyden forutsettes det at det foreligger en risiko, og da bør det kreves at tiltaket er egnet til å hindre at denne risikoen manifesterer seg.”

*Helsedirektoratet* skriver at slik vilkårene i forslaget § 4-6 a er utformet, er terskelen for å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi relativt lav. Etter direktoratets vurdering blir det desto viktigere at lovproposisjonen understreker kravet til forsvarlighet. Videre må det komme tydelig frem at forsvarlighetskravet også inneholder et krav om etisk forsvarlighet. *Sarpsborg kommune* uttaler på den annen side:

”Imidlertid synes presiseringen om at ”tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade”, å være begrensende. For mange brukere vil hovedgevinsten være muligheten for i større grad å leve et aktivt liv, med økt livskvalitet og større trygghet være utslagsgivende.” Kommunen ”mener derfor at presiseringen enten bør tas bort, eller at den omformuleres til også å omtale positive faktorer i forhold til brukers livskvalitet.”

*Oslo kommune* ved det sentrale eldreråd etterlyser en fremadskuende holdning til ny teknologi og skriver:

”Vi tillater oss å stille spørsmål om den foreslåtte nye lovtekst er klargjørende nok. I lys av at det dreier seg om ny teknologi stiller vi også spørsmål om teksten er for restriktiv på grunn av manglende kunnskap om hvilke praktiske endringer den nye teknologi vil kunne medføre i institusjoner og i hjemmene. Vi savner en mer konstruktiv og fremadskuende holdning til problemstillingene i høringsnotatets argumentasjon. Ny teknologi vil komme til å få banebrytende betydning for landets eldre befolkning,

som bare øker fremover. Derfor må det lovverk som etableres i dag ta høyde for denne utvikling og samtidig vise at disse teknologiske nyvinninger er ønsket og velkommen som betydningsfulle bidragsyttere til bedre pleie- og omsorg for landets eldre.”

*Helsedirektoratet* drøfter kravet om manglende samtykkekompetanse og foreslår

”... at departementet tydeliggjør hvem som skal foreta vurderingen av om brukeren mangler samtykkekompetanse når vurderingen ikke foretas som ledd i helsehjelp, jf. at § 4-3 tredje ledd forutsetter at det er «den som yter helsehjelp» som avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse. Tenker en seg at dette skal være den som fatter vedtaket om å tildele varslings- og lokaliseringstutstyret (...), eller tenker en seg at kvalifisert helsepersonell må foreta vurderingen?”

Enkelte høringsinstanser ønsker en ordning med forhåndssamtykke. *Statens seniorråd* uttaler blant annet at:

”... departementet bør vurdere om det er hensiktsmessig å ha en rettslig bindende ordning der samtykke til bruk av varslings og lokaliseringsteknologi kan gis i forkant - mens man har samtykkekompetanse – etter modell av testament- og donorordninger. En slik ordning må nødvendigvis også innebære retten til å motsette seg det samme.”

Enkelte høringsinstanser har kommentarer til kravet om enkeltvedtak ved avgjørelser om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. *Drammen kommune* anser det som unødvendig at teknologi som del av en tjeneste skal utløse krav om særskilt vedtak. Kommunen uttaler at det er uhensiktsmessig å treffe enkeltvedtak for bruk av nødvendig teknologi. Forslaget er byråkratiserende og påfører kommunene unødvendige kostnader. *Tønsberg kommune* mener på den annen side at det er svært viktig at denne type avgjørelser blir dokumentert. *Fylkesmannen i Hordaland* tar opp beslutningsmyndighet og peker på sammenhengen med lovens § 4-6 og uttaler:

”Forslaget til ny § 4-6a i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) skiller seg fra de andre representasjonsreglene i lovens kapittel 4 ved

at beslutningsmyndigheten legges til «helse- og omsorgstjenesten», og ikke til «den som yter helsehjelp». Det bør etter vårt skjønn normeres noe i forarbeidene. Mange kommuner opererer for eksempel med en bestiller/utførermodell, og det bør legges til rette for lik praksis med hensyn til delegering av myndighet/personell kompetanse på dette området. (...) Videre vil vi trekke fram innholdet i pbrl. § 4-6 som vedtaksløst åpner for meget inngripende avgjørelser på vegne av pasienter. Dette står i kontrast til enkelte meget lite inngripende tiltak som er foreslått regulert i den nye bestemmelsen. Vi ser at det i høringsnotatet er vist til at en del av det kommunale tjenestetilbudet ikke er å anse som helsetjenester, og som derfor ikke omfattes av journalføringsplikten. Det er likevel etter vårt syn ikke hensiktsmessig, med henvisning til nåværende pbrl. § 4-6, å kreve at et kommunalt sykehjem skal måtte treffe et skriftlig vedtak etter forvaltningsloven sine bestemmelser, fordi man må benytte en alarmmatte foran en dement beboers seng. Ut i fra våre erfaringer med implementering av kapittel 4A-regelverket, vil dette være en tung byrde for mange sykehjem. Den alminnelige journalføringsplikten bør altså være tilstrekkelig for denne type tiltak. Mot denne bakgrunn ber vi departementet vurdere om kravet om vedtak kun bør knytte seg til bruk av lokaliseringsteknologi (GPS, bildeovervåkning osv.), hvor det gjør seg gjeldende en del andre hensyn som nok nødvendiggjør et krav om vedtak.”

Samtlige høringsinstanser som uttaler seg om spørsmålet, unntatt Helsedirektoratet, støtter departementets vurdering av at det ikke er behov for å lovfeste at vedtaket skal være tidsavgrenset. *SINTEF* uttaler:

”En tidsavgrensning kan gjøre situasjonen uforutsigbar og bidra til at hverdagen blir vanskeligere for både bruker og pårørende.”

Helsedirektoratet skriver i sin uttalelse at tidsavgrensninger på vedtakene vil kunne bidra til å sikre hyppige vurderinger, og viser til at krav om fortløpendevurdering som følger av annet lovverk til dels er tilstrekkelig for å sikre slik vurdering.

*Statistisk sentralbyrå* mener informasjon om ulike varslings- og lokaliseringsteknologiske ordninger bør inngå i IPLOS-registeret.

### 7.2.2.2 Uttalelser om personvernspørsmål, lagring av data og sporing av personer

Flere høringsinstanser tar opp personvernspørsmål og kommenterer lagring av data og håndtering av sporing og søk etter personer.

Enkelte av disse har kommentarer til uttalelsen i høringsnotatet om at opplysningene som genereres fra varslings- og lokaliseringsteknologi ikke vil være sensitive opplysninger og forholdet til helseregisterloven. *Oslo universitetssykehus* uttaler:

”OUS mener det kan stilles spørsmålstegn ved dette, da opplysninger om at en person benytter slik teknologi, indikerer at personen har behov for slik helsehjelp som omhandlet i høringsbrevet. Det vises også til at tjenesten også er definert som ”helsehjelp”, og således er knyttet til personer som helt eller delvis er ute av stand til å ta vare på seg selv. På ovennevnte bakgrunn mener OUS at opplysningene som genereres er sensitive helseopplysninger som sier noe om personens helseforhold, og følgelig kommer helseregisterloven til anvendelse.”

*Helsedirektoratet* skriver:

”Videre vil mengden av det som i seg selv eller enkeltvis ikke fremstår som sensitive personopplysninger, samlet sett kunne innebære sensitive personopplysninger, evt. helseopplysninger. Lokaliseringsteknologi er nøyaktig, og vil f. eks. kunne avsløre om pasient eller bruker oppsøkeren gitt helseklinikk eller stadig går innom samme lokale tippekiosk eller lignende. Vi mener departementet må ta høyde for begge disse mulighetene.”

*Datatilsynet* er enig i at opplysningene skiller seg fra helseopplysninger som regulert i helseregisterloven, da det primært ikke er opplysninger som er nødvendige å journalføre for å dokumentere gitt helsehjelp, men uttaler videre:

”Vi er imidlertid ikke enige i at de aktuelle opplysningene ikke er, eller kan være sensitive. Opplysninger om helseforhold er sensitive, jf. personopplysningsloven § 8 c. Begrepet helseforhold er videre enn begrepet helseopplysninger i helseregisterloven. Begrepet ”helseforhold” omfatter opplysninger om en persons tidligere, nåværende og fremtidige fysiske eller

psykiske tilstand. Også opplysninger om sosiale forhold kan falle inn under begrepet.

Når det er fattet enkeltvedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi overfor en person vet man for det første at vedkommende er myndig, men ikke samtykkekompetent. Ut i fra et slikt vedtak kan det også utledes at dette en person som har krav på kommunale helse- og omsorgstjenester. Samlet sett mener *Data-tilsynet* at dette kan være opplysninger om helseforhold som følgelig er sensitive i henhold til personopplysningsloven.

Dette utgjør en forskjell ved at det da ikke er tilstrekkelig å ha hjemmel for behandlingen i personopplysningsloven § 8, men det skal også finnes hjemmel i § 9. En annen viktig forskjell er hva som kreves av informasjonssikkerhetstiltak for å tilfredsstille kravene i personopplysningsloven § 13 og tilhørende forskrift kapittel 2. Det kreves generelt sett et høyere sikkerhetsnivå ved behandling av sensitive personopplysninger enn ved behandling av ikke-sensitive personopplysninger.”

Enkelte av høringsinstansene har kommentarer til spørsmålet om lagring av data som teknologien genererer. *Trondheim kommune* skriver at kommunens erfaring med Trygge spor prosjektet er at det bør være mulig å lagre data om brukers posisjon i inntil 24 timer, da dette gir mulighet for kartlegging av de siste bevegelser om bruker kommer bort. Informasjon om kun siste posisjon kan være utilstrekkelig da det for eksempel ikke kan si noe om bruker har vært i ro i lengre tid.

*Diakonhjemmet Høgskole* mener det kan være behov for å lagre opplysninger ut over dette og skriver:

”...vil vi påpeke at det av ulike faglige grunner vil være behov for å kunne lagre opplysninger, for eksempel om hvor en person befinner seg, ut over en begrenset innledende kartleggingsfase. Våre erfaringer, blant annet gjennom Trygge Spor prosjektet/bruk av GPS, er at det er viktig å ha en oversikt over hvor den enkelte går. På den måten kan endringer i den enkeltes bevegelsesmønster fanges opp, og møtes med nye faglige vurderinger. For eksempel så vil endringer som medfører at en person beveger seg i potensielt farlige omgivelser gjøre det nødvendig å gjennomføre nye faglige vurderinger av vedkommendes egnethet for bruk av GPS. Det er også viktig å påpeke at dette er teknologi som blant annet skal brukes av personer med demens, som er en progredierende syk-



dom. For å sikre en hensiktsmessige og faglig forsvarlig bruk vil derfor gjentatte og relativt hyppige faglige kartlegginger/vurderinger være nødvendig. Bruken av disse nye teknologiene må integreres i den helse- og omsorgsfaglige virksomheten, og det å monitorere tilstander og utvikling for å fange opp endringer, utgjør sentrale elementer i enhver faglig tjeneste. Et rettslig påbud om automatisk/fortløpende sletting av opplysninger vil derfor kunne hindre og forringe fagligheten i tilbudet.”

*Universitetet i Agder* skriver:

”Det er ikke stilt krav til datalagring og sikkerhet, noe som åpenbart er en svakhet i høringsnotatet. Dagens teknologi er ofte basert på den aktuelle leverandørs serverløsning, som ikke kan ansees tilfredsstillende sikret. Det bør være krav til sikker datalagring som en tjeneste implementert innenfor Norsk Helsenett, og med krav til sikker autentisering på nivå 4 for tilgang til posisjonsinformasjon. For pasient/pårørende kan tilgangen muliggjøres som en tjeneste under portalen Helsenorge.no.”

Når det gjelder sporing av personer skriver Universitetet i Agder videre:

”Under en aktuell leteaksjon for gjenfinning, kan det være behov for en fortløpende oppdatering av posisjonsinformasjon (tracking), og ikke bare en enkelt øyeblikks posisjon. Det er lite presisert i høringsnotatet hvorledes det kan gis adgang til slike data, men teknologien åpner for at letemannskaper på sine mobile enhet kan motta informasjon om en løpende tracking av personen som bærer en GPS-sporingsenhet. Regler for slik utlevering av informasjon bør utarbeides.”

*Datatilsynet* mener loven bør bygges på prinsippene om innebygd personvern og uttaler:

”Datatilsynet mener at det bør gjøres enkelt for de som skal bestille velferdsteknologi å vite hvilke krav som skal stilles. Det er derfor viktig at både leverandører av teknologien, og de som skal bestille den, på en tydelig måte blir gjort kjent med hvordan produktene må fungere for å ivareta personvernet på en god måte. Datatilsynet mener at vurderingene knyttet til personvern i kapittel 5 fremstår som noe løsrevet fra resten av høringsnotatet, og at disse vurderingene med fordel kunne vært tatt inn i del 6 som

konkrete føringer på hva som er innebygget personvern og som selvstendige krav til at innebygget personvern er en del av bestillingen av varslings- og lokaliseringsteknologi.”

Datatilsynet mener videre at lovteksten med fordel kan inneholde en presisering av at teknologien som tas i bruk kun skal lagre personopplysninger i den grad det er nødvendig og relevant for formålet, og at overskuddsinformasjon skal slettes. Helsedirektoratet tar opp bruk av opplysninger fra varslings- og lokaliseringsteknologien til andre formål og uttaler:

”Vi savner videre at det fremgår at det er et krav etter personopplysningsloven at opplysningene som behandles ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, ikke senere kan brukes til andre formål som er uforenlig med det opprinnelige (som typisk er å lokalisere pasienten eller brukeren i sanntid for å finne igjen vedkommende), jfr. personopplysningsloven § 11 første ledd bokstav c. Bruk til andre formål og såkalt formålsutglidning vil alltid kunne være en risiko ved bruk av varslings- og sporingsteknologi.”

*HelseDirektoratet* mener også at det bør komme tydelig frem at det er et absolutt krav at databehandler ikke skal behandle personopplysningene på annen måte enn det som er skriftlig avtalt med behandlingsansvarlig.

## **7.2.3 Departementets vurderinger og forslag**

### *7.2.3.1 Generelt*

Kvaliteten på tjenestetilbudet i helse- og omsorgssektoren kan heves ved å utnytte de teknologiske mulighetene bedre. Satsing på velferdsteknologiske tiltak kan gi pasienter og brukere bedre muligheter til selvstendighet og trygghet og til å klare seg på egenhånd i dagliglivet. Teknologien kan også bidra til økt fysisk aktivitet.

For Helse- og omsorgsdepartementet er det viktig at slike teknologiske tiltak ikke skal erstatte menneskelig kontakt og kompetanse, selv om teknologien kan bidra til å utnytte ressursene bedre i møte med fremtidens omsorgsutfordringer. Som Oslo kommune ved det sentrale eldreråd sier i sin høringsuttalelse, skal ikke varslings- og lokaliseringsteknologi brukes for å erstatte menneskelig kontakt, men for å supplere og effektivisere denne.

I NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg fremgår det blant annet at ved innføring av ny teknologi utgjør selve teknologien bare ca 20 % av de endringene som blir satt i verk. Det meste dreier seg om arbeidsformer og organisering. Teknologien kommer som et supplement til personlig hjelp, tradisjonelle hjelpemidler og tilrettelegging av bolig, institusjon og nærmiljø. Det er en faglig utfordring å finne den kombinasjon av tiltak som dekker behovet til den enkelte på best mulig måte.

Departementet viser til generell støtte blant høringsinstansene, og viderefører høringsnotatets forslag til hjemmel for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi overfor pasienter og brukere som mangler samtykkekompetanse. Hjemmelen skal gjelde alle pasienter og brukere uavhengig av diagnose eller årsak til manglende samtykkekompetanse. Departementet finner imidlertid grunn til enkelte presiseringer.

#### 7.2.3.2 Virkeområde

Velferdsteknologi rommer, som det er gjort rede for i kapittel 3, en mengde teknologi til svært ulike formål. Mye av denne teknologien er ikke inngripende overfor den enkelte slik at det ikke kreves hjemmel for å ta i bruk slik teknologi eller er teknologi som den enkelte styrer selv, og i så fall baseres på samtykke. Eksempler på dette er brann- og innbruddsalarmer, trykghetsbrytere på elektriske apparater (eks. komfyrvakt) og trykghetsalarm.

I høringsnotatet fremgår det at med varslings- og lokaliseringsteknologi i denne sammenheng menes teknologi for å varsle helse- og omsorgspersonell om endringer i situasjonen eller behov for enkeltpasient eller bruker som gir grunn til å anta at det foreligger risiko for skade på vedkommende. Videre menes teknologi som kan beregne og opplyse om brukers eller pasients geografiske posisjon og som tas i bruk for å hindre skade. Eksempler på slik teknologi kan være fallalarmer, bevegelsesalarmer og GPS. Universitetet i Agder nevner elektroniske armbånd og falldetektorer med sporingsinformasjon som andre eksempler.

Departementet er enig med de høringsinstansene som mener det er behov for en klargjøring av hvilke regler som gjelder for medisinsk varslingsteknologi og forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Som det fremgår av redegjørelse for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i kapittel 3, og tilsvarende redegjørelse i høringsnotatet, har det ikke vært departementets mening å foreslå nye regler for bruk av medisinsk teknologi. Departementet mener at bruk av medisinsk

teknologi overfor myndige pasienter som ikke kan samtykke fortsatt bør reguleres av § 4-6. Dette gjelder også for medisinsk teknologi for varsling om endringer i helsetilstand, som for eksempel hjerteovervåkning, epilepsialarm, sensorteknologi som varsler om temperaturendringer, hjerterytmene etc. For å tydeliggjøre dette fremgår det av forslaget til § 4-6 a at bruk av medisinsk teknisk utstyr overfor myndig pasient uten samtykkekompetanse reguleres av § 4-6.

Den teknologiske utviklingen vil sannsynligvis frembringe nye løsninger. Det er viktig at lovhomehlen kan ta opp i seg denne utviklingen. Dette tilsier en generell hjemmel som er så teknologinøytral som mulig, slik at den omfatter teknologiske hjelpemidler som brukes for å varsle eller lokalisere. Dette utelukker ikke bruk av lyd eller bilde dersom lovens vilkår for øvrig er oppfylt. Dette vil kunne være aktuelt der det er behov for å opprette kontakt når vedkommende har blitt borte eller er i en annen akutt situasjon. Departementet vil imidlertid understreke at den nye hjemmelen ikke omfatter kontinuerlig observasjon eller overvåking med bilde eller lyd.

Det er først og fremst innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene at bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi kan være nyttige hjelpemidler for den enkelte bruker eller pasient. Da særlig som ledd i helsetjenester og personlig assistanse i hjemmet og under opphold i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon og under avlastning, jf. kapittel 3. Dette er bakgrunnen for at Helse- og omsorgsdepartementet i sin rapport om velferdsteknologi fra juni 2012, (IS-1990), har foreslått at regler om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi avgrensnes til disse delene av helse- og omsorgstjenesten.

Som KS påpeker i sin høringsuttalelse gjelder behovet for regulering av adgangen til å bruke varslings- og lokaliseringsteknologi først og fremst kommunale helse- og omsorgstjenester. På den annen side viser uttalelsen fra Helse Sør-Øst at lovforslaget har relevans også for spesialisthelsetjenesten. Behovet for å ta i bruk ny teknologi fremover vil gjelde både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Den forventede økningen i demente pasienter og brukere fremover vil berøre hele helse- og omsorgstjenesten.

Etter departementets vurdering vil det være uheldig å regulere adgangen til å bruke varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester ulikt i de kommunale tjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Ulempene ved ulik regulering vil særlig kunne komme på spissen i de

tilfellene det er truffet avgjørelse om bruk av slik teknologi i kommunens helse- og omsorgstjeneste og pasienten eller brukeren har kortere eller lengre opphold i spesialisthelsetjenesten. Dersom vedkommende har samme behov for selvstendighet og trygghet gjennom bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten bør reglene for bruk av slik teknologi være de samme. Videre kan det være andre pasienter i spesialisthelsetjenesten med kognitiv svikt som kan nyttiggjøre seg varslings- og lokaliseringsteknologi.

Etter departementets mening er det den enkeltes behov som bør være avgjørende for om varslings- og lokaliseringsteknologi skal tas i bruk, ikke hvilken arena tjenestene gis på. Departementet foreslår derfor arenauavhengige regler, dvs. regler om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som skal gjelde for hele helse- og omsorgstjenesten, herunder både pasienter og brukere som mangler samtykkekompetanse.

Etter departementets vurdering kan det være behov for å kunne tilby varslings- og lokaliseringsteknologi som trygghetsskapende tiltak både som ledd i helse- og omsorgstjenester i hjemmet og som ledd i slike tjenester i institusjon. Formålet med bruk av teknologien, for eksempel å varsle personell, vil imidlertid kunne innebære at det bare er aktuelt å vurdere slike tiltak når det er helse- og omsorgspersonell i umiddelbar nærhet.

Bruk av velferdsteknologi mellom privatpersoner faller utenfor forslaget til regulering i pasient- og brukerrettighetsloven. Innenfor de rammer som straffeloven setter kan privatpersoner ta i bruk varslings- og lokaliseringshjelpemidler, dersom de ønsker det. Dersom private løsninger knyttes opp mot helse- og omsorgstjenester, for eksempel i forbindelse med avlastning, vil reglene i forslaget her gjelde. Det samme gjelder dersom helse- og omsorgstjenesten velger å samarbeide med pårørende om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Det er helse- og omsorgstjenesten som vil være ansvarlig for at lovens vilkår er oppfylt, blant annet at løsningen som velges er forsvarlig.

Lovutkastet er oppdatert i tråd med terminologi i ny vergemålslov, se Prop. 46 L (2012-2013) der det ble foreslått tilsvarende tilpasninger i andre deler av pasient- og brukerrettighetsloven. Endringene er vedtatt av Stortinget, jf. lovvedtak 39 (2012–2013) og Innst. 187 L (2012–2013).

### 7.2.3.3 *Lovplassering*

Det er et gjennomgående lovvalgsprikk i helse- og omsorgstjenestelovgivningen at kommunens

og spesialisthelsetjenestens ansvar og plikter fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, mens rettigheter for den enkelte er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Bestemmelser om personellets yrkesutøvelse er regulert i helsepersonelloven.

Et lovforslag om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten vil inneholde bestemmelser om kompetanse til og vilkår for å treffe avgjørelse om bruk av slik teknologi når pasienten eller brukeren mangler samtykkekompetanse. Innholdsmessig er dette samme type regler som de som er gitt i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4, jf. § 4-6. Departementet foreslår at det gis en egen lovbestemmelse om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, at denne plasseres i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og at det fremgår klart at reglene gjelder hele helse- og omsorgstjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4, herunder reglene om hvem som har samtykkekompetanse, gjelder i dag bare helsehjelp og ikke omsorgstjenester som faller utenfor pasient- og brukerrettighetslovens definisjon av helsehjelp. Det er på sikt behov for å vurdere om disse reglene bør endres til å omfatte alle tjenester innenfor helse- og omsorgstjenesten. En slik fullstendig gjennomgang av lovens samtykkeregler har departementet ikke hatt mulighet til i forbindelse med dette arbeidet.

For å sikre en lik regulering av tjenestene er det nødvendig at den nye lovbestemmelsen gjør reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 til § 4-3 gjeldende for vurdering av samtykkekompetansen til brukere.

Det følger av loven § 4-3 andre ledd at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Vurderingen vil innebære helsefaglige vurderinger. Den som skal treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi etter forslaget § 4-6 a må sikre at det foreligger en faglig forsvarlig vurdering av om pasienten eller brukeren mangler samtykkekompetanse. Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal etter § 4-3 fjerde ledd være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende. Etter tredje ledd skal det legges best mulig til rette for at pasienten eller brukeren selv kan samtykke.

#### 7.2.3.4 Materielle vilkår

Grunnleggende for all helse- og omsorgstjeneste er kravet om *faglig forsvarlighet*, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4. Kravet påhviler både virksomheten og det enkelte helsepersonell. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger. Kravet til faglig forsvarlighet vil også gjelde for helse- og omsorgstjenestens vurdering av når det kan være aktuelt å benytte varslings- og lokaliseringsteknologi overfor en pasient eller bruker.

I forsvarlighetsvurderingen må det trekkes inn en vurdering av anvendeligheten av teknologien i det enkelte tilfelle, herunder om den aktuelle teknologien er egnet til hindre eller begrense risikoen for skade. Her vil den enkelte pasients eller brukers evne til å ferdes trygt utendørs og i trafikken og teknologiens pålitelighet være sentrale hensyn. Det må foretas en vurdering ut fra det individuelle risikobildet, for eksempel den enkeltes evne til å vurdere temperatur og påkledning, risikobildet i nærområdet, bevegelsesmønster osv. Også helse- og omsorgstjenestens mulighet for opplæring og oppfølging av personellet knyttet til den konkrete teknologiske løsningen må vurderes. I situasjoner der varslings- og lokaliseringsteknologi skal anvendes, er det nødvendig med klar ansvars plassering og rask tilgjengelighet for å kunne reagere til rett tid. Også her må det legges en individuell vurdering til grunn. Behovet for rask responstid avhenger av de konkrete farene for den konkrete personen i det konkrete nærmiljøet.

Personvern hensyn og hensynet til den enkeltes rettssikkerhet tilsier at vilkårene for alvorlige inngrep etter § 4-6 andre ledd gjøres gjeldende i den nye bestemmelsen om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. Departementet foreslår derfor at bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi etter den nye bestemmelsen avgrenses til de tilfellene og situasjonene det må antas å være *i brukernes eller pasientens interesse* og at det i denne vurderingen skal legges vekt på om det er *sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket*. Videre foreslår departementet at det, som i pasi-

ent- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd, *skal innhentes informasjon fra brukernes eller pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket*, der dette er mulig.

Utgangspunktet for vurderingen vil være hva som objektivt sett er til pasientens eller brukernes beste. Helse- og omsorgstjenesten må altså foreta en bred og konkret vurdering av fordeler og ulemper, med utgangspunkt i den enkelte situasjon. Det vil i mange tilfeller være knyttet usikkerhet til vurderingen av sannsynligheten for at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket (antatt samtykke). Der det er umulig å konkludere på hva som er mest sannsynlig ut fra en individuell vurdering må man falle tilbake på den objektive vurderingen av hva som er til pasientens eller brukernes beste, jf. ovenfor.

Enkelte høringsinstanser ønsker en ordning med forhåndssamtykke eksemplifisert med en "donorkortordning". Departementet foreslår ikke egne regler om dette, men et slikt "forhåndssamtykke" vil inngå i vurderingen av hva som er i brukernes eller pasientens interesse og om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville gitt tillatelse til tiltaket.

Både menneskerettighetene (EMK art 8) og personvernsløvgivningen (personopplysningsloven § 11) stiller krav til akseptabelt eller saklig begrunnet formål for inngrep i privatlivet og for å behandle personopplysninger som inngrepet generer, se under punkt 5 og 6. Departementet foreslår derfor at det stilles som vilkår for å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi at dette er *nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren*.

Eksempler kan være risiko for å bli påkjørt, falle i vannet eller falle og brenne benet eller utsette seg for forfrysninger eller andre skader fordi vedkommende ikke blir funnet.

Både pasientens, brukernes og pårørendes opplevelse av utrygghet bør være et moment i risikovurderingen. Det kan ikke kreves at det allerede har skjedd en skade, men det må likevel foreligge noen objektive grunner for å oppfylle vilkåret, for eksempel at man har erfaring for at en bruker eller pasient ofte beveger seg rundt eller i retning av farlige områder, som trafikkerte veier eller innsjøer eller at vedkommende ikke finner veien hjem.

Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi må være *nødvendig* for å hindre eller begrense risiko for skade. I de senere år er det høstet mange forskjellige erfaringer med å forebygge at demente forlater boligen eller institusjonen og utsettes for skade. Det kan for eksempel være eta-

blering av overskuelige fysiske rammer eller tilrettelegging av aktivitetstilbud. I mange tilfeller vil slike tiltak være tilstrekkelige for å hindre risiko for skade og være mindre inngripende overfor den enkelte bruker eller pasient.

For å utdype og konkretisere nødvendighetsvilkåret og kravet om at tiltaket skal være i pasientens eller brukerens interesse, foreslår departementet at det i vurderingen blant annet skal legges vekt på om tiltaket *står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen* (forholdsmessighet) og om tiltaket fremstår som *det minst inngripende tiltaket*. Også valget av teknologi skal være det minst inngripende.

Vilkårene vil etter forslaget også gjelde for gjennomføringen av tiltaket, det vil si den konkrete bruken av varslings- og lokaliseringsteknologien. For å sikre dette må tiltaket være under jevnlig vurdering, og avsluttes dersom behovet eller vilkårene ikke lenger er tilstede, for eksempel at bruk av lokaliseringsteknologi ikke lenger er forsvarlig.

Departementet har merket seg uttalelsene fra enkelte høringsinstanser som mener at terskelen for å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi etter forslaget er relativt lav. Departementet mener imidlertid at nødvendighetsvilkåret og de øvrige vilkårene i lovforslaget vil sikre at bruk av slik teknologi kun tas i bruk i de situasjoner det er i brukerens eller pasientens interesse.

I likhet med pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 foreslår departementet at den nye lovhjemmelen i § 4-6 a ikke kommer til anvendelse dersom pasienten eller brukeren motsetter seg tiltaket. Se nærmere om motstandstilfellene og begrepet motstand i punkt 7.3.

#### 7.2.3.5 Krav om vedtak

Avgjørelse om helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse kan, etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, treffes av den som yter helsehjelpen (helsehjelp av lite inngripende karakter) eller av den som er ansvarlig for helsehjelpen i samråd med annet helsepersonell (inngripende helsehjelp). Dokumentasjon av avgjørelsen skjer gjennom krav til journalføring.

Departementet legger til grunn at det i første rekke vil være behov for å bruke varslings- og lokaliseringsteknologi innenfor tjenestene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, dvs. helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, institusjon og avlastningstiltak, jf Helsedirektoratets rapport om velferdsteknologi fra juni 2012 (IS-1990). En del av disse tjenestene vil ikke

være helsehjelp, og det vil derfor heller ikke gjelde krav om journalføring (gjelder i dag bare helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 39). Felles for disse tjenestene er imidlertid at det skal treffes enkeltvedtak om tjenester som forventes å vare lenger enn to uker, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd.

På bakgrunn av enkelte høringsuttalelser har departementet vurdert en todelt løsning med plikt til å treffe enkeltvedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i de tilfellene det ikke foreligger journalføringsplikt. Etter departementets vurdering vil dette gi et uoversiktlig regelverk med en svakere rettsikkerhet for den enkelte pasient og bruker. Departementet har lagt vekt på hensynet til en enhetlig og oversiktlig løsning og at det gjelder inngripende tiltak som blant annet gir informasjon om brukerens eller pasientens bevegelser. Departementet opprettholder derfor forslaget om at det presiseres i lovforslaget at helse- og omsorgstjenesten skal treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Dette vil sikre dokumentasjon og etterprøvarhet av slike avgjørelser og at vilkårene etter lovhjemmelen vurderes og begrunnes før tiltak settes i verk. Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak vil gjelde for vedtak etter § 4-6 a. Det må fremgå av vedtaket hvilken teknologi som er mest egnet til å ivareta brukerens eller pasientens behov.

I forbindelse med vedtaket må helse- og omsorgstjenesten også ta stilling til om pasienten eller brukeren mangler samtykkekompetanse. Pasient eller bruker som har samtykkekompetanse avgjør selv om vedkommende ønsker å ta imot tilbud om varslings- og lokaliseringsteknologi.

Kompetanse til å treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi er lagt til helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesten er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d som den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Kommune og helseforetak kan delegere vedtakskompetansen på vanlig måte. For enkelte typer tiltak kan det også være hensiktsmessig og forsvarlig at private tilbydere treffer vedtak.

#### 7.2.3.6 IPLOS-registeret

IPLOS-registeret er et pseudonymt helseregister som har til formål å samle inn og behandle data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester.

Opplysningene i registeret skal gi grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen, samt gi grunnlag for forskning. Mange av de som mottar omsorgstjenester er pasienter og brukere som mangler samtykkekompetanse og kan vurderes som en fremtidig målgruppe for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, herunder bruk av GPS.

Departementet vil vise til at registrering av bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i IPLOS-registeret vil kunne gjøre det enklere å følge med på bruk av denne form for teknologi, samt styrke kunnskapen om omfang og utbredelse for pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenestene som mangler samtykkekompetanse. Departementet vil derfor vurdere nærmere om ulike varslings- og lokaliseringsteknologiske ordninger bør inngå i IPLOS-registeret, herunder hvilken type lokaliseringsteknologi som er aktuell å inkludere i IPLOS-registeret.

#### 7.2.3.7 Varighet

Det vil være stor variasjon blant pasienter og brukere som vil få tilbud om tekniske innretninger for varsling og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstjenestene. For enkelte grupper kan funksjonsnivået endre seg raskt. For disse vil det være nødvendig med en løpende vurdering av bruk av tekniske innretninger. Andre pasienter eller brukere kan ha et uendret funksjonsnivå over mange år, og behovet for revurdering vil dermed ikke være like stort.

Helsedirektoratet foreslår i sin rapport om velferdsteknologi fra juni 2012 (IS-1990) at det bør følge av lovgrunnlaget at bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering skal tidsavgrenses og at lengden på tidsavgrensningen bør avgjøres ut fra en individuell vurdering. I sin høringsuttalelse skriver direktoratet at tidsavgrensninger på vedtakene vil kunne bidra til å sikre hyppige vurderinger, og viser til at krav om fortløpende vurdering som følger av annet lovverk til dels er utilstrekkelig for å sikre slik vurdering.

Det er viktig at bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi til enhver tid er tilpasset den enkeltes funksjonsnivå og behov. Dette sikres ikke nødvendigvis ved å stille krav til at vedtaket skal være tidsavgrenset. Som for andre vedtak som helse- og omsorgstjenesten treffer, må tjenesten på bakgrunn av en konkret vurdering ta stilling til om vedtaket skal tidsbegrenses. En eventuell tidsbegrensning må vurderes på bakgrunn av pasien-

tens eller brukerens behov og ut fra hensynet til å avverge skade. Det kan for eksempel være tale om en kortere periode etter flytting til institusjon eller omsorgsbolig eller i forbindelse med tilvenning til medisiner. Da den enkeltes behov kan endre seg i tråd med endret funksjonsnivå eller helsetilstand, tilrettelegging og fortrolighet med omgivelsene, er det viktig at tiltaket løpende vurderes. Etter departementets vurdering er det på denne bakgrunn ikke behov for å lovfeste at vedtaket skal være tidsavgrenset.

#### 7.2.3.8 Klageregler

De alminnelige klagereglene for helse- og omsorgstjenestene vil gjelde for vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Dette innebærer blant annet at pasienten eller brukeren eller dennes representant kan klage til Fylkesmannen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Det fremgår av bestemmelsen at pasientens eller brukerens representant er den som har skriftlig fullmakt til å klage på pasientens eller brukerens vegne.

#### 7.2.3.9 Personvernspørsmål, lagring av data og sporing av personer

Departementet har merket seg uttalelser fra enkelte høringsinstanser om at opplysningene som er knyttet til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi må regnes som sensitive opplysninger fordi de sier noe om en persons helsetilstand. Etter departementets syn må det skilles mellom opplysningene knyttet til vedtaket og data som genereres av varslings- og lokaliseringsteknologien. Departementet deler Datatilsynets syn om at opplysninger som er knyttet til vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi vil omfatte opplysninger om en persons helsetilstand og manglende samtykkekompetanse. Disse opplysningene vil være helseopplysninger som faller inn under virkeområdet til helseregisterloven. Behandling av slike opplysninger for eksempel ved journalføring eller i saksbehandlingen, vil følge de alminnelige regler for behandling av helseopplysninger i helse- og omsorgstjenesten.

Data som genereres av varslings- og lokaliseringsteknologi vil i hovedsak være geografiske koordinater og posisjonsdata. Dette er ikke definert som sensitive opplysninger etter personopplysningsloven § 2 nr. 8. Enhver handling en person uten samtykkekompetanse foretar seg, kan ikke uten videre vurderes som opplysninger om vedkommendes helseforhold. At en person har

gått i nærheten av en tippeskiosk eller helseklinikk vil ikke nødvendigvis gi informasjon om forhold ved personen som er definert som sensitive personopplysninger. Som utgangspunkt vil opplysninger som genereres av teknologien ikke være sensitive personopplysninger. Det kan imidlertid ikke utelukkes at opplysningene i enkelte tilfeller må regnes som sensitive. Datatilsynet peker på at det ved behandling av sensitive personopplysninger kreves hjemmel for behandlingen etter både personopplysningsloven §§ 8 og 9. Etter departementets vurdering vil forslag til § 4-6 a oppfylle kravet til hjemmel etter begge bestemmelser.

Høringsinstansene har ulike synspunkter når det gjelder lagringstid og sletting av data. Det vil være ulike behov for hvor lenge dataene skal lagres, avhengig av om bruken gjelder for eksempel kartlegging eller gjenfinning. Se også vurderingene i kapittel 6. Som Diakonhjemmet Høgskole påpeker kan det være behov for nye kartlegginger og faglige vurderinger underveis, slik at en kartlegging ikke bare skjer i en første fase av bruken. Dette åpner imidlertid ikke for at bevegelsesmønstre kan lagres for hele perioden vedkommende er utstyrt med varslings- og lokaliseringsteknologi. Andre høringsinstanser påpeker at det ved en leteaksjon er behov for å ha tilgang til mer data enn siste kjente posisjon for å kunne se hvor vedkommende har beveget seg eller for å kunne følge en person i sanntid. Slik bruk må anses å være i tråd med formålet, og departementet vil ikke sette en absolutt nedre eller øvre grense for lagringstiden. Det vil bero på en konkret vurdering av den enkelte brukers situasjon, og hva som er nødvendig i det enkelte tilfelle. Departementet vil imidlertid understreke at opplysningene bare kan brukes i den grad det er nødvendig og relevant for formålet, dvs. for å hindre eller begrense risiko for skade, at opplysningene ikke skal lagres lenger enn formålet tilsier og at det må finnes rutiner for sletting av lokaliseringsdata. Opplysningene skal heller ikke brukes til andre formål som er uforenlig med det opprinnelige.

Enkelte høringsinstanser foreslår at det presiseres i lovteksten hvilke krav som stilles til behandling av personopplysninger og til informasjonssikkerhet ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Departementet viser til at vilkårene for behandling av personopplysningene følger direkte av personopplysningsloven, og at det derfor ikke er hensiktsmessig å dobbeltregulere dette ved å innta tilsvarende vilkår i § 4-6 a.

## 7.3 Bruk av lokaliseringsteknologi som pasienten motsetter seg

### 7.3.1 Forslag i høringsnotatet

For å sikre rettslig grunnlag i alle tilfeller der bruk av lokaliseringsteknologi kan ha vesentlig betydning for den enkelte pasient, foreslo departementet også en snevrere regel om bruk av lokaliseringsteknologi i tilfeller der pasienten motsetter seg tiltaket. Forslaget var ment å være en sikkerhetsventil i de tilfellene der kommunen for eksempel finner det vanskelig å avgjøre om pasienten viser motstand eller ikke. Det ble blant annet vist til at etter den danske lov om social service kan kommunalbestyrelsen treffe avgjørelse om anvendelse av personlige alarm- eller peilesystemer hvis personen motsetter seg anvendelsen, jf. loven § 125.

Hjemmelen ble foreslått plassert i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 hvilket vil medføre at de strenge vilkårene og saksbehandlingsreglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A må følges.

Departementet ba spesielt om høringsinstansenes syn på hvor stort behov det vil være for en slik hjemmel i praksis.

### 7.3.2 Høringsinstansenes syn

Samtlige høringsinstanser som uttaler seg om temaet mener det er behov for en bestemmelse som gir adgang til bruk av lokaliseringsteknologi i tilfeller der pasienter motsetter seg tiltaket. *Nøtterøy kommune* uttaler:

”Bruk av lokaliseringsteknologi vil i de fleste tilfeller være det minst inngripende tiltaket sammenlignet med tilbakeholdelse i institusjon. I tillegg vil tilbakeholdelse på forsterket enhet som regel innebære et passivt liv, som i større grad kan føre til fysisk reduksjon, psykisk uro og mer medikamentell behandling. *Nøtterøy kommune* mener helt klart at en slik hjemmel vil ha praktisk nytte.”

Flere høringsinstanser påpeker at bruk av lokaliseringsteknologi kan hindre mer alvorligere inngrep som for eksempel tilbakeholdelse. Dette er ett av poengene til *Fylkesmannen i Hedmark* som også kommenterer forholdet mellom motstand og orienteringsevne:

”Vi kan ikke se at det gjør seg gjeldene veldig ulike hensyn til bruk av lokaliseringsteknologi

for de som motsetter seg slik helsehjelp, enn for de som ikke motsetter seg det. Begge disse situasjonene handler om pasienter som mangler samtykkekompetanse og som har kognitiv svikt i varierende grad. Samme pasient kan motsette seg en del av helsehjelpen, mens vedkommende ikke yter motstand mot en annen. Det er etter Fylkesmannens syn heller ikke slik, som man kan få inntrykk av i høringsnotatet, at de som motsetter seg helsehjelp skal ha vanskeligere med å orientere seg enn de som ikke motsetter seg helsehjelp. Det er jo ikke evnen til å uttrykke motstand som er avgjørende for orienteringsevnen. Det avgjørende vil være om det etter en konkret vurdering av pasientens kognitive funksjonsnivå er forsvarlig å benytte seg av slik lokaliseringsteknologi. På denne bakgrunn mener Fylkesmannen i Hedmark at den samme trafikale risikoen vil være tilstede enten pasienten motsetter seg bruk av teknologien eller ikke. Om motstanden mot bruk av slik teknologi medfører fare for at det aktuelle teknologiske utstyret ikke vil virke eller bli brukt som forutsatt, vil også måtte basere seg på en konkret vurdering i den enkelte sak. Det vil også være ulike måter å feste dette utstyret på som vil kunne minske denne risikoen, som å skjule plasseringen av dette utstyret som en lovlig omgåelse av motstand i de tilfellene det fattes vedtak. Vi mener imidlertid, som Helsedirektoratet i sitt brev av 23. januar 2009, at et slikt tvangstiltak bare vil være forsvarlig i et begrenset antall i tilfeller, men at dette da har sammenheng pasientens manglende samtykkekompetanse, og ikke om man motsetter seg tiltaket eller ikke.

Fylkesmannen i Hedmark mener at de strenge saksbehandlingsreglene i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 A, vil bidra til å sikre bruk av denne teknologien i tråd med formålet. Tilbakeholdelse i institusjon er et svært alvorlig inngrep i en persons integritet og verdighet. På bakgrunn av erfaringer Fylkesmannen i Hedmark har med vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 A, mener vi at en mulighet til kunne benytte seg av slik teknologi, i noen tilfeller også kan bidra til å hindre tvangsinnleggelse. Muligheten til økt mobilitet, frihet og trygghet som denne teknologien kan gi, hvis den anvendes riktig, vil etter Fylkesmannen i Hedmark's syn bidra til å sikre at det minst inngripende tiltaket blir anvendt i det enkelte tilfellet."

Også *Helsedirektoratet* er opptatt av sammenhengen mellom motstand og bruk av lokaliseringsteknologi og uttaler:

"Lokaliseringsteknologi har derimot til hensikt å hindre risiko for vesentlig helseskade uten at det samtidig går ut over pasientens bevegelsesfrihet. En vil ved bruk av slik teknologi derfor heller ikke møte den type motstand som oppstår når pasienten fysisk hindres i å forlate en institusjon. Antakeligvis vil den nye hjemmelen i § 4-6 a derfor langt på vei dekke det praktiske behovet for en hjemmel for bruk av lokaliseringsteknologi overfor pasienter uten samtykkekompetanse. I den grad det oppstår motstand i relasjon til bruk av lokaliseringsteknologi, vil vi anta at denne motstanden primært vil knytte seg til det å bære eller anvende det teknologiske utstyret i seg selv. En kan også tenke seg enkelte grupper med kognitiv svikt vil kunne yte motstand pga. angst for overvåking. I noen tilfeller vil det også være vanskelig å avgjøre om det faktisk foreligger motstand eller ei, og en må legge til grunn at det faktisk foreligger motstand.

Etter Helsedirektoratet syn vil en ny § 4-6 a dekke det vesentligste behovet for hjemmel til å anvende lokaliseringsteknologi, men en ser ikke bort i fra at det i enkelte tilfeller kan være behov for en tvangshjemmel i kapittel 4 A. Direktoratet støtter derfor departementets forslag."

Flere av høringsinstansene er opptatt av anvendeligheten og forsvarligheten av bruk av lokaliseringsteknologi som pasienten motsetter seg. Blant annet mener *Fylkesmannen i Oppland* at det må veie klart i mot å bruke slikt utstyr hvis pasientens motstand mot bruk medfører fare for at det aktuelle teknologiske utstyret ikke vil virke eller bli brukt som forutsatt.

*Nasjonalforeningen for folkehelsen* påpeker at:

"Personer med demens kan som en følge av sin sykdom ofte føle seg usikre i begynnelsen og motsette seg at nye hjelpemidler tas i bruk. Derfor bør det settes fokus på betydningen av tillitsskapende tiltak og kommunikasjon før GPS skal brukes i det daglige."

Enkelte høringsinstanser har merknader til virkeområdet for den foreslåtte endringen. *Helsedirektoratet* mener at proposisjonen bør tydeliggjøre om lokaliseringsteknologi som pasienten motsetter seg, bare kan anvendes overfor pasienter



bosatt i institusjon eller om det også kan anvendes av pasienter bosatt i eget hjem. Videre at det må stilles krav til beredskap for å kunne håndtere innhenting av en person som har beveget seg utenfor sikkert område, vært borte for lenge osv.

*Norsk forbund for utviklingshemmede* mener forslaget bør omfatte helse- og omsorgstjenesten, ikke bare helsehjelp.

### 7.3.3 Departementets vurderinger og forslag

Formålet med lovforslaget er å understøtte et mest mulig selvstendig, trygt og verdig liv for personer med kognitiv svikt som er avhengige av helse- og omsorgstjenester. Det er ikke meningen å påtvinge velferdsteknologi uten at dette fremstår som et gode for pasienten.

Når det gjelder pasienter uten samtykkekompetanse, skiller dagens regelverk mellom helsehjelp som pasienter ikke motsetter seg (loven kapittel 4) og helsehjelp som pasienten motsetter seg (loven kapittel 4 A). I punkt 7.2 foreslår departementet at det gis hjemmel for at helse- og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd helse- og omsorgstjenester til pasienter eller brukere som mangler samtykkekompetanse. Forslaget kommer ikke til anvendelse dersom pasienten eller brukeren motsetter seg tiltaket.

Som det fremgår av forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A, Ot. prp. nr. 64 (2005-2006), er det flere måter en pasient kan uttrykke sin motstand mot helsehjelp på, for eksempel verbalt eller fysisk. Uttrykksformen er ikke avgjørende, og i praksis vil spørsmålet ofte måtte bero på en tolking av reaksjonene til pasienten, noe som kan kreve god kjennskap til vedkommende. Ventet (antisipert) motstand er likestilt med uttrykt motstand, jf. ordlyden "... med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand (...)” i § 4A-3 andre ledd.

Motstand kan være et krevende avgrensningskriterium overfor personer med kognitiv svikt, ettersom disse ofte ikke vil kunne gi uttrykk for egenvilje og være konsistente i hva de uttrykker. Hvorvidt pasienten viser motstand, må baseres på et konkret skjønn. Dersom helsepersonell er i tvil, må det legges til grunn at pasienten motsetter seg tiltaket.

Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A gir eksplisitt hjemmel for bruk av varslingsteknologi overfor pasienter som motsetter seg helsehjelp, jf. loven § 4A-4. Som det fremgår under punkt 4.2.3, omfatter reglene ikke

adgang til å bruke lokaliseringsanordninger (som for eksempel GPS) som er egnet til å overvåke en persons bevegelser. I brev av 23. januar 2009 til Fylkesmannen i Aust-Agder uttaler Helsedirektoratet:

”Direktoratet ser at GPS etter en individuell vurdering i de enkelte tilfelle vil kunne være det minst mulig inngripende tiltak overfor en pasient som trenger tilsyn av hensyn til egen sikkerhet. I forhold til pasienter som omfattes av kapittel 4 A, antar vi imidlertid at det bare i et begrenset antall tilfeller vil kunne anses faglig forsvarlig å la en pasient ferdes fritt selv om vedkommende kan spores opp eller følges via GPS. Det må for eksempel antas at en del pasienter i denne gruppen vil ha problemer med å lese et trafikkbilde eller oppfatte faresignaler i omgivelsene. Risikoer som følge av dette vil ikke en GPS kunne beskytte mot. Dersom vedkommende motsetter seg å bære GPS, løper man dessuten en risiko for at vedkommende fjerner mottakeren eller plagg/sko som mottakeren er festet til. I slike tilfeller blir GPS en utilstrekkelig beskyttelse mot skadehendelser eller dødsfall.”

Det er viktig for departementet at regelverket ikke er til hinder for å ta i bruk det minst inngripende tiltaket for å hindre skade i de enkelte tilfellene. For å sikre rettslig grunnlag i alle tilfeller hvor bruk av lokaliseringsteknologi kan ha vesentlig betydning for den enkelte pasient, opprettholder departementet forslaget om en snævrere regel om bruk av lokaliseringsteknologi i tilfeller der pasienten motsetter seg tiltaket. Departementet viser til at forslaget har fått alminnelig tilslutning fra høringsinstansene.

Hjemmelen vil være en sikkerhetsventil i de tilfellene der kommunen for eksempel finner det vanskelig å avgjøre om pasienter viser motstand eller ikke. Et eksempel kan være at pasienten ønsker å gå på tur alene, men på bakgrunn av tidligere erfaringer kan det forventes motstand mot bruk av lokaliseringsteknologi. Bruk av lokaliseringsteknologi kan i disse tilfelle være et mindre inngripende tiltak enn tilbakeholdelse i institusjon.

Hjemmelen er foreslått plassert i pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 og vil følge de strenge vilkårene og saksbehandlingsreglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Blant annet vil bruken av lokaliseringsteknologi være avgrenset til helsehjelp. Departementet har merket seg Norsk forbund for utviklingshemme-

des synspunkt om at reglene også bør gjelde for bruk av lokaliseringsteknologi som brukeren motsetter seg som ledd i tjenester som ikke er definert som helsehjelp etter loven, men har ikke hatt mulighet til å utrede behovet i forbindelse med dette arbeidet.

Det er i kapittel 4 A i loven videre stilt krav om at tillitskapende tiltak må ha vært forsøkt (med mindre dette er åpenbart formålsløst) og om at unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, jf. § 4A-3. I vurderingen må det inngå en vurdering av forsvarlighet. Det må blant annet vurderes om motstanden mot bruk medfører en fare for at det aktuelle teknologiske utstyret ikke vil virke eller bli brukt som forutsatt. I denne sammenheng må det vurderes om den aktuelle lokaliseringsteknologien er egnet til hindre vesentlig helseskade. Her vil den enkelte pasient eller brukers evne til å ferdes trygt utendørs og i trafikken og teknologiens pålitelighet være sentrale hensyn. Også helse- og omsorgstjenestens mulighet for opplæring og oppfølging av personellet knyttet til den konkrete teknologiske løsningen må vurderes.

Bruken av lokaliseringsteknologi er, som for varslingsteknologi, ikke foreslått avgrenset til institusjon. Vilkåret om forsvarlighet vil stille krav til beredskap for å kunne innhente en pasient som er i en situasjon som kan føre til vesentlig helseskade for pasienten.

I § 4A-3 er det også stilt krav om at helsehjelpen anses nødvendig og at tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen. Det må blant annet sikres at systemene ikke er mer inngripende enn det som er nødvendig for å yte helsehjelpen.

Når det gjelder personvernspørsmål, lagring av data og sporing av personer vises det til punkt 7.2 og kapittel 6.

## **7.4 Forholdet til annet regelverk som regulerer bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten**

Som det fremgår under punkt 4.3 gir helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, dersom lovens vilkår er oppfylt, adgang for kommunen til å treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Disse reglene skal på sitt område (helse- og omsorgstjenester etter loven § 3-2 første ledd nr. 6 til personer med psykisk utviklingshemning) gå foran reglene i lovforslaget her.

Ut over dette er forslaget ment å være en uttømmende lovregulering av helse- og omsorgstjenestens adgang til å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi, med unntak for bruk av medisinsk teknisk utstyr som vil reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Se punkt 7.2.3.

Enkelte høringsinstanser har påpekt at det er uheldig med ulik regulering av bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og i forslaget her.

Reguleringen av tvang og makt overfor utviklingshemmede ble innført på bakgrunn av den tidligere institusjonsomsorgen. Formålet med lovgivningen er å redusere bruken av tvang og makt, og sikre personlig integritet og rett til selvbestemmelse, så langt det er mulig. Erfaringene med reglene er i hovedsak positive og departementet har ikke vurdert å endre disse.

## 8 Økonomiske og administrative konsekvenser

### 8.1 Vurderinger i høringsforslaget

Formålet med de foreslåtte endringene er å klargjøre helse- og omsorgstjenestens adgang til å tilby og treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Lovforslaget vil ikke innebære nye rettigheter for den enkelte pasient eller bruker. Departementet la derfor til grunn at forslaget i seg selv ikke ville innebære økonomiske eller administrative konsekvenser.

### 8.2 Høringsinstansenes syn

Enkelte høringsinstanser påpeker at lovendringen sannsynligvis vil medføre økt etterspørsel fra brukere og deres pårørende og at den vil medføre behov for investeringer i utstyr, opplæring og organisering. Flere høringsinstanser viser til behovet for andre tiltak enn juridiske for å tilrettelegge for denne typen teknologi i tjenesteytingen.

*Fylkesmannen i Vest-Agder* uttaler:

”Fylkesmannen mener at det kan være fare for å undervurdere personalkostnadene som kan gå med til bruk av den foreslåtte varslings- og lokaliseringsteknologi i tjenestene. Vi ser for oss at dette kan bringe med seg følgende press på personellsituasjonen for tjenesteyter:

- Opplæring i bruk av teknisk utstyr
- Vedlikehold av utstyr
- Informasjon til brukere / pårørende
- Personalberedskap ved oversikt over / sporing av aktive «utegående» GPS-brukere
- Utrykningsberedskap ved kryssing av «sonegenser» ...”

*Sola kommune* vurderer forslaget i forhold til reglene om egenbetaling og skriver:

”Sola kommune mener imidlertid at kommunene må ta ansvar for innkjøp og drift av utstyret for å ha god kvalitetssikring på utstyr / alarmoverføringer. Dette vil medføre økt kostnad for kommunene. Det kan vurderes om kommunen skal ta egenandel for bruk av utsty-

ret, i hvert fall for hjemmeboende kan dette være aktuelt. I institusjon vurderer en varslings- og lokaliseringsteknologi som tiltak som må inngå i det vederlaget for opphold i institusjon skal dekke.”

### 8.3 Departementets vurderinger

Flere høringsinstanser viser til behovet for andre tiltak enn juridiske for å tilrettelegge for denne typen teknologi i tjenesteytingen. Departementet er enig i at de fremtidige helse- og omsorgsutfordringene samfunnet vil stå overfor må møtes med nye løsninger, i form av ny teknologi, nytt innhold og nye arbeidsformer. Regjeringen vil derfor fremme en egen stortingsmelding om innovasjon i omsorg. Formålet med meldingen vil være å legge til rette for en langsiktig omstillingsprosess som skal bidra til å opprettholde en sterk og bærekraftig offentlig omsorgstjeneste også i fremtiden. Regjeringen tar sikte på å fremme meldingen i løpet av våren 2013.

Formålet med de foreslåtte lovendringene er å klargjøre helse- og omsorgstjenestens adgang til å tilby og treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Som enkelte høringsinstanser påpeker er det mulig at et klarere regelverk vil medføre en større etterspørsel etter slik teknologi fra pårørende og andre. Lovforslaget vil imidlertid ikke innebære nye rettigheter for den enkelte pasient eller bruker. Det er helse- og omsorgstjenesten som i utgangspunktet avgjør hvilke tiltak som skal settes inn for å dekke den enkelte pasients eller brukers behov. I tillegg til at bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi kan være den beste løsningen for den enkelte pasient eller bruker vil bruk av slik teknologi i mange tilfeller også innebære at personellet kan brukes mer effektivt.

Departementet fastholder at forslaget i seg selv ikke vil innebære økonomiske eller administrative konsekvenser. Dersom kommunene velger å benytte seg av adgangen til å tilby slik teknologi, vil det imidlertid kunne innebære noe økte kostnader knyttet til vedtak og eventuell klagebehand-

ling hos Fylkesmannen. Departementet antar at antall klager vil bli svært lite. Kostnadene knyttet til klagebehandling vil derfor bli svært begrenset og forutsettes dekket innen eksisterende budsjettammer.

Det er ikke foreslått endringer i egenbetalingsreglene for helse- og omsorgstjenester. Eventuell

egenbetaling for varslings- og lokaliseringsteknologi med tilhørende tjenester vil derfor følge de ordinære reglene for dette, for eksempel forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester.

## 9 Oppheving av avviklingsloven

Reformen for mennesker med utviklingshemning ble satt i verk i januar 1991 og innebar at kommunene fikk ansvaret for bo- og tjenestetilbudet til utviklingshemmede som hadde et tilbud i Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU).

St.meld. nr. 67 (1986-87) Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede og St. meld. nr. 47 (1989-90) Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemning skisserte målene for og gjennomføringen av reformen. Midlertidig lov av 10. juni 1988 om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern

for psykisk utviklingshemmede, ga det lovmessige grunnlaget for avvikling av institusjonene.

Samtlige av de tidligere institusjonene under Helsevernet for psykisk utviklingshemmede er avviklet. De siste utskrivningsvedtakene ble iverksatt fra 1. januar 2008. Departementet foreslår derfor at midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede blir opphevet.

Ingen av høringsinstansene har innvendinger mot forslaget.

## 10 Merknader til lovforslaget

### *Til § 4-6 a Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi*

Bestemmelsen er ny og regulerer helse- og omsorgstjenestens adgang til å treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker over 18 år som ikke har samtykkekompetanse.

Det vises til nærmere omtale i punkt 7.2, se særlig vurderingene i punkt 7.2.3.

### *Til § 4A-4 Gjennomføring av helsehjelpen*

Bestemmelsens tredje ledd er endret ved at det åpnes for at lokaliseringsystemer kan anvendes ved gjennomføring av helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

Det vises til nærmere omtale i punkt 7.3, se særlig vurderingene i punkt 7.3.3.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi).

---

**Vi HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi) i samsvar med et vedlagt forslag.

---

## Forslag

### til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)

#### I

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

Ny § 4-6 a skal lyde:

§ 4-6 a *Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi*

*Helse- og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av tekniske innretninger for varslings- og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker over 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Bruk av medisinsk teknisk utstyr for varslings reguleres av § 4-6. Reglene i § 4-1 til § 4-3 gjelder tilsvarende for vurdering av samtykkekompetansen til bruker.*

*Tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren og skal være i pasientens eller brukerens interesse. Det skal blant annet legges vekt på om tiltaket står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen, om tiltaket fremstår som det minst inngripende alternativet og om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket. Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens eller*

*brukerens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket.*

*Denne bestemmelsen kommer ikke til anvendelse dersom pasienten eller brukeren motsetter seg tiltaket.*

§ 4A-4 tredje ledd skal lyde:

Dersom lovens vilkår er oppfylt, kan videre varslings- og lokaliseringssystemer med tekniske innretninger og bevegelseshindrende tiltak som belter og lignende anvendes.

#### II

Lov 10. juni 1988 nr. 48 om midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede oppheves.

#### III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

---

---



Tykk: AS O. Fredr. Aimesen. Mats 2013

241491