

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

12/8193-3

Hanne Skui

13.12.2012

## Høringsuttalelse - Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten - Oppheving av avviklingsloven

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 3. oktober 2012 vedrørende bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har følgende bemerkninger til forslaget:

### INNLEDNING

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår en særlig lovhjemmel for å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi til omsorgstrengende uten samtykkekompetanse. Helsedirektoratet er enig i at det er nødvendig med et eget lovgrunnlag for å skape rettslig klarhet, og for å legge til rette for bruk av teknologi som kan avverge skade, fremme fysisk aktivitet og trygghet. Direktoratet mener det er viktig og nødvendig å legge bedre til rette for bruk av teknologi i helse- og omsorgstjenestene, både til støtte for de omsorgstrengende, pårørende og for ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Bruk av teknologi kan likevel ikke erstatte menneskelig kontakt og faglig kompetanse, og må ses som et supplement til andre tjenester og tryggingstiltak. Bruk av teknologi i tjenestene kan også støte an mot så vel faglige som etiske normer, og dette bør etter direktoratets syn vies stor oppmerksomhet i lovproposisjonen, slik at det kommer klart frem at det er viktig å gjøre både etiske og faglige avveininger av teknologibruken i hvert enkelt tilfelle.

### VDR. BEGREPET VARSLINGSTEKNOLOGI

Lovforslaget anvender begrepene varslings- og lokaliseringsteknologi. Begrepene er nærmere omtalt i høringsnotatets pkt. 2.1. Eksempler på *varslingsteknologi* som omtales er brannvarslere, innbruddsalarmer, trygghetsalarmer, døralarmer ol.

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 hjerteovervåkning, epilepsialarm, sensorteknologi som varsler om temperaturendringer, hjerterytme etc. etc. (for enkelhets skyld kalt medisinsk varslingsteknologi i det følgende).

Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling bioteknologi og helsereett

Hanne Skui, tlf.: 24163297

Postboks 7000 St. Olavs plass • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Etter Helsedirektoratets vurdering 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 medisinsk varslingsteknologi skal omfattes av § 4-6a, vil det få betydning for vurderingen av om helseregisterloven kommer til anvendelse, se nedenfor i punktet om personvern. 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. Se nedenfor under våre kommentarer til ny § 4-6a.

## VDR. PERSONVERN

Det vises til kapittel 5 i høringsnotatet om «Lovutkastet og personvern».

Helsedirektoratet synes det er forhastet å slå fast at helseregisterloven ikke kommer til anvendelse når det gjelder behandling av opplysninger som genereres fra varslings- og lokaliseringsteknologi. Varslingsteknologi kan etter ordlyden forstås til å omfatte langt flere typer teknologi enn det som kanskje tradisjonelt har vært definert innenfor begrepet, som f. eks komfyrvarsling ol. Det er vanskelig å forutsi hvilke typer tekniske løsninger som vil forstås og defineres innenfor dette begrepet selv i nær fremtid. Det finnes allerede f. eks. såkalte «helseapper» der pasienten eller brukeren kan kommunisere direkte med helsevesenet, og der helseopplysninger går rett inn i journalen til pasienten. I slike tilfeller vil det ofte lagres overskuddsinformasjon i form av at f. eks. alle blodsuktermålinger eller alle blodtrykksmålinger lagres i journalen, i stedet for at en tidligere bare journalførte målingene som skilte seg fra normalen. Mange slike «helseapper» vil kunne favnes av begrepet. 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 oppsøker en gitt helseklinikk eller stadig går innom samme lokale tippeskiosk eller lignende. Vi mener departementet må ta høyde for begge disse mulighetene.

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.

Vi mener også at det bør komme klart frem at muligheten til å lokalisere pasienten eller brukeren til enhver tid (når vedkommende er ute og bærer utstyret på seg), for mange i seg selv er en personvernkrønkelse, selv om ikke opplysningene lagres. Det å vite at helsepersonell og pårørende kan logge seg på for å se nøyaktig hvor pasient eller bruker der og da befinner seg geografisk kan nok for mange føles som et stort inngrep i den private sfære. Vi mener dette er noe som må tas med som et viktig moment i den konkrete helhetsvurderingen når det skal kartlegges om pasienten eller brukeren skal ta i bruk slikt utstyr. Dette er noe som bør tydeliggjøres i f. eks. i forarbeidene, veiledere osv.

Det bør også 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.

Som en del av informasjonssikkerheten rundt behandlingen av opplysningene som kommer fra slik teknologi, er det naturlig å behandle temaet tilgangsstyring. Hvem skal f. eks. ha tilgang til å logge på og sjekke hvor pasient eller bruker er, og når skal en ha denne tilgangen? Er det nødvendig at flere enn én pårørende har tilgang? Helse- og omsorgstjenesten bør ha gode rutiner for tilgangsstyring for å begrense risikoen for personvernkrænkelser. Denne problemstillingen bør behandles i f. eks. en veileder.

I kapittel 6.2 uttrykker departementet et ønske om at den nye lovhjemmelen skal kunne ta opp i seg en teknologisk utvikling som vil frembringe nye løsninger, og at disse løsningene også kan inneholde lyd og bilde. I denne sammenhengen synes vi det er viktig at det blir presisert at bruk av en slik type teknologi kan stille andre og strengere krav til personvern og informasjonssikkerhet.

#### **FORSLAG TIL NY § 4-6A I PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN**

Departementet har foreslått en ny § 4-6a i pasient- og brukerrettighetsloven (pasrl.) som regulerer adgangen til å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi overfor personer uten samtykkekompetanse som ikke motsetter seg bruken. Forslaget bygger langt på vei på *IS-1990 Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030* (Helsedirektoratet, juni 2012). Departementet foreslår imidlertid en annen lov plassering og virkeområde, og gjør enkelte materielle og prosessuelle justeringer.

#### Plassering av hjemmel

Departementet foreslår å plassere hjemmelen for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i pasient- og brukerrettighetsloven.

Departementet begrunner denne plasseringen dels med at pasient- og brukerrettighetsloven gjelder for alle deler av helse- og omsorgstjenesten og at denne plasseringen gir lik regulering i hele tjenesten. Dels begrunnes plasseringen med at den følger et gjennomgående lovvalgsprinsipp der kommunenes og spesialisthelsetjenestens plikter reguleres i de respektive tjenestelovene, mens rettigheter for den enkelte pasient og bruker er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Lovbestemmelsen om velferdsteknologi vil inneholde vilkår for og kompetanse til å treffe avgjørelse om bruk av slik teknologi når pasienten/ brukeren mangler samtykkekompetanse. Innholdsmessig hører dette etter departementets oppfatning hjemme i pasrl. kapittel 4.

Direktoratet foreslo i *IS-1990 Velferdsteknologi* å legge hjemmelen til den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven (khol.) med den begrunnelse at behovet for en klar hjemmel knytter seg til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester som ikke er å anse som helsehjelp. Vi ser likevel at det kan være hensiktsmessig at en klar hjemmel for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi gjøres gjeldende for alle deler av helse- og omsorgstjenesten, og har ingen avgjørende innvendinger til departementets forslag.

Enkelte spørsmål om mulig dobbeltreguleringer av bruk av varslingsteknologi som ledd i helsehjelp og om vedtakskompetanse og vurdering av samtykkekompetanse bør imidlertid avklares, se bl.a. kommentarer nedenfor under *Prosessuelle regler*.

### Materielle vilkår

Vilkårene for å fatte vedtak om varslings- og lokaliseringsteknologi er at tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren og er i pasienten eller brukerens interesse, jf. forslaget til ny 4-6a andre ledd. Forslaget følger i store trekk forslaget fra *IS-1990. Velferdsteknologi*, men nytt i departementets forslag er at det er tilstrekkelig for å iverksette tiltak, at tiltaket «begrenser risiko for skade». Slik vilkårene i § 4-6a er utformet, er terskelen for å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi relativt lav, og det blir desto viktigere at lovproposisjonen understreker kravet til forsvarlighet og at det gis gode og tydelige beskrivelse av og føringer for vurderingene av forsvarlighet ved bruk av teknologi. Herunder må det komme tydelig frem at forsvarlighetskravet også inneholder et krav om etisk forsvarlighet. Det er viktig at det skisseres eksempler som viser ulike praktiske typesituasjoner som kan utfordre forsvarlighetskravet, både i forhold til etisk og faglig forsvarlighet. Eksempler på når en tenker seg at typer av teknologi kan være forsvarlig, kan være nyttig for forståelsen og grensetrekningen i praktisk bruk. Det kan for eksempel tydeliggjøres at det sjelden vil være forsvarlig å bruke *lokaliseringsteknologi* som tiltak når pasienten er usikker i trafikken eller utsatt for fall, drukningsulykker el.

Vi noterer oss videre at pårørendes utrygghet skal trekkes inn i risikovurderingen. Dette er vi enige i, da denne utryggheten kan bunne i at pårørende sitter på viktig kunnskap og erfaringer, men vi vil understreke at risikovurderingen må bygge på objektive forhold som indikerer en risiko. Bruk av lokaliseringsteknologi er potensielt svært integritetsinngripende, og det er derfor viktig at det er begrunnet risiko for skade på pasienten, og ikke pårørendes subjektive opplevelse av utrygghet, som blir styrende. Vi mener videre det er viktig å understreke at kognitiv svikt *alene* ikke er nok til å si at det foreligger en risiko.

### Prosessuelle regler

#### *Krav om vedtak*

Departementet legger til grunn at det først og fremst vil være behov for å bruke varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-6 nr. 2. For de tjenester etter denne bestemmelsen som ikke er helsehjelp, gjelder pr. i dag ikke noen journalføringsplikt, og dersom varslings- og lokaliseringsteknologi tas i bruk som ledd i disse tjenestene vil det være nødvendig å fatte vedtak for å sikre dokumentasjon.

Direktoratet er enig i at bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi er inngrep som må dokumenteres. Vi vil imidlertid bemerke at en allerede i dag har hjemmel for bruk av varslingsteknologi som er helsehjelp, jf. § 4-6 første og andre ledd og omtalen av § 4-6 i *IS-1990. Velferdsteknologi* side 54. Etter gjeldende § 4-6 er det ikke krav om å fatte særskilt vedtak for å ta i bruk slik teknologi. Det er det derimot etter forslaget til den nye § 4-6a, som altså innfører andre og strengere formkrav for bruk av varslingsteknologi. I lys av dette er det viktig å få tydeliggjort om departementet tenker

seg at *all* bruk av varslingsteknologi skal skje etter de vilkår og vedtaksprosedyrer som er foreslått i § 4-6a, eller om en tenker seg at for eksempel medisinsk varslingsteknologi fortsatt skal besluttes etter reglene i § 4-6. Det vises også til kommentarene til dette på side 1 i dette brevet.

Direktoratet vil for øvrig minne om at direktoratet, på oppdrag fra departementet, har utredet journalføringsplikt også for helse- og omsorgstjenester som ikke er helsehjelp, jf. direktoratets oversendelse av 23. oktober 2012.

#### *Vedtakskompetansen*

Departementets forslag legger opp til at vedtakskompetansen etter § 4-6a skal legges til «helse- og omsorgstjenesten». Vedtakskompetansen skiller seg dermed fra § 4-6 og § 4A-5, der det er den som er ansvarlig for helsehjelpen som har kompetansen.

Vi forstår forslaget i lys av antakelsen om at varslings- og lokaliseringsteknologi i første rekke vil bli brukt som ledd i tjenester etter khol. § 3-2 nr. 6, som omfatter tjenester som ikke er helsehjelp, dvs. at det ikke nødvendigvis er helsepersonell som er ansvarlig for tiltaket, men for eksempel bestillerkontoret i kommunen. Det kan likevel være ønskelig at departementet kommenterer om «helse- og omsorgstjenesten» skal forstås som «den som er ansvarlig for helsehjelpen» i de tilfellene der varslings- og lokaliseringsteknologi anvendes som ledd i helsehjelp, eller om vedtakskompetansen også i slike tilfeller kan legges til andre enn helsepersonell.

#### *Vurdering av samtykkekompetanse*

I departementets forslag til § 4-6a er pasrl. §§ 4-1 til 4-3 om vurdering av samtykkekompetanse, gjort tilsvarende gjeldende for vedtak etter ny § 4-6a om varslings- og lokaliseringsteknologi som er ledd i helse- og omsorgstjenester som ikke er helsehjelp.

Direktoratet ser at dette er en pragmatisk løsning ettersom pasrl. kapittel 4 om samtykkekompetanse foreløpig ikke er gjort gjeldende generelt for helse- og omsorgstjenester som ikke er helsehjelp. Vi vil imidlertid foreslå 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 lokaliseringsutstyret (og hvem er dette, jf. forrige punkt om vedtakskompetanse), eller tenker en seg at kvalifisert helsepersonell må foreta vurderingen?

#### *Tiltakets varighet*

Departementet mener det ikke er nødvendig å regulere varigheten av tiltak etter den foreslåtte § 4-6a spesielt, men at helse- og omsorgstjenesten på bakgrunn av en konkret vurdering må ta stilling til tidsavgrensning. Dette er i tråd med det som ellers er det rettslige utgangspunktet når det gjelder beslutninger om helse- og omsorgstjenester som ikke skjer med tvang.

Direktoratet vil bemerke at det vil være stor variasjon i gruppen som vil få tilbud om bruk av varslings- og lokaliseringsutstyr. For enkelte grupper, særlig personer med demens, vil funksjonsnivået kunne endre seg raskt. For disse vil det være nødvendig

med hyppige eller løpende vurderinger av bruken av teknologiske innretninger, for å sikre at bruken er forsvarlig. Direktoratet er kjent med at krav om fortløpende vurdering som følger av annet lovverk til dels er utilstrekkelig for å sikre slik vurdering. I psykisk helsevernloven § 3-7 fremgår at det fortløpende skal vurderes om vilkårene for å opprettholde tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Erfaringen er likevel at vurderingen i flere tilfeller kun foretas på lovens tidsbestemte frister, ved tremånederskontroll, jf. psykisk helsevernloven § 4-9. Vi mener derfor at tidsavgrensninger på vedtakene vil kunne bidra til å sikre hyppige vurderinger

#### **FORSLAG TIL ENDRING I PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN § 4A-4 ANDRE LEDD**

Departementet foreslår en tilføyelse i § 4A-4 andre ledd som innebærer at lokaliseringsteknologi tillates brukt ved gjennomføring av helsehjelp som pasient uten samtykkekompetanse motsetter seg. Forslaget er i sin ordlyd identisk med forslaget som Helsedirektoratet la fram i *IS-1990 Velferdsteknologi*.

#### Er det behov for hjemmelen?

Departementet ber om synspunkter på behov for en slik hjemmel i praksis.

Kapittel 4A kommer til anvendelse overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp, herunder pleie og omsorg. Vilkåret for å iverksette slik helsehjelp, er at det er nødvendig for å unngå vesentlig helseskade og at det er forholdsmessighet mellom tiltak og behovet for helsehjelp. I § 4A-4 gis hjemmel for å anvende tvang eller andre tiltak som ledd i det å yte helsehjelpen, som pasienten gjør motstand mot. Visse tiltak er allerede eksplisitt hjemlet, herunder bruk av varslingsutstyr og bevegelseshindrende tiltak (for eksempel låst dør), jf. nåværende andre ledd. Disse tiltakene brukes typisk for å hindre pasientene å komme ut av en institusjon og derved unngå skade.

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 § 4-6a 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. Det er nærliggende å tro at motstand først vil oppstå dersom utstyret oppleves som sjenerende av pasienten, i så fall vil motstanden i en del tilfelle kunne være annen type utstyr eller annen plassering. En kan også tenke seg enkelte grupper med kognitiv svikt vil kunne yte motstand pga. angst for overvåkning. 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 § 4-6a 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 4A. Direktoratet støtter derfor departementets forslag.

### Vilkår for tvang og krav til forsvarlig helsehjelp må være oppfylt

Dersom utstyr vurderes brukt på tross av motstand, forutsettes det at vilkårene for øvrig er oppfylt. Med mindre det er formålsløst, må det vurderes om pasienten kan trygges på annen måte enn ved bruk av lokaliseringsteknologi, jf. kravet i § 4A-3 første ledd om at tillitsskapende tiltak skal forsøkes. Kan for eksempel pasientens vandringers stanses gjennom tiltak og tilrettelegging i institusjonsmiljøet? Kan vandringene opphøre dersom pasienten tilbys turer med følge?

Videre må helsehjelpen ha til formål å hindre risiko for vesentlig helseskade og den må være nødvendig. Dersom det er fare for at pasientens motstand eller manglende kognitive evner medfører at teknologien ikke vil virke eller bli brukt som forutsatt, vil det lokaliseringsteknologiske tiltak neppe kunne sies å være nødvendig for å hindre vesentlig helseskade.

I denne sammenheng må også den faglige forsvarligheten vurderes. Det gjelder de samme krav til forsvarlighet ved helsehjelp ved bruk av lokaliseringsteknologi, som for annen helsehjelp. Dersom pasientens motstand eller evner medfører at teknologien ikke virker eller blir brukt som forutsatt kan det være direkte uforsvarlig at pasienten blir påtvunget lokaliseringsteknologi. Det er også grunn til å understreke at lokaliseringsteknologi ikke hindrer at pasienten utsettes for skade ved fall, trafikkuhell osv. Lokaliseringsteknologi er primært egnet til å *lokalisere*. Risikoen for at slike situasjoner skal inntre må altså vurderes før en vedtar bruk av lokaliseringsteknologi med hjemmel i kapittel 4A.

Dette er et tema som etter direktoratets syn må omtales tydelig i lovproposisjonen for å sikre entydig forståelse og at bruken av lokaliseringsteknologi ved pasientens motstand skjer i tråd med krav til forsvarlig helsehjelp.

### Vedtaketts varighet

Vedtaket etter kapittel 4A kan ha en varighet av inntil ett år av gangen, jf. § 4A-5 første ledd, men underveis skal tiltaket vurderes fortløpende og avbrytes straks dersom vilkårene ikke lenger er til stede.

Direktoratet mener at det må understrekes tydelig i proposisjonen, at fortløpende vurdering er nødvendig for forsvarlig bruk. Særlig der pasienten lider av progredierende kognitiv eller fysisk svekkelse, er det nødvendig med jevnlig vurdering av om det er forsvarlig å la en person ferdes alene selv om vedkommende bærer lokaliseringsutstyr; i noen tilfeller vil funksjonsevnene til en person med demens kunne svekkes vesentlig i løpet av et år. For personer med en mer permanent og stabil kognitiv svekkelse, vil situasjonen være annerledes. Det bør fremheves i proposisjonen at helsetjenesten må ha prosedyrer for å sikre jevnlig vurdering og fange opp endringer som gjør vedtaket uforsvarlig.

### Bruksarena

Høringsnotatet berører ikke særskilt spørsmålet om bruksarena ift. lokaliseringsutstyr som hjemles i § 4A-4. I forarbeidene til gjeldende kapittel 4A (Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) kap. 4.6.5.5) heter det at bruk av varslingsutstyr ikke er avgrenset til særskilte arenaer, for eksempel institusjon, men at formålet med utstyret – å varsle personell – innebærer at det bare er aktuelt å vurdere slike tiltak når det er helsepersonell like i nærheten.

Direktoratet mener at proposisjonen bør tydeliggjøre om lokaliseringsteknologi som pasienten motsetter seg, bare kan anvendes på pasienter bosatt i institusjon eller om det også kan anvendes av pasienter bosatt i eget hjem. Eventuelle særskilte forutsetninger, som for eksempel at det må stilles krav til beredskap for å kunne håndtere innhenting av en person som har beveget seg uten for sikkert område, vært borte for lenge osv., må også omtales.

#### **FORHOLDET TIL HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN KAPITTEL 9**

Det følger av høringsnotatet at reglene i khol. kapittel 9 skal gjelde foran de foreslåtte lovgrunnlagene. Dette vil bety at for psykisk utviklingshemmede vil bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i tjenestene etter khol. § 3-2 nr. 6 reguleres i khol. kapittel 9. For bruk utenfor disse tjenestene, for eksempel i spesialisthelsetjenesten, vil bruken derimot reguleres etter den foreslåtte § 4-6a i pasient- og brukerrettighetsloven.

Helsedirektoratet er i utgangspunktet i tvil om mulighetene for å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi er tilstrekkelig tydelig regulert i khol. kapittel 9. Praktiseringen av dette er etter det direktoratet erfarer varierende og mange er usikre på de rettslige rammene for bruk av teknologi overfor psykisk utviklingshemmede. Ved lovforslaget stilles det opp vilkår for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi overfor andre personer uten samtykkekompetanse. Det bør i denne sammenheng også vurderes om rammene for bruk av teknologi for psykisk utviklingshemmede bør tydeliggjøres, enten i loven eller at det i alle fall i omtalen av lovforslaget også gis noe mer konkret veiledning i forholdet mellom de to regelverkene (khol. §§ 9-5 flg. og pasrl. § 4-6a) når det gjelder de rettslige grensene for bruk av teknologi.

Vennlig hilsen

Kristin Cordt-Hansen e.f.  
avdelingsdirektør



Hanne Skui  
seniorrådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk*