



2021

# Lovverk og velferdsteknologi- en veileder for ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste

**LOVVERK- RAMMER, BEGRENSNINGER OG MULIGHETER**  
UTARBEIDET AV TRØNDELAGSLØFTET I SAMARBEID MED  
REPRESENTANTER FRA KOMMUNER-, HABILITERINGSTJENESTEN FOR  
VOKSNE OG STATSFORVALTEREN I TRØNDELAG

# INNHold

1.0 Innledning	Side 6
2.0 Bakgrunn	Side 6
3.0 Lovverket- rammer, begrensninger og muligheter	Side 6
3.1 Pasient- og brukerrettighetsloven (PBRL) kapittel 4-6 og 4A	Side 7
3.2 Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) kapittel 9	Side 8
3.3 Når er det kapittel 4, 4A og når er det kapittel 9?	Side 9
3.4 Teknologi til barn og unge	Side 10
4.0 Samarbeidspartnere	Side 10
4.1 Fastlegen	Side 10
4.2 Pårørende	Side 10
4.3 Habiliteringstjenesten	Side 11
4.4 Statsforvalteren i Trøndelag	Side 12
5.0 Tips og råd før iverksettelse av teknologi	Side 12
6.0 Caser til inspirasjon	Side 12
6.1 Caser knyttet til manglende samtykkekompetanse- kapittel 4a	Side 13
6.1.1 Olga	Side 13
6.1.2 Anna	Side 15
6.1.3 Ole	Side 16
6.1.4 Peder	Side 17
6.2 Caser knyttet til personer med utviklingshemming- kapittel 9	Side 18
6.2.1 Anders	Side 18
6.2.2 Petra	Side 19
6.2.3 Per	Side 20
6.2.4 Kari	Side 21
6.2.5 Elise	Side 22
6.2.6 Siri	Side 23

# Begrepsavklaring

Definisjon av viktige begreper i lovteksten:

**Inngripende teknologi** er all teknologi som sender informasjon til tredjepersoner (helsetjenesten) om pasientens eller brukerens situasjon, handlinger eller bevegelser uten at pasienten eller brukeren selv aktivt ber om bistand. Dette innbefatter all sporings-, lokaliserings-, overvåknings- og sensorteknologi (KS, Velferdsteknologiens ABC, emne C, s.9). Eksempler på slike teknologier kan være GPS, bevegelsessensorer, døralarmer, digitalt tilsyn mm. Man må ha et grunnlag for å ha rett til å ta i bruk inngripende teknologi overfor en person.

Teknologi som defineres som ikke inngripende er teknologier der brukeren selv må sende informasjon. For eksempel medisinsk avstandsoppfølging der brukeren selv sender inn målinger, eller trygghetsalarm der brukeren selv trykker på en knapp om ber om bistand.

Det er heller ikke inngripende hvis teknologien bare sender informasjon til brukeren selv. Det kan være en påminnelse om glemt medisin, eller sende varsel som gjelder noe annet enn brukeren for eksempel brann- eller innbruddsalarm.

**Samtykkekompetanse** betyr at personen det gjelder må være i stand til å forstå konsekvensene av aktuelle beslutningsalternativer, og kunne resonnerer med relevant informasjon i valget mellom alternativene. Samtykkekompetanse er en forutsetning for å kunne gi et gyldig samtykke til helsehjelpen, for eksempel å ta i bruk inngripende teknologi. Dersom man vurderer at personen ikke lenger er samtykkekompetent betyr det at personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva den konkrete beslutningen gjelder.

**Motstand** betyr at personen det gjelder gjennom atferd eller ved bruk av ord viser at han eller hun ikke ønsker helsehjelpen eller teknologien som iverksettes. Hvordan motstanden kommer til uttrykk er ikke avgjørende, og i tvilssituasjoner skal det legges til grunn at personen motsetter seg tiltaket.



# 1.0 Innledning

Denne veilederen er utarbeidet av Trøndelagsløftet, i samarbeid med representanter fra Statsforvalteren i Trøndelag, habiliteringstjenesten for voksne- og kommuner i Trøndelag. Vi håper veilederen kan være et godt hjelpemiddel for ansatte ute i helse- og omsorgstjenestene når det kommer til igangsetting av velferdsteknologiske løsninger. Veilederen gir dere en kort innføring i lovverket, tips og råd til utprøving av teknologi, og caser fra virkeligheten der vi kommer med en anbefalt mulig fremgangsmåte. Årsaken til at vi bruker begrepet mulig fremgangsmåte er at ingen brukersak er lik.

Vi jobber for at velferdsteknologiske løsninger skal bli et tilgjengelig hjelpemiddel for alle brukergrupper for å oppnå økt mestring og trygghet. Målet er at teknologi tildeles på lik linje som andre tjenester, og som en naturlig del av helse og omsorgstjenestene, uavhengig av alder, sykdom og funksjonsnedsettelse.

## 2.0 Bakgrunn

Lovverk og tolkning av lovverk er et utfordrende område for mange, og oppleves tidvis som et «hinder» for å få tatt i bruk teknologi ute i helse- og omsorgstjenestene.

Trøndelagsløftet gjennomførte to spørreundersøkelser våren -19/våren -20 der kommunene i Trøndelag ble bedt om å svare på hva de ønsker mer kompetanse på. Der kom det tydelig fram et ønske om mer kompetanse innen lovverk og tolkning av lovverk ved bruk av velferdsteknologi. Tilbakemeldingene gjorde at Trøndelagsløftet innledet et samarbeid med Statsforvalteren og representanter fra flere kommuner i Trøndelag, inkludert jurist og personvernombud i februar 2020. Dette samarbeidet ble utvidet høsten 2020 da representanter fra habiliteringstjenesten for voksne i nordre og søndre del av Trøndelag ble med i arbeidet.

Gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet er det utarbeidet flere verktøy for å heve kompetansen blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten på velferdsteknologi. Deriblant velferdsteknologiens ABC som mange ansatte Trøndelag har gjort seg kjent med. Vi har i denne veilederen valgt å bruke en del materiell som ligger under velferdsteknologiens ABC emne **c- lovverk og etikk**. I tillegg har presentasjonene som ble brukt i webinarrekken om lovverk i regi av statsforvalteren i Trøndelag vinteren-20 og våren -21, vært en del av faktagrunnlaget for denne veilederen.

## 3.0 Lovverket- rammer, begrensninger og muligheter

De to viktigste lovene vi har å forholde oss til er **helse- og omsorgstjenesteloven**, og **pasient- og brukerrettighetsloven**. Helse- og omsorgstjenesteloven beskriver kommunens overordnede ansvar og plikter, herunder plikt til å tilby bestemte tjenester og sørge for at de tjenestene er forsvarlige. **Pasient og brukerrettighetsloven** skal sikre at alle pasienter og brukere får lik tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, og skal ivareta deres rettigheter.

For å avgjøre hva som blir riktig rettsgrunnlag er det fem sentrale spørsmål man bør stille seg:

- 1) Er teknologien å anse som inngripende?
- 2) Er pasient eller bruker samtykkekompetent i det aktuelle spørsmålet?
- 3) Motsetter pasienten eller brukeren seg bruk av teknologien?
- 4) Er det snakk om varsling eller overvåkning med medisinteknisk utstyr eller dreier det som om andre typer teknologi (eksempel varslings- eller lokaliseringsteknologi)?
- 5) Har pasienten eller brukeren diagnosen psykisk utviklingshemming?

## 3.1 Pasient- og brukerrettighetsloven (PBRL) kapittel 4-6a og 4A

Dersom en bruker over 18 år ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.

Helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan gis dersom det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp.

§ 4-6a i PBRL omhandler bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Helse og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstjenester til brukere over 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på brukeren og det skal være i brukerens interesse. Det skal blant annet legges vekt på om tiltaket står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen, og tiltaket er det minst inngripende alternativet og om det er sannsynlig at brukeren ville gitt tillatelse til tiltaket.

Dersom brukeren ikke motsetter seg tiltaket, er godt kartlagt og man har hensyntatt det overnevnte, kan tiltak iverksettes. Hvis brukeren motsetter seg tiltaket, må kapittel 4A benyttes. Formålet med kapittel 4A er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade, samt forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overenstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Før man vedtar et kapittel 4A vedtak må tillitsskapende tiltak være forsøkt og dokumentert, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette. Dersom brukeren opprettholder motstand, eller helsepersonellet vet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom vilkårene i §4A-3 er oppfylt:

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelp

Dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten. Det betyr at varslings- og lokaliseringssystemer med tekniske innretninger kan anvendes.

## 3.2 Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) kapittel 9

Formålet med kapittel 9 er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang. Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett.

De etiske prinsippene og grunnleggende rettigheter som beskrives i kapittel 9 er brukerens

- rett til selvbestemmelse
- rett til å treffe egne valg og rett til være seg selv
- rett til å ikke bli utnyttet
- rett til privatliv
- rett til fravær av tvang
- rett til å benytte rettigheter

Som bruk av tvang eller makt etter reglene, regnes tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av makt eller tvang. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapittel 9 (Helsedirektoratet, Rundskriv kap.9).

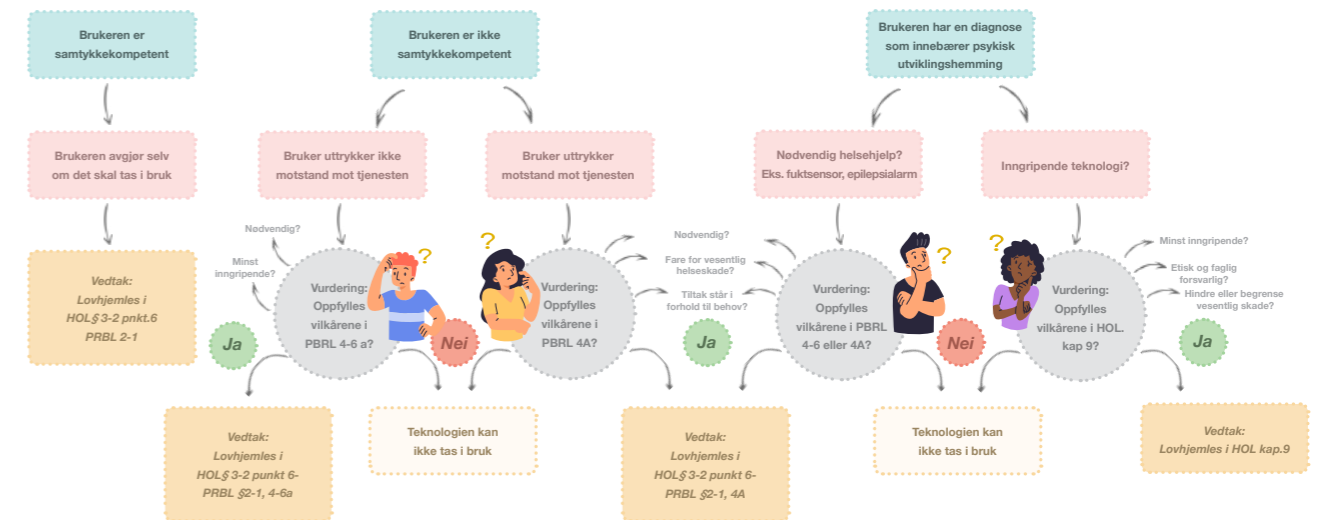
For å kunne ta i bruk inngripende varslingssystemer, må andre tiltak være utprøvd. Man kan teste ut teknologi med aktiv varsling der det er brukere selv som ber om bistand, men ikke inngripende teknologier. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger vil alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i HOL. kap. 9, og må godkjennes i et vedtak før det kan iverksettes jmf.kap. 3.2

Tiltaket må være faglig og etisk forsvarlig, minst mulig inngripende og kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade (HOL § 9-5). Det kan anvendes tvang eller makt i følgende tilfeller:

- a) skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner
- b) planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner
- c) tiltak for å dekke brukerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings og treningstiltak

Hvis kommunen skal ta i bruk inngripende teknologi så stiller § 9-7 krav til kommunens saksbehandling. Vedtak om bruk av tvang eller makt etter §9-5 tredje ledd bokstav b og c treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Dersom inngripende teknologi skal iverksettes, skal spesialisthelsetjenesten være involvert. Vedtak kan treffes på inntil tolv måneder i gangen, men skal som ordinære velferdsteknologiske løsninger evalueres kontinuerlig.

## Iverksettelse av varslings og lokaliseringsteknologi:



Se vedlegg for større utgave.

## 3.3 Når er det kapittel 4, 4A og når er det kapittel 9?

Hvis det er behov for å iverksette helsehjelp som medisinske undersøkelser og behandling til brukere med psykisk utviklingshemming, er det PBRL kap. 4 og 4A som gjelder. Dersom tiltaket anses både som helsehjelp og som pleie og omsorg, er det HOL kap.9 som skal benyttes.

Det kan tidvis være vanskelig å skille og hva som blir riktig må vurderes i hvert enkelt tilfelle. I slike situasjoner må man vurdere hva som skaper behovet for tiltaket:

- Må tiltaket utføres av personell med helsefaglig bakgrunn eller ikke?
- Hva vil være alternativet dersom tiltaket ikke kan benyttes?

Eksempel:

Epilepsialarm- epilepsi er en somatisk sykdomstilstand, og det er helsepersonell som vurderer om det er behov for en epilepsialarm. En utløst alarm krever at helsepersonell raskt iverksetter medisinsk behandling. Da kan vedtaket hjemles i PBRL kap. 4 og 4A.

Midlertidige behov- dersom en tjenestemottaker for eksempel får gjennomført en stomioperasjon vil stell av operasjonssåret fram til såret er grodd anses som medisinsk behandling. Når såret er grodd og det er daglig stell av stomi vurderes det ikke lenger som nødvendig helsehjelp, men anses som vanlig pleie og omsorg. Tvang i forbindelse med dette må vurderes etter reglene i helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Elektronisk medisineringsstøtte vil kunne oppfattes som en teknologi som ikke er pleie eller omsorg og dermed vil reglene i kapittel 4 og 4A regulere dette, og det er ikke behov for kapittel 9 vedtak.

## 3.4 Teknologi til barn og unge

Aktuelle lovhjemler for barn og unge er pasient og brukerrettighetsloven §4-4 - samtykke på vegne av barn. «Foreldre eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år». Helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er aldersuavhengig og gjelder også for barn. Den helserettslige myndighetsalder er 16 år og hovedregelen er at begge foreldrene samtykker på vegne av barnet. Det finnes en rekke unntak fra hovedregelen. Blant annet er det slik at for ungdom mellom 16 og 18 år som mangler samtykkekompetanse har foreldrene rett til å samtykke (PBRL §4-5).

Hvis foreldrene og kommunens vurdering er ulik er det slik at kommunen plikter alltid å yte forsvarlige tjenester. Foreldrene har rett til å medvirke på vegne av barnet (PBRL §3-1 fjerde ledd), men medvirkningsretten går aldri så langt at foreldrene kan velge uforsvarlige tjenestetilbud, eller tilbud som vil være i strid med loven.

Dersom det er behov for tvang og makt som ledd i helse- og omsorgstjenester overfor barn som har psykisk utviklingshemming, kan det fattes vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Foreldre skal informeres før vedtak treffes (jf. § 9-3), og til å uttale seg om vedtaket (jf. § 9-7).

## 4.0 Samarbeidspartnere

Kommunene må samarbeide med flere aktører når det gjelder igangsettelse av velferdsteknologiske løsninger. I dette kapitlet nevner vi roller til noen av de sentrale aktørene i arbeidet.

### 4.1 Fastlegen

Samarbeid med fastlegen er viktig ved rådføring om samtykkekompetanse (hvis nødvendig) og ved henvisning til spesialisthelsetjenesten for vurdering av samtykkekompetanse for pasienter med diagnosen psykisk utviklingshemming. Kommunikasjon med fastlege kan gjøres via e-meldinger, ved tilsyn eller konsultasjon sammen med bruker. Hvis man vurderer multidosedispenser må fastlegen kontaktes og rådføres, slik at man kommer til enighet om elektronisk medisineringsstøtte er en god og forsvarlig løsning til den aktuelle brukeren.

### 4.2 Pårørende

I lov om pasient- og brukerrettigheter er det flere paragrafer som omhandler informasjon til brukerens nærmeste pårørende. §3-3 sier at dersom brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal nærmeste pårørende ha informasjon om helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Dersom pasienten er over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming, har både brukeren og de nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i §3-2. § 3-2 utdypet hvilken informasjon man kan gi til brukeren og deres pårørende i slike situasjoner.

Ved manglende samtykkekompetanse hos pasienter over 18 år sier PBRL §4-6 at «der det er mulig skal det innhentes informasjon fra brukerens nærmeste pårørende om hva vedkommende ville ha ønsket». Det skal stå tydelig i brukers journal hva pårørende har opplyst.

Det er viktig at man informerer pårørende godt om teknologiens funksjoner, muligheter og begrensninger, og bakgrunn for valg av teknologi.

## 4.3 Habiliteringstjenesten

Habiliteringstjenesten er en god samarbeidspartner når det skal kartlegges og vurderes tiltak knyttet til HOL § 9, personer med psykisk utviklingshemming. Deres oppgave er å bistå til at brukeren oppnår mest mulig mestring, god helse og livskvalitet. Deres målgruppe er mennesker med

- medfødte/tidlig ervervede nevrologiske tilstander som cerebral parese, muskeldystrofier, ryggmargsbrokk etc.
- psykisk utviklingshemming/autisme og sammensatte problemstillinger innenfor nevrologiske tilstander, psykiske tilleggsvansker, nevrologiske tilstander og atferdsvansker
- medfødte/tidlig ervervet psykiatri/nevropsykiatri som ADHD, asperger, Tourette etc.

De samarbeider med flere aktører som brukerens fastlege, kommunale tjenester, pårørende/verge, andre i spesialisthelsetjenesten og nasjonale kompetansesentre. De har flere ulike oppgaver blant annet utredning, diagnostisering, behandling, gir råd og veiledning, kurs og opplæring mm.

Hvis man er usikker på om inngripende teknologi er løsningen for sin bruker, er det mulig å ta kontakt med habiliteringstjenesten for å spørre om råd. Er man derimot sikker på at teknologi kan være et godt tiltak, må man først kartlegge og dokumentere brukers behov godt.

- Hva er utfordringene?
- Hva er forsøkt tidligere?
- Hvorfor kan teknologi være et tiltak?

Deretter tar du kontakt med fastlegen. Brukeren må henvises fra fastlegen til habiliteringstjenesten. Årsaken til at henvisning må komme fra fastlegen og ikke direkte fra tjenesten er at fastlegen er nærmest pasienten i helsesammenheng og skal ha det oversikt over det totale tjenestetilbudet til brukeren, både lokalt og i spesialisthelsetjenesten. Brukere må være informert og samtykke i at henvisningen sendes. Man skal beskrive aktuell problemstilling og somatisk status må være oppdatert.

Habiliteringstjenesten vurderer henvisning etter egne prioriteringsveileder. Rett til helsehjelp vurderer og behandlingsfrist settes. Behandlingsfristen er maks 12 uker.

## 4.4 Statsforvalteren i Trøndelag

I lov om statlig tilsyn med helse og omsorgstjenesten § 7 er det spesifisert at enhver som utfører tjeneste eller arbeid i helse- og omsorgstjenesten, skal på anmodning gi tilsynsmyndighetene opplysninger som tilsynsmyndigheten mener er nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Det vises til denne lovteksten i helse og omsorgstjenesteloven §5-9. HOL § 12-3 sier at Statsforvalteren skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 3-10 (og noen flere). I forbindelse med kapittel 9 vedtak kan Statsforvalteren gjennomføre tilsynsbesøk uten beboerens samtykke.

Lov om pasient- og brukerrettigheter § 7-2 sier at brukere eller dennes representant som mener at bruker ikke mottar nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og transport, har medvirkningsrett eller har samtykket i helsetjenesten, kan sende klage til Statsforvalteren.

## 5.0 Tips og råd før iverksettelse av teknologi

- ALLTID tenk: bruk minst inngripende teknologi først
- vurder pasientens samtykkekompetanse og dokumenter
- informer bruker og pårørende godt om teknologiens funksjoner, muligheter og begrensninger, og bakgrunn for valg av teknologi.
- hvis bruker har en psykisk utviklingshemming, ta kontakt med habiliteringstjenesten så tidlig som mulig og gjør et godt arbeid med søknaden slik at dere viser at alternative tiltak er utprøvd og dokumentert utprøvd
- evaluer iverksatt teknologi kontinuerlig
- er du i tvil om hvilke lovverk som er gjeldene, ta kontakt med Statsforvalteren for rådføring

## 6.0 Caser til inspirasjon

Vi har innhentet anonymiserte caser fra flere kommuner i Trøndelag og diskutert disse sammen med representanter fra Statsforvalteren i Trøndelag, kommuner og habiliteringstjenesten. Resultatet av disse diskusjonene presenteres i dette kapitlet. Kapitlet er delt opp i to delkapittel. Det første delkapitlet beskriver caser knyttet til pasient- og brukerrettighetsloven §4a. Det andre delkapitlet beskriver og gir vurdering av åtte caser knyttet til helse og omsorgstjenesteloven § 9. Som nevnt innledningsvis er det mulige løsninger som er skissert.

## 6.1 Caser knyttet til manglende samtykkekompetanse- PBRL kapittel 4a

### 6.1.1 Olga

*Navn: Olga Olgesen*

*Alder: 65 år*

*Boforhold: bor sammen med mannen sin Ole i egen bolig*

*Yrke: Har jobbet som sekretær for en bilforretning i 25 år*



Olga har diagnosen Alzheimer. Hun liker å gå turer hver eneste dag og når hun selv vil. Mannen hennes Ole er på jobb 4 dager i uken. I det siste har det hendt at Olga ikke er hjemme når Ole kommer hjem fra jobb. Han må da gå og lete etter henne i nærmiljøet, og han er bekymret for sin kone. Ole ønsker at Olga skal benytte en GPS. Han ønsker at den skal være programmert slik at han får et varsel hvis Olga er over 1 km i omkrets bort fra hjemmet. Alternativt kan han lokalisere henne når han kommer hjem fra jobb.

Olga er enig i at dette kan være en god løsning. Ole er redd for at Olga skal glemme å ta med GPS 'en når hun går ut og lur på om den kan sys inn i foret på en jakke eller bruke GPS-skosåle for å sikre at hun tar den med.

#### **Hvordan kan dette løses?**

I dette tilfellet er det flere alternativer. Start med å gjennomføre en god kartlegging.

Hvis kartleggingen viser at dette er et opplevd behov fra Ole, og ikke vurdert som et behov som utløser vedtak på kommunal helse og omsorgstjeneste, kan man oppfordre Ole og Olga om å kjøpe teknologien selv. Da er det fint om kommunen har testet ut og gjort seg erfaringer med ulike typer GPS klokke/såler slik at de har produkter de kan anbefale.

Dersom kartleggingen viser at Olgas behov utløser vedtak på kommunal helse og omsorgstjeneste, må man foreta en samtykkevurdering. Olga kan vurderes som samtykkekompetent i forhold til tenkt tjeneste. Det er da viktig at hun får god informasjon om hvordan GPS virker og hva som skjer dersom det utløses alarm. Man har flere ulike GPS å velge mellom, og det kan være hensiktsmessig at Olga får en alarm som hun selv kan utløse dersom hun er i tvil om hvor hun er. Det må kartlegges hvem som skal ta imot alarmen og når, og det må skrives inn i vedtaket samt føres inn i pasientjournalen.

Dersom hun vurderes til å ikke være samtykkekompetent må man kartlegge følgende:  
Uttrykker Olga motstand mot tjenesten?

Hvis nei: oppfylles vilkårene i PBRL 4-6 ? Er det den minst inngripende teknologien og er det nødvendig? Dersom kartleggingen sier ja, kan vedtaket lovhjemles i HOL §3-2 punkt 6 og PBRL §2-1, 4-6a

Hvis ja: er tiltaket nødvendig? Er det fare for vesentlig helseskade? Står tiltak i forhold til behov? Her må man tenke på hvilke følger det får for Olga dersom hun ikke tar i bruk GPS (for at hun roter seg bort, leteaksjoner, fare for liv og helse).

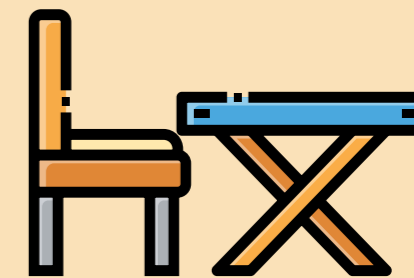
Dersom vurderingene tilsier at hun kan ta i bruk teknologien er det viktig å finne en GPS som passer- enten klokke, såle eller sydd inn i jakkeforet.

## 6.1.2 Anna

*Navn: Anna Annasen*

*Alder: 83*

*Boform: Bor på institusjon*



Anna bor på demensavdelingen og er vurdert som ikke samtykkekompetent. En dag snubler og faller hun i et bord inn på rommet sitt. Pårørende er redd for at mor skal falle en gang til og ønsker at det skal monteres velferdsteknologi inne på rommet for å unngå at dette skjer igjen. Ansatte er ikke enig ettersom dette mest sannsynlig ikke hadde skjedd hvis brukeren hadde mindre møbler på rommet sitt. I tillegg sover Anna godt hver natt og er sjelden ute av senga på natta. Pårørende står på sitt: Hun må få en sensor.

### Hvordan kan dette løses?

Dersom ansatte mener at det er et overmøblert rom som utløser fall, må man ta en samtale med Annas pårørende om å ta bort noen møbler. Det er ikke slik at velferdsteknologi løser alle situasjoner som oppstår. Siden Anna er vurdert som ikke samtykkekompetent skal alternative tiltak være utprøvd før velferdsteknologi tas i bruk. Om alternative tiltak som mindre møbler på rommet har vært prøvd, men Anna fortsatt har falltendens, vil det være faglig forsvarlig å vurdere en sensorteknologi som gir et varsel når Anna står opp fra stol/seng. Da må man iverksette den teknologien som er minst inngripende og vedtaket kan lovhjemles i HOL §3-2 punkt 6 og PBRL §2-1, 4-6a.

Anna kan motsette seg at pårørende og ansatte tar ut møbler fra rommet, og samtidig fjerne/rive vekk sensorer som blir satt opp. Altså hun uttrykker motstand mot tjenesten. Da må man vurdere om det er fare for vesentlig helseskade, om det er et nødvendig tiltak og om tiltaket står i forhold til Annas behov opp mot vilkårene i PBRL 4A. Dersom Annas reaksjon på teknologien gir henne økt uro eller forverret adferd, og dermed øker sjansen for fall vil det være uhensiktsmessig å sette i gang velferdsteknologiske løsninger.

Hvis man vurderer at hennes motstand mot tjenesten ikke overgår de følgende det vil få for Anna om hun faller, altså fare for vesentlig helseskade som bruddskader, fare for komplikasjoner, delir m.m, så kan man iverksette teknologi der vedtaket lovhjemles i HOL§ 3-2 punkt 6 og PBRL §2-1, 4A.

I denne casen er det viktig å involvere de pårørende i arbeidet, og dokumentere i pasientjournalen hvilke tiltak som blir prøvd ut og hvorfor. Man må kartlegge Anna og finne ut hvilken teknologi som vil passe henne, og alltid tenke minst inngripende teknologi.



### 6.1.3 Ole

**Navn:** Ole Olsen

**Alder:** 75

**Boform:** Hjemmeboende, bor alene.

**Nylig flyttet fra hjemmet til en omsorgsbolig**



Ole har diagnosen alzheimer. Han har ingen innsikt i egen situasjon og slår seg ikke til ro. Han er meget fysisk aktiv. Han går og sykler lange turer daglig, og da gjerne i retning av sin opprinnelige bolig. På grunn av sin kognitive svikt finner han ikke alltid veien hjem. Pårørende og hjemmetjenesten ønsker gjerne velferdsteknologi som sikrer at han blir funnet dersom uhellet skal være ute, spesielt på natt og vinter. Ole er svært mistenksom og ønsker ingenting av fremmedelementer inn i sin bolig. Det har tidligere blitt prøvet ut trygghetsalarm, døralarm og mobil trygghetsalarm, men han demonterer alt av utstyr.

#### **Hvordan kan dette løses?**

Ansatte har i dette tilfellet forsøkt med flere typer teknologi. Ole er vurdert som ikke samtykkekompetent og motsetter seg tiltak. Vedtak etter PBRL §4A skrives da alle vilkårene i § 4A-3 er oppfylt. Tillitsskapende tiltak er forsøkt og ytterligere forsøk anses som formålsløst. Tiltaket er inngripende, men helsepersonell anser tiltaket som mindre inngripende en tilbakeholdelse i institusjon.

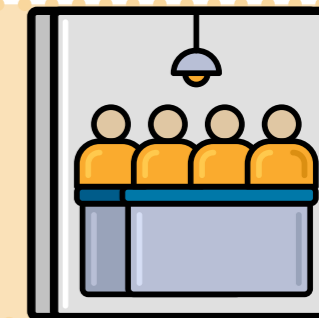
Her handler det om å prøve ut teknologier som kan hjelpe Ole slik at han kan bo i egen bolig lengst mulig. Det er nødvendig å ha god dialog med pårørende der man går gjennom alle scenarioer som kan oppstå, for deretter å bli enige om hvilke tiltak som iverksettes. Dersom pårørende og helsepersonell vurderer at risikoen for alvorlig skade, potensielt død er høy og Ole fortsetter å motsette seg de tiltak som blir igangsatt, bør man ta en samtale om Ole heller bør flytte inn på en institusjon slik at han kan tilbakeholdes jf. PBRL §4A-4.

### 6.1.4 Peder

**Navn:** Peder Pedersen

**Alder:** 83

**Bosted:** Institusjon for demente



Peder bor på en institusjon for demente og kan være ukritisk til å inn på andres rom eller i møte med andre i fellesareal hvis det ikke er ansatte til stede. Pårørende er godt informert om situasjonen og har sammen med ansatte funnet ut at det må være noe slags teknologi som kan varsle ansatte når han forlater rommet. Da kan ansatte møte han i fellesarealet før det oppstår en situasjon.

Det har blitt gjennomført en samtykkevurdering og resultatet tilsier at han ikke er samtykkekompetent og han viser at han motsetter seg tiltaket.

#### **Hvordan kan dette løses?**

I denne casen er det flere behov som må hensyntas. Man ønsker å skjerme Peder fra å gjøre ting han ikke vil gjort dersom han var frisk, samtidig som man ønsker å skjerme medboere.

Man må kartlegge situasjonen godt og se om man kan avdekke noe mønster. Når på døgnet er Peder urolig? Hvilke behov har Peder når han begynner å gå inn til andre medboere? Denne casen kan løses med hjelp av miljøtiltak og teknologi. Det vil ofte oppleves mindre inngripende for pasienten å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger enn tilbakeholdelse av personell.

Det kan monteres en dørsensor på Peder sitt rom, slik at ansatte mottar en alarm når Peder går ut av rommet sitt. Hvis man har et moderne pasientvarslingsanlegg med dørvarslingssystem, kan man programmere at beboerne kun får adgang til sitt eget rom eller det kan gå et varsel om beboeren er på feil rom. Hvis man planlegger teknologiske tiltak (eksempel varsler på hoveddør) som inkluderer alle beboerne er det viktig at alle beboerne blir godt kartlagt, samtykkekompetansevurdert og informeres om hva teknologien gjør og hvordan den fungerer. Det er viktig at pårørende også får den samme informasjonen.

Dersom man ikke lykkes med en blanding av miljøtiltak og teknologi, må man diskutere alternative tiltak sammen med pårørende, tilsynslege, ansatte og eventuelt spesialisthelsetjenesten.

## 6.2 Caser knyttet til personer med psykisk utviklingshemming- HOL kapittel 9

### 6.2.1 Anders

**Navn:** Anders Andersen  
**Alder:** 24 år  
**Boforhold:** bor i døgnbemannet bolig



Anders er multihandikappet, mangler språk, og er avhengig av oppfølging til alt av personlig stell og andre gjøremål. Han har tett med bemanning på dag og kveld, og har faste tilsyn på natt (kl 23.30 , kl 03 og kl 06) av nattevakt i sin tilpassede bolig.

Tilsynshyppighet på natt er vurdert i forhold til at han har urinlekkasjer enkelte netter med behov for skifte av det meste av sengetøy. Ved tilsyn har Anders enkelte ganger dyna i gulvet, og har romstert en del i våken tilstand. Avhengig av når urinlekkasjen har skjedd i forhold til tilsyn, kan dermed Anders blir liggende kald og våt noen timer.

Nattevaktene opplever også at de gangene Anders sover når de gjør tilsyn, vekker de han, og det holder de igjen med tanke på tettere tilsyn. Ønsket er at Anders skal få hjelp når han har behov for det, og ellers la han sove uforstyrret.

Nattevaktene formidler ønske om en fuktsensor, som varsler når det er fukt i senga. Likedan kunne de tenkt seg mulighet for ett digitalt tilsyn i form av kamera for å erstatte de faste tilsynene, der de med ett kjapt øyeblikksbilde kan se om Anders sover eller er våken med dyna i gulvet. Med dette kameratilsynet kan de bistå Anders om han er våken med dyna i gulvet, eller la han sove helt uforstyrret videre om alt ser greit ut.

#### Hvordan kan dette løses?

I denne casen er det ønske om en fuktsensor for å unngå unødvendige tilsyn som vekker brukeren. Hvis man under kartleggingen avdekker at en fuktsensor er tilstrekkelig tiltak, går tiltaket under nødvendig helsehjelp for å forhindre sår og annet. Da kan vedtaket hjemles i kapittel 4a. Habiliteringstjenesten kan involveres, men det er ikke nødvendig.

Dersom kartleggingen viser at fuktsensor ikke er et tilstrekkelig tiltak og at kameratilsyn anses som nødvendig, blir det en mer tidkrevende prosess med involvering av habiliteringstjenesten. Det er viktig når tjenesten har kartlagt brukerens behov, og andre tiltak er prøvd ut, at fastlegen snarlig sender en henvisning til habiliteringstjenesten. I forkant av dette må brukeren være informert og samtykke. Henvisningen må inneholde en detaljert beskrivelse av aktuell problemstilling og somatisk status må være oppdatert. Formålet med bruken må komme tydelig fram og tiltaket må fylle vilkårene for bruk av tvang, kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven. Hvis vilkårene er oppfylt må man eventuelt argumentere for det.

### 6.2.2 Petra

**Navn:** Petra Petrasen  
**Alder:** 30  
**Bosted:** Trondheim  
**Boform:** Kommunal bolig.  
**Mottar praktisk bistand for daglige gjøremål og veiledning.**  
**Yrke:** Bistår kantinepersonalet på det nærmeste sykehjemmet 4 dager i uka



Petra har diagnosen lett psykisk utviklingshemming. Petra har i flere år gått turer og alltid kommet hjem igjen. Det har i den siste tiden vært episoder hvor hun ikke har kommet hjem og ansatte har måttet lete etter henne. De har funnet henne på andre steder enn det som tidligere har vært hennes vante turområder. Hun er mest desorientert etter mørkets frembrudd. Petra er enig i at hun kan ha med seg en GPS, slik at hvis hun ikke kommer tilbake til boligen etter 2 timer så kan ansatte utføre et søk for å lokalisere henne.

#### Hvordan kan dette løses?

I denne casen har ansatte snakket med Petra om å ta i bruk en GPS og hun samtykker i tiltaket. Ettersom Petra har diagnosen psykisk utviklingshemming, vil tiltaket bli sett på som makt og tvang. Lovverket er tydelig på at GPS som er en lokaliseringsteknologi, er en inngripende teknologi, og derfor kan ikke brukerens samtykke være rådende.

Det første man må gjøre er å undersøke hvorfor Petra har fått en orienteringssvikt. Kan det skyldes en begynnende demens eller annet? Deretter må man prøve alternative tiltak først. Et tiltak kan være at hun får gå turer med følge. Det kan virke betryggende. Hvis hun motsetter seg følge, kan det være nødvendig å iverksette en søkeprosess om et kapittel 9 vedtak, hvis man vurderer at det er nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade.

En GPS kan gi flere ansatte tilgang til og oversikt over, brukerens bevegelser, enn hvis man har fysisk personell til stede. Hvis kommunen har mobile trygghetsalarmer, med innebygd GPS, og brukeren selv er i stand til å varsle når han har behov for bistand, så anses det ikke til å være tvang. Da er det brukeren selv som aktivt ber om bistand. Habiliteringstjenesten trenger da ikke å involveres.

### 6.2.3 Per

*Navn: Per Persen*

*Alder: 17*

*Boform: Bolig med 3 andre beboere,  
med heldøgns bemanning*



Per er en multifunksjonshemmet gutt som bor i en bolig sammen med tre andre beboere. På dag er den en-til-en bemanning. På natt er det for tiden en våken nattevakt fordelt på de fire beboerne. Per har dårlig syn, men føler vibrering og bevegelser i rommet veldig godt. I perioder er Per sin helsetilstand forverret, og det kan være fare for oppkast eller andre uønskede hendelser på natt. I noen tilfeller har det vært sittende nattevakt ved hans seng. I andre tilfeller har han tilsyn x 6 per time. Dette resulterer i at Per er våken det meste av natten. Han viser tydelig uro når det sitter en person ved hans seng hele natten. Ved hyppig tilsyn oppleves det at Per er mer våken og at det er et resultat av at det er bevegelse i rommet/vibrering i gulv når ansatte gjennomfører tilsyn. Ansatte mener at det er verdt å prøve ut et kameratilsyn der de kan observere Pers tilstand digitalt og kan redusere antall fysiske tilsyn.

#### **Hvordan kan dette løses?**

Selv om Per er under 18 år må det fattes et kapittel 9 vedtak på grunn av diagnosen psykisk utviklingshemming. Som casen beskriver viser han tydelig uro når ansatte sitter ved siden av sengen.

Ansatte har forsøkt flere alternative tiltak som ikke har ført til ønsket resultat, og nå vil de å prøve ut en teknologi som for Per vil føles mindre inngripende. I denne casen må habiliteringstjenesten involveres og ansatte må derfor kontakte Pers fastlege. All dokumentasjon som ansatte har gjort på alternative tiltak kan skrives inn i henvisningen fra fastlegen til habiliteringstjenesten.

### 6.2.4 Kari

*Navn: Kari Karisen*

*Alder: 45*

*Boform: Privat omsorgsbolig med  
heldøgns bemanning fra kommunen*



Kari har diagnosen psykisk utviklingshemming og har til tider vært plaget med angst, særlig om natten. Når hun våkner om natten er det behov for at noen er hos henne, så fort som mulig, for å skape trygghet. Derfor sitter nattevakten fast inne hos Kari, kun avbrutt av faste tilsynsrunder hos medboerne. Noen ganger tar tilsynsrunder lengre tid enn vanlig og det er da en risiko at Kari våkner og er alene. Derfor har de bemannet opp med en hvilende nattevakt som kan bistå hvis behov. Ansatte ved avdelingen lurer på om det finnes noen teknologi som kan varsle ansatte når Kari våkner om natten, slik at de kan komme inn til henne så fort hun våkner og gi henne trygghet.

#### **Hvordan kan dette løses?**

Hvis Kari kan kontakte personalet selv når hun våkner, for eksempel med en trygghetsalarm er casen løst. Da er det Kari selv som varsler at hun har behov for bistand. Dersom hun ikke er i stand til å kontakte personalet når panikkopplevelsen inntreffer er det behov for tiltak. Man må kartlegge og vurderer om alle alternative tiltak er forsøkt. Hva er årsaken til at Kari er engstelig? Er det noe som kan behandles, enten med miljøtiltak eller medikament? Dersom kartlegging avdekker at det er behov for varslingsteknologi, sensorteknologi, må man velge minst mulig inngripende teknologi, og da må ta tjenesten ta kontakt med habiliteringstjenesten via fastlegen. Det er viktig at alle forsøkte tiltak dokumenteres i Karis pasientjournal.

## 6.2.5 Elise

**Navn:** Elise

**Alder:** 25 år

**Boforhold:** Kommunal omsorgsbolig med heldøgns omsorg



Elise har lett psykisk utviklingshemming og epilepsi. Hun har vært relativt selvstendig på flere områder. Blant annet har hun selv tatt medisinene sine og hun har vært selvstendig på natt, uten behov for oppfølging. Det har vært noen utfordringer om leggetid og etablering av en hensiktsmessig døgnrytme etter at hun flyttet for seg selv.

Hun hadde tidligere 15 timer bistand i døgnet, men har nå 24 timer. Dette med bakgrunn i nyoppstått epilepsi og GTK-anfall, som medførte fall med alvorlig skade før jul. Både det at Elise ble engstelig for nye anfall og fare for vesentlig skade, har medført at hun nå har nattevakt sittende inne hos seg hver natt. Kommunen ønsker å ta i bruk digitalt tilsyn med kamera i stedet for kontinuerlig tilstedeværelse. Medisineringen er sannsynligvis ikke optimal enda, grunnet uregelmessig inntak. Dette skyldes blant annet at Elise kan legge seg sent og stå opp sent (kl12-13 om dagen) slik at hun ikke får tatt medisinene som anbefalt.

Det er mange bistandsyttere sammen med Elise gjennom døgnet, noe som trolig gjør henne mer utrygg. Nattevakt, som kommer kl 22 byttes ofte ut med den som kommer kl 23. Senvakt 20.30. avløses av en annen som går hjem litt senere. Dette vanskeliggjør det miljøterapeutiske arbeidet med blant annet å bidra til god døgnrytme. Elise har fått utlevert en kalender hvor personalet settes inn for en uke, men det blir en del utskiftinger i løpet av uka da noen ikke føler seg trygg nok til å bistå Elise etter at hun fikk epilepsi. Kommunene er godt i gang med å skrive vedtak slik at de kan ta i bruk digitalt tilsyn.

### Hvordan kan dette løses?

I denne casen må man først vurdere om det er jobbet nok med alternative tiltak, før man tar i bruk inngripende teknologi som digitalt tilsyn. Det er flere tiltak som ikke er prøvd ut hos Elise, og det er ikke gjennomført en grundig kartlegging. Hva er egentlig den største utfordringen? Det er mye uro rundt Elises nyoppståtte epilepsidiagnose som har ført til utrygghet både for ansatte og brukeren selv.

Trygghetsskapende tiltak bør prøves først. Ansatte må få opplæring i hvordan de skal håndtere anfallene og medisineringsstøtte bør optimaliseres. I tillegg skal man tenke minst inngripende teknologi ved oppstart av teknologiske løsninger. I denne situasjonen kan man ta kontakt med NAV hjelpemiddelsentral og be om råd og veiledning. Elise kan søke om å få tildelt en epilepsialarm som går til kommunens personell eller andre ved anfall.

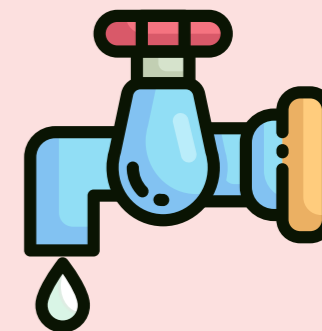
I denne casen må man reflektere over hensikten med teknologien og hva er behovet til Elise. Skal teknologien innføres på grunn av epilepsien hjemles vedtaket i kapittel 4, som nødvendig helsehjelp. Dersom det er på grunn av utrygghet skal det hjemles som et kapittel 9 vedtak, omsorgsvedtak. Da må habiliteringstjenesten involveres.

## 6.2.6 Siri

**Navn:** Siri

**Alder:** 33

**Boforhold:** Døgnbemannet omsorgsbolig



«Siri» har diagnosen psykisk utviklingshemming. Hun bor på en døgnbemannet omsorgsbolig og er vurdert som ikke samtykkekompetent. Hun står ofte opp om natta og går på badet, stiller seg i dusjen og slår på dusjen med iskaldt vann. Dette kan blant annet føre til fall i dusj, at hun blir svært kald og veldig våken resten av natta.

Vannlås på dusj er forsøkt. Det fungerer ikke i et fellesbygg med flere brukere av samme rørsystem.

Tilsyn hver time har blitt praktisert, men beboer sover lett og våkner ofte av de minste lyder. Beboer blir da ofte uopplagt og sliten på dagtid på grunn av urolige netter.

### Hvordan ble dette løst?

Ansatte mener det er verdt å forsøke digitalt tilsyn. Ved hjelp av hendelsesbaserte varsler når bruker forlater seng og forlater soverommet vil nattevakta kunne avverge uønskede hendelser og beboer slipper å ha noen innom leiligheten hver time gjennom natta.

Primæransvarlig vernepleier gjorde en grundig kartlegging av behovet for et varslingsystem til denne brukeren. Verge, nærmeste pårørende og habiliteringstjenesten ble informert per telefon om søknad til statsforvalteren. Alle var positive til utprøvingen. Det ble sendt søknad om tvangsvedtak til statsforvalteren. Primæransvarlig sendte med en beskrivelse av varslingsystemet som vedlegg til søknaden. Det ble presisert i søknaden både tidspunkt for når teknologien skal være aktiv og grad av anonymisering.

På grunnlag av gode vurderinger og ryddig informasjon ble det innvilget tvangsvedtak i løpet av kort tid.





# TRØNDELAGSLØFTET

• Sammen skaper vi fremtidens helsetjenester •

**HÅPER DERE HAR FUNNET DENNE VEILEDEREN NYTTIG.**  
GJERNE GI OSS TILBAKEMELDING PÅ  
[TRONDELAGSLOFTET@VARNESREGIONEN.NO](mailto:TRONDELAGSLOFTET@VARNESREGIONEN.NO)