



NOTATSERIEN NR.1 /2015

ERFARINGSNOTAT –
Tildeling av varslings- og
lokaliseringsteknologi

Helen Berg (red.), høgskolelektor
Høgskolen i Ålesund

www.hials.no

ISBN: 1503-3627

ISSN: 978-82-92186-54-1

Fagfelleurdert av Rigmor Einang Alnes, 1. amanuensis, Høgskolen i Ålesund

Copyright: Høgskolen i Ålesund/Berg, Helen (red.)

ISBN: 1503-3627

ISBN:978-82-92186-54-1

Tildeling av varslings- og lokaliseringsteknologi

Erfaringsnotat etter utprøving i kommunar i Midt-Noreg.



Helen Berg (red.)

Reidunn Korsnes

Per Gammelsæter

Siv-Iren Stormo Andersson

Ålesund September 2015

Innhald

Innleiing	4
Bakgrunn	5
Del 1: Føresetnader for saksbehandlinga	6
1.1. Kva er varslings- og sporingsteknologi	6
1.2 Brukaren sine føresetnader	7
1.3 Kommunen sine føresetnader	8
Del 2: Reglar som regulerer bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi	11
2.1 Generelt	11
2.1.1 Lovregulering frå 1. september 2013	11
2.1.2 Samtykke	12
2.1.3 Motstand	13
2.1.4 Kven vurderer samtykkekompetansen	13
2.1.5 Fagleg forsvarlegheit	14
2.2 Kommunal saksbehandling når brukaren har samtykkekompetanse	14
2.3 Kommunal saksbehandling når brukaren ikkje har samtykkekompetanse	15
2.4 Kommunal saksbehandling når brukaren ikkje har samtykkekompetanse og motset seg bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi	15
Del 3: Case og vurderingar	17
3.1 Case 1 «Kari»	18
Vurderingar knytt til case 1	18
3.2 Case 2: «Peder»	22
Vurderingar knytt til case 2	22
3.3 Case 3: «Ann Mari»	25
Vurderingar knytt til case 3	25
Referansar:	28

Innleiing

I 2012 starta 10 kommunar i Midt-Noreg opp Det Midt-Norske Velferdsteknologi-prosjektet (1). Kommunane skulle prøve ut eksisterande og tilgjengeleg velferdsteknologi i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene, gjennom fleire ulike delprosjekt.

Velferdsteknologiprojektet var finansiert frå Helse- og omsorgsdepartementet, etter ein samla søknad frå fylkesmennene og KS i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag.

Det Midt-Norske Velferdsteknologiprojektet vart etablert ut frå ei forståing av at velferdsteknologi kan:

- gi ein tilleggsgevinst i form av redusert belastning på tenesteytar
- gjere det mogeleg å frigjere arbeidstid til oppgåver som krev nærleik og menneskehand

Ålesund, Ørskog, Ulsteinvik, Herøy og Vanylven med i fellesprosjektet, med utprøving av GPS-sporing (2). Formålet med dette prosjektet var å tilby personar som har kognitiv svikt og/eller demens ei nyttig teneste med sporings- og lokaliseringsteknologi.

Ei lovendring i pasient- og brukarrettslova (3) i juni 2013 opna for bruk av sporings- og varslingssteknologi for personar utan samtykkekompetanse. Lova, som tredde i kraft 1. september 2013, førte difor også til nye juridiske utfordringar for kommunane. Erfaringar frå GPS-sporingsprosjektet syner eit behov for ein skriftleg rettleiar for tildeling av varslings- og lokaliseringsteknologi.

I dette erfaringsnotatet har vi forsøkt å samle punkt vi meiner er viktige å vurdere når vi skal ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi. Vi har drøfta oss gjennom ulike case for å få fram problemstillingane. Vi har også hatt med fagpersonar med kompetanse innan juss og tenestetildeling i drøftingane. Notatet er meint å vere til hjelp for kommunar som ønsker å starte opp med velferdsteknologi. Det kan også vere med som grunnlag for seinare utarbeiding av ein skriftleg rettleiar for tildeling.

Dei som har vore med i drøftingane er:

- Olav Aarø, jurist frå Ålesund kommune
- Reidunn Korsnes, senior rådgjevar frå Ålesund kommune
- Sverre Veiset, rådgivar frå fylkesmannen i Møre og Romsdal
- Thomas Sørflaten, jurist frå fylkesmannen i Møre og Romsdal
- Per Gammelsæter, rådgjevar (privat føretak lovverk/tildeling)
- Siv Iren Stormo Andreasson, prosjektkoordinator for Det Midt-Norske Velferdsteknologiprojektet
- Helen Berg, prosjektleiar velferdsteknologiprojektet på Sunnmøre
- Juristar frå Datatilsynet og frå Helsedirektoratet har vore konsultert

På hausten 2014 og våren 2015 utførte Tone Kirkhorn, som er prosjektleiar for velferdsteknologiprojektet på Sunnmøre frå juli 2015, ei kvalitetssikring av notatet.

På bakgrunn av stor etterspurnad etter notatet vel vi no å publisere dette via Høgskulen i Ålesund sin notatserie.

Bakgrunn

I juni 2013 vart det vedteke ei lovendring i pasient- og brukarrettslova (3), der ein opna opp for bruk av sporings- og varslings-teknologi for personar utan samtykkekompetanse. Lova tredde i kraft 1. september 2013. Bakgrunnen for lovendringa var eit ønske om å regulere bruken av slik teknologi i helse- og omsorgssektoren, gjennom å utnytte dei teknologiske moglegheitene betre (4).

Etter denne lovendringa skil vi no mellom tre ulike typetilfelle av samtykke ved tildeling av varslings- og lokaliseringsteknologi.

3 typetilfelle av samtykke:

- 1. Pasienten er samtykkekompetent og vil ta i bruk sporings- og varslings-teknologi** (HO § 3-2-6, andre helsetjenester)
- 2. Pasienten er ikkje samtykkekompetent, men motset seg ikkje sporings- og varslings-teknologi** (pasrl. § 4-6 a)
- 3. Pasienten er ikkje samtykkekompetent og motset seg bruk av sporings- og varslings-teknologi** (pasrl. § 4A-4, 3. ledd)

Vi har valt å dele dette erfaringsnotatet i tre delar. I første delen går vi igjennom grunnleggande føresetnader for saksbehandlinga. I del to tek vi føre oss kva som står i lovverket, og i del tre presenterer vi tre case som representerer kvart av dei tre typetilfella over. Vi tek føre oss kvart case og ser på kva vurderingar ein bør legge til grunn for saksbehandlinga.

Kommunar og andre som har forsøkt å ta i bruk velferdsteknologi har alle opplevd behovet for endring i tenestane (tenesteinnovasjon). Dette er særleg tilfellet med sporings- og lokaliseringsteknologi. Slike behov og avklaringar vil ikkje bli omtalte i erfaringsnotatet, då det er andre prosjekt som tek føre seg dette gjennom vidareføring av Trygge Spor (5).

Det er i skrivande stund ei rekke uavklarte problemstillingar knytte til bruken av velferdsteknologi. Ei av desse er i kva grad innføringa av nye teknologiar vil tvinge fram nye modellar for finansiering. Det er ikkje gitt at kommunen skal vere eigar av all teknologien i framtida. Kanskje skal brukeran sjølv vere den som eig det tekniske produktet, og kanskje skal andre aktørar inn på marknaden for å handtere eigarskap, utleige og service. For å unngå å vikle oss inn i problemstillingar vi ikkje kan gi svar på, innanfor ramma for dette prosjektet, har vi valt å fokusere på tenestene omkring varslings- og lokaliseringsteknologi. Vi omtalar difor ikkje eigarskapsmodell og/eller finansieringsmodell i dette notatet.

Del 1: Føresetnader for saksbehandlninga

1.1. Kva er varslings- og sporingsteknologi?

Helse- og omsorgstenestene vil både i dag og i framtida vere avhengige av møtet mellom pasientar/brukarar og helse- og omsorgspersonell. Teknologien vil såleis aldri kunne erstatte menneskeleg kontakt og fagleg kompetanse. Velferdsteknologi kan likevel gi pasientar og brukarar nye moglegheiter til sjølvstende, tryggleik, fysisk aktivitet og til å klare seg i dagleglivet på eiga hand. Ulike former for teknologi kan fungere som støtte både til brukarar, pasientar, pårørande og tilsette i helse- og omsorgstenesta. Teknologien kan også bidra til å utnytte ressursane betre, i møte med omsorgs-utfordringane i framtida.

Varslingsteknologi

Det finst eit breitt spekter av tekniske løysingar for varslings og lokalisering. Minst kontroversielt og inngripande er tradisjonelle teknologiske og tekniske hjelpemiddel for varslings. Det vil seie teknologi som vert nytta i dei fleste heimar, tekniske hjelpemiddel som gjer oppgåvene i dagleglivet enklare for den enkelte, eller hjelpemiddel som personen sjølv kan styre.

Slik teknologi reiser i svært liten grad etiske eller juridiske spørsmål, då han anten ikkje utgjer noko inngrep i privatsfæren for den enkelte, eller då det kan leggjast eit samtykke til grunn for bruken, ved at personen utløyser varslinga sjølv. Døme på slik teknologi er brann- og innbrottsalarmar og sikkerheitsbrytarar på elektriske apparat (t.d. komfyrvakt). Døme på eit teknisk hjelpemiddel som brukaren eller pasienten sjølv kan styre, er tryggleiksalarm.

Tekniske løysingar for varslings, der informasjon om bruken automatisk blir overført til helse- og omsorgstenesta, vil i større grad vere inngripande overfor den enkelte. Her kan ein ikkje ut frå bruken legge til grunn eit samtykke frå brukaren sjølv. Dette kan vere varslingsssystem som vert nytta for å unngå faresituasjonar, hindre skade dersom en faresituasjon oppstår eller tilkalle helse- og omsorgspersonell som kan gi nødvendig hjelp. Det finst i dag fleire slike system, til dømes fallalarmar og alarmar som varslar bevegelse.

I Ot.prp. nr 46 (6) om helsehjelp til personer utan samtykkekompetanse er varslingsssystem definert slik:

”Varslingssystem med teknisk utstyr omfattar både mekanisk og elektronisk utstyr. Ei varslings er eit åtvarande signal. Eit varslingsssystem 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 dekker òg alarmsystem.”

Lokaliserings-/sporingsteknologi

Omgrepa lokaliseringsteknologi og sporingsteknologi vert brukte om kvarandre om same type teknologi. I rapporten Trygge Spor (5) vert sporingssystem definert på følgjande måte:

”Sporingsteknologi er utstyr som kan beregne og opplyse om geografisk posisjon. Sporing eller bestemmelse av grafisk posisjon kan gjeres 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 ein satellittbasert posisjonerings-teknologi som vert nytta utandørs, og som i hovudsak ikkje fungerer inne. GSM nyttar mobilnettet for posisjonering. For at sporingseininga som vart nytta i dette prosjektet skulle kunne posisjonsbestemast, måtte eininga finnast innanfor eit område med mobildekning og ha sterkt nok GPS-signal.

For brukaren inneheld eit GPS-system i hovudsak to delar: GPS-eininga, som brukaren ber med seg, og eit GPS-støttesystem, som gjer det mogeleg å spore beraren av GPS-eininga. Støttesystemet inkluderer ofte sms- og epost-varsling samt ulike brukarapplikasjonar på pc eller mobiltelefon.

GPRS, General Packet Radio Service, er ein standard for trådløs dataoverføring med mobilkommunikasjon over GSM-mobiltelefonnettet. Standarden vart teken i bruk kommersielt i 2000. Med GPRS kan ein ha kontinuerleg overvaking og følge med på alle bevegelsane til ein person. Ein kan også følge såkalla «slepespor», det vil seie at ein kan sjå kvar ein person har gått.

Sonevarsling/Geofence er ein funksjon som verkar som eit elektronisk gjerde, som kan programmerast på ein GPS. Det elektroniske gjerdet kan til dømes ha ein radius på 1 km frå bustaden til ein person. Dersom personen går utanfor denne radiusen, vert omsorgspersonalet varsla. Dei kan då spore kvar personen er og kome personen til hjelp (4).

1.2 Brukaren sine føresetnader

Demens er ein sjukdom med alvorlege konsekvensar. Sjukdomen er progredierande. Det vil seie at den som vert ramma, vil fungere dårlegare og dårlegare og til slutt bli heilt avhengig av hjelp. Det viktigaste kjenneteiknet på sjukdomen er nedsett hukommelse-funksjon. Følgande symptom kan vere til stades: svekt tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne, vanskar med å oppretthalde lærte ferdigheiter eller vanskar med å meistre kvardagssyslar. Desse symptoma kan også kallast kognitiv svikt. Ein kan også oppleve å få kognitiv svikt etter skade eller annan sjukdom enn demens, som til dømes hjerneslag.

Kognitiv svikt kan definerast slik:

«Svekkelse av oppmerksomhet og konsentrasjon, hukommelse, læringsevne, bearbeiding av sanseinntrykk, kommunikasjon, planlegging og utføring av handlinger, men også endringer i adferd og personlighet.» (7)

Demens og kognitiv svikt rammar ikkje berre personen sjølv, men også personen sine pårørande. Mellom anna kan personen kome opp i situasjonar der han/ho er til fare for seg sjølv og omgivnadene sine. Ein alarm kan då vere ein verdifull reiskap, og han kan bidra til auka tryggleik for personen i alle fasar av sjukdomen.

Alarm- og sporingsteknologi skal alltid brukast med stor varsemd, sidan bruken inneber eit inngrep i fridomen til den enkelte. Dette stiller store krav til dei som tek avgjerder om bruken og fattar vedtak i dei aktuelle sakene. Ein skal vurdere kvar enkelt sak svært grundig og alltid ha fokus på det konkrete behovet alarmen skal avhjelpe.

Dei som tildeler tenester til ein person som har demens/kognitiv svikt, må ha tilstrekkeleg kunnskap om sjukdomen, slik at brukaren får enkeltvedtak og hjelp som er tilrettelagt i høve til brukaren sine behov. Både tenestemottakaren og pårørande må takast med på råd i planlegginga, og det må takast omsyn til den sårbare situasjonen ein person med demens/kognitiv svikt er i.

Eit av formåla med pasient- og brukarrettslova er å understøtte eit mest mogleg sjølvstendig, trygt og verdig liv for personar med kognitiv svikt som er avhengige av helse- og omsorgstenester.

- Satsing på velferdsteknologiske tiltak kan gi pasientar og brukarar betre moglegheiter til sjølvstende og tryggleik og til å klare seg på eiga hand i dagleglivet.
- Varslings- og lokaliseringsteknologi skal ikkje brukast for å erstatte menneskeleg kontakt, men for å supplere og effektivisere denne.

1.3 Kommunen sine føresetnader

Helsehjelp skal være gratis i Noreg. Dette er eit samfunnsansvar som er gitt til kommunen gjennom kommunen sin plikt til å gi naudsynt helsehjelp.

Pasient og brukarrettighetslova (3) sin definisjon på helsehjelp etter § 1-3 c er slik:

«Helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell»

Tiltak som erstattar helsehjelp skal også vere gratis. Kommunen kan velje å tilby lågterskeltilbod som ikkje kjem inn under lovpålagt helsehjelp. Slike lågterskeltilbod kan kommunen krevje betaling for, for eksempel gjennom ein eigendel. Så lenge kommunen er eigar av eit hjelpemiddel og tilrår dette, har kommunen eit ansvar for oppfølging.

Etter at *Lov om Folkehelsearbeid i kommunene* (8) vart vedteken, har vi blitt meir merksame på kor viktig det er med rett kost, fysisk aktivitet, kulturell og sosial deltaking med meir. Fleire kommunar har arbeidd systematisk med å legge til rette for tiltak som fremjar fokuset på desse elementa. I Trygge spor-rapporten kan vi lese:

«Mange pårørande og personer med demens gir uttrykk for at bruk av GPS kan gi de bedre muligheter til å mestre hverdagen og fortsette å leve et selvstendig liv, på tross av at sykdommen utvikler seg og fører til funksjonssvikt. Muligheten for å ha et aktivt liv og ta selvstendige valg i forhold til når man ønsker å gå ut, hvor man ønsker å gå, om man ønsker å gå sammen med andre, osv., er grunnleggende ønsker for de fleste mennesker, også mennesker med orienteringssvikt.» (5)

Vurderingar ved bruk av velferdsteknologi

Det er på det reine at teknologi kan fremje instrumentell rasjonalitet på kostnad av omsorgsrasjonalitet. Ingen må villeiast til å tru eller meine at teknologien løyser noko anna enn det han er meint for.

«Dersom behovet hos vedkommende tilsier at det er nødvendig med personlig hjelp, og dette behovet blir møtt med teknologi, blir det problematisk. For eksempel kan dette være et dårlig tjenestetilbud til pasienter/brukere som opplever ensomhet og som har behov for sosial kontakt». (9)

Varslings- og lokaliseringsteknologi vil ikkje kunne hindre einsemd eller dekke behovet for sosial kontakt. Teknologien opnar for at menneske kan bevege seg fritt, når og nær sagt kvar det måtte vere. Dette opnar igjen for verdiar som fysisk aktivitet, rørslefridom, aleinetid og naturopplevingar. Teknologien har sine grenser for kva han kan løyse, og han passar ikkje for alle, i det minste ikkje til ei kvar tid. Heller ikkje dei tradisjonelle tiltaka for aktivisering passar/treffer alle.

Risikovurdering

Ein må vere klar over at varslings- og lokaliseringsteknologi ikkje kan hindre at ulykker skjer. Det kan framleis hende at ein blir påkjørt, fell i ei snøfonn eller i vatnet, brekket eit bein eller utset seg for forfrysing om vinteren. Det må alltid takast ei individuell vurdering av risikoen for den enkelte sin tryggleik, og kva tiltak som kan setjast inn for å minske ein slik risiko. Ein person som bur i eit trafikkert område og ikkje har forståing for trafikk, bør truleg ikkje tildelast GPS. Om den same personen budde på ein stad utan trafikkbelastning, kunne ein derimot vurdere det som trygt å tildele GPS. Det kan til dømes setjast opp sonevarslings/Geofence mot ein trafikkert veg, slik at det vert gitt varsel om personen er på veg mot dette området. Dette krev sjølvstilt også etablerte rutinar for å hente personen.

Teknologitilpassing

Det kan vere vanskeleg å seie noko generelt om når tida er inne for at ein person med kognitiv svikt kan ha glede av varslings- og lokaliseringsteknologi. Det må difor alltid gjerast ei individuell vurdering av den konkrete situasjonen. I det ein har ei slik løysing i tankane, er det viktig å vurdere behova til personen opp mot korleis teknologien fungerer. Både den aktuelle situasjonen og sjukdomsutviklinga vil verke inn på kva løysingar ein kan velje.

Velferdsteknologiske hjelpemiddel har per dags dato fleire svakheiter. Dei kan vere lite brukarvenlege for personar med spesielle behov, både i funksjon og utforming. Desse svakheitene må ein vere kjend med før ein tildeler hjelpemiddelet.

Etiske dilemma

Undervegs i saksbehandlinga vil ein kunne møte etiske dilemma knytt til alle punkta som er nemnde ovanfor (1.2–1.2.5) Ein må til dømes vurdere risiko opp mot fridom, punkt 1.2.4, og kva tiltak som vil vere minst eller mest inngripande i den enkelte brukaren sitt liv.

«Et etisk dilemma kan beskrives som en situasjon der en blir trukket mellom ulike hensyn, og hvor det kan være vanskelig å vite hva som er riktigst. Bruk av velferdsteknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utfordrer den tradisjonelle måten å gi slike tjenester. Teknologien kan bidra til å skape bedre løsninger, men den kan også true andre goder og verdier.» (9)

Pasient- og brukarrettigheitslova (3) pålegg oss i § 4-6 a å velje det tiltaket som er minst inngripande i pasienten sitt liv. Målet med denne presiseringa er minst mogeleg bruk av tvang og tenester og løysingar som er skånsame.

I drøftingar av etiske dilemma knytt til velferdsteknologi er det viktig å ta dette innover oss: vi skal finne nye løysingar. I dei nye løysingane kan vi ikkje alltid bruke det gamle tankesettet og dei gamle arbeidsmetodane. Roskilde sykehjem i Kristiansund, Utviklingscenter for sykehjem i Møre og Romsdal, har i samarbeid med Høgskolen i Molde og Det Midnorske velferdsteknologiprojektet, utvikla refleksjonsverktøyet «VÅKE» til å hjelpe oss med dette. Du finn nyttig fagstoff og materiell på nettstaden www.ogbedreskalvibli.com. (10)

Realitetsfokus

I dette notatet har vi lagt vekt på å finne løysingar som kan handterast i verkelegheita, slik ho ser ut i dag. Når vi drøftar vala våre opp mot andre alternativ, er det difor dei reelle alternativa vi ser etter.

Velferdsteknologi kan av og til oppfattast som truande. Det kan kome fram ei frykt for overvaking av enkeltmenneske og tap av fridom, der menneskeleg omsorg vert erstatta av teknologi (11). Men ein kan og sjå annleis på velferdsteknologien. Han kan vere med å gjere det slik at vi får vere sjølvstendige menneske, trass i funksjonshemming eller sjukdom.

Gjennom utprøving av GPS i projektet på Sunnmøre (Ålesund, Ørskog, Ulstein, Herøy og Vanylven), har det kome mange tilbakemeldingar på at bruk av GPS er eit tilbod som kan verke positivt inn på brukarens livskvalitet. Dette fordi brukaren framleis har fridom til sjølvstendig å kunne bevege seg utandørs, og kan bu i eigen heim lenger. Funna knytt til etikk er i tråd med funn gjort i forskinga til mellom anna Olsson m.fl. (12). Her kjem ein også fram til at, i spørsmålet om bruk eller ikkje bruk av sporingsteknologi, blir vinsten mykje større enn graden av opplevd overvaking. Funn syner at opplevinga blir det motsette av overvaking, nemleg fridom og tryggleik (2).

I vurderinga rundt bruk av varsling- og lokaliseringsteknologi må ein ha fokus på dei reelle alternativa. Kva som er reelle alternativ, kan vere påverka av tilgang på ressursar relatert både til demografi, økonomi og fag. Uansett alternativ må hovudargumentet for igangsetting av varslings- og lokaliseringsteknologi vere vekta ut frå brukar sin ståstad.

Del 2: Reglar som regulerer bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi

2.1 Generelt

Manglande rettsleg regulering av bruken av varslings- og lokaliseringsteknologi har vore eit viktig hinder for å kunne ta velferdsteknologien i bruk i helse- og omsorgstenestene.

Velferdsteknologiske tiltak kan bidra til at pasientar og brukarar får betre moglegheiter til sjølvstende og tryggleik, og styrkt evne til å klare seg på eiga hand. Hjelpemidla kan vere nyttige for personar som ønsker fridom til å bevege seg, og som har sjukdomsinnsikt og samtykkekompetanse til sjølv å velje slike hjelpemiddel. Pårørande opplever i mange tilfelle teknologien som ei reell avlastning, og både pårørande og hjelpeapparatet kan merke at behovet for tilsyn minkar. For personar med orienteringsvanskar har det kome gode løysningar for til dømes tekniske sporing og atffinning. Vi ser at rett bruk av slik teknologi kan vere viktig bidrag til auka meistring og tryggleik for brukarane.

Bruk av ulike former for teknologiske løysingar til overvakingformål har likevel alltid vore eit omstridt område, då dette nærast automatisk har vore oppfatta som ein trussel mot den personlege fridomen.

Motstanden er knytt til at elektroniske hjelpemiddel kan verke avgrensande, fungere som eller opplevast som overvaking, noko som i så fall kan vere i strid med grunnleggande rettar. Dette gjeld både rørslesensar, elektroniske dørvakter og sporbare elektroniske brikker. Det har samstundes vore ei redsle for at teknologien skal kome til å erstatte menneskeleg kontakt, at teknologien er sårbar, har tekniske feil, ikkje fungerer som forventa eller at det oppstår menneskeleg svikt.

2.1.1 Lovregulering frå 1. september 2013

I NOU nr. 11, Innovasjon i omsorg (13), vart det peika på den manglande rettslege reguleringa av bruken av velferdsteknologi: «Utvalget foreslår vidare 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 avveiningar som må gjøres for å ta i bruk hjelpemidler som åpenbart vil bidra til økt uavhengighet og frihet for mange brukere.»

Dette vart seinare følgt opp gjennom eit lovforarbeid i regi av helsedirektoratet, med etterfølgande vedtak i Stortinget. Den nye avgjerda som regulerer bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi tredde i kraft 1. september 2013, som § 4.6 a i Lov av 2.7.99 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter:

«Helse- og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av tekniske innretninger for varsling 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 varsling reguleres av § 4-6. Reglene i § 4-1 til § 4-3 gjelder tilsvarende for vurdering av samtykkekompetansen til bruker». (3)

2.1.2 Samtykke

Vurdering av samtykkekompetansen til den aktuelle pasienten/brukaren er ein grunnleggande del av saksbehandlinga etter denne lova. Vi gjentek her dei tre ulike typetilfella av samtykke ved tildeling av varslings- og lokaliseringsteknologi:

1. Pasienten er samtykkekompetent og vil ta i bruk sporings- og varslingsteknologi. (HO § 3-2-6, andre helsetjenester)
2. Pasienten er ikkje samtykkekompetent, men motset seg ikkje sporings- og varslingsteknologi. (Pasrl. § 4-6 a)
3. Pasienten er ikkje samtykkekompetent og motset seg bruk av sporing- og varslingsteknologi. (Psrl. § 4A-4, 3.ledd)

Lovteksten seier følgjande om samtykke:

§ 4-1. Hovedregel om samtykke

«Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke».

§ 4-2. Krav til samtykkes form

«Samtykket kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen» (3)

Uttrykkeleg samtykke tyder at personen gir klart uttrykk for at han/ho er innforstått med handlinga, noko som kan skje både skriftleg og munnleg. Eit stillteiane samtykke er når personen gir signal eller har ei åtferd som kan tolkast slik at eit samtykke ligg føre. Dette krev at ein kjenner personen godt.

Eit samtykke er ikkje gyldig dersom det er basert på passivitet eller på «formodning». Det vil seie dersom personen ikkje er i stand til å gi uttrykk for ønska sine, men heller ikkje gjer motstand. Eller dersom ein meiner personen ville ha gitt samtykke dersom han/ho hadde vore i stand til det. Personen vil her vurderast som *ikkje samtykkekompetent*.

Lova opnar for at ein, i visse tilfelle, kan gi helsehjelp som pasienten motset seg. I Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 står det:

«Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette» (3)

At tillitsskapande tiltak er prøvd, må vere dokumentert før ein kan bruke tvang slik lova opnar for gjennom § 4A -4 første ledd:

«dersom vilkårene i § 4A-3 er oppfylt, kan helsehjelpen gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten» (3)

I tredje leddet står det vidare:

*«Dersom lovens vilkår er oppfylt, kan videre varslings- og lokaliseringssystemer med teknisk innretninger og bevegelseshindrende tiltak som belter og lignende anvendes»
(3)*

Eit tvangstiltak som vert sett i verk for ein person utan samtykkekompetanse, må vere nødvendig for å hindre eller avgrense risiko for skade på pasienten eller brukaren. Det skal også vere i pasienten eller brukaren si interesse. Det skal mellom anna leggast vekt på om tiltaket står i rimeleg høve til den aktuelle risikoen. Det skal vurderast om tiltaket syner seg som det minst inngripande alternativet, og om det er sannsynleg at pasienten eller brukaren ville ha gitt løyve til tiltaket om han/ho var samtykkekompetent. Om mogeleg skal det hentast inn informasjon frå næraste pårørande om kva pasienten eller brukaren ville ha ønskt.

2.1.3 Motstand

Det kan vere vanskeleg både å definere og å tolke motstand, særskilt hos personar med kognitiv svikt. Det kan vere tvil om åtferda er motstand mot tiltaket, eller om det er eit uttrykk for å ikkje forstå.

«Pasientens motstand kan komme til uttrykk verbalt eller fysisk. Uttrykksformen er ikke avgjørende. Å avgjøre om pasienten motsetter seg helsehjelpen, blir i mange tilfelle et spørsmål om å tolke reaksjonene til pasienten. Dette krever gjerne god kjennskap til vedkommende. Utgangspunktet for kapittel 4A er at pasienter i størst mulig grad skal få den helsehjelpen som de antas å ville ha takket ja til dersom de hadde hatt samtykkekompetanse. I denne sammenhengen er det viktig å understreke at også en pasient uten samtykkekompetanse kan ha rasjonelle grunner til å motsette seg helsehjelpen. (...) I vurderingen av om pasienten viser motstand må det også tas hensyn til pasientens evne til å vise motstand. Hvorvidt pasienten viser motstand, må baseres på et konkret skjønn. Dersom helsepersonell er i tvil, må det legges til grunn at pasienten motsetter seg hjelpen, og helsehjelpen må ytes etter reglene i kapittel 4A.» (14)

2.1.4 Kven vurderer samtykkekompetansen

I følge pasientrettighetslova § 4-3 tredje ledd, første setning, er det «den som yter helsehjelp» som avgjer om pasienten har eller manglar samtykkekompetanse. Dette vil i utgangspunktet vere den som set i verk helsehjelpa og som har det faglige ansvaret for behandlinga. Ansvaret kan leggast til pasientansvarleg lege der dette er oppretta, jf. spesialisthelsetenestelova § 3-7 og tilhøyrande forskrift (15).

Ei avgjerd om manglande samtykkekompetanse skal vere grunnleggjande og skriftleg, og om mogeleg straks leggast fram for pasienten og dei næraste pårørande, jf. pasientrettighetslova § 4-3 fjerde ledd. Om pasienten manglar næraste pårørande, skal avgjerdsla leggast fram for anna kvalifisert helsepersonell. Opplysningane om pasienten sitt samtykke og samtykkekompetansen skal førast inn i pasienten sin journal, i tråd med gjeldande reglar om journalføringsplikt, jf. helsepersonellova §§ 39 og 40 og forskrift om pasientjournal § 8, første ledd bokstavane c og j. (3, 16, 17)

Den som gjer vurderinga ved tildeling av velferdsteknologi er saksbehandlar i saka. Det er saksbehandlar som har ansvaret for at samtykkekompetansen er vurdert på rett grunnlag. Dette inneber også kunnskap om pasienten sin diagnose og helsetilstand, slik at vedtaket vert fatta på eit riktig grunnlag.

Dersom sakhandsamar vurderer seg sjølv som ikkje kompetent på området, må han/ho sørge for at ein annan kompetent person vurderer diagnose og helsetilstand. Dette må då grunnleggjast og journalførast. Vurderinga av samtykkekompetansen kan anten ligge til grunn *før* tildelingssaka skal behandlast, eller spørsmålet kan kome opp undervegs i saksbehandlinga. Ansvaret for vurderinga ligg til forvaltninga og skal leggjast fram for dei pårørande.

2.1.5 Fagleg forsvarleg

Grunnleggjande for all helse- og omsorgsteneste er kravet om at tenesta skal være fagleg forsvarleg. jf. helse- og omsorgstenestelova § 4-1, spesialisthelsetenestelova § 2-2 og helsepersonellova § 4. Kravet gjeld både for verksemda og det enkelte personalet. (18, 15, 16)

Kravet om fagleg forsvarleg er ein rettsleg standard, noko som inneber at tenesteinnhaldet vert styrt av normer utanfor lova. Kravet omfattar både saksbehandlinga og dei tenestene ein tilbyr.

I vurderinga av kva som er forsvarleg må det gjerast ei brei vurdering av bruken av teknologi i det enkelte tilfellet. Utgangspunktet for vurderinga vil vere kva som er til brukaren sitt beste, om teknologien bidreg til betre livskvalitet for brukaren, om teknologien er eigna til å hindre eller avgrense risikoen for skade m.m.

Både menneskerettane og personvernlovgivinga stiller krav til eit akseptabelt eller sakleg grunnleggjande formål, både for å kunne gripe inn i privatlivet og for å behandle dei personopplysingane som inngrepet genererer.

Helse- og omsorgstenesta må gjere vedtak før ein kan ta i bruk av varsling- og lokaliseringsteknologi. Dette sikrar både dokumentasjon, høve til etterprøving av avgjerdene, og at det skjer ei grunnleggjande vurdering av vilkåra etter lova. Forvaltingslova (19) sine reglar om enkeltvedtak vil gjelde for alle vedtak etter § 4-6 a. Det må gå fram av vedtaket kva teknologi som er best eigna til å ivareta pasienten eller brukaren sine behov.

2.2 Kommunal saksbehandling når brukaren har samtykkekompetanse

Dersom den som nyttar eller vil nytte denne typen teknologi har samtykkekompetanse, kjem ikkje reglane i pasient- og brukarrettighetslova § 4-6 a i bruk. I slike tilfelle er det opp til personen sjølv å ta stilling til om varslings- og sporingsteknologi skal nyttast, korleis han skal nyttast, kven som skal ha innsyn i logga data osv. Det kan tenkast mange situasjonar der bruk av denne typen teknologi kan gi tryggleik, minimere risikoen for å gå seg vill, gi hjelp til å finne fram dit ein skal, eller gjere det mogeleg å finne personen som ber sporingseininga på seg.

Kommunen kan bli beden om ulike former for råd og hjelp i situasjonar der brukaren av springsteknologien er samtykkekompetent. Dette kan til dømes vere råd og hjelp i samband med innkjøp og praktisk bruk. Kommunen har då plikt til å gi råd og rettleiing, jf. fvl § 11. Dersom tenesteytarane ikkje har kompetanse på området, bør det visast til andre som har kunnskap om innkjøp og bruk av teknologien. (19)

Kommunen har ikkje plikt til å fatte vedtak, og vil normalt heller ikkje gjere det, i situasjonar som er nemnde over. Dersom kommunen tek på seg oppgåver i samband med bruk av springsteknologi for personar med samtykkekompetanse, kan dette regulerast i ein eigen avtale mellom partane.

Dersom ein person som ønsker eller samtykker i bruk av springsteknologi samstundes skal ha enkeltvedtak om andre tenester frå kommunen, er det naturleg at spørsmålet om springsteknologi er teke med i enkeltvedtaket. Det bør også gå fram av vedtaket korleis personidentifiserbar informasjon skal handterast.

2.3 Kommunal saksbehandling når brukaren ikkje har samtykkekompetanse

Saksbehandlinga skal følge dei ordinære retningslinene for saksbehandling, slik dei er skildra i rettleiaren IS 1040 Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for helse og omsorgstjenesten. (20)

Pasient- og brukerrettighetslova § 4-6 a regulerer kommunen sitt høve til å fatte vedtak om bruk av tekniske innretningar for varsling, for personer over 18 år som ikkje har samtykkekompetanse.

Lovteksten seier at:

«Tiltaket skal være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren og skal være i pasientens eller brukerens interesse.» (3)

Dette vil typisk gjelde situasjonar der ein forvirringstilstand (t.d. demens) har kome så langt at personen har redusert eller tapt evne til å orientere seg i omgivnadene, med fare for å gå seg bort.

Den vidare lovteksten gir klare føringar for kva kommunen skal ta omsyn til og legge vekt på i saksbehandlingsprosessen. Det skal leggest vekt på kva som er minst inngripande for den det gjeld. Eksempel på dette kan vere når ein person som er van med å gå på tur åleine får avgrensa moglegheit til dette, grunna redsle for at personen ikkje finn heim igjen.

Vidare skal det takast omsyn til kva brukaren sjølv ville ha ønskt, dersom han eller ho hadde hatt evne til å forstå kva tiltaket inneber av inngrep i den personlege fridomen. Den næraste pårørande skal takast med på råd, og det skal leggest stor vekt på desse ønska og synspunkta.

2.4 Kommunal saksbehandling når brukaren ikkje har samtykkekompetanse og motset seg bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi

Dersom ein brukar utan samtykkekompetanse motset seg bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi, kan ikkje teknologien takast i bruk med heimel i pasient og brukarrettighetslova § 4-6 a. Saka må då behandlast etter reglane i pasient og brukarrettighetslova kap. 4A. Dersom brukaren har diagnosen utviklingshemming må saka

behandlast etter reglane i helse- og omsorgslova kap. 9, som omhandlar rettstryggleik ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personar med psykisk utviklingshemming (3, 18).

Bruk av tvang er eit alvorleg inngrep i den personlege fridomen, og det er detaljerte reglar for saksbehandlinga etter begge regelverka. Felles for regelverka er at vedtaksmyndet er lagt til ei bestemt rolle, at vedtak kan overprøvast av fylkesmannen og at det gjeld for eit avgrensa tidsrom.

Del 3: Case og vurderingar

Vi har i denne delen skissert tre reelle eksempel på typetilfeller innan for lovverket. Vi går gjennom kvart tilfelle og ser på kva spørsmål ein må stille seg her, og kva utfordringar som kan vise seg. Alle dei tre eksempla kan føre fram til ulike vedtak, avhengig av kva vurderingar som vert gjorde. Alle dei tre eksempla omhandlar GPS-sporing, då det er denne teknologien vi har erfaring frå.

Tilbod om varslings- og lokaliseringsteknologi er ikkje ei teneste som kommunen har plikt til å tilby. Dersom kommunen vel å tilby ulike former for varslings- og lokaliseringsteknologi til sine innbyggjarar, er det viktig at ein utarbeider retningsliner og kriterium for tildeling av dei ulike teknologiane, slik at ein sikrar like tenester innanfor same kommunen.

Eksempla vi har skissert under er typiske, men på ingen måte utfyllande. Drøftingane gir heller ingen eintydige svar, og skal ikkje vere ein mal på korleis saksbehandlinga skal vere. Målet vårt er å nytte døma for å vise kva problemstillingar som kan vere knytte til dei ulike typetilfella i lova, og kva som kan vere lurt å tenkje på i saksbehandlinga. Det er i tillegg ulikt frå kommune til kommune kvar kompetansen knytt til saksbehandling og avgjerder om tildeling ligg, noko som gjer det endå vanskelegare å lage ein eintydig mal.

Kommunar med eit variert tilbod av tenester, kan gi eit langt meir fleksibelt og individuelt tilpassa tilbod enn kommunar med avgrensa tenestetilbod. Lova er tydeleg på kva type tenester ein har rett på, uansett kvar ein bur i Noreg. Dette er tenester som heimesjukepleie, dagplass og institusjon/bukollektiv. Dersom kommunen vel å ikkje tildele GPS, må kommunen kunne tilby ei anna type teneste, dersom behovet er vurdert som helsehjelp.

3.1 Case 1 «Kari»

Typetilfelle 1: Personen har samtykkekompetanse og vil ha teknologi.

«Kari» har nettopp blitt enke og bur i eigen bustad i Ålesund. Ho har 3 døtrer som bur i Oslo. «Kari» ønsker å bu i Ålesund. Ho er med i ei utegruppe, som er eit aktivitetstilbod for personar med demens. Ho har heimeteneste 1 gong per dag. Heimetenesta er inne og ser til at ho har teke medisin, stått opp og at ho har ete. Døtrene ønsker at mor skal ha GPS. Dei vil også ta ansvar for sporinga. Dei ønsker at heimetenesta tek ansvar for lading av GPS-sendaren, og at dei minner «Kari» på å ta med seg GPS-sendaren når ho går ut. Sjølv seier «Kari» at ho ikkje kan forstå at GPS er nødvendig, men ho godtek det, fordi døtrene ønsker det. Verken «Kari» sjølv eller døtrene har opplevd at ho har problem med å finne fram i kjende omgivnader. «Kari» kjem ofte på besøk til Oslo og er der frå 14 dagar til ein månad. «Kari» likar å gå tur med barnebarna og hunden medan ho er i Oslo, men det er ikkje alltid ho finn tilbake. Døtrene meiner dette vil gå betre med bruk av GPS. Då kan dei ved hjelp av GPS og telefon anten guide henne heim eller hente henne. «Kari» har framleis mobiltelefon, men ho nyttar han sjeldnare og sjeldnare. Ofte gløymer ho å lade telefonen. Døtrene hennar er også uroa for mors reiser til og frå Oslo. «Kari» likar å ta buss i staden for fly, men døtrene er redde for at ho skal gå av på feil stad. Dei er redde for at eventuelle trasige opplevingar skal gjere at ho ikkje vil reise lenger. Med GPS kan dei følge med og samstundes halde kontakt med henne på telefon undervegs.

Vurderingar knytt til case 1

Brukarmedverknad

I dette dømet er det pårørande som tek kontakt og ønsker at mor skal få GPS. Det er viktig å høyre på dei pårørande sine tankar om kva som er behovet. Familie og nære personer kjenner ofte personen betre enn nokon, og dei vil vere ei viktig kjelde til kunnskap om vanar, personlegdom og åtferd. Pårørande kjem ofte med viktig informasjon som bidreg til dei beste løysingane. Behovet for å involvere pårørande stig gjerne i takt med brukaren si demensutvikling. Ofte er det pårørande som først kjem med eit ønske om GPS. Det er ikkje noko gale i dette, men saksbehandlaren må heile tida hugse at det er brukaren sine behov som primært skal oppfyllest.

I første omgang kan det vere naturleg at det er døtrene som snakkar med mor si om uroa dei har for henne. Dei kan fortelje henne om ønska sine og spørje henne om ho kan vurdere å prøve ein GPS. I neste omgang kan det vere naturleg at saksbehandlaren som har ansvar for tildelinga, avtalar eit heimebesøk med henne. I dette heimebesøket er det viktig at «Kari» får uttrykke sine tankar og ønsker. Ho bør få informasjon om GPS-sporing, få sjå korleis ein GPS ser ut og korleis han verkar. På den måten kan ho gjere seg opp ei eiga mening.

Etter heimebesøket må saksbehandlaren gjere sine vurderingar:

Vurdering av samtykkekompetanse

Saksbehandlaren må vurdering om det er tvil omkring «Kari» si evne til å forstå kva GPS-sporing er, og om kva eventuelle konsekvensar dette vil kunne ha for henne. Dersom det er tvil om hennar forståing av saka, må samtykkekompetansen avklarast etter retningslinene i lova. I dette tilfellet er det truleg liten grunn til å tvile på «Kari» sin samtykkekompetanse.

Vurdering av behov og rett til helsehjelp

Det kan vere vanskeleg å avgjere om denne brukaren skal ha GPS-sporing som helsehjelp, som kommunalt lågterskeltilbod, eller om det skal vurderast som ein privat sak å skaffe GPS. Problemstillinga er med og synleggjer kor viktig det er at kommunen har ei medviten haldning til verdiar om førebygging og gode tildelingskriterium.

Vurdering av teknologitilpassing

GPS-einingane har per dags dato ei standard utforming og eit standard system med klare svakheiter når brukaren har kognitiv svikt. Det er viktig å gjere både brukar og pårørande merksam på korleis GPS-systemet og GPS-eininga kan opplevast. Det er stor fare for at utprøvinga av GPS-sporinga vert mislykka dersom brukarane ikkje er klar over svakheitene. Kanskje kan sporing via «Kari» sin eigen mobiltelefon, som ho er kjend med, vurderast i dette tilfellet. Dette avhenger sjølvsagt om kommunen er kjend med slike sporings-applikasjonar til mobiltelefon, og kan rettleie «Kari» og hennar pårørande. Ei slik løysing vert i tilfelle ein privat sak som familien og «Kari» må stå for sjølve.

Involvering av heimetenesta

I og med at «Kari» allereie får kommunal heimeteneste, er det naturleg å ta kontakt med denne tenesta og ha ein god dialog med personalet der. Personalet kan ha god fagleg og individuell innsikt i «Kari» sine behov og daglege vanar, og kan gi verdifulle innspel i denne vurderingsprosessen. Dersom heimetenesta skal ha ansvar knytt til bruk av GPS, skal det gjerast tildelingvedtak om heimeteneste som omfattar dette GPS-ansvaret. Det er også sjølvsagt naudsynt med opplæring av personalet, slik dei kan kjenne seg trygge på systemet og bruken av det.

Faglig forsvarlegheit

I denne saka er det pårørande som tek kontakt på vegne av mor. Dei pårørande ønsker GPS til mor si av to grunnar:

- For sin eigen tryggleik: Dei kan følge med på reisene hennar fram og tilbake til Oslo, og dei kan finne henne att dersom ho går seg bort i Oslo.
- For at mor skal oppretthalde livskvalitet gjennom å reise og å gå tur. Dei pårørande håper at ho skal fortsette å kome på besøk, og at GPS kan trygge henne slik at ho torer å reise, sjølv om sjukdomen etter kvart kan gjere henne engsteleg.

Dersom saksbehandlaren finn det fagleg forsvarleg å tildele GPS, og meiner at GPS kan bidra til å dekke behova som denne brukaren har, må det gjerast eit vedtak om tildeling av GPS-

sporing. Grunnlaget for tildeling av GPS må dokumenterast. I tildelingsvedtaket må det også ligge ein avtale om tenesteforløp der det vert klart kven som har ansvar for sporing, lading og kontroll av GPS-eininga, altså om den er online og om batteriet er lada. Avtalen må også seie kven som skal aksjonere dersom det vert behov, og korleis ein sikrar at «Kari», pårørende og eventuelt omsorgspersonell får den opplæringa dei treng.

Etiske vurderingar

- **Folkehelse og livskvalitet:** Ein GPS vil truleg vere med på å oppretthalde livskvalitet for «Kari». Han vil vere med på gjere døtrene trygge, slik at dei framleis kan ha mor på besøk. Vurderinga må likevel vurderast opp mot kommunen sine prioriteringar og ressursar.
- **Risikovurdering:** Det må takast høgde for at GPS-bruken kan gjere både «Kari» og pårørende mindre varsame. Ein GPS kan ikkje hindre at ulukker skjer. Det er viktig at pårørende fortløpande vurderer for eksempel trafikktryggleik når mor er på besøk i Oslo. Det er også viktig at tildelingsvedtaket vert vurdert fortløpande etter kvart som sjukdomen utviklar seg. Tiltaket må vere hensiktsmessig.
- **Rutinar for sporing:** Det er viktig å gjere avtalar om kven som skal spore og når det er greit å spore. Det er ikkje brukaren sjølv som har kontroll på når ho vert spora, og kjensla av å verte overvaka kan vere ubehageleg. Det er viktig å ha god dialog med «Kari» om dette undervegs.
- **Opplysingar om brukaren:** Som følge av GPS-sporinga kan både helsepersonell og pårørende få opplysingar om «Kari» som dei før ikkje kjende til. Den nye kunnskapen kan avdekke hittil ukjende farar eller behov for andre tiltak. Det kan være naudsynt å snakke både med «Kari» og pårørende om dette. Kommunen må også her vere medviten sitt eige ansvar.
- **Samtykke:** Sjølv om «Kari» er samtykkekompetent no, må ein fortløpande vurdere samtykket. Kanskje opplevast det som svært ubehagelig å bere GPS, og kanskje ville «Kari» heller velje andre løysingar. Det må også takast med at ho kan samtykke fordi pårørende legg press på henne. Helsepersonell skal heile tida ha brukaren sitt perspektiv og si eiga faglege vurdering i fokus.

Vedtak

Ut frå vurderingane over kan det gjerast to ulike vedtak:

1. Søkar får innvilga GPS ut frå eit førebyggjande perspektiv, både gjennom å unngå uønskte hendingar, som å gå seg bort, og gjennom å oppretthalde livskvaliteten ved framleis å kunne besøke døtrene i Oslo og bevege seg fritt der.
2. Søkar får avslag. Dette kan grunnleggjast med kommunen sine plikter/ikkje plikter. «Kari» fungerer framleis greit i nærmiljøet, og kan finne fram og heim. Ønsket om å kunne bevege seg fritt i Oslo, ser kommunen som ei personleg sak, og noko som familien sjølv må ordne. Kommunen har opplysningsplikt om kva muligheter som

finst. Brukaren kan til dømes søke støtte til GPS gjennom NAV eller kjøpe GPS sjølv. Dersom familien vil kjøpe GPS sjølv, må kommunen bidra med råd og informasjon, dersom kommunen har kompetanse til dette.

3.2 Case 2: «Peder»

Typetilfelle 2: Personen har ikkje samtykkekompetanse, yter ikkje motstand, nyttiggjer seg teknologien.

«Peder» bur heime på garden, saman med kona si og ein vaksen son. «Peder» har Alzheimer-diagnose, og sjukdomen har utvikla seg slik at han ikkje klarer å forstå kva som går føre seg rundt han eller ta stilling til det. «Peder» er i fysisk god form og likar å bevege seg rundt på garden og «arbeide». Kona er svært uroa for å sleppe ektemannen ut, utan å sjølv vere med og passe på. Ho er redd for at han skal forsvinne, og ho er redd for at han skal skade seg. «Peder» er til tider utålmodig, fordi han opplever å verte halden tilbake når han vil ut. Kona opplever at han vært rastlaus og urolig. Han vert også irritert dersom kona følger etter over alt, eller masar for mykje om kvar han er. Kona torer ikkje å forlate ektemannen i det heile og føler seg bunden. Kona seier ho har konstant dårleg samvit, fordi ho føler seg bunden av ektemannen og fordi ho ikkje maktar å følge han kvar gong han vil ut. Sonen på garden er meir avslappa. Han har sikra alt utstyret som faren kan skade seg på og meiner at mora ikkje treng å bekymre seg. Tenester frå kommunen i dag: ein dag på dagsenter og 3 timar med støttekontakt. «Peder» trivst dårleg på dagsenteret, fordi der manglar ute-aktivitetar. Kona og sonen vil gjerne prøve GPS til far/ektemann. Dei håpar at han vil roe seg og ikkje være så rastlaus, dersom han får gå ut når han vil. Sonen håpar også at mor ikkje lenger skal føle seg så bunden.

Vurderingar knytt til case 2

Brukarmedverknad

Også i denne saka er det dei pårørande som tek kontakt med eit ønske om utprøving av GPS for å betre heimesituasjonen. «Peder», som ev. skal bere GPS-eininga, har ikkje samtykkekompetanse, og det vert svært viktig å lytte til dei pårørande om kva behov dei ser, og kva dei trur at han ville ønske, dersom han kunne bestemme sjølv. Det vert også viktig å lytte til behova dei pårørande har, dersom dei framleis skal makte å vere omsorgspersonar.

Vurdering av samtykkekompetanse

I denne saka har brukaren fått stadfesta ei Alzheimer-diagnose.. Den som vurderer samtykkekompetanse (saksbehandlar) har i dette tilfellet sjukepleiarbakgrunn. Dei pårørande gir god informasjon om sjukdomsutviklinga. «Peder» er til stades, og saksbehandlar kan gjere ei god vurdering ved å observere og snakke med han. Saksbehandlar kjenner seg trygg på at ho kan gjere ei fagleg vurdering om brukar sin samtykkekompetanse knytt til GPS-sporing. Saksbehandlar grunngir og journalfører si vurdering og legg vurderinga fram for dei pårørande.

Vurdering av behov og rett til helsehjelp

«Peder» har etter lova rett til helsehjelp, men det er ikkje gitt kva slags helsehjelp han har krav på. Her er det viktig at saksbehandlar har god kompetanse på behovskartlegging. Kva er «Peder» sitt behov, kva er pårørande sitt behov og kva løysingar finst? Det er ikkje gitt at det

er GPS som er løysinga, sjølv om dei pårørande trur eller meiner det. Dersom kommunen ikkje har GPS i sitt utval av tenester, har brukar rett til å takke nei til det tilbodet som kommunen tilbyr i staden for GPS. Brukaren står også fritt til å skaffe seg GPS sjølv, og eventuelt få hjelp frå kommunen til å søke om støtte til GPS frå NAV. Det vert då opp til NAV å vurdere om søkjar fyller kriteria for å få eit slikt hjelpemiddel.

Involvering av heimeteneste

«Peder» har ikkje hjelp frå heimetenesta, og pårørande seier at dei ikkje har behov for det. Dei klarer seg godt sjølve. Dei ønsker heller ikkje involvering av heimetenesta knytt til bruken av GPS, men vil handtere dette sjølve.

Vurdering av teknologitilpassing

I denne konkrete saka har ikkje brukaren forståing for kva ein GPS er, og heller ikkje korleis den verkar. Det er dei pårørande som ønsker å administrere søk og sjå til at GPS-eininga fungerer. «Peder» har inga forståing av at han kan tilkalle hjelp via GPS, og ein alarmfunksjon på GPS-eininga kan difor ikkje nyttast. Pårørande må sjølv sagt informerast om at GPS-eininga ikkje er vasssett, at den ikkje verkar innomhus og ein må sørge for at brukaren ber den på seg. Pårørande må finne ein god måte å feste GPS-eininga, anten i beltet eller i snor rundt halsen som eit smykke.

Fagleg forsvarleg

Helsepersonell skal yte forsvarlig helsehjelp. Helsepersonell som er ansvarleg for den aktuelle helsehjelpa må også vurdere kva som er fagleg forsvarleg, samt gjere ei risikovurdering.

Risiko

Risikoen for at «Peder» påfører seg skade, ved å være ute på garden utan tilsyn, er til stades, sjølv om sonen har sikra området. I følge sonen er ikkje dette ein stor risiko. Kona er redd for at «Peder» skal skade seg, og dette vil ikkje ein GPS kunne hindre. Risikovurderinga kan vere vanskeleg å gjere, og det skal takast mange omsyn. Det er helsepersonellet som har ansvar for risikovurderinga som vert gjort.

Minst inngripande

For «Peder» vil det minst inngripande innebære å få gå ut og bevege seg fritt, slik han alltid har gjort. «Peder» er utålmodig. Han vil ut når han er heime og gir uttrykk for å ikkje trivast på dag-avdelinga. Der er han svært rastlaus. Han gir også uttrykk for at han ønsker å vere ute på eiga hand.

Alternativet til at «Peder» får gå ut åleine, er at han vert halden attende: Dette er ikkje lenger mogeleg når han er heime, og difor ikkje noko reelt alternativ. Eit reelt alternativ er å tilby dag-avdeling fleire dagar i veka, noko som ikkje er ønskeleg for verken kona eller sonen, og aller minst for «Peder» sjølv. Både å halde han attende når han vil ut og/eller gi han fleire dagar på dagsenter, vil mest sannsynleg opplevast som meir inngripande enn å bruke GPS for «Peder».

Vurdering av motstand

«Peder» er ikkje i stand til å forstå kva det inneber å ha GPS på seg, men det er likevel ikkje lov å tvinge eller lure han til å ha med GPS. Dersom han motset seg å bere GPS-eininga, må dette behandlast i samsvar med reglane for bruk av tvang, jf. § 4A (3).

Etiske vurderingar

Ein må også i denne saka gjere etiske vurderingar knytt til punkta som er nemnde ovanfor. Etiske dilemma skal identifiserast og dokumenterast.

Varigheit

Dersom det vert gjort eit vedtak om tildeling av GPS, må varigheita av vedtaket vurderast. Ei slik vurdering skal vere individuell. Både helsegevinsten og kva som er fagleg forsvarleg må vurderast fortløpande, i samråd med dei pårørande. Dersom sjukdomstilstanden endrar seg, må tiltaket anten avsluttast eller endrast.

Ulike demensdiagnosar kan ha ulik sjukdomsutvikling. Nokre utviklar seg raskt, medan andre har ei langsamare utvikling. Brukaren må heile tida følgast opp, med kartlegging og utreiing av sjukdomsstadiet, og tenestetilbodet må tilpassast i tråd med både sjukdomsutviklinga og ønska til dei pårørande. Ein må også dokumentere kontinuerleg vurdering og avklaring av ansvaret for GPS-bruken.

Vedtak

Ut frå vurderingane over kan det gjerast 3 ulike vedtak:

1. Avslag. Det vert gitt avslag på grunnlag av at kommunen ikkje tilbyr GPS som teneste, og fordi pårørande ikkje søker eller ønsker andre tenester.
2. GPS vert innvilga. I samråd med dei pårørande vurderer ein at ulempene ved eit eventuelt inngrep i brukaren sin rørslefridom er større enn risikoen ved å bevege seg ute. Livskvaliteten for brukaren vert her vektlagt.
3. Avslag på GPS. Ein vurderer at det er fare for brukaren sitt liv og helse om han får gå ute åleine på garden. Alternativet kan vere fleire dagar på dagsenter, der mannen får følge av personalet om han vil gå ut.

3.3 Case 3: «Ann Mari»

Typetilfelle 3: Personen har ikkje samtykkekompetanse, motset seg bruk, vil kunne nyttiggjøre seg teknologien.

«Ann Mari» bur åleine i eigen bustad i Ålesund. Ho går mykje ut på tur, ofte for å besøke dotter si. Ho finn sjeldan fram, verken til dottera eller heim til sin eigen bustad. Dottera brukar mykje tid på å leite etter mor si. Det har vore nokre trasige episodar, der «Ann Mari» har gått til stader der ho ikkje burde gå, som inn i ein biltunell utan gangfelt og utan refleks. «Ann Mari» vil bu heime, og pårørande ønsker også at ho skal kunne fortsette med det. Ho har prøvd GPS nokre dagar, men ho vil ikkje ha den. Ho seier at ho føler seg overvaka og forstår ikkje kven det er som overvakar henne. «Ann Mari» har tilbod om 5 dagar på eit dagsenter for personar med demens, og i følge dottera har ho roa seg noko der. Framleis tek ho turar ut for å besøke dottera, utan å finne fram. «Ann Mari» gløymer ofte mobiltelefonen sin, og klarer heller ikkje å bruke han slik som før. Dottera ønsker at mora skal få lov til å gå ut, og ønsker difor GPS, mot viljen til mor si. Dottera trur at om mor kunne forstå formålet med GPS-sporinga, ville ho ha godteke bruken. «Ann Mari» har elles heimeteneste to gongar i døgnet i samband med at ho skal ha medisin. I følgje dottera er ho mistenksam overfor dei som kjem. Ho forstår ikkje kvifor dei er der. Sjølv meiner ho at ho er heilt frisk, og at ho ikkje treng den medisinen dei kjem med. «Ann Mari» har mellom anna diabetes og får insulin med sprøyte. Ho motset seg ikkje å ta medisinen, men klagar til dottera i ettertid.

Vurderingar knytt til case 3

Brukarmedverknad

Pårørande tek kontakt med ønske om GPS. Situasjonen er samansett og vert opplevd som vanskeleg. Dottera ønsker at mor skal få behalde fridomen sin, bu heime og gå ut når ho vil. Ho ønsker å bidra til dette ved å nytte GPS-sporing og vil ta ansvar for dette sjølv. Dottera er sikker på at mor ville samtykke til å bruke GPS dersom ho hadde fortått. Det siste ho ønsker for mor si, er at ho skal hamne på institusjon, og ikkje få gå ut når ho vil. Samstundes er ho overraska og glad for at mora har roa seg på dagsenteret for demente, noko dottera ikkje hadde rekna med at mora ville gjere.

Vurdering av samtykkekompetanse

Å vurdere samtykkekompetanse i forhold til GPS og orientering i denne konkrete situasjonen, er komplisert. Det er ikkje slik at ein person anten har samtykkekompetanse eller ikkje. Det kan vere at personen har samtykkekompetanse på nokre felt og ikkje på andre. I denne saka ville det vere naturleg å bruke lege for å få hjelp til å vurdere dette.

Den som gjer vurderingane i saka er saksbehandlar. Det er saksbehandlar som skal sørge for at samtykkekompetansen er vurdert på rett grunnlag. Vurderinga må grunnrivast og journalførast.

Involvering av heimeteneste

«Ann Mari» har hjelp frå heimetenesta i samband med at ho treng medisin to gongar i døgnet. Dette er ikkje uproblematisk, fordi «Ann Mari» meiner at ho er frisk og ikkje har behov for denne medisinen. Ho samtykker likevel i at heimetenesta får kome inn, og ho motset seg ikkje å ta medisinen. Det kan vere nyttig å involvere fagpersonar frå heimetenesta, som kjenner «Ann Mari», i diskusjonane omkring samtykkekompetanse og tenestetildeling.

Vurdering av behov og rett til helsehjelp

«Ann Mari» har etter lova rett til helsehjelp, men det er svært komplisert å vurdere kva slags helsehjelp som er rett å gi. Både «Ann Mari» og pårørande gir uttrykk for eit sterkt ønske og behov for å bu heime og bevege seg fritt ute. Samstundes viser det seg at dagsentertilbodet fungerer godt, noko som tyder på at det er behov for eit helse- og omsorgstilbod. Kva som kan vere løysinga på ettermiddag, kveld, natt og helg er ikkje gitt. Helsehjelp som «Ann Mari» ikkje samtykker i, eller det vert uttrykt motstand mot, skal tildelast etter § 4A (3).

Vurdering av teknologitilpassing

Per dags dato har ikkje prosjektet på Sunnmøre nokon GPS som er eigna til bruk i situasjonar der brukaren motset seg bruk av sporings-eininga. Sporing-eininga må då vere så lita at ho kan skjulast i sko, veske, jakke eller liknande.

Fagleg forsvarleg

Som i dei tidlegare casa, ligg det til grunn for saka at helsepersonell skal yte forsvarlig helsehjelp. Helsepersonellet som er ansvarleg for den aktuelle helsehjelpa, må også vurdere forsvarlegheita og gjere risikovurdering i saka.

Risiko

Det er ein viss risiko for at denne brukaren kan bli påkjørt. «Ann Mari» har tidlegare oppsøkt trafikkerte område som ikkje er eigna for fotgjengarar. Ho er ute og går dagleg, og har elles god trafikkforståing. Ein GPS vil ikkje hindre «Ann Mari» i å gå seg bort, men han kan bidra til at ho vert funnen raskare, om det skulle skje. Trafikkrisikoen kan vere vanskeleg å vurdere, og det er også i denne saka mange omsyn å ta.

Minst inngripande

Ein må vurdere om GPS er det minst inngripande i denne brukaren sitt liv, sjølv om det inneber bruk av tvang.

Etiske dilemma

Det er mange etiske problemstillingar i denne saka. Spørsmålet om type tvang er ei av dei. Det er opplagt at kommunen har eit ansvar for å tilby denne brukaren ei helseteneste utover dagplass 5 dagar i veka. Eit alternativ til å gjere tvangsvedtak om GPS, kan vere å prøve ut til dømes bukollektiv. Dersom «Ann Mari» går ut frå bukollektivet, kan eit bukollektiv med kontroll over utgangsdøra vere eit alternativ. Dersom ho motset seg å vere bak ei låst dør, og for eksempel går mot døra og tydelig vil ut, må ein gjere tvangsvedtak også her. Ein må difor

ta ei vurdering på kva for eit tvangstiltak som vil vere minst inngripande i «Ann Mari» sitt liv.

Vedtak

Dersom det vert gjort eit vedtak om tvang i samband med bruk av sporingsteknologi, må vedtaket følge saksbehandlingsreglane i pasient- og brukarrettigheitslova § 4A (3).

Referansar:

1. <http://www.fylkesmannen.no/Nord-Trondelag/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Det-midt-norske-velferdsteknologiprojektet---sluttrapport/>
2. Berg, H., Alnes, B., Alnes, (2014) Sporing av personar med kognitiv svikt med hjelp av gps
3. Helse- og omsorgsdepartementet (1999) Pasient- og brukerrettighetsloven <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
4. Prop.90 L (2012-2013). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)
5. Ausen,D., Svagård,I., Øderud,T.,Holbø, K og Bøthun, S. (2013) Trygge spor SINTEF-rapport
6. Ot.prp. nr 46 (2004-2005) Om lov om endringer i åndsverkloven m.m
7. <http://kurs.helsekompetanse.no/plan/8425>
8. Helse og omsorgsdepartementet (2011) Folkehelseloven <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=Lov+om+folkehelsearbeid>
9. Helsedirektoratet (2012) Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i dei kommunale helse- og omsorgstenestane 2013-2030
10. http://ogbedreskalvibli.files.wordpress.com/2014/03/veiledningshefte_interactive.pdf
11. Demiris,G. Rantz,M.J. Aud,M.A .Marek,K.D. Tyrer,H.W. Skubic,M. Hussam,A.A. (2004) Older adults`attitudes towards and perceptions of “smart home” technologies: a pilot study. International Journal of Medical Informatics vol.29,2; 87 -94
12. Olsson, A., Engström, M., Skovdahl, K., & Lampic, C. (2012). My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26(1), 104-112
13. Helse- og omsorgsdepartementet (2011) NOU Innovasjon i omsorg, 11
14. Helsedirektoratet (2008) Rundskriv IS-10/2008 Lov om pasientrettigheter kapittel 4A <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter-kapittel-4a-helsehjelp-til-pasienter-uten-samtykkekompetanse-som-motsetter-seg-helsehjelpen->
15. Helse- og omsorgsdepartementet (1999) Specialisthelsetjenesteloven https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#§3-7
16. Helse- og omsorgsdepartementet (1999) Helsepersonelloven <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
17. Helse- og omsorgsdepartementet (2011) NOU Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, 9
18. Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Helse- og omsorgstjenesteloven <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse+og+omsorgstjenesteloven>
19. Justis- og beredskapsdepartementet, Forvaltningsloven <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>
20. Helsedirektoratet (2006) Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for helse og omsorgstjenesten IS 1040. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven-3-2-forste-ledd-nr-6-3-6-og-3-8>