



Velferdsteknologiens ABC

# Etikk, lovverk, informasjonssikkerhet og personvern

# C



KOMMUNSEKTORENS ORGANISASJON

The Norwegian Association of Local and Regional Authorities





**Ansvarlig redaktør:**  
Kristin Standal, KS

**Fagredaktører:**  
Cecilie Karlsen,  
Universitetet i Agder  
Janne Dugstad,  
Universitetet i Sørøst-Norge

**Forfattere:**  
Tom Eide,  
Universitetet i Sørøst-Norge  
Tina Lien Barken,  
Universitetet i Agder  
Helsedirektoratet

**Grafisk formgivning:**  
Ståle Hevrøy, Bly

**Forsiden:**  
Unsplash

**Utgivelsesår:**  
2021

ISBN 978-82-93100-95-9

Dette heftet er utgitt av Nasjonalt velferdsteknologiprogram, et samarbeidsprosjekt mellom KS, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett.

# Innhold

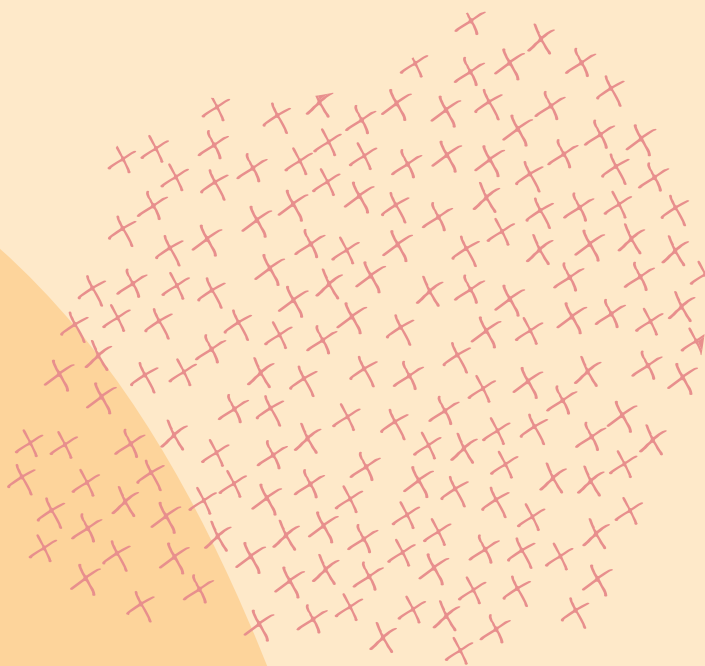
## Emne C

<b>1 Etikk .....</b>	<b>5</b>
<b>Læringsutbytte for emne C, del 1 Etikk.....</b>	<b>6</b>
Hva er etikk og etisk refleksjon? .....	7
Hvordan reflektere etisk? .....	11
«Vårt problem-modellen» .....	14
Om motstand og etikk .....	18
Om ledelse og etisk refleksjon i praksis.....	22
<b>2 Lovverk, informasjonssikkerhet og personvern.....</b>	<b>24</b>
<b>Læringsutbytte lovverk, informasjonssikkerhet og personvern .....</b>	<b>25</b>
2. Lovverket – rammene for bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten .....	26
3. Krav og vilkår for bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester .....	30
4. Behandling av helse- og personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten... ..	40
5. Når kan det kreves egenbetaling for velferdsteknologi?.....	44
Informasjonssikkerhet og personvern.....	45

# EMNE C

Emne C består av to deler. Del 1 gir en introduksjon til etikk og etisk refleksjon, en oversikt over etiske utfordringer i arbeid med velferdsteknologi og tjenesteinnovasjon, og presenterer etisk refleksjon som en systematisk metode til å identifisere risiko i endringsprosesser og sikre forsvarlighet, pasientsikkerhet og etisk standard når ny velferdsteknologi tas i bruk.

Del 2 omtaler de lovregulerte rammene for bruk av velferdsteknologi innenfor helse- og omsorgstjenesten, herunder vilkår for å kunne ta i bruk velferdsteknologiske løsninger overfor personer uten samtykkekompetanse, og reglene om behandling av personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten.



# 1 Etikk

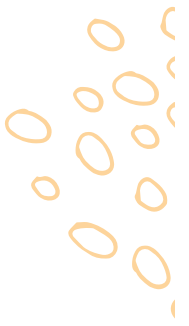
Av Tom Eide

Denne delen handler om etikk og etisk refleksjon i arbeid med velferdsteknologi og tjenesteinnovasjon. Tre spørsmål er sentrale:

- *hva* etikk og etisk refleksjon er
- *hvorfor* etisk refleksjon er viktig i praksis, og
- *hvordan* etisk refleksjon kan brukes som systematisk metode til å oppdage hvor skoen trykker og håndtere etiske utfordringer før uønskede hendelser finner sted.



I arbeid med tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi vil du raskt oppleve å stå overfor valg som kan berøre spørsmål om brukernes ve og vel som ikke har noen enkel løsning. Det er sjelden du er alene om slike valg.



# Læringsutbytte for emne C, del 1 Etikk

Læringsutbyttet deles inn i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse i arbeidet med velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. For å lære bør du knytte det du kan lese i emne C med praktisk erfaring, videoforelesinger i KS Læring, og arbeidsoppgaver og refleksjoner som du finner i arbeidsheftet. Disse bør gjennomføres sammen med kolleger.

Etter emne C, del 1 Etikk, skal du:



## **KUNNSKAP**

- Ha oversikt over etiske utfordringer i arbeid med velferdsteknologi og tjenesteinnovasjon
- Ha kunnskap om hvorfor systematisk etisk refleksjon er viktig i dette arbeidet



## **FERDIGHETER**

- Kunne reflektere etisk og bruke en etisk refleksjonsmodell



## **GENERELL KOMPETANSE**

- Kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner som krever kritisk refleksjon og samarbeid om etiske og juridiske utfordringer i praksis



## Hva er etikk og etisk refleksjon?

La oss starte med en fortelling og noen spørsmål. I en kommune beslutter ledelsen å innføre digitalt tilsyn i sykehjemmene. På ett av disse sykehjemmene bor personer som har mer eller mindre langtkommen demens. Personalet går gjerne tre runder hver natt og ser inn til hver enkelt beboer for å sjekke personen sover og at alt er i orden. Flere av dem er nemlig «nattevandre» og kan våkne om natten, gå ut på gangen og vandre rundt i mørke korridorer og bli engstelige og urolige. Enkelte kan gå inn til andre beboere, så disse våkner og blir skremt. Noen kan også forsøke å gå ut av bygget om natten, og blir forvirret og redde ved å møte stengte dører. Det hender ikke sjelden at en beboer våkner av at en pleier kommer inn eller går ut, og ikke får sove igjen.

Ledelsen formidler at hensikten med å innføre digitalt tilsyn er at personalet på nattevakt skulle kunne følge bedre med uten å måtte gå inn til beboerne og gripe raskere inn når beboerne har behov for hjelp. Det er snakk om behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. Personalet er delt.

Noen er positive, og tenker som ledelsen at dette vil kunne forenkle arbeidet og sikre rask hjelp når det er nødvendig. Andre er mer skeptiske. Noen mener at hensikten er å spare penger, og at dette er begynnelsen på nedbemanning. Andre er bekymret for kvaliteten, og mener at det er nødvendig å se regelmessig inn til brukerne om natten for å sjekke at alt er i orden. Og hva med etikken? Går det ikke på privatliv, verdighet og personvern løs å overvåke beboerne når de sover inne på sine egne private rom? Og hva med pasientsikkerheten? Hvor pålitelig er denne teknologien egentlig? Og hva med retten til medvirkning? Har beboerne i det hele tatt vært involvert? Har de selv eller deres pårørende gitt samtykke til dette? Personalt på natt har mange spørsmål. Vi kommer tilbake til hvordan vi kan reflektere over etiske problemstillinger som dette nedenfor. Først litt om etikk, verdier og ulike typer situasjoner hvor etisk refleksjon knyttet til velferdsteknologi kan være spesielt viktig.



## Etikk og verdier

Etikk er systematisk tenkning om moralske spørsmål. Det overordnede moralske spørsmålet i helsevesenet er hvordan tjenestene bør være. Det handler først og fremst om kvaliteten av helsehjelpen og de etiske verdier og prinsipper vi er forpliktet av i praksis, som respekt for brukerens autonomi, integritet, privatliv, verdighet og rett til helsehjelp, informasjon og medvirkning. Ved innføring og bruk av velferdsteknologi kommer også generelle etiske prinsipper i spill, som velgjørenhet, rettferdighet og å sikre at brukeren ikke lider skade. Digitale velferdsteknologier kan også utfordre etisk-juridiske spørsmål om konfidensialitet, personvern og datasikkerhet. I tillegg kommer spørsmål om teknologiens pålitelighet, i og med at teknologisk svikt og risiko for svikt vil gå utover trygghet og sikkerhet for brukere.

Pålitelighet handler ikke bare om teknologien selv, men også om kompetanse. Hvis helsepersonell mangler kunnskap eller ferdigheter, kan det medføre risiko for svikt. Det samme gjelder brukere. Erfaring viser at det er lett å undervurdere betydningen av informasjon, opplæring og trening. Etikk og risiko henger nøye sammen. Hvis personalet eller brukerne ikke mestrer teknologien kan det sette verdier som trygghet, tillit, kvalitet og pasientsikkerhet på spill.

## Teknologi og verdier

Velferdsteknologi kommer ikke alene. Den kommer gjerne sammen med etiske problemstillinger. Grunnen er ikke at velferdsteknologi i seg selv er etisk problematisk. Tvert imot kan det være etisk gode grunner for å ta i bruk en ny teknologi, som at det kan heve kvaliteten på





**Etikk og risiko henger nøye sammen. Hvis personalet eller brukerne ikke mestrer teknologien kan det sette verdier som trygghet, tillit, kvalitet og pasientsikkerhet på spill.**

---

tjenesten, gjøre det mulig for brukere å mestre sin helsesituasjon bedre, gjøre tjenesten lettere tilgjengelig for flere og effektivisere bruken av ressurser.

Teknologiene i seg selv er verdinøytrale. For eksempel er en varslingssensor, en digital dørlås eller en elektronisk medisindispenser ikke etisk problematisk i seg selv. Men valg og unnlaterelser knyttet til implementering og bruk kan være det, som manglende informasjon, opplæring, medvirkning, brukervennlighet, prosedyrer, kvalitetskontroll, kommunikasjon og samhandling. Behovet for etisk refleksjon kommer når teknologien skal tas i bruk og krever prioriteringer og endringer av praksis. Innovasjon og implementering av velferdsteknologi krever som regel nettopp dette.

### **Etisk refleksjon**

Med «etisk refleksjon» mener vi å tenke høyt gjennom en vanskelig situasjon sammen med andre, på en mer eller mindre systematisk måte. Det er tre hovedgrunner til at etisk refleksjon med kolleger er viktig i arbeidet med velferdsteknologi, grunner som til dels overlapper med hverandre. Den ene handler om samfunnets *normer og verdier*, at velferdsteknologi er et ønsket virkemiddel for å skape et godt samfunn, til å styrke brukeres ve og vel. At brukere ve og vel og kontroll over eget liv blir styrket og ikke svekket gjennom implementering av teknologien kan ikke tas for gitt, men er noe som må følges med på underveis i prosessen.

### **Langsomhetens betydning**

Det andre har med *tid* å gjøre. Den velferdstek-

nologiske utviklingen går superraskt. Når vi tar i bruk en ny teknologi, har vi sjelden etablerte og etisk velfunderte rutiner klare til bruk. Mye må utvikles og endres. Dette er en mer langsom prosess, ofte preget av prøving, feiling, refleksjon, læring og forbedring, gjerne i flere runder. Begrepet «etikk» kan knyttes direkte til dette. Ordet kommer fra det latinske *ethicus* og det greske *ethos*, som betyr «sedvane» eller «skikk». Etisk refleksjon er en metode til å utvikle nettopp god «skikk» eller «sedvane» når ny teknologi skal tas i bruk og etablerte rutiner og samhandlingsmønstre blir utfordret. Ved systematisk etisk refleksjon kan vi lettere identifisere hvor skoen trykker, håndtere vanskelige situasjoner og etablere ny, god og etisk velbegrunnet praksis. Teknologiens hastighet trenger refleksjonens langsomhet.



**Når ny teknologi skal utvikles og tas i bruk, er det ofte ikke mulig å være fullt ut forberedt. Vi kan ikke alltid forutse hvordan brukere blir berørt og hvilke etiske utfordringer man vil møte.**

### **Å oppdage risiko før det skjer**

Den tredje hovedgrunnen til at etisk refleksjon med kolleger er viktig har å gjøre med risiko. Tjenesteinnovasjon og implementering av teknologi innebærer endring i det daglige arbeidet, og med endringer følger gjerne risiko og etiske utfordringer. Det kan være snakk om endringer på mange områder, fra kvalitetssystem, arbeidsrutiner og samarbeidsformer til nye måter å informere, kommunisere og samhandle med brukere på. Når ny teknologi skal utvikles og tas i bruk, er det ofte ikke mulig å være fullt ut forberedt. Vi kan ikke alltid forutse hvordan brukere blir berørt og hvilke etiske utfordringer man vil møte. Dette må oppdages, reflekteres over og håndteres underveis i prosessen. Systematisk etisk refleksjon er en metode til nettopp dette, til å oppdage og se klarere etiske utfordringer som man ikke uten videre oppdager eller tenker over i en travel arbeidshverdag. Dermed kan etisk refleksjon være en metode til systematisk identifisering av risiko for svikt underveis, slik at risiko kan håndteres på en god måte før noe alvorlig skjer. Slik kan systematisk etisk refleksjon også betraktes som en form for kvalitetssikring av arbeidet med velferdsteknologi.



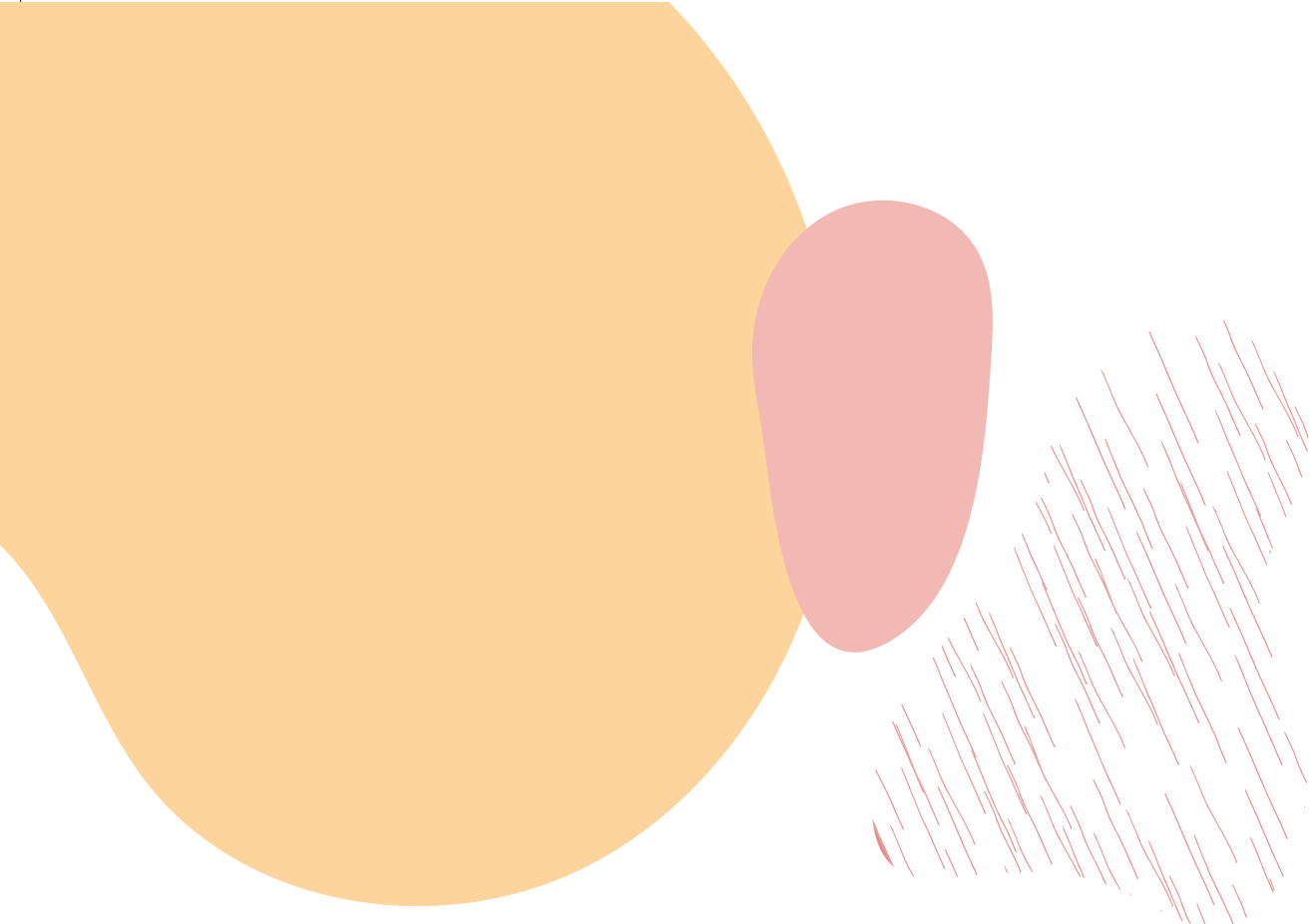
## Hvordan reflektere etisk?

*Refleksjon* handler om å tenke litt grundigere gjennom ting. Selve ordet «refleksjon» kommer av latin, *reflexio*, som betyr å bøye tilbake, og som gjerne brukes om å vende tilbake til og se litt nøyere på ting. *Etisk refleksjon* innebærer å undersøke situasjoner hvor verdier står på spill på en systematisk måte, gjerne sammen med andre og gjerne ved hjelp av en etisk refleksjonsmodell. Å reflektere i gruppe er en god måte å få frem flere synspunkter, tanker og ideer på. I en jobbsituasjon er det også en god måte å finne frem til gode, felles måter å håndtere etiske problemstillinger på. Mye tyder på at systematisk etisk refleksjon på jobben i tillegg kan bidra

både til læring, motivasjon og et godt arbeidsmiljø.

### **Individuelt eller i gruppe?**

I arbeid med tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi vil du raskt oppleve å stå overfor valg som kan berøre spørsmål om brukernes ve og vel som ikke har noen enkel løsning. Det er sjelden du er alene om slike valg. Som vi har vært inne på kan dette gjelde mange ulike forhold, fra systemets pålitelighet, teknologiens brukervennlighet, personalets kompetanse og holdninger, til spørsmål som handler grunnleggende verdier som respekt for brukeres og brukeres autono-



mi, integritet, verdighet, medbestemmelse og personvern.

Å reflektere individuelt er alltid en god ting. Å bli bevisst på dine egne verdier, hva du selv tenker om etisk vanskelige spørsmål og hvor du selv kjenner at skoen trykker når det gjelder kvalitet og etisk standard i eget arbeid og egen avdeling, er en styrke både for deg som fagperson og for det arbeidsfellesskapet du tilhører. Individuelt – som i gruppe – kan du reflektere mer eller mindre systematisk, og med eller uten en etisk refleksjonsmodell. Essensen i etisk refleksjon er å ta deg tid til å tenke gjennom vanskelige valg-situasjoner fra ulike perspektiver og komme frem til et bevisst, begrunnet og klokt valg. Systematisk refleksjon i gruppe kan bidra til å

reducere risiko, utvikle den etiske kompetansen i arbeidsfellesskapet og være en god måte å komme frem til begrunnede og kloke (ikke «smarte») løsninger på vanskelige situasjoner som gjelder gruppen som helhet. Vi anbefaler regelmessig refleksjon på arbeidsplassen generelt, gjerne 2-4 ganger i måneden. Dette er spesielt viktig i innovasjons- og implementeringsperioder, som et tiltak for kvalitetssikring, reduksjon av risiko og kontinuerlig forbedring.

### **Hvorfor bruke en etisk refleksjonsmodell?**

Det finnes ulike metoder for etisk refleksjon. Disse kan være mer eller mindre filosofiske og praktiske i sin tilnærming. Både forskning og erfaring tyder på at det å bruke en etisk refleksjonsmodell kan være nyttig for å identifisere og

tenke systematisk gjennom etiske utfordringer og bli enige om gode måter å håndtere disse på. Det finnes en rekke slike refleksjonsmodeller, både for helse- og sosialtjenestene og til bruk på andre samfunnsområder. De har en del felles trekk, som å klargjøre den vanskelige situasjonen og kartlegge hvem som blir berørt, hvilke verdier som står på spill, hvilke plikter man har (moralsk og juridisk), hvilke handlingsalternativer som finnes, hvilke konsekvenser som kan tenkes, og hva som vil være klokt å gjøre når alt kommer til alt.

### **Etisk teori**

Ved å bruke en etisk refleksjonsmodell oppnår vi altså å tenke systematisk over situasjonen fra ulike perspektiver. Modellene utfordrer oss til å reflektere over mange av de samme problemstillingene som behandles av etiske teorier. Etiske teorier bygger på en idé om hva som er etisk særlig viktig å ta hensyn til. I diskursetikk er det viktigste at de som blir berørt også blir hørt og tatt hensyn til på en rettferdig måte. Ifølge pliktetisk tenkning er det sentrale å handle i overensstemmelse med våre moralske plikter, som plikten til å se og behandle ethvert menneske som en person, og ikke bare som et middel. Ifølge konsekvensetikk er det nytten av en handling som er det moralsk avgjørende, mens det ifølge dydsetikken er å vise moralsk gode karakteregenskaper. Dette er selvfølgelig svært forenklet. Poenget her er bare å påpeke at alle disse teoretiske perspektivene er relevante i praksis. Systematikken i etiske refleksjonsmodeller ligger nettopp i å skifte mellom ulike perspektiver. Slik er det å bruke en refleksjonsmodell en metode til å skape seg en helhetlig forståelse av situasjonen slik at man kan håndtere den på en klok

måte. Klokskap er som kjent den høyeste moralske egenskap ifølge Aristoteles' dydsetiske tenkning. Nok om teori.

### **Følelser**

Vi har her (nedenfor) valgt å presentere «Vårt problem-modellen» for etisk refleksjon, en modell som i tillegg til tradisjonell etisk tenkning også stiller spørsmål om følelser. Følelser kan være viktig i etisk refleksjon på flere måter. På den ene siden kan både negative følelser som irritasjon, engstelse, indignasjon og fortvilelse og positive følelser som lettelse og glede gi oss hint om noe som er etisk relevant, uten at vi kanskje (foreløpig) er i stand til å formulere dette klart og logisk. Det kan derfor være grunn til å lytte til følelsene og forsøke å forstå hva som ligger bak disse. På den andre siden kan sterke følelser også lett overskygge det som er moralsk relevant. Sterke følelser kan stå i veien for en ettertenksom etisk refleksjon, særlig hvis de ikke blir satt ord på og inkludert i refleksjonen. Det er viktig å huske at følelser aldri er moralsk riktige eller gale. De følger gjerne naturlig med som en del av vår helhetlige opplevelse av etisk vanskelige situasjoner. Følelser er rett og slett en del av den vi er som person. I en etisk refleksjon kan du derfor med fordel gi litt plass til å reflektere over de følelsene den aktuelle situasjonen vekker i deg og andre berørte parter. Dette kan gjøre refleksjonen mer personlig, og bidra til å gi deltagerne en dybde- og helhetsforståelse av etiske aspekter ved situasjonen som vi ellers ikke ville fått.

## «Vårt problem-modellen»

«Vårt problem-modellen» er hentet fra *Etikkhåndboka*<sup>1</sup> hvor du også finner en utdypende beskrivelse av modellen (med eksempel fra digitalt tilsyn). Der finner du også flere andre refleksjonsmodeller. Hovedgrunnen til at vi har valgt «Vårt problem-modellen» er – som navnet sier – at den er utviklet spesielt for problemstillinger som er felles på et arbeidssted, noe som ofte vil være tilfellet når man arbeider med tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi. Modellen er

praksisnær, erfaringsbasert og utviklet over en 10-årsperiode i dialog med erfarne refleksjonsveiledere innenfor KS' nasjonale satsing på etisk kompetanseheving i norske kommuner.

### Hvordan bruke «Vårt problem-modellen»?

Den beste måten å øve seg i å bruke en etisk refleksjonsmodell er å ta for seg en etisk utfordring fra eget arbeid, og følge modellen trinn for trinn. Man kan også ta utgangspunkt i den innledende

### «Vårt problem-modellen» for etisk refleksjon





**Når man reflekterer i gruppe er det viktig at alle kommer til orde, og at man utvikler en holdning av åpenhet og respekt for ulike synspunkter og vurderinger.**

fortellingen om innføring av digitalt tilsyn, eller fortellinger i arbeidsheftet, f.eks. om «Lars 80 år».

Når man reflekterer i gruppe er det viktig at alle kommer til orde, og at man utvikler en holdning av åpenhet og respekt for ulike synspunkter og vurderinger. Ydmykhet og evne til å lytte er bedre egenskaper enn skråsikkerhet og påståelighet. Når en situasjon er etisk vanskelig, er det fordi det ikke finnes noen enkel løsning. I praksis vil det ofte være snakk om etiske dilemmaer, det vil si situasjoner hvor det ikke finnes et valg som er etisk «riktig», men hvor det finnes gode etiske argumenter for flere alternativer samtidig som det også er noe etisk problematisk ved de samme alternativene. For å forstå kompleksiteten i slike situasjoner, er det viktig at det er en åpen atmosfære i gruppen, slik at man kan dele følelser, tanker og idéer fritt uten å risikere å bli kritisert.

Hvis dere har etablert en refleksjonsgruppe og skal bruke «Vårt problem-modellen» i praksis, kan det være nyttig å velge en av deltagerne som ordstyrer. Om dere har en person i gruppen med erfaring fra etikkveiledning, er det naturlig at vedkommende tar denne rollen. For ordstyreren eller veilederen er det en viktig oppgave å sette tonen og sørge for at alle kommer til orde både underveis og under den avsluttende vurderingen. Det er også viktig å holde tiden og sørge for fremdrift i refleksjonen. Tiden går fort når man først kommer i gang. Det er lett å bli ivrig, og det kan være nødvendig med en ordstyrer som holder litt struktur slik at gruppen kommer gjennom alle seks trinnene i modellen. Bestem dere på forhånd hvor lenge dere vil holde på, gjerne 45-60 minutter hvis dere vil ha tid til å gå litt i dybden.

Bruk gjerne litt tid innledningsvis til å velge hvilken situasjon dere skal snakke om. En måte

å gjøre det på er at ordstyrer stiller spørsmålet åpen: «Hva skal vi bruke tiden til i dag?», «Hvor trykker skoen for tiden?», «Hvem vil begynne?», og så gå runden rundt for å høre hva de forskjellige har å si. Når situasjonen er valgt, kan man følge modellen trinn for trinn. Det er altså viktig å fordele tiden godt. Sørg for å ha litt ekstra god tid, minst 10 minutter, til det avsluttende trinnet, hvor målet er å finne frem til hva som bør gjøres, og hvorfor.

De første gangene kan det kanskje føles litt ukomfortabelt og unaturlig å strukturere en samtale slik. Men det er ofte nettopp dette som skal til for at refleksjonen skal bli systematisk, det vi si at man drøfter situasjonen fra ulike perspektiver. Forskning viser at man får større utbytte av etisk refleksjon i grupper når man benytter en metode, som en refleksjonsmodell i praksis er, enn når man reflekterer mer ustrukturert.

Enkelte av spørsmålene i modellen kan være vanskeligere å svare på enn det umiddelbart kan se ut til. Dette gjelder kanskje særlig spørsmålet om verdier og prinsipper (3) og spørsmål om lovverk og retningslinjer (4). Kanskje må dere bla dere gjennom yrkesetiske retningslinjer, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven eller andre kilder for å finne svaret. Ta dere tid til det. Det kan være mye god og viktig repetisjon og læring i dette, også for helsepersonell med lang erfaring.

### Visualisere

Underveis kan det være nyttig å visualisere de tankene som kommer opp. Dette kan gjøres på mange måter, som å skrive opp viktigste mo-

mentene som kommer frem på en tavle, flipp-over eller ark man kan henge opp på veggen. Det kan også gjøres digitalt, på en skjerm man kan dele eller projisere på en skjerm. Sitter man i samme rom kan deltagerne også skrive sine svar på Post-it lapper, som så kan klistres opp på veggen eller tavlen under hvert spørsmål. Prøv dere frem og bruk den formen som fungerer best for dere.

### Sortere argumenter

Når dere har drøftet spørsmålene på de ulike trinnene (1-4), og klargjort ulike handlingsalternativ og drøftet mulige konsekvenser (5), er det tid for avsluttende drøftelse og samlet vurdering (6). Da kan det være nyttig å starte med å sortere de viktigste hensyn og argumenter som har kommet frem så langt. En hensiktsmessig måte å gjøre dette på kan være å skrive opp to kolonner (på tavle, ark, skjerm, ell.), ett for hvert handlingsalternativ, A og B, og å skrive opp de argumenter og hensyn som taler for alternativ A i den ene kolonnen og hensyn og argumenter taler for alternativ B i den andre. Man kan følge modellen, og starte med trinn (1): Hvilke av de parter som er involvert i situasjonen (1) vil ønske A og hvilke vil ønske B? Hvilke verdier og prinsipper (3) og bestemmelser i lovverk og retningslinjer (4) taler for A og for B? Nederst kan man føre opp de mulige (positive og negative) konsekvensene (5) under hvert av de to alternativene. Følelser (2) er det viktig å være oppmerksom på og reflektere over, men følelser kan snarere betraktes som hint til viktige hensyn enn som argumenter på linje med verdier, prinsipper, lovverk, retningslinjer og mulige konsekvenser.



## Avsluttende vurdering – hva bør gjøres, og hvorfor?

Når man sorterer argumenter og hensyn denne måten, kommer det gjerne opp nye argumenter man ikke har tenkt på. Skriv opp dette også i den kolonnen det hører hjemme. Noen ganger vil man se at de samme verdier eller hensyn kan tale for begge alternativer. Da skriver man det opp i begge kolonnene. Å visualisere resultatene av refleksjonen på denne måte gir et godt felles utgangspunkt for en samtale om hva som bør gjøres og hvorfor.

Før man starter den avsluttende refleksjonen om hva som bør gjøres, kan det være nyttig at hver enkelt deltager tenker gjennom og noterer ned for seg selv sine egne svar på spørsmålene: Hvilke hensyn bør veie tyngst? Hva bør vi gjøre nå? Og hvorfor bør vi gjøre akkurat dette? For at begrunnelsen skal være etisk må den forankres i verdier og prinsipper. Spørsmålet blir da hvilke prinsipper og verdier man mener det er viktigst å ivareta i den aktuelle situasjonen. Normalt vil disse være direkte eller indirekte knyttet til brukerens ve og vel. Dette ligger i helsevesenets verdigrunnlag og helsetjenestenes samfunnsoppdrag. At hver enkelt på denne måten tar foreløpig stilling for seg selv er kanskje det beste utgangspunktet for en god avsluttende drøftelse. Hva som bør gjøres kan etter en refleksjon i enkelte tilfeller fremstå som entydig og klart. I arbeid med tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi er det imidlertid langt mer vanlig at det som bør gjøres er å komme i gang med en eller annen prosess, som for eksempel (a) å ta initiativ til et samarbeid med andre involverte om å løse



**For at begrunnelsen skal være etisk må den forankres i verdier og prinsipper. Normalt vil disse være knyttet til brukerens ve og vel. Dette ligger i helsevesenets verdigrunnlag og helsetjenestenes samfunnsoppdrag.**

felles utfordringer, (b) å sørge for mer fullstendig dokumentasjon av hvor skoen trykker, eller (c) gjøre ledelsen oppmerksom på svikt eller risiko for svikt når det gjelder viktige verdier, som for eksempel teknologisk pålitelighet, funksjonalitet, brukervennlighet, pasientsikkerhet, datasikkerhet, personvern, trygghet, tillit, kompetanse, mestring eller flyt i samhandling på tvers av vakter, profesjoner og andre involverte aktører.



Foto: Colourbox

## Om motstand og etikk

Vi skal her gjøre en liten avstikker fra etisk refleksjon til spørsmålet om motstand. For mange forteller om motstand mot velferdsteknologi, også blant helsepersonell. Hvor utbredt dette er vet vi ikke sikkert. I forskning på næringslivsorganisasjoner blir ofte «motstand» betraktes som uttrykk for frykt for og uvilje mot endring. Ifølge teorien starter motstanden i en opplevd trussel, for eksempel mot ens posisjon, inntekt, arbeidsmiljø, vaner eller annet. Motstand betraktes ofte som noe uønsket i en organisasjon. Men motstand kan også ha andre aspekter. Det kan til og med være etisk verdifullt.



## Etisk motstand

En studie av innovasjon og implementering av digitalt tilsyn<sup>2</sup> (jf. den innledende fortellingen i dette kapitlet) viser imidlertid at «motstand» også kan ha et etisk grunnlag, og bunne i bekymring for faglig kvalitet og etisk standard. Forskerne fant fire former for det de kalte «etisk motstand», nemlig motstand som hadde sin rot i bekymring for:

- redusert behandlingskvalitet
- manglende pasientsikkerhet og personvern
- krenkelse av brukerens verdighet og integritet
- manglende rettferdighet i tilgang til teknologien

Det er minst tre interessante sider ved disse funnene. For det første kan motstand i forbindelse med innovasjon og implementering av velferdsteknologi betraktes som naturlig, men

ikke nødvendigvis som noe negativt. Tvert imot kan det være uttrykk for at medarbeidere har identifisert en risiko for svikt som det er viktig å undersøke og eventuelt gjøre noe med. Lederes evne til å anerkjenne og vilje til å lytte til medarbeidere som viser slik motstand eller fremmer kritikk kan dermed være en viktig suksessfaktor i innovasjons- og implementeringsarbeidet. Det understreker betydningen av at ledere lytter til og responderer raskt på meldinger om risiko fra de som står i førstelinjen i virksomheten. For det andre viste det seg at mye av motstanden forsvant etter hvert som problemstillingene ble tatt opp, teknologien ble utviklet, systemet fungerte sikrere for brukerne, og rutiner for fordeling av sensorer og plasser ble bedre. Dette tyder på at det var en reell bekymring for pasientsikkerhet, forsvarlighet og kvalitet for brukere og ikke motstand mot endring. Viktige faktorer som førte til at motstanden ble redusert

<sup>2</sup> Nilsen, Etty R., Janne Dugstad, Hilde Eide, Monika K. Gullslett & Tom Eide (2016). [Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study](#). *BMC Health Services Research*, 16 (1), 657.



## Å reflektere individuelt er alltid en god ting.

og forsvant, var at man hadde møteplasser for refleksjon, hvor det var mulig å sette ord på og reflektere over denne type etiske bekymringer. Det var også viktig at ledere og andre aktører satte i gang og gjennomførte forbedringsprosesser.

For det tredje skjedde det over tid en endring i personalets vurdering av hvorvidt digitalt tilsyn om natten krenket beboernes integritet og verdighet. I begynnelsen ble det digitale tilsynet betraktet som overvåking og et uønsket og uverdigg inngrep i brukerens privatliv. Men på et visst tidspunkt tok en av personalet opp spørsmålet om digitalt nattilsyn virkelig var mer etisk problematisk enn måten de hadde ført tilsyn med beboerne tidligere. Før hadde de gått runder flere ganger om natten for å sjekke at alt var i orden, gått inn i beboernes soverom uten å banke på, observert, lyttet, luktet og kanskje kjent under dynen for å sjekke at madrassen var tørr, av og til med den følge at beboere kunne våkne, bli skremt og ikke få sove igjen. Hun reiste så spørsmålet om ikke dette var en større

krenkelse av beboerens verdighet og integritet enn det at sensorer registrerte og sendte et signal til nattevakten når beboeren faktisk hadde behov for hjelp. Resultatet av refleksjonen var at de vurderte digitalt nattilsyn i avdelingen som etisk sett mindre krenkende enn tidligere praksis. I og med at teknologien var blitt stadig mer pålitelig, forsvant også siste rest av motstand. Dette eksemplet illustrerer et viktig element som ofte blir oversett i etisk refleksjon, nemlig betydningen av også å vurdere tidligere praksis med et kritisk blikk, og å gjøre en sammenlignende etisk vurdering.

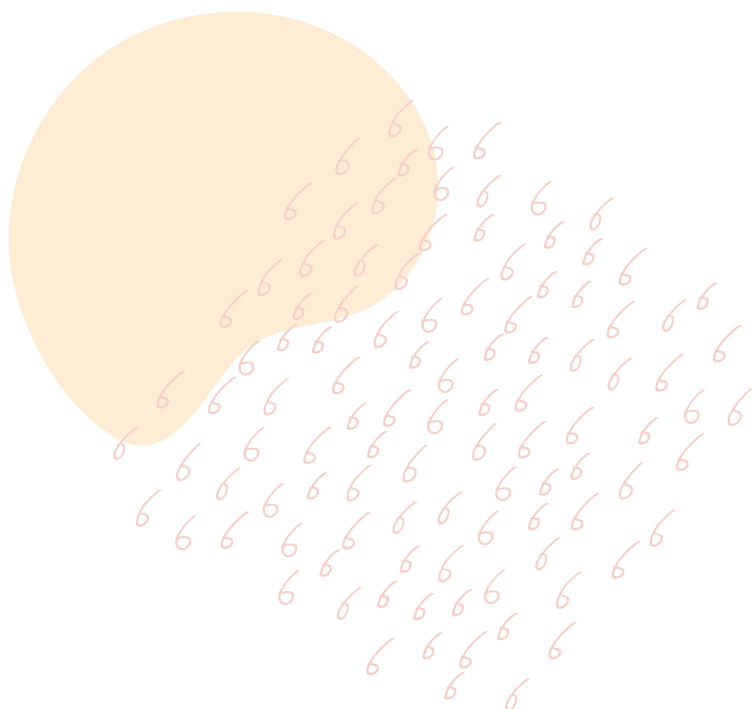


## Om ledelse og etisk refleksjon i praksis

Avslutningsvis noen ord om ledelse. Å sørge for å skape møteplasser og rom for regelmessig etisk refleksjon i tjenesten er et lederansvar.



Foto: Unsplash



Dette blir ekstra viktig når man skal innføre ny teknologi og endre rutiner og samarbeidsformer. Endring skaper risiko, og – som vi har vært inne på ovenfor – etisk refleksjon er en effektiv metode til å identifisere og håndtere risiko før alvorlige feil oppstår.

En større studie blant nærmere 2500 ledere og medarbeidere i norske kommuner viser at ledere i helse- og omsorgstjenestene mener at systematisk etisk refleksjon er svært viktig, både for kvaliteten på tjenestene og for medarbeidernes stolthet og motivasjon.<sup>3</sup>

Å legge til rette for systematisk etisk refleksjon er et godt virkemiddel i endringsledelse. I tillegg til å forebygge svikt bidrar det også til å skape

flyt i endringsarbeidet. Sagt på en litt annen måte er det fra et lederperspektiv tre særlige grunner til at regelmessig etisk refleksjon i tjenesten er viktig:

- etisk refleksjon bidrar til å sikre kvalitet for brukere
- etisk refleksjon bidrar til å styrke arbeidsmiljø og organisasjonslæring
- høy etisk standard er lovpålagt, og kommunale tjenester har rapporteringsplikt om hva de gjør for å holde høy etisk standard i virksomheten (Kommuneloven § 48.5) har til å skape møteplasser for etisk refleksjon for sine medarbeidere.

<sup>3</sup> Kirkhaug, Rudi (2019). [Etisk refleksjon og verdibevissthet. Betydningen for kvalitet, trivsel og samhandling](#) (evalueringsrapport). Oslo: KS.

## 2 Lovverk, informasjonssikkerhet og personvern

Helsedirektoratet



Foto: Unsplash



# Læringsutbytte lovverk, informasjonssikkerhet og personvern

Læringsutbyttet deles inn i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse i arbeidet med velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. For å lære bør du knytte det du kan lese i emne C med praktisk erfaring, videoforelesinger i KS Læring, og arbeidsoppgaver og refleksjoner som du finner i arbeidsheftet. Disse bør gjennomføres sammen med kolleger.

Etter emne C, del 2 Lovverk, informasjonssikkerhet og personvern, skal du:



## KUNNSKAP

- Ha kunnskap om lovverk som regulerer bruk av velferdsteknologi.
- Ha kunnskap om skjønn og skjønnsutøvelse knyttet til bruk av velferdsteknologi.
- Ha kunnskap om behandling av helse- og personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi



## FERDIGHETER

- Kunne gjøre bruk av lovverk som regulerer bruk av velferdsteknologi



## GENERELL KOMPETANSE

- Kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner ved å vise samarbeidsevne, ansvarlighet, evne til refleksjon og kritisk tenkning gjennom opplæringen og i ditt daglige arbeid



## 2. Lovverket – rammene for bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten

### 2.1 Innledning

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er regulert i lover om bl.a. kommuners og helsepersonells plikter og ansvar, pasienters, brukeres og pårørendes rettigheter og hvordan helse- og personopplysninger (heretter kalt personopplysninger) skal behandles i tjenestene.

Bruk av velferdsteknologi er en måte å yte helse- og omsorgstjenester på, og et verktøy/hjelpemiddel i tjenestene. Velferdsteknologi er med andre ord ikke å anse som ”en egen tjeneste”, og er heller ikke regulert eller definert som det i lovverket. Bruk av velferdsteknologi i tjenestene følger derfor de alminnelige reglene som gjelder ved ytelse av helse- og omsorgstjenester, herunder regler om forsvarlighet, journalføring/

dokumentasjon, brukermedvirkning, samtykke, taushetsplikt og behandling/deling av personopplysninger.

De viktigste lovene som regulerer den kommunale helse- og omsorgstjenesten er:

#### **Helse- og omsorgstjenesteloven**

[Helse- og omsorgstjenesteloven](#) inneholder regler om kommunens overordnede ansvar og plikter på helse- og omsorgstjenestområdet, herunder plikt til å tilby bestemte tjenester og til å sørge for at tjenestene er forsvarlige. Lovens kapittel 9 inneholder regler om bruk av tvang og makt, herunder inngripende teknologi, som ledd i tjenester til personer med utviklingshemming.

### **Pasient- og brukerrettighetsloven**

[Pasient- og brukerrettighetsloven](#) inneholder regler om pasienter og brukeres<sup>4</sup> rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten, og skal sikre at befolkningen får lik tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Loven inneholder blant annet regler om rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, brukermedvirkning, samtykke og klage. I lovens kapittel 4A finnes regler om nødvendig helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

### **Helsepersonelloven**

[Helsepersonelloven](#) inneholder regler om plikter mv. for helsepersonell og virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester i Norge. Lovens formål er bl.a. å bidra til tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Sentrale bestemmer er reglene om taushetsplikt og unntak fra taushetsplikten,

dokumentasjonsplikt og krav om forsvarlighet. Loven stiller krav om at virksomheter som yter helsehjelp er organisert slik at helsepersonellet kan overholde sine lovpålagte plikter.

### **Personopplysningsloven med GDPR (personvernforordningen)**

[Personopplysningsloven](#) gir generelle bestemmelser om behandling av personopplysninger, dvs. opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til en fysisk person. Personvernforordningen (GDPR) er en del av personopplysningsloven.

Andre viktige lover er forvaltningsloven og pasientjournalloven. Disse nevnes der de er aktuelle. For mer informasjon om regelverket se bl.a. [rundskriv om pasient- og brukerrettighetsloven](#), [rundskriv om helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9](#) og [rundskriv om helsepersonelloven](#).



**Den som kan samtykke til helsehjelp eller til et tjenestetilbud kan også takke nei.**

<sup>4</sup> Lovverket benytter begrepene *pasient* og *bruker* om den som mottar tjenester, avhengig av hvilke tjenester personen mottar. For enkelhets skyld benytter vi her i hovedsak begrepet personen om den som mottar tjenestene, unntatt i direkte omtale av enkelte lover/paragrafer.



Foto: Unsplash

## 2.2 Viktige begreper

Det er noen begreper som er viktige for å forstå regelverket om bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. Disse er:

### Inngripende teknologi

Men inngripende teknologi menes sporings-, lokaliserings-, overvåkings- og sensorteknologi som sender informasjon til tredjeperson (her kalt responstjeneste) om personens tilstand eller situasjon, uten at personen selv initierer det. Eksempler på inngripende teknologi er teknologi som sender varsel til en responstjeneste når personen f.eks. står opp av sengen eller ikke kommer tilbake i sengen, faller, beveger seg (evt. utenfor et spesielt område), ikke tar medisinen, ikke åpner kjøleskapet osv. Andre eksempler er teknologi som sporer og/eller lokaliserer personen, eller overvåker bruker med lyd og/eller bilde i kortere eller lengre tid, og oversender informasjon om personens oppholdssted, bevegelser, aktiviteter mm. til en responstjeneste uten at

personen selv tar initiativ til at informasjonen oversendes.

Hvis teknologien forutsetter at personen selv må gjøre noe aktivt for at informasjon skal bli sendt, for eksempel digital hjemmeoppfølging der personen selv må sende inn målingene eller trygghetsalarm der personen selv må trykke på en knapp for å sende et varsel, er teknologien ikke å anse som inngripende. Teknologien er heller ikke inngripende hvis den bare sender informasjon til personen selv, eller varsler om for eksempel brann eller innbrudd eller annet som noe som ikke gjelder personen selv.

For bruk av ikke inngripende teknologi gjelder de samme reglene som for yting av tjenester uten bruk av teknologi, fullt ut. Det samme gjelder for bruk av inngripende teknologi dersom personen er samtykkekompetent og ikke har diagnosen psykisk utviklingshemming. Om den aktuelle teknologien er å anse som inngripende eller

ikke, kan med andre ord ha betydning for hvilke regler som gjelder for å ta den i bruk.

### **Rettsgrunnlag**

Å ha et rettsgrunnlag betyr å ha et *rettslig grunnlag* – dvs. en hjemmel – for lovlig å kunne gjøre inngrep i en annen persons rettsfære eller privatsfære, f.eks. gi helsehjelp til personen eller ta i bruk inngripende teknologi. Et rettsgrunnlag for slike inngrep kan være enten samtykke (vanligvis implisitt, se nedenfor), eller lovhjemmel.

Et såkalt *behandlingsgrunnlag* er også et rettsgrunnlag, men da spesifikt for lovlig å kunne behandle personopplysninger. Behandling av personopplysninger må ha hjemmel i personvernforordningen artikkel 6, og kan være samtykke, hjemmel i artikkel 6 supplert av nasjonal lovgivning eller hjemmel direkte i artikkel 6. For behandling av særlige kategorier personopplysninger, f.eks. helseopplysninger, må behandlingen videre være tillatt etter artikkel 9. Se kapittel 4 i dette heftet.

### **Samtykke**

Samtykke er det viktigste og mest brukte rettsgrunnlaget for helsehjelp. Reglene om samtykke finnes i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. Det framgår der at samtykke anses å foreligge hvis det ut fra personens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at personen godtar helsehjelpen. Det er med andre ord ikke noe krav om skriftlig samtykke.

Når helse- og omsorgstjenester er basert på samtykke fra brukeren, er det en forutsetning at personen er samtykkekompetent i det aktuelle spørsmålet. Selv om samtykkereglene i pasi-

ent- og brukerrettighetsloven etter ordlyden bare gjelder helsehjelp, gir reglene uttrykk for alminnelige rettsprinsipper som også vil gjelde for andre helse- og omsorgstjenester, enten tjenestene ytes med eller uten bruk av velferdsteknologi. Se mer om dette i [Kvikk-guide til behandling av helse- og personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi](#).

### **Samtykkekompetanse**

Med samtykkekompetanse menes at personen må være i stand til å forstå hva han eller hun samtykker til eller motsetter seg. I dette ligger at personen må forstå konsekvensen av å takke ja eller nei til ulike tilbud, behandlingsformer og teknologiske hjelpemidler, samt kunne resonnerer med relevant informasjon i valget mellom de ulike alternativene.

### **Motstand**

Med motstand menes at personen, gjennom atferd eller ved bruk av ord, viser at han eller hun ikke ønsker helsehjelpen eller teknologien. Hvordan motstanden kommer til uttrykk, er ikke avgjørende. Å avgjøre om en person yter motstand blir i mange tilfeller et spørsmål om å tolke personens reaksjoner. Dette krever gjerne god kjennskap til personen. Ved tvil skal det legges til grunn at personen motsetter seg tiltaket.



## 3. Krav og vilkår for bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenester

### 3.1 Innledning

Lovverket pålegger plikter og stiller krav ved ytelse av helse- og omsorgstjenester, og pasienter, brukere og pårørende har rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Noen av reglene gjelder ved all ytelse av helse- og omsorgstjenester, andre gjelder f.eks. en bestemt tjenestetypet eller i en bestemt situasjon.

I pkt. 3.2 – 3.4 nedenfor omtaler vi de generelle reglene som gjelder uavhengig av om tjenester

ytes med eller uten bruk av velferdsteknologi, og uavhengig av om teknologien er inngripende eller ikke. De særlige reglene om rettsgrunnlag når bruker mangler samtykkekompetanse omtales i pkt. 3.5.

### 3.2 Tilbudet skal være forsvarlig

Alle helse- og omsorgstjenester som ytes skal være forsvarlige. For kommunale helse- og omsorgstjenester følger dette av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

For at bruk av velferdsteknologi i tjenestene til en bruker skal være forsvarlig, må det ivareta pasient- og brukersikkerheten og bygge på tilgjengelig helse- og omsorgsfaglig kunnskap. I dette ligger at det må vurderes om personen er i stand til å bruke teknologien slik den er ment å brukes. Hvis personen ikke er i stand til å bruke teknologien slik det er forutsatt (f.eks. lade batterier eller betjene utstyr) må helsehjelpen/tjenesten gis på en annen måte. Det må også vurderes om løsningen er egnet sett ut fra personens individuelle risikobilde. Hvis det er fare for en plutselig forverring av brukerens helsetilstand, må en ta dette i betraktning.

Hvis teknologien forutsetter respons fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, f.eks. i form av oppringning, tilsyn eller utrykning, må det sikres at reaksjonstiden er slik at personens behov blir ivaretatt og at den som mottar varselet har tilstrekkelig kompetanse ut fra personens behov. Hvis det er grunn til å tro at personen vil trenge raskere hjelp enn det som kan gis med den aktuelle velferdsteknologiske løsningen, må tjenestetilbudet organiseres på annen måte.

Forsvarlighetskravet forutsetter også at kommunen sørger for nødvendig opplæring og oppfølging av personen og av involvert personell, og av eventuelle pårørende som skal bistå personen.

Hvis pårørende skal involveres i oppfølgingen, f.eks. respondere på alarmer eller varsler, er utgangspunktet at de pårørende er å anse som rent private hjelpere i denne sammenhengen, ikke som en del av den kommunale tjenesten. Å sikre at tjenestene er forsvarlige innebærer da å sørge for at den tildelte tjenesten ivaretar alle nødvendige oppgaver som ikke brukeren med bistand fra pårørende kan utføre selv. Misforståelser eller feilvurderinger når det gjelder hvilke



oppgaver personen eller de pårørende kan utføre, f.eks. slik at medisiner ikke blir hentet eller det ikke blir respondert på et varsel, gir fare for svikt i tjenestetilbudet.

Hvilke konkrete oppgaver som skal ivaretas av helse- og omsorgstjenesten må framgå tilstrekkelig klart av vedtaket, og de vurderingene kommunen har gjort ved utformingen og i oppfølgingen av tjenestetilbudet bør dokumenteres i kommunens saksbehandlingssystem.

Pasientens eller brukerens tilstand kan forandre seg, og pårørende som bistår personen kan bli syke eller måtte redusere sin innsats av andre grunner. For at tilbudet skal fortsette å være forsvarlig, må det derfor gjøres jevnlig vurderinger av helsehjelpen/tiltaket og gjennomføringen. Ved behov må tilbudet justeres eller styrkes slik at det til enhver tid er forsvarlig.

### **3.3 Bruker har rett til å medvirke**

Det er i utgangspunktet kommunen som avgjør hvordan et tjenestetilbud skal utformes, herunder om velferdsteknologi skal inngå i tjenestetilbudet. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har imidlertid pasienten og brukeren rett til

å medvirke til utformingen av tjenestetilbudet og gjennomføringen av tjenesten, herunder ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette gjelder uavhengig av om personen er samtykkekompetent.

For at medvirkningsretten skal bli reell, er det derfor viktig å tilpasse medvirkningen til hver enkelt brukers individuelle forutsetninger og behov, ved å ta utgangspunkt i den enkeltes evne til å gi og å ta imot informasjon. Er brukeren et barn, eller har nedsatt kognitiv funksjonsevne, må medvirkningen og informasjonsutvekslingen tilpasses dette. Hvis personen kan lite norsk, kan det være behov for tolk. Kommunen må så langt som mulig samarbeide med pasienten eller brukeren ved utformingen av tjenestetilbudet. Hvis personen mangler samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med personen. Personens tilstand og funksjonsnivå avgjør om han eller hun selv kan delta i medvirkningen, eller om nærmeste pårørende må medvirke på personens vegne på en mer selvstendig måte. Det er viktig å huske at pårørende bare har rett til å medvirke for å ivareta pasientens eller brukerens interesse.

Ved utforming av tjenestetilbud som skal gis i personens hjem, eller tjenester som ikke er å anse som helsehjelp (f.eks. personlig assistanse og avlastning), skal det legges stor vekt på personens mening.

### **3.4 Krav om rettsgrunnlag**

Yting av helse- og omsorgstjenester innebærer gjerne at personell opererer i personers private sfære, enten ved at tjenesten omfatter behandling eller berøring av pasientens eller brukerens kropp, eller ytes i vedkommendes private hjem el. Yting av helse- og omsorgstjenester er derfor generelt å anse som inngripende, og utgangspunktet er dermed at den som



**Når man reflekterer i gruppe er det viktig at alle kommer til orde, og at man utvikler en holdning av åpenhet og respekt for ulike synspunkter og vurderinger.**

skal motta tjenestene må samtykke til dette. For ytelse av helsehjelp følger dette direkte av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1, men de samme prinsippene gjelder også for ytelse av tjenester som ikke er å anse som helsehjelp (såkalte omsorgstjenester), og uavhengig av om tjenesten ytes med eller uten bruk av velferdsteknologi. Samtykket kan være kan stilltiende og innforstått, dvs. at det kan framkomme gjennom personens atferd.

Hvem som kan samtykke er regulert i pasient og brukerrettighetsloven § 4-3. Samtykkekompetente personer over 16 år kan selv ta beslutninger vedrørende helsehjelp. For barn under 16 år, og for personer mellom 16 og 18 år som mangler samtykkekompetanse, er det foreldrene eller andre med foreldreansvar som samtykker til helsehjelp på vegne av personen.

Den som kan samtykke til helsehjelp eller til et tjenestetilbud kan også takke nei. Hvis en person takker nei til et tjenestetilbud som kommunens personell mener er viktig for personen,



bør en sette av tid til å forklare hvilken nytte personen vil ha av tiltaket. Helse- og omsorgstjenesten bør arbeide med tillitsskapende tiltak for å kunne gi helsehjelpen/tjenestene på en tilpasset måte som personen kan akseptere. Hvis personen fastholder sin motstand mot tjenestetilbudet, må det respekteres.

I vurderingen av om det skal brukes velferdsteknologi, er det viktig å legge forholdene best mulig til rette for at personen selv skal kunne ta beslutningen om dette. Det må derfor gis tilpasset og konkret informasjon om teknologien, og om fordeler og eventuelle ulemper med å bruke denne.

Det personellet i helse- og omsorgstjenesten som er ansvarlig for helsehjelpen/tiltaket, avgjør om personen er samtykkekompetent. Helse- og omsorgstjeneste bør utarbeide skriftlige rutiner for hvem som skal vurdere samtykkekompetanse ved bruk av velferdsteknologi. Kunnskap om personens diagnose/helsetilstand er en nødvendig men ikke tilstrekkelig forutsetning for å kunne vurdere om personen er samtykkekompetent. Det er viktig at samtykkekompetanse vurderes konkret i lys av den beslutningen som skal tas. Med andre ord vurderer man ikke personens samtykkekompetanse en gang for alle. Personen kan for eksempel ha samtykkekompetanse når det gjelder en fallalarm, men ikke når det gjelder GPS eller kameraovervåkning.

For å kunne si at samtykkekompetansen har bortfalt, kreves det at personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Med mindre det fremstår som åpenbart at personen ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, skal vedkommende med andre ord anses for å ha samtykkekompetanse.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykke-

kompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og journalføres. Avgjørelsen skal også legges fram for personen selv, og for hans eller hennes nærmeste pårørende.

Når det gjelder samtykke som rettsgrunnlag, er det viktig å være oppmerksom på at hvis personen har diagnosen psykisk utviklingshemming, og det aktuelle tiltaket er å anse som tvang eller makt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2, kan bruk av inngripende teknologi for varsling, sporing, lokalisering eller overvåkning ikke bygge på samtykke fra personen. Bruk av slik teknologi forutsetter at det fattes vedtak om dette etter reglene i kapittel 9.

### **3.5 Særlig om rettsgrunnlag for når brukeren mangler samtykkekompetanse**

#### **3.5.1 Oversikt**

Som nevnt under pkt. 3.4, er samtykke – slik dette er beskrevet ovenfor under pkt. 2.2 – tilstrekkelig rettsgrunnlag for helse- og omsorgstjenester hvis personen er samtykkekompetent. Det gjelder uavhengig av om tjenestene skal ytes med eller uten bruk av velferdsteknologi. Hvis personen derimot ikke er samtykkekompetent, er det fire ulike alternative lovbestemmelser/regelverk som først og fremst kan være aktuelle som rettsgrunnlag for ytelse av helse- og omsorgstjenester. Disse er:

- pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 (pkt. 3.5.2)
- pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a (pkt. 3.5.3)
- pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (pkt. 3.5.4)
- helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 (pkt. 3.5.5)

Her er en kort beskrivelse av de fire rettsgrunnlagene (virkeområde og vilkår):

*Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6* regulerer helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse, herunder varsling/overvåkning med medisinsk teknisk utstyr. Eksempler på dette er utstyr for overvåkning av blodtrykk og hjerterytme, epilepsialarm og medisindispenser med varsling til tredjeperson.

*Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a* regulerer bruk av annen varslings- og lokaliseringsteknologi enn medisinsk teknisk utstyr, f.eks. GPS og fallalarm. Bestemmelsen gir hjemmel for å bruke slik teknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester til brukere uten samtykkekompetanse, f.eks. personer med demens.

For både § 4-6 og § 4-6a er det en forutsetning at personen ikke viser tegn til motstand mot helsehjelpen/tjenesten.

*Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A* åpner for å kunne gi helsehjelp til en ikke samtykkekompetent pasient som motsetter seg helsehjelpen. Det er flere vilkår som må være oppfylt; blant annet er det en forutsetning at unnlatelse av å gi helsehjelpen vil kunne medføre vesentlig helseskade for pasienten. Når vilkårene i kapitlet er oppfylt, kan det også tas i bruk inngripende varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helsehjelpen.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 regulerer bruk av tvang og makt, herunder bruk av inngripende teknologi, overfor personer med diagnosen psykisk utviklingshemming. For at reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 skal komme til anvendelse, er det en forutsetning at tiltaket skal benyttes som ledd i såkalte omsorgstjenester, herunder omsorg og pleie. Hvis en person med diagnosen psykisk utviklingshemming motsetter seg bruk av vel-

ferdsteknologi som ledd i tjenester som nevnt, eller den aktuelle teknologien er inngripende, må vilkårene i *helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9* være oppfylt for at teknologien skal kunne tas i bruk overfor personen.

Er det derimot tale om bruk av teknologi som ledd i helsehjelp som ikke er omsorg og pleie, dvs. helsehjelp som er mer medisinsk rettet og ytes eller er foreskrevet av helsepersonell (f.eks. epilepsialarm) er det pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 – evt. kapittel 4A ved motstand – som er riktig rettsgrunnlag.

Til hjelp i vurderingen av hva som er riktig rettsgrunnlag, kan det stilles opp tre (fire) spørsmål som til sammen er avgjørende hvilket rettsgrunnlag som evt. er det riktige. Disse spørsmålene er:

- 1) Er det tale om varsling/overvåkning med *medisinsk teknisk utstyr*, eller dreier deg seg om andre *typer varslings- eller lokaliseringsteknologi*?
- 2) *Motsetter* personen seg helsehjelpen/tjenesten/bruk av teknologien?
- 3) Har brukeren *diagnosen psykisk utviklingshemming*? (**spørsmål 4**) Hvis ja, er teknologien å anse som inngripende?

Nedenfor er en nærmere beskrivelse av lovens vilkår for å yte helse- og omsorgstjenester, evt. med bruk av velferdsteknologi, basert på de fire rettsgrunnlagene.

### **3.5.2 Rettsgrunnlag for ytelse av helsehjelp når pasienten mangler samtykkekompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen**

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 regulerer helsehjelp, herunder bruk av teknologi som ledd i helsehjelpen, til pasienter over 18 år som mangler samtykkekompetanse som ikke mot-

setter seg helsehjelpen. Teknologi som faller inn under pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 er for eksempel medisinsk teknisk utstyr som blodtrykksmålere eller epilepsialarm, og lignende overvåknings- og varslingsutstyr til bruk i medisinsk behandling.

Er det tale om mindre inngripende helsehjelp, følger det av første ledd at den som er ansvarlig for helsehjelpen kan ta beslutningen. Det er da tilstrekkelig at helsepersonellet vurderer at pasienten ville gitt sitt samtykke om vedkommende hadde vært samtykkekompetent.

Av andre ledd i paragrafen følger det at helsepersonell har adgang til også å ta beslutning om helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep overfor pasienten. Teknologi som overvåker pasienten, f.eks. epilepsialarm, vil falle inn under andre ledd. Det må da vurderes å være i pasientens interesse, og sannsynlig at pasienten

ville ha gitt tillatelse til slik hjelp hvis han eller hun hadde hatt samtykkekompetanse. Hvis det er mulig, skal det innhentes informasjon fra nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Beslutningen tas av den som er ansvarlig for helsehjelpen, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell, og skal nedtegnes i pasientens journal.

En forutsetning for å kunne gi helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, er at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen. Hvis pasienten motsetter seg helsehjelpen, må det vurderes om helsehjelpen kan gis etter reglene i samme lov kapittel 4A (se pkt. 3.5.4).

Selv om pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 etter ordlyden bare gjelder for helsehjelp, vil de samme prinsippene gjelde for ytelse av tjenester som ikke er å anse som helsehjelp.



**I vurderingen av om det skal brukes velferdsteknologi, er det viktig å legge forholdene best mulig til rette for at personen selv skal kunne ta beslutningen om dette. Det må derfor gis tilpasset og konkret informasjon om teknologien, og om fordeler og eventuelle ulemper med å bruke denne.**

---



### **3.5.3 Rettsgrunnlag for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester når bruker over 18 år mangler samtykkekompetanse og ikke motsetter seg tiltaket**

Hvis en person over 18 år mangler samtykkekompetanse, kan det etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a tas i bruk varslings- eller lokaliseringsteknologi når dette er nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på personen, og tiltaket er i personens interesse. I motsetning til § 4-6 gir bestemmelsen adgang til å bruke inngripende teknologi også i tjenester som ikke er helsehjelp. Eksempler på aktuell teknologi er fallalarmer, bevegelsesalarmer, GPS, elektroniske armbånd og falldetektorer med sporingsinformasjon.

Det er ikke noe krav etter bestemmelsen at skade allerede har skjedd. Det er tilstrekkelig at det

foreligger en risiko for skade. Både personens egen utrygghet, og pårørendes utrygghet, er relevant i vurderingen. Det må vurderes konkret om tiltaket er egnet til å avhjelpe den aktuelle risikoen for skade.

Tiltaket må være nødvendig, det vil si at det ikke kan brukes hvis det finnes mindre inngripende alternativer for å hindre eller begrense risikoen for skade. Vurderingen av hva som vil være minst inngripende skal være individuell og konkret, dvs. at den skal ta utgangspunkt i den enkelte personens situasjon. Hvis det er mulig, skal det også innhentes informasjon fra nærmeste pårørende om hva personen ville ønsket. Det må gjøres en bred og konkret vurdering av fordeler og ulemper med utgangspunkt i den enkeltes situasjon. Hvis helse- og omsorgstjenesten ikke har tilstrekkelig informasjon om hva personen ville ønsket, må den forsøke å gjøre en

objektiv vurdering av hva som er til personens beste.

Det er en forutsetning at personen ikke motsetter seg tiltaket.

### **3.5.4 Rettsgrunnlag for ytelse av helsehjelp når pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen**

Hvis en pasient mangler samtykkekompetanse og motsetter seg nødvendig helsehjelp, må det vurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A om helsehjelpen kan gis.

Det er flere som må være oppfylt for å kunne gi helsehjelp til en ikke samtykkekompetent pasient som motsetter seg helsehjelpen. For det første må unnlattelse av å gi helsehjelpen kunne føre til vesentlig helseskade for pasienten. At helseskaden må være vesentlig, vil si at den må ha betydelig omfang, og/eller alvorlige konsekvenser. Videre må helsehjelpen anses nødvendig. Hva som er nødvendig, må avgjøres etter en konkret faglig vurdering av det helsemessige behovet til pasienten. Det er kun adgang til å iverksette tiltaket for å hindre vesentlig helseskade på pasienten selv.

Før det kan iverksettes helsehjelp med hjemmel i kapittel 4A, skal helsepersonellet forsøke med tillitsskapende tiltak for å kunne gi helsehjelpen uten å bruke tvang. Helsepersonellet må forsøke å hjelpe pasienten til å forstå at det er i hans eller hennes interesse å motta helsehjelpen. Sjansen for at pasienten vil oppgi motstanden er større hvis han eller hun forstår at helsehjelpen er nødvendig, og får hjelp til å bli trygg på situasjonen. Det er viktig at helsepersonellet tar hensyn til individuelle forhold hos pasienten.

Helsepersonellet må også vurdere om inngrepet som helsehjelpen utgjør, er forholdsmessig i det

konkrete tilfellet. Det vil si at den positive effekten av helsehjelpen være større enn den belastningen det er for pasienten at helsehjelpen blir ytt mot hans eller hennes vilje.

Det skal alltid gjøres en helhetsvurdering av situasjonen. I vurderingen av om helsehjelpen skal gis skal det blant annet legges vekt på graden av motstand, og om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil gjenvinne samtykkekompetansen slik at han eller hun selv kan ta stilling til spørsmålet.

Når pasienten motsetter seg bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i nødvendig helsehjelp, er terskelen høy for å ta teknologien i bruk. Det er et krav at bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi fremstår som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen må det legges vekt på hensynet til pasientens integritet og selvbestemmelsesrett, og hans eller hennes subjektive opplevelse av situasjonen.

Det skal alltid ta utgangspunkt i pasientens behov. Hensynet til pårørende, medpasienter eller helsepersonell er ikke grunnlag for å iverksette helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

### **3.5.5 Rettsgrunnlag for bruk av inngripende teknologi i tjenester til personer med diagnosen psykisk utviklingshemming**

Hvis person har diagnosen psykisk utviklingshemming, følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2 andre ledd følger at bruk av «inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger» alltid er å anse som tvang eller makt. Bruk av tiltaket må da følge reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 uavhengig av om personen kunne vurderes til å ha samtykkekompetanse, og uavhengig av om han eller hun motsetter seg tiltaket eller ikke. Selv

om bestemmelsen konkret bare nevner varslingssystemer, gjelder den også annen inngripende teknologi, dvs. systemer for overvåkning, sporing og lokalisering.

For å kunne bruke inngripende teknologi i tjenester til personer med utviklingshemming, stiller helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 en rekke vilkår. For det første er det et krav at tiltaket er nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade på personen selv eller andre. Videre må mindre inngripende løsninger være prøvd først. Hva som er det minst inngripende tiltaket må vurderes individuelt og konkret, og det er da viktig å være klar over at selv om teknologien er inngripende, kan likevel en slik løsning være mindre inngripende/belastende for den konkrete brukeren enn alternative tiltak. For eksempel vil bruk av GPS ofte kunne være mindre inngripende enn begrensninger i bevegelsesfriheten, eller fotfølging. Det er også et krav at bruk av teknologien er forholdsmessig og faglig og etisk forsvarlig.

For mer informasjon om bruk av inngripende teknologi i tjenestene til personer med utviklingshemming vises det til Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2015.







## 4. Behandling av helse- og personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten

### 4.1 Innledning

For å kunne yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester er det avgjørende at riktige og oppdaterte opplysninger om pasienter og brukere er tilgjengelige på rett sted til rett tid, og at helsepersonellet kan ha tillit til at opplysningene er korrekte og fullstendige. Helse- og omsorgstjenesten er dessuten avhengig av tillit fra befolkningen for at personer skal våge å dele sensitive og personlige opplysninger med personellet i tjenestene.

For å sikre dette, må kommunen sørge for at opplysningene om pasienter, brukere og pårørende ivaretas, brukes og behandles på en sikker måte. Videre må det sørges for at relevant og nødvendig informasjon er tilgjengelig for de som skal ha tilgang til den, og at informasjonen er korrekt. Det må sikres at opplysningene ikke kommer på avveie, og at uvedkommende ikke får tilgang til dem. Uten betryggende behandling av opplysningene, er det ikke mulig å gi helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.



Ved innføring av velferdsteknologi møter mange kommuner utfordringer som gjelder behandling av personopplysninger. Selv om behandling av personopplysninger ikke er nytt innenfor helse- og omsorgstjenesten, kan utfordringene oppleves større og annerledes enn ved "analog tjenesteyting". Det er flere grunner til dette:

- Velferdsteknologi genererer gjerne mange flere personopplysninger. Det stiller krav til vurdering av hvilken informasjon som er relevant og nødvendig for tjenesteytingen og dermed skal dokumenteres, og hvilken som skal slettes
- Det er gjerne flere aktører som er involvert i behandlingen av opplysningene, som f.eks. alarmsentraler/responssentre, tekniske enheter og kommunikasjons- og utstyrsleverandører m.fl. Det stiller større krav til vurdering av roller og ansvar, inngåelse av databehandleravtaler mv.
- Ny personopplysningslov, som gjør EUs personvernforordning (GDPR) til norsk lov, har gitt et økt fokus på personvern og reglene for behandling av personopplysninger. Det har også medført noen nye krav, bl.a. krav om personvernkonsklusjonsutredning (DPIA) i enkelte tilfeller, og krav om at alle virksomheter som behandler personopplysninger skal føre en skriftlig oversikt (protokoll) over behandling av opplysningene.

## 4.2 Rettsgrunnlag for behandling av personopplysninger

All behandling av personopplysninger skal ha et lovlig grunnlag/rettsgrunnlag for behandlingen. På personvernområdet kalles dette rettsgrunnlaget *behandlingsgrunnlag*. Kravet innebærer at

all behandling av personopplysninger skal ha hjemmel i en av alternativene i GDPR artikkel 6 nr. 1, enten direkte eller via nasjonal lovgivning. Ved behandling av sensitive opplysninger, f.eks. helseopplysninger, må behandlingen i tillegg være tillatt etter GDPR artikkel 9.

Behandlingsgrunnlaget for behandling av relevante og nødvendige personopplysninger i helse- og omsorgstjenesten er artikkel 6 nr. 1 bokstav c: *"behandlingen er nødvendig for å oppfylle en rettslig forpliktelse som påhviler den behandlingsansvarlige"*. Videre er behandlingen tillatt etter GDPR artikkel 9 andre ledd bokstav h.

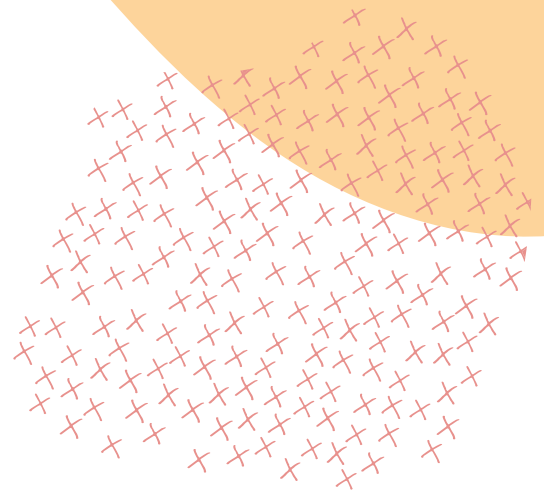
I norsk rett er behandlingsgrunnlaget dokumentasjonsplikten i helsepersonelloven kapittel 8, og forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 for tjenester som ikke er å anse som helsehjelp (f.eks. praktisk bistand og avlastning). Dette gjelder uavhengig av om tjenestene ytes med eller uten bruk av velferdsteknologi.

Det ovenstående betyr at så lenge behandling av personopplysninger er nødvendig og relevant for forsvarlig tjenesteyting eller for administrasjon eller kvalitetssikring av helsehjelpen til den enkelte, har virksomheten behandlingsgrunnlag for dette direkte i loven. Loven regulerer også med hvem og for hvilke formål opplysninger kan deles; f.eks. kan opplysningene deles med samarbeidende personell når det er nødvendig for ytelse, administrasjon eller kvalitetssikring av helse- og omsorgstjenester til personen, eller for virksomhetsintern kvalitetssikring av tjenesteytingen mer generelt.

Hvis det skal behandles flere/andre opplysninger

enn det som er nødvendig og relevant for ytelse og administrasjon av helse- og omsorgstjenester, eller hvis opplysningene skal behandles for andre formål, for eksempel forskning, må nytt behandlingsgrunnlag vurderes. Aktuelle behandlingsgrunnlag vil være samtykke eller dispensasjon fra taushetsplikten.

For mer informasjon om behandling av personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi, se [rundskrivmerknader til helsepersonelloven kapittel 8](#). Se også [Kvikk-guide til behandling av helse- og personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi](#), som også inneholder veiledning om viktige aktiviteter og vurderinger knyttet til behandling av helse- og personopplysninger i ulike prosjektfaser, dataansvar og inngåelse av databehandleravtale, personvernkonsekvensvurdering (DPIA) og informasjonssikkerhet



**Helse- og omsorgstjenesten er avhengig av tillit fra befolkningen for at personer skal våge å dele sensitive og personlige opplysninger med personellet i tjenestene.**



## 5. Når kan det kreves egenbetaling for velferdsteknologi?

Kommunen kan kreve egenbetaling for helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2, dersom det foreligger hjemmel i lov eller forskrift. Nærmere regler er gitt i forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester (egenandelsforskriften).

Etter egenandelsforskriften kan kommunen kreve egenbetaling for praktisk bistand som ikke ytes til personlig stell og egenomsorg, i form av en begrenset selvkost slik dette er angitt i egenandelsforskriften § 8. For andre nødvendige helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon, herunder avlastning og helsetjenester i hjemmet i form av hjemmesykepleie, kan kommunen ikke kreve egenbetaling.

Disse reglene gjelder også når det ytes tjenester ved bruk av velferdsteknologi. Når teknologien erstatter praktisk bistand som ikke er til personlig stell og egenomsorg, kan det derfor kreves egenbetaling i tråd med prinsippet i egenandelsforskriften § 8. Erstatte teknologien derimot tjenester som det ikke kan tas egenandel for, for eksempel hjemmesykepleie, avlastning eller

nødvendig tilsyn, kan det ikke kreves egenbetaling. Eksempel på slik teknologi er medisindispenser og ulike former for digitalt tilsyn, herunder trygghetsalarm som personen har behov for etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering. For tilbud som ikke faller inn under det kommunen er forpliktet til å yte etter helse- og omsorgstjenesteloven, det vil si tilbud som ikke dekker et behov for helse- og omsorgstjenester i pasient- og brukerrettighetslovens forstand, kan det kreves ordinær selvkost. Et eksempel kan være matlevering eller trygghetsalarm som personen ikke har behov for etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering, men som ytes som et servicetilbud.



## Informasjonssikkerhet og personvern – læringsressurser

Av Tina Lien Barken

Informasjonssikkerhet er en forutsetning for pasientsikkerhet og personvern for brukere og helsepersonell. Sikre velferdsteknologitjenester er avhengige av at informasjonssikkerhet blir ivaretatt. Det er også viktig at brukere av velferdsteknologitjenester har tillit til at teknologi og informasjon om brukeren og brukerens helse er beskyttet, både under lagring og deling. På samme måte er det viktig at helseopplysninger er tilgjengelig, slik at du som helsepersonell kan ta riktige beslutninger og yte den beste helsehjelpen.

Før tjenesten kan ta i bruk teknologi, må det gjøres en rekke vurderinger. Dette innebærer blant vurderinger knyttet til informasjonssikkerhet og personvern, personkonsekvensvurdering,

samt risikovurdering. Hver av disse er nærmere forklart i fem ulike informasjonsfilmer:

- Ansvar for personvern og informasjonssikkerhet
- Hva er personvern?
- Hva ville du gjort?
- Personkonsekvensvurdering – et eksempel
- Risikovurdering

Du får ytterligere informasjon om disse temaene i [Kvikkguide til personvern og informasjonssikkerhet](#) og [Veileder i informasjonssikkerhet og personvern ved bruk av teknologi i kommuner \(velferdsteknologi\)](#), samt ressursbanken. Lykke til med arbeidet!





Postadresse:  
Postboks 1378 Vika, 0114 Oslo

Besøksadresse:  
Haakon VII's gt. 9, 0161 Oslo

Telefon: 24 13 26 00  
E-post: [ks@ks.no](mailto:ks@ks.no)

[www.ks.no](http://www.ks.no)

