

På hvilken måte brukes og organiseres GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen i Oslo kommune?

*Om balansen mellom pasientenes trygghet og
personvern ved bruk av GPS-tjenester*

Oda Birkelund Simonsen



Master i forvaltningsinformatikk ved det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Dato 25. mai 2018

Tittelblad

På hvilke måter brukes og organiseres GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen i Oslo kommune?

Om balansen mellom pasientenes trygghet og personvern ved bruk av GPS-baserte tjenester

Copyright: Forfatter

År: 2018

Tittel: Om bruken og organiseringen av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen i Oslo kommune

Forfatter: Oda Birkelund Simonsen

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bruk av lokaliserings- og sporingstjenester som ledd i utøvelse av helsetjenester er et relativt nytt fenomen. Oslo kommune startet med bruk av slike tjenester ved Samspillprosjektet i 2014. Siden den tid har antall brukere vokst, og i 2017 var det 180 brukere av GPS-tjenester i Oslo kommune. Fordelene ved bruk av teknologi i helsetjenesten har vist seg å være mange. Dette være seg trygghet og frihet for pasienter, samt trygghet for pårørende og de ansatte i helsetjenesten. Likevel er det viktig å huske på at det også kan føre med seg ulemper dersom man kan spore en person til enhver tid.

I denne oppgaven har jeg gjort rede for de ulike teknologiene som kan benyttes til lokalisering og sporing, samt fordeler og ulemper ved de aktuelle teknologiene. Jeg har også sett på hvilke konkrete sporingssystemer som benyttes i Oslo kommune. I disse sporingssystemene kombineres GPS sammen med GSM, noe som gir sporingseenhetene en bedre funksjonalitet og flere funksjoner. I casekapittelet har jeg gjort rede for de bestemte sporingssystemene som benyttes i kommunen.

Jeg har gjort rede for de relevante lovene ved bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen, og hvordan casekommunen forholder seg til de gjeldende lovene. Her har pasient- og brukerrettighetsloven og personvernforordningen vært sentrale, og det er i hovedsak disse som har dannet grunnlaget for den rettslige drøftingen i casekapittelet. Jeg har også drøftet rettslig grunnlag ved bruk av sporingsteknologier, samt kravene som stilles til selve systemet som brukes til sporing. I hvilken utstrekning det er greit å spore pasienter har også vært en viktig del av besvarelsen.

Til slutt har jeg sett på hvordan bruken av lokaliserings- og sporingstjenester kan bli i fremtiden. Her har jeg vært innom temaer vedrørende elektroniske samtykkeløsninger, nytt system for sporing av pasienter og veiledere til helsepersonell og andre som jobber med bruk av sporingstjenester til daglig.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven markerer slutten på fem år som student ved Avdeling for forvaltningsinformatikk. Arbeidet har vært krevende og tidvis frustrerende, men også utrolig givende og lærerikt. Først vil jeg takke veilederen min, Dag Wiese Schartum, for god hjelp i arbeidet med oppgaven. Du har hjulpet meg inn på rett spor når jeg har stått fast, og kommet med gode forslag og tilbakemeldinger når jeg har hatt behov for det. Jeg vil også takke informantene i Oslo kommune, som stilte opp på intervju og som var tilgjengelig på mail.

Videre vil jeg takke alle medstudentene på mastersalen som har bidratt til å gjøre masterskrivingen hyggelig. Spesielt vil jeg takke Ida som har gjort studietiden til fem fantastiske år! Jeg vil også takke familie og venner for å alltid stille opp for meg. Spesielt vil jeg takke Tale og bestemor for gjennomlesing, korrektur og gode tilbakemeldinger.

Helt til slutt vil jeg takke samboeren min, Vetle. Tusen takk for at du har holdt ut med en sliten masterstudent i så lang tid, og for at du har motivert meg gjennom arbeidet.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	15
1.2 Bakgrunn og aktualitet for bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen	15
1.2 Problemstilling og underproblemstillinger	17
1.2.1 Problemstilling	17
1.2.2 Delproblemstillinger	18
1.3 Metode	19
1.3.1 Samfunnsvitenskapelig metode	20
1.3.2 Juridisk metode	22
1.4 Videre fremstilling av oppgaven	26
2 Teknologier	28
2.1 Innledning	28
2.2 GPS	33
2.2.1 Utfordringer med GPS-teknologien	38
2.2.2 Assisted GPS (AGPS)	41
2.2.3 Differential GPS (DGPS)	42
2.2.4 GSM	43
2.2.6 Wifi	45
3 Rettslige reguleringer ved bruk av teknologi i eldreomsorgen	47
3.1 Innledning	47
3.2 Oversikt over relevant lovgivning	48
3.2.1 Helselover	50
3.2.2 Særlig om lover som regulerer behandling av personopplysninger	56
4 GPS-baserte omsorgstjenester i Oslo kommune	59
4.1 Innledning	59
4.2 Lokaliserings- og sporingstjenester i Oslo kommune	60
4.2.1 Safemate	62
4.2.2 Doro Care	65
4.3 Organisering av tjenestene	67
4.4 Formål med behandlingen	74
4.5 Rettslig grunnlag	76
4.5.1 Samtykke	77

4.5.2 Annet rettslig grunnlag for bruk av GPS-baserte tjenester	87
4.6 Krav til systemløsninger.....	94
4.7 Videre bruk av GPS-tjenester	104
5 Avslutning.....	107
Litteraturliste.....	112
<i>Litteratur</i>	<i>112</i>
<i>Nettsider.....</i>	<i>113</i>
<i>Forarbeider, stortingsmeldinger, NOUer mv.....</i>	<i>115</i>
<i>Lover.....</i>	<i>117</i>
<i>Medier.....</i>	<i>118</i>
<i>Dokumenter.....</i>	<i>119</i>
<i>Personlig kommunikasjon</i>	<i>119</i>
<i>Oversikt over figurer</i>	<i>119</i>
<i>Vedlegg 1.....</i>	<i>121</i>
<i>Vedlegg 2.....</i>	<i>127</i>
<i>Vedlegg 3.....</i>	<i>128</i>

1 Innledning

1.2 Bakgrunn og aktualitet for bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen

Dagens samfunn utvikler seg veldig raskt. Levestandarden er bedre enn før og vi mennesker lever stadig lengre. Det foregår også en rask teknologisk utvikling som gjenspeiler seg i alle deler av vårt samfunn, og teknologien spiller en større og større rolle i folks liv både på fritiden og på jobb. Store deler av det offentlige og private næringslivet blir digitalisert, og det samme gjelder tradisjonelle velferdsytelser. På mange områder kan denne økende bruken av teknologi bedre kvaliteten på tradisjonelle offentlige tjenester.¹ En følge av økt levestandard, og dermed flere eldre, er at samfunnet etter hvert vil stå ovenfor en eldrebølge. Flere eldre vil gi et større behov for pleie i form av offentlige ytelser, som eksempelvis hjelp fra hjemmetjeneste eller plass på sykehjem eller institusjon. Større pågang på disse tjenestene som allerede er ganske presset, vil føre til at vi ikke har god nok kapasitet i helsetjenesten til å hjelpe alle som har behov for det. Dette anses som en av de største utfordringene for fremtidens eldreomsorg.

Det er ikke alle eldre som har behov for hjelp og pleie i like stor grad. Mange klarer seg i de fleste tilfeller fint på egenhånd, men kan ha behov for hjelp til å reise seg ved fall, huske å ta medisiner sine, skru av komfyren eller til å finne veien hjem etter en spasertur i nærområdet. Her kan den raske teknologiske utviklingen komme til stor nytte. Bruk av teknologi i eldreomsorgen kan bedre kvaliteten og kapasiteten i helsetjenesten. Teknologien kan også brukes til å bedre og trygge hverdagen for eldre, samt at den også kan lette arbeidsdagen for de som jobber i helsetjenesten.

Teknologier som kan varsle helsepersonell dersom det skjer en forandring hos en pasient faller inn under samlebetegnelsen "velferdsteknologi". Med velferdsteknologi menes ulike typer for assistanse med hjelp av teknologisk hjelpemidler. Denne typen teknologi er i hovedsak rettet mot eldre, personer med nedsatte kognitive evner²,

¹ Helse- og omsorgsdepartementet, "Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.", 2013.

² Mennesker med nedsatt evne til å lære, huske, løse problemer og å tenke logisk osv.

funksjonshemminger eller personer med psykiske eller fysiske vansker mv.³

Velferdsteknologien kan bidra til å gjøre hverdagen til disse menneskene tryggere, sikre mobilitet og sosial deltakelse. Slik teknologi kan også bidra til at mennesker med spesielle behov kan klare seg bedre alene.⁴ Teknologisk utstyr er på god vei inn i hjemmene til flere pasienter, men dets pålitelighet kan være svært variabelt. At teknologi blir brukt som ledd i ytelse av helsetjenester gjør at helsepersonellet kan bli avhengige av private aktører, som for eksempel leverandører av strøm, internett osv. Flere aktører som ikke er underlagt den sentrale styringen av helsetjenesten kan skape et uoversiktlig bilde, som for eksempel private leverandører av velferdstjenester. Her kommer problemstillingen tilknyttet brukernes personvern inn.⁵

Det er flere typer teknologier som kan falle inn under begrepet velferdsteknologi, som blant annet varslings-teknologi, lokaliseringsteknologi og sporingsteknologi. I denne oppgaven skal jeg fokusere på lokaliserings- og sporingsteknologier, som er teknologier som kan fastslå en geografisk posisjon. Dette gjøres i stor grad ved bruk av tjenestene Global Positioning System (GPS) eller Global System for Mobile Communication (GSM). Det er vanlig at GPS-teknologien brukes i kombinasjon med andre typer teknologier som kan brukes til sporing, ofte med GSM. Bruk av ulike former for sporingstjenester er å anse som en mer inngripende bruk av teknologi enn bruken av varslings-tjenester, fordi man da blant annet kan kartlegge en persons bevegelsesmønster.⁶

Det er viktig å merke seg at sporing og lokalisering er to ulike former for å fastsette posisjon, da dette utgjør et viktig skille ved bruk av teknologien i eldreomsorgen. Ved "lokalisering" kan man fastsette den nåværende posisjonen til en person. Når en alarm utløses vil man kun få informasjon om pasientens eksakte posisjon på det gitte tidspunktet. Man får ikke informasjon om hvordan personen har kommet seg til den gitte posisjonen. Til forskjell innebærer "sporing" at GPS-enheten kontinuerlig legger fra seg elektroniske spor. Dermed kan man følge med på hvor en person befinner seg til enhver tid, og også se hvordan pasienten kom seg til sin nåværende posisjon.⁷ Sporing

³ Helse- og omsorgsdepartementet, "Innovasjon i omsorg", 2011.

⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, "Innovasjon i omsorg", 2011.

⁵ Justis- og beredskapsdepartementet, "Digital sårbarhet – sikkert samfunn", 2015.

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, "Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.", 2013.

⁷ Datatilsynet.no, "Velferdsteknologi".

blir med dette mer inngripende i brukernes personvern enn kun ved bruk av lokaliseringstjenester.

Bruk av lokaliserings- og sporingsteknologier kan være med på å løse noen av utfordringene som samfunnet og helsetjenesten kommer til å stå ovenfor i fremtiden. Bruk av slike teknologier kan føre til at flere eldre kan bo hjemme lenger, da det gir en tryggere og mer fleksibel hverdag for pleietrengende pasienter. Det kan også lette arbeidsmengden i helsetjenesten. Bruk av GPS-tjenester og andre typer velferdsteknologier kan også lette på presset når det kommer til plass på sykehjem eller institusjon.

I denne oppgaven vil jeg ta for meg bruken av GPS-tjenester i eldreomsorgen, herunder begrenset til bruken av GPS-tjenester hos eldre mennesker med demens eller andre kognitive svikter. Jeg kommer til å ta for meg GPS som teknologi og ulike bruksmåter for denne. I tillegg vil jeg ta for meg lovverket knyttet til bruken, samt de organisatoriske aspektene og ansvarsfordelingen ved bruk av GPS.

1.2 Problemstilling og underproblemstillinger

For å belyse temaet så godt som mulig har jeg utarbeidet en problemstilling med tilhørende delproblemstillinger. Disse vil besvares som ledd i besvarelsen av hovedproblemstillingen. Dette vil hjelpe til med å gjøre oppgaven mer oversiktlig, ved at jeg vil holde meg til ett tema om gangen.

1.2.1 Problemstilling

Det overordnede spørsmålet jeg ønsker å finne svar på er "På hvilken måte brukes og organiseres GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen i Oslo kommune?"

1.2.2 Delproblemstillinger

Jeg har laget fire delproblemstillinger som skal besvares i oppgaven. Jeg tror at disse vil hjelpe meg med å belyse hovedproblemstillingen min på en god måte.

Delproblemstillingene mine er:

1. På hvilke måter kan GPS brukes for lokalisering og sporing i eldreomsorgen?
2. Hvilke rettsregler gjelder for bruk av GPS-baserte tjenester som ledd i kommunale omsorgstjenester?
3. Hvordan er ansvaret for bruken av GPS-baserte tjenester i Oslo kommune organisert?
4. Hvilke krav stilles til systemet Oslo kommune bruker for sporing?

Ved besvarelsen av delproblemstilling nr. 1 vil jeg se på GPS som teknologi, og gi en fremstilling av hvordan teknologien fungerer og hvordan den brukes. Deretter vil jeg se på de ulike funksjonene og typene GPS som finnes i dag. Jeg kommer også til å se på hvilke andre teknologier som kan brukes til sporing og lokalisering, og om disse eventuelt kan kombineres med GPS. Ett eksempel på en slik teknologi er GSM⁸. Jeg kommer til å fokusere på de kombinasjonene av hvilke ulike teknologier som er relevante å bruke når GPS benyttes som ledd i eldreomsorgen.

Ved besvarelsen av delproblemstilling nr. 2 vil jeg se på de rettslige aspektene ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen. Jeg gjøre rede for de gjeldende rettsreglene knyttet til bruk av sporings- og lokaliseringstjenester, og kommer til å avgrense meg til den lovgivningen som er relevant ved bruk av GPS-tjenester. Jeg kommer til å ta for meg både generell og spesiell lovgivning, da det er bestemmelser i begge kategoriene av lovgivning som er relevante. Blant den spesielle lovgivningen kommer jeg til å se på pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, helseregisterloven, pasientjournalloven mv. Jeg vil også se på de relevante bestemmelsene i personvernforordningen (PVF)⁹ som trer i kraft den 25 mai 2018.¹⁰

⁸ Global System for Mobile Communication.

⁹ General Data Protection Regulation (GDPR).

¹⁰ Eugdpr.org, "GDPR Portal: Site overview".

Jeg kommer til å se på bestemmelser som gjelder samtykke og pasientenes samtykkekompetanse til bruk av GPS-tjenester. Hvordan det avgjøres at en pasient skal benytte seg av GPS-tjenester når vedkommende ikke kan samtykke selv er også relevant å se på, da det er nærliggende å forvente at flere pasienter har mistet samtykkekompetansen på grunn av ulike kognitive svikter. Her vil jeg også se om det er fastsatt krav og vilkår til sporingen av pasienter i rettskildene.

For å besvare delproblemstilling nr. 3 vil jeg se på hvordan ansvaret for bruken av de GPS-baserte tjenestene er organisert i kommunen. Jeg har tatt for meg hvordan ansvaret er fordelt mellom kommunen, brukere og pårørende. Et interessant aspekt her har vært å redegjøre for hvem som har ansvaret for å veilede pasienten eller rykke ut og hente pasienten dersom noe skulle skje. Ansvarsfordelingen i nødssituasjoner har vært essensiell for å danne et fullstendig bilde av hvem som har ansvaret for å hjelpe til i ulike situasjoner.

Ved besvarelsen av delproblemstilling nr. 4 har jeg sett på de ulike systemkravene som stilles til sporingssystemer i de ulike rettskildene. Her har spesielt personvernforordningen vært sentral, da denne setter opp relativt mange føringer for slike typer systemer. Som del av besvarelsen av denne delproblemstillingen har jeg til dels sett på hva kommunen har gjort for å gjennomføre disse kravene. En stor del av besvarelsen av denne delproblemstillingen er basert på det informantene i Oslo kommune sa ved intervjuet.¹¹

1.3 Metode

Ved besvarelse av problemstillingene mine vil jeg benytte meg av både juridisk og samfunnsvitenskapelig metode. Juridisk metode vil i hovedsak brukes for å besvare delproblemstillingen som omhandler den rettslige reguleringen ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen. Jeg har også benyttet juridisk metode ved besvarelsen av delproblemstillingen knyttet til casekommunen. Samfunnsvitenskapelig metode vil gå igjen ved besvarelsen av alle problemstillingene.

¹¹ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

1.3.1 Samfunnsvitenskapelig metode

Jacobsen sier at metode dreier seg om "hvordan man tilnærmer seg og forsøker å "avdekke" virkeligheten".¹² Det innebærer at man er nødt til å stille spørsmål på en måte som gjør at man kan forske på dem for å finne et svar. Det er viktig at informasjonen som samles inn har en stor grad av relevans og gyldighet, noe som krever en høy systematiseringsgrad når det kommer til innsamling av data. Et klart bestemt metodeopplegg er viktig for å få til dette på en god måte.

Samfunnsvitenskapelig metode kan i hovedsak deles inn i kvantitative og kvalitative undersøkelser. Jeg har valgt å benytte meg av kvalitative undersøkelser ved besvarelsen av oppgaven. Kvalitative data kan kjennetegnes ved at de fremkommer i form av ord, setninger eller fortellinger, og vil gi et nyansert og dypt innblikk i et bestemt fenomen.¹³ Ved utførelsen av et kvalitativt undersøkelsesopplegg har jeg fått god innsikt i hvordan bruken av GPS-teknologi i eldreomsorgen oppfattes av de som bruker teknologien i sin arbeidshverdag.

Jeg har i hovedsak brukt dokumentstudier for å besvare oppgaven min. Ved dokumentstudier ser man på data som er innsamlet av andre. Slike data kalles for *sekundærdata*, og ved å ta i bruk sekundærdata kan man få informasjon om ting som faktisk har blitt sagt og om beslutninger som er tatt på et område osv.¹⁴ Ved bruk av sekundærdata er det viktig å være kritisk til det man leser. Det er blant annet svært viktig å vurdere kildenes pålitelighet. Jeg har sett på relevante dokumenter og litteratur for å kartlegge teorien rundt bruk av GPS-teknologi i eldreomsorgen. Dokumentstudier har vært en sentral del av arbeidet med oppgaven, fordi det er relativt mye litteratur og mange rapporter angående bruk av velferdsteknologi. Jeg har sett på stortingsmeldinger, Norges Offentlige Utredninger (NOU) og relevante dokumenter jeg har fått tilsendt av informantene mine i Oslo kommune. Dette er kilder jeg har lagt stor vekt på i min oppgave fordi jeg anser disse dokumentenes grad av pålitelighet og validitet til å være høy, da de er utformet av offentlige organer. En utfordring med

¹² Jacobsen, *Hvordan gjennomføre undersøkelser?*, side 16.

¹³ Jacobsen, *Hvordan gjennomføre undersøkelser?*, side 146.

¹⁴ Jacobsen, *Hvordan gjennomføre undersøkelser?*, side 170.

dokumentstudiene var at litteraturen i stor grad er generell. Rapportene har blant annet ikke gått særlig dypt inn på de teknologiske aspektene.

Ved redegjørelsen av GPS-teknologien og andre teknologier har jeg i stor grad benyttet meg av nettsider og artikler. Mye av litteraturen som fantes om teknologiene var relativt gammelt, og jeg valgte derfor å bruke mer oppdaterte nettsider. For å vurdere artiklene og nettsidenes pålitelighet sammenlignet jeg de ulike dokumentene og innholdet i dem med hverandre. Dette gjorde at jeg kunne skille de seriøse kildene fra de useriøse.

Jeg gjennomførte et kvalitativt forskningsintervju¹⁵ med informanter i Oslo kommune for å kartlegge kommunens bruk av GPS-teknologi i eldreomsorgen. Informantene ble valgt ut av personen jeg initierte kontakt med i Oslo kommune, og disse jobbet tett med bruk av GPS-teknologi i sin arbeidshverdag. Intervjuet var semistrukturert, med en relativt detaljert intervjuguide og åpne spørsmål for å få mest mulig informasjon. Spørsmålene i intervjuguiden var sortert etter tema. Under selve intervjuet opplevde jeg at ikke fulgte intervjuguiden slavisk, fordi noen av temaene gikk litt inn i hverandre. Her så jeg det naturlig å stille spørsmålene som omhandlet samme tema i det temaet dukket opp. I noen tilfeller var det også nødvendig å stille oppfølgingsspørsmål til informantene for å få den informasjonen jeg var ute etter. Oslo kommune fikk tilsendt intervjuguiden før intervjuet, og informantene fikk på denne måten forberedt seg på hvilke spørsmål jeg ønsket svar på. I etterkant av intervjuet sendte jeg et referat av intervjuet til informantene. Jeg ser dette som en måte å validere resultatene av intervjuet på, fordi at informantene på denne måten fikk mulighet til å korrigere eventuelle feil ved min oppfatning av svarene de ga.

Det kunne også ha vært relevant å gjennomføre en spørreundersøkelse av brukere av GPS-tjenester eller av pårørende til noen som bruker slike tjenester. Da kunne jeg fått god informasjon om hvordan bruken av GPS-tjenestene oppfattes av de som faktisk benytter seg av tjenestene som et hjelpemiddel i hverdagen. Jeg valgte å ikke gjøre dette, da det ville vært for tidkrevende både å gjennomføre og å analysere dataene jeg hadde kommet til å samle inn. Spørreundersøkelser er en del av det kvantitative undersøkelsesopplegget.

¹⁵ Jacobsen, *Hvordan gjennomføre undersøkelser?*, side 139.

Undersøkelsesopplegget ved arbeidet med masteroppgaven opp mot casekommunen har bestått av dokumentgransking, personlig kommunikasjon via e-post og intervju med Oslo kommune. Jeg har hovedsakelig benyttet meg av metoden dokumentgransking, da det ligger mye relevant stoff ute på nettet i form av proposisjoner, rapporter og lignende om bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen. Intervjuet og personlig kommunikasjon via e-post har vært nyttig i form av at jeg har fått svar på elementer jeg har sett som uklare, samt at jeg har fått informasjon om erfaringer knyttet til bruk av GPS-tjenestene. Jeg har blant annet fått tilgang til dokumenter vedrørende Oslo kommunes retningslinjer til informasjonssikkerhet, kravene til informasjonssikkerhet knyttet til det nye GPS-systemet og informasjon om ulike versjoner av Safemate-modeller.

1.3.2 Juridisk metode

For å besvare problemstillingene mine har jeg benyttet meg av juridisk metode, mer spesifikt kalt rettsdogmatisk metode. Metoden innebærer å gå systematisk gjennom rettsreglene for å kartlegge gjeldende rett og å tolke de aktuelle rettsreglene for å finne meningsinnholdet i disse, og dermed hvordan de skal forstås.¹⁶ For å komme frem til gjeldende rett på området har jeg sett på de ulike rettskildefaktorene.¹⁷ Den mest åpenbare rettskildefaktoren er lovens ordlyd i seg selv. Det kreves likevel at man ser på andre rettskildefaktorer for å komme frem til det korrekte meningsinnholdet i rettsregelen. I besvarelsen av min oppgave har rettskildefaktorene jeg har sett på primært vært lovforarbeider (lovproposisjoner) og juridisk teori. Lovproposisjonen til personvernforordningen har vært viktig i arbeidet med oppgaven, da forordningen er såpass ny at det er svært lite praksis på området enda.

Ved utvelgelsen og tolkingen av de aktuelle lovene og reglene har jeg begrenset meg til de rettsreglene som er relevante for bruk av GPS-teknologi i eldreomsorgen. Ikke alle disse rettsreglene er utformet spesifikt for å omfatte teknologibruk, men kommer til anvendelse da de er teknologinøytrale. På denne måten vil lovgivningen kunne tilpasse seg nye former for teknologi og samfunnsendringer som ikke var tilsiktet eller forutsett

¹⁶ Boe, *Grunnleggende juridisk metode*, side 62.

¹⁷ Boe, *Grunnleggende juridisk metode*, side 84-85.

ved utformingen av loven. Tilnærmingen ved tolkingen av rettsreglene har primært vært rettet opp mot den generelle bruken av teknologi i eldreomsorgen, med vekt på vilkår, rammer for bruk og systemkrav. Ved intervjuet og e-postkorrespondansen fikk jeg greie på hvilke rettsregler kommunen trekker frem som mest relevante for bruk av teknologiske hjelpemidler.

I det norske regelverket er det flere nasjonale særlover som regulerer ulike områder innenfor helse, og som er spesielt relevante ved bruk av IKT-tjenester som ledd i utøvelse av helsetjenester.¹⁸ Særlover som er spesielt relevante i denne sammenhengen er blant annet pasient og brukerrettighetsloven¹⁹, helsepersonelloven²⁰, pasientjournalloven²¹, helseregisterloven²² og helse- og omsorgstjenesteloven²³. Disse lovene regulerer ulike aspekter ved helsehjelp. Ofte må flere av lovene kombineres for å komme frem til hvilken rettsregel som skal anvendes, noe som kan gjøre det utfordrende å sette seg inn i hvilke regler som gjelder.²⁴ Ved disse lovene har jeg i stor grad sett på forarbeidene til lovbestemmelsene, kommentarutgaver til lovene og noe litteratur. Bruken av kilder kan i kanskje ha vært noe ensidig. Dette gjelder spesielt pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a. Her har jeg for det meste brukt Prop. 90 L (2012-2013) som kilde.²⁵ Selv om jeg anser lovforarbeider som en svært pålitelig kilde, kan dette ha ført til at bildet av bestemmelsen har blitt litt ensformig. Jeg opplevde at det var vanskelig å finne andre dokumenter og kilder som tok for seg vurderingene rundt bestemmelsen.

I dagens rettsbilde er det særlovgivningen som står øverst på rangstigen av de ulike type lovene, jf. *lex specialis*-prinsippet.²⁶ Dette fordi særlovgivningen går foran de helt generelle lovene, som for eksempel forvaltningsloven og personopplysningsloven²⁷ dersom det oppstår motstrid mellom lovbestemmelser. Oppstår det derimot motstrid

¹⁸ Justis- og beredskapsdepartementet, "Digital sårbarhet – sikkert samfunn", 2015.

¹⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999.

²⁰ Helsepersonelloven, 1999.

²¹ Pasientjournalloven, 2014.

²² Helseregisterloven, 2014.

²³ Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, side 248.

²⁴ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 248.

²⁵ Helse- og omsorgsdepartementet, "Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven", 2013.

²⁶ Boe, *Grunnleggende juridisk metode*.

²⁷ Av 14. april 2000 nr. 31.

mellom en bestemmelse i forordningen og i norsk lov, er hovedregelen at den nasjonale lovbestemmelsen må vike, jf. EØS-loven § 2. Dette gjelder såfremt det ikke er gitt adgang til en begrensning av rettighetene i personvernforordningen til fordel for rettigheter gitt i nasjonal lov.²⁸

Personvernforordningen er som navnet tilsier en forordning. Dette er en bindende rettsakt²⁹ som skal gjennomføres "som sådan" i nasjonal rett, jf. EØS-avtalen art. 7(a). Personvernforordningen ble blant annet til grunn et ønske om en mer harmonisert og ensartet regulering av personvernområdet, og fri utveksling av personopplysninger i EU- og EØS-landene.³⁰ Det er ikke lov å endre på så mye som et komma i forordningen. Dette skal sikre at det blir like regler i landene som er pliktet til å føye seg etter forordningen, og med dette sikre en mer harmonisert og ensartet anvendelse av bestemmelsene. Personvernforordningen vil dermed ikke gi den samme friheten til å innføre nasjonale reguleringer som personverndirektivet har gitt.³¹ Forordningen oversettes direkte fra engelsk til norsk, noe som gjør at blant annet setningsoppbyggingen i lovbestemmelsene ikke står i stil med resten av de norske lovene. Dette kan føre med seg utfordringer for tolking av forordningen.³² Jeg opplevde at det har oppstod utfordringer knyttet til å komme frem til hvordan rettstilstanden når det gjelder bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen kommer til å bli når forordningen tar helt over for personverndirektivet. Forholdet mellom personvernforordningen og særlovene på helseområdet er gjort rede for i Prop. 56 LS (2017-2018), men det er ikke dannet mye praksis på området enda. I tillegg ble ikke Prop. 56 LS (2017.2018) publisert før arbeidet med oppgaven nærmet seg slutten. Problemene knyttet til usikkerheten rundt forholdet mellom personvernforordningen og helselovgivningen ble adressert i intervjuet med Oslo kommune, og spesielt hvordan det blir i forhold til samtykke etter forordningen og pasient- og brukerrettighetsloven.³³

²⁸ Justis- og beredskapsdepartementet, "Ny personopplysningslov – gjennomføring av personvernforordningen i norsk rett", 2017, kapittel 4.

²⁹ Europalov.no, "Om EU-rettsaktene".

³⁰ Regjeringen.no, "Ny personopplysningslov og innlemmelse i EØS-avtalen".

³¹ Europalov.no, "Om EU-rettsaktene".

³² Justis- og beredskapsdepartementet, "Ny personopplysningslov – gjennomføring av personvernforordningen i norsk rett", 2017, side 14.

³³ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

Forordningen åpner for nasjonale reguleringer på noen områder. På grunn av muligheten for nasjonale reguleringer vil ikke rettstilstanden bli fullstendig harmonisert og ensartet med forordningen heller. Der hvor det åpnes for nasjonale regler vil departementet utarbeide lovbestemmelser som utfyller forordningens bestemmelser, men disse vil trolig være basert på de relevante reglene i særlovgivningen som er gjeldende i dag.³⁴

Det vil gå ut over de norske normene for formulering og oppbygging av lover at forordningen er en direkte bindende rettsakt og dermed ikke kan endres på. Såfremt minstekravene i personverndirektivet ble overholdt, ga personverndirektivet medlemsstatene i EU og EØS relativt stor frihet til å skrive sin "egen" versjon av bestemmelsene.³⁵ Dette innebar at personopplysningsloven av 14. april 2000 nr. 31 ble utformet i tråd med de norske lovgivningstradisjonene. Personvernforordningen består av 99 artikler og 173 fortalepunkter og er svært omfattende. Fortalepunktene i forordningen kan ses på som en slags utdyping og presisering av begreper ved anvendelse av forordningens artikler, fordi de inneholder begrunnelser for de ulike bestemmelsene i forordningen.

I den videre fremstillingen av oppgaven kommer jeg for det meste til å omtale personer som bruker ulike typer GPS-tjenester for pasienter. Grunnen til dette er at alle som mottar en eller annen form for helsetjeneste regnes som pasienter etter pbrl. § 1-3 bokstav a. Dette gjelder uavhengig av om helsehjelpen som gis ytes uoppfordret eller mot personens vilje. "Friske" personer som benytter GPS-tjenester vil dermed også regnes som pasienter.³⁶

I kapittel 4 vedrørende casekommunen bruker jeg begrepene "pasient" og "registrert" om hverandre. Disse betegnelse betyr i denne sammenheng det samme, altså brukerne av GPS-baserte tjenester. Grunnen til at jeg benytter betegnelsen "registrert" er at denne betegnelsen brukes om personer det behandles personopplysninger om i personvernforordningen.

³⁴ Justis- og beredskapsdepartementet, "Ny personopplysningslov – gjennomføring av personvernforordningen i norsk rett", 2017, side 3.

³⁵ Europalov.no, "Om EU-rettsaktene".

³⁶ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", pbrl. § 4-3, side 12.

1.4 Videre fremstilling av oppgaven

Videre i oppgaven kommer jeg til å ta for meg de ulike forskningsspørsmålene hver for seg. Jeg vil starte med en redegjørelse av teknologien, ettersom en grunnleggende kunnskap om denne vil være en forutsetning for å forstå regelverket og andre retningslinjer knyttet til bruken av GPS-baserte tjenester. Jeg har sett på om det er mulig å kombinere GPS-teknologien med andre typer teknologier for å skape et bedre tjenestetilbud, som for eksempel GPS i kombinasjon med mobilnettet (GSM). Jeg har tatt for meg fordeler og ulemper ved de ulike typene teknologier, og sett på utfordringer knyttet til bruken av GPS-tjenester i eldreomsorgen.

Videre har jeg foretatt en gjennomgang av den aktuelle lovgivningen som må overholdes ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen. Jeg har foretatt en tolking av de relevante bestemmelsene, og vurdert bestemmelsene opp mot hverandre. Dette gjelder hovedsakelig forholdet mellom personvernforordningen og pasient- og brukerrettighetsloven. Lovgivningen og de aktuelle bestemmelsene må analyseres og tolkes i lys av teknologien.

I det siste kapittelet om Oslo kommune vil jeg ta for meg ansvarsfordelingen ved bruk av GPS-teknologi i eldreomsorgen. Her har jeg i hovedsak drøftet forholdet mellom pasient, pårørende og behandlingsansvarlig. I tillegg har jeg sett på forholdet mellom hovedaktører ved bruken av GPS-tjenester og andre personer eller ressurser som er avgjørende for at tjenestene skal bli vellykket.

Ved besvarelsen av den siste delproblemstillingen har jeg foretatt en gjennomgang av de faktiske forholdene i Oslo kommune. Dette innebærer at jeg har sett på hvilke ulike typer teknologi de gjør bruk av, i hvor stor grad de bruker teknologien og om det er et forbedringspotensial knyttet til bruken. Jeg har sett på ansvarsfordelingen mellom de ulike aktørene ved bruk av GPS-tjenester, og hvordan disse aktørene må forholde seg til hverandre ved bruk av tjenestene. Mye av informasjonen jeg har brukt her har jeg hentet

fra Samspill-rapporten³⁷ eller informasjon fra Oslo kommune ved intervju eller e-postkorrespondanse.

I kapitlet om Oslo kommune er det også et juridisk aspekt. Jeg har her gjennomført en drøfting av de rettsspørsmålene som gjør seg gjeldende ved bruk av GPS-baserte tjenester i Oslo kommune. Gjennomgangen av rettsreglene er derfor mer detaljert i kapittel 4.5 enn i kapittel 3.2. Det juridiske aspektet inneholder også elementer som stiller krav til systemløsningene som brukes til sporing.

Helt til slutt har jeg sett litt på hvordan bruken av GPS-baserte tjenester i Oslo kommune kan bli i fremtiden. Her tar jeg blant annet for meg kommunens ønske om å utforme en samtykkeløsning og om den pågående anskaffelsesprosessen av et nytt GPS-system som er inne i en avsluttende fase.

³⁷ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring".

2 Teknologier

Ved besvarelsen av delproblemstilling nr. 1 vedrørende teknologi som kan benyttes i sporingssammenheng i eldreomsorgen, vil jeg gå inn på ulike typer teknologier som kan være aktuelle. I delkapittel 4.2 vil jeg gå mer konkret inn på hvilke av disse teknologiene som blir benyttet ved lokalisering- og sporing av pasienter i Oslo kommune.

2.1 Innledning

Det er flere ulike typer teknologier og systemer som kan brukes til sporing.

Teknologiene og systemene kan kategoriseres³⁸ i tre nivåer basert på fellestrekk ved teknologiene:

1. Teknologien må gjøre bruk av infrastrukturer eller elektronisk kommunikasjon (eks. GPS, GSM, Wifi, RFID, WLAN, Bluetooth eller ultrasound),
2. hvor formålet er å lokalisere og spore objekter (eks. kjøretøy, utstyr, fartøy, konteinere eller småting som klær, personer eller dyr),
3. som har en unik identitet³⁹ (eks. RFID-merker, SIM-kort, bilskilter eller QR-koder).

I CompLex 1/2014⁴⁰ defineres teknologiene i listens punkt 1 som grunnteknologier. GPS er regnet som en av grunnteknologiene som kan benyttes til sporing av ulike objekter. Det er ikke gitt at alle teknologiene og systemene som nevnt ovenfor hadde som formål at de kunne brukes til lokalisering og sporing når det ble utviklet. Dette kan ha kommet over tid, ved at man så at teknologien eller systemet egnet seg til det, samtidig som det har utviklet seg et større samfunnsbehov i forhold til lokalisering og sporing.

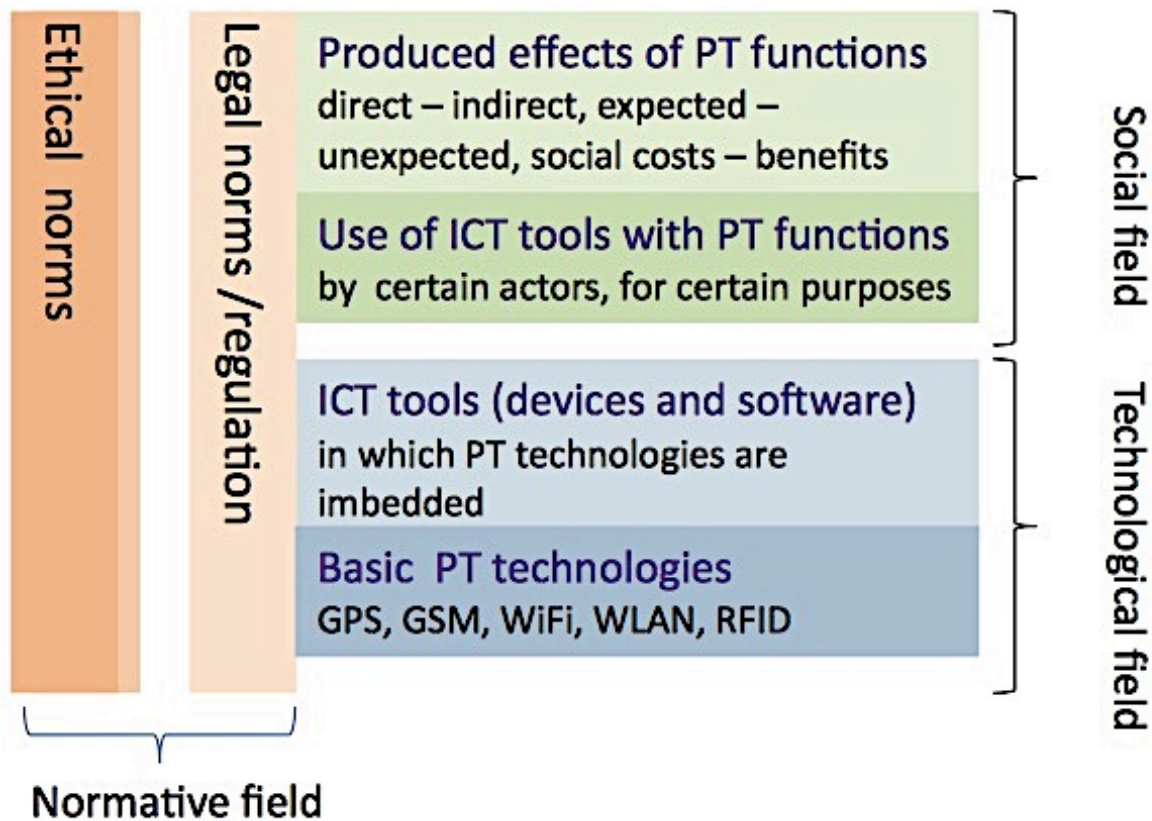
Teknologiene og systemene i listen ovenfor kan kombineres og integreres i IT-verktøyer eller -enheter. De kan også være en del av komplekse teknologiske enheter, som for eksempel smarttelefoner eller smartklokker. Det at grunnteknologiene kan kombineres med hverandre og inngå i komplekse teknologiske enheter er en av faktorene som gjør at de er så godt egnet til å brukes til sporing av mennesker, biler, dyr osv.

³⁸ Schartum, Hannevik & Tranvik, "Use of personal location data by the police", side 9.

³⁹ Schartum, Hannevik & Tranvik, "Use of personal location data by the police", side 9.

⁴⁰ Schartum, Hannevik & Tranvik, "Use of personal location data by the police", side 9.

Kombinasjonen av ulike typer grunnteknologier gjør blant annet at posisjonene man får ved sporing blir mer nøyaktige, det eliminerer feilkilder som kan oppstå ved bruk av kun en teknologi. Det fører også til at tjenestene blir mer stabile og til å stole på. Dette vil jeg komme tilbake til senere.



Figur 1: illustrasjon av teknologiske, sosiale og normative aspekter ved bruk av lokaliserings- og sporingsteknologier⁴¹

Figuren ovenfor viser at det er flere aspekter som må vurderes og tas høyde for ved bruk av lokaliserings- og sporingsteknologier⁴². Det sosiale og teknologiske aspektet må være i tråd med de gjeldende regelverkene på området, samtidig som det er ønskelig at bruken av lokaliserings- og sporingsteknologier kan forsvares også på et etisk plan. I eldreomsorgen vil det være viktig å utføre en vurdering av det sosiale aspektet, og hvilke følger lokalisering eller sporing kan ha for den enkelte pasientens personvern og for eventuelt andre personer som pasienten omgås med. Her vil det for eksempel måtte

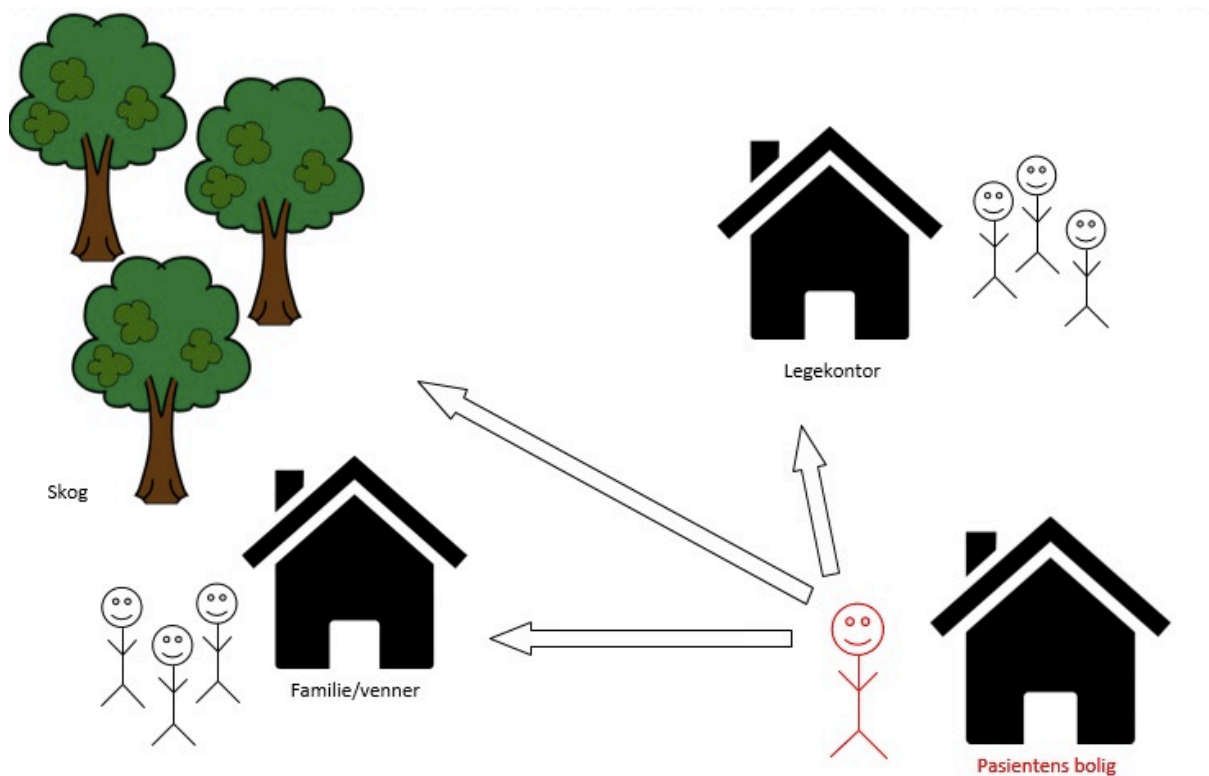
⁴¹ Schartum, Hannevik & Tranvik, "Overall model of technological, social and normative aspects of PT technology".

⁴² Schartum, Hannevik & Tranvik, "Use of personal location data by the police", side 9.

vurderes om pasientens personvern og privatliv skal veie tyngre enn pasientens vitale interesser. Det sosiale aspektet kan også gli sammen med det normative, nærmere bestemt de etiske normene, og hvorvidt pasientenes sikkerhet kan forsvare det å lokalisere og spore mennesker. På hvilken måte lokaliserings- og sporingsteknologier er lagt inn i en elektronisk enhet og hvilke typer grunnteknologier som brukes til lokalisering og sporing er også essensielt. Siden det her er snakk om eldre mennesker som skal bruke relativt kompliserte teknologiske enheter kan det ha mye å si dersom lokaliserings- eller sporingsenheten er pakket inn i en gjenstand som er kjent for pasienten. Dette kan for eksempel være en klokke, et smykke, en nøkkelring eller et armbånd. Det er også mulig å plassere en GPS-enhet i en skosåle⁴³. Det er også viktig å huske på at det er store forskjeller på pasientenes kunnskap til ny teknologi, og derfor er det viktig at det finnes GPS-tjenester som kan passe for brukere med ulik teknologisk kompetanse. Det er vanskelig å kontrollere at alle som får tildelt slike teknologiske enheter har enheten på seg til enhver tid. Sannsynligheten for at teknologien blir bruk er likevel større dersom det er maskert som en gjenstand pasienten er vant med å bruke fra før.

Alle aspektene ovenfor må tas i betraktning når det skal tas en avgjørelse om en pasient skal ta i bruk GPS-baserte tjenester. Det må skje en individuell vurdering for hver pasient, slik at man er sikker på at dette er et godt tiltak for den konkrete pasienten. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 3.2 hvor jeg tar for meg rettslig grunnlag. Det er også viktig å ta med i betraktningen om bruken av lokaliserings- og sporingstjenester kan ha negativ påvirkning på mennesker i pasientens omgangskrets.

⁴³ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.



Figur 2: generering av opplysninger ved bruk av en sporingsenhet

Figuren ovenfor viser fire forskjellige lokasjoner; pasientens bolig, familie eller venners bolig, et legekantor og en skog. Figuren illustrerer at dersom en pasient lever et tilnærmet normalt liv, vil kartlegging av pasientens geografiske posisjon generere en hel del andre opplysninger enn de som direkte gjelder pasienten selv og hvor vedkommende befinner seg. Dette vil spesielt gjøres gjeldende ved bruk av sporing fordi man kan gå tilbake og finne ut akkurat hvor pasienten har vært.

Pasientens posisjon vil også kunne si noe om hvor andre har oppholdt seg i perioden pasienten ble sporet eller lokalisert. Når pasienten er på tur i skogen er det vanskelig å kunne knytte opplysningene som samles inn om pasientens posisjon til andre enn pasienten selv. Selv om pasienten ikke er på tur alene, vil ikke posisjonsdataene som samles inn av GPS-enheten gi informasjon om og eventuelt hvem som er med pasienten på tur. Skog og mark er "allmannseie", og hvem som helst kan ferdes der til enhver tid. Dersom pasienten er på besøk hos venner eller familie vil GPS-enheten med dette også generere informasjon vedrørende hvor disse menneskene befant seg i tidsrommet pasienten var på besøk, på grunn av adressen posisjonen kan knyttes til. I slike tilfeller kan man gå ut fra at minst en av personene som bor i husstanden er hjemme når

pasienten befinner seg der. I familie- eller vennesituasjonen trenger ikke dette å ha noen stor betydning, da disse personene ofte ønsker at pasienten skal bruke GPS-enheten som ledd i helsetjenester. Da vil det være naturlig å gå ut fra at pårørende vil godta at posisjonsdataene i noen situasjoner også kan knyttes til dem.

Derimot vil det i situasjoner hvor pasienten går til legen eller et advokatkontor kunne avsløres konfidensielle klientforhold. Sannsynligheten for at disse opplysningene blir brukt til noe som kan være til skade for pasienten, legen eller advokaten vil jeg tro er relativt liten. Uansett er det viktig å være bevisst på at det finnes en risiko⁴⁴ for at bruk av GPS-tjenester kan brukes til å avsløre klientforhold, eller at informasjon om pasientens bevegelsesmønster kan komme i feil hender.

Problemstillingen knyttet til at sporing av en pasient også kan generere opplysninger om mennesker pasienten omgås med er større dersom pasientens kognitive evner er tilnærmet normale. I disse tilfellene kan man gå ut fra at pasienten fremdeles lever et relativt normalt liv. Det er også ønskelig at pasienter starter å bruke lokaliserings- og sporingstjenester når de er relativt friske, og Oslo kommune har tilbud til personer uten kognitive svikter⁴⁵. Da vil opplæring og tilvenning av produktet gå lettere enn om pasienten lider av omfattende kognitive svikter⁴⁶. Dette vil si at jo tidligere GPS-enheten blir tatt i bruk, desto lettere er det for pasienten å benytte seg av tjenesten. Det blir enklere å innarbeide gode rutiner og vaner når det kommer til bruk av GPS-enheten dersom vedkommende er relativt klar og tilstedeværende i startfasen.⁴⁷

I dette kapitlet vil jeg hovedsakelig gjøre rede for teknologien GPS og på hvilken måte den kan brukes til lokalisering og sporing i eldreomsorgen. Informantene i kommunen presiserte at det i størst grad er snakk om muligheten til å lokalisere en pasient. Det er ikke så mye fokus på sporingen, men muligheten for å spore en pasient er der.⁴⁸ GPS er kun en av flere teknologier som kan benyttes, men er kanskje den mest brukte teknologien i forbindelse med lokalisering og sporing. Selv om det er GPS som er den

⁴⁴ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

⁴⁵ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

⁴⁶ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 18.

⁴⁷ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 18.

⁴⁸ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

dominerende teknologien i denne fremstillingen, vil jeg også ta for meg andre teknologier som kan fungere sammen med eller i stedet for GPS ved lokalisering og sporing. De ulike teknologiene kan på mange måter utfylle hverandre, og dette kan føre til eliminering av flere feilkilder knyttet til en teknologi som brukes alene. Spesielt vil jeg trekke frem GSM-nettet som en teknologi som ofte brukes i kombinasjon med GPS. Et fellestrekk ved alle teknologiene jeg skal gå inn på nedenfor er at de krever at lokaliserings- og sporingsenheten befinner seg innenfor et område med mobildekning eller et område hvor man kan få kontakt med GPS-satellittene.⁴⁹

2.2 GPS

Navigation System with Time And Ranging Global Positioning System (NAVSTAR), bedre kjent som Global Positioning System (GPS), er ett satellittbasert posisjonings- og navigeringssystem⁵⁰. Sammen med det russiske GLONASS og det europeiske Galileo hører GPS inn under Global Navigation Satellite System (GNSS). GNSS er en konstellasjon av satellitter som sørger for signaler som gir data om posisjonering og timing, altså informasjon om hvor lang tid det tar fra signalene sendes fra en GPS-enhet til signalene plukkes opp av en satellitt.⁵¹

Tjenesten ble utviklet av det amerikanske forsvaret på 1970-tallet. I GPS-tjenestens tidlige dager var det begrensninger knyttet til bruken av tjenestene, noe som innebar at det kun var forsvaret som kunne benytte seg av tjenestens fullstendige grensesnitt. Begrensningene ble kalt for "selective availability"⁵², og innebar at sivile brukere av tjenesten fikk mindre nøyaktige posisjonsdata enn militære aktører. Det ble fort tydelig at GPS kunne være nyttig for andre enn forsvaret, og på starten av 2000-tallet ble derfor begrensningene fjernet, slik at alle som har en enhet som kan motta GPS-signaler kan fastslå sin posisjon så nøyaktig som mulig.⁵³ Tjenesten drives fremdeles av det amerikanske forsvarsdepartementet.⁵⁴

⁴⁹ Helse- og omsorgsdepartementet, "Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.", 2013.

⁵⁰ Leica, "GPS Basics – Introduction to GPS (Global Positioning System).

⁵¹ Kartverket, "GPS og GNSS".

⁵² Leica, "GPS Basics – Introduction to GPS (Global Positioning System).

⁵³ Leica, "GPS Basics – Introduction to GPS (Global Positioning System).

⁵⁴ Esri.com, "Differential GPS Explained".

I dag er det ca. 30 GPS-satellitter som kretser rundt jorden i seks ulike baneplan⁵⁵. Satellittene er plassert på en slik måte at det til enhver tid skal være minst fire satellitter innen rekkevidde uansett hvor i verden du befinner deg.⁵⁶ Dersom en GPS-enhet får kontakt med satellittene kan de gi stedfesting i tre dimensjoner. De geosentriske koordinatene som oppstår ved kontakt med GPS-satellitter kan transformeres til lengdegrad, breddegrad og ellipsoidisk høyde (høyde over havet)⁵⁷.

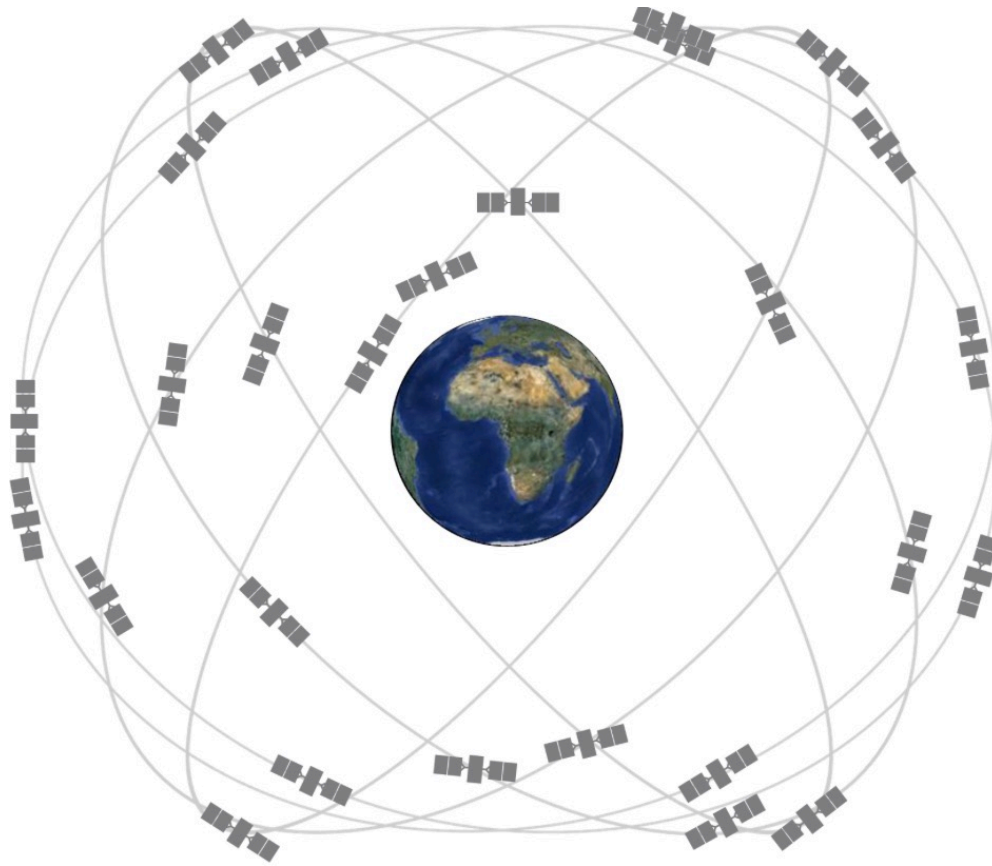
For å kunne kalkulere posisjon så nøyaktig som mulig må man ha uforstyrret kontakt med fire eller flere av GPS-satellittene.⁵⁸ Dette kalles for trilaterering, og består i at satellittene sender ut signaler som blir plukket opp av mottakerne, som på denne måten kan finne posisjonen sin ut fra en beregning av avstanden til de ulike satellittene. Ofte opprettes det kontakt med så mange som fem–syv av GPS-satellittene. Figuren nedenfor viser de ulike GPS-satellittene og deres bane i forhold til jorden og hverandre.

⁵⁵ Kartverket, "GPS og GNSS".

⁵⁶ Leica, "GPS Basics – Introduction to GPS (Global Positioning System)".

⁵⁷ Nasjonal Kommunikasjonsmyndighet, "Geodetiske koordinater".

⁵⁸ Kartverket, "GPS og GNSS".



Figur 3: GPS-satellittene og deres baner rundt jorden⁵⁹

GPS-satellittene sender ut to typer data som er nødvendig for at en posisjonering skal kunne finne sted. Disse typene data kalles for almanac og ephemeris, og er data som inneholder informasjon om posisjonen til de ulike GPS-satellittene.⁶⁰ Av de to typene data som genereres fra satellittene er det ephemeris-dataene som er mest presise. Dette kommer av at disse dataene er nyere og mer oppdaterte enn almanac-dataene. Almanac-data er grove data om de ulike satellittenes baner, og brukes når man skal finne posisjonen til en enhet som har vært avslått i mer enn 30 minutter.⁶¹ Ved bruk av denne typen data kan det ta opp til 12 minutter å få kontakt med satellittene og dermed fastslå enhetens posisjon. Dette kan i mange tilfeller være upraktisk. Ephemeris-data inneholder informasjon om hvor GPS-satellittene befinner seg, og brukes til å fastslå posisjonen til en enhet som har vært avslått i mindre enn 30 minutter. Ved posisjonering ved bruk av denne typen data går enheten gjennom en mindre mengde data, og det tar derfor betydelig kortere tid å fastslå en posisjon enn ved bruk av almanac-data.

⁵⁹ NASA, "GPS-constellation".

⁶⁰ Leica, "GPS Basics – Introduction to GPS (Global Positioning System)".

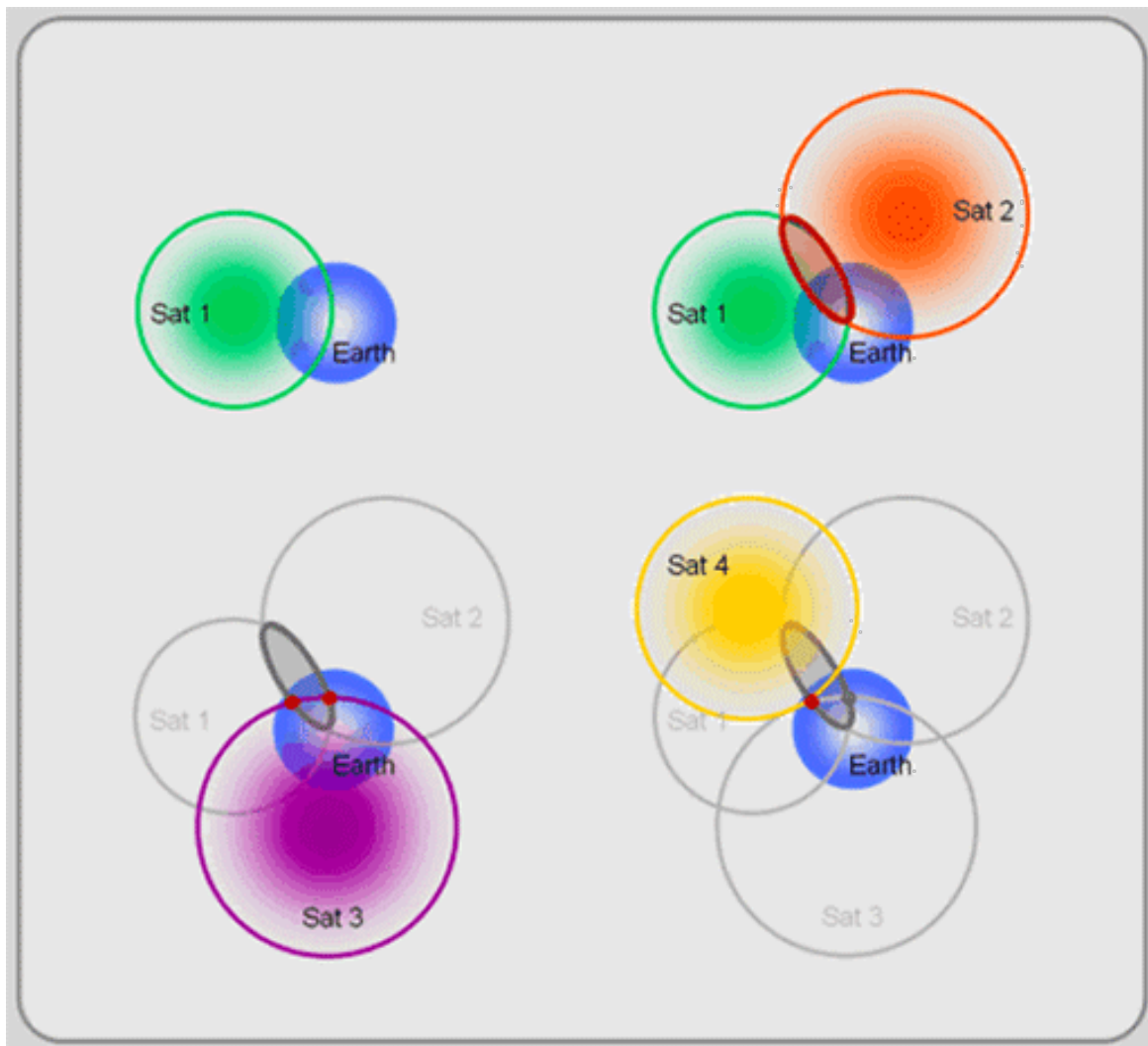
⁶¹ Leica, "GPS Basics – Introduction to GPS (Global Positioning System)".

I alle GPS-satellittene er det svært nøyaktige atomklokker⁶² som skal sørge for at signalene som genereres og sendes fra ut av satellitten er så korrekte og nøyaktige som overhodet mulig. Dette er viktig for at GPS-tjenesten skal fungere optimalt. En av grunnene til dette er at nøyaktige klokker i GPS-satellittene er en forutsetning for at GPS-mottakeren kan beregne avstanden til satellittene, og ut i fra avstanden kunne beregne sin egen posisjon. Avstanden til satellittene beregnes ut fra hvor lang tid det tar for signalene som sendes ut kommer tilbake igjen til satellittene. Jo mer unøyaktige klokkene i satellittene er, jo mer unøyaktig vil også posisjonen som GPS-enheten fastsetter være.

GPS-tjenesten består ikke kun av satellittene som kretser rundt jorden. Det er også plassert kontroll- og målestasjoner og antenner på bakken rundt ekvator, herunder fem målestasjoner og fire antenner. Disse stasjonene sporer hvor de ulike GPS-satellittene befinner seg til enhver tid, og de bestemmer hvilken bane satellitten skal ha de neste 24 timene. Dette gjør at GPS-mottakerne på bakken kan være ganske sikre på hvor satellittene er å finne til enhver tid. Kontrollstasjonene på jorden kontrollerer også at satellittenes atomklokker er nøyaktige. Dette gjøres ved at atomklokkene kalibreres og synkroniseres med jevne mellomrom. Som nevnt ovenfor er det svært viktig at atomklokkene i GPS-satellittene går så nøyaktig som mulig, slik at posisjonen som beregnes blir så korrekt som mulig.⁶³ Hovedkontrollstasjonen ligger i Colorado i USA, og det er herfra hele GPS-nettverket styres og koordineres.

⁶² Leica, "GPS Basics – Introduction to GPS (Global Positioning System)", side 6.

⁶³ Leica, "GPS Basics – Introduction to GPS (Global Positioning System)", side 8.



Figur 4: GPS-signaler⁶⁴

Figuren ovenfor viser rekkeviddene til de fire GPS-satellittene som en enhet på jorden må ha kontakt med for å kunne stedfeste sin posisjon i tre dimensjoner.⁶⁵ Den blå sirkelen i midten illustrerer jorden. De forskjellige sirklene rundt illustrerer fire ulike GPS-satellitter og deres rekkevidde. Alle GPS-satellittene kretser i bane rundt jorden i seks forskjellige baneplan.⁶⁶ Når en GPS-enhet på jorden får kontakt med en eller flere av disse, sender de ulike satellittene ut informasjon om hvor langt unna den aktuelle GPS-enheten de befinner seg når signalene sendes ut. Signalene fra tre satellitter danner to punkter hvor GPS-enheten kan befinne seg, og den fjerde satellitten avgjør hvilket av disse to punktene som er GPS-enhetens faktiske posisjon. For å få en helt nøyaktig

⁶⁴ Giscommons, "GIS Commons", chapter 2.

⁶⁵ Lengdegrad, høydegrad og ellipsoidisk høyde (høyde over havet).

⁶⁶ Kartverket, "GPS og GNSS".

posisjon er det derfor nødvendig å ha kontakt med fire eller flere GPS-satellitter, fordi det er punktet som den fjerde satellitten berører som er enhetens posisjon. Dersom enheten kun oppretter kontakt med tre av satellittene vil signalene fra disse tre treffe hverandre i to punkter. GPS-enheten befinner seg da i ett av disse punktene, og posisjonen stadfestes i kun breddegrad og lengdegrad når det opprettes kontakt med tre GPS-satellitter.

Ved bruk av GPS kan man benytte seg av en funksjon kalt posisjonslåsing (geofence). Dette er en svært nyttig funksjon ved bruk i eldreomsorgen. Geofence er et virtuelt definert område, hvor man fastsetter et senterpunkt og en radius, for eksempel med en på 1 kilometer fra pasientens hus. Dersom pasienten beveger seg utenfor dette området vil pårørende eller alarmsentralen få varsel om at pasienten beveger seg utenfor området. Det vil si at en pasient kan være posisjonslåst til sitt eget hus, og at pårørende eller alarmsentralen vil få et varsel dersom pasienten går ut. Når alarmen går av vil de kunne lokalisere pasienten og komme til unnsetning dersom pasienten er i fare.⁶⁷ Bruk av posisjonslåsing vil være mindre inngripende knyttet til pasientens personvern enn om pasientens bevegelser spores til enhver tid.⁶⁸ Ved bruk av posisjonslåste alarmer skal det kun skal være mulig å spore pasienten når en alarm blir utløst. Dette er med på å forebygge at det skal skje overvåking av en pasients posisjon ut over det som er nødvendig.

2.2.1 Utfordringer med GPS-teknologien

Selv om det til enhver tid er ca. 30 GPS-satellitter i bane rundt jorden, og at man i utgangspunktet skal ha kontakt med 4-5 satellitter uansett hvor man befinner seg er det flere feilkilder knyttet til bruk av GPS. Eksempelvis kan solstormer, forstyrrelser i ionosfæren, ustabil romvær eller kraftig tåke eller regn påvirke GPS-tjenestens nøyaktighet. Ved store forstyrrelser kan satellittsystemet slås helt ut.⁶⁹

⁶⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, "Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi", 2012-2013, s. 11.

⁶⁸ Datatilsynet, "Bruk av velferdsteknologi bør lovfestes".

⁶⁹ Kartverket, "Romvær og posisjonstjenester".

En godt kjent feilkilde er at GPS har dårlig penetreringsevne. Dette innebærer at signalene ikke klarer å trenge gjennom store masser, som for eksempel høye bygninger eller tett vegetasjon. Dette gjør at GPS alene kan fungere dårlig i byer med mange høye bygninger eller i en skog med svært tett vegetasjon. GPS fungerer også relativt dårlig innendørs, som også henger sammen med GPS-signalenes penetreringsevne.⁷⁰ Denne feilkilden kan være alvorlig hvis man skal se den i lys av bruk på demente og på personer med andre kognitive svikter. I prinsippet kan denne feilkilden føre til at man ikke klarer å lokalisere en person som har gått seg bort i en skog eller i en stor by. I disse tilfellene vil det være vanskelig for de pårørende eller de på alarmsentralen å veilede pasienten på riktig vei, da posisjonen ikke er nøyaktig nok.

Likevel skal det ganske mye til for at man ikke får opp en omtrentlig posisjon, da den dårlige penetreringsevnen til GPS-signalene i mange tilfeller kun fører til at posisjonen blir mer unøyaktig. Ved bruk i eldreomsorgen vil en posisjon som ikke er helt nøyaktig være betraktelig bedre enn alternativet, som ville vært å lete etter en person helt i blinde. En konsekvens av dette kan være at pårørende eller alarmsentralen fysisk må ut å hente en pasient, i stedet for å gi stemmeveiledning via enheten. Både pårørende og ansatte i kommunen oppgir i en rapport⁷¹ at de i flere tilfeller har fått oppgitt helt feil posisjon⁷². Dette er klart en stor utfordring som kan ha alvorlige konsekvenser. Unøyaktighet som feilkilde kan nærmest elimineres dersom man benytter seg av en enhet som støtter tjenesten AGPS, som kombinerer GPS og GSM. Her vil enheten benytte seg av GSM-nettet til posisjonering dersom den ikke oppnår kontakt med GPS-satellittene. Jeg vil komme tilbake til AGPS i delkapittel 2.2.2.

Som nevnt ovenfor er alle GPS-satellittene utstyrt med svært nøyaktige atomklokker. Klokkene kalibreres med jevne mellomrom slik at de er så riktige som mulig til enhver tid. At kalibreringen av en eller flere klokker av ulike grunner ikke har skjedd på en stund, kan føre til at posisjonen man får oppgitt ikke er nøyaktig.⁷³ Grunnen til det er at GPS-satellittene måler avstanden og posisjonen til GPS-mottakeren på bakken ut ifra hvor lang tid det tar fra signalene sendes ut fra satellittene til de kommer tilbake til

⁷⁰ Salvemini, "Global Positioning System".

⁷¹ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring".

⁷² Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 29.

⁷³ Klausberg & Langley, "The limitations of GPS", side 2.

satellitten igjen. Dersom klokkene går feil kan utregningen av posisjonen bli feil.

En annen utfordring, som ikke direkte går på teknologien i seg selv, er å få pasienten til å ha med seg sporingsenheten når de går ut av huset. Demente og personer med andre kognitive svikter kan ofte være susete og glemske, og det er derfor nærliggende å forestille seg at det er lett å glemme igjen sporingsenheten hjemme. Det er mulig å minske dette problemet ved å putte GPS-enheten inn i en gjenstand som pasienten allerede er kjent og fortrolige med, og som det er naturlig for pasienten å ta med seg ut. Dette kan være et smykke, et armbånd, en klokke eller lignende, som pasienten kan ha på seg til enhver tid.

En mulig løsning for å minske utfordringen med at pasienten tar med seg GPS-enheten ut er å rekruttere pasienter til bruk av sporingstjenester tidlig, slik at de lærer seg å bruke tjenesten før funksjonsnivået og de kognitive evnene blir for dårlige. Da vil helsetjenesten få tid til å tilpasse tjenesten til pasienten, foreta en skikkelig opplæring i hvordan GPS-enheten skal brukes, og gode rutiner vil innarbeides.⁷⁴ I starten av testperioden med bruk av GPS-tjenester ga ansatte og pasienter uttrykk for at de synes utvalget av GPS-enheter i ulike former er for dårlig, og at de enhetene som fantes var store og klumpete.⁷⁵ Dette førte i flere tilfeller til at pasienter ikke ønsket å ha med seg sporingsenheten ut. Ettersom utviklingen av prosjektet har gått fremover har det kommet flere varianter, som blant annet en alarm man kan feste på nøkkelknippet.⁷⁶

Det kan også oppstå utfordringer som kan påvirke bruken av GPS, uten at utfordringen nødvendigvis ligger i selve GPS-tjenesten. Dette kan for eksempel være at enheten til enhver tid må være oppladet for å kunne beregne posisjon. Her er det to utfordringer. Den ene er at pasienten faktisk må huske å lade enheten, noe det ikke er gitt at en dement pasient vil huske. Derfor må hjemmetjenesten og pårørende i stor grad ta på seg dette ansvaret. Den andre utfordringen er at det tidvis har oppstått problemer med ladekrybben som enhetene lades i.⁷⁷

⁷⁴ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 36.

⁷⁵ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring".

⁷⁶ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 29.

⁷⁷ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 29.

For at lokaliserings- og sporingstjenester skal fungere som en ressurs ved bruk i eldreomsorgen er det en forutsetning at lokaliserings- og sporingsenheten kan oppnå kontakt med GPS-satellitter eller GSM-basestasjoner til enhver tid. Det påpekes av brukere og ansatte at det i mange tilfeller kan ta lang tid å få posisjon. Dette henger trolig sammen med hvilke type data enheten stedfester sin posisjon ved hjelp av, altså enten ephemeris eller almanac-data, som nevnt ovenfor i kapittel 2.2. Dette sett sammen med at det tidvis oppgis en helt feil posisjon, gjør at noen pasienter, pårørende og ansatte er usikre på hvor mye de kan stole på teknologien.⁷⁸ Sporingsenhetene som benyttes i Oslo kommune kombinerer teknologiene GPS og GSM, noe som gjør at flere av feilkildene blir mindre enn ved bruk av kun GPS. Jeg vil komme tilbake til de forskjellige sporingsenhetene i de neste to delkapitlene.

Mange av disse feilkildene kan minskes betraktelig eller elimineres helt dersom man kombinerer GPS-tjenesten med andre typer teknologier. Jeg vil derfor gå gjennom de vanligste feilkildene knyttet til GPS. Deretter vil jeg gå litt inn på de teknologiene som er mest relevante å bruke sammen med GPS i eldreomsorgen.

2.2.2 Assisted GPS (AGPS)

Assisted GPS (AGPS) kan defineres som "bane- og klokkeinformasjon som distribueres til en GNSS-mottaker via en eller annen datakanal".⁷⁹ Bane- og klokkeinformasjonen som nevnes her kan identifiseres som "almanac"- og "ephemeris"-data, jf. delkapittel 2.2 ovenfor. Ved bruk av AGPS henter GPS-mottakeren informasjon om sin posisjon fra det mobile nettverket (GSM) i tillegg til fra GPS-satellittene. GSM-nettet og -basestasjonene vil her fungere som et hjelpenett som gjør at posisjoneringen vil gå betraktelig raskere enn dersom posisjoneringen kun skjer ved hjelp av GPS-satellittene. Jeg vil komme tilbake til GSM-nettet i delkapittel 2.2.5. Ved bruk av AGPS sendes "ephemeris"-data direkte fra en GSM-basestasjon til en mottaker som ønsker å beregne posisjonen sin. Dette vil ta betraktelig kortere tid enn dersom mottakeren skal få "ephemeris"-dataene direkte fra en GPS-satellitt.⁸⁰

⁷⁸ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 29.

⁷⁹ Scandinavian Blogs, "A-GPS", 30.03.2017.

⁸⁰ A. Zandbergen & J. Barbeau, "Positional Accuracy of Assisted GPS Data from High-Sensitivity GPS-enabled Mobile Phones".

Bruk av AGPS kan føre til at feilkildene knyttet til GPS-signalenes penetreringsevne blir færre og mindre merkbare. Dersom det oppstår situasjoner som gjør at signalene fra GPS-satellittene er helt fraværende, vil bruk av AGPS sørge for at pasienten får en posisjon. Dette fordi GSM-signalene er sterkere og dermed klarer å trenge gjennom ulike hindringer. GSM-signalene vil heller ikke påvirkes av dårlig vær i ionosfæren, av solstormer eller kraftig regn eller tåke. Det går også an å posisjonere kun ved bruk av GSM-nettet. AGPS fungerer godt innendørs.

Bruk av AGPS vil spesielt være relevant for bruk i eldreomsorgen fordi bruken av GSM-nettet for å motta ephemeris-data kuttes ned på oppkoblingstiden og posisjoneringstiden til en GPS-enhet.⁸¹ I situasjoner hvor en pasient har gått seg bort og eller det av andre grunner utløser en alarm kan det være essensielt at man får informasjon om hvor pasienten befinner seg så raskt som mulig. På denne måten vil man kunne komme raskere til unnsetning, slik at pasienten får den hjelpen som er nødvendig. Kombinasjonen med GSM-nettet gjør også at det er mulig å kommunisere via sporingsenheten.

2.2.3 Differential GPS (DGPS)

Differential GPS (DGPS) kan brukes for å bedre kvaliteten og nøyaktigheten på posisjoneringsdataene man mottar. DGPS innebærer at GPS-mottakeren mottar korreksjonsdata om posisjon fra ulike stasjoner som er plassert på bakken.⁸² Disse stasjonene kan kalles for referansestasjoner, og er plassert på steder hvor lokasjonen er kjent på forhånd. Ut ifra sin egen posisjon beregner referansestasjonene posisjonen til de ulike GPS-satellittene, og beregner en korreksjonsverdi for hver av disse.⁸³ For at posisjonen til GPS-enheten skal bli så nøyaktig som mulig må den motta data fra to referansestasjoner som står i nærheten av hverandre.⁸⁴ Grunnen til dette er at signalene som satellittene sender ut kan påvirkes av ulike faktorer i verdensrommet, som for

⁸¹ A. Zandbergen & J. Barbeau, "Positional Accuracy of Assisted GPS Data from High-Sensitivity GPS-enabled Mobile Phones".

⁸² Esri.com, "Differential GPS Explained".

⁸³ Kystverket.no, "Radionavigasjon (DGPS)".

⁸⁴ Esri.com, "Differential GPS Explained".

eksempel solstormer eller forstyrrelser i ionosfæren.⁸⁵ Det er da nærliggende at referansestasjoner som befinner seg i nærheten av hverandre opplever de samme forstyrrelsene, og at korreksjonene enheten mottar fra referansestasjonene vil være ganske like. GPS-enheten kan stille inn sin posisjon ut fra informasjonen i korreksjonsdataene, og posisjonen vil bli enda mer nøyaktig.

Bruk av DGPS bedrer posisjonsnøyaktigheten betraktelig. Nøyaktigheten ved bruk av vanlig GPS er stort sett på rundt 10 meter, mens nøyaktigheten er mellom 1 – 3 meter ved bruk av DGPS. Bruken av DGPS eliminerer størsteparten av feilkildene knyttet til bruk av "vanlig" GPS på grunn av bruken av referansestasjoner.⁸⁶

Bruk av DGPS kan være relevant å ta i bruk i eldreomsorgen av flere grunner. Den mest åpenbare fordelen er at denne typen GPS bedrer posisjonsnøyaktigheten betraktelig. Dette kan være nyttig i situasjoner hvor en pasient har behov for akutt hjelp. I slike tilfeller kan slik presis nøyaktighet være essensiell. En annen fordel er at de fleste feilkildene knyttet til bruk av GPS forsvinner, som blant annet GPS-tjenestens dårlige penetreringsevne. Dette gjør at bruk av sporingstjenester i mindre grad kan være en falsk trygghet, ved at man mer sjelden vil få oppgitt en unøyaktig posisjon ved sporing av en pasient.

2.2.4 GSM

Global System for Mobile Communications (GSM) er verdensstandarden for kommunikasjon via mobiltelefoner.⁸⁷ Tekst og lyd er eksempler på data som overføres via GSM. Man kan benytte seg av en telefon eller en lignende enhet som bruker GSM-nettet uansett hvor i verden man befinner seg, såfremt det er basestasjoner i nærheten det kan opprettes kontakt med. Dataene som overføres mellom enheter sendes via basestasjoner og fibernett, eller ulike radiokoblinger mellom disse.

⁸⁵ Kartverket.no, "Romvær og posisjonstjenester".

⁸⁶ Leica.no, "GPS Basics – Introduction to GPS (Global Positioning System)", side 19.

⁸⁷ Gu & Peng, "The Survey of GSM Wireless Communication System", side 121.

GSM-nettet er basert på toveiskommunikasjon, som gjør at kommunikasjon mellom enheter kan gå begge veier. Dette gjør at man blant annet kan snakke med hverandre.⁸⁸

Jeg vil ikke gå mer omfattende inn på GSM som teknologi. Teknologien brukes ofte sammen med GPS i de velferdstjenestene som tilbys i eldreomsorgen i dag, og det som derfor er interessant her er på hvilken måte man kan bruke GSM-nettet til sporing sammen med GPS. Jeg velger derfor å avgrense meg til dette i den videre fremstillingen.

Lokalisering kun ved bruk av GSM-nettet vil i de fleste tilfeller være mindre nøyaktig enn ved bruk av GPS alene.⁸⁹ Det at posisjonering via GSM-nettet er mindre nøyaktig trenger ikke å være avgjørende ved bruk i eldreomsorgen. Med dette mener jeg at selv om GPS egner seg bedre til sporing fordi det er mer nøyaktig, vil sporing via GSM-nettet gjøre at man stiller relativt godt i en eventuell leteaksjon, fordi man da har et forhåndsdefinert område hvor pasienten kan befinne seg. Dette beregnes ut ifra hvilken basestasjon som GSM- eller GPS-enheten får kontakt med, da de ulike basestasjonene gir dekning til forhåndsbestemte områder. Dette kan minske tiden det tar å finne en pasient betraktelig enn når man ikke har noen posisjonsdata å gå etter.

En faktor som gjør GSM godt egnet for bruk til sporing i eldreomsorgen er at tjenesten i likhet med GPS er tilgjengelig nesten uansett hvor du befinner deg. Kombinasjonen av disse to tjenestene vil også kunne eliminere feilkilder knyttet til bruk av tjenestene hver for seg. For eksempel kan en kombinasjon av de to tjenestene forhindre at man ikke får oppgitt sin posisjon fordi det ikke opprettes kontakt med GPS-satellittene på grunn av dårlig vær, jf. ovenfor i kapittel 2.2.1. GSM-signalene vil ikke påvirkes av dårlig vær, og posisjonering via GSM-nettet vil derfor være mulig stort sett hele tiden.⁹⁰ Dette er en av grunnene til at kombinasjonen mellom GPS og GSM fører til gode resultater ved bruk til posisjonering. En kjent kombinasjon mellom GPS og GSM-nettet er AGPS, som jeg har tatt for meg ovenfor i delkapittel 2.2.2. Selv om AGPS også er en kombinasjon av GPS og GSM er det viktig å få frem at kombinasjonen av disse to teknologiene ikke automatisk er en AGPS-tjeneste. GPS og GSM kan altså kombineres på flere forskjellige måter.

⁸⁸ Wikipedia, "GSM".

⁸⁹ Nesh, "Using GSM Signals (LBS) for acquiring location".

⁹⁰ Nesh, "Using GSM Signals (LBS) for acquiring location".

Kombinasjonen GPS og GSM gjør toveiskommunikasjon⁹¹ mellom enheter mulig. Pasienten kan da for eksempel ringe eller sende SMS til pårørende, helsepersonell eller alarmsentraler dersom det skulle oppstå en situasjon hvor pasienten trenger assistanse. Pårørende og alarmsentralen kan også ringe til GPS-enheten. Om det er mulig å sende SMS via GPS-enheten kommer an på hvilke funksjoner den bestemte enheten muliggjør. Dette er svært hensiktsmessig, da det kan tenkes at det vil utløses falske alarmer og at pasienten i slike tilfeller kan melde fra. Det kan også tenkes at det er tilfeller som GPS-enheten ikke anser som en utfordrende situasjon, men hvor pasienten selv føler at det er behov for assistanse. Ved kombinasjonen av GPS og GSM i en enhet kan pasienten også varsle om tilfeller som ikke faller inn under sporingsenhetens opprinnelige formål. Jeg vil komme tilbake til ulike typer GPS-enheter nedenfor i delkapittel 4.2.

2.2.6 Wifi

Wifi er den vanligste teknologien når det kommer til innendørssporing, og også en av de mest presise fordi man kan knytte en posisjon til en bestemt husstand.⁹² Lokalisering ved bruk av Wifi kan være relevant i situasjoner man har behov for å finne posisjonen til en person som er innendørs.

Her kan det diskuteres om det er nødvendig å spore en pasient som befinner seg i sitt eget hjem. Det kan ses på som en relativt omfattende inngripen i pasientens privatliv, fordi personene som har tilgang til pasientens posisjon vil få informasjon om når og ved hvilke tidspunkt pasienten befinner seg hjemme og når pasienten er ute. Ut i fra dette kan det være mulig å danne seg et bilde over pasientens bevegelsesmønster. Dersom man skal spore en person i sitt eget hjem må det være hensiktsmessig i forhold til pasientens livssituasjon og tilstand. Dersom det skal vurderes som hensiktsmessig å lokalisere en pasient i sitt eget hjem må det nok foreligge en sannsynlighetsovervekt for at pasienten kan være til skade for seg selv også i hjemmet, jf. pbrl. § 4-6a. Hvis dette er tilfellet vil det også være nødvendig å stille spørsmålstegn bak om pasienten i det hele tatt burde bo hjemme alene. I tilfeller hvor man har behov for å kunne passe på

⁹¹ Wikipedia, "GSM".

⁹² Fuller & Koutsoukos, *Mobile Entity Localization and Tracking in GPS-less Environments*, side 53.

pasienten når personen befinner seg i sitt eget hus kan det også være mer hensiktsmessig å utstyre pasienten med andre typer velferdsteknologier.

Jeg tror ikke det er så relevant å spore via Wifi ved bruk av sporingsenheter i eldreomsorgen. I de fleste tilfellene vil det være tilstrekkelig å benytte seg av ulike typer varslingstjenester når pasienten befinner seg hjemme, og som utløses dersom det oppstår en situasjon som tilsier at pasienten har behov for assistanse. Dette kan for eksempel være fallalarmer, komfyrvakter eller automatisk låsing av dører. Jeg kommer derfor ikke til å ta for meg Wifi utover dette.

3 Rettslige reguleringer ved bruk av teknologi i eldreomsorgen

3.1 Innledning

Ved bruk av GPS-baserte tjenester som ledd i eldreomsorgen er det viktig å holde seg innenfor de gjeldende regelverkene som begrenser og åpner for bruk av teknologien og reglene til behandling av personopplysninger. Som svært viktig vil jeg trekke frem personvernlovgivningen, fordi muligheten til å lokalisere og spore privatpersoner er å anse som en stor inngripen i retten til privatliv og den enkeltes personvern. Selv om bruk av ulike GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen er svært mulighetsskapende i dagens samfunn hvor det blir stadig flere eldre, er det også viktig å være bevisst på ulempene dette kan føre med seg. Eksempler på dette kan være overvåking ut over det som er nødvendig for pasientens helse og velvære, at personer urettmessig får tilgang til opplysninger om hvor en pasient befinner seg osv. Ulempene knyttet til GPS-baserte tjenester kan ha alvorlige følger for pasientene, noe som nok en gang gjenspeiler viktigheten av både klar lovregulering for bruken av GPS-teknologi, og med dette definerte retningslinjer for bruk av tjenestene, krav til systemløsningene som brukes og begrensninger og rammeverk for hvilke opplysninger man kan samle inn om pasienten.

Det faktum at en pasient kan spores av helsetjenesten og familien er en stor inngripen i pasientens privatliv og personvern. Derfor anser jeg det som relevant å nevne den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK)⁹³ art. 8 og grunnloven (grl.)⁹⁴ § 102, som begge er bestemmelser som lovfester retten til respekt for privat- og familieliv. Grunnloven og den europeiske menneskerettighetskonvensjonen er overordnede regler som ikke spesifikt gjelder bestemte rettsområder. Det er andre lover knyttet direkte til bestemte områder som regulerer dette mer spesifikt. I den videre fremstillingen kommer jeg ikke til å gå mer inn på bestemmelsene i grunnloven eller Europas menneskerettskonvensjon. Dersom funn i casekommunen viser at praksis er problematisk i forhold til disse bestemmelsene vil jeg gjøre rede for og drøfte dette.

⁹³ Menneskerettsloven § 8, 1999.

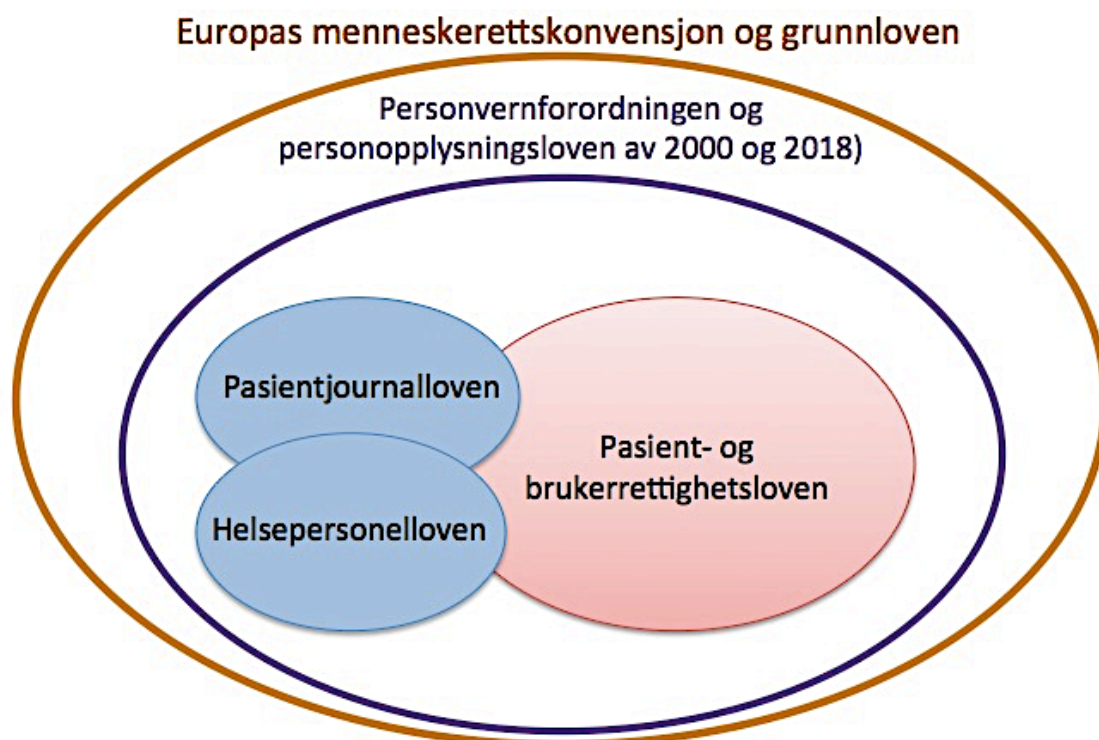
⁹⁴ Grunnloven § 102, 1814.

Videre i kapitlet vil jeg belyse lovgivningen som er relevant ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen, og jeg vil med dette besvare delproblemstilling nr. 2.

Fremstillingen av personvernforordningen og den relevante særlovgivningen i dette kapitlet er generell. Her vil jeg nevne hvilke lover som vil være sentrale i den videre drøftingen. I delkapittel 4.5 vil jeg foreta en drøfting av de særskilte rettsspørsmålene som aktualiseres ved bruk av GPS-baserte tjenester i Oslo kommune.

3.2 Oversikt over relevant lovgivning

Figur 5 illustrerer forholdet mellom den relevante lovgivningen ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen. Dette er ikke en uttømmende oversikt over relevant lovgivning, men et utvalg av lovene som aktualiseres ved besvarelsen av min problemstilling. I midten av figuren har jeg plassert pasient- og brukerrettighetsloven, fordi denne er mest relevant ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen. Loven gir pasienter og brukere rettigheter ovenfor helse- og omsorgstjenesten, jf. pbrl. § 1 første ledd. Loven regulerer også samtykke og samtykkekompetanse, som er svært sentrale temaer ved bruk av GPS-tjenester.



Figur 5: Forholdet mellom den relevante lovgivningen ved bruk av lokaliserings- og sporingsteknologier

Jeg har plassert annen relevant særlovgivning, herunder helsepersonelloven og pasientjournalloven, inntil pasient- og brukerrettighetsloven. Disse lovene er ikke like sentrale som pasient- og brukerrettighetsloven, men er likevel relevante ved bruk av GPS-tjenester. De påvirker i stor grad hvordan rettighetene som gis i pasient- og brukerrettighetsloven skal gjennomføres i tråd med det bestemmelsene uttrykker.

Personvernforordningen og personopplysningsloven⁹⁵ omslutter all den relevante særlovgivningen i figur 5. Grunnen til at personvernforordningen og personopplysningsloven er plassert slik er at disse lovene setter rammene for all behandling av personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger. Bestemmelsene i særlovene på helseområdet må holde seg innenfor rammene som settes for nasjonale reguleringer av personvernforordningen og personopplysningsloven. Det er i stor grad personvernforordningen som vil ha virkning på ordlyden i helselovgivning og behandlingen av helseopplysninger, og i de fleste tilfeller vil personvernforordningen være gjeldende ved motstrid med nasjonale særlover.

Jeg har valgt å ta med personopplysningsloven av 14. april 2000 nr. 31 i figur 5. Grunnen til dette er at bruken av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen frem til starten av 2018 har vært basert på rettslig grunnlag etter denne loven. I tillegg vil det bli vedtatt en ny, norsk personopplysningslov hvor eventuelle nasjonale særreguleringer kan inngå.

Personopplysningsloven av 2018 er også med i figur 5, da det er denne som gjennomfører personvernforordningen i norsk rett. Personopplysningsloven av 2018 vil sannsynligvis inneholde noen spesifiseringer, utvidelser av rettigheter og unntak fra forordningens bestemmelser på områder hvor personvernforordningen tillater dette.⁹⁶ Det vil også være unntak fra forordningens bestemmelser i særlovgivningen. På bakgrunn av dette vil det være nødvendig å forholde seg til både

⁹⁵ Personopplysningsloven av 14. April 2000 nr. 31 og av 2018.

⁹⁶ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. LS 56 (2017-2018)", 2018, side 15.

personvernforordningens tekst, personopplysningsloven av 2018 og særlovgivningen for å komme frem til gjeldende rett.⁹⁷

Grunnloven og Europas menneskerettskonvensjon omslutter personvernforordningen og særlovgivningen i figur 5. Grunnen til dette er at de som nevnt ovenfor er overordnede regelverk, og personvernforordningen og den nasjonale lovgivningen må derfor holde seg innenfor rammene av disse lovene når det gjelder personvern og privatlivets fred.

Særlovene innen helse vil alltid være gjeldende på områder som forordningen ikke regulerer og på områder hvor det åpnes for nasjonale reguleringer. Det kan derfor ses på som en svakhet i figuren at forordningen ligger rundt resten av lovgivningen. Det kan gi et skjevt bilde av forholdet mellom forordningen og særlovgivningen, da forordningen kun er overordnet på områder som faller innenfor personvernforordningens saklige og geografiske virkeområde. Dersom bestemmelser i særlovgivningen er i strid med bestemmelser i personvernforordningen må disse endres slik at de blir i tråd med forordningen. Departementet har derfor foreslått endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, pasientjournalloven, helseregisterloven osv. slik at bestemmelsene i disse lovene ikke skal være i strid med personvernforordningen.⁹⁸

3.2.1 Helselover

De relevante særlovene knyttet til behandling av helseopplysninger innen helsesektoren regulerer i stor grad helsehjelp. De ulike helselovene regulerer ulike aspekter av helsehjelp, og det er derfor ofte nødvendig at to eller flere av lovene må ses i sammenheng for å avgjøre hvilke rettsregler som gjelder. Relevant helselovgivning vil komme til anvendelse ved bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen fordi bruken kan falle inn under definisjonen av helsehjelp i pbrl. § 1-3 bokstav c. Dette vil jeg komme tilbake til nedenfor.

⁹⁷ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. LS 56 (2017-2018)", 2018, side 15.

⁹⁸ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. LS 56 (2017-2018)", 2018, side 183.

Norge må følge personvernforordningen, som regulerer behandling av personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger.

Personvernforordningen skal inkorporeres i norsk rett slik den er, og åpner relativt lite opp for nasjonale særreguleringer. Ved behandling av helseopplysninger innen helsesektoren er det likevel helselovene som gjelder. Grunnen til det er at PVF art. 9 nr. 4 åpner for at de nasjonale reglene på området kan opprettholdes eller at det kan innføres ytterligere vilkår når det gjelder behandling av helseopplysninger.⁹⁹

Personvernforordningens bestemmelser vil komme i tillegg til bestemmelsene i helselovgivningen, og på denne måten utfylle rettslige områder som ikke reguleres av særlovene.

Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) er den særloven som er mest relevant ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen. Lovens formål er å sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet til alle brukergrupper ovenfor helse- og omsorgstjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven handler primært om retten til helsehjelp¹⁰⁰, og det er brukernes og pasientenes rettigheter som står i fokus i loven.¹⁰¹ Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre et godt tillitsforhold mellom befolkningen og helsepersonell, samt å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasient og brukers liv, integritet og velferd.¹⁰² Som nevnt ovenfor i delkapittel 1.3 defineres begrepet "pasient" i pbrl. § 1-3 bokstav a. En pasient i denne lovens forstand er personer som mottar en eller annen form for ytelse av helsetjenesten.¹⁰³

Pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1a lovfester retten til helsehjelp, hvor det fastslås at alle har rett til den helsehjelpen de har behov for. "Helsehjelp" defineres i pbrl. § 1-3 bokstav c, i pasientjournalloven § 2 bokstav c og i helsepersonelloven § 3 tredje ledd som "handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell".¹⁰⁴ Bruk av GPS-teknologi vil ofte benyttes som et forebyggende tiltak.¹⁰⁵ Det kan også ses

⁹⁹ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. LS 56 (2017-2018)", 2018, side 40.

¹⁰⁰ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonsfunnet*, side 255.

¹⁰¹ Helse- og omsorgsdepartementet, "Pasientjournalloven og helseregisterloven", 2014.

¹⁰² Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1 annet ledd.

¹⁰³ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", pbrl. § 4-3, side 12.

¹⁰⁴ Jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.

¹⁰⁵ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

på som et helsebevarende tiltak. Grunnen til at bruk av GPS-tjenester kan begrunnes i disse vilkårene, er at teknologien kan gjøre pasienter i stand til å fortsette å gå turer og lignende alene, selv om de kognitive evnene blir dårligere. Pasientene vil sannsynligvis føle at de får bedre livskvalitet og større frihetsfølelse, noe som passer inn i begrepet "helsebevarende".¹⁰⁶ Dette kan igjen føre til at sykdomsutviklingen bremses noe. Bruk av GPS-tjenester kan også føre til at pasientene vil få hjelp raskere ved fall eller i tilfeller hvor pasienten blir meldt savnet. Bruken av tjenestene kan derfor være et mulig forebyggende tiltak, i form av at det kan forebygge alvorlig skade.¹⁰⁷ For at bruk av GPS-teknologi skal kunne falle inn under definisjonen av "helsehjelp" i pbrl. § 1-3 bokstav c kommer må helsetjenestene utføres av helsepersonell. Det er tilstrekkelig at tjenestene på en eller annen måte utføres av personer som regnes som helsepersonell etter hpl. § 3 første ledd. Mer om dette kommer nedenfor i forbindelse med helsepersonelloven og i kapittel 4.4.

Oslo kommune har behandlingsansvaret for GPS-tjenestene, og tjenestene deles ut i samarbeid mellom helsetjenesten i bydelene, pårørende og pasienter. I de fleste tilfeller er GPS-tjenesten en av flere helsetjenester en pasient mottar, og helsepersonell bidrar ofte i den daglige bruken av tjenestene.¹⁰⁸ På bakgrunn av definisjonen av "helsehjelp" i pbrl. § 1-3 bokstav c vil jeg i den videre fremstillingen gå ut fra at bruk av GPS-baserte tjenester som ledd i ytelse av helsetjenester og som utføres av helsepersonell kategoriseres som helsehjelp. Loven regulerer også samtykke til helsehjelp, jf. pbrl. § 4-1. Samtykke til helsehjelp og behandling av helsehjelp i forbindelse med helsehjelp videreføres etter pbrl. § 4-1 flg.¹⁰⁹ Se mer om dette i delkapittel 4.5.1.

Pasientjournalloven (pjl.) er relevant ved bruk av GPS-tjenester i helsetjenesten blant annet fordi den regulerer behandling av helseopplysninger i forbindelse med helsehjelp. Loven hjemler behandlingsrettede helseregistre som helsepersonell kan ha bruk for ved ytelse av helsehjelp.¹¹⁰ Lovens formål er å sikre at behandlingen av helseopplysninger gir god kvalitet på helsehjelpen pasienter mottar. Dette skal gjøres ved at relevante og

¹⁰⁶ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 25-27.

¹⁰⁷ Jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.

¹⁰⁸ Personlig kommunikasjon ved intervju i Oslo kommune, 27.04.2018.

¹⁰⁹ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. LS 56 (2017-2018)", 2018, side 187.

¹¹⁰ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 248.

nødvendige opplysninger blir tilgjengelig for helsepersonell på en rask og effektiv måte når de har bruk for opplysningene, jf. pasientjournalloven § 1 bokstav a. Lovens formål er også at helseopplysninger ikke skal bli tilgjengelig for uvedkommende, og den skal sikre pasienters personvern, pasientsikkerhet og rett til medvirkning og informasjon.¹¹¹

Pasientjournalloven gjelder for behandling av helseopplysninger i pasientjournaler eller behandlingsrettede helseregistre, og retter seg i hovedsak mot virksomhetenes plikter i forbindelse med journalføring. Loven gjelder for helseopplysninger det er nødvendig å behandle for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp, jf. pjl. § 3.

Pasientjournalloven § 5 sier at "personopplysningsloven gjelder så langt ikke annet følger av denne loven". Pjl. § 5 innebærer at rettsanvenderen må sammenligne bestemmelser i pasientjournalloven med bestemmelser i personopplysningsloven for å avgjøre hvilken lov som skal anvendes i et gitt tilfelle.¹¹² Personopplysningsloven gjelder når et område ikke er særregulert i pasientjournalloven, og ved motstrid går personopplysningsloven foran. Selv om pasientjournalloven kommer til anvendelse i et konkret tilfelle, er det alltid bestemmelser i personopplysningsloven som er gjeldende sammen med pasientjournalloven. Dette gjelder blant annet pol. av 14. april 2000 nr. 31 §§ 8 og 9 (vilkår for behandling av personopplysninger og sensitive personopplysninger), pol. § 11 (grunnkrav til behandling av personopplysninger) og pol. § 28 (forbud mot å lagre unødvendige opplysninger).¹¹³

Som nevnt ovenfor har departementet foreslått endringer i pasientjournalloven slik at den ikke skal være i strid med personvernforordningen.¹¹⁴ Forholdet mellom personvernforordningen og pasientjournalloven vil derfor sannsynligvis være tilsvarende slik det var med personopplysningsloven av 14. april 2000 nr. 31. Når det gjelder personvernforordningen er det ikke tillatt med nasjonale særreguleringer med mindre forordningen åpner for dette i sine bestemmelser. Ved behandling av helseopplysninger åpnes det for nasjonale reguleringer i PVF art. 9 nr. 4. Unntaket mot forbudet om behandling av særlige kategorier av personopplysninger er svært relevant i

¹¹¹ Pasientjournalloven, 2014, § 1.

¹¹² Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 278.

¹¹³ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 278.

¹¹⁴ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. LS 56 (2017-2018), 2018, side 183.

denne oppgaven. Selv om pasientjournalloven kommer til anvendelse ved behandling av helseopplysninger vil de generelle bestemmelsene vedrørende behandling av personopplysninger etter personvernforordningen være gjeldende.

Pasientjournalloven § 6 annet ledd sier at helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre kan "behandles når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for administrasjon, internkontroll eller kvalitetssikring av helsehjelpen".¹¹⁵ Dette er relevant fordi det innebærer at personopplysninger som samles inn i forkant av bruk eller ved bruk av en GPS-enhet kan benyttes til å utføre nødvendig helsehjelp til et annet formål enn det opplysningene opprinnelig ble samlet inn for. Helsehjelpen som utøves ved bruk av opplysninger fra slike behandlingsrettede helseregistre som reguleres i pasientjournalloven, skal være forsvarlig etter kravene i hpl. § 4. Forsvarlighetskravet omfatter blant annet helsepersonellens kvalifikasjoner og arbeidets karakter. Pasienter kan nekte at opplysningene som finnes i journalen skal kunne gis til annet helsepersonell.¹¹⁶

Pasientjournalloven gir også helsepersonell lov til å behandle helseopplysninger uten samtykke fra pasienten, så langt det er nødvendig for å kunne utøve helsehjelp til en pasient, jf. pasientjournalloven § 11 annet ledd.

Helsepersonelloven (hpl.) tar for seg helsepersonellens plikter og ansvar i forbindelse med utøvelse av helsehjelp.¹¹⁷ Dette kan sies å sikre at pasientenes rettigheter som reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven gis på en forsvarlig måte. Loven skal sikre kvalitet og sikkerhet for pasienter i helse- og omsorgstjenester, samt tillitt til helsepersonell og -tjenester, jf. hpl. § 1.

Helsepersonelloven "gjelder helsepersonell og virksomheter som utøver helsehjelp i riket", jf. hpl. § 2 første ledd. Ut ifra denne definisjonen er det nødvendig å klargjøre hvem som faller inn under begrepet "helsepersonell". Helsepersonell defineres i hpl. § 3 første ledd nr. 1-3 som personer med autorisasjon eller lisens, personer i helse- og omsorgstjenesten eller apotek, eller elever og studenter ved helsefaglig utdanning. Siden

¹¹⁵ Pasientjournalloven § 6 annet ledd.

¹¹⁶ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 273.

¹¹⁷ Sosial- og helsedepartementet, "Om lov om helsepersonell mv.", 1999.

jeg i denne fremstillingen går ut fra at bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen kan kategoriseres som "helsehjelp", vil denne loven være relevant for bruken av GPS-tjenester. En av grunnene til dette er at tjenestene må utføres av eller i samarbeid med helsepersonell for at bruken av GPS-tjenester skal kunne kategoriseres som helsehjelp¹¹⁸. Jeg antar at dette vil være tilfellet for de fleste pasientene.

Etter helsepersonelloven § 21 plikter helsepersonellet å bevare taushet rundt helseopplysninger.¹¹⁹ Det finnes unntak fra taushetsplikten i tilfeller hvor helseopplysningene overføres til andre aktører innen helselovgivningen, eksempelvis at det er begrunnet i spesialiserte helsetjenester.¹²⁰ Dette kan være relevant ved bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen, hvor opplysninger om pasienten kan overføres til for eksempel en alarmsentral dersom det utløses en alarm. Helsepersonellets taushetsplikt henger sammen med virksomhetens etterlevelse av regler angående informasjonssikkerhet, se pasientjournalloven § 22, jf. pjl. § 23.

Helseregisterloven (hregl.) skal legge til rette for behandling av helseopplysninger, og sikre etisk forsvarlighet og tilstrekkelig beskyttelse av pasienters personvern ved behandling av helseopplysninger.¹²¹ Loven gjelder blant annet for behandling av helseopplysninger til statistikk, helseanalyser og kvalitetsforbedring, og til behandling av helseopplysninger i Norsk helsearkiv, jf. hregl. § 3 første og annet ledd.

Helseregisterloven gjelder ikke for behandling av helseopplysninger som reguleres av pasientjournalloven¹²², jf. hregl. § 3 tredje ledd. Loven gjelder for helseforvaltningen og helsetjenesten når de behandler helseopplysninger. Forholdet mellom helseregisterloven og personvernforordningen vil langt på vei tilsvare forholdet mellom pasientjournalloven og personvernforordningen, som forklart ovenfor.

Helseregisterloven er ikke med i figur 5 ovenfor fordi den ikke har gjort seg gjeldende ved besvarelsen av mine problemstillinger. Jeg har likevel valgt å ta med loven her, for å signalisere at den kan være relevant i andre tilfeller.

¹¹⁸ Jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.

¹¹⁹ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 258.

¹²⁰ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 258.

¹²¹ Helseregisterloven, 2014, § 1.

¹²² Helseregisterloven gjelder heller ikke for behandling av helseopplysninger som reguleres av helseforskningsloven, jf. hregl. § 3 tredje ledd.

Helse- og omsorgstjenestelovens (hol.) formål er blant annet å tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, sikre at pasienter får mulighet til å bo selvstendig, ha en aktiv hverdag og at pasienter får et tjenestetilbud som er tilrettelagt for vedkommendes integritet og verdighet.¹²³ Bruk av GPS-baserte tjenester er ment å legge til rette for mestring, muligheten for å bo hjemme lenger og at pasienter kan ha en aktiv hverdag. Dette er punkter som er forenelige med helse- og omsorgstjenestelovens formål, og jeg velger derfor å nevne loven her. Helse- og omsorgstjenesteloven gjelder for kommunale og private aktører som tilbyr ytelse av helse- og omsorgstjenester¹²⁴, jf. hol. § 1-2 første ledd. Helse- og omsorgstjenesteloven er ikke med i figur 5 ovenfor fordi den ikke har gjort seg gjeldende ved besvarelsen av mine problemstillinger. Jeg har likevel valgt å ta med loven her, for å signalisere at den kan være relevant i andre tilfeller.

3.2.2 Særlig om lover som regulerer behandling av personopplysninger

Vi står ovenfor en relativt stor endring innen personvernretten i EU og EØS, ved at personverndirektivet¹²⁵ erstattes av EUs Personvernforordning¹²⁶ (PVF).¹²⁷ Forordningen vil dermed også avløse den norske personopplysningsloven av 14. april 2000 nr. 31.¹²⁸ Personvernforordningen er vedtatt, og kommer direkte til anvendelse i medlemslandene fra og med 25. mai 2018. Forordningen er foreslått tatt inn i EØS-avtalen, og Regjeringen har foreslått at den skal gjelde som norsk lov, jf. § 1 i Prop. 56 LS.

Personopplysningsloven av 14. april 2000 nr. 31 (pol.) er basert på personverndirektivet. Loven skal beskytte den enkeltes personvern og sikre at behandlingen av personopplysninger skjer i tråd med grunnleggende personvern hensyn. Den skal også sikre god kvalitet på personopplysninger, og at integritet og privatlivets fred blir respektert, jf. pol. § 1. Det er

¹²³ Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1.

¹²⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, "Helse- og omsorgstjenesteloven", 2014, avsnitt 7.4.5.

¹²⁵ Direktiv 95/46/EF.

¹²⁶ General Data Protection Regulation (GDPR).

¹²⁷ Personvernforordningen opphever i artikkel 94 direktiv 95/46/EF den 25 mai 2018.

¹²⁸ Justis- og beredskapsdepartementet, "Ny personopplysningslov – gjennomføring av personvernforordningen i norsk rett", 2017, side 3.

personopplysningsloven¹²⁹ som har blitt lagt til grunn ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen i Oslo kommune, og den vil fortsette å være gjeldende frem til personvernforordningen gjelder som norsk lov.

Den nye personopplysningsloven av 2018 som trolig vil bli vedtatt før sommeren 2018 og inkorporerer personvernforordningen, vil i stor grad samsvare med dagens personopplysningslov av 14. april 2000 nr. 31. Når det blant annet gjelder struktur vil personopplysningsloven av 2018 være svært ulik personopplysningsloven av 14. april 2000 nr. 31. Mye av dette skyldes at personopplysningsloven av 2018 er oversatt direkte fra engelsk til norsk, og den vil derfor ikke følge de norske reglene for lovstruktur. En annen forskjell mellom personverndirektivet og personvernforordningen, og dermed også personopplysningsloven av 2000 og 2018, er at forordningen er langt mer detaljert enn direktivet, og innfører med dette en del nye regler som ikke tilsvarer bestemmelser som finnes i dagens regelverk.¹³⁰

Personvernforordningens formål er å fastsette vilkår for behandlingen av personopplysninger knyttet til fysiske personer, sikre deres rettigheter, friheter og vern av personopplysninger, samt sikre fri utveksling av personopplysninger i unionen, jf. PVF artikkel 1. Forordningen skal også sikre at personopplysninger blir behandlet i tråd med personvernprinsippene i art. 5 nr. 1 bokstav a – f. Eksempler på personvernprinsipper er at personopplysninger ikke skal behandles ut over det som er forenelig med behandlingens formål¹³¹ og at opplysningene skal være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for å oppfylle formålet.¹³²

Personvernforordningen fastsetter også vilkår som må oppfylles for å behandle personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger ved bruk av GPS-tjenester hvor behandlingen ikke kan falle inn under definisjonen av helsehjelp.¹³³

Personvernforordningen art. 6 gir kravene til behandling av personopplysninger, mens

¹²⁹ Av 14. april 2000 nr. 31.

¹³⁰ Regjeringen.no, "Personvernforordningen".

¹³¹ Jf. PVF art. 5 nr. 1 bokstav b.

¹³² Jf. PVF art. 5 nr. 1 bokstav c.

¹³³ Jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.

PVF art. 9 stiller tilleggskrav til behandling av særlige kategorier av personopplysninger.¹³⁴

I tillegg til kravene om rettslig grunnlag inneholder personvernforordningen bestemmelser som stiller systemkrav. Et eksempel på dette er kravet til informasjonssikkerhet¹³⁵, innebygget personvern¹³⁶ og innsyn¹³⁷. Denne typen bestemmelser er viktige når det gjelder bruk av sporingssystemer i eldreomsorgen, da det i disse tilfellene ofte vil bli behandlet opplysninger som krever særlig beskyttelse. Jeg vil komme tilbake til systemkravene nedenfor i delkapittel 4.6.

I den grad personvernforordningen gjør det nødvendig vil jeg drøfte eventuelle endringer som må gjennomføres ved bruk av GPS-teknologi. Jeg vil ta for meg de aktuelle momentene i endringene, samtidig som jeg vil ta for meg hva som må endres og hvilken konsekvens dette kan ha for kommunen.

¹³⁴ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. 56 LS (2017-2018), 2018, side 31.

¹³⁵ Jf. fortalepunkt nr. 49

¹³⁶ Jf. PVF art. 25

¹³⁷ Jf. PVF art. 15

4 GPS-baserte omsorgstjenester i Oslo kommune

4.1 Innledning

Innføringen og bruken av GPS-baserte tjenester i Oslo kommune har vært en del av Helseetatens satsing på å utvikle bedre omsorgstjenester for innbyggerne i kommunen.¹³⁸ Bruk av ulike typer teknologier i hjemmet skal sørge for at pasientene føler mestring i egen hverdag, at pasientene kan bo hjemme lenger, samt at det skal gi trygghet for både pasienter og pårørende. I tillegg vil bruken av teknologien kunne avlaste helsetjenesten. I 2014 ble det derfor startet et prøveprosjekt med bruk av GPS-tjenester i helseomsorgen i noen av Oslo kommunes bydeler. Prosjektet ble kalt for Samspill, og ble i 2015 utvidet til å omfatte samtlige 15 bydeler.

For hver bruker som får benytte seg av GPS-baserte tjenester gjennomføres det en grundig og individuell kartlegging av pasientens behov og ressurser.¹³⁹ Det er fagpersoner i kommunen som gjennomfører kartleggingen, og den innebærer også en plan for hvordan familie eller andre kan bidra til bruken av tjenestene i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten. En forutsetning for bruk av GPS-baserte tjenester har vært at pasientene kan anses å ha en tilnærmet normal oppførsel i trafikken.¹⁴⁰ Brukerens behov, funksjonsnivå, ressurser og støtte er i stor grad avgjørende for at bruken av GPS-tjenesten skal bli vellykket.¹⁴¹

Målgruppen for Samspill-prosjektet var i utgangspunktet pasienter med demens eller andre kognitive svikter som bor sammen med andre utenfor institusjon eller sykehjem, eller pasienter med pårørende i nærheten som kan bidra med den daglige bruken av tjenestene. Det ble fort tydelig at det var nødvendig å utvide prosjektet til å omfatte personer som bor alene og som ikke har pårørende i umiddelbar nærhet. Det er ofte disse menneskene som i størst grad har behov for GPS-baserte tjenester, da det for her også kan være mangel på oppfølging fra andre enn hjemmetjenesten. At tjenestene også

¹³⁸ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 14.

¹³⁹ Se vedlegg 1.

¹⁴⁰ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 15

¹⁴¹ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 18

omfatter enslige førte til at hjemmetjenesten fikk et større ansvar for den daglige bruken av tjenestene.¹⁴² For pasienter med pårørende har disse vært med å tilrettelegge tjenesten, mens pasienter som ikke har hatt pårørende som kunne bidra har hjemmetjenesten eller dagsenter bidratt i denne prosessen.¹⁴³ I 2017 var det ca. 180 aktive brukere av GPS-tjenester i Oslo.¹⁴⁴

Videre i kapittelet vil jeg besvare de to siste delproblemstillingene, som handler om organisering av tjenestene i Oslo kommune og systemkrav. Deler av delproblemstilling nr. 2 om rettslig grunnlag vil også besvares her.

4.2 Lokaliserings- og sporingstjenester i Oslo kommune

I dette delkapittelet tar jeg for meg resten av besvarelsen knyttet til den første delproblemstillingen som tar for seg teknologiene som benyttes i Oslo kommune. Nedenfor vil jeg gå gjennom de typene teknologier som faktisk benyttes i kommunen, og hvilke ulike typer sporingenheter det er mulig å benytte seg av.

Det er flere alternative systemer som kan benyttes ved lokalisering og sporing av en pasient. Et fellestrekk for tjenestene er at sporingen skjer ved hjelp av GPS-teknologien, og at kommunikasjonen mellom GPS-enheten og støttesystemet stort sett foregår via GSM-nettet. Dette forutsetter at enheten befinner seg i et område med mobildekning og sterke nok GPS-signaler for at bruken av tjenesten skal være operativ.¹⁴⁵ Som nevnt ovenfor i kapittel 2.2 og 2.2.4 er det både GPS- og GSM-signaler tilnærmet overalt i verden, og kombinasjonen av disse to teknologiene er av den grunn svært hensiktsmessig ved sporing av pasienter. Sett fra et brukerperspektiv består GPS-systemet i hovedsak av selve GPS-enheten og støttesystemet som gjør det mulig å spore pasienten. I støttesystemet ligger muligheten til å kunne kommunisere via enheten. Tjenestene som benyttes i Oslo kommune bruker både GPS og GSM i sine tjenester, og GSM-delen gjør at det går an å kommunisere via enheten.

¹⁴² Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 15

¹⁴³ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 11

¹⁴⁴ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 11

¹⁴⁵ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 17

For de pårørende og for alarmsentralen består systemet av applikasjoner de kan benytte seg av for å se hvor pasienten befinner seg. De som er pårørende kan kun se hvor sitt familiemedlem befinner seg, mens alarmsentralen kan se alle pasientene som benytter seg av GPS-systemet.¹⁴⁶ Det er ulike typer applikasjoner for pårørende og profesjonelle aktører¹⁴⁷, som her vil være alarmsentralene.¹⁴⁸ Sporingen av en pasient kan skje via SMS, innlogging på nettsted eller via applikasjoner på smarttelefoner eller nettbrett.¹⁴⁹

Mine informanter i Oslo kommune oppga at i hvilken utstrekning pårørende og kommunen ved alarmsentralene sporer pasienter beror på en avtale med den konkrete pasienten. Det gjøres en avtale mellom partene om når pårørende og alarmsentralen kan lokalisere eller spore pasienten, og utstrekningen vil derfor variere fra bruker til bruker. Ønsket er at bruken av tjenestene skal være så lite invaderende i pasientens privatliv som mulig. Spesielt i en tidlig fase i bruken av GPS-tjenester kan det være at det kun er behov å lokalisere brukeren i situasjoner hvor vedkommende ikke finner veien hjem. I disse situasjonene trykker brukeren på alarmknappen på egenhånd, og før en alarm utløses vil det ikke være mulig å få oppgitt pasientens posisjon. I hvilken utstrekning de pårørende kan gå inn og se hvor pasienten befinner seg varierer altså ut i fra hvordan enheten er satt opp, som igjen vil bero på pasientens kognitive evner og behov. Enkelte pasienter ønsker ikke at noen skal vite hvor de befinner seg før de utløser alarmen, mens andre synes det er helt greit at pårørende ved posisjonen deres til enhver tid. Det skal med andre ord være gode muligheter for å tilpasse bruken av GPS-tjenestene til den enkelte pasient. Dette er også avhengig av at systemet brukes på riktig måte.¹⁵⁰

Før det besluttes om en pasient skal ta i bruk GPS-tjenester som ledd i utøvelse av helsetjenester må det fylles ut ett skjema¹⁵¹ ved tittelen "detaljert kartlegging av behov for lokalisering (GPS), Trygghetspakke 3 (vedlegg 1)".¹⁵² Her må det fylles inn en god del informasjon om pasienten. I skjemaet er det spørsmål om bosituasjon, familie og

¹⁴⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, "Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven", 2013, side 10

¹⁴⁷ Henholdsvis Safemate Privat og Safemate Pro

¹⁴⁸ Safemate, "Safemate Trigger One – Mobil trygghetsalarm med GSM og GPS".

¹⁴⁹ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 17

¹⁵⁰ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018

¹⁵¹ Personlig kommunikasjon i e-post med Rune Schumann, 11.04.2018

¹⁵² Se vedlegg 1

pårørende, funksjonsproblemer og om pasienten har samtykkekompetanse. En del av skjemaet omhandler pasientens turvaner og vandremønster. Her ønskes det blant annet informasjon vedrørende om pasienten går mye tur, hvor pasienten går, om pasienten kler seg etter forholdene og hvor lenge pasienten kan gå før vedkommende blir sliten.¹⁵³ Ved at helsetjenesten får informasjon om dette vil de kunne tilpasse tjenestene på en god måte i forhold til behovene de ulike pasientene har. Eksempelvis at de setter rammer for hvor omfattende lokalisering eller sporing som kan utføres knyttet til en konkret pasient. Informantene i Oslo kommune fortalte at det hovedsakelig er snakk om lokalisering, og ikke sporing.¹⁵⁴ Dette innebærer at det i de fleste tilfeller ikke er mulig å se hvor pasienten befinner seg før en alarm utløses eller dersom pasienten går ut av det posisjonslåste området. Når det er tatt en beslutning om at en pasient skal benytte seg av GPS-tjenester fattes det et vedtak som registreres i kommunens journalsystem Geric.¹⁵⁵

Nedenfor vil jeg gå gjennom Safemate og Doro Care, som er to av GPS-systemene som Oslo kommune benytter i dag. Per dags dato er kommunen i en forhandlingsprosess vedrørende ny GPS-anskaffelse, og det vil derfor skje en endring i hvilket system de kommer til å benytte seg av om ikke så lenge.¹⁵⁶ Jeg antar at pasienter som benytter seg av Safemate og Doro Care fremdeles vil gjøre dette, da det trolig er lite hensiktsmessig å lære pasienter med omfattende kognitive svikter å bruke et helt nytt system. Brukergrensesnittet vil sikkert ikke være identisk i det nye systemet for GPS-sporing, og det vil derfor kreve mye ressurser å lære opp pasienter til å bruke et nytt system når de allerede har lært seg å bruke Safemate eller Doro Care.

4.2.1 Safemate

Safemate er den mest brukte GPS-enheten i Oslo kommune. Safemate er en mobil trygghetsalarm som kan brukes av alle som har behov for det, og enhetene er utstyrt med en alarmknapp som brukeren kan trykke på ved behov for hjelp. Når alarmknappen har blitt trykket på får pasienten beskjed om dette. Pasientene får også beskjed når de

¹⁵³ Detaljert kartlegging av behov for lokalisering (GPS), Trygghetspakke 3 (vedlegg 1)

¹⁵⁴ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018

¹⁵⁵ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "Effekter og erfaringer til pårørende og ansatte i tjenesten med bruk av GPS", side 35

¹⁵⁶ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018

går ut av det posisjonslåste området, når det er dårlig batteri på enheten og når enheten lades.¹⁵⁷

Når en alarm utløses ringer Safemate-enheten til fire forhåndsbestemte mottakere. De som står oppført som kontakter i Safemate-enheten vil få informasjon når et anrop har blitt besvart, og hvem av kontaktene som har svart på anropet. At kontaktene får beskjed om dette sikrer at det kun er den som svarer på anropet som "rykker ut" ved behov. Dersom ingen av de pårørende har mulighet til å assistere pasienten når det utløses en alarm vil anropet gå til alarmsentralen i pasientens bydel.¹⁵⁸ Alarmmottakere kan også ringe til Safemate-enheten. Enheten svarer da automatisk på anrop, noe som er en trygghet også for de pårørende.¹⁵⁹ Pårørende kan i tillegg følge med på brukeren av Safemate-enheten ved å logge seg inn på Safemates applikasjon eller nettside.

Bruken av Safemate-enhetene skal kunne tilpasses ut i fra de ulike brukernes behov. Dersom det er et behov for å kunne spore pasienten til enhver tid vil dette altså være mulig. Andre vil kun ha behov for at de pårørende vet posisjonen sin dersom det oppstår en hendelse og en alarm utløses. Dette er også en mulighet ved bruk av Safemate, noe som sikrer at pasienten ikke blir overvåket ut over det som er nødvendig. I hvor stor grad de pårørende kan se pasientenes posisjon vil trolig være basert på en avtale mellom pårørende og pasienten. Oslo kommune har erfart at pårørende er svært fornøyde med Safemate-tjenesten, og mye av dette skyldes nettopp denne pårørendeapplikasjonen.¹⁶⁰

Safemate-enheten inneholder funksjonen posisjonslåsing/geofence, som er omtalt ovenfor i delkapittel 2.2. Geofence er et virtuelt definert område, hvor man fastsetter et senterpunkt og en radius. Dette innebærer at alarmmottakerne få beskjed dersom pasienten går utenfor radiusen av det posisjonslåste området.¹⁶¹ Det vil ikke nødvendigvis være slik at pasienten har behov for assistanse hver gang vedkommende beveger seg utenfor det posisjonslåste området. Dersom det ikke er en nødssituasjon vil

¹⁵⁷ Safemate, "Safemate Trigger One – Mobil trygghetsalarm med GSM og GPS".

¹⁵⁸ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 17

¹⁵⁹ Safemate.no, "Safemate = Trygghetsalarm + GPS-tracker"

¹⁶⁰ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018

¹⁶¹ Safemate.no, "Geofence"

de pårørende eller alarmsentralen fremdeles kunne følge med på hvor pasienten beveger seg, og ta kontakt dersom de synes at ting ikke ser ut til å være som de skal. Man kan med dette også følge med på at pasienten kommer seg trygt hjem igjen.



Bilde 1 (til venstre): Trigger One¹⁶²














Bilde 2 (til høyre): Trigger Two¹⁶³

Safemate tilbyr flere typer produkter, og bildene ovenfor viser to eksempler. Til begge produktene ovenfor følger det med bordladere. Det er også mulig å lade enheten ved bruk av Mikro-USB.¹⁶⁴ I tabellen nedenfor ligger Trigger One og Trigger Two, og alle de andre mulige produktene Safemate tilbyr. Her kan man sammenligne produktene med hverandre når det kommer til blant annet lyd kvalitet, batteritid, posisjonspresisjon og brukervennlighet. Dette kan være et nyttig verktøy for pasienter og pårørende, da tabellen kan brukes til å finne ut av hvilket produkt som oppfyller kriteriene for den aktuelle pasienten.

¹⁶² Safemate. "Produkter".

¹⁶³ Safemate. "Produkter".

¹⁶⁴ Safemate, "Safemate Trigger One/Two – Mobil trygghetsalarm med GSM og GPS".

							
	LYDKVALITET	BATTERILEVETID	POSISJONSPRESISJON	STØRRELSE/VEKT	PRIS	VANNTETTHET	BRUKERVENNLIGHET
TRIGGER ONE 	★★★	★★	★★	★	★★★	★★	★★★
TRIGGER TWO 	★★	★★★	★★★	★★	★★	★	★
TRACK ONE 	★	★	★★★	★★★	★★	★★★	★★★
TRACK THREE 		★★	★★★	★★★	★★	★★★	★★★
TRIGGER THREE 	★★	★★	★★★	★★★	★★	★★	★★★
WATCH ONE 	★★	★★	★★★	★★★	★★	★★★	★★★

Bilde 3: Tabell over ulike produkter og kvaliteten på funksjoner¹⁶⁵

4.2.2 Doro Care

Doro Care er en annen leverandør av trygghetsalarmer og sporingsenheter, og tjenestene de leverer benyttes også i Oslo kommune¹⁶⁶. Tjenesten kan brukes av eldre og funksjonshemmede, og skal gi pasienter, pårørende og helsepersonell trygghet. Doro Care er et digitalt alarmsystem, noe som skal sikre en trygg og pålitelig tjeneste.¹⁶⁷ Doro Care tilbyr flere ulike tjenester og tilbehør som kan benyttes sammen. Det er mulig å kombinere tjenestene, noe som gir fleksibilitet og en mulighet til å tilpasse tjenestene til den enkelte bruker.¹⁶⁸ Enhetene fra Doro Care tilbyr også funksjonen geofencing/posisjonslåsing, og sporer og lokaliserer ved hjelp av tjenestene GPS og AGPS.¹⁶⁹ AGPS er omtalt i delkapittel 2.2.2, og er en kombinasjon av tjenestene GPS og GSM.

¹⁶⁵ Safemate, "Produkter".

¹⁶⁶ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018

¹⁶⁷ Doro Care, "Doro Care".

¹⁶⁸ Doro Care, "Doro Care".

¹⁶⁹ Doro Care, "Doro Secure 580IP".

Doro Care tilbyr primært tjenester som ser ut som og fungerer som vanlige mobiltelefoner. Det finnes tre forskjellige telefoner som brukerne kan velge mellom, og hvilken telefon vedkommende velger kommer an på pasientens ferdigheter med teknologi.

Dersom brukeren er godt vant med nyere teknologi og smarttelefoner, kan pasienten velge Doro Cares smarttelefon. Denne enheten fungerer som en helt vanlig smarttelefon¹⁷⁰, men med litt enklere løsninger, hvor man kan laste ned applikasjoner osv. I tillegg til en vanlig smarttelefons funksjoner er det ulike hjelpefunksjoner og en alarmknapp hvor du kan ringe pårørende og alarmsentral. Alarmknappen sitter på baksiden av telefonen. Dersom pasienten ikke er vant med så avansert teknologi tilbyr Doro Care en telefon¹⁷¹ som kun har de helt nødvendige funksjonene, som vil være å ringe til pårørende eller å utløse en alarm. De pårørende man kan ringe til er forhåndsdefinerte.



Bilde 4 (til venstre): Doro Secure 580IP

Bilde 5 (til høyre): Doro 8040

¹⁷⁰Doro 8040.

¹⁷¹Doro Secure 580IP.

4.3 Organisering av tjenestene

Det er flere parter som har vært involverte i innføringen av velferdsteknologi i Oslo kommune. Blant disse er Helseetaten (ved Oslo kommune), Geriatrik ressurscenter Almas hus, SOS International/Trygghetsentralen, Telenor Objects/Aleris og SINTEF.¹⁷² Mange av disse aktørene er fremdeles viktige for den daglige bruken av GPS-tjenestene. I tillegg til de profesjonelle aktørene har pasienter og pårørende vært en viktig del av prosessen, da det i stor grad er disse som står for den daglige bruken av tjenestene.

Per september 2017 var det to alarmsentraler som hadde ansvar for driften av trygghetsalarmene; Doro Care Trygghetsentralen og Telenor Objects/Aleris. Alarmsentralene mottar varslinger og alarmer fra pasienter, og lokaliserer pasienter ved behov. Dette innebærer at de henter pasienter som har gått seg bort når pårørende ikke har mulighet, og når det ikke er tilstrekkelig med stemmeveiledning via GPS-enheten. Alarmsentralene har også det tekniske ansvaret for GPS-enhetene.¹⁷³ De siste tre-fire årene har det kun vært 10-15 tilfeller hvor alarmsentralene har måttet rykke ut for å lokalisere en pasient.¹⁷⁴ I de fleste tilfeller har det vært tilstrekkelig at alarmsentralen har bistått pasienten via enheten, og på denne måten hjulpet pasienten med å komme til et kjent sted. Da Oslo kommune startet Samspill-prosjektet forventet de at det kom til å bli langt flere hendelser hvor alarmsentralene måtte rykke ut for å hente pasienter enn det som faktisk har vært tilfellet.¹⁷⁵

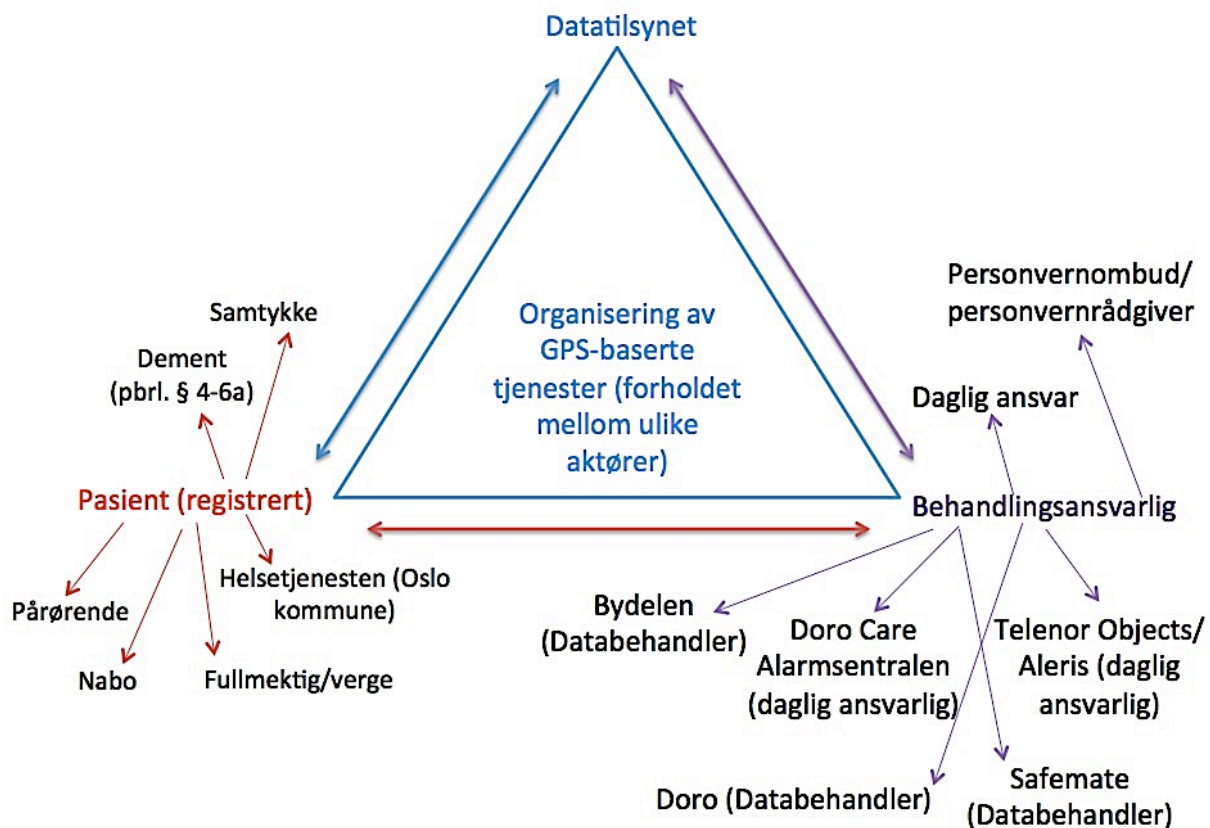
Figuren nedenfor skal illustrere forholdet mellom de ulike aktørene ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen. Figuren er delvis utformet på bakgrunn av undersøkelser jeg har foretatt meg ved dokumentgransking, og delvis på bakgrunn av informasjon fra intervjuet med Oslo kommune. Pasient (registrert), behandlingsansvarlig (Oslo kommune) og Datatilsynet er satt opp som hovedaktører i figuren. Innad i disse gruppene ligger det flere andre aktører og personer som sørger for blant annet daglig bruk og lokalisering av en pasient dersom det utløses en alarm.

¹⁷² Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 11.

¹⁷³ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 11.

¹⁷⁴ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

¹⁷⁵ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.



Figur 6: Organisering av GPS-baserte tjenester i Oslo kommune og forholdet mellom de ulike aktørene.

En av hovedaktørene i figuren "pasient (registrert)". Pasienten er den personen som bærer med seg selve GPS-enheten, og er med dette den personen som står for mesteparten av den daglige bruken av enheten. Fra pasient går det piler ut til andre faktorer og aktører som påvirker bruken av tjenestene. Under pasient har jeg plassert personer og ressurser som er viktige for at tjenesten skal fungere optimalt. Pårørende og helsetjenesten er kanskje de viktigste aktørene i den forstand. For de pasientene som bor sammen med pårørende vil disse menneskene være en viktig del av den daglige bruken av GPS-tjenestene.¹⁷⁶ De skal hjelpe til med å sørge for at enheten blir tatt med når pasienten går ut, og for at den til enhver tid er oppladet og klar til bruk. I tillegg er det de pårørende som i utgangspunktet skal stå ansvarlig for å bringe pasienten hjem dersom vedkommende går seg bort. Dette er enten ved stemmeveiledning eller ved å fysisk hente pasienten. De som ikke har pårørende vil få denne hjelpen av

¹⁷⁶ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 14.

hjemmetjenesten. Ved bruk av en Safemate- eller Doro Care-enhet¹⁷⁷ er det mulig å legge inn fire ulike pårørende. Dersom ingen av disse kan assistere pasienten i en nødsituasjon vil anropet/alarmen fra Safemate-enheten gå til alarmsentralen i pasientens bydel. Alarmsentralene fungerer som back-up hele døgnet¹⁷⁸. Hvilken alarmsentral som får anropet avhenger av hvilken bydel pasienten bor i.

Jeg har også valgt å ta med pasientens helsetilstand i figuren. Dette illustreres ved at det går en pil fra pasient ut til "samtykke" og "dement (pbrl. § 4-6a)". "Samtykke" er med i figuren fordi det er det mest foretrukne rettslige grunnlaget ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen.¹⁷⁹ Så langt det er mulig, er det altså ønskelig at pasientene selv samtykker til bruken av GPS-baserte tjenester.¹⁸⁰ Det vil si at samtykke vil være rettslig grunnlag i de tilfellene hvor det er mulig å innhente samtykke direkte fra pasienten selv. Dette forutsetter at pasienten fremdeles har samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3.

Med "dement (pbrl. § 4-6a)" sikter jeg til at det er et stort antall pasienter som bruker GPS-baserte tjenester har demens eller andre kognitive svikter. Når en pasient ikke har samtykkekompetanse, er pbrl. § 4-6a det mest brukte rettslige grunnlaget for bruk av GPS-tjenester. Bruk av pbrl. § 4-6a innebærer at vedkommende pasient har mistet samtykkekompetansen, ofte på grunn av at sykdommen har kommet så langt at pasientens væremåte og resonnering kan begrunnes i sykdommen.¹⁸¹ Selv om samtykke er det mest foretrukne rettslige grunnlaget, er det likevel nødvendig å ha et alternativt rettslig grunnlag i bakhånd for de pasientene som har mistet sin samtykkekompetanse. Her kommer altså pbrl. § 4-6a inn, og jeg vil gå nærmere inn på samtykke som rettslig grunnlag og alternativt rettslig grunnlag i delkapittel 4.5.

Jeg har satt en pil fra pasient og ned til nabo. Grunnen til dette er at naboer kan brukes som ressurspersoner dersom pasienten ikke har pårørende i nærheten som kan bidra med bruken av tjenestene. Her vil det være verdt å nevne pbrl. § 4-6a som regulerer

¹⁷⁷ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

¹⁷⁸ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 32.

¹⁷⁹ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

¹⁸⁰ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

¹⁸¹ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", 2015, side 85.

bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi hos pasienter uten samtykkekompetanse. Etter pbrl. § 4-6a annet ledd skal det om mulig innhentes informasjon om hva pasienten ville ønsket dersom vedkommende kunne samtykket selv.¹⁸² Dersom pasienten ikke har noen pårørende vil jeg tro at et alternativ vil være å forhøre seg med naboer eller andre som pasienten har hatt et godt forhold til.

I tilfeller hvor pasienten har mistet sin samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3 annet og tredje ledd kan en fullmektig eller en verge samtykke på vegne av pasienten. Jeg har derfor også valgt å sette en pil mellom pasient og fullmektig/verge. I disse tilfellene vil det være fullmektigen eller vergen som tar avgjørelsen vedrørende bruk av GPS-baserte tjenester. Dette fremkommer av vergemålsloven¹⁸³ §§ 20 og 22.

Mellom de to hovedaktørene pasient og behandlingsansvarlig går det en pil som går begge veier, fordi pasientene og den behandlingsansvarlige kontinuerlig har kontakt med hverandre gjennom bruken av GPS-tjenestene. Selv om det er pasienten som står for den daglige bruken av GPS-enheten, har også Oslo kommune (behandlingsansvarlig) et ansvar for bruken. Dette kan for eksempel være når pasienten utløser en alarm, og at en av alarmsentralene med det daglige ansvaret derfor må lokalisere pasienten og bringe vedkommende hjem eller å bistå ved stemmeveiledning. Det kan også være i form av at hjemmetjenesten er innom pasientens bolig for å se til at enheten er ladet opp og klar til bruk. I tillegg er det Oslo kommune som avgjør hvilke pasienter som skal benytte seg av GPS-baserte tjenester, og som derfor må vurdere pasientens samtykkekompetanse. Informantene i Oslo kommune oppga at hvilke pasienter som får benytte seg av GPS-tjenester er ganske åpent, og i prinsippet skal alle som ønsker det få ta i bruk tjenestene. Dette uavhengig av om pasienten har kognitive svikter eller ikke.¹⁸⁴ Det viktigste elementet er altså at det kan oppstå et behov for assistanse.

Behandlingsansvarlig, Oslo kommune, er satt som hovedaktør i figuren.

”Behandlingsansvarlig” defineres i PVF art. 4 nr. 7 som ”en fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet, en institusjon eller ethvert annet organ som alene eller sammen med andre bestemmer formålet med behandling av personopplysninger og hvilke

¹⁸² Helsedirektoratet, ”Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer”, 2015, side 102.

¹⁸³ Vergemålsloven, §§ 20 og 22, 2010.

¹⁸⁴ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

midler som skal brukes".¹⁸⁵ Den behandlingsansvarliges ansvar reguleres i PVF art. 24, som tilsvare personopplysningsloven¹⁸⁶ §§ 13 og 14. Selv om den behandlingsansvarlige kan delegere sitt ansvar til en eller flere databehandlere, har den behandlingsansvarlige det overordnede ansvaret for bruken av tjenestene. Den behandlingsansvarlige skal sikre at databehandlerne har tilstrekkelige rutiner når det kommer til sikkerhet og behandling av personopplysninger, og de vil derfor være nødt til å følge opp sitt behandlingsansvar.¹⁸⁷ Oslo kommune har i forbindelse med implementeringen av personvernforordningen gjennomgått og spisset databehandleravtalene sine.¹⁸⁸ Dette blant annet for å se om det må gjøres endringer i databehandleravtalene for at de skal være innenfor forordningens rammer.

Det er satt en pil fra behandlingsansvarlig og ned til databehandlerne Safemate, Doro og bydelene.¹⁸⁹ "Databehandler" defineres i PVF art. 4 nr. 8 som "en fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet, institusjon eller ethvert annet organ som behandler personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige".¹⁹⁰ Avtalen mellom den behandlingsansvarlige og databehandlerne skal inngå i et rettslig dokument. Her skal blant annet hensikten og varigheten av behandlingen av personopplysningene, behandlingens formål, typen personopplysninger og kategorier av registrerte inngå.¹⁹¹ Dette innebærer at leverandørene av GPS-tjenestene har inngått en avtale med kommunen om at de kan behandle personopplysninger om pasientene og i hvilken utstrekning opplysningene kan behandles.

Bydelen har ansvar for å identifisere "brukere, kartlegge behov, etablere tjenesten, fatte vedtak og følge opp brukere og pårørende".¹⁹² Bydelene har også hatt ansvar for opplæring i bruk av tjenestene for både pasienter og pårørende. Jeg vil ikke gå dypere inn på behandlingsansvaret, databehandlere og forholdet mellom disse, da dette er et relativt omfattende område.

¹⁸⁵ Jf. PVF art. 4 nr. 7.

¹⁸⁶ Av 14. april 2000.

¹⁸⁷ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonsfunnet*, side 167.

¹⁸⁸ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

¹⁸⁹ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

¹⁹⁰ Jf. PVF art. 4 nr. 8.

¹⁹¹ Jf. PVF art. 28 nr. 3.

¹⁹² Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 14.

Fra behandlingsansvarlig har jeg satt en pil opp til "daglig ansvar". Det daglige ansvaret må ligge hos personer som har faglig kompetanse til å utføre behandlingsansvaret, som eksempelvis en fagavdeling.¹⁹³ Ved intervjuet med Oslo kommune fikk jeg vite at det daglige ansvaret ligger hos alarmsentralene Doro Care Trygghetsentralen og Telenor Objects/Aleris.¹⁹⁴ De som jobber i alarmsentralene er personer med teknisk og faglig helsekompetanse.¹⁹⁵ Bydelen og hjemmetjenesten kan også sies å inneha en del av det daglige ansvaret, da disse i mange tilfeller har ansvaret for å følge opp pasientene og den daglige bruken av tjenestene, ut over når det utløses alarmer. Det er nærliggende at mange pasienter for eksempel får besøk av hjemmetjenesten en gang om dagen. I personopplysningsloven ble rollen som daglig ansvarlig nevnt i § 32 første ledd bokstav c. Det er ikke en tilsvarende bestemmelse i personvernforordningen.

Roller som personvernombud/personvernrådgiver er også tatt med i figuren. Pilen går fra behandlingsansvarlig (Oslo kommune) og ut til personvernombud. Mange virksomheter pålegges å opprette personvernombud med personvernforordningen, jf. PVF art. 37. Dette gjelder både for behandlingsansvarlige og databehandlere. Virksomheter som pålegges å opprette personvernombud/personvernrådgiver er blant annet offentlige myndighet eller offentlige organer som behandler personopplysninger.¹⁹⁶ Personvernombudet/personvernrådgiveren skal sikre at personvernforordningens bestemmelser ivaretas, jf. PVF art. 39 nr. 1 bokstav b. Hva som faller inn under begrepet "offentlig myndighet og organ" er ikke spesifisert i personvernforordningen. Her vil det være mulig å se på offentleglova § 2¹⁹⁷, og med dette ta utgangspunkt i at organene som omfattes av denne loven vil ha plikt til å opprette personvernombud.¹⁹⁸

Siden Oslo kommune er et offentlig organ som behandler personopplysninger vil dette innebære at de må opprette personvernombud. Personvernombudet skal sørge for at

¹⁹³ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 167.

¹⁹⁴ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

¹⁹⁵ SINTEF/Trygge spor, "Tjenesteforløp for bruk av lokaliseringsteknologi (GPS) i Oslo, Trygghetspakke 3".

¹⁹⁶ Datatilsynet, "Hvem må ha personvernombud?".

¹⁹⁷ Offentleglova, 2006, § 2.

¹⁹⁸ Datatilsynet, "Hvem må ha personvernombud?".

pasientenes personvern ivaretas ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen.¹⁹⁹ Ved bruk av slike tjenester kan det være snakk om en relativt omfattende sporing av pasienter, og det er derfor veldig viktig at personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger ikke behandles ut over det som faktisk er nødvendig for ivaretagelse av pasientens vitale interesser.

Personvernombudet/personvernrådsgiveren vil fungere som en trygghet både for pasientene og for behandlingsansvarlig og databehandler. Det vil være en trygghet for pasientene i form av at de har noen som skal sikre at deres personverninteresser blir ivaretatt. Personvernombudet/personvernrådsgiveren vil være en trygghet for behandlingsansvarlig og databehandler ved at de har noen å snu seg til dersom de er usikre på om de behandler personopplysninger ut over det som er lov etter helselovgivningen eller personvernforordningen.

Den behandlingsansvarlige har en plikt til å foreta vurderinger av personvernkonsekvenser (DPIA²⁰⁰) dersom behandlingen av personopplysningene har en høy risiko for fysiske personers rettigheter og friheter, jf. PVF art. 35 nr. 1. Dette gjelder spesielt ved bruk av ny teknologi²⁰¹, noe GPS-sporing av pasienter sannsynligvis vil falle inn under. Grunnen til at det er en pil fra behandlingsansvarlig ut til personvernombudet er at personvernombudet skal bistå den behandlingsansvarlige i vurderingen av personvernkonsekvensene.²⁰² Bruk av GPS-teknologi for sporing av demente og personer med andre kognitive sviker kan ha konsekvenser for pasientenes frihet, i form av at opptil fire pårørende og de på alarmsentralen kan se hvor vedkommende befinner seg. I forbindelse med personvernforordningen og arbeidet med å komme i overensstemmelse med denne har Oslo kommune startet arbeidet med å foreta vurderinger av personvernkonsekvensene (DPIA).²⁰³

Datatilsynet er også en hovedaktør i figuren. Grunnen til dette er at Datatilsynet er tilsynsorganet på personvernområdet, og de fungerer som et ombud. Datatilsynets

¹⁹⁹ Datatilsynet, "Hvem må ha personvernombud?".

²⁰⁰ Data Protection Impact Assessments.

²⁰¹ Jf. PVF art. 35 nr. 1.

²⁰² Datatilsynet, "Personvernombud etter nytt regelverk".

²⁰³ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

oppgaver er å føre tilsyn med personvernregelverket. De skal også medvirke til at privatpersoner ikke blir krenket ved bruk av opplysninger om dem selv, identifisere farer for personvernet, gi råd og informasjon til publikum og bedrifter osv.²⁰⁴ Siden Datatilsynet har rollen som ombud, kan både Oslo kommune og pasienter be om råd fra Datatilsynet. For eksempel kan pasienter eller pårørende be om råd dersom de føler at personopplysningene om vedkommende blir behandlet ut over det som er nødvendig for å ivareta vitale interesser. Pasienten vil kunne henvende seg til Datatilsynet ved spørsmål angående personvern og beslektede temaer. Jeg har derfor valgt å sette en pil mellom Datatilsynet og pasienten i figuren ovenfor.

Det samme vil gjelde for Oslo kommune, og jeg har derfor også valgt å sette en pil mellom Datatilsynet og den behandlingsansvarlige. De kan be om råd og veiledning knyttet til behandling av personopplysninger i sin bransje, som i dette tilfellet vil være ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen.²⁰⁵ Det ligger også en god del veiledning vedrørende ivaretagelse av personvernet på Datatilsynets nettsider.

4.4 Formål med behandlingen

Et sentralt moment vedrørende formålet ved bruk av GPS-baserte tjenester, er hvilken lov det rettslige grunnlaget er hjemlet i. Dersom bruken av tjenestene kan tolkes dithen at det faller inn under definisjonen "helsehjelp" i pbrl. § 1-3 bokstav c, vil samtykke og annet rettslig grunnlag forankres i pasient- og brukerrettighetsloven. Dersom formålet ikke kan anses å være helsehjelp, må det forekomme rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger ved samtykke eller alternativt rettslig grunnlag i personvernforordningen.

I intervjuet med Oslo kommune oppga en av informantene at formålet med bruk av GPS-tjenester i de fleste tilfeller er "trygghet, mestring og aktivitet" for pasienten.

Informantene mente at det er tvilsomt å bruke "helsehjelp" som formål når det er snakk om forebyggende tiltak for pasienten, og at bruken av GPS-tjenester kun unntaksvis begrunnes i formålet "helsehjelp". En av informantene oppga at GPS-baserte tjenester i

²⁰⁴ Datatilsynet, "Om Datatilsynet".

²⁰⁵ Datatilsynet, "Om Datatilsynet".

stor grad brukes som ”overgang fra kommunale servicetjenester til helsetjenester”.²⁰⁶ Informanten mener likevel at bruk av GPS-tjenester er å anse som helsetjenester. En annen informant påpekte at formålet vurderes spesifikt for hver enkelt pasient som skal benytte seg av GPS-tjenester. Det må altså foretas en konkret vurdering for om bruk av GPS-tjenester er helsehjelp eller ikke for den enkelte pasienten. I denne vurderingen ligger også en kartlegging av om teknologien fungerer som en erstatning for andre helseytelser, som for eksempel besøk av hjemmetjenesten.

Bruken av GPS-teknologi vil begrunnes i ”trygghet, mestring og aktivitet” selv om bruken av tjenestene kommer i tillegg til andre helsetjenester. Selv om informantene sier at Oslo kommune ikke begrunner bruken av GPS-tjenester i formålet ”helsehjelp” oppga de at det fremdeles skal samtykkes etter pasient- og brukerrettighetsloven, fordi opplysningene som behandles av helsepersonellet er helseopplysninger. Informantene mente at dette vil gjelde uavhengig av hvilken lov det faktisk at en pasient får bruke GPS-tjenester hjemles i.²⁰⁷

På bakgrunn av dette mener jeg likevel at formålet med bruken av GPS-baserte tjenester i de fleste tilfeller vil kunne begrunnes i pbrl. § 1-3 bokstav c, og dermed regnes som helsehjelp. Grunnen til dette er at GPS-teknologier kan sies å være et forebyggende eller helsebevarende tiltak, eller regnes som pleie- og omsorgsformål. Det kan regnes som et forebyggende eller helsebevarende tiltak fordi bruk av GPS kan føre til at pasienten holdes så ”frisk som mulig”²⁰⁸ så lenge som mulig. Dette fordi pasienten kan leve et relativt normalt liv og opprettholde det aktivitetsnivået som pasienten selv ønsker, fordi teknologien vil gjøre det mindre farlig å gå seg bort. Det kan også regnes som pleie- og omsorgsformål da bruken av GPS-teknologiens formål er å gi pasienter bedre pleie og omsorg i regi av helsetjenesten. Om bruken kan anses som helseformål må likevel vurderes ut fra hver enkelt brukers helsetilstand og behov for GPS-enheten. For eksempel vil bruk av GPS-tjenester kunne passe inn i definisjonen av ”helsehjelp” i pbrl. § 1-3 bokstav c dersom en pasient er dement og på grunn av sykdommen kan ha behov for å benytte seg av en GPS-enhet for å takle hverdagen. GPS-tjenesten vil da kunne

²⁰⁶ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁰⁷ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁰⁸ Sosial- og helsedepartementet, ”Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)”, 1999.

begrunnes som et forebyggende, helsebevarende eller pleie- og omsorgsformål. Se mer om dette ovenfor i delkapittel 3.2.

For at en tjeneste skal regnes som helsehjelp må det institusjonelle elementet i definisjonen også være oppfylt, som innebærer at tjenestene utføres av helsepersonell.²⁰⁹ Dette vil si at bruken av GPS-tjenester på en eller annen måte utføres av personer som regnes som helsepersonell etter hpl. § 3 første ledd, jf. kapittel 3.2 ovenfor. Det er ikke et krav at selve bruken gjennomføres av helsepersonell. Det er tilstrekkelig dersom det utføres etter instruks fra helsepersonell.²¹⁰ Ved bruk av GPS-tjenester i Oslo kommune er det bydelen som står for opplæring av pasienter og pårørende. De som jobber med opplæring i bydelene er fagpersoner, og vil i de fleste tilfeller derfor kunne anses som helsepersonell. Her er det også relevant å trekke inn alarmsentralene. De som jobber her er personer med helsefaglig bakgrunn, som har kontakt med bruker og pårørende i situasjoner hvor en alarm utløses. Ut i fra dette mener jeg at kravet til at tjenestene må utføres av helsepersonell er oppfylt, jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.

Dersom en kognitiv frisk person ønsker å ta i bruk GPS-baserte tjenester kan dette stille seg litt annerledes. Selv om bruken antageligvis kan passe inn under forebyggende tiltak²¹¹, kan dette kanskje anses som en for vid tolkning av lovtekstens ordlyd. I disse tilfellene vil det nok være hensiktsmessig å samtykke til bruken av GPS-baserte tjenester etter samtykkebestemmelsene i personvernforordningen.

4.5 Rettslig grunnlag

Det er flere muligheter for valg av rettslig grunnlag ved bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen, men som nevnt ovenfor er samtykke er mest ønskelig når det gjelder utøvelse av helsehjelp²¹², jf. pbrl. § 4-1 første ledd. For å avgjøre hvilken lov som skal komme til anvendelse ved bruk av samtykke som rettslig grunnlag må det først avgjøres om ytelsen av GPS-tjenesten kan regnes som helsehjelp. Tjenestene vil som nevnt

²⁰⁹ Jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.

²¹⁰ Sosial- og helsedepartementet, "Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)", 1999.

²¹¹ Jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.

²¹² Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

ovenfor regnes som helsehjelp²¹³ dersom de kan falle inn under ett av vilkårene i pbrl. § 1-3 bokstav c og dersom tjenestene utføres av helsepersonell, jf. hpl. § 3. Deretter må det vurderes om pasienten har samtykkekompetanse. Samtykkekompetanse er "en forutsetning for å kunne velge selv og for å kunne gi et gyldig samtykke".²¹⁴ Det kan være hensiktsmessig å vurdere pasientens samtykkekompetanse før det vurderes om samtykket kan anses som gyldig etter pbrl. §§ 4-1 og 4-2.

Dersom bruk av GPS-tjenester kan regnes som helsetjenester vil det være samtykke etter pbrl. §§ 4-1 og 4-2 som benyttes som rettslig grunnlag. Dersom samtykket er gyldig må det vurderes om GPS-tjenester er en forsvarlig helsetjeneste etter hpl. § 4. Hvis tjenestene ikke kan regnes som helsehjelp må det foreligge et gyldig samtykke til å behandle personopplysninger etter PVF art. 4 nr. 11 og art. 7.

Mine informanter i Oslo kommune har oppgitt at det stort sett er samtykke etter pbrl. §§ 4-1 og 4-2 eller vedtak etter pbrl. § 4-6a som blir benyttet som rettslig grunnlag ved bruk av GPS-teknologi i eldreomsorgen.²¹⁵ I dette delkapittelet vil jeg ta for meg det rettslige grunnlaget som har blitt dratt frem ved kommunikasjon med Oslo kommune.

4.5.1 Samtykke

Det stilles noe ulike krav til å samtykke til å behandle personopplysninger etter personvernlovgivningen og til å behandle helseopplysninger etter helselovgivningen. Å innhente et samtykke fra en pasient kan tidvis være ressurs- og tidkrevende, og det er derfor ikke hensiktsmessig å ha like strenge krav knyttet til samtykkets gyldighet for alle situasjoner. Ved samtykke til behandling av helseopplysninger i forbindelse med helsehjelp kan det være utfordringer knyttet til at en pasient skal samtykke. Det kan være snakk om situasjoner hvor det ikke er rimelig å forvente at pasienten evner å samtykke, for eksempel på grunn av sjokk eller bevisstløshet. I slike tilfeller vil det ofte ikke være aktuelt å vente til pasienten blir i stand til å samtykke, fordi helsehjelpen normalt sett må skje med en gang.²¹⁶ Derfor er det helt nødvendig at det stilles ulike

²¹³ Jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.

²¹⁴ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", pbrl. § 4-3, side 85.

²¹⁵ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

²¹⁶ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 257.

krav til samtykkene for behandling av personopplysninger etter personvernforordningen og helseopplysninger etter særlovgivningen på helseområdet, slik at pasienter skal få den helsehjelpen de trenger når de trenger den. På grunn av forskjellen mellom samtykke til behandling av personopplysninger etter personvernforordningen og samtykke til helsehjelp, og dermed til behandling av nødvendige helseopplysninger, vil samtykke etter lovene være aktuelle i forbindelse med ulike typer behandling av personopplysninger. Det vil i stor grad være personvernforordningen som er gjeldende ved behandling av personopplysninger, og helselovgivningen ved behandling av helseopplysninger.

Kravene til et gyldig samtykke reguleres i både personvernforordningen og i pasient- og brukerrettighetsloven, men kravene til samtykke er som nevnt ovenfor litt forskjellige i de to lovene. Pbrl. § 4-1 gir hovedregelen om samtykke og hva som må til for at et samtykke skal være gyldig når en pasient skal motta helsehjelp. Bestemmelsen er sentral her da teknologien i de fleste tilfeller er å regne som helsehjelp, jf. kap. 3.2 ovenfor. Bestemmelsen lovfester pasientenes selvbestemmelsesrett, ved at helsehjelp i utgangspunktet kun skal gis når pasienten har samtykket til det. Dersom pasienten ikke samtykker må det foreligge lovhjemmel eller annet rettslig grunnlag for behandlingen.²¹⁷

En følge av pbrl. § 4-1 er at helsepersonellet kan bruke alle nødvendige opplysninger for å gi forsvarlig helsehjelp, noe som fremgår av pasientjournalloven § 6 annet ledd. Pbrl. § 4-1 annet ledd forteller hvordan helsepersonellet skal opptre i situasjoner hvor en pasient trekker tilbake samtykket. En av informantene i Oslo kommune sier at det kan være en utfordring at pasientene plutselig motsetter seg bruken av GPS-tjenester, selv om vedkommende i utgangspunktet hadde samtykket til bruken. Helsepersonellet som står i en situasjon skal derfor vurdere samtykket fortløpende i konkrete situasjoner. De skal sørge for tillitsskapende tiltak, og hvis de opplever at bruker ikke samtykker må det vurderes om det er behov for tvang etter pbrl. kapittel 4 A hvis det fremdeles er ønskelig at pasienten skal benytte seg av en GPS-tjeneste. Det hender at en pasient som motsetter seg bruk av GPS-tjenesten en dag, samtykker til bruk dagen etter. Dette kan regnes som at pasienten trekker tilbake sitt samtykke, for deretter å gi det på nytt neste dag.

²¹⁷ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 256.

Pasientens samtykke må derfor vurderes i en konkret situasjon, og man kan ikke hen vise til at vedkommende pasient signerte på en samtykkeerklæring for en måned siden i en situasjon hvor pasienten trekker samtykket tilbake.²¹⁸ Dette viser at det kan være utfordringer knyttet til samtykke hos pasienter med ulike kognitive svikter, fordi måten pasientene forholder seg til GPS-enheten kan forandre seg fra dag til dag. Informanten i Oslo kommune sier at om en pasient er positiv til bruken av GPS-enheten eller ikke avhenger mye av måten helsetjenesten eller pårørende tilnærmer seg pasienten på. For eksempel at helsepersonellet i den konkrete situasjonen legger frem bruken av tjenestene på en måte som får pasienten til å føle en trygghet ved å ha GPS-enheten med seg.²¹⁹

I personvernforordningen art. 4 nr. 11 defineres "samtykke" som "[...] enhver frivillig, spesifikk, informert og utvetydig viljesytring fra den registrerte der vedkommende ved en erklæring eller en tydelig bekreftelse gir sitt samtykke".²²⁰ I PVF art. 7 stilles kravene som må oppfylles for at samtykket skal være gyldig etter forordningen. I personvernforordningens fortalepunkt nr. 32 spesifiseres vilkårene som må oppfylles for at et samtykke skal være gyldig ytterligere. Det spesifiseres blant annet at samtykket kan avgis ved en skriftlig eller muntlig erklæring, og at den samtykkende part må foreta en aktiv handling for at samtykket skal være gyldig. Samtykke som rettslig grunnlag reguleres i PVF art. 6 nr. 1 bokstav a og art. 9 nr. 2 bokstav a. Dersom det foreligger et gyldig samtykke er behandlingsgrunnlaget i PVF art. 6 og art. 9 oppfylt.²²¹ At samtykket skal være "spesifikt og utvetydig" kan tolkes dithen at det etter personvernforordningen ikke er tilstrekkelig med et stilltiende samtykke, dersom den samtykkende part ikke klart og tydelig viser med kroppsspråk at vedkommende samtykker til behandlingen av personopplysninger.²²² Ved et stilltiende samtykke skal det altså ikke være noen form for tvil om at den registrerte samtykker til behandlingen av personopplysninger.

²¹⁸ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²¹⁹ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²²⁰ Justis- og beredskapsdepartementet, "Uoffisiell oversettelse av personvernforordningen", art 4 nr. 11.

²²¹ Justis- og beredskapsdepartementet, "Ny personopplysningslov – gjennomføring av personvernforordningen i norsk rett", 2017, kapittel 4, side 40.

²²² GDPR-expert, "NORWAY", art. 7.

Kravene til et samtykke etter PVF art. 4 nr. 11 er noe motstridende i forhold til det som kreves av et samtykke i pbrl. § 4-2. Dette fordi det i pbrl. § 4-2 er spesifisert at samtykket kan gis stilltiende. Et slikt samtykke vil anses som gyldig dersom man kan tolke ut fra pasientens handlemåte at vedkommende godtar helsehjelpen. Grunnen til at det er tilstrekkelig med et stilltiende samtykke ved utøvelse av helsehjelp er at pasientene av ulike grunner ofte ikke er i stand til å samtykke uttrykkelig på tidspunktet hvor helsehjelp skal gis. Det er i slike tilfeller ikke forsvarlig å vente med å gi helsehjelp til man klarer å få frem et gyldig samtykke. I PVF art. 9 nr. 4 åpnes det for at det kan innføres nasjonale særregler når det kommer til behandling av helseopplysninger, noe som tilsier at særlovgivningen fremdeles vil være gjeldende i situasjoner som gjelder helsehjelp. Forutsetningen er at de nasjonale særreglene holder seg innenfor forordningens rammer.²²³

På grunn av unntaket i PVF art. 9 nr. 4 vil det i tilfeller hvor pasienten for eksempel kun kan samtykke stilltiende være pasient- og brukerrettighetsloven som vil komme til anvendelse når det gjelder helsehjelp. Likevel kan det i tilfeller hvor pasienter ikke er i stand til å uttrykke et klart og utvetydig samtykke være mer hensiktsmessig å finne andre rettslige grunnlag. Dersom en pasient først har samtykket til at helsepersonell kan behandle helseopplysninger som er nødvendige for å gi forsvarlig helsehjelp etter pjl. § 6, jf. hpl. § 4, er det også trolig rettslig grunnlag til å behandle personopplysningene etter PVF art. 9 nr. 4.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tar for seg hvem som har den "personelle kompetansen til å samtykke".²²⁴ Hovedregelen er at pasienter over 16 år har samtykkekompetanse angående helseforhold, jf. pbrl. § 4-3 første ledd bokstav b. Den nedre alderen for samtykkekompetanse på helseforhold er ikke så relevant her, da jeg tar for meg bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen. Jeg vil derfor ikke gå nærmere inn på dette. Pbrl. § 4-3 annet ledd fastslår at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Beviskravet for å avgjøre om en pasient ikke er

²²³ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. LS 56 (2017-2018)", 2018, side 40.

²²⁴ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", 2015, side 83

samtykkekompetent er "åpenbart"²²⁵, noe som vil si at mange pasienter vil være samtykkekompetente i tilfeller hvor helsepersonellet er i tvil vedrørende pasientens forståelse av samtykket. Dette innebærer at mange pasienter med en redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter etter loven vil ha samtykkekompetanse.²²⁶

At det tilsynelatende skal så mye til for å fastslå at en pasient ikke er samtykkekompetent kan være en indikasjon på at det kan lønne seg å ha et alternativt rettslig grunnlag for behandling av helseopplysninger i bakhånd. Dersom pasienten ikke har god nok forståelse rundt sin egen helsetilstand og dermed grunnlaget for bruk av GPS-baserte tjenester, vil sannsynligheten for at pasienten ikke samtykker eller på et senere tidspunkt motsetter seg bruken av GPS-tjenesten være større, jf. ovenfor i dette delkapittelet. Jeg vil komme tilbake til alternative rettslige grunnlag nedenfor i delkapittel 4.5.2.

Etter pbrl. § 4-3 tredje ledd er det helsepersonell som skal avgjøre om pasienten har samtykkekompetanse etter bestemmelsens andre ledd. Hvem som faller inn under begrepet "helsepersonell" fremkommer av hpl. § 3 første ledd. Forholdene skal legges til rette så godt som mulig for at pasienten selv skal kunne samtykke til behandlingen.²²⁷

Et sentralt moment i vurderingen av om en pasient har samtykkekompetanse er om pasienten evner å ta en avgjørelse ikke i for stor grad er påvirket av pasientens medisinske tilstand.²²⁸ Samtykkekompetansen skal i hvert enkelt tilfelle vurderes konkret ut fra den helsehjelpen pasienten skal samtykke til å motta.²²⁹ Grunnen til dette er at en pasient kan miste samtykkekompetansen sin på ett område, men fremdeles være kompetent til å samtykke på andre og mindre kompliserte områder. Årsaken til et eventuelt bortfall av samtykkekompetansen må være begrunnet i pasientens helsetilstand, som for eksempel demens eller andre kognitive svikter. I tilfeller hvor helsepersonellet er i tvil angående pasientens evne til å forstå hva samtykket innebærer,

²²⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd.

²²⁶ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", 2015, side 85

²²⁷ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", 2015, side 85.

²²⁸ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", 2015, side 85.

²²⁹ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

er det utviklet verktøy som skal hjelpe dem med å foreta denne vurderingen. Verktøyet fokuserer på disse fire punktene:²³⁰

- ”Evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp,
- evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser knyttet av de ulike behandlingsoalternativene,
- evnen til å resonnere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene og
- evnen til å uttrykke et valg.”²³¹

Pasient- og brukerrettighetslovens § 4-6 gir i første ledd helsepersonell adgang til å treffe beslutninger om å utføre helsehjelp av lite omfattende karakter med tanke på omfang og varighet hos pasienter uten samtykkekompetanse. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 annet ledd gir helsepersonellet adgang til å utføre helsehjelp som innebærer en omfattende inngripen i pasientens liv, dersom dette er i pasientens beste interesse. I slike tilfeller skal det være *sannsynlig* at pasienten ville gitt tillatelse til slik helsehjelp. Om mulig skal det innhentes informasjon om dette fra pårørende. Denne typen behandling av helseopplysninger står i stor kontrast til det som reguleres av personvernforordningens krav til behandling av personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger. Ved samtykke til behandling av personopplysninger etter personvernforordningen må det foreligge et gyldig samtykke, jf. definisjonen i PVF art. 4 nr. 11. Ved anvendelse av pbrl. § 4-6 annet ledd er det tilstrekkelig med et salgs ”hypotetisk samtykke”, hvor man spør seg selv om hva pasienten *ville* ha samtykket til dersom vedkommende hadde hatt samtykkekompetanse.²³² Disse beslutningene skal foretas av kvalifisert helsepersonell etter at informasjon om hva pasienten ville ha ønsket er hentet inn fra pårørende eller andre nærstående personer. Helsehjelpen vil i slike tilfeller ikke gjennomføres dersom pasienten motsetter seg tiltaket.²³³

Et eksempel på en slik omfattende inngripen i pasientens liv kan være at helsepersonell avgjør at vedkommende skal ta i bruk GPS-baserte tjenester. Selv om det er i pasientens beste interesse, vil det være et omfattende inngrep i privatlivet og personvernet ved at

²³⁰ Helsedirektoratet, ”Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer”, 2015, side 86.

²³¹ Helsedirektoratet, ”Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer”, 2015, side 86.

²³² Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 257.

²³³ Schartum, D. W & Bygrave, L. A, *Personvern i informasjonssamfunnet*, side 257.

pårørende eller helsepersonell kan følge med på hvor pasienten befinner seg til enhver tid. Et slikt inngrep i en pasients liv, uten å vite helt sikkert om pasienten ville samtykket til dette dersom vedkommende hadde hatt samtykkekompetanse, kan ses på som en utfordring for personvernet.

Pasientjournalloven § 11 annet ledd sier at "helseopplysningene kan behandles uten hensyn til samtykke fra pasienten". Dette innebærer at helsepersonell kan utøve helsehjelp uten pasientens samtykke, såfremt graden av personidentifikasjon ikke er større enn det som er nødvendig for å oppnå formålet med behandlingen. Det er da viktig at det kun er opplysninger som er nødvendige for å oppnå formålet som behandles. I tilfeller hvor denne bestemmelsen kommer til anvendelse vil med andre ord samtykkebestemmelsene og kravene til gyldig samtykke ikke ha noen betydning. Dette gjelder kun når det er snakk om behandlingsrettede helseregistre, jf. pjl. § 2 bokstav d.

For pasienter som skulle delta i Samspill-prosjektet var det en forutsetning at pasienten og eventuelt pårørende samtykket til bruken av GPS-tjenesten. Deltakelsen i Samspill-prosjektet skulle med dette være frivillig, og pasientene skulle til enhver tid kunne trekke seg fra prosjektet. I tilfeller hvor en pasient trakk seg fra prosjektet skulle ikke dette påvirke andre tjenester fra kommunen. Dette er i samsvar med at det ikke skal være negative følger ved å velge å ikke samtykke eller ved å trekke samtykket sitt tilbake. Dette fremkommer av en rapport²³⁴ fra Oslo kommune. Vedkommende får benytte seg av de GPS-baserte tjenestene så lenge pasienten har behov for det.²³⁵ Artikkel 7 i forordningen trekker blant annet frem at et samtykke til enhver tid skal kunne trekkes tilbake, men at det ikke vil påvirke lovligheten av behandlingen før samtykket ble trukket tilbake, jf. PVF art. 7 nr. 3. Likevel vil det nok være samtykkebestemmelsen i pbrl. § 4-1 som er gjeldende i denne sammenhengen, fordi pasientene som deltar i prosjektet er personer som har bruk for GPS-tjenester som forebyggende tiltak eller lignende.

Jeg antar at bruk av samtykke ikke er så vanlig som rettslig grunnlag hos pasienter med svært svekkede kognitive evner, da det er nærliggende at disse pasientene har mistet sin

²³⁴ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 15.

²³⁵ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 15.

samtykkekompetanse helt eller delvis.²³⁶ Dette vil legge et større press på at det foreligger lovhjemmel eller nødvendig grunn for bruk av GPS-baserte tjenester som ledd i utøvelse av forsvarlig helsehjelp. Mer om rettslig grunnlag ut over samtykke kommer i delkapittel 4.5.2.

Det kan være hensiktsmessig at den behandlingsansvarlige utarbeider en samtykkeerklæring, jf. fortalepunkt nr. 42. Dersom det utarbeides en samtykkeerklæring vil det være hensiktsmessig å se på PVF art. 12. Denne bestemmelsen stiller krav til at informasjonen som skal fremlegges for den registrerte skal gis på en "kortfattet, åpen, forståelig og lett tilgjengelig måte, og på et klart og enkelt språk", jf. art. 12 nr. 1.

Dersom en GPS-enhet kun behandler opplysninger om hvor en pasient befinner seg vil samtykke etter PVF art. 6 nr. 1 bokstav a være tilstrekkelig som rettslig grunnlag, når det ikke er snakk om utøvelse av helsehjelp etter pbrl. § 1-3 bokstav c. Opplysninger om hvor en pasient befinner seg vil sannsynligvis ikke kategoriseres som helseopplysninger, og dermed ikke særlige kategorier av personopplysninger. I disse tilfellene vil et spørsmål som dukker opp være om pasienten har samtykkekompetanse, jf. ovenfor om pbrl. § 4-3. Det må også vurderes om samtykket kan anses frivillig på grunn av maktforholdet mellom pasienten og helsetjenesten. Dersom pasienten ikke samtykker kan det være fare for at vedkommende ikke vil motta helsetjenester av like god kvalitet. Dette kan føre til at pasienten samtykker ut av frykt for å få dårligere helsehjelp, og ikke fordi vedkommende egentlig ønsker å samtykke til den aktuelle tjenesten.

I personvernforordningens fortalepunkt nr. 42 spesifiseres det at samtykket ikke kan regnes som frivillig dersom den samtykkende part ikke har en reell valgmulighet til å la være å samtykke.²³⁷ Samtykket vil heller ikke være gyldig dersom pasienten som samtykker ikke er i stand til å trekke det tilbake etter at det er avgitt. Samtykke bør derfor ikke brukes som det eneste rettslige grunnlaget dersom maktforholdet mellom

²³⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, "Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.", 2013, side 85.

²³⁷ Justis- og beredskapsdepartementet, "Ny personopplysningslov – gjennomføring av personvernforordningen i norsk rett", 2017, kapittel 9.2.

den registrerte og den behandlingsansvarlige er svært skjevt²³⁸. Dette fremkommer av personvernforordningens fortalepunkt nr. 43, hvor det nevnes at det i tilfeller med et skjevt maktforhold mellom den registrerte og den behandlingsansvarlige er lite sannsynlig at samtykket faktisk kan anses som frivillig. Dette kan for eksempel være i tilfeller hvor den behandlingsansvarlige er en offentlig myndighet, som vil være tilfellet ved bruk av GPS-baserte tjenester i Oslo kommune.

Pasienten skal ha en reell mulighet til å la være å samtykke til bruk av GPS-tjenester. En pasient som ikke samtykker vil få tilbud om andre typer helsetjenester, som for eksempel besøk av hjemmetjenesten eller tilbud om plass på sykehjem. Dersom GPS-tjenesten skulle benyttes i tillegg til hjemmetjenesten, kan et fravær av samtykke gå på bekostning av kvaliteten på helsetjenestene pasienten mottar. Til tross for dette skal det ikke få negative konsekvenser at pasienten velger å ikke samtykke. Dette oppgis i en rapport fra Oslo kommune.²³⁹ Det samme gjelder dersom pasienten ønsker å trekke samtykket tilbake. I intervjuet med Oslo kommune påpekte en av informantene at samtykke og dette med et skjevt maktforhold mellom en pasient og offentlig myndighet er en av de største utfordringene som kommer med personvernforordningen.²⁴⁰ Dette fordi maktforholdet mellom en behandlingsansvarlig og en registrert med ulike grader av kognitive evner vil anses som skjevt ved et samtykke til bruk av en bestemt tjeneste.

Dersom det kun behandles opplysninger som faller inn under den ordinære definisjonen av "personopplysninger" etter PVF art. 4 nr. 11 og behandlingen ikke faller inn under definisjonen av helsehjelp²⁴¹, vil det altså være tilstrekkelig med et samtykke etter denne bestemmelsen. Behandlingen må også oppfylle kravet til rettslig grunnlag i PVF art. 6 nr. 1 bokstav a. Dersom personopplysningene som behandles faller inn under definisjonen av "helseopplysninger" etter PVF art. 4 nr. 15 eller hregl. § 2 bokstav a, og behandlingen kan anses som helsehjelp²⁴², vil det være samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven som må benyttes. Disse to behandlingsformene krever at man benytter seg av ulike rettslige grunnlag fordi det ofte oppstår et behov for en mindre

²³⁸ Justis- og beredskapsdepartementet, "Ny personopplysningslov – gjennomføring av personvernforordningen i norsk rett", 2017, kapittel 4, side 40.

²³⁹ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 15.

²⁴⁰ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁴¹ Jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.

²⁴² Jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.

restriktiv regulering av samtykke til helsehjelp. Det er ingen tid å miste når det kommer til pasienter som har behov for akutt helsehjelp, og det er derfor ikke forsvarlig å måtte vente på et gyldig samtykke i personvernforordningens stand. Å innhente et slikt samtykke kan være tidkrevende, og dette er tid man ikke har i krisetilfeller. Likevel er det liten sannsynlighet for at det er snakk om utøvelse av helsehjelp som ikke kan la vente på seg når man skal fatte et vedtak om bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen. Jeg går ut fra at bruk av slike tjenester blir diskutert og vurdert mellom pasient, pårørende og helsepersonell, og at det ikke er en beslutning som tas over natten. Pasientene som tar i bruk slike tjenester er heller ikke de sykeste, da de fremdeles er i stand til, og ønsker, å bo hjemme. Dersom en pasient har gått seg bort og en alarm utløses, er det allerede innhentet samtykke til behandling av pasientens posisjonsdata når vedkommende trykker på alarmknappen.

Selv om samtykke reelt sett er et alternativt rettslig grunnlag ved behandling av personopplysninger og helseopplysninger ved bruk av GPS-baserte tjenester, kan det være problematisk å bruke dette som det eneste rettslige grunnlaget. Dersom samtykket var det eneste rettslige grunnlaget som forelå, og det blir trukket tilbake, må behandlingen av personopplysninger opphøre umiddelbart. Dette vil mest sannsynlig også innebære at bruken av de GPS-baserte tjenestene ikke kan fortsette, fordi det vil bli samlet inn og behandlet personopplysninger i forbindelse med bruk av tjenesten. Når en pasient blir sykere er det sannsynlig at samtykkekompetansen frafaller. Dersom en pasient mister sin samtykkekompetanse er nærliggende at vedkommende heller ikke har kan trekke samtykket tilbake.

Informantene fortalte at hvordan det blir med samtykke i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven og personvernforordningen fremdeles er et litt åpent område. Det er vanskelig å få svar fra Datatilsynet, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet på hvordan de som utøver helsetjenestene skal forholde seg til samtykket, bare at det må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Dette henger trolig sammen med at det er manglende rettspraksis på området, i tillegg til at forordningsteksten er vag på mange områder. Forordningen er helt ny for alle, den må tolkes som den er, og det er vanskelig å gå inn og si at akkurat sånn blir dette. Oslo kommune må derfor langt på vei når det gjelder å foreta egne vurderinger, og juristene i kommunen som har kompetanse på området gjør

så godt de kan. En av informantene oppga at opplysningene GPS-enheten samler inn i utgangspunktet ikke skal brukes til andre ting. Med forordningen kan vi ikke garantere at alt er ryddet opp i når det gjelder dette. Spesielt formålet som skal regulere bruken av tjenestene og samtykke. Vi har nok vært ute for situasjoner med leverandører hvor opplysninger om en pasient brukes til statistiske formål, uten at vedkommende har samtykket til det. Men dette skal jo egentlig ikke skje.²⁴³

4.5.2 Annet rettslig grunnlag for bruk av GPS-baserte tjenester

Dersom pasienten som det er ønskelig at skal ta i bruk GPS-tjenester som ledd i utøvelse av helsetjenester ikke har samtykkekompetanse må man benytte seg av et annet rettslig grunnlag. Dette kan være nødvendig grunn eller lovhjemmel. Nedenfor vil jeg gå gjennom relevant rettslig grunnlag for pasienter som ikke har samtykkekompetanse.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a gjelder bruk av teknologi som hjelpemiddel for å varsle helse- og omsorgspersonell dersom det skjer en endring i en situasjon eller det oppstår et behov hos en pasient. Formålet med bestemmelsen er å fremme selvstendighet, trygghet og et verdig liv for personer som er avhengig av helse- og omsorgstjenester. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a gir helse- og omsorgstjenesten rett til å treffe vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologier for pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Dette gjelder kun når pasienten ikke motsetter seg tiltaket.²⁴⁴

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a er ment å dekke teknologier som for eksempel sporingstjenester (GPS), fallalarmer eller bevegelsessensorer²⁴⁵. Bestemmelsen er teknologinøytral og arenanøytral. At bestemmelsen er teknologinøytral vil si at annen teknologi i samme kategori som nevnt over også kan benyttes dersom den har som formål å fremme helse- og omsorgstjenester. At den er arenanøytral vil si at teknologien kan brukes i hele helse- og omsorgstjenesten, enten det er på institusjon, hjemme eller som del av spesialhelsetjenesten.²⁴⁶

²⁴³ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁴⁴ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 13.

²⁴⁵ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", 2015.

²⁴⁶ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", 2015, s. 90-94.

Før det avgjøres om pbrl. § 4-6a kommer til anvendelse i et gitt tilfelle må det foretas en vurdering av om pasienten har samtykkekompetanse, jf. pbrl. § 4-6a første ledd. Se mer om dette ovenfor i delkapittel 4.5.1. Dersom helsepersonellet avgjør at en pasient ikke har samtykkekompetanse etter pbrl. § 4-3 annet ledd, kan helsepersonellet avgjøre om pasienten skal bli gjenstand for bruk av slike teknologier. Etter pbrl. § 4-6a annet ledd må et slikt tiltak være nødvendig for å hindre eller begrense risikoen for skade på pasienten, og bruken av slike teknologier skal være i pasientens interesse. Det skal vurderes om tiltaket er rimelig i forhold til risiko og om tiltaket fremstår som det minst inngripende alternativet. Det skal i likhet med i pbrl. § 4-6 også her vurderes om det er sannsynlig at pasienten ville samtykket til tiltaket hvis vedkommende hadde hatt samtykkekompetanse. Bestemmelsen kommer ikke til anvendelse dersom pasienten eller brukeren motsetter seg tiltaket, jf. pbrl. § 4-6a tredje ledd. Dersom vilkårene i pbrl. kapittel 4 A²⁴⁷ er oppfylt kan varslings- og lokaliseringstjenester tas i bruk selv om pasienten motsetter seg det.

I pbrl. § 4-6a ligger det også at man må vurdere om bruk av GPS-baserte tjenester er i tråd med det grunnleggende prinsippet om faglig forsvarlighet i den gitte pasientens situasjon, jf. helsepersonelloven § 4. Om det er forsvarlig innebærer en analyse av om det tekniske tiltaket faktisk er i stand til å begrense eller hindre risikoen for skade. Et eksempel på hva som skal vurderes er om utstyret er tilstrekkelig pålitelig, ansvars plassering ved bruk av tjenestene, opplæring og rask tilgjengelighet for reaksjon. Responstiden som er nødvendig for å sikre at det ikke skjer noe med pasienten, er avhengig av pasientens tilstand og nærmiljø. Dette og forsvarlighet knyttet til ytelse av helsetjenester reguleres blant annet i helsepersonelloven § 4 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.²⁴⁸ I Oslo kommune har alarmsentralene og bydelene ansvar for å føre opplæring av pasienter og pårørende. Det er også viktig med tilstrekkelig og kontinuerlig opplæring av helsepersonell.²⁴⁹

²⁴⁷ Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A regulerer helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv. Formålet med kapittelet er å "hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang", jf. pbrl. § 4A-1. Den enkeltes fysiske og psykiske integritet skal respekteres.

²⁴⁸ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", august 2015, s. 91-92.

²⁴⁹ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "GPS for trygghet, frihet og mestring", side 5.

Bruken av GPS-baserte tjenester må vurderes ut i fra om det er en risiko forbundet med at det skal iverksettes et tiltak. Bestemmelsen gjelder kun dersom pasienten kan være en risiko mot seg selv. For eksempel dersom det er mye trafikk eller en innsjø i nærheten av pasientens bolig, kan det være avgjørende med en rask responstid. Dersom det finnes andre tiltak som er mindre inngripende vil dette være å foretrekke.²⁵⁰ Et eksempel på et mindre inngripende tiltak kan være bruk fallalarmer i stedet for GPS-teknologi.

Vurderingen av hva som er til pasientens beste skal være objektiv, og det er dette som skal stå i sentrum når vedtak om bruk av GPS-teknologi skal treffes. Dette skal baseres på en "bred og konkret vurdering av fordeler og ulemper".²⁵¹ Behovet for bruk av teknologi av denne typen skal vurderes jevnlig, og bruken skal avsluttes dersom det ikke lenger er nødvendig eller forsvarlig å benytte seg av GPS-baserte tjenester.

For bruk av GPS-baserte tjenester hos pasienter som ikke har samtykkekompetanse er det i de fleste tilfeller pbrl. § 4-6a som brukes som rettslig grunnlag.²⁵² Siden pasient- og brukerrettighetsloven regulerer helsehjelp, må bruken av GPS-tjenester falle inn under definisjonen av helsehjelp i pbrl. § 1-3 bokstav c²⁵³ for at pbrl. § 4-6a skal kunne benyttes som rettslig grunnlag. Bestemmelsen gir helsepersonellet en mulighet til å tilby bruk av GPS-tjenester til pasienter uten samtykkekompetanse, som gjør at disse pasientene også vil få nyte godt av teknologien i helsetjenesten. Dersom helsepersonellet ikke hadde hatt mulighet til å treffe vedtak om bruk av GPS-teknologi, tror jeg at dette i stor grad ville gått ut over de svakeste pasientene. De som er mest relevante for bruk av slik teknologi er ofte de med demens eller andre kognitive svikter. Dette er de mest sårbare i samfunnet vårt, med tanke på at de ikke vil klare å identifisere trusler og farer på samme måten som kognitivt friske mennesker. Dette kan for eksempel være trafikkfare. Dette viser viktigheten av at helsepersonell har mulighet til å treffe vedtak om bruk av teknologi hos disse pasientene, fordi teknologien gir pårørende og helsepersonell muligheten til å følge med på pasienten. Selv om pasienten selv ikke

²⁵⁰ Hese- og omsorgsdepartementet, "Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv."

²⁵¹ Helsedirektoratet, "Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer", august 2015, s. 92.

²⁵² Personlig kommunikasjon i e-post med Rune Schumann, 11.04.2018.

²⁵³ Jf. ovenfor i delkapittel 3.2.

skjønner at det er behov for en slik enhet, vil det være en god avlastning og trygghet for pårørende og helsetjenesten.

Ved implementeringen av personvernforordningen vil kravene til rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger fremdeles være basert på samtykke, lovhjemmel eller en av de ulike nødvendige grunnene. Når behandlingen av helseopplysninger ikke kan begrunnes i "helsehjelp" etter pbrl. § 1-3 bokstav c må det være rettslig grunnlag etter PVF art. 6 nr. 1 eller art. 9 nr. 2 til å behandle personopplysningene som samles inn og som skal brukes i forbindelse med GPS-tjenestene. De gjeldende bestemmelsene i helselovgivningen vil for behandling som ikke er samtykkebasert fungere som supplerende rettslig grunnlag.²⁵⁴

Personvernforordningens artikkel 6 nr. 1 bokstav a, c og d er relevante rettslige grunnlag ved bruk av GPS-baserte tjenester som ledd i utøvelse av helsetjenester. Personvernforordningens art. 6 nr. 1 bokstav a er omtalt ovenfor i kapittel 4.5.1 hvor jeg har tatt for meg samtykke som rettslig grunnlag. Personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c kan brukes som rettslig grunnlag dersom det "er nødvendig for å oppfylle en rettslig forpliktelse som påhviler den behandlingsansvarlige". Den behandlingsansvarlige vil ha et ansvar for å kunne gi pasienter den helsehjelpen de har krav på eller har behov for på grunn av sin helsetilstand. Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav c retter seg mot behandling som er nødvendig i forbindelse med allmenne hensyn eller for å utøve offentlig myndighet. Personopplysninger kan her behandles dersom det er *nødvendig* for å utføre en oppgave som den behandlingsansvarlige er pålagt å utføre. Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav c kan ikke benyttes som rettslig grunnlag alene, jf. PVF art. 6 nr. 3. Det må foreligge et supplerende rettslig grunnlag for behandlingen av personopplysninger i nasjonal rett. Departementet tolker ut fra personvernforordningens fortalepunkt nr. 41 at et slikt supplerende rettslig grunnlag kan være lov- og forskriftsbestemmelser, og muligens vedtak fattet i medhold av lov eller forskrift.²⁵⁵ For at PVF art. 6 nr. 1 bokstav c skal kunne brukes som rettslig grunnlag tolker departementet ut fra ordlyden i PVF art. 6 nr. 3 at det er "tilstrekkelig at det supplerende rettsgrunnlaget pålegger den behandlingsansvarlige en rettslig

²⁵⁴ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. LS 56 (2017-2018)", 2018, side 184.

²⁵⁵ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. LS 56 (2017-2018)", 2018, side 33.

forpliktelse som det er nødvendig å behandle personopplysninger for å oppfylle”.²⁵⁶ Vurderingen av om det skal innføres nasjonale særregler knyttet til behandlingsgrunnlaget beror på en vurdering av om behandlingen er *nødvendig* for å oppfylle rettslige forpliktelser, for å utøve offentlig myndighet eller om det er av allmenn interesse å behandle personopplysninger. Ved bruk av GPS-baserte tjenester i Oslo kommune er det kommunen selv som er behandlingsansvarlig. Dersom en pasient har mistet samtykkekompetansen og det ikke er snakk om ytelse av helsetjenester, kan denne bestemmelsen brukes som rettslig grunnlag. Her vil det være nærliggende å tolke det slik at Oslo kommunes bruk av GPS-baserte tjenester som ledd i eldreomsorgen vil falle inn under bestemmelsens virkeområde. Supplerende rettslig grunnlag vil for eksempel kunne være pbrl. § 1-1 eller hol. § 1-1.

Personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav d kan også trekkes frem som en relevant nødvendig grunn ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen, fordi bestemmelsen gir den behandlingsansvarlige lov til å behandle personopplysninger dersom det er nødvendig for å ivareta den registrertes vitale interesser.

Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav d viderefører personopplysningsloven av 14. april 2000 nr. 31 § 8 bokstav c. Personvernforordningens bestemmelse utvides til å gjelde andre personers vitale interesser.²⁵⁷ I en situasjon hvor pasienten ikke er i stand til å samtykke og det ikke er snakk om helsehjelp, kan PVF art. 6 nr. 1 bokstav d brukes som rettslig grunnlag. Artikkel 6 nr. 1 bokstav d kan begrunne ønsket om å kunne spore en pasient til enhver tid, fordi det kan få alvorlige følger for pasienten dersom vedkommende ikke spores.

Helseopplysninger er å finne blant opplysningstypene som anses som særlige kategorier av personopplysninger, som er opplysninger som må behandles i forbindelse med bruk av GPS-baserte tjenester. I fortalepunkt nr. 53 åpnes det for nasjonale regler når det kommer til behandling av helseopplysninger. Selv om det må samles inn og behandles informasjon om pasientens helsetilstand, sykdomshistorie og andre forhold knyttet til pasientens helse ved bruk av GPS-baserte tjenester, betyr ikke dette at selve sporingsenheten trenger å ha kunnskap om eller behandle opplysningene som sier noe

²⁵⁶ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. LS 56 (2017-2018)", 2018, side 33.

²⁵⁷ Justis- og beredskapsdepartementet, "Prop. LS 56 (2017-2018)", 2018, side 32.

om pasientens helsetilstand. Dersom selve GPS-enheten ikke behandler data som sier noe om helsetilstanden vil det være tilstrekkelig å oppfylle kravene for behandling av personopplysninger i PVF art 6 nr. 1. At selve GPS-enheten ikke behandler helseopplysninger vil også gjøre bruken av slike tjenester sikrere for pasientene med tanke på for eksempel faren for hacking, fordi det ikke vil ligge særlige kategorier av personopplysninger på selve enheten.

Behandling av helseopplysninger defineres i hregl. § 2 bokstav c som ”enhver bruk av helseopplysninger, som for eksempel innsamling, registrering, sammenstilling, lagring og utlevering, eller en kombinasjon av slike bruksmåter”²⁵⁸. Selv om selve GPS-enheten pasienten bærer med seg ikke inneholder eller direkte behandler helseopplysninger og dermed faller inn under definisjonen i hregl. § 2 bokstav c, er det faktum at pasienten har en slik sporingsenhet en indikasjon på at vedkommende er en pasient. Opplysninger som gjør at det er mulig å forstå at en person er en pasient, er opplysninger som kan anses som helseopplysninger.²⁵⁹ Her er det relevant å trekke inn hregl. § 2 bokstav b som definerer ”indirekte identifiserbare helseopplysninger”.²⁶⁰ Dette er opplysninger hvor alle entydige identifikatorer er tatt bort, slik som navn og fødselsnummer, men hvor andre forhold likevel gjør at en opplysning kan knyttes til en bestemt person. Dermed kan bruken av en GPS-enhet knyttes til at pasienten har en form for helsetilstand som gjør det nødvendig å ha muligheten til å kunne lokalisere eller spore pasienten. Det er tilstrekkelig at det er en mulighet å kunne identifisere pasienten, jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 1. Derfor kreves det trolig rettslig grunnlag etter PVF art. 9 nr. 2 for å behandle opplysninger om pasienter.

Dersom det ikke er snakk om ytelse av helsetjenester, men det behandles særlige kategorier av personopplysninger, må ett av kravene i PVF art. 9 nr. 2 oppfylles.²⁶¹ Vilkårene som er listet opp i bestemmelsen er kumulative, som vil si at behandling av særlige kategorier av personopplysninger er tillatt dersom ett av vilkårene er oppfylte. Behandling av særlige kategorier av personopplysninger skal i utgangspunktet være

²⁵⁸ Helseregisterloven, 2014, § 2 bokstav c .

²⁵⁹ Helse- og omsorgsdepartementet, ”Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.”, 2013, side 21.

²⁶⁰ Helseregisterloven, 2014, § 2 bokstav b.

²⁶¹ GDPR-expert, ”NORWAY”, art. 9.

forbudt, jf. PVF art. 9 nr. 1. Dette stiller seg i kontrast til reguleringen om behandling av sensitive personopplysninger i personopplysningsloven av 14. april 2000 nr. 31 i § 9 bokstav a – h, hvor utgangspunktet er at behandling av sensitive personopplysninger er tillatt dersom behandlingen oppfyller ett av vilkårene. Hvilke opplysninger som anses som særlige kategorier av personopplysninger tilsvarende omtrent det som i pol. § 2 nr. 8 inngår i definisjonen av sensitive personopplysninger. Begrepet utvides noe i personvernforordningen til å omfatte ”genetiske og biometriske opplysninger med det formål å entydig identifisere en fysisk person”.²⁶²

I PVF art. 9 nr. 2 a – j er det listet opp unntak som likevel tillater behandling av særlige kategorier av personopplysninger etter personvernforordningen. Ved behandling av slike typer personopplysninger må det også foreligge behandlingsgrunnlag etter PVF artikkel 6.²⁶³ Det bør tillates å gjøre unntak fra forbudet mot å behandle personopplysninger av særlige kategorier dersom det er fastsatt i nasjonal rett at slike opplysninger kan behandles, jf. personvernforordningens fortalepunkt nr. 52. Behandlingen må omfattes av nødvendige garantier eller sies å være i allmennhetens interesse for at behandlingen skal være lovlig. Det trekkes frem at en unntaksgrunn for behandling av personopplysninger av særlige kategorier kan være ulike helseformål. Bruk av GPS-baserte tjenester vil dermed falle inn under unntaket mot forbudet mot behandling av særlige kategorier av personopplysninger.

I fortalepunkt nr. 54 trekkes det frem at det i noen tilfeller kan være nødvendig å behandle personopplysninger av særlige kategorier uten den registrertes samtykke. Ved behandling av helseopplysninger uten pasientens samtykke burde opplysningene ikke brukes til andre formål av tredjeparter. Personvernforordningen art. 9 nr. 4 åpner for nasjonale reguleringer ved behandling av helseopplysninger. Bestemmelsen vil med dette være svært sentral ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen, fordi behandling av helseopplysninger med dette unntaket kan reguleres av den norske særlovgivningen. Dette er tilfeller jeg kan se for meg at det er nærliggende at kan oppstå

²⁶² Justis- og beredskapsdepartementet, ”Uoffisiell oversettelse av personvernforordningen”, art. 9 nr. 1.

²⁶³ Justis- og beredskapsdepartementet, ”Ny personopplysningslov – gjennomføring av personvernforordningen i norsk rett”, 2017, kapittel 4, side 32.

ved ytelse av helsehjelp i eldreomsorgen, og i slike tilfeller er det trolig tilstrekkelig å benytte pjl. § 6 som rettslig grunnlag.

4.6 Krav til systemløsninger

Det er flere bestemmelser i personvernforordningen som stiller krav til systemløsninger, noe som ble trukket frem av informantene mine ved intervjuet med Oslo kommune.²⁶⁴ Mange av disse bestemmelsene vil være relevante ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen i form av at de gir rettigheter til pasienter og pårørende til hva de kan kreve av systemet. Nedenfor vil jeg gå gjennom noen av de viktigste systemkravene. Det er viktig å få frem at det foreligger et skille mellom systemkravene og forordningens krav til bruken av systemet. Det vil si at det er en forskjell mellom formålet til selve systemet, som er sporing av eldre, hva opplysningene skal brukes til og hvor lenge de skal lagres osv., og kravene som personvernforordningen stiller til systemet dersom det brukes til sporing. Dette kan være krav til informasjonssikkerhet, innsynsportaler eller retting og sletting av opplysninger.

Personvernforordningen artikkel 13 gir regler om hvilken informasjon som skal gis til den registrerte når det samles inn opplysninger direkte fra vedkommende. Personvernforordningen art. 13 regulerer ansvaret den behandlingsansvarlige har for å gi informasjon om hvilke opplysninger som behandles om vedkommende, og viderefører med dette i stor grad pol. §§ 19, 21 og 22. Blant annet skal den personen få vite identiteten og kontaktopplysninger til den behandlingsansvarlige, få informasjon om formålet med behandlingen av personopplysningene og eventuelle mottakere av personopplysningene. En forskjell mellom bestemmelsene i personopplysningsloven og PVF art. 13 er at det skal informeres om flere elementer vedrørende behandling av personopplysninger etter personvernforordningen²⁶⁵.

Personvernforordningen artikkel 14 regulerer hvilken informasjon som skal gis når personopplysninger om en registrert samles inn fra andre enn den registrerte selv, og

²⁶⁴ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁶⁵ GDPR-expert, "NORWAY", art. 13.

tilsvarende i stor grad det som er gjeldende rett etter pol. § 20. Også i PVF art. 14 har den registrerte fått krav på å få informasjon om flere typer opplysninger vedørende behandlingen av personopplysninger enn etter personopplysningsloven av 14. april 2000 nr. 31.²⁶⁶ I tillegg til eksemplene jeg nevnte ovenfor på hvilke opplysninger den registrerte har krav på å få vite etter PVF art. 13, har den registrerte etter PVF art. 14 også krav på å få informasjon om hvilke kategorier av personopplysninger den behandlingsansvarlige sitter på.

Både i personvernforordningen artikkel 13 og art. 14 nr. 2 gis den behandlingsansvarlige plikter til å gi ytterligere informasjon som skal sørge for en rettferdig og gjennomiktig behandling av personopplysninger. Personvernforordningen art. 13 og 14 gir altså pasientene en rett til å motta informasjon om behandlingen av personopplysningene. I vedlegg 1 har jeg fått tilgang til skjemaet som pasientene må fylle ut slik at bydelen skal kunne kartlegge pasientens behov for bruk av GPS, som er en del av trygghetspakke 3.²⁶⁷ Det er nærliggende at pasienten fyller ut skjemaet sammen med pårørende eller noen fra bydelen. Det oppgis også at informasjonen kan hentes fra journal om mulig. I det første feltet må pasienten derfor oppgi "navn eller brukerid. i journal", avhengig av om opplysningene skal hentes ut av journalen eller ikke.²⁶⁸ Dersom opplysningene hentes ut fra journalen vil PVF art. 14 komme til anvendelse. I et slikt tilfelle hvor pasienten ikke har samtykkekompetanse vil et viktig spørsmål være hvem som skal motta informasjonen vedrørende hvilke personopplysninger som samles inn, hva de blir brukt til osv. Dersom pasienten har mistet samtykkekompetansen på helseforhold er det nærliggende å anta at pasienten ikke vil forstå hva slags behandling det informeres om at personopplysningene skal brukes i. I disse tilfellene kan det være at unntaket i PVF art. 14 nr. 5 bokstav b kommer til anvendelse. Unntaket innebærer at den behandlingsansvarlige kan la være å gi informasjon dersom det vil kreve en uforholdsmessig stor innsats eller at det er tilnærmet umulig å gi informasjonen til den pasienten.

Personvernforordningen art. 15 gir den pasienten rett til innsyn i opplysninger om seg selv. Dersom opplysningene helsetjenesten trenger om pasienten ved bruk av GPS-

²⁶⁶ GDPR-expert, "NORWAY", art. 14.

²⁶⁷ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

²⁶⁸ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

baserte tjenester ikke hentes direkte fra pasienten selv, vil spesielt PVF art. 15 nr. 1 bokstav g være sentral. Dette kan for eksempel være i tilfeller hvor opplysningene samles inn fra vedkommendes pasientjournal. Denne bestemmelsen gir pasienten rett til å få informasjon om hvor personopplysningene som behandles stammer fra.

Pasientjournalloven § 18 vil også være en relevant innsynsbestemmelse når det gjelder innsyn i informasjon i pasientjournaler og helseregistre. Pasientjournalloven er ment å regulere plikter for virksomhetene som pålegges å føre journal. Noen av lovens bestemmelser retter seg mot pasienter og mot helsepersonell, og vil da også gjelde helsetjenesten i deres behandling av personopplysninger.²⁶⁹ Opplysningene som samles inn av en GPS-enhet vil måtte journalføres. Per dags dato er ikke informantene i Oslo kommune kjent med at det er mange som søker om innsyn i opplysningene som behandles av GPS-enheten. I pasientjournaler derimot søkes det en del om innsyn, og opplysningene som brukes i forbindelse med GPS-baserte tjenester vil trolig også ligge her. Uavhengig av om det søkes mye om innsyn i pasientjournalene eller ikke er det avgjørende at pasientene skal ha muligheten til å søke om innsyn dersom de ønsker det. Informantene tror at innsynsforespørsle i opplysningene som behandles ved bruk av GPS kan komme når folk har blitt mer oppmerksomme på personvernforordningen. I disse tilfellene vil nok innsynsspørsmål primært komme fra pårørende.²⁷⁰

Artikkel 12 i personvernforordningen stiller krav til "gjennomsiktig informasjon, kommunikasjon og nærmere regler for utøvelse av den registrertes rettigheter".²⁷¹ Denne artikkelen stiller krav til at informasjonen som nevnes og samles inn ved anvendelse av artikkel 13 og 14, samt kommunikasjon i henhold til art. 15 – 22 og 34, skal fremlegges for den registrerte på en "kortfattet, åpen, forståelig og lett tilgjengelig måte, og på et klart og enkelt språk", jf. art. 12 nr. 1. Denne bestemmelsen kan være utfordrende å etterleve ved bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen, da det ikke er gitt at pasienten er i stand til å forstå hvorfor opplysningene samles inn eller hvorfor det er et behov for å spore pasienten. Dette kan være tilfellet uansett hvor forenklet og klart språket er. Et eksempel kan være en pasient som lider av omfattende demens. Det er likevel ikke alle pasienter som har så omfattende kognitive svikter, og etterlevelse av

²⁶⁹ Helse- og omsorgsdepartementet, "Pasientjournalloven og helseregisterloven", 2014.

²⁷⁰ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁷¹ Jf. personvernforordningen artikkel 12.

bestemmelsen vil trolig ikke være utfordrende i alle tilfeller. Jeg ser dette som en viktig bestemmelse, da bruk av GPS-baserte tjenester er en stor inngripen i privatliv og personvern. Det vil derfor være ekstra viktig å få flest mulig av pasientene til å forstå hvorfor det er nødvendig å bruke denne typen teknologi for at pasienten skal få så god helsehjelp som mulig. Her kan det at pasienter kan velger å motsette seg bruken av GPS-tjenesten komme inn. Dersom helsetjenesten ikke formulerer seg på en god måte og pasienten derfor ikke forstår hvorfor vedkommende skal ha med seg sporingsenheten, vil sannsynligheten være større for at pasienten motsetter seg bruken.²⁷² Se mer om dette ovenfor i kapittel 4.5.1. Det finnes ikke en tilsvarende bestemmelse som omhandler krav til gjennomiktig informasjon og kommunikasjon i personopplysningsloven av 14. april 2000 nr. 31.²⁷³

Personvernforordningen artikkel 17 omhandler retten til sletting av personopplysninger som er samlet inn om den registrerte. Personvernforordningen artikkel 17 nr. 1 innebærer at den behandlingsansvarlige, som her er Oslo kommune, skal slette opplysninger om den registrerte personen dersom et av vilkårene i art. 17 nr. 1 bokstav a – f er oppfylt. Denne delen av bestemmelsen er i stor grad relevant ved bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen, og særlig PVF art. 17 nr. 1 bokstav a. Denne delen av bestemmelsen sier at opplysningene skal slettes dersom ”personopplysningene ikke lenger er nødvendige for formålet som de ble samlet inn eller behandlet for”. Dette innebærer at den behandlingsansvarlige er pålagt å slette opplysninger om den registrerte når de ikke lenger er nødvendige for det opprinnelige formålet. I en situasjon hvor en pasient blir sporet fordi han eller hun forsvinner fra hjemmet sitt, eller det går av en alarm som igangsetter sporing, kan man tenke seg at opplysningene om pasientens posisjon skal slettes når pasienten har kommet til rette. Grunnen til dette er at det ikke lenger vil være nødvendig for pårørende eller alarmsentralen å vite hvor pasienten befant seg på tidspunktet hvor alarmen gikk av når pasienten har kommet til rette. Her vil jeg trekke inn kravene Oslo kommune stiller til leverandørene av GPS-tjenestene vedrørende informasjonssikkerhet. I punktene 4.24 – 4.26 i ”Veiledende bilag til SSA-K”²⁷⁴ stiller kommunen krav til at lokaliseringsdata kun kan lagres i et gitt tidsrom, og at opplysningene deretter skal slettes fortløpende. Dette vil nok innebære at

²⁷² Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁷³ GDPR-expert, ”NORWAY”, art. 12.

²⁷⁴ Se vedlegg 3.

opplysningene vedrørende en pasients posisjon skal slettes så fort opplysningen ikke lenger er nødvendig for å ivareta formålet.²⁷⁵

En av informantene i kommunen oppga at lagringstiden for posisjonsdataene skal skal være mulig å endre på. Nøyaktig hvor lenge disse opplysningene blir lagret var informantene i Oslo kommune noe usikre på.²⁷⁶ Det var likevel sikkerhet rundt at den siste kjente posisjonen til en GPS-enhet, og dermed til en pasient, aldri skal slettes, uansett hvor gammel den er. Dette ble sagt i intervjuet med kommunen, samt at det oppgis i punkt 4.26 i "Veiledende bilag til SSA-K".²⁷⁷ Grunnen til at det er ønskelig at den siste posisjonen alltid er lagret er at man på denne måten kan gå tilbake for å se på hva som har skjedd dersom det for eksempel oppstår en situasjon hvor en dame på 80 har fryst ihjel.²⁷⁸

Personvernforordningens artikkel 19 gir den behandlingsansvarlige en plikt til å underrette den registrerte ved korrigerings, sletting eller begrenset behandling av egne personopplysninger. Dette innebærer at den registrerte har krav på å få informasjon dersom det skjer en endring i personopplysningene den behandlingsansvarlige sitter på. Varslingen vedrørende endringer i personopplysningene kan unntas dersom det krever mer enn fordelene tilsier, eller dersom det er tilnærmet umulig å få varslet den registrerte, jf. PVF art. 19. Det kan være utfordrende for den behandlingsansvarlige å underrette den registrerte om rettinger, slettinger eller begrensninger i situasjoner hvor det behandles personopplysninger om mange pasienter.²⁷⁹ Sett i lys av brukergruppen av GPS-baserte tjenester er det heller ikke gitt at en varslings av slike endringer vedrørende behandling av personopplysninger er hensiktsmessig. Dette vil selvfølgelig variere fra pasient til pasient og hvor stor evne den enkelte pasient har til å forstå innholdet av underrettingen fra den behandlingsansvarlige. Dersom pasienten har mistet samtykkekompetansen er det også verdt å stille spørsmål rundt hvem det er som burde motta underrettingen etter PVF art. 19, og om det i disse tilfellene burde være den

²⁷⁵ Se vedlegg 3.

²⁷⁶ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁷⁷ Se vedlegg 3.

²⁷⁸ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁷⁹ GDPR-expert, "NORWAY", art. 19.

som har kompetanse til å samtykke på vegne av pasienten eller de nærmeste pårørende som burde motta underrettingen.

Informasjonssikkerhet er også et viktig element når det kommer til systemkrav ved bruk av teknologi, og spesielt når det kommer til lagring av personopplysninger og helseopplysninger ved bruk av tjenestene. Informasjonssikkerhet reguleres blant annet i hregl. § 21 og pjl. § 22. Bestemmelsene innebærer at behandlingsansvarlige og databehandlere skal sørge for tilfredsstillende tiltak når det gjelder ivaretagelsen av "konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet ved behandling av helseopplysninger".²⁸⁰ I personvernforordningen nevnes kun informasjonssikkerhet i fortalepunkt nr. 49.

Oslo kommune forholder seg til ISO/IEC 27002 som er en standard for informasjonssikkerhet. I tråd med denne standarden har kommunen utarbeidet et dokument som tar for seg krav til informasjonssikkerhet hos velferdsteknologileverandørene.²⁸¹ Oslo kommune har som behandlingsansvarlig et ansvar for å følge opp at databehandlerne har tilstrekkelig grad av informasjonssikkerhet.

Ved intervjuet med Oslo kommune fikk jeg vite at GPS-enheten stort sett kun kjenner sin egen posisjon, og at data ikke lagres på enheten. Selve GPS-enheten er med dette ganske uinteressant, da alt den gjør er å beregne posisjon eller sette opp en samtale. Enheten kommuniserer med et bakenforliggende system, og er med dette en del av en verdikjede. Det er i systemet som GPS-enheten kommuniserer med at pasienten registreres, og vedkommende kobles til en eller flere bestemte GPS-enheter. I systemet registreres person, navn og adresse. Informanten er usikker på om personnummer registreres i systemet. Lokaliseringsinformasjonen lagres også i systemet enheten kommuniserer med. Det kan være store utfordringer ved at alt lagres i dette systemet, fordi det ofte blir lagret i en skyløsning. Informanten sier at alt som behandles av informasjon skjer i systemet bak, noe som vil si at det er her informasjonssikkerhetstiltakene må ligge.²⁸² Når det er snakk om at en GPS-enhet har informasjon om pasientens helse eller dersom en behandler personopplysninger, siktes det altså til systemet bak enheten. Dette viser

²⁸⁰ Jf. pjl. § 22 første ledd.

²⁸¹ Se vedlegg 2.

²⁸² Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

viktigheten bak å ha gode databehandleravtaler, slik at den behandlingsansvarlige kan være sikker på at opplysningene er tilstrekkelig sikret. Det viser også viktigheten av at den behandlingsansvarlige fra tid til annen kontrollerer databehandlernes behandling av opplysningene, slik at de oppdager eventuelle brudd på avtalen.

Ved bruk av GPS-tjenester lagres ikke opplysningene som samles inn av GPS-enheten i kommunens eget pasientjournalssystem. Informantene oppga at personopplysninger og andre opplysninger som hovedregel ligger i en sikker sone i kommunens eget pasientjournalssystem når opplysningene lagres der.²⁸³ Kommunen opplever at det er en helt annen modenhet knyttet til det å behandle og lagre pasientopplysninger på en sikker måte i deres eget pasientjournalssystem enn hva det er hos de ulike velferdsteknologileverandørene.²⁸⁴ Kommunen har derfor laget en kravliste når det kommer til informasjonssikkerhet som de bruker generelt for velferdsteknologileverandører.²⁸⁵ I den pågående anskaffelsesprosessen av ny leverandør av GPS-tjenester er det en lignende kravliste til informasjonssikkerhet og personvern.²⁸⁶ Kravene som står i anskaffelsesdokumentet "Veiledende bilag til SSA-K"²⁸⁷ samsvarer tydelig med kravene i dokumentet "Krav til informasjonssikkerhet".²⁸⁸

På grunnlag av dokumentene nevnt i forrige avsnitt foretas en kartlegging av velferdsteknologileverandøren i form av en sikkerhetsgjennomgang, hvor Oslo kommune finner ut hvordan deres styringssystem for informasjonssikkerhet er. De ser da på hvor data behandles geografisk sett, og om opplysningene lagres i en sky eller lignende. De ser også på sikringstiltak i forhold til de dataene som behandles, for eksempel om det er mulig å lagre helseopplysninger i selve lokaliseringssystemet. Dersom dette er mulig vil kommunen stille et høyere krav til sikkerhet rundt lagring og behandling av helseopplysninger enn ved behandling av kun posisjonsdata eller vanlige personopplysninger.

²⁸³ Gerica.

²⁸⁴ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁸⁵ Se vedlegg 2.

²⁸⁶ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁸⁷ Se vedlegg 3.

²⁸⁸ Se vedlegg 2.

Kommunen stiller krav på flere områder innen informasjonssikkerhet. Blant annet at opplysningene ikke lagres lenger enn det avtalen tilsier, at loggene sikres mot innsyn, at endring og sletting ikke foretas av uautoriserte personer og at det logges hvilke ansatte som har vært inne i systemet. Kravene til informasjonssikkerhet inngår i databehandleravtalene, og leverandørene av velferdsteknologiene plikter å behandle all informasjon i henhold til avtalen. Kommunen følger også opp om leverandørene overholder kravene til informasjonssikkerhet.²⁸⁹

Det er også viktig at det foreligger rutiner når det kommer til behandling av posisjonsdata ved alarmsentralene. Overvåking av pasienten er ved alarmsentralene mulig til alle døgnets tider, også når det ikke er et akutt behov for å kjenne pasientens posisjon. I Oslo kommunes sikkerhetsgjennomgang vedrørende krav til informasjonssikkerhet hos leverandørene av velferdsteknologi kan det at ansatte ved alarmsentralene til enhver tid kan se hvor en pasient befinner seg se ut til å være i uoverensstemmelse med kravene i rapporten. Ifølge rapporten skal det foreligge en aksesskontroll, som innebærer at ansatte kun skal ha tilgang til opplysninger som er nødvendige ut fra tjenstlige behov. I tilfeller med bruk av GPS-baserte tjenester vil dette være når det utløses en alarm eller pårørende tar kontakt med alarmsentralen for å melde pasienten savnet.²⁹⁰ Selv om ansatte har tilgang til opplysningene til enhver tid betyr ikke det at en skal gå inn å sjekke opplysninger om en pasient bare for moroskyld.²⁹¹ I hvilken grad de pårørende overvåker pasienten kan være vanskelig å regulere, og burde i stor grad bero på en avtale mellom de pårørende og pasienten. Når det gjelder alarmsentralene burde det være strenge krav når det kommer til å kunne få tilgang til å se en pasients posisjon. En fysisk sperre som gjør at det ikke er mulig å se posisjonen til pasienten med mindre det utløses en alarm ville vært et godt alternativ. Dersom en pasient skal kunne spores til enhver tid kan det ikke være en slik fysisk sperre, men dette er noe som burde stilles inn automatisk ut fra avtalen med den enkelte pasient og denne pasientens pårørende. Det ser endog ikke ut til at dette er tilfellet, og at alarmsentralene kan gå inn og se på pasientenes posisjon uavhengig av en alarm.²⁹²

²⁸⁹ Se vedlegg 2.

²⁹⁰ Se vedlegg 2.

²⁹¹ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁹² NRK, "Dagsrevyen".

Det jobbes også med å utdanne og bevisstgjøre de som jobber i Helseetaten og i bydelene når det kommer til informasjonssikkerhet og personvern. Dette for at de som daglig jobber med behandling av personopplysninger i forbindelse med GPS-tjenestene skal være beredt til å møte utfordringene som innføringen av den nye personvernforordningen kan skape. I tillegg jobber de med etablering av et forvaltningsregime som skal omfatte hendelser knyttet til personvern og informasjonssikkerhet.²⁹³ Her kan jeg se for meg at de som jobber i helsetjenesten, i bydelene og ved alarmsentralene kan registrere hendelser ved for eksempel brudd på informasjonssikkerheten og personvernet ved at uvedkommende har fått tilgang til opplysninger om en pasient eller lignende hendelser.

Innebygget personvern²⁹⁴ blir også et krav med personvernforordningen, jf. PVF art. 25 og fortalepunkt nr. 78. En av informantene i Oslo kommune oppgir at de stiller krav til velferdsteknologileverandører om at de skal bruke innebygget personvern når de utvikler tjenesten.²⁹⁵ Dette kommer også frem i punkt 4.2 i "Veiledende bilag til SSA-K"²⁹⁶ som er kravspesifikasjonen til anskaffelsen av ny GPS-leverandør i Oslo kommune. Her oppgis det at leverandøren skal benytte seg av innebygget personvern i tråd med Datatilsynets veileder²⁹⁷ på området. Dersom kravene ikke er på plass når databehandleravtalen signeres må leverandøren fremlegge dokumentasjon på hvordan kravene skal gjennomføres før personvernforordningen trer i kraft. I utgangspunktet er det leverandøren selv som er forpliktet til å følge kravene til innebygget personvern, men Oslo kommune ettergår dette for å kontrollere at de faktisk forstår hva det innebærer, og at de retter seg etter kravene som stilles. Modenheten hos de ulike velferdsteknologileverandørene knyttet til innebygget personvern er svært varierende.²⁹⁸ Innebygget personvern vil være viktigst i systemet som er knyttet opp

²⁹³ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

²⁹⁴ Innebygget personvern innebærer at det skal tas hensyn til personvernet ved alle steg i en utviklingsprosess. Et eksempel på innebygget personvern er at personvern er standardinnstilling, ved at man ikke samler inn flere personopplysninger enn det som er nødvendig.

²⁹⁵ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

²⁹⁶ Se vedlegg 3.

²⁹⁷ Se <https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-skjema/lage-nye-losninger/innebygd-personvern/>

²⁹⁸ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

mot GPS-enhetene, siden det er her alle personopplysninger og eventuelle helseopplysninger om pasienten er lagret.²⁹⁹

Oslo kommune har et pågående arbeid for å komme i overensstemmelse med personvernforordningens krav til sporingssystemet. Siden personvernforordningen strammer inn kravene når det kommer til blant annet lovlig behandling av særlige kategorier av personopplysninger³⁰⁰, vil det trolig følge et krav om strengere sikkerhet rundt bruk og lagring av opplysningene. Kommunen har på bakgrunn av implementeringen av forordningen foretatt sikkerhetsgjennomganger av leverandører av GPS-baserte tjenester.³⁰¹ Her vil det blant annet være snakk om leverandørene Safemate og Doro. En av informantene i Oslo kommune oppgir at personvernforordningen og dens krav til behandling av personopplysninger kommer som et sjokk for leverandørene av velferdsteknologier. Det handler ikke nødvendigvis om forordningen som sådan, men om hvorvidt leverandørene er i tråd med dagens personvernlovgivning.³⁰² Sikkerhetsgjennomgangen er derfor foretatt for å finne frem til eventuelle uoverensstemmelser med både dagens personvernlovgivning og personvernforordningens bestemmelser.

Oslo kommune har i forbindelse med dette gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser). Slike analyser gjennomføres for å kartlegge sannsynligheten for og konsekvenser av uforutsette hendelser som kan finne sted.³⁰³ Et eksempel på dette kan være at en pasient glemmer å lade GPS-enheten sin, eller dersom et langvarig strømbrudd fører til at enheten ikke kan lades opp. ROS-analysen er i hovedsak en kvalitativ risikovurdering. Risikoanalyser kan være hensiktsmessige å gjennomføre når man skal ta i bruk ny teknologi for å vurdere risiko av menneskelig og teknisk karakter, og for å redusere uønskede hendelser. ROS-analysen innebærer at man definerer ulike uønskede hendelser som kan finne sted, årsaker for hendelsen, hyppighet, skadebegrensning osv.³⁰⁴ Siden Oslo kommune har en pågående ROS-analyse³⁰⁵ av sine

²⁹⁹ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

³⁰⁰ Jf. PVF art. 9.

³⁰¹ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

³⁰² Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

³⁰³ Brudvik, "ROS-analyse".

³⁰⁴ Brudvik, "ROS-analyse".

³⁰⁵ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

leverandører går jeg ut fra at det her er snakk om en risikovurdering knyttet opp mot hendelser hos den gitte leverandøren, for eksempel ved brudd på sikkerhetsrutiner knyttet til lagring av helseopplysninger. På denne måten kan kommunen se hva de ulike leverandørene er gode på og hvilken leverandør som fremstår som mest sikker å bruke når det gjelder GPS-tjenester i eldreomsorgen.

4.7 Videre bruk av GPS-tjenester

Både pasienter, pårørende og helsetjenesten ser ut til å synes at bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen fungerer godt. Det er derfor god grunn til å tro at bruken av tjenestene vil komme til å fortsette i fremtiden. Det kan endog være behov for endring på noen områder, og nedenfor vil jeg nevne områder som allerede er i endring eller som det er et ønske om at skal endres.

Ved en økende bruk av GPS-baserte tjenester i Oslo kommune vil arbeidsmengden knyttet til informering, innsamling og lagring av samtykkeerklæringer vokse i takt med dette. Oslo kommune ønsker derfor å lage en løsning for samtykke som gjelder alle typer velferdsteknologier som GPS-tjenester er en del av.³⁰⁶ I tillegg til at det er mange pasienter som mangler samtykkekompetanse er det andre utfordringer knyttet til selve samtykket. Det er tid- og ressurskrevende å innhente samtykke for hver pasient som skal benytte seg av GPS-tjenester. Dette kan føre til en form for "samtykke-tretthet" og en stor arbeidsbelastning for de behandlingsansvarlige og databehandlerne som må informere, samle inn og lagre samtykkeerklæringer.³⁰⁷

Målet om å få flere pasienter til å ta i bruk GPS-teknologi som ledd i utøvelse av helsetjenester vil føre til at det må innhentes enda flere samtykker. Ved utvikling av en slik tjeneste vil alt knyttet til samtykket være på ett sted. Dersom løsningen blir elektronisk med en form for "min side"-løsning, vil pasienter og pårørende også kunne logge seg inn for å se hvilke typer teknologier det er samtykket til å bruke. Selv om dette en dag kan bli en realitet, vil jeg gå ut fra at arbeidet med å informere pasienter og pårørende om hvordan tjenestene fungerer, hvilke konsekvenser bruken av tjenestene

³⁰⁶ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

³⁰⁷ Personlig kommunikasjon i e-post fra Rune Schumann, 11.04.2018.

har for pasientene osv. må formidles fra en fysisk person. Dette vil nok i større grad gjelde pasienter med relativt omfattende kognitive svikter, fordi disse pasientene sannsynligvis vil respondere bedre på en person som forklarer de ulike sidene ved teknologien. Da vil vedkommende få en forklaring av tjenesten ut i fra evne og forståelse, slik at pasienten skjønner hva det vil innebære å samtykke.³⁰⁸ Selv om ikke alt kan gjøres elektronisk vil det likevel lette arbeidsmengden knyttet til utforminger, innsamling og lagring av samtykkeerklæringer.

I fremtiden kan det være hensiktsmessig for kommunen å sørge for at det er større klarhet vedrørende hva som er et gyldig samtykke og annet gyldig rettslig grunnlag blant helsetjenesten og andre som jobber med bruk av GPS-tjenester. Etterlevelsen av regelverkene på området kan være utfordrende, da det er et stort antall lover som kan gjøres gjeldende i ulike situasjoner. For jurister og andre med god kunnskap om lovgivningen vil dette trolig ikke være noe problem, men denne spesialkompetansen mangler gjerne de som jobber med bruk av GPS-tjenester, da de ofte har tatt utdanning innen helse. Dette tilsier at personene som jobber med tjenestene og som derfor aktivt må bruke lovgivningen i sin arbeidsdag ikke har spesielt god kunnskap om juss, juridiske begreper eller hvordan lovteksten skal anvendes. Det oppleves ofte som vanskelig for ikke-jurister å forstå og bruke lovgivningen på grunn av de mange vage og skjønnsmessige begrepene,³⁰⁹ og ordlyden i lovteksten krever at det benyttes rettsdogmatisk metode for å tolke lovteksten. Dette kan være problematisk for tjenesteutøvere uten juridisk kompetanse, som for eksempel sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere osv.³¹⁰

Det er laget flere veiledere og rundskriv av Kommunenes Sentralforbund (KS), Helsedirektoratet og Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. Til tross for dette, har Oslo kommune erfart at det har oppstått tvil blant tjenesteutøvere vedrørende blant annet om samtykke kan regnes som tilstrekkelig rettslig grunnlag for bruk av ulike typer velferdsteknologier. Kommunen mener at det er et forbedringspotensial når det kommer til å utforme veiledere og rundskriv slik at de blir enda mer forståelige for

³⁰⁸ Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

³⁰⁹ Personlig kommunikasjon via e-post med Rune Schumann, 11.04.2018.

³¹⁰ Personlig kommunikasjon via e-post med Rune Schumann, 11.04.2018.

tjenesteutøvere. Dette vil minske antall situasjoner hvor det oppstår tvil om viktige temaer når det kommer til bruk av GPS-teknologien.³¹¹

Arbeidet med utarbeidelser av gode veiledere og rundskriv som kan gi svar på ulike problemstillinger knyttet til rettslig grunnlag i forbindelse med GPS-tjenester vil være viktig i fremtiden. Veilederne og rundskrivene må tilpasses bakgrunnen til de som vil benytte seg av dokumentene som et hjelpemiddel for å utøve sitt daglige arbeid. I takt med at bruken av velferdsteknologier vokser vil det ikke være særlig hensiktsmessig dersom spørsmål vedrørende rettslig grunnlag og lignende øker i takt med dette, da det vil kreve unødvendig mye ressurser knyttet til å svare på slike spørsmål.

Under intervjuet med Oslo kommune fikk jeg vite at de er i sluttspurten av en anskaffelsesprosess for et nytt system for sporing.³¹² Dette innebærer at det om relativt kort tid ikke lenger vil være de teknologiene jeg beskriver som vil være de gjeldende i helsetjenesten i Oslo kommune, jf. ovenfor i kapittel 4.2. I "Veiledende bilag til SSA-K"³¹³ har kommunen identifisert mange forskjellige krav knyttet til teknologien og lokaliseringseenhetene som skal leveres, informasjonssikkerhet, personvern og hva som må til for at det aktuelle systemet skal godkjennes til bruk i helsetjenesten. Informantene i Oslo kommune kunne ikke gi noe spesifikk informasjon om hvilken leverandør de skal benytte seg av i fremtiden, så dette vil bli spennende å følge med på.

³¹¹ Personlig kommunikasjon i e-post med Rune Schumann, 11.04.2018.

³¹² Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018.

³¹³ Se vedlegg 3.

5 Avslutning

I denne oppgaven har jeg gått gjennom ulike typer teknologier som kan benyttes som et hjelpemiddel ved utøvelse av helsehjelp i regi av helsetjenesten. Jeg gikk først inn på den relevante teknologien på området. Her har jeg i hovedsak fokusert på GPS-teknologien, da denne har vist seg å være hensiktsmessig å benytte ved bruk av sporingstjenester i eldreomsorgen. GPS er den mest utbredte teknologien ved sporing i eldreomsorgen, og det var derfor naturlig å ta for seg denne. I tillegg har jeg gått inn på teknologier som kan benyttes i kombinasjon med GPS. Ved bruk i eldreomsorgen har det vist seg at det er nødvendig å kunne kommunisere via sporingsenheten. Safemate og Doro Care som begge benyttes i Oslo kommune har til felles at de benytter GPS som hovedteknologi. I tillegg benytter Safemate seg av GSM, og Doro Care benytter seg av AGPS. At GPS og GSM kombineres på ulike måter i de forskjellige sporingssystemene gjør toveiskommunikasjon mellom pasienter, pårørende og alarmsentral. Kombinasjonen GPS og GSM har også vist seg å eliminere mange av feilkildene som kan oppstå ved bruk av kun GPS. Slike feilkilder er blant annet GPS-tjenestens dårlige penetreringsevne og at oppkoblingstiden til GPS-satellittene kan minimeres kraftig ved bruk av GSM-nettet til posisjonering.

Jeg har også sett på den relevante lovgivningen på området, og kartlagt hvilke lover og bestemmelser som er mest relevante ved bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen. Jeg har trukket frem pasient- og brukerrettighetsloven og personvernforordningen som de to aller viktigste lovene. Grunnen til dette er at de to lovene regulerer behandling av ulike typer personopplysninger. Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer behandling av personopplysninger som behandles i forbindelse med utøvelse av helsehjelp. Dermed er det pasient- og brukerrettighetsloven som benyttes som rettslig grunnlag når behandlingen av personopplysninger kan falle inn under definisjonen av "helsehjelp" i pbrl. § 1-3 bokstav c. Personvernforordningen regulerer behandlingen av personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger når behandlingen ikke kan regnes som helsehjelp. Dette innebærer at personvernforordningens krav til behandling av personopplysninger gjelder dersom det ikke er snakk om helsehjelp. Personvernforordningens krav til systemet, som innsynsbestemmelsene, kravene til

innebygget personvern og rett til informasjon gjelder uavhengig av om det er snakk om helsehjelp eller ikke.

I kapittel 4 om bruk av GPS-tjenester i Oslo kommune har jeg vært innom flere forskjellige temaer. Jeg startet med å gå gjennom ansvarsfordelingen ved bruk av GPS-tjenester som ledd i eldreomsorgen. Her er det pasienten, pårørende, hjemmetjenesten og alarmsentralene som er de viktigste aktørene når det kommer til den daglige bruken av tjenestene. Den behandlingsansvarlige og databehandlerne er også viktige ved bruken av tjenestene, men på et mer overordnet nivå. De har ikke så mye å gjøre med den daglige bruken, men skal sørge for at tjenestene tilfredsstiller krav når det kommer til informasjonssikkerhet, personvern osv.

Deretter drøftet jeg de konkrete bestemmelsene som er aktuelle for bruk av GPS-baserte tjenester i eldreomsorgen. Jeg har trukket frem samtykke som det mest aktuelle og ønskede rettslige grunnlaget. Dette beror på flere faktorer. Den første er at det i hovedsak er ønskelig at pasienter som har mulighet til det skal samtykke til den helsehjelpen eller de helsetjenestene de mottar. Det fremkommer i pbrl. § 4-1 at helsehjelp kun skal gis når pasienten har samtykket til dette, eller dersom det foreligger annet rettslig grunnlag for helsehjelpen. En av fordelene med at pasienten samtykker er at vedkommende kan trekke samtykket tilbake dersom vedkommende ikke ønsker å motta den konkrete helsetjenesten lenger. Dette kan også være en ulempe, spesielt dersom en pasient trekker tilbake samtykket til en type helsehjelp som det virkelig er behov for at pasienten mottar.

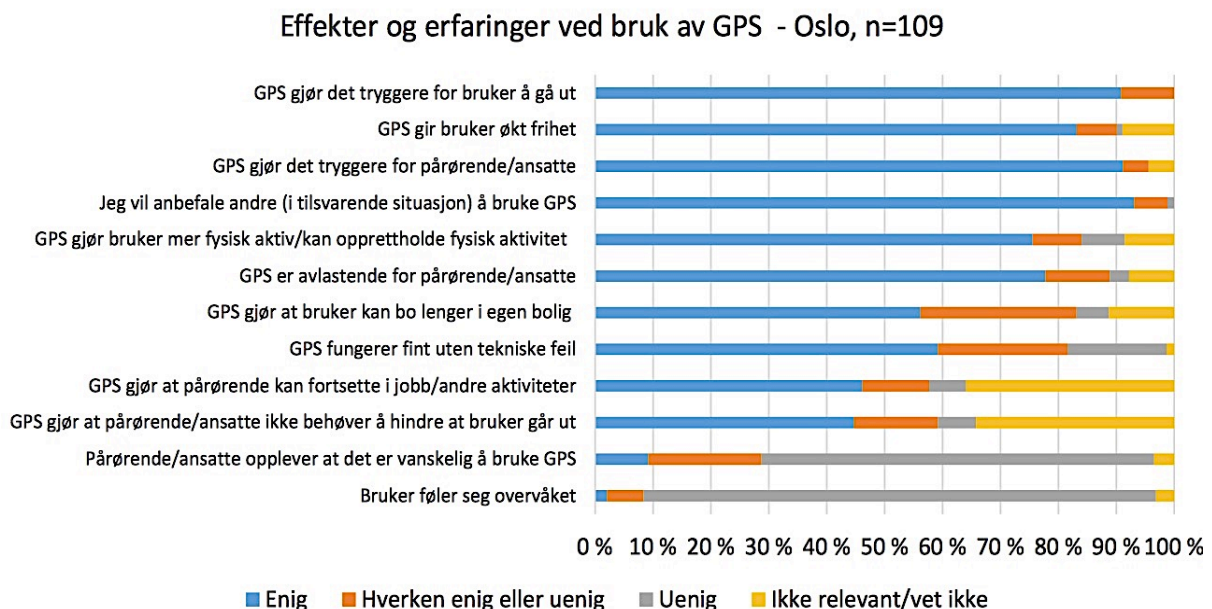
Samtykke etter personvernforordningen er relevant ved behandling av personopplysninger i tilfeller hvor det ikke er snakk om ytelse av helsehjelp. At samtykke er det mest ønskelige rettslige grunnlaget kom også frem i forbindelse med e-post-korrespondanse og intervju med Oslo kommune. Jeg tok også for meg pbrl. § 4-6a som er den mest relevante bestemmelsen ved bruk av GPS-tjenester hos pasienter som ikke har samtykkekompetanse. Bestemmelsen ble trukket frem som det viktigste alternative rettslige grunnlaget ved kommunikasjon med Oslo kommune.³¹⁴ Denne

³¹⁴ Personlig kommunikasjon i e-post med Oslo kommune, 11.04.2018.

bestemmelsen er svært viktig fordi den gir helsepersonell myndighet til å kunne beslutte at en pasient uten samtykkekompetanse skal ta i bruk GPS-tjenester.

Jeg vurderte også alternative rettslige grunnlag i særlovgivningen og i personvernforordningen, og når de ulike rettslige grunnlagene vil være relevante ved bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen. I tillegg til det rettslige grunnlaget ved behandling av personopplysninger har jeg tatt for meg bestemmelser som stiller krav til systemet. Her fokuserte jeg mye på kravene til informasjonssikkerhet og innebygget personvern i tjenestene. Jeg drøftet også litt rundt tiltak som kan gjennomføres for å få bedre informasjonssikkerhet ved alarmsentralene.

Avslutningsvis vil jeg trekke frem denne figuren som er laget ut fra resultatene av en spørreundersøkelse som ble gjennomført i Oslo kommune i samarbeid med SINTEF. Den viser effekter og erfaringer til pårørende og ansatte i helsetjenesten med bruk av GPS.³¹⁵ Søylene i figuren viser hvor mange prosent som har svart at de er enig, uenig, verken enig eller uenig eller ikke relevant/vet ikke.



³¹⁵ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "Effekter og erfaringer til pårørende og ansatte i tjenesten med bruk av GPS", side 24.

Figur 7: Effekter og erfaringer til pårørende og ansatte i tjenesten med bruk av GPS³¹⁶

Brukerundersøkelsen viser at 90 % mener at GPS gjør det tryggere for pasienten å gå ut. Muligheten til å ha med seg en GPS-enhet viser seg å være en trygghet for pasienten selv, ansatte i helsetjenesten og pårørende, da de ikke trenger å bekymre seg for at pasienten skal gå seg bort.³¹⁷ Dette viser at pasienten ved bruk av GPS har muligheten til å opprettholde trygghet, føle mestring ved å kunne gå tur alene og med dette opprettholde sitt ønskelige aktivitetsnivå. Undersøkelsen viser også at GPS gjør det tryggere for pårørende og ansatte, samt at 90 % av brukerne vil anbefale bruk av GPS til andre. Det er få pasienter som svarer at de synes at bruk av GPS-tjenester gjør at de føler seg overvåket. De aller fleste synes det er bedre at pårørende og alarmsentralene kan se hvor de er, sammenlignet med alternative scenarioer som kan bli en realitet dersom de ikke har med seg en GPS-enhet.

Alle punktene i figur 7 ovenfor kan sies å dekke formålet i hol. § 1 om å legge til rette for mestring av sykdom, fremme sosial trygghet, sikre at pasientene får bo selvstendig og at de skal ha en aktiv og meningsfylt hverdag osv. Det viser seg at de aller fleste er positive til bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen, på grunn av alle fordelene pasientene som benytter seg av tjenesten opplever å få. De aller fleste pasienter, pårørende og ansatte i helsetjenesten synes at bruk av GPS-tjenester i eldreomsorgen fungerer svært godt, men det er likevel viktig å ikke glemme de negative følgene bruk av teknologien kan ha. GPS-tjenester kan blant annet oppfattes som en innskrenkning av pasientens privatliv, ved at det er noen som kan vite hvor du befinner deg til enhver tid eller i gitte tilfeller. Det må derfor foretas en interesseavveining mellom pasientenes rett til privatliv og pasientenes vitale interesser før GPS-teknologi tas i bruk. En annen ulempe er at teknologien til tider kan være ustabil, og at man derfor bør være forsiktig med å stole blindt på den. Det er også svært viktig at bruk av teknologi ikke går på bekostning av den mellom-menneskelige kontakten som vi mennesker er avhengige av. Nærhet og omsorg oss mennesker i mellom vil vanskelig kunne erstattes av maskiner og teknologi, men det kan hjelpe oss med å effektivisere og øke kvaliteten på tjenestene som tilbys. Ved økt bruk av

³¹⁶ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "Effekter og erfaringer til pårørende og ansatte i tjenesten med bruk av GPS", side 24.

³¹⁷ Øderud, Ausen, Aketun, Thorgersen, "Effekter og erfaringer til pårørende og ansatte i tjenesten med bruk av GPS", side 25.

teknologiske løsninger er det derfor svært viktig å finne en balansegang mellom bruk av teknologi og menneskelig kontakt.

Litteraturliste

Litteratur

Boe, Erik Magnus. *Grunnleggende juridisk metode – En introduksjon til rett og rettstenking* (3. utgave). Oslo. Universitetsforlaget, 2012.

Gu, Guifen & Peng, Guili. "The Survey of GSM Wireless Communication System". *International Conference on Computer and Information Application*. 07.11.2017. <http://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?arnumber=6141552>

IT IP Law Group Europe. "GDPR-expert, a unique tool to analyze the new EU Regulation on personal data". 04.12.2017. <https://www.gdpr-expert.com/article.html?mid=15&id=5#textesofficiels>

Jacobsen, Dag Ingvar. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo. Cappelen Damm Akademisk, 2015.

Kleusberg, Alfred & Langley, Richard B. *The Limitations of GPS*. 01.02.2018. <http://gauss.gge.unb.ca/gpsworld/EarlyInnovationColumns/Innov.1990.03-04.pdf>

Leica Geosystems AS. "Introduction to GPS (Global Positioning System)". 19.10.2017. <http://www.utdallas.edu/~aiken/GPSCLASS/GPSBasics.pdf>

Salvemini, Mauro. *Global Positioning System*. Science Direct. 06.11.2017. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080970868720228>

Schartum, Dag Wiese. *Fra lovtekst til programkode – utvikling av rettslige beslutningssystemer i elektronisk forvaltning*. 2012. <http://www.uio.no/studier/emner/jus/afin/FINF4001/h11/Fra%20lovtekst%20til%20programkode%202011-1.pdf>

Schartum, Dag Wiese og Bygrave, Lee A. *Personvern i informasjonssamfunnet – En innføring i vern av personopplysninger*. 3. utgave. Oslo: Fagbokforlaget, 2016.

Schartum, Dag Wiese., Hannemyr, Gisle & Tranvik, Tommy. Use of personal location data by the police – technologies, experiences and assessment of effects. *Complex* 1/2014. 17.01.2018.

http://www.complexserien.net/sites/complexserien/files/Complex_1_2014_materie_20140219.pdf

Zandbergen, Paul A. & Barbeau, Sean J. "Positional Accuracy of Assisted GPS Data from High-Sensitivity GPS-enabled Mobile Phones". *The Journal of Navigation*. 31.10.2017. https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E1EE20CD1A301C537BEE8EC66766B0A9/S0373463311000051a.pdf/positional_accuracy_of_assisted_gps_data_from_highsensitivity_gpsenabled_mobile_phones.pdf

Ørderud, Tone., Ausen, Dag., Aketun, Sigrid & Thorgersen, Morten. "GPS for trygghet, frihet og mestring". SINTEF, 2017. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/samspill-oslo---sluttrapport-2017.pdf>

Ørderud, Tone., Aketun, Sigird & Grut, Lisbet. "Samspill – GPS i Oslo – Pilotering av Trygghetspakke 3". SINTEF, 2015. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a27121-samspill---gps-i-oslo---trygghetspakke-3.pdf>

Nettsider

Brudvik, Marie. "ROS-analyse". Helsebiblioteket. 22.10.2010.

<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/ros-analyse>

Datatilsynet. "EUs personvernreform". 26.02.2018.

<https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-skjema/nye-personvernregler/eus-personvernreform-/>

Datatilsynet. "*Hvem må ha personvernombud?*". 19.05.2018.

<https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-skjema/veiledere/personvernombudsordningen-etter-nytt-regelverk/hvem-ma-ha-personvernombud>

Datatilsynet. "*Velferdsteknologi*". 20.12.2017. <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/forskning-helse-og-velferd/velferdsteknologi/>

Datatilsynet. "*Om Datatilsynet*". 17.04.2018.

<https://www.datatilsynet.no/om-datatilsynet/>

Datatilsynet. "*Personvernombud etter nytt regelverk*". 19.05.2018.

<https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-skjema/veiledere/personvernombudsordningen-etter-nytt-regelverk/?id=7451>

Doro Care. "*Doro Care*". 26.04.2018. <http://care.doro.no/doro-care/>

EU GDPR. "*GDPR Portal: Site overview*". 13.09.2017. <http://www.eugdpr.org>.

Europalov – følger EØS- og Schengen-saker fra EU til Norge. "*Om EU-rettsaktene*".

19.01.2018. <http://www.europalov.no/laer-mer/eu-rettsaktene>

Esri. "*Differential GPS Explained*". 25.10.2017.

<http://www.esri.com/news/arcuser/0103/differential1of2.html>

Kartverket. "*GPS og GNSS*". 22.03.2017. <http://www.kartverket.no/kunnskap/posisjon-og-navigasjon/GPS-og-GNSS/>.

Kartverket. "*Romvær og posisjonstjenester*". 25.10.2017.

<https://www.kartverket.no/Kunnskap/Posisjon-og-navigasjon/Romvar-og-posisjonstjenester/>

Kystverket. "Radionavigasjon (DGPS)". 25.10.2017.

<http://www.kystverket.no/Maritime-tjenester/Meldings--og-informasjonstjenester/Radionavigasjon-DGPS/>

Nasjonal Kommunikasjonsmyndighet. "Geodetiske koordinater". 08.01.2018.

<https://www.nkom.no/teknisk/radiolinje-satelitt-og-pmse/punkt-til-multipunkt/geodetisk-datum>

Nesh, Daniel. *Using GSM Signals (LBS) for acquiring location*. Navixy. 02.11.2017.

<https://www.navixy.com/blog/using-gsm-signals-lbs-for-acquiring-location/>

Regjeringen. "Ny personopplysningslov og innlemmelse i EØS-avtalen". 06.03.2018.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/lov-og-rett/innsikt/ny-personopplysningslov-og-innlemmelse-i-eos-avtalen/id2592984/>

Safemate. "Safemate = Trygghetsalarm + GPS-tracker". 07.04.2017.

<https://www.safemate.no>

Scandinavian. "Assistert GPS (A-GPS)". 30.03.2017.

<http://scandinavian.blogs.com/agps/>.

Wikipedia. "GSM". 16.05.2018. <https://no.wikipedia.org/wiki/GSM>

Forarbeider, stortingsmeldinger, NOUer mv.

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

Prop. 90 L (2012-2013). Oslo. 2013.

<https://lovdata.no/pro/#document/PROP/forarbeid/prop-90-l-201213?from=NL/lov/1999-07-02-63/>.

Helse- og omsorgsdepartementet. "Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop. 91 L (2013-2014). Oslo.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaaa5e4b6b34d9581e4c0e34d8ea4beb/no/pdfs/prp201020110091000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. "Pasientjournalloven og helseregisterloven". Oslo. 07.03.2018. https://lovdata.no/pro/#document/PROP/forarbeid/prop-72-l-201314/*

Helse- og sosialdepartementet. "Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)". Ot.prp.nr.13 (1998-1999). Oslo.
https://lovdata.no/pro/#document/PROP/forarbeid/otprp-13-199899/KAPITTEL_2

Høringsnotat fra Justis- og beredskapsdepartementet. "Ny personopplysningslov – gjennomføring av personvernforordningen i norsk rett". Oslo, Lovavdelingen, 2017.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/c907cd2776264a6486b8dd3ee00a4e3d/horingsnotat--ny-personopplysningslov--gjennomforing-av-personvernforordningen-i-norsk-rett.pdf>

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen. "Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv.". Prop. 90 L (2012-2013). Oslo.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2012-2013/inns-201213-311/1/>

Justis- og beredskapsdepartementet. NOU 2015:13 "Digital sårbarhet – sikkert samfunn". Oslo.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/fe88e9ea8a354bd1b63bc0022469f644/no/pdfs/nou201520150013000dddpdfs.pdf>

Justis- og beredskapsdepartementet. "Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) og samtykke til deltakelse i en beslutning i EØS-komiteen om innlemmelse av forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) i EØS-avtalen". Prop. 56 LS (2017-2018). Oslo, 2018.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1a36e88f124d4a1ea92a9c790be2d69a/no/pdfs/prp201720180056000dddpdfs.pdf>

Justis- og beredskapsdepartementet. "Uoffisiell norsk oversettelse av personvernforordningen". Oslo, 2017. 07.02.2017.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/c907cd2776264a6486b8dd3ee00a4e3d/uoffisiell-norsk-oversettelse-av-personvernforordningen.pdf>

Lover

Lov av 17. mai 1814 om Kongeriket Norges grunnlov. 23.01.2018.
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1814-05-17-nn/§102>

Lov av 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. 23.01.2018. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-05-21-30>

Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. 15.10.2017.
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63>.

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell. 20.12.2017.
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/§4>

Lov av 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger. 15.10.2017.
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2000-04-14-31>.

Lov av 19. mai 2006 nr. 16 om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd. 19.04.2018.
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2006-05-19-16?searchResultContext=1134>

Lov av 26. mars 2010 nr. 9 om vergemål. 18.04.2018.

<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2010-03-26-9/§22>

Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. 15.10.2017.

<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov av 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp.

11.01.2018. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2014-06-20-42>

Lov av 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger.

11.01.2018. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2014-06-20-43>

Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 of April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation)

Medier

GIS Commons. "GIS Commons". Figur. 07.03.2018.

<http://giscommons.org/chapter-2-input/>

NASA. "GPS-constellation". Figur. 14.02.2018.

<https://www.nasa.gov/directorates/heo/scan/communications/policy/GPS.html>

NRK. "Dagsrevyen". Film. 26:14. 07.10.2017.

<https://tv.nrk.no/serie/dagsrevyen/NNFA02100717/07-10-2017>

Safemate. "Produkter". Bilde. <https://www.safemate.no/produkter/>

Schartum, Dag Wiese., Hannemyr, Gisle & Tranvik, Tommy. "Use of personal location

data by the police – technologies, experiences and assessment of effects”. Figur.
CompLex 1/2014. 17.01.2018.

Dokumenter

Safemate. ”Safemate Trigger One – Mobil trygghetsalarm med GSM og GPS”.

Safemate. ”Safemate Trigger Two – Mobil trygghetsalarm med GSM og GPS”.

Safemate. ”Safemate Track One – Mobil trygghetsalarm med GSM og GPS”.

Personlig kommunikasjon

Personlig kommunikasjon i e-post fra Oslo kommune, 11.04.2018

Personlig kommunikasjon ved intervju med Oslo kommune, 27.04.2018

Oversikt over figurer

Figur 1: illustrasjon av teknologiske, sosiale og normative aspekter ved bruk av lokaliserings- og sporingsteknologier, side 29

Figur 2: generering av opplysninger ved bruk av en sporingsenhet, side 31

Figur 3: GPS-satellittene og deres baner rundt jorden, side 35

Figur 4: GPS-signaler, side 37

Figur 5: Forholdet mellom den relevante lovgivningen ved bruk av lokaliserings- og sporingsteknologier, side 49

Figur 6: Organisering av GPS-baserte tjenester i Oslo kommune og forholdet mellom de ulike aktørene, side 68

Figur 7: Effekter og erfaringer til pårørende og ansatte i tjenesten med bruk av GPS, side 109

Vedlegg / Appendiks

Vedlegg 1

Detaljert kartlegging av behov for lokalisering (GPS), Trygghetspakke 3

Brukerinformasjon (kan hentes fra journal om mulig)

Navn eller brukerid. i journal:	
Adresse:	
Telefon/e-post:	
Fødselsdato/alder:	
Høyde/ vekt (ca):	
Kjønn:	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann
Bosituasjon:	<input type="checkbox"/> Bor med ektefelle/partner/familie <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig/Bolig med service ³¹⁸ <input type="checkbox"/> Institusjon/sykehjem

³¹⁸ Omfatter alle typer bolig med tilgjengelig bemanning hele døgnet.

	<input type="checkbox"/> Har familie i nærheten (beskriv):
Beskriv eventuelle tjenester som brukeren mottar og hvor ofte:	<input type="checkbox"/> Ingen tjenester <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie (type tjenester / hvor ofte): <input type="checkbox"/> Aktivitetssenter/dagsenter (hvor ofte): <input type="checkbox"/> Praktisk bistand (hvor ofte): <input type="checkbox"/> Andre kommunale tjenester <input type="checkbox"/> Eventuelle frivillige tjenester Beskriv:

Kontaktpersoner

Familie/nettverk:	Navn, adresse, telefon, e-post, relasjon til brukeren: <input type="checkbox"/> Har ingen nære pårørende/ verge
Helse- og omsorgstjenesten:	Navn, stilling, telefon:
Fastlege eller tilsynslege:	Navn og telefon:

Funksjonsproblem/ diagnose

Funksjonsproblem, eventuell diagnose og	Beskriv:
---	----------

dato for diagnose:	
Har bruker innsikt i egen situasjon?	Beskriv:

Hendelser

Har det vært hendelser der man har lett etter bruker, ev. leteaksjon?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, beskriv:
---	---

Samtykke

Er bruker samtykkekompetent for eventuell bruk av lokaliseringsteknologi?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis nei, dokumenter vurdering av samtykke, eventuelt henvis til gjeldende vurdering av samtykke og hvor dette er dokumentert.
---	--

Hensikten med tiltaket (*sett gjerne flere kryss*)

Hensikten med bruk av lokaliseringsteknologi for bruker:	<input type="checkbox"/> Trygghet <input type="checkbox"/> Frihet <input type="checkbox"/> Fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> Økt livskvalitet <input type="checkbox"/> Bo lenger hjemme Beskriv:
Hensikten med bruk av lokaliseringsteknologi for pårørende:	<input type="checkbox"/> Trygghet <input type="checkbox"/> Redusert belastning <input type="checkbox"/> Økt livskvalitet <input type="checkbox"/> Bidra til at bruker kan bo lenger hjemme <input type="checkbox"/> Fortsette å jobbe <input type="checkbox"/> Ikke relevant- ingen nære pårørende Beskriv:
Hensikten med bruk av	<input type="checkbox"/> Økt kvalitet i tjenesten <input type="checkbox"/> Trygghet i tjenesten <input type="checkbox"/> Frihet/fravær av tvang <input type="checkbox"/> Utsette behov for

lokaliseringsteknolog i for tjenesten:	sykehjemsplass <input type="checkbox"/> Utsette behov for andre/ økte tjenester Beskriv:
---	--

Beskrivelse av brukers turvaner og vandremønster

Hvor går bruker vanligvis (nærmiljø, skog, sentrum)? Går bruker faste ruter? Hvor langt klarer bruker å gå uten å bli for sliten? Når på døgnet og hvor ofte/lenge er bruker ute? Vandrer bruker ute om natten (uten å varsle)? Ønsker bruker frihet til å gå alene og bestemme selv? Ferie og fritidsvaner på hytte, i utlandet, osv?	Beskriv:
Tar bruker offentlig kommunikasjon/drosje?	Beskriv:
Hvorfor ønsker bruker å gå på tur?	<input type="checkbox"/> Liker å gå, ønsker trening/trim <input type="checkbox"/> Ønsker sosial kontakt <input type="checkbox"/> Ønsker å forlate stedet/flykte <input type="checkbox"/> Annet Beskriv:

Kler bruker seg fornuftig etter årstiden/situasjonen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis nei, beskriv:
Er bruker bekymret for ikke å finne tilbake?	Beskriv:
Har bruker problemer med balanse, er ustø/har falt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, beskriv:
Oppfører bruker seg fornuftig i trafikken (ser seg for, går på riktig side, osv)? Hvordan er trafikkbildegder bruker bor/ går tur?	Beskriv:

Bruk av teknologi

Mestrer bruker mobiltelefon:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv:
------------------------------	--

Beskriv rollen til pårørende eller andre som kan bidra ved bruk av lokaliseringsteknologi (GPS)

Har pårørende/andre mulighet til å administrere GPS (lade/ slå av/på GPS)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv hvem:
Har pårørende/andre mulighet til å bidra til at bruker tar med seg GPS?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Beskriv hvem:
Har pårørende/andre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

<p>mulighet til å ta imot varsler/alarmer fra GPS (lavt batteri, alarm, osv)?</p>	<p>Beskriv hvilke varsler som skal sendes og hvem som tar imot:</p>
<p>Har pårørende/andre mulighet til å lokalisere bruker og hvordan?</p>	<p>Via sms: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Via Internett (PC/ Nettbrett/ Smart telefon): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Via App på Smart telefon: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Via oppringing til alarmsentral: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Hvem lokaliserer:</p>
<p>Har pårørende/andre mulighet til å hente bruker dersom brukeren ikke kommer tilbake ved egen hjelp?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Beskriv hvem:</p>

Hvem har deltatt i samtalen/ kartleggingen

<p>Hvem har gitt informasjon om bruker:</p>	
<p>Skjemaet er fylt ut av (navn, stilling og dato):</p>	

Vedlegg 2



Oslo kommune

Sikkerhets- gjennomgang

Leverandører av velferdsteknologi

Krav til informasjonssikkerhet

16. januar 2018

Krav nr.	Kategori ISO27002	Kravtekst
1	Leverandørforhold	Samtidig med kontraktsgnering inngås det en databehandleravtale (se eget bilag for databehandleravtale). Kravene til informasjonssikkerhet i denne skal ivaretas.
2	Leverandørforhold	Leverandøren aksepterer å bli sikkerhetsrevidert av Oslo kommune.
3	Leverandørforhold	Leverandøren utbedrer eventuelle avvik funnet i sikkerhetsrevisjonen.
4	Aksesskontroll	Tildeling av rettigheter skal skje ved bruk av tilgangsroller. Dette skal sikre at den ansattes tilgang er i tråd med tjenstlige behov. En ansatt må ha minst en rolle, men kan ha fler.
5	Aksesskontroll	Det er en funksjon/system som administrerer autorisasjon av tilganger til tjenesten. Funksjonen/systemet skiller mellom rettigheter til å lese, registrere, redigere, rette, slette og/eller sperre helse- og personopplysninger.
6	Driftssikkerhet	Det er etablert et regime for sikkerhetskopiering som sikrer at <ul style="list-style-type: none"> · Informasjon som slettes ved et uhell eller blir korrumpert kan tilbakelegges fra kopi · Tjenesten kan reetableres dersom primært datasenter eller system blir utilgjengelig.
7	Driftssikkerhet	All sikkerhetskopiering overvåkes, alternativt at det verifiseres korrekt kopiering daglig.
8	Driftssikkerhet	Det testes jevnlig at sikkerhetskopiene er korrekte og kan tilbakeføres.
9	Driftssikkerhet	Loggene over bruk/forsøk på bruk oppbevares i tidsperiode(r) som er nærmere avtalt med kunden.

10	Driftssikkerhet	Leverandøren har prosedyrer eller tekniske løsninger for sletting av logger basert på konfigurerbare kriterier.
11	Driftssikkerhet	Løsningen logger hvilke ansatte som har vært inne i løsningen for hvilken bruker på gitt tidspunkt.
12	Driftssikkerhet	Alle forsøk på uautorisert bruk av løsningen registreres i logger. Loggen skal som minimum inneholde for uautorisert bruk: · Brukeridentiteten som ble benyttet · Tjeneste/funksjon som ble forsøkt brukt · Tidspunkt (dato og klokkeslett).
13	Driftssikkerhet	Tjenesten har funksjoner for at loggene enkelt skal kunne analyseres med henblikk på å oppdage sikkerhetsbrudd.
14	Driftssikkerhet	Logger sikres mot innsyn, endring og sletting av uautorisert personell.
15	Driftssikkerhet	Det skal finnes prosedyrer for å innhente informasjon om tekniske sårbarheter i løsningen. Informasjon innhentes jevnlig, eksponering overfor disse sårbarhetene evalueres og egnede tiltak iverksettes for å håndtere risikoen forbundet med dem.
16	Driftssikkerhet	Kommunikasjon med oppfølgings- og administrasjonssystemet skal alltid skje over kryptert forbindelse.
17	Aksesskontroll	Tilgang til oppfølgings- og administrasjonssystemet kan beskyttes av tofaktorautorisering (SMS).
18	Kommunikasjons-sikkerhet	Tilgang til oppfølgings- og administrasjonssystemet kan sikres med IP-filtrering.
19	Aksesskontroll	Oppfølgings- og administrasjonssystemet er tilrettelagt for soneinndelt administrasjon, slik at eksempelvis en bydel kan administrere sine egne ansatte og brukere, uten innsyn i andres soner.

20	Aksesskontroll	Løsningens rollebaserte tilgangs - og rettighetsstyring er fleksibel og tilpasses til eventuelle endringer i organisering.
----	----------------	--

Vedlegg 3

Tabell T4 Krav til informasjonssikkerhet

Krav nr.	Kravtekst	Kategori M/E	Svar J/N	Utfyllende svar
4.1	Samtidig med kontraktsgjøring inngås det en databehandleravtale (se bilag 12). Kravene til personvern og informasjonssikkerhet i denne skal ivaretas og leverandøren plikter å behandle all informasjon i henhold til databehandleravtalen. Kundens Akseptansetest vil innebefatte en sikkerhetsgjennomgang av leverandøren. <i>Utformingskrav:</i> Leverandøren skriver «Lest og akseptert» i kolonnen for utfyllende	M		

	<p>svar.</p> <p>_____</p>			
4.2	<p>Lokaliseringsapplikasjonen skal ha innebygget personvern i henhold til Datatilsynets veileder for innebygd personvern, eller tilsvarende:</p> <p>https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-skjema/veiledere/programvareutvikling-med-innebygd-personvern/</p> <p>Dersom dette ikke er på plass pr. d.d, skal leverandøren dokumentere konkrete planer for at dette er på plass innen GDPR trer i kraft.</p> <p><i>Utformingskrav:</i> Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	M		

Side 15 av 53

Bilag til SSA-K

4.3	<p>Løsningen skal ha en rollestyrt tildeling av rettigheter.</p> <p>Rolle kan også kunne knyttes til en organisatorisk enhet. Tilgangsstyring er et viktig verktøy som skal sikre</p>	M		
-----	---	---	--	--

	<p>at tilgang til person- og helseopplysninger kun gis til autorisert personell med tjenstlige behov.</p> <p>Dersom dette ikke er på plass pr. d.d, skal leverandøren dokumentere konkrete planer for at dette er på plass innen GDPR trer i kraft. <i>Utformingskrav:</i> Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>			
4.4	<p>Rettighetene skal administreres i en rollemal og ikke for den enkelte bruker. En rollemal beskriver hvilke tilganger de som opptrer i rollen skal ha og hvilke kategorier informasjon de som innehar rollen, normalt skal gis tilgang til når det ytes helsehjelp.</p> <p>Dersom dette ikke er på plass pr. d.d, skal leverandøren dokumentere konkrete planer for at dette er på plass innen GDPR trer i kraft. <i>Utformingskrav:</i> Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>	M		
4.5	<p>En ansatt/systembruker må kunne ha flere roller. Rollebasert tilgangsstyring skal benyttes når samme bruker gjennom ulike funksjoner har ulike tilgangsbehov. Tilgangen styres da ved å tildele personen flere roller i systemet. Hver rolle skal kunne tildeles selvstendig uavhengig av vedkommendes øvrige roller og ved behov gis ulike autentiseringskriteria. Dersom dette ikke er på</p>	M		

	<p>plass pr. d.d, skal leverandøren dokumentere konkrete planer for at dette er på plass innen GDPR trer i kraft.</p> <p><i>Utformingskrav:</i> Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>			
4.6	<p>Lokaliseringsapplikasjonen er tilrettelagt for soneinndelt administrasjon og tilgangsstyring, slik at eksempelvis en bydel kan administrere sine egne ansatte og brukere, uten innsyn i andres soner. Men det må være mulig å gi enkelte systembrukere tilgang til flere soner (noen ansatte jobber i flere bydeler).</p> <p>Dersom dette ikke er på plass pr. d.d, skal leverandøren dokumentere konkrete planer for at dette er på plass innen GDPR trer i kraft. <i>Utformingskrav:</i> Leverandøren beskriver hvordan kravet blir</p> <p>_____</p>			

Side 16 av 53

Bilag til SSA-K

	<p>ivaretatt.</p>			
4.7	<p>Systembrukere må kunne sperres for innsyn til enkelte brukere, slik at vi kan ivareta innbyggernes rettigheter til å sperre egne helseopplysninger for enkelte ansatte. Dersom dette ikke er på plass pr. d.d, skal</p>	M		

	<p>leverandøren dokumentere konkrete planer for at dette er på plass innen GDPR trer i kraft. <i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>			
4.8	<p>Systembrukeres tilganger skal kunne tidsbegrenses. Dersom dette ikke er på plass pr. d.d, skal leverandøren dokumentere konkrete planer for at dette er på plass innen GDPR trer i kraft.</p> <p><i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>	M		
4.9	<p>Det må være mulig å opprette flere roller/rollemaler i systemet enn de som er standard. <i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>	M		
4.10	<p>En systembruker kan kun registreres en gang (unik bruker), og må være knyttet til minst en rolle. <i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>	M		_____
4.11	<p>Systembrukere må kunne inaktiveres og aktiveres igjen. Dersom dette ikke er på plass pr. d.d, skal</p>			

	<p>leverandøren dokumentere konkrete planer for at dette er på plass innen GDPR trer i kraft. <i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>			
4.12	<p>En bruker kan kun registreres en gang (unike brukere), og har 11 sifret p.nr eller D-nr som identifikator. Dersom dette ikke er på plass pr. d.d, skal leverandøren dokumentere konkrete planer for at dette er på plass innen GDPR trer i kraft. <i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>	M		

Side 17 av 53

Bilag til SSA-K

4.13	<p>Brukere må kunne inaktiveres og aktiveres igjen. Dersom dette ikke er på plass pr. d.d, skal leverandøren dokumentere konkrete planer for at dette er på plass innen GDPR trer i kraft. <i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>			
4.14	<p>Flere apparater (både like og forskjellige) fra samme leverandør må kunne knyttes til en bruker. Dersom dette ikke er på plass pr. d.d, skal leverandøren</p>	M	_____	

	<p>dokumentere konkrete planer for at dette er på plass innen GDPR trer i kraft. <i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>			
4.15	<p>Påloggings-id/brukernavn skal ikke være autogenerated, man skal benytte Oslo kommunes standard (ansattnummer, dvs. kun siffer i påloggings-id). Brukernavnet skal være unikt.</p> <p>Kravet må oppfylles innen oppstart av pilotfase med faktiske brukere <i>Utformingskrav:</i> Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>	M		
4.16	<p>Passord skal tilfredsstillе Oslo kommunes krav til kompleksitet og varighet som er:</p> <p>Passord:</p> <p style="padding-left: 40px;">må inneholde minimum 8 tegn.</p> <p><input type="checkbox"/> må inneholde en kombinasjon av tall og bokstaver.</p> <p><input type="checkbox"/> må inneholde store og små bokstaver.</p> <p><input type="checkbox"/> kan inneholde spesialtegn som +?=&%#</p> <p><input type="checkbox"/> kan ikke inneholde bokstavene æøå</p>	M		

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kan ikke inneholde fornavn/etternavn <input type="checkbox"/> er gyldig i 90 dager. <input type="checkbox"/> Endring av passord styres automatisk. <input type="checkbox"/> Det er ikke tillatt å gjenbruke de 5 siste brukte passordene, og kan ikke byttes mer enn 1 gang i døgnet. <input type="checkbox"/> Automatisk skifte av passord varsles fem dager før utløp. Dette varsles ved innlogging og/eller på epost. <input type="checkbox"/> Passordet skal kunne byttes enkelt av systembruker <input type="checkbox"/> Tvunget skifte av passord skal være teknisk mulig <input type="checkbox"/> Passordets kvalitet og varighet skal 			
--	---	--	--	--

Side 18 av 53

Bilag til SSA-K

	<p>kunne konfigureres for ulike roller (f.eks. pårørende med begrensede rettigheter)</p> <p>Kravet må oppfylles innen oppstart av pilotfase med faktiske brukere. <i>Utformingskrav:</i> Leverandøren</p>			
--	---	--	--	--

	<p>beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>			
4.17	<p>Lokaliseringsapplikasjonen har en funksjon der varselsmottaker kan få tilsendt nytt passord.</p> <p><i>Utformingskrav:</i> Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt</p> <p>_____</p>	M		
4.18	<p>Tjenesten kan reetableres innen 12 timer dersom primært datasenter eller system blir utilgjengelig. <i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>	M		
4.19	<p>Det finnes prosedyrer for å innhente informasjon om tekniske sårbarheter i løsningen.</p> <p>Informasjon innhentes jevnlig, eksponering overfor disse sårbarhetene evalueres og egnede tiltak iverksettes for å håndtere risikoen forbundet med dem.</p> <p>Eksempler på kilder til dette er Microsoft Security TechCenter, Security Bulletins, Cisco Security Advisories and Alerts og Symantec Security Center</p> <p><i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p>	M		

	<hr/>			
4.20	<p>Kommunikasjon med lokaliseringsapplikasjonen skjer over kryptert forbindelse.</p> <p><i>Utformingskrav:</i> Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <hr/>	M		

Side 19 av 53

Bilag til SSA-K

4.21	<p>Tilgang til lokaliseringsapplikasjonen beskyttes av tofaktorautorisering¹ (f.eks. SMS med engangskode) i henhold til «Rammeverk for autentisering og uavviselighet i elektronisk kommunikasjon med og i offentlig sektor». <i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren skriver «Lest og akseptert» i kolonnen for utfyllende svar.</p> <hr/>	M		
4.22	<p>Tilgang til lokaliseringsapplikasjonen kan beskyttes av to-faktor autentisering for de rollene Kunden ønsker det skal gjelde for. <i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren skriver «Lest og akseptert» i kolonnen for utfyllende svar.</p> <hr/>	M		

4.23	<p>Tilgang til lokaliseringsapplikasjonen sikres med IP-filtrering. Den skal kunne gjelde for utvalgte roller, slik at pårørende kan unntas. <i>Utformingskrav:</i></p> <p>Leverandøren skriver «Lest og akseptert» i kolonnen for utfyllende svar.</p> <p>_____</p>	M	_____	
4.24	<p>Lokaliseringsdata skal lagres i et gitt tidsrom og deretter slettes fortløpende(automatisk).</p> <p><i>Utformingskrav:</i> Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>	M	_____	
4.25	<p>Tidsrommet for lagring av lokaliseringsdata skal kunne konfigureres. <i>Utformingskrav:</i> Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>	M	_____	
4.26	<p>Siste posisjon skal alltid være lagret. Brukerens sist registrerte posisjon skal ikke slettes uansett hvor gammel den er.</p> <p>Dette skal sikre at en alltid har siste lokalisering avgitt fra en GPS-enhet. <i>Utformingskrav:</i> Leverandøren beskriver hvordan kravet blir ivaretatt.</p> <p>_____</p>	M		

¹ Virkemåte og krav til tofaktorautentisering i offentlig sektor er

beskrevet i «[Rammeverk for autentisering og uavviselighet i elektronisk kommunikasjon med og i offentlig sektor](#)» kapittel 4 «Sikkerhetsnivåer for autentisering og uavviselighet», side 12, første kulepunkt «Krav til autentiseringsfaktor(er)».