

VEILEDER FOR KOMMUNER

Implementering av Nattugla i kommunale helse- og omsorgstjenester

Sjekklistes, vedtaksmal, lowverk og praktiske rutiner

For bruk av digitalt tilsyn på institusjon og i hjemmesykepleien.

Generell veileder · Ikke tilknyttet en bestemt organisasjon.

Versjon 6.0 · August 2026

Nytt i v6. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 er endret med virkning fra 1. juni 2026: «samtykkekompetanse» heter nå «beslutningskompetanse», sykdomsvilkåret er opphevet og beviskravet er senket. § 4-6a er utvidet fra 1. september 2025 til også å omfatte personer med utviklingshemming. Terskelen i § 4A-3 er rettet. **Og en viktig retting:** v5 anga at kommunen måtte gjennomføre FRIA før Nattugla kunne tas i bruk. Det er feil — se kapittel 6.4.

Innhold

1. Hurtigguide: De 7 stegene

2. Sjekkliste for kommunen

3. Vedtaksmal

4. Kan kommunen sette Nattugla som førstevalg?

4.1 Infrastruktur vs. aktivering

4.2 Tildelingskriterier og «teknologi først»

4.3 Hva lowverket faktisk krever

5. Når pasienten sier nei

6. Juridisk rammeverk

6.1 Sentrale lover og bestemmelser

6.2 Beslutningskompetanse og vedtaksspor (*endret i v6*)

6.3 Personvern og DPIA

6.4 FRIA – gjelder ikke Nattugla (*rettet i v6*)

7. Vedtaksprosessen steg for steg

7.1 Institusjon (sykehjem/omsorgsbolig)

7.2 Hjemmesykepleien (privat hjem)

8. Gode forberedelser er gull

9. Vanlige fallgruver

DETTE ER ENDRET SIDEN VERSJON 5

Veileder v5 er fra april 2026 og ble skrevet før lovendringen trådte i kraft. Endringene i v6 er:

- **Begrepet.** «Samtykkekompetanse» er byttet ut med «beslutningskompetanse» gjennom hele veilederen, jf. lov 20. juni 2025 nr. 67.
- **Beviskravet.** Nytt avsnitt i kap. 6.2 om at kravet er senket fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig».
- **Sykdomsvilkåret.** Nytt avsnitt om at vilkåret er opphevet.
- **§ 4A-3-terskelen er rettet.** v5 skrev at tiltaket må «fremstå som det beste for pasienten». Loven krever at helsehjelpen «framtrer som den *klart* beste løsningen». Terskelen er høyere enn v5 anga.
- **Utviklingshemming.** Nytt avsnitt i kap. 6.2 om § 4-6a og forholdet til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Temaet var ikke omtalt i v5.
- **Ny fallgruve 9** om samme tema.
- **FRIA er ikke et krav.** Kapittel 6.4 er skrevet om. v5 anga at kommunen måtte gjennomføre en FRIA innen 2. august 2026. Plikten i AI Act art. 27 gjelder bare vedlegg III-systemer og treffer ikke Nattugla, forordningen er ikke innlemmet i EØS-avtalen, og EUs egen frist er dessuten flyttet til 2. desember 2027. Fallgruve 8 er snudd tilsvarende.

1. Hurtigguide: De 7 stegene

Denne oversikten gir det store bildet. Hvert steg er utdypet i de påfølgende kapitlene.

Steg 1: Kartlegg behovet.

Tverrfaglig team vurderer pasientens risikoprofil: fallhistorikk, vandring, uro om natten. Dokumenter i journal.

Steg 2: Vurder beslutningskompetanse.

Lege eller annet kvalifisert helsepersonell vurderer om pasienten kan treffe denne konkrete beslutningen. Dokumenter og begrunn.

Steg 3: Velg riktig juridisk spor.

Har beslutningskompetanse og samtykker → ordinært vedtak. Mangler beslutningskompetanse, ikke motstand → § 4-6a. Motstand → kap. 4A. Utviklingshemming med motstand → hol. kap. 9.

Steg 4: Informer og involver.

Gi tilpasset informasjon til pasient og pårørende. Ved § 4-6a: innhent opplysninger fra nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket (antatt vilje). I hjemmet: avklar med samboer/ektefelle.

Steg 5: Fatt individuelt vedtak.

Bruk vedtaksmalen i kapittel 3. Begrunn individuelt. Opplys klagerett (4 uker etter pbrl. § 7-5; kap. 4A: 3 uker etter pbrl. § 4A-7). Kap. 4A-vedtak oversendes Statsforvalteren.

Steg 6: Installer og lær opp.

Konfigurer alarmer etter pasientens behov. Lær opp personalet i bruk, alarmhåndtering og personvern. Test systemet.

Steg 7: Evaluer og revurder.

Første evaluering innen 1 måned. Revurdering av vedtaket minimum hver 6. måned eller ved endring i tilstand.

2. Sjekkliste for kommunen

Sjekklisten skiller mellom hva kommunen må ha på plass én gang (organisatorisk) og hva som kreves per pasient.

Kommunen må ha på plass (én gang)

| Personvern og jus

- ☐ DPIA (personvernkonsekvensvurdering) er gjennomført for Nattugla som løsning
- ☐ Behandlingsgrunnlag er dokumentert (typisk GDPR art. 6(1)(e) + art. 9(2)(h))
- ☐ Databehandleravtale med leverandør(er) er signert (Nattugla AS og eventuell alarmhåndteringspartner)
- ☐ Tilgangsstyring er på plass — kun helsepersonell med tjenstlig behov har tilgang
- ☐ Drøfting med tillitsvalgte er gjennomført og protokollført etter arbeidsmiljøloven kap. 9 (kontrolltiltak)

| Organisering og rutiner

- ☐ Tildelingskriterier er oppdatert slik at velferdsteknologi vurderes systematisk
- ☐ Rutiner for alarmhåndtering og respons er etablert — inkludert hvem som mottar alarm og forventet responstid
- ☐ Rutiner for dokumentasjon av tilsyn og hendelser er etablert
- ☐ Avvikshåndtering og melderutiner er på plass

| Opplæring og informasjon

- ☐ Personalet er opplært i bruk av Nattugla, alarmhåndtering og personvernrutiner
- ☐ Ansatte er informert om formål, praktiske konsekvenser og varighet av tiltaket (AML § 9-2)
- ☐ AI-kompetanse er sikret hos personell som bruker systemet. Kravet i EU AI Act art. 4 har gjeldt i EU siden 2. februar 2025, men forordningen er ennå ikke innlemmet i EØS-avtalen — se kap. 6.4. God AI-forståelse er uansett en forutsetning for forsvarlig bruk

Per pasient (individuell)

| Før vedtak

- ☐ Individuell behovsvurdering og kartlegging er gjennomført og dokumentert
- ☐ Beslutningskompetanse er vurdert av kvalifisert helsepersonell og dokumentert
- ☐ Riktig juridisk spor er identifisert (samtykke / § 4-6a / kap. 4A / hol. kap. 9)
- ☐ Pasienten er informert om Nattugla (tilpasset informasjon)
- ☐ Pårørende er informert og har fått uttale seg

- ☐ Ved § 4-6a: opplysninger fra nærmeste pårørende om pasientens antatte vilje er innhentet
- ☐ I hjemmet: samboer/ektefelle er informert og det er avklart at løsningen ivaretar deres personvern

Ved vedtak

- ☐ Vedtaket inneholder alle påkrevde elementer (se vedtaksmal kap. 3)
- ☐ Vedtaket er fattet av person med vedtaksmyndighet
- ☐ Vedtaket er begrunnet individuelt — ikke standardformulering
- ☐ Klageadgang er opplyst (klagefrist: 4 uker etter pbrl. § 7-5; kap. 4A: 3 uker etter pbrl. § 4A-7)
- ☐ Vedtak etter kap. 4A er oversendt Statsforvalteren

Ved iverksetting

- ☐ Nattugla er installert og konfigurert etter pasientens individuelle behov
- ☐ Alarmer er satt opp, tilpasset og testet — start med få alarmer og utvid etter behov
- ☐ Ansvarlig personale er kjent med pasientens vedtak og alarminnstillinger
- ☐ Rommet er tilrettelagt for godt kameratilsyn (fri sikt, unødvendige gjenstander fjernet — se kap. 8)
- ☐ Det er definert hvem som mottar alarm og hva forventet responstid er

Etter iverksetting

- ☐ Evaluering gjennomføres innen første måned — juster alarmer og innstillinger fortløpende i samarbeid med teknisk support
- ☐ Revurdering av vedtaket gjøres minimum hver 6. måned
- ☐ Endringer i pasientens tilstand fanges opp og fører til ny vurdering
- ☐ Tegn på motstand fanges opp og håndteres (eventuell overgang til kap. 4A)

3. Vedtaksmal

Alle felt må fylles ut individuelt. Standardformuleringer uten konkret, individuell begrunnelse er ikke tilstrekkelig.

VEDTAK OM BRUK AV DIGITALT TILSYN (NATTUGLA)
PASIENTENS NAVN [Fullt navn]
FØDSELSDATO [DD.MM.ÅÅÅÅ]
TJENESTESTED / ADRESSE [Avdeling/institusjon eller hjemmeadresse]
VEDTAKETS INNHOLD [Navn] tildeles digitalt tilsyn ved bruk av Nattugla. Tilsynet gjennomføres [beskriv: planlagte tilsyn/alarmbasert] i tidsrommet [kl. XX:XX–XX:XX]. Følgende alarmer aktiveres: [fall / lyd / forlater seng / forlater stol]. Kameraet plasseres i [rom/plassering].
BEGRUNNELSE [Beskriv konkret: pasientens tilstand, risikofaktorer (f.eks. fallhistorikk, demensdiagnose, uro om natten), hvorfor Nattugla er nødvendig og i pasientens interesse, vurdering av forholdsmessighet, og hvorfor dette er det minst inngripende alternativet. For digitalt tilsyn om natten: beskriv også hvorfor dette gir bedre søvnkvalitet og færre avbrudd enn fysiske tilsyn.]
JURIDISK HJEMMEL [Velg spor: Spor A: Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2 (kommunens tjenesteanvar) jf. pbrl. § 4-1 (samtykke). Spor B: Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2 jf. pbrl. § 4-6a (uten beslutningskompetanse, ikke motstand). Spor C: Pbrl. kapittel 4A (uten beslutningskompetanse, motstand). Kopi oversendes Statsforvalteren.]
VURDERING AV BESLUTNINGSKOMPETANSE [Dato], vurdert av [navn, stilling]. Resultat: [Har/mangler beslutningskompetanse for denne konkrete beslutningen. Begrunn kort — hva pasienten forstår om beslutningen og konsekvensene av den.]
SAMTYKKE, MEDVIRKNING OG ANTATT VILJE [Spor A: Pasienten har samtykket skriftlig den [dato]. / Spor B: Pasienten mangler beslutningskompetanse og motsetter seg ikke. Nærmeste pårørende [navn, relasjon] er informert den [dato] og har uttalt følgende om hva pasienten ville ha ønsket: ... / Spor C: Pasienten motsetter seg. Tillitskapende tiltak er forsøkt: ...]
PERSONVERN DPIA er gjennomført for Nattugla [dato/referanse]. Lyd og bilde overføres kryptert og lagres ikke. Kun helsepersonell med tjenstlig behov har tilgang. Tilsynslogg føres.

VEDTAKETS VARIGHET

Fra [dato] til [dato / inntil videre]. Revurdering innen [dato].

KLAGEADGANG

Spor A og B: Vedtaket kan påklages til Statsforvalteren i [XX] innen 4 uker fra du fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme klage (jf. pbrl. § 7-5). Klagen sendes til [kommune], som vurderer saken på nytt før den eventuelt oversendes Statsforvalteren. Spor C (kap. 4A): Vedtak etter pbrl. kapittel 4A kan påklages til Statsforvalteren innen 3 uker (jf. pbrl. § 4A-7).

DATO OG UNDERSKRIFT

[Sted, dato] · [Navn, stilling, vedtaksmyndighet]

4. Kan kommunen sette Nattugla som førstevalg?

Mange kommuner ønsker å sette velferdsteknologi som førstevalg. Denne delen klarlegger hva som er lov, hva som ikke er lov, og hvordan kommunen kan gå frem.

Norske kommuner står overfor en betydelig kapasitetsutfordring. SSB-framskrivninger viser et voksende gap mellom behov og tilgjengelig helsepersonell. Det er både forståelig og riktig at kommuner ønsker å utnytte velferdsteknologi maksimalt. Flere kommuner har allerede tatt grep: Levanger kommune har formulert at de ønsker å bruke velferdsteknologi som førstevalg der det er mulig, trygt og forsvarlig.

4.1 Infrastruktur vs. aktivering — et avgjørende skille

Det kommunen KAN gjøre

Installere Nattugla som infrastruktur på alle rom. Kommunen kan gjøre en generell beslutning om å investere i og installere Nattugla-enheter på alle beboerrom — på samme måte som snøralarmer, dørsensorer eller røykvarslere. Dette er en anskaffelses- og infrastrukturbeslutning som ikke krever individuelt vedtak. Enheten står klar, men er ikke aktivert.

Det kommunen IKKE kan gjøre

Aktivere Nattugla for alle beboere uten individuelt vedtak. I det øyeblikket enheten aktiveres for tilsyn av en konkret pasient, er det en helse- og omsorgstjeneste som vil være et enkeltvedtak. Loven krever individuell kartlegging, vurdering av beslutningskompetanse, og et begrunnet vedtak med klageadgang for hver enkelt pasient.

4.2 Tildelingskriterier og «teknologi først»

Kommunen kan og bør oppdatere tildelingskriteriene slik at velferdsteknologi vurderes systematisk ved alle nye tildelinger. Kommunen kan formulere at teknologi er førstevalg, så lenge man forstår hva dette betyr:

Kommunen KAN formulere	Kommunen kan IKKE formulere
«Velferdsteknologi skal alltid vurderes først ved tildeling av tilsynstjenester»	«Alle beboere skal ha Nattugla» (uten individuell vurdering)
«Digitalt tilsyn er førstevalget der det er faglig forsvarlig»	«Nattugla erstatter nattevakt på avdeling X» (uten å sikre forsvarlig tjeneste)
«Kartlegging skal alltid inkludere vurdering av velferdsteknologiske løsninger»	«Beboere som nekter Nattugla får ikke nattilsyn»
«Kommunen har som mål at alle relevante brukere tilbys digitalt tilsyn»	«Samtykke anses gitt ved innflytting»

4.3 Hva lovverket faktisk krever

Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 en plikt til å yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Hvordan tjenestene organiseres — inkludert bruk av velferdsteknologi — er i utgangspunktet opp til kommunen, så lenge tjenestene er forsvarlige. Dette gir et handlingsrom til å prioritere Nattugla som førstevalg i tilsynstjenester. Men dette handlingsrommet må balanseres mot pasient- og brukerrettighetsloven, som krever:

- **Individuell vurdering:** Prop. 90 L (2012–2013) er tydelig på at vilkårene for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi gjelder for «hver enkelt pasient eller bruker» og at det må foretas en «konkret vurdering».
- **Vurdering av beslutningskompetanse:** For § 4-6a må helsepersonell vurdere om den enkelte pasienten mangler beslutningskompetanse for den konkrete beslutningen.
- **Forholdsmessighet:** Tiltaket må stå i rimelig forhold til den faktiske risikoen for den aktuelle pasienten. En beboer uten fallrisiko eller vandretrang har ikke nødvendigvis behov for nattlig kamerabasert tilsyn.
- **Antatt vilje:** Ved § 4-6a skal det så langt som mulig innhentes informasjon fra nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket.
- **Løpende vurdering:** Vilkaene gjelder så lenge tiltaket er i bruk, ikke bare når vedtaket fattes.

Praktisk anbefaling: Slik innfører kommunen Nattugla effektivt og lovlig

1. Politisk/administrativt nivå: Fatt overordnet beslutning om at velferdsteknologi er førstevalg i tilsynstjenester. Oppdater tildelingskriteriene. Invester i infrastruktur. Gjennomfør drøfting med tillitsvalgte (AML kap. 9).

2. Faglig nivå: Bygg kartlegging av velferdsteknologibehov inn i den ordinære inntaksvurderingen.

3. Vedtaksnivå: Fatt individuelle vedtak for hver beboer. Med god rutine trenger dette ikke ta lang tid — bruk vedtaksmalen i kapittel 3.

Resultat: Kommunen får Nattugla på alle rom der det er faglig begrunnet, på en måte som oppfyller lovens krav og beskytter både beboernes rettigheter og kommunen mot tilsynskritikk.

5. Når pasienten sier nei

Hva gjør kommunen når en pasient ikke ønsker digitalt tilsyn? Her er det viktig å skille mellom pasienter med beslutningskompetanse og pasienter uten.

Pasient med beslutningskompetanse som takker nei

En pasient med beslutningskompetanse har rett til å takke nei til Nattugla. Kommunen kan ikke aktivere digitalt tilsyn mot vedkommendes vilje. Men det betyr ikke at kommunen står uten handlingsrom:

- Dokumenter avslaget og årsaken (integritet, ubehag, misforståelser).
- **Tilby tilpasninger:** Noen sier nei fordi de ikke forstår løsningen. Vis frem hvordan Nattugla fungerer — at det ikke er kontinuerlig filming, men et system som våker over dem. Tilby tilpassede tidsvinduer, plassering som kun dekker sengesone, eller alarmbasert tilsyn i stedet for planlagte innsyn.
- **Vurder og vedta alternativ tjeneste:** F.eks. hyppigere fysiske tilsynsrunder, andre sensorløsninger (sengealarm, dørsensor), eller tilpasset nattilsyn.
- **Dokumenter forholdsmessighet:** Begrunn hvorfor den valgte alternative løsningen er forsvarlig.

Digitalt tilsyn vs. fysiske nattlige tilsyn

For mange pasienter er fysiske nattlige tilsyn — der personalet låser seg inn og lyser med lommelykt — mer forstyrrende enn et digitalt tilsyn via Nattugla. Avbrutt nattesøvn er i seg selv en helserisiko, særlig for eldre. I vedtaket bør saksbehandler dokumentere at Nattugla velges fordi det gir pasienten bedre søvnkvalitet og færre avbrudd, noe som i seg selv er en helsefordel. Denne vurderingen bør være en del av forholdsmessighetsvurderingen.

Kommunen skal yte forsvarlige tjenester, men pasienten har ikke nødvendigvis krav på å velge nøyaktig formen på tjenesten. Kommunen har et handlingsrom til å organisere tjenestene på en forsvarlig måte.

Pasient uten beslutningskompetanse som viser motstand

Dersom en pasient som mangler beslutningskompetanse viser motstand, kan ikke § 4-6a brukes. Motstand må tolkes vidt, særlig for personer med demens:

Gjenkjenne motstand hos personer med demens

Motstand trenger ikke være en tydelig verbal ytring. Dersom en person med demens gjentatte ganger uttrykker ubehag ved «den på veggen», forsøker å dekke til enheten, viser uro eller agitasjon når Nattugla er aktivert, eller på annen måte signaliserer at de ikke ønsker tiltaket — skal dette tolkes som motstand. Det som kan fremstå som «aksept» fra en person med alvorlig demens, er ikke nødvendigvis reelt samtykke. Dette er et punkt Statsforvalteren er streng på.

Ved motstand må kommunen vurdere om vilkårene i kapittel 4A er oppfylt (tillitskapende tiltak forsøkt, vesentlig helseskade, nødvendighet, forholdsmessighet). Alternativt kan andre tilsynsformer vurderes som ikke utløser samme motstand. **For personer med utviklingshemming gjelder en egen regel — se kapittel 6.2.**

6. Juridisk rammeverk

Bruk av Nattugla berører flere lover. Hvilket «spor» man følger avhenger av om pasienten har beslutningskompetanse, og om vedkommende motsetter seg tiltaket.

6.1 Sentrale lover og bestemmelser

Lov/bestemmelse	Relevans for Nattugla
Pbrl. § 4-6a	Hovedbestemmelsen om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi for pasienter over 18 år uten beslutningskompetanse som ikke motsetter seg tiltaket. Omfatter fra 1. september 2025 også personer med utviklingshemming.
Pbrl. kapittel 4A	Gjelder dersom pasienten mangler beslutningskompetanse og motsetter seg bruk av Nattugla. Strengere krav — vedtak om tvungen helsehjelp.
Pbrl. §§ 4-1 til 4-3	Regler om samtykke og beslutningskompetanse. Avgjørende for valg av vedtaksspor. § 4-3 er endret med virkning fra 1. juni 2026.
Hol. §§ 3-1, 3-2	Kommunens ansvar for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Gir kommunen handlingsrom til å organisere tjenestene.
Hol. kapittel 9	Tvang og makt overfor personer med utviklingshemming. Ved motstand hos denne gruppen gjelder kapittel 9, ikke pbrl. kapittel 4A.
Helsepersonelloven § 4	Krav om faglig forsvarlighet.
Helsepersonelloven §§ 21-25	Taushetsplikt. Digitalt tilsyn innebærer tilgang til helseopplysninger.
Personopplysningsloven / GDPR	Krav om behandlingsgrunnlag, DPIA og informasjonsplikt ved bruk av kamerateknologi.
EU AI Act (2024/1689)	Risikobasert regulering av AI-systemer. Gjelder i EU, men er ennå ikke innlemmet i EØS-avtalen og har derfor ikke direkte virkning i Norge. FRIA-plikten i art. 27 treffer uansett ikke Nattugla — se kap. 6.4.
KI-loven	Norsk implementering av AI Act. Forsinket: regjeringen tar sikte på å legge fram forslag våren 2027. Nkom er utpekt som koordinerende tilsynsmyndighet.
Pbrl. kap. 7	Klage på vedtak om helse- og omsorgstjenester. Klagefrist 4 uker (pbrl. § 7-5). For kap. 4A-vedtak gjelder egen frist på 3 uker (pbrl. § 4A-7).

Forvaltningsloven	Tildeling av velferdsteknologi er enkeltvedtak. Krav til saksbehandling og begrunnelse.
Arbeidsmiljøloven kap. 9	Kamerateknologi på en arbeidsplass (sykehjem) må drøftes med tillitsvalgte. Ansatte skal informeres om formål og konsekvenser.

6.2 Beslutningskompetanse og vedtaksspor

LOVENDRING — I KRAFT 1. JUNI 2026

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 er endret ved lov 20. juni 2025 nr. 67. Endringen har fire deler, og alle fire påvirker vurderingen kommunen gjør:

- **Nytt begrep.** «Samtykkekompetanse» heter nå «beslutningskompetanse». Begrepet skal synliggjøre at selvbestemmelsesretten omfatter både retten til å samtykke og retten til å nekte.
- **Sykdomsvilkåret er opphevet.** Det stilles ikke lenger krav om at bortfall av kompetanse skyldes en bestemt helsetilstand som psykisk lidelse, demens eller utviklingshemming. Vurderingen knyttes til beslutningen, ikke til diagnosen.
- **Beviskravet er senket.** Tidligere måtte det være «åpenbart» at pasienten manglet kompetanse. Nå er kravet at det er «overveiende sannsynlig» — altså mer enn 50 % sannsynlig. Terskelen for å konstatere manglende kompetanse er dermed lavere enn før.
- **Presisert forståelseskrav.** Vurderingen skal avklare om pasienten forstår både hva beslutningen gjelder og konsekvensene av den. Kravet til forståelse justeres etter hvor alvorlig beslutningen er.

Merk at kapittel 4A fortsatt bruker det gamle ordet i sin egen overskrift. Det er en inkonsekvens i lovteksten, ikke en realitetsforskjell — vurderingen som skal gjøres, er den samme som etter § 4-3.

Spor A: Pasienten har beslutningskompetanse og samtykker

Pasienten forstår hva Nattugla innebærer og gir informert samtykke. Det fattes et ordinært vedtak. Samtykket dokumenteres skriftlig. Pasienten kan når som helst trekke samtykket tilbake.

Spor B: Mangler beslutningskompetanse, motsetter seg ikke

Her gjelder pbrl. § 4-6a. Bestemmelsen lyder nå at tiltaket kan treffes «... til en pasient eller bruker over 18 år som ikke har beslutningskompetanse etter § 4-3 annet ledd». Vilkår:

- Tiltaket er nødvendig for å forebygge eller begrense risiko for skade
- Tiltaket er i pasientens interesse
- Tiltaket er forholdsmessig sett opp mot faktisk risiko
- Tiltaket fremstår som det minst inngripende alternativet

- Det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse (antatt vilje — innhent opplysninger fra nærmeste pårørende der mulig)

§ 4-6a gjelder ikke ved motstand

Motstand må tolkes vidt, særlig for personer med demens. Se kapittel 5 for utfyllende veiledning om gjenkjenning av motstand og handlingsalternativer.

Spor C: Mangler beslutningskompetanse og motsetter seg

Her gjelder pbrl. kapittel 4A. Strengeste sporet — vedtak om tvungen helsehjelp. Kumulative vilkår: tillitskapende tiltak forsøkt først, unnlattelse kan føre til vesentlig helseskade, tiltaket er nødvendig og forholdsmessig, og helsehjelpen må etter en helhetsvurdering **framtre som den klart beste løsningen for pasienten** (pbrl. § 4A-3). Vedtaket oversendes Statsforvalteren. Klagerett med 3 ukers frist (pbrl. § 4A-7).

RETTET I V6

Veileder v5 gjenga denne terskelen som at tiltaket må «fremstå som det beste for pasienten». Lovens ordlyd er «framtre som den **klart** beste løsningen». Forskjellen er ikke språklig: «klart beste» er en høyere terskel enn «det beste», og et vedtak begrunnet etter den lavere formuleringen kan bli opphevet av Statsforvalteren.

Utviklingshemming: § 4-6a eller helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9?

NYTT I V6 — ENDRING I KRAFT 1. SEPTEMBER 2025

§ 4-6a gjelder **også** personer med utviklingshemming som mangler beslutningskompetanse og som ikke motsetter seg tiltaket. Å avvise slike saker på grunnlag av diagnosen alene er feil, og nekter pasienten et tiltak loven tillater.

Det som flytter saken til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, er **motstanden** — ikke diagnosen. Merk samtidig at kontinuerlig lyd- eller bildeobservasjon regnes som tvang etter hol. § 9-2 selv uten uttrykt motstand.

Situasjon	Hjemmel
Utviklingshemming, mangler beslutningskompetanse, ingen motstand	Ordinær § 4-6a-sak. Behandles som spor B.
Utviklingshemming, mangler beslutningskompetanse, motstand	Hol. kapittel 9 (§ 9-2 flg.), <i>ikke</i> pbrl. kapittel 4A. Egne saksbehandlingsregler og egen godkjenningsordning hos Statsforvalteren.
Kontinuerlig lyd-/bildeobservasjon	Regnes som tvang etter hol. § 9-2 uavhengig av uttrykt motstand.

Lovteksten i § 4-6a nevner ikke utviklingshemming eller kapittel 9 uttrykkelig. Grensedragningen følger av kapittel 9 sitt eget virkeområde. Ved tvil bør kommunen kontakte Statsforvalteren før vedtak fattes.

6.3 Personvern og DPIA

Bruk av Nattugla innebærer behandling av helseopplysninger (GDPR art. 9). Kommunen er behandlingsansvarlig og må:

- Gjennomføre DPIA før Nattugla tas i bruk. Kan gjøres som én felles DPIA for hele kommunen. DPIA bør oppdateres dersom nye funksjoner tas i bruk (f.eks. overgang fra planlagte tilsyn til AI-basert fallvarsling), fordi risikoen for personvernet endres når systemet analyserer adferd automatisk. Dersom kommunen endrer bruk til å inkludere opptak eller lagring av lyd/bilde, må det gjennomføres ny DPIA.
- Sikre behandlingsgrunnlag — GDPR art. 6(1)(e) og art. 9(2)(h).
- Inngå databehandleravtale med leverandør.
- Informere pasient og pårørende om behandlingen (GDPR art. 13–14).
- Begrense tilgang til helsepersonell med tjenstlig behov.
- Merk: DPIA er kommunens reelle plikt her. FRIA under AI Act art. 27 kommer *ikke* i tillegg for Nattugla — se kap. 6.4.

Nattugla og personvern i praksis

Nattugla er konstruert med personvern som grunnprinsipp: lyd og bilde sendes kun kryptert og direkte til helsepersonellens enhet ved alarm eller planlagt tilsyn. Ingenting lagres — kun tilsynslogg (tidspunkt for gjennomført tilsyn). Nattugla er godkjent av Norsk Helsenett. Dette forenkler DPIA-prosessen, men fritar ikke kommunen fra plikten til å gjennomføre den.

DPIA-generator for Nattugla

På start.nattugla.no finnes en DPIA-generator som kan hjelpe kommunen med å utarbeide et første utkast til personvernkonsekvensvurdering tilpasset Nattugla. **Viktig forbehold:** DPIA-generatoren bruker kunstig intelligens til å produsere tekst. AI-generert innhold må alltid gjennomgås og kvalitetssikres av kommunens eget personvernombud eller annen kompetent fagperson før det tas i bruk. Kommunen har selv ansvaret for at den endelige DPIA-en er korrekt, fullstendig og i tråd med GDPR. Bruk det genererte utkastet som et utgangspunkt — ikke som et ferdig dokument.

6.4 FRIA – konsekvensvurdering for grunnleggende rettigheter

RETTET I V6 — DETTE VAR FEIL I VERSJON 5

Veileder v5 anga at kommuner måtte gjennomføre en FRIA (Fundamental Rights Impact Assessment) før Nattugla kunne tas i bruk, med frist 2. august 2026. **Det stemmer ikke.** Kommunen har ingen FRIA-plikt for Nattugla. Tre uavhengige forhold fører til samme svar, og hvert av dem er nok alene:

1. **Plikten treffer ikke denne typen system.** AI Act artikkel 27 pålegger bare FRIA for høyrisikosystemer etter *artikkel 6 nr. 2*, altså de som er listet i vedlegg III — biometri, utdanning, arbeidsliv, kredittvurdering, rettshåndhevelse og lignende. Vedlegg III punkt 5 bokstav a dekker systemer som vurderer om noen har *rett til* offentlige ytelser og tjenester. Nattugla vurderer ikke rettigheter; det oppdager fall og uro hos en pasient som allerede har fått et vedtak. Skulle Nattugla være høyrisiko i det hele tatt, følger det av artikkel 6 nr. 1 om produktsikkerhet og medisinsk utstyr — og artikkel 27 gjør uttrykkelig unntak for disse.
2. **Forordningen gjelder ikke i Norge ennå.** AI Act er ikke innlemmet i EØS-avtalen. Forhandlingene om EØS-tilpasninger pågår fortsatt, og regjeringen tar sikte på å legge fram forslag til norsk KI-lov våren 2027. Datoen 2. august 2026 er EUs frist, ikke en norsk plikt.
3. **Fristen er uansett flyttet.** EUs «Digital Omnibus» — forordning (EU) 2026/1744, i kraft 27. juli 2026 — utsatte pliktene for vedlegg III-systemer fra 2. august 2026 til **2. desember 2027**. FRIA følger den samme tidslinjen. For AI innebygd i regulerte produkter etter vedlegg I er fristen 2. august 2028.

Hva kommunen faktisk må gjøre

DPIA er den reelle plikten. Personvernkonsekvensvurdering etter GDPR artikkel 35 gjelder i dag, følger av norsk rett, og utløses av at Nattugla behandler helseopplysninger. Se kapittel 6.3. Den plikten er uendret og skal gjennomføres før Nattugla tas i bruk.

Hva betyr dette i praksis?

Kommunen skal gjennomføre DPIA. Kommunen behøver **ikke** gjennomføre FRIA for Nattugla, og skal ikke avvente ibruktakelse i påvente av en slik vurdering. Har kommunen allerede gjennomført en FRIA, er ikke arbeidet bortkastet — det dekker vurderinger som uansett er nyttige overfor Statsforvalteren, Datatilsynet og pårørende — men det er ikke et vilkår for lovlig bruk.

Når kan FRIA likevel være aktuelt?

Vurderingen over gjelder Nattugla slik løsningen fungerer i dag. Bildet kan endre seg dersom kommunen tar i bruk AI-funksjoner som gjør noe annet enn å varsle om hendelser — for eksempel et system som selv foreslår hvem som skal få eller miste en tjeneste. Da nærmer man seg vedlegg III punkt 5, og spørsmålet må vurderes på nytt. Det samme

gjelder når KI-loven faktisk trer i kraft i Norge, siden den kan inneholde nasjonale tilpasninger.

Kommuner som ønsker å gjøre en frivillig vurdering av hvordan digitalt tilsyn påvirker grunnleggende rettigheter, kan bruke strukturen under. Den er et **frivillig arbeidsverktøy**, ikke et lovpålagt skjema, og den kan med fordel slås sammen med DPIA-en.

FRIVILLIG VURDERING AV PÅVIRKNING PÅ GRUNNLEGGENDE RETTIGHETER

KOMMUNE OG ANSVARLIG

[Kommune], [navn på personvernombud / ansvarlig] – dato: [DD.MM.ÅÅÅÅ]

1. BESKRIVELSE AV BRUKSPROSESSEN

Beskriv hvordan Nattugla skal brukes i kommunen. Hvilke avdelinger/tjenester? Hvilke pasientgrupper (typisk eldre med fallrisiko, demens, kronisk sykdom)? Hvordan integreres systemet i den ordinære tjenesten? Hvem konfigurerer alarmprofiler? Hvem mottar og responderer på varsler?

2. TIDSPERIODE OG HYPPIGHET

Når starter bruken? Forventet varighet (kontinuerlig drift / pilot / tidsbegrenset)? Hvor mange pasienter er omfattet ved oppstart, og estimat for skalering? Hyppighet av tilsyn per pasient (planlagte tilsyn + alarmbasert)?

3. BERØRTE PERSONER OG GRUPPER

Hovedmålgruppe: pasienter/beboere med vedtak om digitalt tilsyn. Sekundært berørte: pårørende (informasjon, antatt vilje), helsepersonell (arbeidsplassovervåking under AML kap. 9), samboer/ektefelle ved bruk i hjemmet. Spesifiser særlig sårbare grupper: personer med demens, kognitiv svekkelse, utviklingshemming, etniske minoriteter, ikke-norsktalende, personer med nedsatt funksjonsevne.

4. SPESIFISKE RISIKOER FOR GRUNNLEGGENDE RETTIGHETER

Kartlegg konkrete risikoer per rettighet. Eksempler: (a) Personvern – avveining mot DPIA. (b) Verdighet og autonomi – risiko for at pasienten føler seg overvåket. (c) Ikke-diskriminering – kan modellen være mindre nøyaktig for visse grupper (mørke rom, rullestolbrukere, ulike hudtone)? (d) Rettferdig behandling – sikres individuell vurdering, eller risikerer enkelte å bli «automatisk inkludert»? (e) Rettssikkerhet – er klageadgang og medvirkning ivare tatt? Vurder sannsynlighet og alvorlighet for hver.

5. TILTAK FOR MENNESKELIG TILSYN

Beskriv hvordan mennesker kontrollerer AI-systemets output. Eksempel for Nattugla: helsepersonell mottar alarm, gjør faglig vurdering, og bestemmer respons. Alarmer er individuelt konfigurerte – ikke universelle. Kommunen sikrer opplæring i å gjenkjenne falske alarmer og ikke utvikle automasjonsskjevhet (se kap. 8). Beskriv eskaleringsrutiner og hvem som har myndighet til å overstyre eller stanse systemet.

6. TILTAK HVIS RISIKO MATERIALISERER SEG

Klagemekanismer: pasient og pårørende har klagerett etter pbrl. § 7-5 (eller § 4A-7). Statsforvalter er klageinstans. Beskriv interne varslingsrutiner – hvordan rapporteres uventede hendelser eller feil? Hvilken plan finnes for midlertidig eller permanent stans dersom risikoen viser seg større enn vurdert? Hvem har ansvar for revurdering og oppdatering av FRIA?

KONKLUSJON OG GODKJENNING

[Personvernombudets vurdering: er restrisikoen akseptabel? Er det forhold som krever særlig oppfølging? Eventuelle tiltak som må iverksettes før systemet tas i bruk.] Signatur og dato: [navn, stilling], [DD.MM.ÅÅÅÅ]

Gjør kommunen denne vurderingen frivillig, gjøres den typisk én gang og oppdateres ved vesentlige endringer. Mange kommuner velger å koble den til den eksisterende DPIA-prosessen og involvere personvernombudet, fagansvarlig og en representant for tjenestemottakere og pårørende. Husk at AI-generert innhold må kvalitetssikres av kompetent fagperson før det tas i bruk.

7. Vedtaksprosessen steg for steg

7.1 Institusjon (sykehjem/omsorgsbolig)

Steg 1: Kartlegging og behovsvurdering.

Tverrfaglig team vurderer pasientens behov og risikoprofil. Dokumenter i journal. Dersom kommunen har formulert at velferdsteknologi er førstevalg i tildelingskriteriene, gjøres dette som fast del av inntaksvurderingen.

Steg 2: Vurdering av beslutningskompetanse.

Lege eller annet kvalifisert helsepersonell vurderer om pasienten har beslutningskompetanse for denne konkrete beslutningen. Vurderingen dokumenteres og begrunnes. Husk at beviskravet er «overveiende sannsynlig», og at det ikke lenger kreves en bestemt diagnose — se kap. 6.2.

Steg 3: Informasjon, samtykke og antatt vilje.

Pasienten og nærmeste pårørende informeres. Ved beslutningskompetanse: innhent skriftlig samtykke. Ved § 4-6a: innhent opplysninger fra pårørende om hva pasienten ville ha ønsket.

Steg 4: Fatte vedtak.

Saksbehandler fatter enkeltvedtak. Bruk vedtaksmalen i kapittel 3. Hjemmel avhenger av spor. Kap. 4A-vedtak oversendes Statsforvalteren.

Steg 5: Iverksetting.

Nattugla aktiveres og konfigureres med alarmer tilpasset pasienten. Ansvarlig personale må være kjent med vedtaket og alarminnstillingene.

Steg 6: Evaluering og revurdering.

Første evaluering innen én måned. Revurdering minimum hvert halvår eller ved endring i tilstand. Vær oppmerksom på tegn på motstand som kan oppstå underveis.

7.2 Hjemmesykepleien (privat hjem)

I hjemmet gjelder de samme juridiske kravene, men med tilleggshensyn:

Særlige hensyn i hjemmet

Privatlivets fred: Digitalt tilsyn med kamera i et privat hjem er et større inngrep enn på institusjon. Dette skjerper kravet til nødvendighet og forholdsmessighet.

Samboer/ektefelle: Dersom pasienten bor med andre, må også deres personvern ivaretas. De skal informeres, og løsningen må utformes slik at risikoen for å fange opp andre minimeres.

Plassering: Kameraet må plasseres slik at det kun dekker nødvendig område.

Tidsvinduer: Det bør avtales klare rammer for når tilsyn kan gjennomføres.

Tilgang: Vedtaket bør spesifisere hvem som har tilgang.

| Når samboer/ektefelle motsetter seg Nattugla

Dersom en samboer eller ektefelle motsetter seg at Nattugla installeres i hjemmet, må kommunen veie pasientens behov for forsvarlig tilsyn opp mot den andres rett til privatliv. Kommunen kan ikke tvinge teknologien inn i noens hjem uten aksept fra de som bor der. Mulige løsninger: tilpasset plassering og tidsvinduer som minimerer inngrep overfor samboer, alternative tilsynsformer (sengealarm, dørsensor), eller økt fysisk tilsyn. Dersom pasientens sikkerhet ikke kan ivaretas forsvarlig i hjemmet, må kommunen vurdere om andre bo- og tjenestetilbud er nødvendig.

8. Gode forberedelser er gull

Fysisk tilrettelegging av rommet er avgjørende for at Nattugla skal fungere optimalt og gi færre falske alarmer.

En vanlig feil ved innføring av digitalt tilsyn er å fokusere kun på jus og vedtak, men glemme det praktiske: rommet må være tilrettelagt for kameraets synsfelt. Dårlig tilrettelegging er en av de hyppigste årsakene til falske alarmer, og falske alarmer fører igjen til «alarm fatigue» hos personalet — som er en reell pasientsikkerhetsrisiko.

| Fri sikt er avgjørende

Nattugla trenger fri sikt til pasienten for å kunne gjøre presise vurderinger. Gardiner, sengehester, stoler og annet som blokkerer kameraets synsfelt, kan føre til at alarmer ikke utløses når de skal — eller utløses når de ikke skal.

| Er rommet blitt et lager?

Over tid samler det seg gjerne opp gjenstander på beboerrom: ekstra hjelpemidler, sekker med klær, esker og diverse utstyr. Hvert objekt som beveger seg i kameraets synsfelt kan potensielt utløse falsk alarm. Gå gjennom rommet før Nattugla aktiveres:

- Fjern unødvendige gjenstander fra kameraets synsfelt
- Sikre at gardiner og forheng ikke kan blåse foran kameraet
- Plasser hjelpemidler ryddig og utenfor hovedsiktlinjen
- Unngå reflekterende overflater som kan forstyrre AI-analysen

| Start med få alarmer

Ved oppstart anbefales det å aktivere kun de mest kritiske alarmene (typisk fallalarm), og så gradvis legge til flere etter hvert som personalet blir komfortable med systemet og man ser hva som fungerer for den enkelte pasienten. For mange alarmer fra start gir unødvendig støy og kan undergrave tilliten til systemet.

| Samarbeid med teknisk support

Leverandøren og/eller alarmhåndteringspartneren har erfaring med optimal plassering og konfigurering. Benytt deres kompetanse:

- Få hjelp til å finne optimal plassering for kameraet i rommet
- Gå gjennom alarminnstillingene sammen — hva gir mening for denne pasienten?
- Avtal oppfølging de første ukene for å finjustere sensitivitet og alarmer
- Bruk teknisk support aktivt også etter evaluering — behov endrer seg over tid

Praktisk sjekk før aktivering

Før Nattugla aktiveres for en pasient, gjør en rask runde i rommet: Har kameraet fri sikt til sengen? Er det gjenstander som kan skape falske alarmer? Er gardiner festet slik at de ikke blåser foran? Er rommet ryddig og oversiktlig? En fem minutters sjekk kan spare mange falske alarmer.

9. Vanlige fallgruver

Erfaringer fra kommuner og funn fra Helsetilsynet viser gjennomgående utfordringer å være oppmerksom på.

1. «Alle får Nattugla» uten individuelt vedtak

Kommunen kan installere infrastruktur på alle rom, men kan ikke aktivere Nattugla for alle uten individuell vurdering og vedtak. En beboer uten fallrisiko, vandretrang eller annen nattlig risiko har ikke nødvendigvis behov for kamerabasert digitalt tilsyn.

2. Beslutningskompetanse ikke vurdert eller dokumentert

Vurderingen må gjøres av kvalifisert helsepersonell, dokumenteres med begrunnelse, og gjelde den konkrete beslutningen — ikke generell kompetanse. Etter lovendringen 1. juni 2026 er beviskravet «overveiende sannsynlig», og det kreves ikke lenger en bestemt diagnose.

3. Falsk trygghet — teknologi erstatter ikke faglig vurdering

Helsetilsynet advarer om at velferdsteknologi kan gi falsk trygghet dersom ansatte mangler kunnskap om teknologien eller dersom løsningen ikke passer for pasienten. Nattugla støtter helsepersonell — det erstatter ikke faglig vurdering.

4. Motstand ikke fanget opp

Motstand kan uttrykkes på mange måter, særlig hos personer med demens. Det må finnes rutiner for hva som skjer når motstand oppstår (overgang fra § 4-6a til kap. 4A-vurdering). Se kapittel 5.

5. Manglende revurdering

Et vedtak om Nattugla er ikke «sett og glem». Pasienten kan gjenvinne beslutningskompetanse, risikobildet kan endre seg, eller tiltaket kan vise seg u hensiktsmessig.

6. DPIA mangler eller er gjort i etterkant

DPIA må gjennomføres før Nattugla tas i bruk — ikke etter. Husk å oppdatere DPIA dersom nye funksjoner tas i bruk.

7. AML kap. 9 ikke fulgt

Nattugla installeres på en arbeidsplass. Selv om formålet er pasientsikkerhet og ikke personalkontroll, skal innføring drøftes med tillitsvalgte og ansatte informeres etter arbeidsmiljøloven. Manglende drøfting kan føre til konflikt og tilsynsrisiko fra Arbeidstilsynet. Dokumenter drøftingen i protokoll.

8. DPIA forveksles med FRIA (RETTET i v6)

Veileder v5 anga at kommunen måtte gjennomføre FRIA før Nattugla kunne tas i bruk. Det stemmer ikke, og fallgruven går nå motsatt vei: kommuner som venter på en FRIA de ikke trenger, utsetter et tiltak pasienten kunne hatt nytte av. **DPIA er plikten** — den følger av GDPR og gjelder i dag. FRIA etter AI Act art. 27 treffer ikke Nattugla. Se kapittel 6.4.

9. Utviklingshemming behandlet som et avslag (NY i v6)

To feil er like vanlige, og de trekker i hver sin retning. Den ene er å avvise saken fordi pasienten har utviklingshemming — § 4-6a gjelder også denne gruppen når beslutningskompetansen mangler og det ikke er motstand. Den andre er å bruke pbrl. kapittel 4A ved motstand; da gjelder helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, med egne saksbehandlingsregler. Se kapittel 6.2.

Oppsummering

Kommunen har både rett og plikt til å satse på velferdsteknologi. Nattugla kan innføres bredt og effektivt — men det krever at hvert vedtak er individuelt begrunnet, at beslutningskompetanse er vurdert, og at personvern hensyn er ivarettatt. Med gode rutiner og bruk av malene i denne veilederen kan dette gjøres uten unødig byråkrati, samtidig som lovens krav oppfylles. Rådfør dere alltid med juridisk kompetanse ved tvilstilfeller.

Hva er Nattugla?

Nattugla er et norskutviklet digitalt tilsynssystem fra Nattugla AS som består av et smart kamera med kunstig intelligens, innebygd 4G og høyttaler/mikrofon. Systemet våker over pasienten og kan varsle helsepersonell ved fall, høy lyd, at bruker forlater seng eller stol. Nattugla gjør det også mulig å gjennomføre planlagte digitale tilsyn. Lyd og bilde sendes kun kryptert og direkte ved alarm eller tilsyn — ingenting lagres utover tilsynslogg. Nattugla er godkjent av Norsk Helsenett. Alarmmottak og alarmhåndtering leveres av ulike partnere (f.eks. Hepro, Netnordic m.fl.) avhengig av kommunens valgte løsning.

Veileder versjon 6.0 · August 2026. Rettskildene er kontrollert mot lovdata.no. Veilederen er et hjelpemiddel og erstatter ikke kommunens egen juridiske vurdering i den enkelte sak.