

Robotar och övervakning i vården av äldre – etiska aspekter

Rapport av Statens medicinsk-etiska råd

Stockholm 2014



Smer rapport 2014:2

Smer rapport 2014:2. Robotar och övervakning i vården av äldre – etiska aspekter.

Rapporten finns att ladda ned gratis på www.smer.se eller kan köpas från Fritzes kundtjänst.

Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm

Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90

E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2015

Omslag: Blomquist Annonsbyrå AB.
Foto: Bestic/Robotdalen och Terése Andersson/Robotdalen.

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

ISBN 978-91-38-24223-0
ISSN 1101-0398

Förord

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har på eget initiativ tagit fram denna rapport om etiska aspekter på robotar och övervakning i vården av äldre. Målet med rapporten är att stimulera till samhälls-lik diskussion och att utgöra ett stöd inför beslut om användande av robotar och övervakning inom hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg om äldre personer.

En arbetsgrupp bestående av rådsledamoten Barbro Westerholm samt de sakkunniga Lars Berge-Kleber, Emil Bergschöld, Ingvor Bjugård, Nils-Eric Sahlin och Elisabet Wennlund har arbetat med framtagandet av rapporten. Sekreterare har varit Helena Teréus.

Beslut om denna rapport har fattats av ledamöterna Kjell Asplund (ordförande), Helena Bouveng, Sven-Olov Edvinsson, Elina Linna, Chatrine Pålsson Ahlgren och Barbro Westerholm. I beredningen av rapporten deltog även Lars Berge-Kleber, Emil Bergschöld, Ingvor Bjugård, Ingemar Engström, Martin Färnsten, Göran Hermerén, Åsa Nilssonne, Sineva Ribeiro, Nils-Eric Sahlin och Elisabet Wennlund.

Rådet har under arbetet med rapporten hört flera experter på området. Se bilaga 1.

Kapitel 1–3 har faktagranskats med avseende på de tekniska aspekterna av Karl-Erik Westman vid Myndigheten för delaktighet.

Stockholm december 2014

Kjell Asplund

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Inledning.....	15
1.1 Bakgrund	15
1.2 Satsningar på digitala och tekniska lösningar i vården av äldre.....	16
2 Robotar i hälso- och sjukvård och omsorg	21
2.1 Inledning.....	21
2.2 Olika typer av hälsorobotar	22
3 Övervakning i hälso- och sjukvård och omsorg	27
4 Regelverk	31
4.1 Övergripande bestämmelser.....	31
4.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen	31
4.1.2 Patientlagen.....	35
4.1.3 Patientsäkerhetslagen	36
4.1.4 Socialtjänstlagen.....	37
4.2 Särskilda regler vad gäller övervakning	40
4.2.1 Regeringsformen m.m.	40
4.2.2 Kameraövervakningslagen.....	42
4.3 Grundläggande krav och målsättningar inom hälso- och sjukvården.....	44
4.3.1 God vård.....	44
4.3.2 Samtycke	45

5	Etisk analys och utgångspunkter	47
5.1	Etisk analys	47
5.2	Etiska utgångspunkter.....	48
5.2.1	Människovärde	48
5.2.2	Integritet	48
5.2.3	Rättvisa: lika vård på lika villkor.....	49
5.2.4	Självbestämmande och autonomi	49
5.2.5	Informerat samtycke	51
6	Etisk diskussion, överväganden och ställningstaganden	53
6.1	Hälsorobotar.....	53
6.1.1	Inledning.....	53
6.1.2	God vård och omsorg av god kvalitet	56
6.1.3	Informerat samtycke och rätten till självbestämmande.....	58
6.1.4	Rättvisa, prioriteringar och lika vård på lika villkor	61
6.1.5	Hälsorobotar som ersättning för vårdpersonal	63
6.1.6	Integritetsfrågor	64
6.1.7	Etisk bedömning och kunskapsluckor.....	65
6.1.8	Risken för förlust av viktiga värden i vården och omsorgen	66
6.1.9	Ställningstaganden.....	67
6.2	Övervakning	69
6.2.1	Inledning.....	69
6.2.2	Kameraövervakning.....	71
6.2.3	Särskilt om övervakning med GPS-sändare.....	76
6.2.4	Ställningstaganden.....	78
	Referenser	81
	Bilaga	
	Bilaga 1 Förteckning över hörda experter	85

Sammanfattning

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har på eget initiativ tagit fram denna rapport om etiska aspekter på robotar och övervakning i vården av äldre. Målet med rapporten är att stimulera till samhälls-lik diskussion och att utgöra ett stöd inför beslut om användande av robotar och övervakning inom hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg om äldre personer. Rapporten är avgränsad till att endast omfatta de robotar som anges i kapitel 2 samt övervakning med kamera och GPS-sändare. Andra typer av robotar och etiska frågeställningar än de som utvecklas här kan bli föremål för analys i framtida projekt.

Bakgrund

Utvecklingen av robotar för användning i vården går snabbt. Politiskt finns det ett intresse av att effektivisera vård och omsorg som berör äldre då den demografiska utvecklingen pekar mot att andelen äldre i befolkningen ökar. Det har därför tagits flera initiativ, både nationellt och på EU-nivå, för att utveckla användningen av nya tekniska lösningar i vården av äldre.

Det finns olika typer av robotar som är aktuella för användning inom hälso- och sjukvården och omsorgen. De kan bl.a. användas vid kommunikation med en enskild, som ett äthjälpmedel, vid träning och rehabilitering, som ersättning för förlorade kroppsdelar eller i rörelseassisterande syfte, som sällskap eller i syfte att undvika tunga lyft för vårdpersonal. Även om utvecklingen gått snabbt är många robotar fortfarande på utvecklingsstadiet.

När det gäller användningen av övervakning i hälso- och sjukvård och omsorg, kan kameraövervakning fungera som ett alternativ eller komplement till fysisk tillsyn av en person. Målet med

äldrepolitiken har länge varit att äldre ska kunna leva och bo självständigt och under trygga förhållanden. Socialtjänstens omsorg är inriktad på att den äldre ska kunna bo kvar i sitt eget hem så länge som möjligt med det stöd han eller hon behöver. Detta medför att fler sköra äldre bor kvar länge i hemmet med ett stort tillsynsbehov som följd. Kameraövervakning kan vara ett sätt att öka tryggheten men också att effektivisera omsorgen. Med hjälp av en GPS-sändare går det vidare att ta reda på var en person befinner sig om man misstänker att han eller hon har gått vilse. Sådan teknik kan vara användbar när en person med nedsatt kognitiv förmåga såsom demenssjukdom ska gå ut på egen hand.

Etiska aspekter

Rådets diskussion kring användningen av hälsoroboter och övervakning i vården och omsorgen av äldre har varit problembaserad och utgått ifrån ett antal etiska frågeställningar.

När det gäller robotar har rådets diskussion varit generell i den meningen att enskilda robotar inte analyserats var för sig. Det har dock uppmärksammats att det finns etiskt relevanta skillnader mellan exempelvis robotar som utför uppgifter vårdpersonal tidigare gjort och robotar som utgör ersättning för kroppsfunktioner individen saknar. Alla etiska problem som presenteras aktualiseras följaktligen inte vid användning av alla hälsoroboter, eftersom dessa kan se mycket olika ut och ha vitt skilda användningsområden och funktioner. Varje robot måste således diskuteras och utvärderas för sig med beaktande av de etiska frågeställningar som identifierats.

De etiska frågeställningar som rådet lyfter fram angående hälsoroboter och övervakning är:

- När är det etiskt försvarbart att använda robotar och övervakningsteknik i vården av äldre? Bl.a. aktualiseras frågor om vad god vård och omsorg av god kvalitet innebär samt mänskliga behov som social stimulans.
- Hur kan det säkerställas att en rättvis fördelning av resurserna sker så att de som har behov av den nya tekniken får tillgång till den?

- Hur säkerställs rätten till självbestämmande samt att personer med nedsatt beslutskompetens får den vård de behöver och att deras vilja beaktas?
- Går det att åstadkomma balans mellan intrånget i den enskildes integritet och nyttan med tekniken och i så fall hur?
- Hur säkerställs att forskning och utveckling av ny teknik utvärderas ur ett etiskt perspektiv samt att etiska bedömningar görs inför introduktion av robotar i hälso- och sjukvården och socialtjänstens omsorg?

Översikt argument för och emot hälsorobotar samt övervakning med kamera och GPS:

Argument som kan anföras för:

- Hälsorobotar och övervakningsteknik i vården av äldre kan främja individens livskvalitet, integritet och självbestämmande.
- Hälsorobotar och övervakningsteknik kan leda till förhöjd vårdkvalitet inom hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg.
- Hälsorobotar och övervakningsteknik kan effektivisera hälso- och sjukvårdsverksamheten/socialtjänstens omsorg så att resurser kan användas bättre.
- Hälsorobotar kan förbättra personalens arbetsmiljö genom att t.ex. slitsamma och tunga arbetsuppgifter kan undvikas.
- Övervakning med GPS kan förhindra att den äldre skadar sig för det fall han eller hon går vilse.
- Övervakning kan innebära en trygghet för anhöriga.

Argument som kan anföras mot:

- Hälsorobotar och övervakning kan innebära en försämring av den äldres livskvalitet och ett oproportionerligt intrång i dennes integritet.

- Att ersätta vårdpersonal med hälsoroboter eller kamera/GPS-sändare kan innebära att den äldres sociala stimulans minskar och att behov av trygghet och mänsklig kontakt inte tillgodoses.
- Hälsoroboter och övervakning kan medföra att god vård samt omsorg av god kvalitet inte kan ges.
- Att köpa in hälsoroboter till en verksamhet kan innebära stora ekonomiska kostnader och därmed att andra insatser måste prioriteras bort.

Överväganden och ställningstaganden

Hälsoroboter

Forskning och kunskapsluckor

Roboter kan på ett avgörande sätt komma att påverka innehållet i hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg. Rådet ser att robottekniken har stor potential att förbättra vårdens och omsorgens kvalitet.

Rådet anser emellertid att det behövs mer forskning om hur olika hälsoroboter kan påverka människan och viktiga värden i vården. Sådan forskning måste pågå parallellt med den tekniska utvecklingen av en specifik robot för att framtagandet av den nya tekniken ska ske på ett ansvarsfullt och etiskt godtagbart sätt. Diskussionen kring etiska frågor måste få ta mer plats i innovationsprocessen och vara en självklar del av den tekniska utvecklingen. I detta avseende måste både enskilda företag och berörda myndigheter ta sitt ansvar.

Etisk bedömning inför introduktion

Rådet vill framhäva vikten av att en bedömning av en hälsorobots konsekvenser för etiska värden alltid måste göras innan den börjar användas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dessa bedömningar görs i regel av beslutsfattare på en övergripande nivå. För det fall en sådan bedömning inte redan krävs enligt nu gällande hälso- och sjukvårdslag och socialtjänstlag, bör sådana bestämmelser införas i respektive lagstiftning. Det bör finnas rutiner för

detta i varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Rådet förutsätter att det säkerställs att en hälsorobot uppfyller kraven på god vård, omsorg av god kvalitet, säkerhet m.m. innan den börjar användas i hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Verksamheterna bör organiseras så att det finns någon som har ett tydligt ansvar för att detta sker.

Uppföljning och utvärdering

Rådet anser att uppföljning och utvärdering av varje ny hälsorobot måste ske för att säkerställa att etiska värden i hälso- och sjukvård och omsorg inte hotas och att lagstadgade krav uppfylls. En ansvarig myndighet bör ges i uppdrag att genomföra sådana bedömningar och utvärderingar.

Vid en bedömning i det enskilda fallet

Bedömning i det enskilda fallet av om en hälsorobot ska användas av en individuell person görs i regel av personal på en klinik, vårdcentral eller i kommunen. Följande bör särskilt säkerställas:

- att en individuell bedömning utifrån den enskildes förutsättningar och behov görs av om insatsen är lämplig. Frågor som har betydelse är: vilken nytta har roboten för individen? Vilka risker finns? Vad är individens egen inställning? Det måste garanteras att individen får sitt behov av social stimulans tillgodosett.
- att individens samtycke till en insats är informerat och frivilligt.
- att fullständig information ges på ett ändamålsenligt sätt och att personen förstått informationen.
- att ett likvärdigt alternativ erbjuds personen om denne tackar nej till insatsen.
- att utprovning sker utifrån individens behov och att en prövo-period tillämpas då personen får möjlighet att testa hälsoroboten.
- att uppföljning och utvärdering görs av personal som har kompetens för uppdraget varvid det kontrolleras att den enskilde får sitt

vård- och omsorgsbehov tillgodosett. Om så inte är fallet ska insatsen avslutas omedelbart.

- att känslig information om individen som registreras av hälso-roboten skyddas samt att inhämtning och hantering av information begränsas så långt det är möjligt.

Särskilt om personer med nedsatt beslutskompetens

När det gäller äldre med nedsatt beslutskompetens vill rådet understryka att det är extra viktigt att vårdpersonal är noggrann med hur information ges, att det säkerställs att den enskilde förstått informationen, att extra lyhördhet visas och stöd ges för att möjliggöra ett ställningstagande, innan en robot introduceras i vården. Det finns annars en risk att personens vilja inte respekteras och att personen inte får nödvändig vård och omsorg vilket strider mot både etiska principer och lagstiftningen.

Övervakning

Etisk bedömning inför introduktion

Rådet anser att innan övervakningsåtgärder införs i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, måste en bedömning göras av vilka konsekvenser övervakningen kan få för etiska värden. Det är därför avgörande att noggranna bedömningar görs i varje enskilt fall så att individens rätt till självbestämmande, integritet och lika vård på lika villkor respekteras samt att krav på god vård och omsorg av god kvalitet uppfylls. En sådan bedömning måste ske innan övervakning börjar användas. I verksamheterna bör det finnas en person som är ansvarig för att detta sker.

I och med att tillsynen som kan genomföras med hjälp av enbart en kamera är begränsad, ser rådet en risk med att använda kameran som ersättning för personliga besök om inte övervakningen kompletteras med annan tillsyn eller ytterligare tekniska lösningar.

Vid en bedömning i det enskilda fallet

Vid en bedömning i det enskilda fallet om övervakning ska användas bör särskilt följande säkerställas:

- att en individuell bedömning utifrån den enskildes förutsättningar och behov görs av om insatsen är lämplig. Frågor som har betydelse är: vilken nytta har övervakningen för individen? Vilka risker finns? Vad är individens egen inställning? Det måste garanteras att individen får sitt behov av social stimulans tillgodosett.
- att individens samtycke till en insats är informerat och frivilligt.
- att fullständig information ges hur övervakningen går till, vem som har behörighet att ta del av den information som registreras, när information registreras m.m. och att information lämnas på ett ändamålsenligt sätt. Det måste även säkerställas att personen förstått informationen.
- att ett likvärdigt alternativ ges personen om denne tackar nej till insatsen.
- att utprovning sker utifrån individens behov och att en provperiod tillämpas då personen får möjlighet att testa insatsen.
- att uppföljning och utvärdering görs av personal som har kompetens för uppdraget, då det kontrolleras att den enskilde får sitt vård- och omsorgsbehov tillgodosett. Om så inte är fallet ska övervakningen avslutas omedelbart.
- att känslig information om användaren som registreras skyddas samt att inhämtning och hantering av information begränsas så långt det är möjligt.

Balans mellan nytta och intrång

Rådet vill särskilt framhäva vikten av att balans uppnås mellan nyttan av övervakningen och det intrång i den enskildes integritet som övervakningen innebär. Åtgärder bör därför vidtas så att integritetsintrånget blir så begränsat som möjligt.

Särskilt om personer med nedsatt beslutskompetens

När det gäller äldre med nedsatt beslutskompetens vill rådet understryka att det är extra viktigt att vårdpersonal är noggrann med hur information ges, att det säkerställs att den enskilde förstått informationen, att extra lyhördhet visas och att stöd ges för att möjliggöra ett ställningstagande, innan övervakning introduceras i vården. Det finns annars en risk att personens vilja inte respekteras och att personen inte får nödvändig vård och omsorg vilket strider mot både etiska principer och lagstiftningen.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har till uppgift att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv. Smer ska bedöma medicinsk forskning, diagnostik och behandling utifrån vedertagna etiska värden såsom människovärde, personlig integritet, självbestämmande och rättvisa. Ofta sker utvecklingen på det medicinska området snabbt och i denna process är det viktigt att de etiska aspekterna inte glöms bort utan är en del i utvecklingen. Det kan annars finnas en risk att den nya tekniken får oönskade effekter för viktiga etiska värden. Smer bevakar därför forskning och utveckling av betydelse på hälso- och sjukvårdens område för att på ett tidigt stadium kunna uppmärksamma etiska aspekter på ny teknik samt ge vägledning inför introduktion och användning av dessa.

Utvecklingen av robotar för användning i vården är ett sådant exempel där den tekniska utvecklingen går snabbt och där olika etiska frågor aktualiseras. Övervakning är en annan metod som i allt högre utsträckning används i vården och som väcker många etiska frågor. Smer har bedömt att det nu finns ett behov av att belysa och diskutera dessa frågor.

Denna rapport är avgränsad till etiska aspekter på användande av robotar och övervakning i vården av äldre. Äldre patienter är en extra utsatt patientgrupp och det har tagits flera initiativ för att effektivisera vården av just äldre vård- och omsorgstagare. Äldre personer lider också i högre utsträckning av sjukdomar som medför nedsatt beslutsförmåga vilket försämrar deras möjlighet att delta i utformningen av vård- och omsorg och i den samhälleliga debatten. Många av de etiska frågeställningar som behandlas i rapporten är

dock aktuella även när det gäller användning av hälsorobotar för andra grupper än äldre, exempelvis funktionshindrade.

Syftet med rapporten är att synliggöra de etiska frågor som väcks samt att ge vägledning till berörda aktörer vid införande och användande av den nya tekniken. Detta så att inga viktiga värden ska gå förlorade i vården av äldre. Etiska frågor med anknytning till andra robotar än de som nämns i kapitel 2 tas inte upp i rapporten. Exempel på robotar som inte tas upp är operationsrobotar och robotar i nanostorlek som utvecklas för att behandla sjukdomar på cellnivå. Dessa typer av robotar kan dock bli föremål för etisk analys i något av Smers framtida projekt. När det gäller övervakning är rapporten avgränsad till användningen av kameror och GPS-sändare och omfattar inte kameraövervakning som en enskild själv eller dennes anhöriga ordnar i syfte att övervaka den vård och omsorg som ges.

Smers ansvarsområde innefattar i huvudsak nya metoder och behandlingsalternativ m.m. på hälso- och sjukvårdens område. Användningen av robotar och övervakning i vården av äldre är emellertid aktuell även i socialtjänstens omsorg av äldre personer. Eftersom socialtjänsten har en viktig del i denna omsorg och de etiska aspekterna ofta är samma som vid användande och införande av tekniken på hälso- och sjukvårdsområdet, behandlar rapporten även frågor som uppkommer inom ramen för denna verksamhet.

1.2 Satsningar på digitala och tekniska lösningar i vården av äldre

I skrivelsen *Ett värdigt liv – äldrepolitisk översikt 2006–2014* redovisade regeringen inriktningen och utvecklingen av äldrepolitiken sedan 2006 samt en bedömning av fortsatta utmaningar.¹ Målet med initiativen på äldrepolitikens område angavs bl.a. vara att sätta de äldre i centrum. Att få fortsätta vara den person man varit tidigare också när man har behov av samhällets omsorg framhölls som centralt. Det sades att kommunerna ska arbeta för att äldre ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Äldre ska

¹ Regeringens skrivelse 2013/14:57 Ett värdigt liv – äldrepolitisk översikt 2006–2014.

vidare få stöd för att behålla sina intressen, vanor och sociala kontakter så långt det är möjligt. En annan målsättning som nämndes var att äldre ska kunna känna värdighet och välbefinnande.

Regeringen konstaterade även i sin översikt av äldrepolitiken att en ökad livslängd medför att det blir allt fler äldre i befolkningen. I Sverige finns nästan en halv miljon människor som är äldre än 80 år, om 20 år kommer de att vara över 800 000 och i slutet av 2040-talet över 1 miljon.² Regeringen beräknade att kostnadsökningarna för vården av äldre kommer att bli mycket stora om framtidens äldre har samma behov av vård och omsorg som äldre har i dag och det befarades att ekonomiska resurser och personalresurser kommer att vara begränsade. Hög prioritet skulle därför ges åt att öka vårdens och omsorgens förmåga att åstadkomma god kvalitet och ökad effektivitet.

Den teknologiska utvecklingen på hälso- och sjukvårdsområdet går mycket snabbt och i dag finns en mängd digitala och robottekniska lösningar i syfte att effektivisera och förbättra hälso- och sjukvården. Flera myndigheter har fått uppdrag som syftar till att med tekniska satsningar öka kvalitet och effektivitet i vården av äldre. Myndigheten för delaktighet har ett uppdrag från regeringen att, i samverkan med Socialstyrelsen, Post- och Telestyrelsen (PTS) och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), ta fram och sprida information till kommuner och enskilda utförare om implementering och användning av digitala trygghets- och service-tjänster samt digital teknik inom socialtjänsten och den kommunala hemsjukvården.³ Det handlar om bl.a. digitala trygghetslarm, tele- och videokommunikation, sensorer i hemmet, ett mobilt arbetsätt och e-tjänster för trygghet, service och delaktighet. En av anledningarna till initiativet sägs vara att osäkerheten är stor hos kommuner och enskilda utförare kring frågor om tekniska lösningar, krav på informationssäkerhet och vad som är tillåtet och lämpligt ur ett juridiskt, etiskt och integritetsmässigt perspektiv.

Det har även satsats på s.k. e-hälsa som definieras som insatser, verktyg och processer i socialtjänst och vård som syftar till att rätt

² Regeringens skrivelse 2013/14:57 Ett värdigt liv – äldrepolitisk översikt 2006–2014.

³ Regeringsbeslut om Uppdrag angående information om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård (2014-02-13) till Handisam. Handisam och delar av Hjälpmedelsinstitutet bildade i maj 2014 nuvarande Myndigheten för delaktighet.

person ska ha rätt information vid rätt tillfälle.⁴ Två syften med e-hälsoarbetet är att effektivisera verksamheter och skapa bättre förutsättningar för forskning och utveckling av nya metoder och rutiner. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har enligt en överenskommelse med regeringen förmedlat stimulansbidrag till kommunerna för att utveckla e-hälsa på socialtjänstområdet under 2013.⁵

En del i arbetet att utveckla e-hälsa är att införa e-tjänster. E-tjänster har av SKL definierats som en elektronisk tjänst där handläggningen är interaktiv, vilket innebär att den sker i någon form av dialog mellan brukare och handläggare.⁶ En typ av e-tjänst som nämns i Socialstyrelsens uppföljning av de stimulansmedel som kommunerna fått del av 2013, är tillsyn av äldre via video i hemmet.⁷ SKL har kommit med en rapport 2014 där man redovisar en kartläggning över kommunernas arbete med digitalisering, e-förvaltning och e-tjänster.⁸ Denna visar bl.a. att kommuner med många invånare använder sig av e-tjänster i större utsträckning än kommuner med få invånare.

En annan aktör för finansiering och framtagande av nya innovationer på hälso- och sjukvårdens område är VINNOVA. VINNOVA fick 2011 i uppdrag av regeringen att genomföra en satsning på testbäddar inom hälso- och sjukvård och äldreomsorgen. I uppdraget anges att en testbädd kan vara en miljö inom vård och omsorg där företag i samverkan med aktörer inom hälso- och sjukvård eller äldreomsorg kan testa nya idéer i praktisk verklighet redan under utvecklingsfasen. På detta sätt främjas utvecklingen av nya innovationer inom hälso- och sjukvård som berör äldre, vilket kan resultera i bl.a. nya robottekniska lösningar.

Tidigare program för teknikutveckling som berör äldre är regeringsuppdraget till hjälpmedelsinstitutet Teknik för äldre I (2007–2009) och Teknik för äldre II (2010–2012). Inom ramen för dessa program finansierades bl.a. flera utvecklingsprojekt och försöksverksamheter såsom Västerås stads verksamhet VIKTig (Västerås

⁴ Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten, s. 7.

⁵ Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten.

⁶ Sveriges Kommuner och Landsting 2013, s. 7.

⁷ Socialstyrelsen 2013, s. 13.

⁸ Sveriges Kommuner och Landsting 2014.

Informations- och KommunikationsTeknik i Gemenskap) med syftet att använda och utvärdera teknikstöd för personer över 80 år samt att utveckla samverkan och metoder för att skapa bättre tillgänglighet i bostäder för äldre. Satsningarna i Västerås ledde bl.a. till att kommunen beslutade sig för att införa s.k. "e-hemtjänst" från och med januari 2013. Enligt beräkningar baserade på erfarenheter från tidigare projekt i Västerås stad medför införande av e-hemtjänst en effektivisering av hemtjänstens resurser samt en högre livskvalitet för användarna. Enligt erfarenheter från Västerås stad är de äldre positiva till stöd via e-hemtjänst om det genomförs utifrån individuella förutsättningar, behov och önskemål.⁹ Inom ramen för Västerås e-hemtjänst sker tillsyn digitalt via t.ex. kommunikationsroboten "Giraff" som finns i den äldre personens hem eller nattetid via en kamera som är installerad i sovrummet.

Inom EU finns också forskningsprojekt som syftar till att med tekniska lösningar öka möjligheterna för äldre personer att bo kvar i det egna hemmet. Ett sådant projekt är Giraff Plus som samordnas av Örebro universitet och omfattar samarbetspartners i olika europeiska länder, varav flera är svenska. Systemet som utvecklas av projektet består av ett nätverk av sensorer som placeras antingen i hemmet eller fästs på kroppen och som t.ex. mäter blodtryck eller upptäcker om den äldre har ramlat i sitt hem. Systemet kan utlösa påminnelser eller larm till vårdpersonal beroende på vilken typ av data som inhämtats. Detta sker i kombination med videokommunikationsroboten "Giraff" (se beskrivning nedan) som kan köras runt i hemmet av vårdpersonal eller anhöriga via internet. Syftet är att möjliggöra en ökad självständighet för äldre och att göra vården mer kostnads- och tidseffektiv.¹⁰

Ett annat EU-finansierat forskningsprojekt är SILVER (Supporting Independent Living for the Elderly through Robotics). Det startade i januari 2012 och pågår under 56 månader. SILVER-projektet söker efter nya teknologier för att stötta äldre i deras vardagsliv. Det sägs att genom användning av ny robotteknik kan äldre fortsätta att leva självständigt hemma även om de har någon fysisk eller psykisk funktionsnedsättning. Målet är att år 2020 ha infört nya tekniska lösningar i vården av äldre som gör det

⁹ Hjälpmedelsinstitutet 2012, s. 3.

¹⁰ Mer information om projektet på www.giraffplus.eu/

möjligt att ge tio procent fler vårdtagare vård med oförändrat antal vårdpersonal. Målet är också att öka livskvalitén för de äldre genom att göra dem mer självständiga och att förbättra deras hälsa. Tre företag har nu gått vidare till projektets andra fas, bl.a. det svenska företaget Bioservo Technologies AB med sin robotlösning "Iron Arm".¹¹ Ett annat svensk företag som deltagit i forskningsprojektet är Bestic AB med äthjälpmedlet "Mealtime 360".¹²

¹¹ Mer information om projektet på www.silverpcp.eu/

¹² Företaget gick vidare till fas ett, se www.silverpcp.eu/silverproposal/

2 Robotar i hälso- och sjukvård och omsorg

2.1 Inledning

Robot

Vad en robot är kan beskrivas på många olika sätt.¹ I denna rapport används begreppet robot enligt följande definition. En robot är en teknisk anordning med särskilda egenskaper som existerar fysiskt, avläser sin omgivning med sensorer, analyserar informationen och agerar.

Att en robot existerar fysiskt skiljer den från programvara som styr datorer. Att den analyserar data utesluter maskiner som helt styrs av fjärrkontroller, såsom leksaker. Robotens analys innebär vidare att den kan behandla information den tillgodogör sig och att den fattar några beslut självständigt utifrån en förutbestämd programmering.

I en rapport från 2014 som Stiftelsen för Strategisk Forskning (SSF) står bakom beräknas i vilken mån yrken i Sverige kan ersättas av digital och automatiserad teknik inom 20 år.² Rapporten bygger på en studie vid Oxford University som granskat yrken på den amerikanska arbetsmarknaden och i hur stor utsträckning dessa på sikt kan ersättas av datorisering och robotisering. Arbetsuppgifter som löper minst risk att automatiseras är de som bl.a. kräver fingerfärdighet, originalitet, social förmåga, personlig assistans, medicinsk omsorg och omtanke om andra människor. Enligt rapporten kan över

¹ Jmf. Bekey 2012, s. 18. Se även EU-kommissionen 2008, s. 12 samt Nationalencyklopedin [www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/robot-\(robotteknik\)](http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/robot-(robotteknik)).

² Stiftelsen för Strategisk Forskning 2014.

hälften av alla jobb i Sverige komma att ersättas av dator- och robot-system under de kommande 20 åren. Rapportens prognoser är dock spekulativa. Att jobb kan ersättas av datorer och robotar innebär inte att det totala antalet jobb behöver minska, t.ex. kommer behovet av vård- och omsorgsinsatser för äldre öka i framtiden.

Det finns olika typer av robotar som är aktuella för användning inom hälso- och sjukvård och omsorg. Många är dock fortfarande på utvecklingsstadiet och ett flertal kommer troligtvis aldrig ut på marknaden. Det viktiga är emellertid att tekniken finns och att det finns ett behov av att använda robotar i vården. Utvecklingen går vidare snabbt och intresset av att hitta användningsområden för den nya tekniken är stort vilket märks inte minst på de olika politiska initiativ som tagits.

Hjälpmedelinstitutet kom 2013 med en sammanställning av olika hälsorobotar och framställningen nedan bygger i huvudsak på denna.³

2.2 Olika typer av hälsorobotar⁴

Ätrobotar

Ätroboten ger personer med nedsatt rörelseförmåga i armar och händer möjlighet att äta själva utan hjälp från andra. Vanligast är att en sked plockar upp maten och ger den till användaren. Ett exempel på en ätrobot är den svenska roboten ”Bestic” som består av en robotarm med en sked i ena änden. Användaren väljer vilken typ av mat som ska ätas och till vilken position skeden ska föras. Denna robot används redan i dag i olika verksamheter.

Kommunikationsrobotar

En kommunikationsrobot kan vara en rörlig bildtelefon på hjul som styrs via en dator över internet och som har en bildskärm som ”ansikte”. En sådan kan bl.a. göra det möjligt för sjukvårdspersonal

³ Hjälpmedelinstitutet 2013.

⁴ Ordet hälsorobot används i Hjälpmedelinstitutet 2013 och avser här robotar som används inom hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg.

och andra att kommunicera med patienten. Vissa kommunikationsrobotar kan även komma med påminnelser om att patienten ska ta sin medicin, sammanställa information om hälsotillstånd och larma om patienten ramlat. Utvecklingen av denna typ av robotar går snabbt.

Ett exempel är den svenska roboten "Giraff" som består av en bildskärm med kamera på en ställning med hjul och som används för att ringa och ta emot videosamtal. Vårdpersonal kan genom "Giraff" titta till och kommunicera med vårdtagaren i dennes hem. "Giraff" används redan i dag av hemtjänsten i Västerås stad som ett alternativ till hembesök inom ramen för s.k. "e-hemtjänst" samt av sjukhus för kommunikation på distans med patienten.

Robotarmar och rörelseassisterande robotar

En robotarm kan anslutas till exempelvis en rullstol eller direkt till användarens kropp. Vissa robotarmar är tänkta att likna en människohand och är utvecklade för att anslutas direkt till användarens nervsystem. Robotarmen kan sedan styras av personens muskel- eller nervsignaler. Ett exempel är "DEKA Bionic arm".

Rörelseassisterande robotar såsom robotdräkter och exoskelett kan utgöra hjälpmedel för personer som behöver stöd för att kunna stå, gå i trappor och böja sig. En person som skadat sig kan träna med hjälp av dessa och bygga upp muskelstyrka och återbilda skadade nervbanor. Robotdräkten "Robot Suit HAL" kartlägger användarens egna gångstil och anpassar dräktens rörelser. Dräkten passar bra som stöd i rehabilitering där det handlar om att bygga upp användarens muskler. Ett annat exempel på en rörelseassisterande robot är svenskutvecklade "Servohandsken SEM Glove" som tillför kraft och handstyrka för personer med nedsatt handfunktion och svag greppstyrka. Användaren har kvar en viss grad av funktion och kan med hjälp av robottekniken återfå full funktionalitet och rörlighet i handen. Både "Robot Suit HAL" och "Servohandsken SEM Glove" används inom svensk hälso- och sjukvård.

Assisterande robotar och träningsrobotar

Det finns assisterande robotar som kan hjälpa till i vardagslivet genom att exempelvis plocka upp föremål, påminna om saker och hjälpa användaren att resa sig upp. Ett exempel är roboten "HERB" (Home Exploring Robot Butler) som kan ta sig fram på egen hand och med hjälp av två robotarmar plocka upp och ställa ifrån sig saker, ge dem till människor osv.

Det finns också robotar som kan hjälpa användaren att sköta hygien såsom att tvätta håret eller duscha. Ett exempel på en robot som gör det förstnämnda är "Panasonic Head Care Robot". Den bl.a. blöter användarens hår, masserar in schampo, sköljer ur och torkar håret. I Danmark har det undersökts om duschrobotar kan fungera på äldreboenden.

En träningsrobot ger instruktioner som stöd i förebyggande vård och rehabiliteringsövningar. Ett exempel är "Taizo" som ger verbala uppmaningar om rörelser samt visar med sina armar och ben hur övningen ska utföras.

Sällskaps- och terapirobotar

Denna typ av robot behöver ha kognitiva förmågor såsom varseblivning, lärande genom observation, minne och förmåga att kommunicera och interagera med människor. De är t.ex. designade för att samverka med människor, öka livslusten, sprida glädje och att vara ett hjälpmedel vid terapi och utbildning.

Robotsälen "Paro" har konstgjord päls och kan ta emot intryck från omgivningen såsom förändringar i ljus, beröring, ljud, temperatur och läge i förhållande till marken. Den kan avgöra varifrån en röst kommer och känner igen vissa ord som sitt eget namn, hälsningar och beröm. Utifrån vad "Paro" uppfattar ger den viss respons, såsom att röra på huvudet, blinka med ögonen och ge ifrån sig glada eller ledsna ljud. Sälrobotens program innebär att den svarar positivt på önskad stimulans, såsom att bli klappad, och negativt på behandling den är programmerad att uppfatta som negativ, såsom att bli slagen. Roboten är designad för att erbjuda avkoppling, underhållning och sällskap genom fysisk interaktion. Robotsälen "Paro" har bl.a. köpts in till äldreboenden i syfte att lugna oroliga äldre.

Hjälpmedelsinstitutet har i arbetet med att öka användningen av teknik för personer med demens undersökt hur några personer med en demenssjukdom bl.a. uppfattat kontakten med en sälrobot ("Paro").⁵ I denna bedömdes att för flera personer innebar "Paro" ett sällskap och någon att ha en relation till. Några personer upplevde t.ex. sälroboten som ett husdjur. En annan robot som testas inom hälso- och sjukvården är sällskapsroboten PaPeRo som kan ge stimulans genom att kommunicera med mänskligt språk. Roboten kan läras att urskilja och känna igen upp till 30 ansikten och kan erbjuda lekar, sånger och svara på beröring såsom klappar.

Ett exempel på en terapirobot är "Cosmobot" som är utvecklad för att vara ett hjälpmedel vid terapi och utbildning av bl.a. barn med autism och cerebral pares. Att interagera med roboten ska ge barnen motivation till att lära sig nytt och att utveckla färdigheter.

Servicerobotar

Servicerobotar underlättar för människor genom att utföra jobb som är smutsiga, tunga, slitsamma, farliga eller repetitiva och kan användas även på sjukhus. Ett exempel är "RobCab" som hjälper till vid transporter och som redan tagits i bruk i svensk sjukvård. Roboten kan på egen hand öppna ett låst skåp i väggen och hämta föremålen som ska transporteras. Den använder sig av sensorer för att skanna av sin omgivning och rita upp en karta för sin rutt. Roboten tar vidare hänsyn till rörliga och orörliga objekt på vägen för att inte krocka med något.

Andra typer av servicerobotar kan hjälpa en patient att sätta sig upp i sängen eller förflytta sig till en rullstol såsom "TWENDY-ONE" eller hjälpa en användare att äta hälsosamt och motionera såsom "Autom". Den sistnämnda är för närvarande under utredning för användning i hälso- och sjukvården i Sverige.

⁵ Hjälpmedelsinstitutet 2005.

Transportrobotar

Transportrobotar hjälper personer med nedsatt rörelseförmåga att förflytta sig mellan olika platser och kan vara allt från rullstolar till små bilar. En sådan typ av robot består av en hjulförsedd platta med ett styre. Roboten styrs genom sensorer som känner av hur användaren står och vilket håll personen lutar sig åt. För att åka framåt lutar man sig framåt och för att åka bakåt lutar man sig bakåt, osv.

Mänskliga robotar

Mänskliga eller humanoida robotar har den mest avancerade tekniken och kan i vissa fall kopiera komplexa mänskliga rörelser. Vissa är utformade för att kunna assistera vid vardagliga göromål och hushållssysslor. En sådan robot är "Romeo" som är utformad med överkropp, armar och ben med stor rörlighet och som kommunicerar med syntetiskt tal och gester.

En annan humanoid robot är "ASIMO" som är utvecklad för att ha ett rörelsemönster och en gång som liknar människors så mycket som möjligt. "ASIMO" kan skjuta en vagn framför sig, bära en bricka, öppna dörrar, greppa och flytta små föremål, öppna burkar m.m. Den kan gå på ojämnt underlag och uppför trappor samt har sensorer som gör att den kan vika undan för objekt som kommer i dess väg. Den kommunicerar med syntetiskt tal och kan ta emot enkla röstkommandon. Den kan även känna igen röster och ansikten.

3 Övervakning i hälso- och sjukvård och omsorg

Många äldre har någon form av fysisk eller psykisk funktionsnedsättning som innebär svårigheter i det vardagliga livet och ett ökat behov av vård. Ett mål med äldrepolitiken och kommunernas omsorg om äldre har länge varit att man ska kunna leva och bo självständigt och under trygga förhållanden.¹ Ofta innebär detta att den äldre bor kvar i sitt hem där han eller hon får stöd och vård i form av hemtjänst när hälsan sviktar. Det är lätt att tänka sig att de flesta, så länge hälsan tillåter, vill kunna behålla intressen, vanor och sociala kontakter. Som nämnts tidigare har den demografiska utvecklingen med ett ökat antal äldre aktualiserat diskussioner och utredningar om hur resursbesparingar och effektivisering av hälso- och sjukvården samt omsorgen om äldre kan genomföras.

Det är mot denna bakgrund man bör se införandet av olika typer av övervakningsinsatser som används i vården av äldre. Övervakning med hjälp av robotar, videokameror och GPS-sändare används i huvudsak som ett alternativ och/eller ett komplement till vård- och omsorgspersonalens fysiska tillsyn av den äldre personen i hans eller hennes hem. Det kan finnas flera syften med att använda övervakning. Ett syfte kan vara att stärka den enskildes självbestämmande och integritet genom att han eller hon i större utsträckning själv kan bestämma över sin vardag. Andra syften kan vara att förbättra säkerheten för den enskilde eller att spara in på personalresurser.

I flera kommuner har videoövervakning införts som ett alternativ till hembesök av hemtjänsten nattetid. Hemtjänstpersonal

¹ Se Regeringens skrivelse 2013/14:57 Ett värdigt liv – äldrepolitisk översikt 2006–2014 samt socialtjänstlagen (2001:453).

kan då via en kamera i den äldre personens sovrum under natten kontrollera om personen ser ut att må bra. I Västerås kommun ringer hemtjänstpersonal upp kameran från en dator och kan se en svartvit rörlig bild av det som finns framför den, vanligtvis sängen och delar av sovrummet. Ingen röstkommunikation är möjlig och den enskilde kan inte se personalen. Endast behöriga användare ska kunna komma åt kameran, ingen inspelning sker och tillsyn sker endast vid i förväg överenskomna tillfällen.² Även övervakning via en videokommunikationsrobot såsom "Giraff" används som tidigare nämnts på flera håll i landet.

En annan typ av övervakning är när den äldre bär en GPS-sändare på sig så att utomstående kan kontrollera var han eller hon befinner sig. Sådan övervakning kan ske genom s.k. mobila trygghetslarm med inbyggd GPS. Ett trygghetslarm går ut på att person som bär det på sig kan larma anhöriga, vårdpersonal eller en larmcentral. Om larmet även har en inbyggd GPS-sändare kan de som har fått behörighet även kontrollera var personen befinner sig. Ett syfte med GPS-sändaren kan vara att hitta en äldre person som gått vilse. Det är således oftast personer med demenssjukdom som är av intresse att övervaka på det här sättet.

Det finns lagstiftning till skydd för den enskilde när det gäller övervakning. Denna redogörs för i avsnitt 4.2.

Ett annat fall av övervakning är när den äldre personen själv eller dennes anhöriga, sätter upp kameror i hemmet för att kontrollera om han eller hon får rätt vård. I denna situation är huvudsyftet att övervaka vårdpersonalen vilket kan vara integritetskränkande för personalen och bl.a. få arbetsmiljörättsliga konsekvenser. Personalen kan även drabbas av vårdgivarens övervakning när vård ges till en övervakad patient eller omsorgstagare. Detta väcker liknande frågor om personalens rätt till integritet m.m. Denna typ av övervakning är emellertid inte föremål för närmare diskussion i rapporten.

Utöver nyss nämnda former av övervakning kan hälso- och sjukvården även använda sig av medicinsk övervakning. Det kan ske genom ett system med sensorer som fästs vid patientens kropp och som avläser olika medicinska data som sedan kan vidarebefordras till vårdpersonal. Om förändringar i patientens värden registreras

² www.viktigvasteras.se/ehemtjanst/tekniska-losningar/

kan systemet automatiskt skicka ett larm till t.ex. anhöriga, vårdpersonal eller direkt till SOS Alarm. Det EU-finansierade forskningsprojektet Giraff Plus som nämnts i avsnitt 1.2. utvärderar ett sådant system. En sådan lösning kan möjliggöra en utökad medicinsk kontroll av den äldre personens hälsa och effektiviseringar inom hälso- och sjukvården. Denna typ av övervakning behandlas inte närmare i rapporten.

4 Regelverk

4.1 Övergripande bestämmelser

Regler kring vilka krav som ställs på den hälso- och sjukvård som tillhandahålls av såväl landsting och kommuner som privata vårdgivare, finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Utöver de allmänna reglerna finns även särskilda regler för landsting respektive kommuner. Från och med den 1 januari 2015 började den nya patientlagen (2014:821) att gälla varmed flera av hälso- och sjukvårdslagens grundläggande regler om t.ex. patientens rätt till information, möjlighet att välja behandlingsalternativ och att få en ny medicinsk bedömning flyttades över till den nya lagstiftningen. Vissa ändringar har också skett bl.a. med avseende på informationsplikten och krav på samtycke vad gäller hälso- och sjukvård.

I patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, finns ytterligare regler för privata och offentliga vårdgivare om bl.a. skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Kommunernas ansvar för socialtjänsten och dess verksamhet, vilken bl.a. omfattar omsorg till äldre genom hemtjänst och särskilda boenden, regleras i socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

I detta avsnitt redogörs kortfattat för vissa grundläggande krav som ställs på hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Avsnittet omfattar även de etiska principer som enligt lagstiftningen gäller i verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och socialtjänst.

4.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller de grundläggande reglerna för den svenska hälso- och sjukvården och dess organisation. Begreppet hälso- och sjukvård definieras enligt lagen som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador

(1 § HSL). Till begreppet hör också sjuktransporter, att ta hand om avlidna samt omvårdnad, det sistnämnda definieras i Prioriteringsutredningens betänkande *Vårdens svåra val* som

att tillgodose allmänmänskliga och personliga behov; både kroppsliga behov som näringstillförsel, hygien, sömn och vila och psykosociala och kulturella behov som trygghet, gemenskap, uppskattning och självkänsla. Omvårdnad går som en röd tråd genom all vård och utgör ett komplement till behandling.¹

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (2 § HSL). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Dessa riktlinjer för hälso- och sjukvården baseras på de grundläggande etiska principerna *Människovärdesprincipen* (alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället) och *Behovs- och solidaritetsprincipen* (resurserna bör fördelas efter behov). Tillsammans med *Kostnadseffektivitetsprincipen* (vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas) utgör principerna den s.k. etiska plattformen som antogs av Riksdagen 1997. Dessa principer ska vara vägledande för beslutsfattare på både politisk och administrativ nivå och i den kliniska vardagen i vården samt utgöra en grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Eftersom de olika principerna har olika syften blir rangordningen mellan dem viktig när potentiella konflikter ska hanteras. Människovärdesprincipen ska tillämpas först, sedan behovs- och solidaritetsprincipen och till sist kostnadseffektivitetsprincipen.²

Hälso- och sjukvården ska vidare bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård (2 a § HSL). Detta innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

¹ SOU 1995:5 *Vårdens svåra val* s. 20.

² SOU 1995:5 *Vårdens svåra val* s. 115.

Innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas i hälso- och sjukvården, ska vårdgivaren se till att metoden har bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter (2 h § HSL). För det fall vårdgivaren finner att de etiska frågornas art och svårighetsgrad innebär att det behövs en fördjupad etisk analys, är det Smer som har ansvaret på nationell nivå att genomföra en sådan analys.³ I förarbetena anges att regeringen i detta sammanhang syftar på begreppen människovärde och integritet i snäv bemärkelse. Det sägs att de metoder som avses i bestämmelsen främst är sådana som berör existentiella frågor som har med livets början och slut att göra, såsom reproduktionsteknologi och fosterdiagnostik, metoder som kan härledas från bioteknik, såsom genetiska undersökningar och analyser, genterapi och stamcellsforskning, samt metoder som kan påverka hjärnans funktion. Även andra metoder som berör samma typ av etiska frågeställningar ska enligt regeringens mening omfattas. Vad som däremot faller utanför är etiska frågor i ett vidare perspektiv, såsom allmän vårdetik, äldresjukvård, hemsjukvård, bemötande- och omvårdnadsfrågor, diskrimineringsfrågor och liknande.⁴

En viktig regel när det gäller patientsäkerhet är att inom all hälso- och sjukvård ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (31 § HSL). Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som slår fast vad som krävs av vårdgivaren i detta avseende.⁵ Med kvalitet avses att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt bl.a. hälso- och sjukvårdslagen. Kvaliteten omfattar således också de etiska mål och utgångspunkter som redogörs för ovan såsom kravet på vård på lika villkor för hela befolkningen, respekt för människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen samt respekt för patientens självbestämmande och integritet.⁶

³ Prop. 2009/10:83 s. 31 ff.

⁴ Prop. 2009/10:83 s. 26 f.

⁵ SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

⁶ Patientupplevd kvalitet mäts också kontinuerligt inom ramen för Sveriges Kommuner och Landstings arbete med nationella patientenkäter i syfte att utveckla och förbättra vården utifrån ett patientperspektiv. Läs mer på <http://npe.skl.se/Default.aspx>

Kravet på säkerhet i hälso- och sjukvården omfattar även den utrustning och de produkter som används. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket har gett ut föreskrifter om medicintekniska produkter.⁷ En del av de robotar som exemplifieras i avsnitt 2.2 kan falla in under definitionen medicintekniska produkter.⁸ I Socialstyrelsens föreskrifter finns bl.a. bestämmelser om verksamhetschefens ansvar för att endast säkra och medicinskt ändamålsenliga produkter används och förskrivs till patienter, att de är kontrollerade och korrekt installerade innan de används, att information om produkterna finns tillgänglig för personalen och att de kan spåras när de väl förskrivits till en patient (se 3 kap. 6 §). Det finns även regler för hur förskrivning av en medicinteknisk produkt ska gå till och att förskrivaren bl.a. ansvarar för att prova ut och anpassa produkten till patienten, att informera användaren om hur produkten ska användas, att instruera och träna användaren och att följa upp och utvärdera förskrivningen (se 3 kap. 9 §).

De grundläggande bestämmelser som är beskrivna ovan gäller även när robottekniska lösningar eller övervakning används inom hälso- och sjukvården. När det gäller etisk analys av nya behandlingsmetoder (2 h § HSL) anges emellertid i förarbetena att begreppen människovärde och integritet i denna bestämmelse ska tillämpas i snäv bemärkelse samt att allmän vårdetik, äldresjukvård, bemötande- och omvårdnadsfrågor m.m. faller utanför bestämmelsens tillämpningsområde. Det finns således en risk att robotar som assisterar vid omvårdnad, kommunikationsrobotar och sällskapsrobotar m.fl. inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagens krav på etisk analys enligt 2 h § HSL. Ren övervakning med kamera eller GPS för att utöva tillsyn över patienter omfattas troligen inte heller av bestämmelsen eftersom denna typ av övervakning inte torde omfattas av begreppet nya diagnos- eller behandlingsmetoder. Det är dock viktigt att komma ihåg att etiska värden såsom människovärde och

⁷ SOSFS 2008:1 Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården och LVFS 2003:11 om medicintekniska produkter.

⁸ En medicinteknisk produkt är enligt 2 § lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, en produkt som enligt tillverkaren ska användas, separat eller i kombination med annat, för att hos människor

1. påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom,
2. påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning,
3. undersöka, ändra eller ersätta anatomin eller en fysiologisk process, eller
4. kontrollera befruktning.

integritet alltid måste respekteras vid tillhandahållande av hälso- och sjukvård med hänsyn till övriga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen.

4.1.2 Patientlagen

Patientlagen trädde i kraft den 1 januari 2015 och syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Flera bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen flyttades därmed över till patientlagen.

I och med den nya patientlagen har även vissa ändringar skett i form av förtydliganden och utvidgade krav. Patientlagen innehåller i förhållande till tidigare bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, en utvidgad uppräkningslista av vilken information patienten har rätt till samt förtydligande regler om hur lämnande av information ska gå till. Patienten ska bl.a. få information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning och möjligheten att välja behandlingsalternativ och att få en ny medicinsk bedömning (3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen). Det anges vidare bl.a. att informationen till mottagaren ska anpassas till hans eller hennes ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras och den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen (3 kap. 6 och 7 §§ patientlagen). Att informera patienter som har nedsatt beslutsförmåga innebär särskilda utmaningar och är kanske inte alltid möjligt. Om inte informationen kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till honom eller henne (3 kap. 4 § patientlagen).

När det gäller samtycke finns numera ett uttryckligt krav på att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av patientlagen eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt lagens bestämmelser. Patienten kan, om inte annat följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller

hon samtycker till den aktuella åtgärden. Patienten får när som helst ta tillbaka sitt samtycke (se 4 kap. 2 § patientlagen). Patienten ska dock få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller någon annan orsak inte kan utredas (4 kap. 4 § patientlagen).

En ytterligare nyhet i och med den nya patientlagen är att patienten ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Landstingens skyldighet att erbjuda öppen vård utvidgas således till att även gälla patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård (9 kap. 1 § patientlagen).

En patient ska som tidigare ges möjlighet att välja det behandlingsalternativ som han eller hon föredrar om det finns flera som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (7 kap. 1 § patientlagen). Patientens rätt till självbestämmande är således inte absolut; han eller hon har inte rätt att bestämma innehållet eller utformningen av vården och kan inte kräva en viss behandling eller utredning.

När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga, ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat (7 kap. 2 § patientlagen).

4.1.3 Patientsäkerhetslagen

I patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, finns regler som syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Lagen innehåller bl.a. regler om vårdgivarens skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal och tillsyn. Det anges t.ex. att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (3 kap. 1 § PSL). Vårdgivaren ska vidare vidta åtgärder för att

förebygga vårdskador, utreda händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskador och dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten m.m. (3 kap. 2, 3 och 9 §§ PSL).

När det gäller hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot patienten finns hänvisningar till patientlagens krav på information och möjlighet att välja behandlingsalternativ respektive hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning (se 6 kap. PSL).

4.1.4 Socialtjänstlagen

Hälso- och sjukvårdslagens regler gäller när en kommun tillhandahåller hälso- och sjukvård, exempelvis vid särskilda boenden för äldre. Verksamhet som kommunen bedriver inom ramen för socialtjänsten, såsom hemtjänst, regleras av bl.a. socialtjänstlagen. I denna lag föreskrivs även kommunernas skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd (5 kap. 5 § SoL).

Ett av målen med socialtjänsten är att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet (1 kap. 1 § SoL). Insatserna ska vidare vara av god kvalitet, de ska utföras av personal med lämplig utbildning och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt utvärderas och säkras (3 kap. 3 § SoL). I förarbetena anges att kvalitet i äldreomsorgen innebär att socialtjänstens verksamhet för äldre ska präglas av respekt för den enskildes självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet samt att detta förutsätter att vård- och omsorgsinsatser utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. Det sägs bl.a. vidare att den enskilde och/eller dennes företrädare ska ges ett verkligt inflytande över insatsernas utformning och att dessa bör planeras och genomföras i en förtroendefull samverkan med den enskilde och/eller dennes företrädare.⁹

Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar (3 kap. 5 § SoL). Socialnämnden bör vidare genom

⁹ Prop. 1996/97:124 s. 53.

hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra (3 kap. 6 § SoL). Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett *värdigt liv* och *känna välbefinnande* (i 5 kap. 4 § SoL). Detta är den värdegrund för äldreomsorgen som beslutats och som gäller både i offentligt och privat bedriven verksamhet.¹⁰

Av förarbetena framgår att begreppet *värdigt liv* har en övergripande karaktär och kan innebära sådant som privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet, individanpassning, insatser av god kvalitet och gott bemötande av den äldre personen samt dennes närstående.¹¹ När det gäller privatliv och kroppslig integritet anges att det kan gälla sådant som avskildhet, såväl det fysiska området t.ex. bostaden, som finkänslighet och diskretion vad gäller den kroppsliga omsorgen. Kroppslig integritet kan innebära bl.a. att den äldre kvinnan eller mannen själv måste få bestämma i frågor om den kroppsliga omsorgen, t.ex. avskildhet i samband med av- och påklädning, toalettbesök och annan kroppslig omvårdnad. När det gäller självbestämmande sägs vidare att den äldre personen måste kunna påverka den omsorg som han eller hon får. Det gäller såväl innehållet i ett beslut om bistånd, som hur insatserna ska genomföras. Självbestämmande innebär även rätt att säga nej till den omsorg som erbjuds. Individuellt anpassad omsorg innebär bl.a. att vara lyhörd för individers olika förutsättningar och behov och delaktighet innebär t.ex. att uppmärksamma vikten av samråd och samförstånd kring omsorgens utförande. Tillgång till tydlig, saklig och korrekt information om olika former av omsorg, vård, sociala och kulturella aktiviteter m.m. anges vidare vara viktiga förutsättningar för att den äldre ska kunna vara delaktig och påverka sin vardag. Den äldre ska kunna känna sig trygg med att framföra sina åsikter, vilket kräver att personalen har ett förhållningssätt som inbjuder till det.¹²

Äldreomsorgen ska vidare inriktas på att den äldre känner *välbefinnande*. I förarbetena anges att till en persons välbefinnande

¹⁰ Prop. 2009/10:116 s. 27 ff. Se även Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 2012:3 Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre.

¹¹ Prop. 2009/10:116 s. 27 ff.

¹² Prop. 2009/10:116 s. 28.

hör sådant som känsla av trygghet och meningsfullhet.¹³ Det sägs att äldreomsorgens ansvar bör vara att så långt som möjligt erbjuda en trygg miljö med god vård och omsorg så att den äldre kan uppleva välbefinnande även om han eller hon har ett omfattande omsorgsbehov. För att öka fokus på äldre människors välbefinnande bör biståndsbedömningarna i större utsträckning uppmärksamma den enskildes behov av socialt innehåll.

Socialnämnden ska vidare verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra (5 kap. 4 § SoL). Utöver detta ska socialnämnden verka för att äldre människor får goda bostäder och ska ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges (5 kap. 5 § SoL).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gäller även socialtjänstens verksamhet och fastslår vad som krävs i detta avseende av den som bedriver socialtjänst. Med kvalitet avses att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt bl.a. socialtjänstlagen. Kvaliteten omfattar således också de etiska mål och den värdegrund som redogörs för ovan, dvs. att äldre har rätt till ett värdigt liv och att känna välbefinnande. Dessa begrepp omfattar bl.a. individens rätt till självbestämmande och integritet. Den som bedriver socialtjänst har i detta arbete bl.a. att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.¹⁴

De grundläggande bestämmelser som redogjorts för ovan gäller självklart också när robottekniska lösningar eller övervakning används i socialtjänstens omsorg om äldre.

¹³ Prop. 2009/10:116 s. 29 f.

¹⁴ Se 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

4.2 Särskilda regler vad gäller övervakning

4.2.1 Regeringsformen m.m.

Enligt regeringsformen (1974:152), RF, är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden (2 kap. 6 § RF). Bestämmelsen infördes den 1 januari 2011 och avser övervakning som det allmänna, staten, vidtar mot svenska medborgare och andra som vistas i Sverige.¹⁵ Bestämmelsen omfattar således inte åtgärder som en enskild vidtar i förhållande till en annan enskild.

Enligt förarbetena till bestämmelsen är det inte syftet med övervakningen utan åtgärdens effekt som är avgörande för om en åtgärd ska anses innebära övervakning eller kartläggning. Det sägs vidare att vad som avses med övervakning respektive kartläggning får bedömas med utgångspunkt ifrån vad som enligt normalt språkbruk läggs i dessa begrepp. Uttrycket ”enskilds personliga förhållanden” avses ha samma innebörd som i tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Det innebär att bestämmelsen kan omfatta vitt skilda slag av information som är knuten till den enskildes person, t.ex. uppgifter om namn och andra personliga identifikationsuppgifter, adress, familjeförhållanden, hälsa och vandel.¹⁶

Enligt förarbetena ska vid en bedömning av vilka åtgärder som kan anses utgöra ett ”betydande intrång” både åtgärdens omfattning och arten av det intrång åtgärden innebär beaktas.¹⁷ Även åtgärdens ändamål och andra omständigheter kan ha betydelse vid bedömningen. Det anges vidare att bestämmelsen endast omfattar sådana intrång som på grund av åtgärdens intensitet, omfattning, uppgifternas integritetskänsliga natur eller andra omständigheter innebär ett betydande ingrepp i den enskildes privata sfär.¹⁸

Skyddet mot betydande intrång i den personliga integriteten får emellertid begränsas genom lag (2 kap. 20 § RF). Begränsningar får dock endast göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i

¹⁵ Prop. 2009/10:80 s. 185.

¹⁶ Prop. 2009/10:80 s. 177.

¹⁷ Prop. 2009/10:80 s. 250.

¹⁸ Prop. 2009/10:80 s. 250.

ett demokratiskt samhälle (2 kap. 21 § RF). Enligt samma bestämmelse får begränsningen bl.a. heller aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar.

Såsom redogjorts för ovan, används kameraövervakning nattetid hos äldre personer som ett alternativ till att hemtjänsten gör hembesök. När detta sker inom ramen för det offentliga torde övervakningen i många fall vara sådan att den faller in under bestämmelsen i 2 kap. 6 § regeringsformen. Detsamma gäller troligtvis övervakning av äldre med hjälp av GPS-sändare när det sker i allmänt bedriven vård- och omsorg. Åtgärderna är emellertid tillåtna om det finns samtycke från personen som är föremål för övervakningen (2 kap. 6 § RF). I förarbetena anges att den berörda personen ska tillfrågas om sitt samtycke och att han eller hon ska få all information som kan tänkas påverka personens ställningstagande.¹⁹ Socialstyrelsen har dock uttryckt att det är oklart om en enskild kan samtycka till att kontinuerligt bli övervakad med mikrofoner eller videokameror i sin bostad.²⁰ För det fall övervakning sker under en längre tid kan det således krävas att vårdgivaren fortlöpande förvissar sig om att individen fortsatt samtycker till insatsen.

Skyddet mot intrång i den personliga integriteten får som nämnts begränsas genom lag för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. I kameraövervakningslagen (2013:460) som redogörs för närmare i följande avsnitt, finns bestämmelser som möjliggör övervakning utan samtycke från den övervakade. Att övervakning utan samtycke skulle vara tillåtet inom ramen för vård och omsorg är dock inte troligt mot bakgrund av hälso- och sjukvårdslagens samt socialtjänstlagens regler där utgångspunkten är att samtycke krävs.

Som framgår av lagtexten är bestämmelsen i regeringsformen om förbud mot övervakning eller kartläggning av en enskilds personliga förhållanden, inte tillämplig i det fall en anhörig sätter upp en kamera för eget syfte i personens lägenhet alternativt övervakar honom eller henne med hjälp av en GPS-sändare. Detta kan dock i

¹⁹ Prop. 2009/10:80 s. 179.

²⁰ Se Socialstyrelsens webbplats Frågor och svar om tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna
www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/foreskrifteromtvangs-ochskydds#anchor_13

vissa fall eventuellt aktualisera bestämmelserna i brottsbalken (1962:700). Det förstnämnda fallet kan även innebära att kameraövervakningslagens regler blir tillämpliga och det kan då bl.a. krävas samtycke från den eller de som ska övervakas och att upplysning lämnas om att övervakning sker och vem som står bakom övervakningen. Om en övervakningskamera sätts upp i en lägenhet dit hemtjänsten eller hälso- och sjukvårdspersonal har tillträde kan även arbetsmiljörättsliga frågor aktualiseras.²¹

4.2.2 Kameraövervakningslagen

Syftet med kameraövervakningslagen är att tillgodose behovet av kameraövervakning för berättigade ändamål samtidigt som enskilda skyddas mot otillbörliga intrång i den personliga integriteten (1 §). Lagen reglerar kameraövervakning av platser både dit allmänheten har tillträde och inte har tillträde. Lagen gäller dock inte vid kameraövervakning dit allmänheten inte har tillträde, om övervakningen bedrivs av en fysisk person som ett led i en verksamhet av rent privat natur (5 §). Kameraövervakning som bedrivs av juridiska personer omfattas således inte av undantaget.

För det fall lagen är tillämplig och övervakning av en person ska ske på en plats dit allmänheten inte har tillträde, t.ex. i ett hem, är huvudregeln att personen som ska övervakas har samtyckt till övervakningen (22 §). Ett samtycke ska vara en frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring från den övervakades sida. Det behöver inte vara skriftligt men förutsätter att den som ska övervakas fått information och fullt ut förstår innebörden av samtycket. Att ett samtycke ska vara frivilligt innebär att den som ska samtycka upplever att han eller hon har ett fritt val.²² Den övervakade kan när

²¹ Så var fallet när sonen till en äldre man på ett särskilt boende satte upp kameror i faderns lägenhet på ett äldreboende för att se om han fick godtagbar vård. Ett skyddsombud anmälde övervakningen till Arbetsmiljöverket som i december 2013 förbjöd kommunen enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) vid vite att utföra omvårdnadsarbete i lägenheten om bl.a. kamerorna inte täckts över. Kommunen överklagade beslutet till förvaltningsrätten och anförde att det inte krävdes något tillstånd för att installera kameror i sin egen lägenhet och att kommunen saknade lagliga möjligheter att täcka över kamerorna. Förvaltningsrätten hann dock inte pröva frågan innan vårdtagaren avled och avskrev därför målet i april 2014 (Förvaltningsrätten i Karlstad mål nr 5475-13 E, 2014-04-16).

²² Prop. 2012/13:115 s. 79.

som helst återkalla samtycket och ytterligare övervakning av honom eller henne får därefter inte ske.

Kameraövervakning av en plats dit allmänheten inte har tillträde får även bedrivas utan samtycke om övervakningen behövs för att förebygga, avslöja eller utreda brott, förhindra olyckor eller andra berättigade ändamål. I förarbetena till bestämmelsen sägs att sådana andra berättigade ändamål kan vara tillverkningsföretags kontroll av produktionsprocesser eller skolornas arbete med att förhindra kränkningar av elever.²³ Övervakningsintresset måste utöver detta väga tyngre än den enskildes intresse av att inte bli övervakad, med särskilt beaktande av hur övervakningen ska utföras, om teknik som främjar skyddet av den enskildes personliga integritet används och vilket område som ska övervakas (23 §).

Den som bedriver kameraövervakningen ska vidare se till att övervakningen endast sker för särskilda och berättigade ändamål, att ändamålen med övervakningen dokumenteras, och att övervakningen inte sker i större omfattning än vad som behövs (24 §). Upplysning om kameraövervakning ska lämnas genom tydlig skyltning eller på något annat verksamt sätt (25 §) om inte något undantag är tillämpligt (27 §). Det finns vidare bl.a. regler som begränsar behandlingen av materialet för annat ändamål än det samlats in för och som anger att antalet personer som får tillgång till materialet inte ska vara fler än nödvändigt, att åtgärder måste vidtas för att skydda materialet samt hur länge det får bevaras (se 28, 29, 30, 32 §§).

Även om kameraövervakningslagen i vissa fall möjliggör övervakning utan den enskildes samtycke, torde sådan övervakning i en vård- eller omsorgssituation inte vara möjlig mot bakgrund av hälso- och sjukvårdslagens samt socialtjänstlagens regler.

²³ Prop. 2012/13:115 s. 81.

4.3 Grundläggande krav och målsättningar inom hälso- och sjukvården

4.3.1 God vård

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller flera krav på att den vård som tillhandahålls uppfyller kraven på en god vård (jmf. 2 a, 3 och 18 §§ HSL). Enligt 2 a § hälso- och sjukvårdslagen innebär kravet på god vård att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (se även avsnitt 4.1.1.).

Socialstyrelsen har för att strukturera uppföljningen av den svenska hälso- och sjukvården tagit fram ett antal områden för uppföljningar som fungerar som riktmärken för god vård.²⁴ Socialstyrelsen har även utarbetat förslag till en förtydligad innebörd av dessa områden. De sex områden som lyfts fram som viktiga förutsättningar för god vård är:

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
2. Säker hälso- och sjukvård
3. Patientfokuserad hälso- och sjukvård
4. Effektiv hälso- och sjukvård
5. Jämlik hälso- och sjukvård
6. Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Områdena betraktas som ett kvalitetsmått på hälso- och sjukvård men används även som ett instrument för uppföljning och förbättring. Socialstyrelsen har vidare identifierat ett antal uppföljningsområden som visar på viktiga aspekter inom hälso- och sjukvården

²⁴ Socialstyrelsen 2009.

och som tillsammans kan belysa processer, resultat och kostnader i hälso- och sjukvården utifrån begreppet god vård.²⁵

4.3.2 Samtycke

Ett grundläggande rättsligt krav och en etisk princip som tidigare nämnts är att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (2 a § HSL och 4 kap. 1 § patientlagen). I patientlagen anges numera även uttryckligen att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte något annat följer av patientlagen eller någon annan lag (4 kap. 2 § patientlagen). Hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, får t.ex. ges även om patientens vilja inte kan utredas (4 kap. 4 § patientlagen). Vård kan vidare ges mot patientens vilja om stöd finns i tvångslagstiftning eller bestämmelsen om nöd i brottsbalken.

Frågan är då vad som gäller icke akut hälso- och sjukvård till patienter som inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka. För en person som helt saknar eller har nedsatt förmåga att hantera sina egna angelägenheter kan en god man eller förvaltare förordnas (11 kap. föräldrabalken). Personer som har nedsatt förmåga att själva ta ställning till hälso- och sjukvårdsinsatser kan dock med gällande regler sällan få hjälp av en ställföreträdare i beslutsfattandet. Reglerna om gode mäns och förvaltares befogenheter tillåter normalt inte sådana ställningstaganden. För att säkerställa att även personer med nedsatt beslutskompetens får nödvändig vård har regeringen tillsatt en särskild utredare som ska lämna förslag till en enkel och ändamålsenlig reglering på området.²⁶ Uppdraget omfattar bl.a. att ta ställning till vem som ska fatta beslut för en enskild när beslutsoförmåga föreligger. Regeringen sade i förarbetena till patientlagen vad gäller icke akut hälso- och sjukvård till patienter som inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka, att detta är en mycket komplicerad fråga som bl.a. innebär flera svåra etiska överväganden. Det bedömdes därför finnas anledning att

²⁵ Se Socialstyrelsen 2009, för närmare definition av områdena för god vård m.m.

²⁶ Dir. 2012:72 och 2013:96 Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 1 januari 2015.

avvakta med införandet av en bestämmelse som reglerar sådan vård tills Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvården m.m. redovisat sina ställningstaganden.²⁷

I hälso- och sjukvårdslagen fanns tidigare ingen motsvarighet till patientlagens bestämmelse om samtycke. Det var således oklart i vilka situationer vård kunde ges utan samtycke.²⁸ I förarbetena angavs bl.a. att en person som är medvetlös eller omtöcknad eller av annan orsak ur stånd att avge ett rättsligt giltigt samtycke, ändå får ges sådan behandling som är nödvändig med hänsyn till hans eller hennes hälsotillstånd.²⁹ I en sådan situation torde det ha krävts ett hypotetiskt samtycke, dvs. att det saknas anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig åtgärden samt att skälen för åtgärden väger tungt eller på annat sätt är nödvändig för hans eller hennes hälsotillstånd.

För att en patient ska kunna samtycka till en medicinsk åtgärd krävs vidare att han eller hon har fått korrekt information. I den nya patientlagen har som nämnts informationsplikten utvidgats och förtydligats (se avsnitt 4.1.2.).

²⁷ Prop. 2013/14:106 s. 61.

²⁸ Se SOU 2013:45 Rätt information – Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga, s. 35.

²⁹ Prop. 1981/82:97 s. 118.

5 Etisk analys och utgångspunkter¹

5.1 Etisk analys

Syftet med den etiska analysen är att identifiera aktörer och berörda personer, beskriva valsituationer, klargöra intresse- och värdekonflikter samt att därefter väga samman de relevanta faktorerna och ge en rekommendation. En etisk analys förutsätter kunskaper och värderingar. Små förändringar i endera kan leda till stora förändringar i ställningstaganden. Kunskapsunderlaget kan vara av många olika slag beroende på vilket problemet är. Det är viktigt att skilja mellan det vi vet säkert, det som är osäkert, och det vi inte vet.

I de följande avsnitten formuleras och anges de etiska utgångspunkter rådet enats om inför tidigare rapporter och ställningstaganden och som även varit vägledande vid den etiska diskussionen inför denna rapport. De etiska utgångspunkterna är tillsammans med kraven på god vård och omsorg avgörande för rådets ställningstaganden. Inför ett ställningstagande måste bedömas om den aktuella insatsen är förenlig med nedan nämnda utgångspunkter. Om det blir en konflikt mellan någon av dessa måste en rangordning göras för att komma till en slutsats om en insats är etiskt önskvärd eller inte.

¹ Avsnittet Etiska utgångspunkter är till stora delar hämtat från motsvarande avsnitt i Statens medicinsk-etiska råd 2013:1 och Statens medicinsk-etiska råd 2013:2.

5.2 Etiska utgångspunkter

5.2.1 Människovärde

Rådet har i tidigare skrifter beskrivit en humanistisk människosyn. Den enskilda människans värde som tänkande och kännande varelse, utgör grunden för människans naturliga rättigheter. Enligt den humanistiska människosynen får den enskilda människan aldrig betraktas eller behandlas enbart som ett medel. Den grundläggande utgångspunkten är att alla människor har lika värde, med samma rätt att få sina rättigheter tillgodosedda oberoende av social och ekonomisk ställning i samhället. Det är denna tolkning av begreppet som används vid rådets diskussioner.

Icke-diskrimineringsprincipen innebär att alla ska bemötas lika oavsett t.ex. etnisk tillhörighet, politisk uppfattning, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, ålder, kön, könsöverskridande identitet eller uttryck eller sexuell läggning. Denna princip kan således sägas omfattas av människovärdesprincipen, och är en viktig utgångspunkt vid rådets diskussioner.

5.2.2 Integritet

Begreppet integritet är knutet till värde och värdighet och avser varje människas egenvärde som person och rätt att inte bli kränkt. Man kan dela upp begreppet i fysisk och psykisk integritet. Fysisk integritet avser den helhet som är kroppen. Ingen har rätt att invadera eller undersöka någon annans kropp utan den personens samtycke. När det gäller psykisk integritet avses det samlade komplexet av individens värderingar, föreställningar, åsikter och önskinningar, liksom individens trosföreställningar och mentala liv. Detta får inte bli föremål för intrång eller manipulation och individens åsikter och värderingar får inte kränkas.

Integritet är även intimt sammankopplat med identitet på så sätt att varje människa är unik med en egen identitet. Något som utmärker integriteten är att den inte upphör för att individen inte förmår hävda den. I detta avseende skiljer sig integriteten från autonomin. Individens förmåga att fatta beslut som ligger i hans eller hennes eget intresse kan förändras under livets gång, men rätten till integritet varierar inte på motsvarande sätt.

5.2.3 Rättvisa: lika vård på lika villkor

Det finns flera olika rättvisekrav och principer. Den grundläggande idén i kravet på rättvisa är att lika ska behandlas lika. Utifrån detta är det omoraliskt att särbehandla vissa grupper om det inte finns etiskt relevanta skillnader mellan dem. Detta är ett formellt krav som behöver kompletteras med kriterier på vad som är relevanta likheter och skillnader. Vad som är etiskt relevanta skillnader är dock inte alldeles lätt att exakt ange och synen på detta kan ändras över tid. Kriterierna beror på vilka etiska utgångspunkter som valts och hur dessa tolkas och tillämpas.

Rättvisetanken är en väsentlig utgångspunkt i alla prioriteringsdiskussioner och kommer till uttryck i 2 § hälso- och sjukvårdslagen som slår fast att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Prioriteringsresonemang är av betydelse för bedömningen av om och till vem nya behandlingsmetoder ska erbjudas. Av prioriterings- och resursskäl kan det vara berättigat att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården enbart erbjuder en viss metod till de grupper som har de största medicinska behoven. Samtidigt kan detta resultera i ojämlikhet bland dem som inte får tillgång till metoden, eftersom då endast de som har råd att betala för vården på egen hand får tillgång till den. Sådana resonemang är således relevanta även för dyr robotteknologi inom hälso- och sjukvården och vid bedömningen vem som ska få tillgång till den.

5.2.4 Självbestämmande och autonomi

Ett av grundbegreppen inom den medicinska etiken är autonomi eller rätten till självbestämmande. Enligt denna princip ska var och en ha rätt att bestämma över sitt liv i enlighet med sin egen uppfattning om vad som är ett gott liv och kunna leva i enlighet med sina värderingar och grundläggande önskemål.

Autonomi har traditionellt inte bara setts som ett värde som ska främjas, utan som något som även ger upphov till negativa rättigheter eller restriktioner för hur man får behandlas av andra. Tanken är att om en individ är vuxen och beslutskompetent, ska inte andra

få hindra individen att fatta självständiga beslut och att genomföra dem, åtminstone så länge individen inte kränker någon annans rättigheter eller skadar någon annan.² Genom att precisera dessa rättigheter och skilja mellan olika typer av skador kan kravet på autonomi ges olika innebörd. Enligt detta sätt att resonera har människor i allmänhet en moralisk plikt att inte begränsa andras autonomi, även om denna plikt kan upphöra att gälla om andra viktiga värden står på spel. Det här sättet att se på autonomi är dominerande, framför allt i liberal tradition inom medicinsk etik.

I medicinsk etik har rätten att få sina beslut respekterade länge hävdats och är en del av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det medför bland annat en rätt för envar att inte förmås eller tvingas genomgå medicinska behandlingar. I stället har man rätt att veta vad behandlingen innebär, hur riskabel och smärtsam den är, vilka konsekvenser det sannolikt för med sig att genomgå behandlingen respektive att avstå från den, och därefter en rätt att säga ja eller nej till behandlingen. Om informationen om en viss behandling är tillräckligt komplicerad kan det dock vara svårt, även för en vuxen och fullt beslutskompetent person, att fatta ett övervägt beslut. Vårdpersonal måste vara uppmärksam på sådana situationer så att förutsättningarna för patienten att utöva sin rätt till självbestämmande blir så goda som möjligt.

Svåra frågor vad gäller den enskildes självbestämmande kan uppstå om en person har nedsatt beslutskompetens. Frågan är om han eller hon förstår tillräckligt mycket för att fatta ett beslut om en viss åtgärd. Denna förmåga kan variera från person till person beroende på den psykiska funktionsförmågan och vilket beslut det handlar om. Om personen inte kan ta ställning är frågan vem som bör göra det åt honom eller henne. Det är viktigt att personer med nedsatt beslutskompetens får lika god vård som beslutskompetenta personer. Även en icke-beslutskompetent person bör göras delaktig inför ett ställningstagande och man bör så långt som möjligt ta hänsyn till vad han eller hon ger uttryck för. Avgörande för att så ska kunna ske är att informationen om en åtgärd anpassas efter personens förutsättningar och behov och att personen får indivi-

² Det kan dock diskuteras om en persons autonomi ska vara helt obegränsad bara han eller hon inte skadar någon annan. Om personen vill skada sig själv kan frågan uppkomma om dennes självbestämmande bör begränsas och i så fall under vilka omständigheter.

danpassat stöd för att kunna fatta ett beslut. Det kan handla om att testa olika metoder för att kommunicera med personen, ta hjälp av närstående och att ge information under sådana förutsättningar som man vet underlättar för personen att ta till sig den. Svåra etiska situationer kan vidare uppstå om en icke-beslutskompetent person motsätter sig livsnödvändig behandling.

5.2.5 Informerat samtycke

En förutsättning för att en person ska kunna utöva sitt självbestämmande är att han eller hon är väl informerad. Inom den medicinska etiken tillmäts principen att en medicinsk åtgärd ska föregås av ett informerat samtycke stor betydelse. För att en person ska kunna handla och välja självständigt och ta moraliskt ansvar för sina handlingar, krävs att han eller hon har haft tillgång till saklig information om vilka förutsättningar och konsekvenser som gäller för olika handlingsalternativ, förstått denna information och utifrån detta lämnat sitt samtycke. Samtycket måste vara frivilligt vilket innebär att personen inte får ha varit utsatt för tvång eller vara i sådan beroendeställning att det fria informerade valet blir en illusion. Det är också viktigt att informationen ges på ett neutralt sätt så att personen inte upplever att han eller hon bör fatta ett visst beslut.

Svårigheterna med att nå fram till ställningstaganden baserade på ett fritt och informerat samtycke kan bl.a. bero på förväntningar, språkbruk, den sociala och psykologiska situationen och vilket tillstånd individen befinner sig i. Att samtycket är fritt och informerat är emellertid viktigt med tanke på de ofta svåra och ibland livsavgörande valsituationer som individen ställs inför i hälso- och sjukvården. Det är vidare centralt i den etiska diskussionen om erbjudande av nya medicinska tekniker. Om en person har nedsatt beslutskompetens kan vårdpersonal behöva anpassa informationen och ta till särskilda stödåtgärder för att kunna få ett informerat samtycke, se föregående avsnitt om självbestämmande och autonomi.

6 Etisk diskussion, överväganden och ställningstaganden

6.1 Hälsorobotar

6.1.1 Inledning

Användning och introduktion av hälsorobotar i vården väcker etiska frågeställningar. Som framgår av avsnitt 2.2 finns många olika typer av robotar med olika användningsområden. Det finns etiskt relevanta skillnader mellan robotar som utför uppgifter vårdpersonal tidigare gjort och robotar som utgör ersättning för kroppsfunktioner individen tidigare saknat. Som framgår ovan kan robotar ha positiva effekter för den enskildes livskvalitet, självständighet och integritet. I detta avseende innebär den robottekniken nya möjligheter för hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg.

Eftersom rådets roll är att lyfta fram och uppmärksamma på de etiska aspekterna så att teknikutvecklingen och användningen av hälsorobotar inte får oönskade effekter för viktiga etiska värden, är rådets diskussion problembaserad utifrån ett antal etiska frågeställningar. Alla etiska problem aktualiseras dock inte vid användning av alla hälsorobotar eftersom dessa kan se mycket olika ut och ha vitt skilda användningsområden och funktioner. Detta gäller även de värdekonflikter och argument som presenteras nedan. Rådets diskussion är vidare generell i den meningen att enskilda robotar inte analyseras var för sig.

Etiska frågeställningar

- När är det etiskt försvarbart att överlåta vård- och omsorgsuppgifter till en robot? Bl.a. aktualiseras frågor om vad god vård och

omsorg av god kvalitet innebär samt mänskliga behov som social stimulans.

- Hur kan det säkerställas att en rättvis fördelning av resurserna sker så att de som har behov av den nya tekniken får tillgång till den?
- Hur säkerställs rätten till självbestämmande samt att personer med nedsatt beslutskompetens får den vård de behöver och att deras vilja beaktas?
- Går det att åstadkomma balans mellan intrånget i den enskildes integritet och nyttan med tekniken och i så fall hur?
- Hur säkerställs att forskning och utveckling av ny teknik utvärderas ur ett etiskt perspektiv samt att etiska bedömningar görs inför introduktion av robotar i hälso- och sjukvården och socialtjänstens omsorg?

Värdekonflikter

Vid användning av hälsorobotar kan värdekonflikter aktualiseras och här exemplifieras ett antal intressen som inbördes kan komma i konflikt med varandra:

- intresset för individen att få god vård.
- intresset för individen att få social stimulans och sitt behov av mänsklig närvaro tillgodosett.
- intresset för individen att få tillgång till en viss hälsorobot som kan förbättra hans eller hennes hälsa och livskvalitet.
- vårdgivarens intresse av att spara resurser eller effektivisera verksamheten.
- vårdgivarens intresse av att locka arbetstagare genom ny teknik och skapa en attraktiv verksamhet för sina anställda.
- vårdpersonalens intresse av att ha en god arbetsmiljö och undvika t.ex. tunga lyft.

Översikt argument för och emot hälsorobotar

Argument som kan anföras för:

- Hälsorobotar kan främja en persons livskvalitet, integritet och självbestämmande.
- Hälsorobotar kan leda till förhöjd kvalitet inom hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg.
- Hälsorobotar kan effektivisera hälso- och sjukvårdsverksamheten/socialtjänstens omsorg så att resurser kan användas bättre.
- Hälsorobotar kan förbättra personalens arbetsmiljö genom att t.ex. slitsamma och tunga arbetsuppgifter kan undvikas.

Argument som kan anföras emot:

- Hälsorobotar kan innebära en försämring av en persons livskvalitet och integritet.
- Användning av en hälsorobot i vården av äldre kan medföra att god vård samt omsorg av god kvalitet inte kan ges.
- Att ersätta vårdpersonal med en hälsorobot kan innebära att individens sociala stimulans minskar, att behov av trygghet och mänsklig kontakt inte tillgodoses och att viktiga värden i vården går förlorade.
- Att köpa in hälsorobotar till en verksamhet kan innebära stora ekonomiska kostnader och därmed att andra insatser måste prioriteras bort.

Aktörer

I den etiska diskussionen om hälsorobotar utgår rådet i huvudsak från patientens eller omsorgstagarens perspektiv eftersom dessa aktörer är viktigast när vård ska ges. Det finns också andra aktörer vars intressen är viktiga att ta hänsyn till såsom vårdgivare, vård- och omsorgspersonal och anhöriga. Även sjukvårdshuvudmän, forskare och näringslivet kan vara berörda. Dessa aktörers intressen

kommer att belysas under respektive avsnitt i den mån rådet har bedömt att det är relevant.

6.1.2 God vård och omsorg av god kvalitet

Avsnitt 4.1.4. och 4.3.1 handlar bl.a. om vad lagstiftningens begrepp god vård och omsorg av god kvalitet innebär. Ledning kan hämtas från bl.a. 2 a § hälso- och sjukvårdslagen och 3 kap. 3 § och 5 kap. 4 § socialtjänstlagen och deras förarbeten. Det finns vidare krav på att hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg måste vara säker, se avsnitt 4.1.1 och 4.1.3. Samtliga krav gäller även hälsorobotar i den mån de utför hälso- och sjukvård och omsorg.

God vård är dock inte enbart liktydigt med vårdens kvalitet. Begreppet förutsätter bl.a. att även patientens behov av trygghet tillgodoses, att vården bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodoser patientens behov av säkerhet i vården. Lagstiftningen stämmer i detta avseende väl överens med de etiska utgångspunkter som redogjorts för i föregående avsnitt och som utgör grunden för den etiska diskussionen.

Ett minimikrav torde vara att hälsoroboten kan ge lika god vård och omsorg som vårdpersonal i annat fall hade erbjudit patienten. För varje specifik robot som introduceras måste en bedömning göras om roboten uppfyller dessa krav. De ansvariga måste först fastställa vad god vård och omsorg innebär i den aktuella situationen och om hälsoroboten kan tillgodose dessa behov.

Eftersom robotar saknar mänskliga känslomässiga egenskaper är deras förmåga att svara till en patients olika behov begränsad. Det förefaller i dag osannolikt att robotar i framtiden skulle kunna konstrueras med motsvarande mänskliga egenskaper. Vård förutsätter ofta kommunikation mellan vårdare och patient och därmed egenskaper såsom lyhördhet, förmåga att bearbeta information och att göra individuella bedömningar. Kommunikation och lyhördhet är också en viktig förutsättning för att kraven på god vård i form av respekt för patientens självbestämmande och integritet, samråd med patienten om hur vård och behandling ska utformas och genomföras och patientens rätt till individuellt anpassad informa-

tion, ska kunna uppfyllas. Detta innebär att de uppgifter hälso-robotar kan utföra i vården och omsorgen av äldre personer är begränsade.

Vad god vård innebär och kräver kan emellertid variera beroende på vilken vård det är som ges. I den etiska diskussionen om hälsorobotar har anförts att skillnad bör göras mellan ytlig ("shallow"), god ("good") och mer djupgående ("deep") vård som kräver känslomässiga förmågor.¹ Det är inte alltid vårdpersonal heller erbjuder det sista alternativet, det kan till och med vara så att vården som erbjuds ofta hör till de första två kategorierna. Utrymmet för känslomässigt och personligt engagemang kan vidare vara begränsat i en vård- och omsorgssituation.

Enligt detta resonemang och sätt att betrakta hälso- och sjukvård kan robotar utföra arbetsuppgifter som vårdpersonal tidigare gjort om de inte ställer krav på mänskliga förmågor som roboten saknar. Det torde inte vara motiverat att ställa högre krav på den vård roboten kan ge jämfört med den vård som vårdpersonal kan erbjuda. Det kan också vara så att en robot kan utföra sin uppgift på ett bättre eller säkrare sätt än vad vårdpersonal kan. T.ex. kan en robot möjliggöra utökad medicinsk övervakning, genomföra arbetsuppgifter utan stress och kanske med större precision. Mot bakgrund av diskussionen ovan kan hälsorobotar med fördel användas som ett komplement för att assistera den vård och omsorg som leds av vårdpersonal så länge kraven på god vård och behovet av kommunikation m.m. uppfylls.

För att få en ansvarsfull utveckling av hälsorobotar måste säkerhetsaspekter diskuteras fortlöpande vid forskningen och utvecklingen. Eftersom syftet med de flesta hälsorobotar är att på olika sätt interagera med människor ställs höga krav på deras utformning för att inte orsaka skada. För att tekniken ska fungera och att individen inte ska stå utan vård om hälsoroboten behöver repareras eller bytas ut, krävs också att ett effektivt system för tekniskt underhåll och support inrättas. För det fall en robot orsakar skada aktualiseras frågor om ansvar och kompensation. Det är viktigt att kvalitetssäkring av robotar i vård och omsorg sker löpande för att minska och förebygga risken för skador.

¹ Coeckelbergh 2010, samt Borenstein och Pearson 2012.

Sociala robotar har ett visst mått av handlingsfrihet genom att de ofta agerar utifrån tidigare inlärd erfarenheter. Detta aktualiserar etiska frågor vad gäller utifrån vilka regler och värderingar roboten agerar. En robots handlingar styrs ytterst av dess programvara som bestämts av den eller de personer som utvecklat densamma. Redan i denna utvecklingsprocess bör således etiska aspekter diskuteras. En annan angränsande fråga är i vilken mån en delvis autonom robot också har ett ansvar för sina handlingar.² Detta är dock en etisk fråga som inte kommer att diskuteras närmare i denna rapport.

6.1.3 Informerat samtycke och rätten till självbestämmande

Som framgår av avsnitt 4.3.2 är huvudregeln för att vård och behandling ska kunna ges, att det finns ett samtycke från patienten. För att en patient ska kunna samtycka till en åtgärd krävs att han eller hon fått korrekt och tillräckligt med information samt förstått denna information. Även socialtjänstens omsorg bygger på att individen samtyckt till insatserna. I avsnitt 4 redogörs vidare för innebörden av självbestämmande inom hälso- och sjukvården och omsorgen.

Äldre som grupp är heterogen och omfattar personer med olika behov, förutsättningar och preferenser. Vad som är bra för en person kanske inte alls passar en annan. Vissa äldre kan t.ex. uppskatta att ha en kommunikationsrobot i hemmet i stället för att få besök av vårdpersonal, vilket kan upplevas som störande. Andra äldre kan tycka att det är en trygghet att ha någon som kommer hem till dem för att se att de mår bra. Det viktiga är att en individuell bedömning görs och att den äldres inställning till hälsoroboten utreds och respekteras. Om den äldre tackar nej måste ett likvärdigt alternativ till vården erbjudas, annars har han eller hon inget reellt val.

En förutsättning för att personen i fråga ska kunna göra ett informerat ställningstagande är att han eller hon får tillräckligt med information och har förmåga att tillgodogöra sig informationen. För att personalen ska kunna ge tillräcklig och saklig information krävs att de får tid och resurser för utbildning innan en ny robot

² Se även Det Etske Råd 2010.

introduceras i hälso- och sjukvården eller socialtjänstens omsorg. De behöver också ges tillräckligt med tid för att informera individen om vårdinsatsen. Personalen måste vidare försäkra sig om att individen förstått informationen och denne måste uppleva att det är ett frivilligt val. I många fall försämras förmågan att ta till sig information med åldern vilket gör att äldre är en särskilt utsatt grupp i vårdssituationer som kräver svåra och avgörande beslut. Äldre drabbas också i högre grad av kognitiva störningar såsom demenssjukdomar vilket ofta innebär att beslutsförmågan blir nedsatt.³ En demens försämras gradvis vilket således gäller även beslutsförmågan och behovet av stöd ökar med tiden.

För att kunna få ett informerat samtycke från en person med nedsatt beslutskompetens, ställs särskilt höga krav på sjukvårds- och omsorgspersonalen vad gäller ansvarstagande, bemötande, omhändertagande och förmedling av information. Utgångspunkten måste vara att personalen ska stötta personer med nedsatt beslutsförmåga på ett sådant sätt att de i så stor utsträckning som möjligt kan tillvarata sin självbestämmanderätt.⁴ Den enskilde måste få relevant och anpassad information och tillräckligt med tid för att kunna ta ställning. Tillhandahållandet av informationen samt sättet att kommunicera på kan behöva anpassas efter individens förutsättningar. Det kanske t.ex. finns en särskild tid på dagen då personen är mer mottaglig för information eller anhöriga som kan hjälpa till. Vid efterfrågan om en persons samtycke till en åtgärd måste personalen också förvissa sig om att den enskilde förstått innehållet av informationen.

För en person med nedsatt beslutskompetens kan det vara svårt att förstå en robots tekniska funktioner och användningsområden. Om så är fallet riskerar hälsorobotens insatser att bli verkningslösa och patienten att stå utan vård och omsorg. Personalen måste i en sådan situation erbjuda individen likvärdiga alternativa insatser. Personer med demenssjukdom kan vidare lida av oro och nedstämdhet och ha ett stort behov av trygghet och tydlig kommunikation, vilket kan göra att användningen av kommunikations- och assisterande robotar är olämplig i den enskilda situationen.

³ Demens är en typ av kognitiv störning och beror på sjukliga förändringar i hjärnan som påverkar bl.a. minnes- och tankeförmågor. Se SOU 2006:110, s. 194 och Svenskt demenscentrum, www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/

⁴ SOU 2014:23 s. 384.

Om den äldre har gett ett informerat samtycke till vård eller omsorg med hjälp av en robot, kan det vara en idé att ha en prövo-period då han eller hon får testa roboten. Om personalen märker att personen inte får den vård och omsorg denne behöver, bör alternativa likvärdiga insatser erbjudas. Eftersom en äldre person med nedsatt beslutsförmåga, t.ex. på grund av demens, ofta försämrats gradvis, bör beslutet att använda en hälsorobot omprövas kontinuerligt för att säkerställa att det fortfarande finns ett informerat samtycke samt att den enskilde får behövlig vård och omsorg. Det är därför viktigt att det finns personal knuten till den äldre som har kompetens att göra en sådan bedömning och som är uppmärksam på förändringar i personens hälsotillstånd.

En annat etiskt dilemma som till viss del har att göra med den information som ges, är att användaren kan förledas att tro att roboten har andra förmågor än vad den faktiskt besitter. Studier har visat att människor snabbt formar en mental föreställning av en robot de presenteras för, på samma sätt som när man möter en annan människa.⁵ Till exempel kan roboten beskrivas av användaren som en "vän" med "känslor" och "intelligens". Sådana föreställningar utifrån mänskliga egenskaper och attribut är dock felaktiga och innebär att användaren blivit vilseledd vad gäller robotens funktioner. Robotens utformning och användningsområde är av betydelse för hur stor denna risk är. Vissa robotar är utformade i syfte att användaren ska tro att den har vissa egenskaper, t.ex. är humanoida robotar designade för att likna människan och sällskapsroboten "Paro" ska påminna om ett riktigt djur.

Om en patient eller omsorgstagare alternativt vårdpersonal tillskriver roboten egenskaper den egentligen inte har, kan detta innebära risker som att den enskilde inte får nödvändig vård. Patienten eller omsorgstagaren kan vidare få svårt att göra ett informerat ställningstagande. Ett sätt att minimera risken för denna typ av missförstånd är att säkerställa att alla inblandade har fullständig information om robotens kapacitet och förmågor i enlighet med vad som redogjorts för ovan.

⁵ Feil-Seifer och Mataric 2011.

6.1.4 Rättvisa, prioriteringar och lika vård på lika villkor

Resurserna till hälso- och sjukvården är inte obegränsade och prioriteringar måste dels göras mellan olika vårdverksamheter i ett landsting, dels inom ramen för en vårdverksamhet, dels i det dagliga vårdarbetet i mötet mellan vårdgivare och patient. I prioriteringssituationer inom hälso- och sjukvården är det prioriteringsprinciperna i hälso- och sjukvårdslagen som ska vara vägledande (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen, se avsnitt 4.1.1).

Hälsorobotar kan vara ett sätt att höja kvalitén inom hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg om äldre. Vissa hälsorobotar kan vara mycket eftertraktade på grund av sina egenskaper. De kan innebära att användaren får en ökad självständighet och livskvalitet samt en stärkt integritet. Robotdräkter och exoskelett kan göra att rullstolsburna personer kan stå och gå samt möjliggöra rörelser som tidigare varit omöjliga. Robotar i form av kroppsdelar som ansluts till användarens nervsystem kan utgöra en ersättning för förlorade kroppsfunktioner. Med hjälp av en träningsrobot kan användaren genomföra rehabilitering på egen hand. Genom en ätrobot kan individen äta i sin egen takt och oberoende av andra. Kommunikationsrobotar möjliggör att tillsyn sker via video utan att personal kommer hem till den äldre, vilket kan upplevas som mindre integritetskränkande för individen. Dessa robotar kan också innebära ökade sociala kontakter med anhöriga som kanske inte kan komma och hälsa på så ofta. Sällskaps- och terapirobotar kan vidare öka användarens välbefinnande samt vara ett hjälpmedel vid terapi och utbildning osv. Om den nya robottekniken innebär förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet för patienter och omsorgstagare, bör den erbjudas i den mån det är försvarbart i förhållande till kostnaderna. Många robotar är fortfarande mycket kostsamma och som all annan teknik kan de behöva ersättas eller repareras. Detta är faktorer som får vägas in i den hälsoekonomiska bedömningen.

Det finns också hälsorobotar som i första hand syftar till att förbättra vårdpersonalens arbetsmiljö men som kanske saknar tydliga medicinska fördelar för den enskilde patienten eller omsorgstagaren i förhållande till andra alternativ. Olika typer av servicerobotar kan underlätta genom att utföra tunga, slitsamma, farliga eller repetitiva sysslor som personalen annars skulle ha gjort. Sådana

robotar kan medföra att arbetsskador undviks på sikt. Andra hälso-robotar är av intresse för vårdgivaren främst för att de kan minska kostnaderna inom hälso- och sjukvården eller omsorgen och effektivisera vårdverksamheten. Hälso- och sjukvården bör även sträva efter att vara en god arbetsplats och främja personalens hälsa samt att hitta sätt att hushålla med sina resurser så att de räcker till så mycket som möjligt. Det är emellertid viktigt att vårdgivarens och personalens intressen inte kommer i konflikt med patientens eller omsorgstagarens rätt till god vård och omsorg av god kvalitet.

Vid prioriteringar på individnivå måste vårdgivare och vårdpersonal vara uppmärksam på att de etiska principerna inte frångås. Enskilda patienter eller omsorgstagare får inte behandlas olika på grund av t.ex. kön, utbildning, språkkunskaper eller social och ekonomisk ställning i samhället. Om så sker är det oförenligt med människovärdesprincipen, solidaritetsprincipen, icke-diskrimineringsprincipen och rätten till lika vård på lika villkor. Av detta följer att kvinnor och män i samma utsträckning måste erbjudas den nya robottekniken och möjligheten att ta del av tekniken får inte vara beroende av social status. Tillgången till vård ska inte heller vara beroende av var i landet personen bor. Eftersom övergripande prioriteringar inte hanteras på nationell nivå utan det är varje landsting respektive kommun som beslutar vilken vård och omsorg som bör tillhandahållas, riskerar dock regionala skillnader att uppkomma. Bestämmelsen i den nya patientlagen att en patient har rätt att välja utförare av offentligt finansierad öppenvård i hela landet, kan dock innebära en förbättring i detta avseende inom hälso- och sjukvården.

En annan etisk fråga som aktualiseras vid forskning och framtagande av ny teknik avser global rättvisa och vilken typ av forskningsprojekt som bör prioriteras. Eftersom forskning och utveckling ofta sker i rika länder inriktas den också på att fylla de behov som finns där. Risken är då att mycket pengar satsas på ny robotteknik som gagnar dem som redan besitter stora delar av jordens resurser, i stället för att användas till förmån för hälso- och sjukvårdslösningar till de som har det sämst ställt och behov av grundläggande hälso- och sjukvård. Samtidigt uppstår frågan om det i de rika länderna är just de sjuka och funktionshindrade som ska stå tillbaka. Dessa övergripande etiska frågor kommer inte att disku-

teräs närmare i den här rapporten men är viktiga att reflektera över inom all forskning och utveckling av ny teknik.

6.1.5 Hälsoroboter som ersättning för vårdpersonal

Äldre som drabbats av sjukdomar och funktionsnedsättningar behöver generellt mycket vård och omsorg. Som tidigare nämnts satsas stora resurser på att med teknikens hjälp effektivisera vårdverksamheter som berör äldre. Som framgått av avsnitt 2.1 finns prognoser som pekar på att mycket av vård- och omsorgspersonalens arbete kan ersättas av datorer och robotar under kommande decennier.

Många sköra äldre personer behöver dagligen hjälp med påklädning, toalettbesök, hygien och andra basala behov. Ett framtidsscenario är att hälsoroboter i stället för vårdpersonal kan utföra sådana uppgifter. Redan i dag finns robotar som kan användas för några av dessa ändamål. Ett annat exempel är kommunikationsrobotar som kan användas som ett alternativ till fysisk tillsyn och för övervakning. En övervakningsrobot som även har kompetens att göra medicinska värderingar och bedömningar av den äldres hälsa kan medföra att andra undersökningar av personal blir onödiga. Ett annat användningsområde för robotar inom vården av äldre är att vara ett sällskap.

För vissa äldre kan olika hälsoroboter upplevas som positiva ur ett integritetsperspektiv, t.ex. när de möjliggör för personen att sköta sin hygien själv och att äta själv utan hjälp av andra. När personen har denna inställning är det positivt att ersätta personal med en robot. Den äldres egen vilja ska som tidigare framhållits alltid respekteras. Det är dock viktigt att veta att äldre i högre utsträckning än andra grupper riskerar att drabbas av ensamhet, vilket försämrar hälsan och ökar risken att dö i förtid dramatiskt.⁶ I Sverige bor 32 procent av alla som är 60 år eller äldre ensamma.⁷ För många sköra äldre i behov av vård och omsorg kan kontakten med vårdpersonal vara det enda sociala utbyte personen har. I en sådan situation är det inte moraliskt försvarbart att ersätta redan minimal mänsklig kontakt med en hälsorobots omvårdnad om det leder till

⁶ Aartsen och Jylhä 2011.

⁷ Statistik SCB 2012. www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Var-tredje-aldre-bor-ensam/

att den äldre blir än mer socialt isolerad än tidigare. En sådan risk finns oavsett om personen bor hemma, är inlagd på sjukhus eller vårdas i ett kommunalt särskilt boende för äldre. Vårdpersonal måste således vara uppmärksam på detta när en bedömning ska göras i det enskilda fallet. Som nämnts tidigare är det alltid individens vilja som ska vara vägledande. I detta avseende är det också viktigt att personalen försäkrar sig om att samtycket är frivilligt och att ett likvärdigt alternativ kan erbjudas. Eftersom en patient eller omsorgstagare är i beroendeställning finns alltid en risk att denne samtycker till insatser han eller hon egentligen inte vill ha, särskilt om insatsen framstår som önskvärd utifrån vårdpersonalens eller anhörigas intressen. Individen ska aldrig behöva känna sig besvärlig om han eller hon tackar nej till en insats.

Ett argument för att låta hälsorobotar utföra uppgifter personal annars hade gjort, är att det medför att personalen får mer tid över för annat, som meningsfulla sociala aktiviteter för vård- eller omsorgstagaren. Det är positivt om robotar på så sätt kan öka äldres möjlighet till social stimulans. Det finns dock en risk för att resurserna används till annat, särskilt om det är höga krav på besparingar eller finns ett starkt vinstintresse i verksamheten. Det är således viktigt att det ställs krav på vårdgivaren att säkerställa att de äldres sociala kontakter inte minskar för att hälsorobotar introduceras i vården. Självklart måste dock hänsyn tas till individens egen vilja även i en sådan situation.

6.1.6 Integritetsfrågor

För det fall roboten innefattar en kamera som filmar patienten kan ett flertal rättsliga frågeställningar uppkomma, se mer om detta i avsnitt 4.2 I detta avseende uppkommer också etiska frågor om vem som får tillgång till inspelningen, hur länge den sparas och vad den får användas till. Dessa aspekter diskuteras mer ingående i avsnitt 6.2.2 avseende kameraövervakning.

Användning av en hälsorobot i hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg kan innebära att känslig information om användaren registreras. En robot kan inte skilja mellan integritetskänslig och annan information eller veta vem som har behörighet att ta del av informationen, om den inte programmerats till det. Att person-

uppgifter och annan känslig information hanteras på ett korrekt och säkert sätt och i enlighet med den lagstiftning som finns på området, ska självklart fastställas innan en robot börjar användas.

Det är också viktigt att roboten kan anpassas efter användarens behov så att inte onödig information registreras. Insamling av information innebär alltid ett visst mått av intrång i den enskildes integritet. Begränsningar i informationsinhämtning och hantering bör därför införas bl.a. vad gäller antalet personer som har tillgång till informationen, hur länge informationen sparas och vad den får användas till. Behovet av skydd för känslig information ställer även krav på IT-säkerhet och att de system och program som roboten använder skyddas från intrång av obehöriga.

En annan integritetsaspekt som tidigare nämnts är att hälso-robotar kan innebära en förstärkning av individens kroppsliga integritet genom att möjliggöra att personen i fråga självständigt kan sköta sin hygien i form av toalettbesök och dusch samt att äta själv.

6.1.7 Etisk bedömning och kunskapsluckor

I hälso- och sjukvårdslagen är inskrivet att innan en ny diagnos- eller behandlingsmetod som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas i hälso- och sjukvården, ska vårdgivaren se till att metoden har bedömts utifrån individ- och samhällsetiska aspekter (2 h § HSL). Det är dock inte säkert att alla hälso-robotar som kan komma att introduceras i hälso- och sjukvården omfattas av kravet (se avsnitt 4.1.1). All hälso- och sjukvård ska dock uppfylla de krav som gäller för verksamheten vilket omfattar bl.a. de etiska mål och utgångspunkter som anges i hälso- och sjukvårdslagen. Inom socialtjänsten finns ingen motsvarande bestämmelse till 2 h § HSL. Även i socialtjänstlagen finns dock bestämmelser om värdegrund och etiska mål med socialtjänstens verksamhet när det gäller äldre (se avsnitt 4.1.4). Det finns också regler kring uppföljning och säkring av verksamheternas kvalitet (se avsnitt 4.1.1 och 4.1.4).

Oavsett om etisk bedömning krävs enligt lagstiftningen är det viktigt att en sådan alltid görs inför introduktion av en ny hälso-robot i hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg. Bedöm-

ningen bör utgå ifrån om de etiska principer som ska vara vägledande för verksamheten kommer att kunna upprätthållas. Även efter introduktion är det viktigt att det görs kontinuerliga uppföljningar så att de etiska principerna inte frångås.

Parallellt med utvecklingen av hälsorobotar måste resurser även satsas på forskning kring etiska aspekter. Sådan forskning är efter-satt vilket förmodligen delvis beror på att hälsorobotarna ännu är på idéstadiet eller i ett tidigt utvecklingsstadium. Det går dock inte enbart att skylla på detta, kommunikationsroboten ”Giraff” används redan i dag inom hemtjänsten. Forskning om nytta och positiva effekter likväl som risker och andra etiska aspekter, måste integreras i den tekniska forskningen och utvecklingen av respektive hälso-robot. Roboten bör vidare alltid provas i den miljö den ska användas i.

6.1.8 Risken för förlust av viktiga värden i vården och omsorgen

När man diskuterar robotar i vården och omsorgen är det relativt lätt att identifiera värden som står på spel och värden som kommer i konflikt. Patienten eller omsorgstagaren sätts i fokus och därmed frågor om autonomi, integritet, självbestämmande och rättvisa. Vilken nytta har den äldre av roboten? Vilka risker löper den äldre? Liknande värdefrågor och värdekonflikter blir uppenbara om blicken riktas mot personens anhöriga eller vårdpersonalen. Det finns dock värden av ett annat slag som inte är lika påtagliga men som är minst lika viktiga att fundera över.

Vad säger det om oss som människor när vi låter robotar delta i vården av våra äldre? Är det inte en väsentlig del av att vara människa att vi tar hand om våra barn i början av deras liv och att vi tar hand om våra äldre i slutet av deras liv? Att stå i denna vårdande relation till andra människor är att vara människa. Det finns med andra ord en risk att teknifieringen av vården i djupet kommer att påverka oss som kännande och levande människor, och därmed påverka själva grunden för vår tillvaro.

Dessa värden är väsentligen annorlunda än de värden som identifierats genom ett renodlat aktörsperspektiv, men lika viktiga. Denna värdefråga handlar om relationer eller snarare avsaknaden av för oss som människor avgörande relationer. Sådana frågor måste

också belysas i den filosofiska diskussionen samt utifrån ett psykologiskt perspektiv.

6.1.9 Ställningstaganden

Robotar kan på ett avgörande sätt komma att påverka innehållet i hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg. Rådet ser att robottekniken har stor potential att förbättra vårdens och omsorgens kvalitet. En robot kan ge användaren en ökad självständighet och förbättrad livskvalitet. De kan underlätta rehabilitering och kompensera för nedsatta kroppsfunktioner. För en del användare kan en robot innebära förstärkt fysisk och psykisk integritet.

Även om robotteknik således kan ha uppenbara potentiella fördelar, anser rådet att de etiska aspekterna måste genomlysas grundligt innan robotar införs på bred front i svensk hälso- och sjukvård samt i omsorgen.

Rådet anser att det behövs mer forskning om hur olika hälso-robotar kan påverka människan och viktiga värden i vården. Sådan forskning måste pågå parallellt med den tekniska utvecklingen av en specifik robot för att framtagandet av den nya tekniken ska ske på ett ansvarsfullt och etiskt godtagbart sätt. Diskussionen kring etiska frågor måste få ta mer plats i innovationsprocessen och vara en självklar del av den tekniska utvecklingen. I detta avseende måste både enskilda företag och berörda myndigheter ta sitt ansvar.

Rådet vill även framhäva vikten av att en bedömning av en hälsorobots konsekvenser för etiska värden alltid måste göras innan den börjar användas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För det fall en sådan bedömning inte redan krävs enligt nu gällande hälso- och sjukvårdslag och socialtjänstlag, bör sådana bestämmelser införas i respektive lagstiftning. Det bör finnas rutiner för detta i varje verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Rådet förutsätter vidare att det säkerställs att en hälsorobot uppfyller krav på god vård, omsorg av god kvalitet, säkerhet m.m. innan den börjar användas i hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Verksamheterna bör organiseras så att det finns någon som har ett tydligt ansvar för att detta sker.

Rådet anser vidare att uppföljning och utvärdering av varje ny hälsorobot måste ske för att säkerställa att etiska värden i hälso-

och sjukvård och omsorg inte hotas och att lagstadgade krav uppfylls. En ansvarig myndighet bör ges i uppdrag att genomföra sådana bedömningar och utvärderingar.

Vid en bedömning i det enskilda fallet om en hälsorobot ska användas bör särskilt följande säkerställas:

- att en individuell bedömning utifrån den enskildes förutsättningar och behov görs av om insatsen är lämplig. Frågor som har betydelse är: vilken nytta har roboten för individen? Vilka risker finns? Vad är individens egen inställning? Det måste garanteras att individen får sitt behov av social stimulans tillgodosett samt att roboten inte har en negativ inverkan på den samma.
- att individens samtycke till en insats är informerat och frivilligt.
- att fullständig information ges på ett ändamålsenligt sätt och att personen förstått informationen.
- att ett likvärdigt alternativ erbjuds personen om denne tackar nej till insatsen.
- att utprovning sker utifrån individens behov och att en prövo-period tillämpas då personen får möjlighet att testa hälsoroboten.
- att uppföljning och utvärdering görs av personal som har kompetens för uppdraget varvid det kontrolleras att den enskilde får sitt vård- och omsorgsbehov tillgodosett. Om så inte är fallet ska insatsen avslutas omedelbart.
- att känslig information om individen som registreras av hälsoroboten skyddas samt att inhämtning och hantering av information begränsas så långt det är möjligt.

När det gäller äldre med nedsatt beslutskompetens vill rådet understryka att det är extra viktigt att vårdpersonal är noggrann med hur information ges, att det säkerställs att den enskilde förstått informationen, att extra lyhördhet visas och stöd ges för att möjliggöra ett ställningstagande, innan en robot introduceras i vården. Det finns annars en risk att personens vilja inte respekteras och att personen inte får nödvändig vård och omsorg vilket strider mot både etiska principer och lagstiftningen.

6.2 Övervakning

6.2.1 Inledning

Övervakning i vården av äldre väcker många etiska frågor. De två typer av övervakning som är föremål för diskussion i denna rapport är övervakning av äldre med kamera och GPS-sändare. Såsom i föregående avsnitt är diskussionen främst problembaserad utifrån ett antal etiska frågeställningar. Förutom att övervakningen måste vara etiskt godtagbar måste den självfallet även vara laglig. Lagstiftningen på området redogörs kortfattat för i avsnitt 4.2. Rådet tar emellertid inte ställning i de juridiska frågorna utan fokus för diskussionen berör de etiska aspekterna på övervakning vid vård och omsorg av äldre personer.

Etiska frågeställningar

- När är det etiskt försvarbart att använda kamera och GPS i vården av äldre? Bl.a. aktualiseras frågor om vad god vård och omsorg av god kvalitet innebär samt mänskliga behov som social stimulans.
- Hur säkerställs rätten till självbestämmande samt att personer med nedsatt beslutskompetens får den vård de behöver och att deras vilja beaktas?
- Går det att åstadkomma balans mellan intrånget i den enskildes integritet och nyttan med övervakningen och i så fall hur?

Värdekonflikter

Vid användning av övervakning med kamera och GPS i vården av äldre kan värdekonflikter aktualiseras och här exemplifieras ett antal intressen som inbördes kan komma i konflikt med varandra:

- intresset för individen att få god vård
- intresset för individen att få social stimulans och sitt behov av mänsklig närvaro tillgodosett

- intresset för individen och dennes anhöriga att få sin personliga integritet respekterad
- vårdgivarens intresse av att spara resurser eller effektivisera verksamheten
- vårdpersonalens intresse av att slippa lägga tid på att ta sig mellan olika vård- och omsorgstagare (kameraövervakning)
- anhörigas intresse av att veta var den äldre befinner sig (GPS-övervakning)
- samhällets intresse av att gällande lagstiftning följs, t.ex. krav på samtycke till övervakningsinsatser.

Översikt argument för och emot övervakning med kamera och GPS

Argument som kan anföras för:

- Övervakning med kamera och GPS i vården av äldre kan främja individens livskvalitet, integritet och självbestämmande.
- Övervakning kan leda till förhöjd vårdkvalitet inom hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg.
- Övervakningen kan effektivisera hälso- och sjukvårdsverksamheten/socialtjänstens omsorg så att resurser kan användas bättre.
- Övervakning med GPS kan förhindra att den äldre skadar sig för det fall han eller hon går vilse.
- Övervakning kan innebära en trygghet för anhöriga.

Argument som kan anföras mot:

- Övervakning kan innebära en försämring av den äldres livskvalitet och ett oproportionerligt intrång i dennes integritet.
- Övervakning i vården kan medföra att god vård samt omsorg av god kvalitet inte kan ges.
- Att ersätta vårdpersonalens fysiska tillsyn med en kamera/GPS-sändare kan innebära att den äldres sociala sti-

mulans minskar och att behov av trygghet och mänsklig kontakt inte tillgodoses.

Aktörer

Som tidigare nämnts utgår rådet i sin etiska diskussion huvudsakligen från patientens eller omsorgstagarens perspektiv eftersom dessa aktörer är viktigast när vård ska ges. Det finns dock andra aktörer vars intressen är viktiga att ta hänsyn till såsom vårdgivare, vård- och omsorgspersonal och anhöriga. Deras intressen kommer också att belysas i den mån rådet bedömt att det är relevant.

6.2.2 Kameraövervakning

Sköra äldre personer behöver generellt mycket tillsyn. I socialtjänstlagen anges att socialnämnden, när det gäller insatser för äldre personer, bör underlätta för den enskilde att bo hemma. Många sköra äldre bor därför kvar hemma med hjälp av omfattande insatser från hemtjänsten för att klara vardagliga uppgifter och för att må bra. I hemtjänstens omsorg ingår tillsyn för att säkerställa att den personen mår bra. Det kan t.ex. finnas en stor risk att den äldre faller i hemmet och skadar sig och är i behov av akut vård. Frågan är om kameraövervakning kan vara ett etiskt godtagbart alternativ till fysisk tillsyn över äldre. Övervakningen måste i detta avseende respektera individens rätt till självbestämmande, integritet, lika vård på lika villkor samt krav på god vård och omsorg av god kvalitet.

Individens egen inställning till övervakningen är självklart också avgörande. Olika personer har olika uppfattningar om övervakningen förstärker den personliga integriteten eller om den innebär ett större intrång än annan tillsyn. Vissa kan uppleva det som mindre integritetskränkande att bli övervakad av en kamera än att personal kommer hem till personen vid oönskade tidpunkter, exempelvis nattetid. För andra kan en övervakningskamera uppfattas som socialt isolerande. Som nämnts används kameraövervakning redan i dag på vissa håll inom hemtjänsten som ett alternativ till fysisk tillsyn nattetid hos den äldre. Ett framtidsscenario är att användningen av kameror ökar även i hälso- och sjukvården, där

äldre som är inlagda en längre tid kan behöva aktiv tillsyn på sjukhus. En annan möjlighet är att patienter med svåra sjukdomar i högre utsträckning skulle kunna vårdas i hemmet med hjälp av övervakning.

Innan kameror införs i vård och omsorg måste de etiska aspekterna diskuteras och övervägas noga och en bedömning i varje enskilt fall utifrån individens behov och förutsättningar måste göras.

Kravet på god vård och omsorg av god kvalitet

En viktig etisk aspekt är huruvida den omsorg som erbjuds genom övervakningen är att betrakta som god. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har enligt gällande lagstiftning att erbjuda god vård respektive omsorg av god kvalitet (se avsnitt 4.3 och 4.1.4). Som tidigare nämnts är god vård inte enbart liktydigt med vårdens kvalitet utan kravet förutsätter även att patientens behov av trygghet tillgodoses, att vården bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodoser patientens behov av säkerhet i vården. Detsamma gäller socialtjänstens omsorg om äldre som ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv under trygga förhållanden samt känna välbefinnande. Detta är exempel på etiska principer för hälso- och sjukvården samt omsorgen som rådets etiska diskussion utgår ifrån. Ett minimikrav bör, liksom när det gäller robotar, vara att omsorgen är lika god som den som i annat fall hade erbjudits individen av vårdpersonal på plats.

För att kunna göra en bedömning av dessa frågor måste man i den enskilda situationen fastställa vilken typ av omsorg som ska erbjudas. Eftersom kameror kan användas på olika sätt och i olika syften måste en bedömning göras från fall till fall. I vissa fall kan vårdgivarens syfte med användningen av kameran vara att utöka tillsynen av en person som har behov av det, vilket kanske inte skulle vara möjligt med ökad fysisk tillsyn av personal. Detta kan innebära en förbättrad vårdkvalitet för individen. I andra fall kan kameran användas för att ersätta den fysiska tillsynen när vårdpersonal kommer hem till personen. Den tid det tar för personalen

att ta sig mellan olika patienter eller omsorgstagare kan då sparas in och resurserna användas till annat.

Den typ av omsorg som kan genomföras med en kamera i stället för ett personligt besök är begränsad. Med enbart en kamera kan personalen inte kommunicera med den enskilde och den enskilde kan inte kommunicera med personalen. Om det inte indikeras på något sätt, är individen inte medveten om att han eller hon är övervakad. Genom att enbart titta på personen går det t.ex. att konstatera att han eller hon inte har ramlat ur sängen. Det går också att göra bedömningen att personen inte ser ut att må dåligt men det går inte att veta säkert. Bedömningen av personens tillstånd är därutöver beroende av tekniska förutsättningar som hur avancerad kameran är och den utbildning personen som är ansvarig för övervakningen har.

För att säkert veta hur personen mår behövs kommunikation med honom eller henne och om sådan inte är möjlig kan en medicinsk undersökning vara nödvändig. Med enbart en övervakningskamera är kommunikation inte möjlig vilket kan innebära en ökad risk att individen inte får nödvändig vård i tid. Individen kan inte som vid fysisk tillsyn påtala att något är fel. Kommunikation mellan vårdpersonal och den enskilde är vidare en förutsättning för att han eller hon ska kunna få individuellt anpassad information om bl.a. sitt hälsotillstånd och sin vårdplanering. Övervakning med kamera måste således kompletteras med annan tillsyn eller kombineras med ytterligare tekniska lösningar så att vården och omsorgen lever upp till kraven i gällande lagstiftning. Viktigt att tänka på om t.ex. mikrofoner och högtalare används för att möjliggöra kommunikation, är att den enskilde måste veta om när han eller hon övervakas för att kommunikation ska kunna ske. En lösning för att utöka informationen om personens hälsotillstånd skulle kunna vara att kombinera kameran med olika medicinska övervakningsinstrument.

Ett angränsande problem är att övervakningskameran kan leda till en falsk trygghet om den övervakade tror att någon ser till honom eller henne men så inte är fallet. Om det i det enskilda fallet anses vara etiskt godtagbart att använda sig av en övervakningskamera måste det därför finnas andra larmfunktioner som den enskilde kan använda om han eller hon behöver medicinsk hjälp. Även i detta sammanhang måste personen ha förstått vid vilka tid-

punkter övervakningen sker och vad övervakningen innebär. Den övervakade måste vidare ha möjlighet att när som helst stänga av övervakningsutrustningen.

Som tidigare nämnts är äldre personer en heterogen grupp med olika förutsättningar, behov och preferenser. Vissa individer kan tycka att kameraövervakning är ett bättre alternativ än fysisk tillsyn. Om den äldre har denna inställning kan tillsyn med övervakningskamera vara att föredra så länge den enskilde får sitt vårdbehov tillgodosett. Det är dock viktigt att komma ihåg att en äldre person i behov av omsorg är i en utsatt situation och att det kan finnas ett behov av personliga besök av vårdpersonal för att ge den enskilde stöd och dämpa oro. För vissa kan en förlust av den mänskliga kontakt ett personligt besök innebär, leda till otrygghet och försämrad livskvalitet. Sköra och ensamma äldre kan förlora en för dem viktig social kontakt, vilket kan leda till ökad isolering och ohälsa. Det är således viktigt att vårdgivaren är uppmärksam på att inte individens sociala kontakter minskar för att kameraövervakning introduceras i vården.

Informerat samtycke och rätten till självbestämmande

För det fall kameraövervakningen bedöms vara etiskt godtagbar är det upp till den enskilde att ta ställning i det individuella fallet. Med hänsyn till lagstiftningen (se särskilt avsnitt 4.2) torde det krävas ett uttryckligt samtycke från den enskilde och han eller hon har alltid rätt att tacka nej till övervakningen. I avsnitt 4 och 6.1.3 redogörs närmare för individens rätt till självbestämmande inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

I detta sammanhang är det viktigt att den enskilde får tillräckligt med information för att kunna ge ett informerat samtycke gällande kameraövervakningen, att vårdpersonalen försäkrar sig om att personen förstått informationen samt att personen upplever att det är ett frivilligt val. Hur övervakning med kamera uppfattas är individuellt, vissa kan tycka att det innebär en förbättrad livskvalitet och ett ökat självbestämmande medan andra kan uppleva integritetsintrånget som alltför stort. Det viktiga är att det blir individens fria val. Om den enskilde väljer bort övervakning är det vidare viktigt

att han eller hon erbjuds ett likvärdigt alternativ i form av fysisk tillsyn.

När den äldre har nedsatt beslutskompetens ställs särskilda krav på vårdpersonalen när det gäller bl.a. förmedling av information för att ett informerat samtycke ska kunna uppnås, läs mer om detta i avsnitt 6.1.3.

För det fall den enskilde godtar övervakningen kan det vara en idé att ha en provperiod. Om personen inte trivs med övervakningen eller inte får tillräckligt med tillsyn, ska alternativa insatser erbjudas. Beslutet att använda övervakning bör också omprövas fortlöpande för att säkerställa att den enskilde inte ändrar sig eller plötsligt försämras i sitt tillstånd. Om personen försämras på så sätt att han eller hon inte längre får nödvändig omsorg genom övervakningen alternativt inte längre kan ge ett informerat samtycke till övervakningen, ska den avbrytas omedelbart.

Integritetsfrågor

Ett annat viktigt krav är att vård och omsorg ska bygga på respekt för personens integritet. Det går inte att generellt uttala sig om kameraövervakning är etiskt försvarbart utan en noggrann bedömning måste göras i varje enskilt fall om övervakningen innebär ett godtagbart intrång i den enskildes integritet. Bedömningen bör omfatta faktorer som ändamålet och behovet av kameraövervakningen, graden av integritetsintrång, om ändamålen i stället kan uppnås med åtgärder som innebär mindre integritetsintrång osv. Om man kommer fram till att fördelarna med kameraövervakningen överväger nackdelarna och att övervakningen ska tillåtas, bör åtgärder vidtas så att intrånget blir så begränsat som möjligt. Antalet personer som ges tillgång till materialet bör därmed vara så få som möjligt, övervakningen kan ske vid i förväg bestämda tidpunkter och materialet bör inte sparas längre tid än nödvändigt. Det är viktigt att kameraövervakningen anpassas till den övervakades behov så att inte övervakning sker i onödan.

Det måste även säkerställas att de känsliga personuppgifter som samlas in genom övervakningen behandlas på ett säkert sätt. Detta ställer krav på IT-säkerhet och att de program som används skyddas från intrång av obehöriga. Informationen måste även behandlas

på samma sätt som annan känslig information inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det är vidare viktigt att den äldre som övervakas får all nödvändig information om förutsättningarna för övervakningen så att han eller hon kan fatta ett informerat ställningstagande. Kameraövervakning aktualiserar också frågor om anhörigas och andra besökares integritet. Besökare bör alltid informeras om att övervakning pågår och samtycke till övervakningen bör inhämtas även från dessa. Om det önskas bör det finnas möjlighet att stänga av kameraövervakningen. Eftersom den äldre har sällskap torde detta inte innebära någon risk för honom eller henne.

6.2.3 Särskilt om övervakning med GPS-sändare

Övervakning med GPS-sändare innebär också ett intrång i den enskildes integritet eftersom andra kan få information om var personen befinner sig samt hans eller hennes rörelsemönster. Liknande etiska frågor som vid kameraövervakning aktualiseras och måste diskuteras och övervägas noga innan en användning i vården blir aktuell. Frågan är om och i så fall i vilka situationer det kan vara etiskt godtagbart att övervaka en person med GPS. Slutligen måste en individuell bedömning alltid göras i den enskilda vårdsituationen utifrån individens behov och förutsättningar.

Ett syfte med att den äldre utrustas med en GPS-sändare är att det ska gå att hitta personen för det fall han eller hon går vilse. Ett annat syfte för vårdgivaren kan vara att spara in på personalresurser eftersom alternativet till att den enskilde går ut själv kan vara att personal måste följa med. Vårdgivaren kan också vilja minska behovet av strikt kontroll över in- och utpassage från ett särskilt boende för äldre eller en vårdenhet. Ett syfte för den enskilde att använda GPS-sändare kan vara att slippa bli åtföljd av en ledsagare om det är enda alternativet.

Problematiken uppstår ofta när den äldre drabbas av sjukdomar som demens och får svårt att orientera sig. Det finns då en risk att personen går vilse och i värsta fall skadar sig. Personer med demens har ofta nedsatt beslutsförmåga och det kan vara svårt att få ett godtagbart samtycke från personen. Med hänsyn till lagstiftningen

torde det krävas ett uttryckligt samtycke från den enskilde och han eller hon har alltid rätt att tacka nej till övervakningen.

Den etiska bedömningen utgår ifrån om övervakningens positiva effekter överväger det integritetsintrång som den innebär för individen. Denna avvägning måste göras i varje enskilt fall eftersom positiva och negativa effekter för individen och andra aktörer är beroende av individuella behov och förutsättningar. Om man kommer fram till att fördelarna med GPS-övervakningen överväger nackdelarna bör åtgärder vidtas så att intrånget blir så begränsat som möjligt. Som vid kameraövervakning bör antalet personer som får tillgång till det inspelade materialet vara så få som möjligt, övervakningen kan ske vid i förväg bestämda tidpunkter, informationen bör inte sparas längre tid än nödvändigt osv.

I vissa fall kan friheten som GPS-sändaren innebär för den enskilde väga tyngre än intrånget i den personliga integriteten. Alternativet till att övervaka en person med GPS-sändare kan vara att vårdpersonal eller en anhörig följer med personen ut. Sällskap i syfte att "hålla koll" på den äldre är också en form av övervakning och en integritetsinskränkning som kan upplevas som ännu mer kränkande. Om så är fallet kan övervakning via GPS innebära en ökad frihet och livskvalitet för individen. Det måste således alltid vara upp till individen att ta ställning till vad han eller hon anser vara godtagbart i det enskilda fallet och det är därefter viktigt att anhöriga och personal respekterar individens beslut.

I det fall GPS-sändaren är kopplad till ett trygghetslarm som den äldre ständigt bär på sig, innebär sändaren att personen kan hittas även om han eller hon går ut på egen hand utan vård- och omsorgspersonals eller anhörigas vetskap. Detta minskar risken för att personen kommer till skada och kan innebära en stor trygghet framför allt för anhöriga. I slutändan är det dock alltid individens inställning till övervakningen som måste vara avgörande. Det är därför viktigt att vård- eller omsorgstagaren får all information om förutsättningarna för övervakningen så att han eller hon kan fatta ett informerat och frivilligt ställningstagande. Eftersom det ofta handlar om personer med nedsatt beslutskompetens krävs som tidigare nämnts att personalen ger anpassad information till individen, att individen får tillräckligt med tid att ta ställning till insatsen och att olika typer av stöd för kommunikation erbjuds.

Desto sämre den äldre blir i sin sjukdom och hälsa, desto mer omsorg och stöd behöver han eller hon. Att låta en skör person gå ut själv på promenad utan sällskap kan beroende på personens tillstånd vara direkt olämpligt. Det måste givetvis göras en bedömning från fall till fall om det är passande utifrån den enskildes behov och förutsättningar att använda sig av övervakning med GPS-sändare. Individens behov och inställning i denna situation måste alltid gå före vårdgivarens intresse av att spara resurser. Ett beslut om att använda GPS-sändare i omsorgen av en person måste vidare omprövas fortlöpande eftersom personen kan försämrats i sin sjukdom och plötsligt sakna insikt om vad övervakningen innebär. Om det inte längre går att få ett informerat samtycke från personen ska övervakningen avbrytas.

6.2.4 Ställningstaganden

Rådet anser att innan övervakningsåtgärder införs i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, måste en bedömning göras av vilka konsekvenser övervakningen kan få för etiska värden. Det är därför avgörande att noggranna bedömningar görs i varje enskilt fall så att individens rätt till självbestämmande, integritet och lika vård på lika villkor respekteras samt att krav på god vård och omsorg av god kvalitet uppfylls. En sådan bedömning måste ske innan övervakning börjar användas. I verksamheterna bör det finnas en person som är ansvarig för att detta sker.

I och med att den tillsyn som kan genomföras med hjälp av enbart en kamera är begränsad, ser rådet en risk med att använda den som ersättning för personliga besök om inte övervakningen kompletteras med annan tillsyn eller ytterligare tekniska lösningar.

Vid en bedömning i det enskilda fallet om övervakning ska användas bör särskilt följande säkerställas:

- att en individuell bedömning utifrån den enskildes förutsättningar och behov görs av om insatsen är lämplig. Frågor som har betydelse är: vilken nytta har övervakningen för individen? Vilka risker finns? Vad är individens egen inställning? Det måste garanteras att individen får sitt behov av social stimulans tillgodosett samt att övervakningen inte har en negativ inverkan på densamma.

- att individens samtycke till en insats är informerat och frivilligt.
- att fullständig information ges hur övervakningen går till, vem som har behörighet att ta del av den information som registreras, när information registreras m.m. och att information lämnas på ett ändamålsenligt sätt. Det måste även säkerställas att personen förstått informationen.
- att ett likvärdigt alternativ ges personen om denne tackar nej till insatsen.
- att utprovning sker utifrån individens behov och att en provperiod tillämpas då personen får möjlighet att testa insatsen.
- att uppföljning och utvärdering görs av personal som har kompetens för uppdraget, då det kontrolleras att den enskilde får sitt vård- och omsorgsbehov tillgodosett. Om så inte är fallet ska övervakningen avslutas omedelbart.
- att känslig information om användaren som registreras skyddas samt att inhämtning och hantering av information begränsas så långt det är möjligt.

Rådet vill särskilt framhäva vikten av att balans uppnås mellan nyttan av övervakningen och det intrång i den enskildes integritet som övervakningen innebär. Åtgärder bör därför vidtas så att integritetsintrånget blir så begränsat som möjligt.

När det gäller äldre med nedsatt beslutskompetens vill rådet understryka att det är extra viktigt att vårdpersonal är noggrann med hur information ges, att det säkerställs att den enskilde förstått informationen, att extra lyhördhet visas och att stöd ges för att möjliggöra ett ställningstagande, innan övervakning introduceras i vården. Det finns annars en risk att personens vilja inte respekteras och att personen inte får nödvändig vård och omsorg vilket strider mot både etiska principer och lagstiftningen.

Referenser

Litteratur m.m.

- Aartsen, A och Jylhä, M. Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*. 2011, 8:31-38.
- Bekey, G A. *Current Trends in Robotics: Technology and Ethics*. I Lin, Patrick, Abney, Keith och Bekey, George A. (eds), *Robot Ethics – The Ethical and Social Implications of Robotics*. MIT Press: Cambridge, 2012.
- Borenstein, J och Pearson, Y. *Robot Caregivers: Ethical Issues across the Human Lifespan*. I Lin, Patrick, Abney, Keith och Bekey, George A. (eds), *Robot Ethics – The Ethical and Social Implications of Robotics*. MIT Press: Cambridge, 2012.
- Coeckelbergh, M. Health Care, Capabilities, and AI Assistive Technologies. *Ethical Theory and Moral Practice*. 2010, 13:181-190.
- Det Ethiske Råd. *Sociale robotter*. Rapport, 2010.
- EU-kommissionen. *Robotics for Healthcare – Final Report*. Rapport, 2008.
- Feil-Seifer, D, och Mataric, M. Ethical Principles for Socially Assistive Robotics. *IEEE Robotics & Automation Magazine*. 2011, 18(1):24-31.
- Hjälpmiddelsinstitutet. *Att införa e-hemtjänst – erfarenheter från Västerås stad*, 2012.
- Hjälpmiddelsinstitutet. *Hälsorobotar – En sammanställning*. Sammanställning, 2013.

- Hjälpmedelsinstitutet. *Kontakten mellan en sälrobot (Paro), en taktill värmekatt och personer med en demenssjukdom*. Rapport, 2005.
- Socialstyrelsen. *Nationella indikatorer för God Vård*. Rapport, 2009.
- Socialstyrelsen. *Utveckling av e-hälsa i kommunerna – Uppföljning av stimulansmedel 2013*. Rapport, 2013.
- Statens medicinsk-etiska råd (Smer). *Assisterad befruktning – etiska aspekter*. Rapport 2013:1, 2013.
- Statens medicinsk-etiska råd (Smer). *Mitokondriebyte vid allvarlig ärftlig sjukdom – etiska aspekter*. Rapport 2013:2, 2013.
- Stiftelsen för Strategisk Forskning. *Vartannat jobb automatiseras inom 20 år – utmaningar för Sverige*. Rapport, 2014.
- Sveriges Kommuner och Landsting. *eTjänster i socialtjänsten – KOMMUNAL e-HÄLSA*. Vägledning, 2013. Sveriges Kommuner och Landsting. *E-tjänster och appar – hur är läget i kommunerna?* Rapport, 2014.

Offentligt tryck

- Direktiv 2012:72. *Beslutsförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Direktiv 2013:96. *Tilläggsdirektiv till Utredningen om beslutsförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning (S 2012:06)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2013/14:106. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2012/13:115. *En ny kameraövervakningslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2009/10:83. *Etisk bedömning av nya metoder i vården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2009/10:80. *En reformerad grundlag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Proposition 1998/99:4. *Stärkt patientinflytande*. Stockholm: Socialdepartementet.

Proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Proposition 1981/82:97. *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

SOU 2014:23. Utredningen om rätt information i vård och omsorg. *Rätt information på rätt plats i rätt tid*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2013:45. Utredningen om rätt information i vård och omsorg. *Rätt information – Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2006:110. Utredningen om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga. *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom*. Stockholm: Fritzes.

SOU 1995:5. Prioriteringsutredningen. *Vårdens svåra val*. Stockholm: Fritzes.

Regeringens skrivelse 2013/14:57 *Ett värdigt liv – äldrepolitisk översikt 2006–2014*.

Regeringsbeslut *Uppdrag angående information om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård* (2014-02-13) till Handisam.

Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten*.

Rättsfall

Förvaltningsrätten i Karlstad mål nr 5475-13 E, 2014-04-16.

Webbsidor

Nationalencyklopedin. Robot.

www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/robot-robotteknik, (Hämtad 2014-12-12).

- Socialstyrelsen. Frågor och svar om tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna.
www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/foreskrifteromtvangs-ochskydds#anchor_13 (Hämtad 2014-11-06).
- Statistiska centralbyrån. Befolkningsstatistik.
www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Var-tredje-alldre-bor-ensam/ (Hämtad 2014-11-06).
- The GiraffPlus Project. The GiraffPlus Project.
www.giraffplus.eu/ (Hämtad 2014-12-15).
- SILVER. Phase 1/Sucessful Proposals.
www.silverpcp.eu/, www.silverpcp.eu/silverproposal/ (Hämtad 2014-12-15)
- Sveriges kommuner och landsting. Nationella patientenkäter.
<http://npe.skl.se/Default.aspx> (Hämtad 2014-12-15).
- Svenskt Demenscentrum. Fakta om demens.
www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/ (Hämtad 2014-12-12).
- Västerås kommun. Tekniska lösningar.
www.viktigvasteras.se/ehemtjanst/tekniska-losningar/ (Hämtad 2014-12-15).

Förteckning över hörda experter

Under arbetet med denna rapport har rådet hört och samtalat med flera personer som bidragit med olika perspektiv på vården och omsorgen av äldre personer samt på robotar och övervakning inom vården. Experterna som anges nedan har medverkat vid rådets sammanträde den 23 maj 2014 eller vid arbetsgruppens möte den 28 augusti 2014.

Gösta Bucht, professor emeritus i geriatrik, talesperson för vård och omsorg, Sveriges Pensionärsförbund

Fredrik Canerstam, ombudsman, DHR – Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Maria Gill, sjuksköterska, projektledare, Västerås kommun

Guy Lööf, sakkunnig i äldreomsorgsfrågor, Pensionärernas riksorganisation

Lennart Magnusson, fil.dr och sjuksköterska, verksamhetschef, Nationellt kompetenscentrum anhöriga

Lotta Olofsson, arbetsterapeut, projektledare, Demensförbundet

Lars Sonde, med.dr, projektledare, Svenskt Demenscentrum

Karl-Erik Westman, utredare, Myndigheten för delaktighet