

2020-08-13

Dnr Komm2020/00453/S 1985: A

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

## Remissvar avseende betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i uppdrag att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv. Smer kommenterar de förslag som är av särskild vikt utifrån detta perspektiv.

### Sammanfattning

Smer delar uppfattningen i betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14) att välfärdsteknik i flera avseenden kan bidra till förbättringar i äldreomsorgen och anser även att betänkandet innehåller ett antal goda förslag. Smer anser dock att det saknas en fördjupad etisk analys av de förslag som ges varför det ibland är svårt att ta ställning till dem utifrån ett etiskt perspektiv. Introduktion av välfärdstekniker kan skapa värdekonflikter. Exempelvis behöver en välfärdsteknik som är bra för personalen, inte nödvändigtvis vara bra även för de äldre. Smer saknar sammanfattningsvis genomgående i betänkandet tillräcklig analys av vilka värdekonflikter som kan uppstå, vilka konsekvenser de får för personal, äldre och verksamhet samt hur utredningen anser att man bör hantera dem så att förslagen är förenliga med gällande etiska principer.

*Smer tillstyrker följande förslag*

**Regeringen föreslås inrätta ett nationellt centrum för utveckling av äldreomsorgen** i syfte att skapa en nationell plattform för samverkan; en del i uppdraget ska vara att bidra med metoder för verksamhetsutveckling inom digitalisering och välfärdsteknik (avsnitt 8.12.6 i betänkandet).

Smer anser att ett uppdrag till ett sådant utvecklingscentrum även bör omfatta fler kompetensfrågor som rör äldreomsorgen. Att centrumet enbart

skulle arbeta med införande av välfärdsteknik anser Smer skulle vara alltför ensidigt, vilket utredningen också ger uttryck för. Inte minst under coronapandemin har det blivit tydligt att det finns behov av att stärka äldreomsorgen i flera avseenden. Smer vill även betona behovet av etiska analyser på nationell nivå på socialtjänstens område och det skulle vara lämpligt att det ingår i uppdraget till ett nationellt centrum. Innan ställning tas till att inrätta ett nationellt centrum för utveckling av äldreomsorgen bör det noga övervägas om redan inrättade organisationer kan ges uppdraget. Helst bör centrumet placeras vid ett lärosäte som har rätt kompetens i frågan för att öka kvaliteten och stärka den vetenskapliga förankringen.

**Förslaget om stärkt informationssäkerhet inom socialtjänsten** i 9 § lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoL-PUL).

Smer är positivt till förslaget att införa en tydlig reglering för socialtjänsten gällande behörighet, åtkomst och kontroller av tillgång till uppgifter om enskilda.

*Smer är delvis positivt inställd till*

Förslagen i 2 kap 7 § och 4 kap 1 d § socialtjänstlagen (2001:453) och 4 kap 5 § patientlagen (2014:821) **att insatser i omsorgen respektive vård i hälso- och sjukvården får ges till personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga**. Smer anser dock att vissa kompletteringar behövs. Se utförligare text nedan under avsnittsvisa kommentarer för avsnitten 8.7.1. och 8.7.2.

*Smer ställer sig frågande till följande förslag*

**Angående bedömningen i betänkandets avsnitt 8.12.5** “Att digitalisera hälsa, vård och omsorg är en nationell angelägenhet. Enskilda kommuner eller regioner har inte organisatoriska förutsättningar, mandat eller tillräcklig finansiell kapacitet för den uppgiften. Regeringen borde därför se över sin styrning på området och överväga att ta ett mer övergripande nationellt ansvar när det gäller de grundläggande förutsättningarna för användningen av välfärdsteknik och e-hälsa. Vi förespråkar en sektorsövergripande överenskommelse mellan staten och kommunerna rörande infrastruktur och kompetensförsörjning.”

Smer anser att begreppet digitalisering innefattar dels informationsdigitalisering (dvs processen där analog information förs över till digitalt format), dels samhällelig digitalisering som är den större samhällsprocess där olika former av IT-stöd integreras allt tätare i verksamheter och påverkar dem i grunden. Alltså handlar digitalisering och införande av välfärdsteknik inte enbart om, och till vissa delar väldigt lite om, en produkt eller en tjänst, utan handlar snarare ofta om helt nya arbetssätt. Digitalisering i vård och omsorg kan möjliggöra att den enskilde inte behöver resa utan att personal har med sig tillgång till information om den enskilde samt tillgång till beslutsstöd vid vård och omsorg i hemmet. Vidare kan digitalisering erbjuda olika former av stöd för såväl enskilda som anställda och anhöriga. Smer anser att det är oklart vilken eller vilka former av digitalisering som avses i detta avsnitt i betänkandet. Formuleringen ”införandet av ehälsa” antyder att utredaren anser att ehälsa innebär någon särskild form eller typ av omsorg eller hälso- och sjukvård. Så är inte fallet. Olika teknologiska landvinningar inkorporeras ständigt i hälso- och sjukvården, så även digital informationsteknologi. Smer ställer sig även frågande till i vilken mån den föreslagna överenskommelsen skulle skilja sig från de överenskommelser som redan finns och som beskrivs i betänkandet, som framförallt Vision eHälsa 2025. Vision eHälsa 2025 är en gemensam vision för digitalisering i hälso- och sjukvården och socialtjänsten och utgör den gemensamma samverkansplattformen mellan Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och de statliga aktörerna på området och den inbegriper även välfärdsteknologi. Utredningen skriver att svagheten med överenskommelser som styrmedel är att parterna inte har ansvaret för det direkta genomförandet och måluppfyllelsen. Regeringen och SKR har i praktiken begränsade möjligheter att säkerställa att de mål man har kommit överens om nås. Ansvaret ligger på kommunerna och regionerna (sid 517). Smer anser inte att det framgår i betänkandet på vilket sätt en ny överenskommelse skulle medföra ett annat och mer konkret resultat än tidigare överenskommelser. Smer har därför svårt att ta ställning till förslaget även om Smer delar uppfattningen att det kan finnas behov av en ökad nationell samordning på området.

Smer anser att **förslaget i utredningens avsnitt 8.15 om att offentliga medel bör avsättas för finansiering av invånarutbildning i digital kompetens** i såväl kommunal regi som för bidrag till sådan verksamhet som bedrivs i föreningsform är något otydligt. Smer anser att det i och för sig är positivt med information och utbildning till allmänheten i syfte att öka teknikmognaden i befolkningen, men att det inte är tillräckligt för att den enskilde

ska kunna bilda sig en uppfattning i de vård- och omsorgssituationer som kan uppstå där välfärdsteknik utgör ett inslag. I de fallen behövs situationsanpassad information och kanske även utbildning till patienten och de anhöriga så att han eller hon ska kunna förstå och använda tekniken på rätt sätt.

*Smer avstyrker följande förslag*

Smer anser att **förslaget till ändring i 3 kap 8 § socialtjänstlagen (2001:453), som innebär att övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden får ske inom socialtjänsten** är synnerligen problematiskt och avstyrker därför förslaget.

Det kan sägas finnas två nivåer när det gäller godkännande av välfärdstekniker, dels mer generella godkännanden, dels godkännande i det enskilda fallet. Välfärdstekniska lösningar utvecklas snabbt. Dynamiska system som kontinuerligt förändrar sina modeller skapar särskilda utmaningar när det gäller kvalitetssäkring. Smer anser att det behöver införas noggranna processer för godkännande och uppföljning av olika välfärdstekniska lösningar. Beroende på vilken typ av välfärdsteknisk lösning det är fråga om, menar Smer att prövningen bör utformas mer teknologispecifikt och på ett bredare sätt än vad som sker idag. I takt med att AI utvecklas och kan komma att användas i omsorgen som ersättning för insatser förmedlade av personal, blir det extra viktigt att säkerställa att dessa insatser håller en tillräckligt hög kvalitet. Frågan om ansvar vid fel eller skada måste även lösas. Regelverk och riktlinjer kommer att behöva anpassas när det i all högre grad är teknologi och inte människor som ger vård till enskilda.

När det gäller utredningens förslag att använda teknik som innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden, anser Smer att det måste göras en bedömning av vad varje specifik teknik som införs i vården och omsorgen innebär för den enskilde, en skriftlig motivering som dokumenteras samt att insatsen måste följas upp löpande om den fortfarande är övervägande positiv för den enskilde. Smer anser vidare att det andra stycket i 3 kap 8 § socialtjänstlagen måste formuleras om så att det framgår att det är värdet för den enskilde av den nya tekniken som ska vara avgörande. Vidare måste anhöriga informeras och vara delaktiga i dessa fall.

### **Avsnittsvisa kommentarer**

*Utredningens utgångspunkter, utredningens avsnitt 8.2*

Smer delar utredningens bedömning att inom äldreomsorgen är vård och omsorg nära kopplade till varandra och insatser som ges kan vara svåra att tydligt definiera som antingen vård eller omsorg. Det är därför viktigt ur såväl ett verksamhetsperspektiv som ur den enskildes perspektiv att lagstiftningarna för omsorgen och vården stämmer väl överens. Smer delar uppfattningen att digitalisering och användning av välfärdsteknik i bredare mening kan bidra till att underlätta en sådan integration samt att det kan medföra en mer personcentrerad vård och omsorg genom att personalen får tillgång till nödvändig information om den äldre. Smer anser dock att en sådan integration och sådana förbättringar inte sker med automatik enbart genom att införa välfärdsteknik av olika slag. För att uppnå en integrerad och personcentrerad vård och omsorg krävs en tydlig och anpassad reglering som bland annat tar hänsyn till den enskildes integritet, en verksamhet som har resurser att investera i ny teknik vad gäller medel, kunskap och förutsättningar för upphandling och tillämpning samt att personalen utbildas på rätt sätt. Inom äldreomsorgen är en stor del av personalen timanställda eller visstidsanställda och omsättningen på personal kan vara stor. Att all personal har rätt utbildning i användandet av välfärdsteknik blir därför en extra stor uppgift. Det krävs oftast även ändrade arbetsätt och ibland även en förändrad arbetskultur för att tekniken ska användas på ett sätt som förbättrar verksamheten, vilket även kan påverka verksamhetens organisation. Varje investering i ny teknologi måste baseras på en noggrann problem- och behovsanalys av vad som behöver förbättras och i vilka avseenden det befintliga sättet att bedriva insatsen är bristfällig. Teknik för trygghet och självständighet för den enskilde och teknik till stöd för personalen och omsorgsgivaren, kan i vissa fall komma i konflikt. Det som är bra för personalen behöver inte vara bra för vårdtagaren. Smer anser att ibland blir tonvikten i betänkande på att främja införande och användning av välfärdsteknik i omsorgen så stark att syftet med införandet, att skapa en omsorg av god kvalitet för den enskilde med hjälp av tekniken, kommer i bakgrunden. En förutsättning för att förslagen bidrar till att realisera de goda syften man vill uppnå är att de resurser och den kunskap utredningen beskriver finns att tillgå. Vilka blir konsekvenserna i de fall det inte finns? Och hur följer man upp kvaliteten på vården och omsorgen som ges med stöd av välfärdsteknik för att kontrollera att man har uppnått de goda syftena och målen?

Ett exempel är frågor om en jämlik äldreomsorg. Enligt betänkandet är olikheterna i införandet av välfärdsteknik en källa till ojämlik omsorg. Smer vill även lyfta frågor som gäller vilken betydelse det får att alla faktiskt inte kan

eller vill tillgodogöra sig välfärdsteknisk omsorg, när den införs brett så som betänkandet föreslår. Smer menar att man bör ta hänsyn till att dagens generation av äldre äldre är betydligt mindre teknikvan än yngre generationer, vilket ofta påverkar den enskildes inställning till och förmåga att använda sig av olika digitala hjälpmedel. Även med tanke på att vi lever allt längre och med fler kroniska sjukdomar som kan innebära olika funktionsnedsättningar, så bör man kunna anta att det kommer att finnas teknikoförmögna användare även bland framtidens äldre. Dagens yngre generation är van vid ny teknik, men när de blir gamla kan de vara främmande i förhållande till den tidens teknik. Med tanke på den snabba tekniska utvecklingen är det förmodligen mest troligt att den som får välfärdsteknisk vård och omsorg sällan kommer att vara ”i fas” med sin tids teknik. Smer anser att införande av teknik därför måste prövas i förhållande till samtida generationers villkor och hade därför gärna sett mer utvecklade resonemang gällande lösningar för dem som av olika skäl inte kan eller vill ta till sig av s.k. välfärdsteknik så att man säkerställer att de får likvärdiga insatser på annat sätt.

*Förslagen om vård respektive omsorg till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga, utredningens avsnitt 8.7.1. och 8.7.2.*

Utredningens uppdrag gäller äldreomsorgen, inom vilken en stor andel av de äldre har olika funktionsnedsättningar, såväl fysiskt som psykiskt eller kognitivt. Utredningen konstaterar att insatser inom äldreomsorgen för personer med olika former av funktionsnedsättningar oftast består av en kombination av insatser som ges med stöd av både socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt att det inte sällan är svårt att tydligt skilja ut enligt vilken lag en viss insats ges. Samma insats kan dessutom falla in under båda lagstiftningarna beroende på i vilken situation den ges. Utredningens slutsats är att för att kunna ge förslag till en rättslig reglering som fungerar väl inom äldreomsorgen, måste utredningen även lämna förslag som rör personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga för insatser enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen samt att regleringarna bör stämma överens så långt möjligt. Utredningen har därför lämnat förslag om en reglering både i patientlagen (2014:821) och i socialtjänstlagen (2001:453). Förslagen bygger på Patientmaktsutredningens (SOU 2013:2) förslag om en sådan bestämmelse och liknar varandra. Båda bestämmelserna är generellt hållna, dvs de gäller inte enbart i situationer om användning av välfärdsteknik.

*Förslag om vård till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga, utredningens avsnitt 8.7.1.*

Inledningsvis vill Smer framföra att rådet anser att det är mycket allvarligt både ur rättssäkerhetssynpunkt och från ett etiskt perspektiv att det fortfarande i Sverige saknas lagreglering av hur insatser inom hälso- och sjukvård till enskilda som har en varaktigt nedsatt beslutsförmåga får göras. Smer anser att det är anmärkningsvärt att förslag om vård och insatser till personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga lämnas i ett betänkande om införande av välfärdsteknik i äldreomsorgen och inte i en särskild utredning avsedd enbart för frågor om insatser till beslutsoförmögna. Det är dock förklarligt att frågan kommer upp i betänkandet eftersom det ännu inte finns en reglering.

Smer är – givet rådande förhållanden – försiktigt positiv till förslaget. Smer anser att det är nödvändigt att inrätta en reglering, eftersom dagens situation skapar osäkerhet både för personal och anhöriga till beslutsoförmögna om vad som gäller. Utredningens förslag är i mycket en reglering av vad som görs i vården i dag i praktiken. Smer anser att en kodifiering av denna ordning, kompletterat av föreskrifter från Socialstyrelsen, är att föredra framför dagens oreglerade situation. Smer anser dock att tillämpningen måste följas upp löpande och utvärderas efter fem år samt att ifall signaler visar på att den inte fungerar på ett etiskt och rättssäkert sätt, bör en ny utredning tillsättas för att se över och lämna förslag till en ändrad reglering.

Vid utformningen av förslaget skriver utredningen att den har tagit hänsyn till den kritik som Socialstyrelsen framförde i sitt remissvar angående betänkandet Patientlag när det gäller att ansvaret för en bedömning av det här slaget inte bör åvila ett team utan en viss legitimerad förskrivare. Utredningen säger sig utgå från att en förskrivare kommer att ansvara för behovsbedömningen m.m. men anser att förskrivaren i förekommande fall bör samråda med andra. Ett sätt kan vara i form av samordnad individuell planering. Ett annat sätt är inom ramen för vårdteamet i ett särskilt boende.

Smer har följande synpunkt i den frågan. Det framgår inte av förslaget till författningstext hur och av vem bedömningen om patienten ska anses ha en varaktigt nedsättning av beslutsförmågan ska göras. Utredningen föreslår visserligen i avsnitt 8.7.3 att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram närmare vägledning om hur vård i allmänhet och vård med stöd av välfärdsteknik i

synnerhet kan tillhandahållas enskilda med stöd av den nu föreslagna bestämmelsen. Smer instämmer i bedömningen att Socialstyrelsen behöver ta fram föreskrifter och eventuell ytterligare vägledning till stöd för verksamheterna. Smer anser dock att det måste framgå av lagtexten vem som gör bedömningen att en person ska anses ha varaktigt nedsatt beslutsförmåga samt vem som bedömer och beslutar om insatser om vård till den enskilde. I dessa fall ska den enskildes vilja så långt möjligt kartläggas och alltid respekteras, bland annat om man tar hjälp av anhöriga, eller ifall det inte finns någon anhörig, uppgift om det. Det bör därför framgå tydligt hur en sådan kartläggning av den enskildes vilja ska genomföras och hur den ska dokumenteras. För att vården i dessa fall ska kunna följas upp måste alla relevanta uppgifter framgå av journalen. I sitt remissvar på Patientmaktsutredningens förslag framförde Socialstyrelsen att myndigheten ansåg att det bör regleras i patientdatalagen att bedömningarna ska dokumenteras i journalen. Socialstyrelsen ansåg att det är viktigt i de fall patienten själv saknar förmåga att uttrycka sin vilja klart och tydligt. Smer delar Socialstyrelsens uppfattning att en sådan ändring bör göras i patientdatalagen och anser att förslaget behöver kompletteras även i den delen.

*Förslag om omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga, utredningens avsnitt 8.7.2*

Allmänt sett anser Smer att det är något märkligt att frågan om hur socialtjänsten ska fullfölja sitt ansvar att ge stödinsatser för personer med nedsatt beslutsförmåga som inte kunnat lämna samtycke kommer upp i en utredning om välfärdsteknik. Det är i sig en fråga som inte enbart har att göra med välfärdsteknik utan med all omsorg, vård och service för äldre inom ramen för socialtjänstens breda mandat att tillgodose detta behov. Smer anser att det är beklagligt att en särskild utredning inte ges i uppdrag att ta ett helhetsgrepp på frågan om nedsatt beslutsförmåga. Frågan innefattar så mycket mer som socialtjänsten har svårt att hantera, då många personer med demenssjukdom vägrar att ta emot mat, få städning, flytta trots osanitära förhållanden etc., dvs mycket annat än det som handlar om användandet av välfärdsteknik. Utredningen handlar mer om att få in teknik i enskildas liv, än att uppfylla de i lagen angivna ansvarsområdena för berörda kommuner och regioner. Smer anser att utredningen undviker att problematisera att samtycke och samarbete med den äldre sker i varje möte. Det är inte heller riktigt klart hur vittgående 4 kap 1 d § SoL kan användas när den enskilde inte samtycker. Åtminstone bör anhöriga vara delaktiga i vården, i de fall de har möjlighet. Smer anser att förslaget behöver kompletteras i den delen.



Smer anser dock att det är positivt att utredningen valt en generell lösning och inte snävat in förslaget på enbart användningen av välfärdsteknik. Enligt utredningen är det tydligt att det som efterfrågas är en mer generellt inriktad lagstiftning som ska gälla vid nedsatt beslutsförmåga oavsett vilken typ av insats som är aktuell för den enskilde. Detta synsätt ligger också i linje med uppfattningen att det inte är någon artskillnad på när insatser inom vård och omsorg utförs med hjälp av välfärdsteknik och när de inte gör det.

Avslutningsvis önskar Statens medicinsk-etiska råd understryka vikten av att etiska analyser görs vid införande av ny teknik inom hälso- och sjukvård och omsorg. Vid framtida utredningsuppdrag på välfärdsteknikområdet bör det framgå av direktiven från regeringskansliet att de etiska frågorna bör analyseras inom ramen för utredningens arbete.

De etiska perspektiven bör även belysas i den fortsatta beredningen av förslagen inom regeringskansliet.

Olika former av välfärdsteknik kan utan tvekan vara till stort gagn för hälso- och sjukvården och omsorgen och för den enskilda patienten och brukaren. Etiska dilemman kan uppstå när tekniken används i hälso- och sjukvården och omsorgen. Smer har tidigare föreslagit en rad åtgärder för att säkra etikens kring användningen av välfärdsteknik. Bland annat att regeringens och SKR:s gemensamma Vision e-hälsa 2025 bör kompletteras med en etisk strategi för e-hälsa. Det kommer även att krävas stora framtida insatser för utvärdering av de nya teknikerna, inte minst hur de påverkar grundläggande etiska värden.<sup>1</sup>

---

Remissvaret beslutades vid ett digitalt sammanträde den 11 augusti 2020.

I beslutet har deltagit: Kenneth Johansson (ordförande), Åsa Gyberg-Karlsson, Ulrica Jörgensen, Dag Larsson, Sofia Nilsson, Lina Nordquist, samtliga ledamöter i rådet. I beredningen deltog även Lilas Ali, Göran Collste, Titti Mattsson, Olle Olsson, Nils-Eric Sahlin, Mikael Sandlund och Anna Singer, samtliga sakkunniga i rådet. Ulrika Axelsson Jonsson, utredningssekreterare, har varit föredragande i ärendet.

---

<sup>1</sup> Se till exempel Smer rapport 2017.

För rådet,

Kenneth Johansson

Ordförande

Statens medicinsk-etiska råd