

Hvilke vurderinger må sykepleiere gjøre før velferdsteknologi tas i bruk?

Et hjelpemiddel som gjør en pasient tryggere, kan oppleves som en trussel av en annen. For å vurdere om teknologien er til det beste for pasienten, må sykepleiere gjøre etiske og juridiske vurderinger før velferdsteknologiske løsninger tas i bruk hjemme hos en pasient.

Trude Fløystad Eines

Dosent

Avdeling for helse og sosialfag, Høgskolen i Molde

Marianne Glærum

Jurist og høgskolelektor

Høgskolen i Molde

Cecilie Katrine Utheim Grønvik

Førsteamanuensis

Avdeling helse og sosialfag, Høgskolen i Molde

Etikk

Forsvarlighet

Jus

Kommunehelsetjeneste

Velferdsteknologi

Sykepleien 2020 108 (81889) (e-81889)

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.81889

Sykepleiere må ha etisk og juridisk kompetanse når de skal implementere velferdsteknologiske løsninger i helse- og omsorgstjenestene. Før løsningene tas i bruk bør de i tillegg involvere og informere pasienter, brukere og pårørende.

Implementering av velferdsteknologiske løsninger i helse- og omsorgstjenestene krever økt kompetanse blant sykepleiere. Denne artikkelen beskriver ulike sykepleiefaglige, etiske og juridiske vurderinger som er relevante når sykepleiere foreslår velferdsteknologiske løsninger til pasienter og brukere av norske helse- og omsorgstjenester.

Store utfordringer venter oss

Helse- og omsorgstjenestene står ovenfor store utfordringer i årene fremover, som et resultat av en forventet økning av både nye og yngre brukergrupper og antall eldre med mer sammensatte hjelpebehov og komplekse helseutfordringer (1–4). En økt andel av eldre pasienter med ulik grad av kognitiv svikt vil også føre til at sykepleiere må observere og vurdere pasientenes samtykkekompetanse.

Ofte vil bruk av velferdsteknologiske løsninger til personer med kognitiv svikt også føre til at sykepleiere står ovenfor etiske dilemmaer når de skal forholde seg til lovverk parallelt med å ivareta pasienten og pårørendes ønsker og behov.

Mange eldre har demenssykdom

Det er også økt oppmerksomhet på viktigheten av at brukere, pasienter og pårørende involveres mer i egen behandling (5). I 2015 hadde i overkant av 80 prosent av personene med langtids plass på sykehjem i Norge en demenssykdom. I hjemmebaserte tjenester var andelen brukere over 70 år med demenssykdom på 40 prosent. Totalt utgjorde denne gruppen om lag 71 000 personer i 2015, og tallet er stadig stigende (6). Sykepleie til personer med demens er faglig krevende og utfordrende (7).

Teknologien kan gi kostnadseffektiv innovasjon

I Norge er det en økende forståelse for at velferdsteknologi kan bidra til mer enn økt kvalitet og trygghet for brukere, pasienter og pårørende; velferdsteknologi kan i tillegg bidra til kostnadseffektiv innovasjon av offentlige helse- og omsorgstjenester. HelseDirektoratet (8) anbefaler at kommunene tar i bruk lokaliseringsteknologi (for eksempel GPS), elektroniske medisindispenser, elektroniske dørlåser, digitale tilsyn, oppgraderte pasientvarslingssystem og digitale trygghetsalarmer.



HJELPEMIDLER: (Fra venstre). Medisindispenser som sender beskjed til hjemmetjenesten hvis brukeren glemmer å ta medisinen. Smartklokke med trygghetsløsninger, skosåle med GPS og elektronisk låssystem. Foto: Erik M. Sundt (foto)/Monica Hilsen (illustrasjon)

Hva er velferdsteknologi?

Hagen-utvalget definerte begrepet velferdsteknologi slik i NOU «Innovasjon i omsorg» (9):

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne (s. 99).

«Velferdsteknologi kan også forstås som en teknologisk støtte til pårørende for å forbedre tilgjengelighet, utnytte tilgjengelige ressurser bedre og øke kvaliteten på tjenestetilbudet. Enkeltindividet og deres pårørende vil med økt bruk av velferdsteknologiske løsninger kunne få mulighet til å mestre eget liv og helse bedre. Bruken av velferdsteknologi vil derfor være en viktig faktor for å utsette tidspunktet for å søke om sykehjemsplass (8, 10). Velferdsteknologi kan i tillegg bidra til økt kvalitet i helse- og omsorgstjenestene og bidra i målsettingen om et universelt utformet samfunn innen 2025.»

Å bestemme over eget liv – en menneskerett?

Økt bruk av velferdsteknologiske løsninger er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å realisere verdier som økt trygghet, sikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. For å sikre etisk forsvarlige tjenester er det derfor nødvendig med et tett samarbeid mellom pasienter, brukere, pårørende og ansatte. Med etisk forsvarlighet forstår vi tiltak som utøves med utgangspunkt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (11), hvor utgangspunktet er respekt for enkeltmennesket og dets autonomi.

Etiske dilemmaer

Når velferdsteknologi skal vurderes som løsning for pasienter eller brukere, vil det ofte kunne medføre etiske dilemmaer. Et etisk dilemma kan beskrives som en situasjon der en blir trukket mellom ulike hensyn, og hvor det kan være vanskelig å vite hva som er riktig å gjøre. Helsedirektoratet (10) påpeker at etiske dilemmaer kan oppstå i møtet mellom samfunnets behov for mer effektive helse- og omsorgstjenester og enkeltmenneskenes behov og preferanser.

Samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse, også kalt beslutningskompetanse, handler om menneskers juridiske rett til å ta beslutninger på egne vegne. Begrepet er sterkt knyttet til det å ha respekt for andre menneskers selvbestemmelse. Lovregler som sykepleiere må ta utgangspunkt i om medvirkning, informasjon og samtykke følger av pasient- og brukerrettighetsloven (12) kapittel 3, 4 og 4A. I tillegg må sykepleiere forholde seg til egne regler for samtykke knyttet til personer med psykisk utviklingshemming (13, 14) og personer med psykiske lidelser (15, 16).

Pasienten må få informasjon

En pasient eller bruker har rett til å medvirke til sin egen helsetjeneste, og skal sikres individuell og tilpasset informasjon som er forståelig for ham før velferdsteknologiske løsninger tas i bruk. Pasienter og brukere må ha fått dekkende og tilstrekkelig informasjon om formål, metoder, ventede fordeler og mulige farer i forbindelse med en velferdsteknologisk løsning.

Samtykke fra pasienten

Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens eller brukerens handlemåte og omstendighetene ellers er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen. For å sikre at pasienten/brukeren faktisk har fått tilstrekkelig informasjon og har overveid følgene av helsehjelpen, bør det vurderes om det i konkrete situasjoner skal stilles krav om skriftlighet.



«Et skriftlighetskrav kan også føre til at pasienten tenker seg grundigere om.»

Et krav om skriftlig samtykke kan i større grad etterprøves og tydeliggjør at pasienten/brukeren virkelig gir et samtykke. Et skriftlighetskrav kan også føre til at pasienten/brukeren tenker seg grundigere om, noe som kan påvirke kvaliteten på samtykket.

Bruk av tvang

Brukere og pasienter kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekkes samtykke tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis. Bli ikke brukeren eller pasientens ønske akseptert, går tjenesten over til tvang. For å utøve tvang, må helsepersonell ha hjemmel for dette. Når det er nødvendig å bruke tvang, skal helse- og omsorgstjenesten ta beslutninger om tvangsbruk i tråd med loven. Vedtak om bruk av tvang kan i tillegg påklages.

Unntak fra samtykke kan gjøres dersom det foreligger lov hjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag, for eksempel er det i «øyeblikkelig hjelp»-situasjoner etter helsepersonellovens §7 (17), ofte ikke praktisk mulig å kreve informert samtykke.

Hva gjør du når pasienten mangler samtykkekompetanse?

I noen tilfeller mangler pasienten samtykkekompetanse, og da må noen andre ta avgjørelsen om velferdsteknologi skal benyttes. I slike situasjoner må helsepersonell ta stilling til hvem som anses å være pasientens/brukerens nærmeste pårørende, se pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 bokstav b (12).

«Å ta stilling til om en pasient mangler samtykkekompetanse kan av og til være vanskelig.»

Det å ta stilling til om en pasient eller bruker mangler samtykkekompetanse kan av og til være vanskelig, noe som krever at sykepleiere har god innsikt om pasienten/brukeren. I tillegg er det viktig at sykepleiere har kunnskap om relevant lovverk, og Helsedirektoratet har utarbeidet et verktøy for hjelp i vurdering av pasienter og brukeres samtykkekompetanse (18). Verktøyet legger vekt på følgende fire områder: 1) Evnen til å forstå informasjonen, 2) Evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, 3) Evnen til å resonnerer og 4) Evnen til å uttrykke valg (18).

I tillegg kan sykepleiere som skal arbeide med velferdsteknologi ha nytte av å gjennomføre Helsedirektoratet sitt e-læringsprogram om samtykke til helsehjelp. Her gis en innføring i reglene om samtykke til helsehjelp og vurdering av pasienter eller brukeres samtykkekompetanse (19).

Velferdsteknologiske løsninger skal være forsvarlige

Sykepleiere må legge vekt på at valg av velferdsteknologiske løsninger alltid skal være forsvarlige og rette seg etter de forsvarlighetskriteriene som er gitt i helse- og omsorgstjenesteloven §4-1 (13) og helsepersonelloven §4 (17). Helse- og omsorgstjenesteloven (13) medfører i tillegg at metodene som benyttes i tjenesteyting skal ha forankring i fagkunnskap, og det må være dokumentert sammenheng mellom de tiltak som anvendes og de resultater som oppnås.

Pasient og brukerrettighetsloven (12) pålegger sykepleiere å velge det tiltaket som er minst inngripende i en pasients eller brukers liv. Kravet om forsvarlige tjenester og vurdering av risiko må derfor veies opp mot pasienter og brukeres rett til frihet og selvbestemmelse.

Hvem drar egentlig nytte av teknologien?

Nye måter å organisere og tilby tjenester på med bruk av velferdsteknologiske løsninger, basert på ønsket om mest mulig rasjonelle tjenester, kan komme i konflikt med pasientens eller brukerens opplevde behov eller ønsker. Et annet dilemma er avveiningen mellom ønsket om gode og rasjonelle tjenester vurdert opp mot kravet om forsvarlige tjenester.

Et viktig spørsmål å stille, er hvem som egentlig drar nytte av teknologien som tas i bruk? Er det personen med demens eller kognitiv svikt som kan bevege seg fritt uten å sette seg selv i fare, er det hans pårørende, eller kanskje helsepersonellet i kommunen som har ansvaret for pasienten?

Sykepleiere bør alltid foreta en helhetlig etisk vurdering

En av hensiktene med å ta i bruk velferdsteknologi hos mennesker med begynnende fysisk eller kognitiv svikt er at de kan fortsette å bo hjemme (20). Hvert enkelt tilfelle må vurderes fordi det vil variere hvordan pasienten og hans/hennes pårørende opplever å ta i bruk teknologi i eget hjem. For noen vil bruk av for eksempel GPS eller annen lokaliseringsteknologi bidra til økt mestringsfølelse, samt større trygghet og sikkerhet i hverdagen.



«For andre kan slike velferdsteknologiske løsninger bli en trussel for deres privatliv.»

For andre kan slike velferdsteknologiske løsninger bli en trussel for deres privatliv, da det kan oppleves som en overvåkning. Sykepleiere i hjemmebaserte tjenester bør derfor alltid foreta en helhetlig etisk vurdering når velferdsteknologiske løsninger kan være en aktuell løsning.

Kompetanse og samhandling er viktig

Bruk av velferdsteknologi krever tverrprofesjonell kompetanse, samhandling og god kunnskap om rettsreglene.

Å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger for personer med nedsatt funksjon eller sykdom, er ofte en sammensatt oppgave. Helsepersonell som skal samhandle med brukere, pasienter og deres pårørende som tar i bruk velferdsteknologiske løsninger, må ha kompetanse som omfatter både sykepleiefaglige, etiske -, juridiske og teknologiske element for å stå rustet til å ivareta pasienter og pårørende på en god måte.

I tillegg vil den økte satsingen på implementering av velferdsteknologiske løsninger kreve tverrprofesjonell samhandling i grensesnittet mellom menneske, teknologi og miljø. Som tidligere nevnt, er det krav om at vi tilbyr forsvarlige tjenester til enhver tid. Da er det viktig med risiko- og sårbarhetsanalyser for å forebygge uheldige feil og avvik når velferdsteknologiske løsninger foreslås – og implementeres (21).

Eksempler på risiko- og sårbarhetsanalyser

Det er en forutsetning at pasient, bruker og deres pårørende er fortrolig med å benytte aktuell velferdsteknologi og har tilstrekkelig kompetanse for trygg bruk, slik at de ikke utsetter seg for fare. Eksempler på risiko- og sårbarhetsanalyser er sykepleieres vurderinger av mulige konsekvenser når pasienten eller brukeren med kognitiv svikt beveger seg fritt ute.



«Trygghets- og lokaliseringsteknologi kan bidra til økt trygghet, frihet og livskvalitet for personer som ønsker å bo hjemme.»

Trygghets- og lokaliseringsteknologi, som for eksempel døralarmer, fallsensorer eller GPS, kan bidra til økt trygghet, frihet og livskvalitet for personer som ønsker å bo hjemme. Samtidig som slik teknologi kan bidra til økt trygghet for brukerne og deres pårørende, vil det som nevnt ovenfor være elementer av overvåkning som kan true den enkeltes privatliv og personvern. I tillegg er det viktig å ha en dialog med pasient, bruker og pårørende om at graden av trygghet ikke er absolutt, da all bruk av velferdsteknologi vil ha sine begrensninger.

Avsluttende refleksjoner

Siden gruppen med yngre mennesker med behov for helse- og omsorgstjenester er økende, kan ikke helse- og omsorgstilbydere lenger påpeke at velferdsteknologiske løsninger kun omfatter eldreomsorgen i Norge. På den ene siden kan helsepersonell tenke at yngre i større grad vil omfavne bruk av velferdsteknologiske løsninger. På den andre siden kan helsepersonell tenke at yngre pasient- og brukergrupper er mer skeptiske til digital avstandsoppfølging som oppleves som overvåkning?

Vil personer med liten digital kompetanse få et dårligere tilbud?

For at velferdsteknologiske løsninger skal oppleves å være nyttig både samfunnsøkonomisk og for enkeltindivider, forutsetter det at brukere, pasienter og deres pårørende har en viss digital kompetanse. Konsekvensen av at noen pasienter, brukere og pårørende har teknologisk og digital kompetanse, kan være at de vil ha et fortrinn i forhold til kvaliteten på de kommunale helse- og omsorgstjenestene de mottar? Vil personer med liten digital kompetanse få et dårligere tilbud?

Tenk over følgende før teknologien tas i bruk

Det er viktig at sykepleiere vurderer flere aspekt enn det vi har diskutert i denne artikkelen før velferdsteknologiske løsninger tas i bruk. I tillegg bør sykepleierne vurdere følgende:

- Er det velferdsteknologiske tiltaket vi foreslår forsvarlig i bruk?
- Er tiltaket kvalitetssikret ved at institusjonen har internkontroll som viser hvilke tiltak som skal iverksettes ved eventuelle avvik?
- Bidrar det velferdsteknologiske tiltaket til faglig forsvarlig helsehjelp?
- Er responstiden/utrykningstiden vurdert som tilstrekkelig?
- Er det etablert rutiner for hvem som skal respondere?

Det første sykepleiere bør vurdere, er imidlertid om 1) den velferdsteknologiske løsningen er faglig forsvarlig, 2) om informasjonen er gitt til pasienten eller brukeren på en forståelig måte og 3) om pasienten/brukerens samtykke er vurdert.

Ledelsen må tilrettelegge for individuell opplæring

For å vurdere og sikre riktig bruk av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester, bør sykepleiere i dag ha høy faglig, etisk og juridisk kompetanse. For at sykepleiere skal tilegne seg nødvendig kunnskap om dette, forutsettes det at arbeidsgiver tilrettelegger for individuell opplæring.

Det er viktig at sykepleiere står faglig rustet til å imøtekomme og håndtere de velferdsteknologiske løsningene som de nasjonale anbefalingene har lagt føringer for at skal bli implementert i deres arbeidshverdag (8). Dersom ikke ledelsen av helse- og omsorgstjenestene i Norge vektlegger viktigheten av å legge til rette for juridisk og etisk kompetanseheving blant sykepleiere som kreves ved implementering av velferdsteknologiske løsninger, kan det skje ulykker og avvik i forbindelse med bruk av den valgte velferdsteknologien.

Den teknologiske utviklingen er kommet for å bli. Virksomheter må derfor legge vekt på risikovurdering, kvalitetssikring og gode internkontrollsystemer knyttet til bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene.

Referanser

1. Hofman B. Ethical challenges with welfare technology: A review of the literature. *Science and Engineering Ethics*. 2013;19(2):389–406. DOI:[10.1007/s11948-011-9348-1](https://doi.org/10.1007/s11948-011-9348-1)
2. Nakrem S. Velferdsteknologi i en helse- og omsorgstjeneste i endring. I: Nakrem S, Sigurjonsson J, red. *Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 67–82.
3. Roberts JP, Fisher TR, Towbridge MJ, Bent C. A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthcare*. 2016;4(1):11–4. DOI:[10.1016/j.hjdsi.2015.12.002](https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.12.002)
4. Lee JA. Trends and challenges of using welfare technology in elderly care. *International Journal of Contents*. 2018;14(2):30–4.
5. Jamtvedt G, Nortvedt MW. Brukermedvirkning i sykepleie. *Sykepleien Forskning*. 2015;10(2):188–91.

6. Vossius C, Selbæk G, Ydstebø AE, Benth JS, Godager G, Lurås H, et al. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Sykehuset Innlandet: Alderspsykiatrisk forskningscenter; 2015. Tilgjengelig fra: https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf (nedlastet 28.01.2020).
7. Bidewell JW, Chang E. Managing dementia agitation in residential aged care. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;10(3):299–315.
8. Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Kommunenes Sentralforbund. Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-rapport 2557.
9. NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
10. Helsedirektoratet. Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2020. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1990
11. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: NSF; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (nedlastet 31.01.2020).
12. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient%20og%20brukerrettighetsloven> (nedlastet 31.01.2020).
13. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov%20om%20kommunale%20helse%20og> (nedlastet 31.01.2020).
14. Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester. Kapittel 9. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Rundskriv IS-10/2015.

15. Lov 22. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (nedlastet 31.01.2020).
16. Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer> (nedlastet 31.01.2020).
17. Lov 2. juli 1999 nr. 64 lov om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 31.01.2020).
18. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Kapittel 4 samtykke til helsehjelp. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp#%C2%A7-4-1-hovedregel-om-samtykke> (nedlastet 31.01.2020).
19. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven. E-læringsprogram om samtykke til helsehjelp. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasient-og-brukerrettighetsloven> (nedlastet 31.01.2020).
20. Kiran AH, Nakrem S. Ethiske perspektiver ved bruk av velferdsteknologi. I: Nakrem S, Sigurjonsson J, red. Velferdsteknologi i praksis. Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017. s. 100–13.
21. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Veileder for helhetlig risiko og sårbarhetsanalyse i kommunen. Oslo: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/veiledere-handboker-og-informasjonsmaterieell/veiledere/veileder-til-helhetlig-risiko-og-sarbarhetsanalyse-i-kommunen.pdf> (nedlastet 27.01.2020).