



2018-05-28

Till Socialdepartementet
s.registrator@regeringskansliet.se
s.sf@regeringskansliet.se
S2018/01188/SF

Remissvar Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården, Ds 2018:5

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja *vetenskap, utbildning, etik* och *kvalitet*.

SLS har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade promemoria. I beredningen av SLS svar har synpunkter inkommit från våra vetenskapliga sektioner för allmänmedicin, neurologi och rehabiliteringsmedicin samt SLS delegation för medicinska etik. SLS deltog också i ett samrådsmöte med arbetsgruppen som har arbetat fram departementspromemorian. Svaren från våra vetenskapliga sektionerna och delegationen för medicinsk etik bifogas som en del av SLS remissvar då de tillför viktiga aspekter och synpunkter.

Sammanfattning

En övergripande reflektion är det finns positiva effekter av rehabiliteringskoordinatorernas arbete i de utvärderingar och samlade erfarenheter promemorian refererar till. Det framgår också av de svar SLS har fått från några sektioner. Men evidensläget för förväntade effekter vid ett genrellt införande är svagt.

Det framgår av promemorian att funktionen redan finns i alla landsting, utan tvingande lagreglering. Problemet, som vi ser det, uppstår med obligatoriet. Varför lagstifta? Mot bakgrund av den svaga vetenskapliga evidensen, otillräcklig analys av uppdraget i förhållande till den etiska plattformen och prioriteringsordningen i hälso- och sjukvården, oklarheter kring tillsyn samt pågående statliga utredning på både sjukförsäkrings- och hälso- och sjukvårdsområdet som tar större grepp om bl. a. samverkan och uppdrag, anser SLS att förslaget **inte** ska genomföras.

3. 1 En permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd för att främja återgång till arbetslivet och

3.13 Utvärdering av de nya koordineringsinsatserna

Det behövs fortsatt kunskapsutveckling och forskning kring insatser och åtgärder som leder till återgång i arbete. Det gäller insatser av alla aktörer, från arbetsgivare och Försäkringskassan till hälso- och vården m. fl. När det gäller själva koordinatorsfunktionen framhålls i promemorian att den samlade erfarenheten av rehabiliteringskoordinatorer är positiv. Det finns dock ett begränsat underlag att dra slutsatserna utifrån. Det framgår också

att alla landsting redan har infört någon form av koordineringsinsatser, framförallt inom primärvården, utan den nu föreslagna lagregleringen.

SLS anser att det är viktigt med fortsatt utvärdering av koordinatorsfunktionen. Att genom lagstiftning detaljstyra i ett område där det visserligen finns uttalade brister men där man långt ifrån kan se enkla samband mellan insatt resurs och åtgärder och där det finns möjliga alternativ till en permanentad koordinatorsfunktion vore olyckligt. Det är angeläget att man skärper kraven på utfall i utvärdering och också tar ställning till vad som eftersträvas; är det t. ex. bättre hälsa, bättre samordning, större patientdelaktighet, kortare sjukskrivningar, avlastning för läkare, Försäkringskassa eller arbetsgivare? Tar denna funktion plats från andra angelägna områden? Det är oklart om arbetsgruppen har tagit del av den forskning som finns, rörande nationella och internationella insatser i form av *case management* och *managed care*.

3.2 Koordineringsinsatser för att främja återgång till arbetslivet

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. 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. Uppdraget är inte avgränsat vad gäller ålder och sjukvårdens primära mål är inte uttalat som ”åter i arbete”. I definitionen av primärvård anges också ”...utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper”.

SLS saknar en djupare analys av hur förslaget förhåller sig till den etiska plattformen. Frågan är inte tillräckligt genomlyst. När t ex konsekvenser för barn beskrivs tas denna fråga inte upp överhuvudtaget. Personer som är – eller bedöms riskera att bli – sjukskrivna under längre tid, kan utifrån de stadfästa prioriteringsetiska principerna i vissa fall ha hög prioritet, men flertalet patienter med livshotande tillstånd, eller tillstånd som kan ge varaktig funktionsnedsättning är sannolikt äldre än 65 år, eller så gravt funktionsnedsatta att reguljärt förvärvsarbete inte är aktuellt, och är således inte aktuella för koordineringsinsats enligt lagförslaget. Förslaget innebär därför risk för diskriminering på grundval av ålder och funktionsförmåga. Ska en koordinatorsfunktion införas i svensk hälso- och sjukvård måste denna utformas så att den stadfästa prioriteringsordningen tillvaratas, och att inte vissa grupper ställs utanför erbjudandet.

3.4 Andra aktörers ansvar

I promemorian tas gränsdragningen mellan olika aktörers uppdrag upp och det förtydligas hur det som nu föreslås skiljer sig från Försäkringskassans samordningsuppdrag. Regeringen har nyligen tillsatt en statlig utredning (Dir 2018:27) som bl. a. ska se över hur det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete utvecklas hos olika aktörer, t.ex. inom ramen för arbetsmarknadens parter avsiktsförklaringar. Vidare ska utredningen se över om regelverket är ändamålsenligt för att stödja individens återgång till hälsa och arbete. **SLS anser** att det är rimligt att den pågående utredning som har i uppdrag att ”samordna en välfungerande sjukskrivningsprocess” inväntas innan nya förslag om ansvarsfördelning läggs.

3.6 Patientsäkerhetslagens och patientskadelagens tillämplighet

Koordinatorsarbetet uppfattas enligt förslaget att helt ligga inom hälso- och sjukvårdens ansvar, men inte utgöra hälso- och sjukvård i HSL:s mening, varvid heller inte PSL blir tillämplig. Därmed kommer inte koordinatorens arbete att falla under IVO:s tillsynsområde, utan de facto stå helt utan tillsyn. Promemorian menar att koordinatorsarbetet inte medför några nämndvärda risker för patientskada.

SLS anser mot bakgrund av beskrivningen av vilka uppgifter koordinatorens utför i dag, bl. a. kartlägga rehabiliteringsbehov och bedöma risker för långtidssjukskrivning osv, att denna fråga måste ses över. SLS vill särskilt hänvisa till det bilagda svaret från SLS delegation för medicinsk etik som inte delar arbetsgruppens bedömning.

Kap 4 konsekvenser

Konsekvenserna för den prioriteringsetiska plattformen är otillräckligt belysta som nämnts ovan. Därtill är det viktigt att förslag som läggs går i takt med den tydligt uttalade ambitionen att minska den statliga detaljstyrningen av hälso- och sjukvården. Detta blev särskilt tydligt med och efter betänkandet *Effektiv vård*, SOU 2016:2 (Göran Stiernstedt). För närvarande arbetar en annan statlig utredning med uppdrag att analysera förslagen i *Effektiv vård* vidare, med fokus på primärvården, Dir 2017:24 (Anna Nergårdh). I utredningens arbete ingår bl.a. att ta fram ett nationellt reglerat uppdrag för primärvården. Dessutom arbetar en statligt utredning på socialförsäkringsområdet med uppdrag att samordna en välfungerande sjukskrivningsprocess, som redan nämnts. **SLS anser** att dessa utredningar som tar ett större grepp bör avvaktas innan nya förslag med konsekvenser för hälso- och sjukvården läggs.

För Svenska Läkaresällskapet

Stefan Lindgren

Ordförande

Bilagor:

Remissvar från Svenska Läkaresällskapets

sektion för allmänmedicin

sektion för neurologi

sektion för rehabiliteringsmedicin

delegation för medicinsk etik

REMISSVAR
2018-05-18

Svenska Läkaresällskapet
susann.asplund@sls.se

Remissvar: Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården Ds 2018:5

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) instämmer i att rehabkoordinatorerna har tillfört mycket i primärvården, genom att samordna och effektivisera rehabprocessen vilket för vissa patienter underlättar återgång i arbete. För många patienter uppfattar vi att rehabkoordinatören utgör ett stöd och hjälp till kontaktnät mellan hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, arbetsgivaren och i förekommande fall Arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Rehabkoordinatorerna underlättar allmänläkarnas arbete med sjukskrivning.

Däremot är det vår uppfattning att hela organisationen kring sjukskrivning behöver en mer övergripande översyn. Behovet av rehabkoordinatorer är till stor del ett uttryck för att sjukskrivningsprocessen i grunden fungerar otillfredsställande i Sverige. Patienter som är sjukskrivna längre perioder anser vi inte borde hanteras av primärvården, utan remitteras till enhet med särskild kompetens inom försäkrings- och rehabmedicin. Arbetsgivarnas ansvar för att anpassa arbetsuppgifter och omplacera arbetstagaren behöver också förstärkas.

Vår upplevelse är att Försäkringskassan inte tar det samordnade ansvaret för rehabilitering som den ska göra. Det ansvaret beskrivs exempelvis på sidan 28-29 i remissen. Problemet med att få Försäkringskassan att ta aktivt ansvar för rehabkedjan har blivit särskilt stort sedan 2016 då tillämpningen av regelverket för godkännande av sjukintyg stramades åt. Upplevelsen är att Försäkringskassans arbetsuppgifter idag till största delen består av att strikt tillämpa regelverket, och att FK till exempel väljer att inte delta i avstämningsmöten trots att önskemål om ett sådant möte finns från både läkare och rehabkoordinator på vårdcentralen. För en allmänläkare är det också väldigt svårt - ofta omöjligt - att på ett objektivt sätt bedöma patientens arbetsförmåga. Allmänläkarens tid och kompetens kan, istället för att hantera långa sjukskrivningar där ofta sociala faktorer har stor betydelse, utnyttjas bättre till de patienter som allmänläkaren är bäst på att handlägga det vill säga människor i alla åldrar som söker för en rad olika symtom och medicinska tillstånd.

En sjukskrivande enhet med särskild kompetens inom försäkrings- och rehabmedicin för personer som är långtidssjukskrivna eller riskerar en långtidssjukskrivning, skulle således medföra att rehabiliteringen till återgång i arbete höll högre kvalitet, blev effektivare, och sjukintygen skulle hålla en genomgående hög kvalitet. Detta skulle stärka patienternas rättssäkerhet.



Svensk förening för allmänmedicin

Utöver ovanstående så ställer vi oss generellt sett negativa till att utöka mängden lagstadgade krav på primärvården, då det riskerar att försvåra anpassningar till lokala förhållanden. Det behövs en tillit till att enskilda vårdcentraler klarar att själva utforma sina arbetsätt och erbjuda den primärvård som befolkningen behöver, bara rätt förutsättningar finns i form av väl genomtänkta styrsystem samt tillräckliga resurser. I primärvårdens åtagande ingår kontakt med en rad olika myndigheter.

Mot bakgrund av detta anser vi att remissens förslag till lagändringar inte ska genomföras. Vi föreslår att regeringen istället utreder en omorganisation av hela sjukskrivningsprocessen. Under tiden som en sådan utredning pågår kan landstingen fortsatt uppmuntras till att behålla och stödja rehabkoordinatorsfunktionen.

För Svensk förening för allmänmedicin

Hanna Åsberg
Ordförande



Yttrande från Svenska Neurologföreningen (SNF) angående

Ny lag om koordineringsinsatser inom Hälso- och sjukvården

(Ds 2018:5)

SNF ställer sig positiv till den nya lagen om koordineringshjälp för personer med behov i syfte att återgå i arbete och förkorta sjukskrivningsperioderna. SNF instämmer helt i den individcentrering som påtalas i lagförslaget genom att individen måste ge sitt samtycke till insatserna och ska ha möjlighet att också avstå koordinering.

I Socialstyrelsens promemorian anges personer med lätt till medelsvår psykiatrisk sjukdom, neuropsykiatrisk funktionsvariation och långdragen smärta som exempel på grupper av individer i behov av detta stöd. SNF önskar påtala att ett flertal av de individer som är drabbade av neurologiska sjukdomar utvecklar, trots idag adekvat behandling, en kognitiv funktionsnedsättning. SNF anser att kroniskt neurologiskt sjuka individer gärna kan lyftas fram som lämplig grupp av personer som kan behöva dessa koordineringsinsatser inom specialistsjukvården.

Att långa/upprepade sjukskrivningsperioder medför för en individ en tilltagande känsla av otillräcklighet och passivisering, där individen idag ser fortsatt sjukskrivning/sjukersättning som enda utväg. Detta ser vi idag inom neurologin inte minst i bland de personer som av Försäkringskassan anses tillräckligt friska för att arbeta men av Arbetsförmedlingen anses för sjuka för att fungera i något arbete. Detta undergräver personens egen initiativförmåga och syftar till ett fokus på brist av funktion. En koordinator kan ändra detta fokus till en individstärkande process baserat på kvarvarande förmågor. Nyckelordet i promemorian för den nya lagen är **motivationsskapande**. SNF stödjer denna intention.

Kostnadsökning genom införandet av lagen är planerad att täckas med tillförsel av medel till landstingen. Observans rekommenderas då kostnaden belastar Landstingen medan vinsten genom minskningen av sjukersättningskostnaden sker hos Försäkringskassan. Detta har identifierats i promemorian men SNF anser att risk finns för undanträngningseffekter där minskning av medicinska och terapeutiska insatser inom Landstingen riskera att drabbas, varför detta måste följas noggrant över tid.

Försäkringskassans samordningsuppdrag och Landstingens koordineringsinsatser enligt nya lagförslaget kan leda till otydlighet i gränsdragningen mellan uppdragen och därmed även risk för att individer kan "hamna mellan stolarna", ett problem som lyfts i promemorian. SNF instämmer i att detta område bör bevakas i kommande uppföljningar.



Inom specialistsjukvården sker idag mycket av vården i form av patientcentrerat multidisciplinärt och multiprofessionellt teamarbete. Behov av införandet av koordinatörer enligt lagförslaget också inom specialistvården är tydlig, men tyngdpunkten kommer sannolikt att även i framtiden främst finnas inom primärvården.

En gränsdragnings som inte har påtalats i promemorian är gränsen mellan denna nya lag och lagen om särskilt stöd enl LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) och bör förtydligas.

Med dessa förtydliganden och påtalade behov av uppföljningar så stöder SNF det nya lagförslaget.

2018-05-11

På uppdrag av Svenska Neurologföreningens styrelse

Ingela Nilsson Remahl

Doc, överläkare

Ordförande i Etik och kvalitetsutskottet

Christina Sjöstrand

Doc, överläkare

Ordförande i SNF

Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården

SFRM ser som helhet mycket positivt på skrivelsen som helhet då den i mycket riktar sig till grupper av patienter som specialiteten handhar: patienter med förvärvade hjärnskador, ryggmärgsskador, kroniska neurologiska sjukdomar samt patienter med långvariga smärtor.

Dessa patientgrupper har ett omfattande och ofta stort behov av koordineringsinsatser från sjukvård, kommun, stat, arbetsgivare samt Försäkringskassa för att kunna återfå autonomi och funktionsförmåga i vardag.

SFRM har följande kommentarer på den roll som föreslås rehabkoodinatorsn:

1. Rollen som beskrivs är mycket diffus och bör definieras för resp verksamhet
2. Viktigt att rollen Rehabkoordinator har en tydlig uppdragsbeskrivning som är anpassad till verksamheten
3. Rehabkoordinatorrollens avgränsning skall tydligt anges

Stockholm 180403

Gunilla Brodda Jansen Vetenskaplig sekreterare SFRM

Förslag: DME's synpunkter på: Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården DS 2018:5

Delegationen för medicinsk etik inom Svenska Läkaresällskapet har beretts tillfälle lämna yttrande över rubricerad promemoria. Lagförslaget innebär en skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet. Staten föreslås delvis kompensera landstingen ekonomiskt via statsbidrag. Målgruppen för den nya funktionen är framförallt de som "har återkommande sjukskrivningsperioder eller en mer komplicerad sjukskrivning som av andra skäl kan befaras bli långvarig". Sannolikt handlar det till stor del om patienter med antingen lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta, men även patienter inom andra specialiteter såsom cancervård och ortopedi." Koordinatorerna avses arbeta "i ett gränsland mellan behandling, medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering". Syftet är att "stödja återgång i arbete, förkorta sjukskrivningstiderna och motverka omotiverat långa sjukskrivningar", vilket ska uppnås genom att koordinatören ger "individuellt stöd och arbetar med en helhetssyn på patientens behov". Insatserna ska ges bara om "patienten samtycker till det" och de ska "så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten".

Kommentarer ur medicinskt-etiskt perspektiv

DME begränsar sina kommentarer till frågor med bäring på Delegationens uppdrag: medicinsk etik. Frågeställningar som vi därmed inte fördjupar oss i rör de rent juridiska aspekterna av lagförslagen, samt den generella frågan om relevansen av att försöka förbättra välfärdssystemet genom att med skyldighetslagstiftning inrätta nya funktioner, snarare än att tillse att befintliga myndigheter och funktioner (hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, företagshälsovården osv) förmås utföra sina uppdrag på ett bättre och mer koordinerat sätt.

Sammanfattning, DMEs synpunkter

DME finner sammanfattningsvis att förslaget om ny lag om koordineringsinsatser ur medicinskt-etiskt perspektiv *inte* bör genomföras, därför att förslaget inte är förenligt med de vårdetiska principerna:

- Göra gott (oklar evidens för effekterna av insatsen, dessutom förkläs samhällsintresset i form av arbetslinje och sänkt ohälsotal till ett obevisat patientintresse)
- Självbestämmande (samhällets övriga insatser, i form av arbetsordningar hos Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, m.m., som syftar till att upprätthålla den s.k. arbetslinjen och att sänka sjukskrivningstal, gör att den formella självbestämmanderätt som förslaget stadgar inte kommer att vara reell)
- Rättvisa (förslaget är oförenligt med de lagfästa prioriteringsprinciperna för hälso- och sjukvård, och kan medföra diskriminering på grund av ålder eller funktionsförmåga.
- Icke – skada (patientsäkerheten inte tillgodosedd).

Patientens självbestämmande

Enligt 2 § ska insatserna bara ges om patienten samtycker till det. I promemorian uttalas att insatserna inte ska ges utan att patienten fått information om vad insatserna handlar om och vad

de innebär i olika avseenden och därefter lämnat sitt samtycke (se t.ex. under avsnitt 3.2.2 Samtycke och delaktighet, s. 60).

Kommentar: detta påpekande ansluter till grundprincipen om patientautonomi och är invändningsfritt i sig. Samtidigt problematiseras satsen om man tänker sig in i en praktisk tillämpning. Grunden för självbestämmande och fria val är full information och förmåga att förstå informationen. Promemorian ger ytterst diffusa svar på frågan vad insatsen ska innebära: "Det är därför inte lämpligt och inte heller möjligt att ge en exakt definition av vad koordineringsinsatser ska vara. Insatserna bör dock i vart fall bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer." (s. 54). Mot bakgrund av en sådan beskrivning är det som patient svårt att veta vad man ger sitt eventuella samtycke till, och ett samtycke inhämtat mot bakgrund av ofullständig information saknar giltighet.

Vidare, enligt 2 §, ska insatserna så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Kommentar: denna formulering, som användes i den tidigare HSl och sedan överfördes till PL medger bland annat att vård- och behandlingsåtgärder ibland måste vidtas för personer som till följd av sitt svåra sjukdomstillstånd (t ex medvetslöshet) inte kan vara delaktiga vid utformning och genomförande av vården. Det är svårt att tänka sig att patienter i en sådan akut sjukdomsfas blir aktuella för koordinatorsinsatser enligt förslaget. Det finns med andra ord inga skäl att i den föreslagna lagen låta brasklappen "så långt som möjligt" följa med. Bättre lydelse: "Insatserna ska ... utformas och genomföras i samråd med patienten."

Ett nödvändigt villkor för att principen om patientens självbestämmande ska vara tillgodosedd är, slutligen, att patientens informerade samtycke är *frivilligt*. Dagens system kring sjukskrivningar, som i första hand syftar till att upprätthålla den s.k. arbetslinjen och att pressa fram sänkta sjukskrivningstal, innebär bland annat tillämpning av en rad ekonomiska påtryckningsmedel, samt vidhängande krav från arbetsgivare som utarbetas i samråd med berörda myndigheter, som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Samtliga dessa förhållanden gör att patienten försätts i ett läge av hot mot försörjning och trygg anställning. Sådana hot kan förstås påverka människor att återgå i arbete. Men de är likväl oförenliga med kravet på frivillighet för att lagstadgad respekt för patientens självbestämmande och integritet för insatser som sker inom hälso- och sjukvårdens ram ska kunna vara tillgodosett.

"Göra gott"

"Koordineringsinsatserna enligt den föreslagna lagens ska bara ges i den enskilde patientens intresse. (under avsnitt 3.2.2 Samtycke och delaktighet, s. 60),

Kommentar: detta påpekande från arbetsgruppen är också närmast trivialt ur medicinskt-etisk synpunkt. Samtidigt förutsätter syftesformuleringar att patientens intresse alltid ska sammanfalla med statens intresse: att återgång till arbete är det överordnade målet ("ett behov av samordning av insatser och av att få stöd i form av motivationsåtgärder för att kunna se sina egna möjligheter till att återgå till arbete", sid 50). Ett inte ovanligt patientintresse är att få sina funktionsnedsättningar, och därmed sin arbetsförmåga, till följd av sjukdom eller skada accepterade och ersatta via socialförsäkringen. Promemorian ger inga svar på vilken roll koordinatören ska ha i dessa – inte ovanliga – fall. Det är etiskt problematiskt om samhällsintresset ("arbetslinjen") tillskrivs patienten som en given förutsättning. Och det är synnerligen problematiskt om en patients brist på förmåga eller intresse för att återgå i arbete mekaniskt ska tolkas som "behov som patienten har i form av motivations och stödsatser", och: "Samordningen bör framförallt handla om att främja en samsyn kring patienten, att stämma av att alla som behandlar patienten arbetar mot samma mål om återgång i arbete."

Koordinatorns uppdrag – i mån av att en sådan funktion bör lagfästas vilket DME avråder ifrån – bör snarare vara att bevaka och stödja den sjukskrivna patienten i syfte att hens rättigheter och intressen ska tillvaratas, vare sig dessa är återgång i arbete eller inte.

Den vårdetiska principen Göra gott är av konsekvensetisk natur. För att veta vad som är gott att göra behöver den professionelle så mycket kunskap som möjligt om insatsens avsedda och icke-avsedda effekter, och även alternativa insatsers effekter och biverkningar. Inom hälso- och sjukvården uttrycks detta krav i termer av att vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vad gäller koordinatorinsatsen beskriver promemorian uttryckligen att effekterna inte är kända: "Det finns få utvärderingar och analyser av effekterna, och några säkra slutsatser kan ännu inte dras." Därmed bör införandet av insatsen koordinator avvaktas och anhängiggöras resultaten av konklusiv forskning för att vara förenlig med principen att göra gott. Det är vidare anmärkningsvärt att arbetsgruppen bakom lagförslaget till synes inte informerat sig om den forskning som finns rörande nationella och internationella insatser i form av *case management* och *managed care*. Vidare borde förberedelsearbetet ha inneburit en analys av den potential som kan finnas i *peer support* och *IPS (Individual Placement and Support)*, i synnerhet när det gäller den del av tilltänkt målgrupp som lider av psykisk sjukdom.

Rättviseaspekter

I promemorian uttalas: "De obligatoriska koordineringsinsatserna ska bara avse det som hälso- och sjukvården ansvarar för och inte behov som ska tillgodoses av andra aktörer.

Koordineringsinsatserna utgör inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition, och de omfattas därför inte av prioriteringsordningsbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Att någon ges koordineringsinsatser som ska främja en snabbare återgång till arbetslivet innebär inte att denne ska ges förtur till medicinsk vård och behandling i förhållande till andra patienter." (under avsnitt 3.2.1 Vad är koordineringsinsatser?, s. 54)

Kommentar: Sjukvårdshuvudmannens prioriteringsarbete omfattar i praktiken alla insatser som faller under huvudmannens hälso- och sjukvårdsansvar. Därmed kommer ohjälpligen en tvingande lagstiftning påverka prioriteringarna, och utmana efterlevnaden av den lagfästa prioriteringsordningen, enligt vilken större medicinska behov (ex. allvarlig, livshotande sjukdom eller skada) ska prioriteras framför mindre medicinska behov (enligt behovs- eller solidaritetsprincipen). Personer som är – eller bedöms riskera att bli – sjukskrivna under längre tid, kan utifrån de stadfästa prioriteringsprinciperna i vissa fall ha hög prioritet, men flertalet patienter med livshotande tillstånd, eller tillstånd som kan ge varaktig funktionsnedsättning är sannolikt äldre än 65 år, eller så gravt funktionsnedsatta att reguljärt förvärvsarbete inte är aktuellt, och är således inte aktuella för koordineringsinsats enligt lagförslaget. Förslaget innebär därför risk för diskriminering på grundval av ålder och funktionsförmåga. Ska en tvingande koordinatorsfunktion införas i svensk hälso- och sjukvård måste denna utformas så att den stadfästa prioriteringsordningen tillvaratas, och att inte vissa grupper ställs utanför erbjudandet.

Icke – skada: Patientsäkerhetsaspekter

Promemorian gör följande bedömning: "Lagen /Patientskadelagen, PSL/ kan enligt arbetsgruppens bedömning inte anses tillämplig för sådan verksamhet som föreslås i den nya lagen om koordineringsinsatser." (sid 70)

Kommentar: Koordinatorsarbetet uppfattas alltså enligt förslaget att helt ligga inom hälso- och sjukvårdens ansvar, men inte utgöra hälso- och sjukvård i HSLs mening, varvid heller inte PSL blir tillämplig. Därmed kommer inte koordinatorernas arbete att falla under IVOs tillsyn, utan de facto stå helt utan tillsyn. Arbetsgruppen bakom förslaget hävdar att koordinatorsarbetet inte medför några risker för patientskada.

Kommentar: DME delar inte arbetsgruppens bedömning att koordinatorsinsatser aldrig skulle kunna medföra vårdskada i meningen att en patient till följd av koordinators insatser inte skulle kunna fara illa utifrån PSLs definition av vårdskada som även innefattande lidande och psykisk skada. Flertalet klagomål som inkommer till kliniker och Patientnämnden är hänförliga till kategorin missförstånd – kommunikationsbrister – bemötandeproblem. Denna typ av fel i vården kan få allvarliga konsekvenser. Eftersom koordinators insatser i vissa fall tänks kunna vara ett alternativ till insatser från den ansvariga läkaren (som kan "avlastas") vad gäller uppgifter förenade med rehabiliteringsprocessen och sjukskrivning, ter sig arbetsgruppens påstående att vårdskada inte kan bli aktuell än mer tveksamt.

I promemorian uttalas att: "Insatserna ska erbjudas inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och det blir därmed en fråga för respektive arbetsgivare inom vården att avgöra vilken kompetens som krävs för uppgiften." (under avsnitt 3.2.5 Kompetens för att utföra koordineringsinsatser, s. 63)

Kommentar: Denna brist på reglering av kompetens och erfarenhet hos koordinatörerna ter sig patientosäker, i synnerhet som system för tillsyn av koordinatörernas arbete inte planeras. Det förefaller dessutom märkligt att staten – enligt förslaget – ska ersätta landstingen eftersom de åläggs en ny uppgift, samtidigt som staten inte ställer några kvalitetskrav eller kompetenskrav på dem som ska utföra insatsen.

För Delegationen för Medicinsk Etik inom Svenska Läkaresällskapet

Mikael Sandlund

ordförande