

2018-05-28

Till Socialdepartementet

[s.registrator@regeringskansliet.se](mailto:s.registrator@regeringskansliet.se)

[s.sf@regeringskansliet.se](mailto: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 samodningsuppdrag. 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 parters 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 koordinatorernas 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 koordinatorerna 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