

2021-05-21

Gem 2021/0027

Till
Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg (SOU 2021:4)

Sveriges läkarförbund har fått rubricerat betänkande på remiss från Socialdepartementet och vill framföra följande synpunkter.

Sammanfattning

Sveriges läkarförbund ställer sig positiv till utredningens förslag och vår bedömning är att fördelarna med förbättrad informationsöverföring klart överväger integritetsriskerna för våra patienter. God samverkan inom och mellan hälso- och sjukvården är ofta nödvändig för att det ska vara möjligt att erbjuda patienterna och omsorgsmottagarna ett fullgott omhändertagande.

För vårdgivare skulle förbättrad informationsöverföring och sammanhållen journalföring underlätta enormt. Möjlighet att på ett enkelt sätt ta del av relevant dokumentation är nog ibland närmast en förutsättning för att det ska vara möjligt att erbjuda optimal hälso- och sjukvård och omsorg och att genomföra kvalitetsuppföljning.

Utredningen verkar även ha gjort noggranna avvägningar mellan behovet av åtkomst till personuppgifter och intresset av att säkerställa adekvat skydd för enskildas personliga integritet.

Vår uppfattning är att bristen på läkartäthet inom kommunal vård och omsorg sänker kvalitén och patientsäkerheten i den delen av vården.

Vi vill även påpeka på att kvalitet skapas i mötet mellan vårdgivare och patient och att man ska tänka sig noga för hur och vad man mäter.

Mer specifika kommentarer

Allmänt

Läkarförbundet hade hellre sett att den nya regleringen hade inhysts i Patientdatalagen, eller tvärtom, det vill säga att innehållet i Patientdatalagen och de nya förslagen hade inhysts i samma lag. Ett lapptäcke av lagar öppnar upp för oklarheter.

Vi är positiva till att förslagen begränsar sig till äldre och personer med funktionsnedsättning, men bägge dessa begränsning öppnar upp för oklarheter. Definitionen av vad som är äldre kan tänkas skifta över tid och likaså vad som är en funktionsnedsättning. Möjligen hade en annan definition som till exempel beviljad assistans (behov av personlig assistent, hemtjänst nivå x, LSS, särskilt boende mm) varit bättre beskrivning och avgränsning?

Vi är tveksamma till att det ska vara frivilligt för vårdgivare att ansluta sig annat än under en definierad övergångsperiod. Oklart varför man valt frivillighet om man nu anser att sammanhållen journalföring behöver införas. Vår uppfattning är att den stärker patientsäkerheten och detta medför att de som står utanför får en sämre säkerhet.

Inhämtandet av samtycke bör upprepas med ett visst intervall exempelvis årligen. Detta då man kan anta att individen vid det första samtycket dels inte kan vara fullt medveten om dess innebörd och med stor sannolikhet är i ett nedsatt allmäntillstånd.

Att endast fullmäktige kan besluta om kvalitetsuppföljning ser vi begränsa den fria forskningen eftersom fullmäktige till 100 % är politiskt sammansatt. Partipolitiska överväganden om vad som är lämplig kvalitetsuppföljning kan begränsa adekvat sådan.

I sammanfattningen saknas under rubriken integritetsstärkande insatser själva inloggningen av behöriga där det idag finns brister (ex inloggad dator lämnas oskyddad, tvåfaktor autentisering med SITHS kort). Idag är SITHS ett nationellt system men det är svårigheter att få kortet att fungera över regiongränser och man har inte i tillräcklig smidighet och säkerhet gällande själva inloggningen. Man har inte beaktat att många patienter flödar över region respektive kommungränser.

Det är förvånande att man funnit att förslagen inte medför någon kostnad. Vår erfarenhet är att alla IT-system innebär kostnader som utbildning av de som använder dem, reservrutiner när det inte fungerar, säkerhet kring inloggning och e-tjänstekort till all personal mm.

Vi är positiva till förslaget om en sekretessbrytande bestämmelse i 25 kap 11 § 3 p offentlighets- och sekretesslagen, som möjliggör för en offentlig vårdgivare att överlämna personuppgifter till en privat vårdgivare som den offentliga vårdgivaren anlitat. Bestämmelsen bör kunna underlätta informationsöverföring till exempel vid verksamhetsövergång från offentligt till privat.

Kapitel 13

- Ett av de största problemen vi har idag med brist på sammanhållen dokumentation är att läkare i hemsjukvården inte kan ta del av sjuksköterskornas HSL-dokumentation och vice versa. Detta innebär medicinska risker, svårigheter att ordinera läkemedel, det är tidskrävande och det är en arbetsmiljöfråga.
- Tillgänglighet till och en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är en självklar nödvändighet för kvaliteten inom hälso- och sjukvården och sannolikt en självklarhet också för de flesta som vårdas inom till exempel vård- och omsorgsboenden.
- Informationsfragmenteringen mellan Kommun-SOL - Kommun-HSL - Region-HSL bedömer vi definitivt är till mer skada än nytta för majoriteten av våra patienter. Utredningens slutsatser att en lagändring behövs för att möjliggöra ett verkligt teamarbete är ett nödvändigt steg i rätt riktning.
- Coronakommissionen skrev också i sina slutsatser 2020-12-15 att "Regioner och kommuner måste se till att sammanhållen journalföring blir verklighet" se <https://coronakommissionen.com/wpcontent/uploads/2020/12/presentation-av-sou-2020-80-aldreomsorgen-under-pandemin-15-december-2020.pdf>
- Om vi förstått rätt så finns det inte något rättsligt hinder för regionernas och kommunernas hemsjukvård att ha en gemensam HSL-dokumentation som skulle undanröja dagens brister med uppenbara risker för fel vård till den enskilde. Det är snarare traditionen som står i vägen för en nödvändig utveckling och förändring.
- Utredningen beaktar de integritetsproblem som uppstår, men gör bedömningen att de problemen kan bemästras med en konstruktion av regelverket enligt samma principer som idag finns för att möjliggöra sammanhållen journal inom hälso- och sjukvården. Vi instämmer.
- Det föreslås att möjligheten till smidig informationsöverföring ska bli frivillig för vårdgivarna vilket vi ställer oss tveksamma till. Att möjligheten ska finnas borde vara obligatorisk.

Kapitel 14

- Vi förutsätter att kvalitetsuppföljningen tar in såväl medicinska resultat, som olika typer av kvalitativ som kvantitativ data, process som effektmått. Vi måste veta vad vi gör i mötet med patienterna och våga jämföra.
- Jämförelse av vårdprocesser och resultat bör göras genom att man jämför vårdcentral A + SÄBO A + Sjukhus A med vårdcentral B + SÄBO B + Sjukhus B.
- Värdet minskar när man försöker sätta in vårdcentral och SÄBO i samma kvalitetsuppföljning då datas ursprung kan skilja sig och betyda olika saker. Man måste vara mycket försiktig vid tolkning av resultat från kvalitetsuppföljning från data samlad från olika enheter om man inte är säker att man förstår hur verksamheten fungerar i praktiken. Detsamma gäller för mätningar och uppföljningar (framför allt på regional och nationell nivå)

som analyseras och tolkas långt ifrån den verksamhet där data samlades in. Dessutom finns det så mycket som vi inte kan mäta men som är viktigt för vårdkvaliteten.

- Professionalismen bör betonas mer. I denna utredning har man en stor tilltro till att mätande är vägen till att säkerställa kvalitet.

- Det vore en stor fördel att veta mer om kommunens hälso- och sjukvårdsinsatser, såväl som omsorgsinsatser, vad gäller ordinärt boende som äldreboende och LSS. Likaså insatser inom kommunala ungdomsmottagningar, missbruk, kvinnojour etc. – då primärvården och vårdcentralens samverkar med så många olika kommunala enheter, som dessutom ser mycket olika ut om man jämför såväl regioner som kommuner.

- Risken för otillbörlig spridning av data behöver beaktas – endast individen bör vara den, eller vårdnadshavaren, eller gode mannen – som ger samtycke. Lagrummet ska skydda den som inte kan ta dessa beslut själv på grund av demenssjukdom, svår psykiatrisk sjukdom, utvecklingsstörning mm.

- Såväl vård och omsorg som rehabilitering bygger oftast på sammanlagda insatser från många olika samhällsliga (och privata) enheter för en individ. Det skulle underlätta mycket i vardagsarbetet att kunna utveckla reproducerbara effektiva arbetssätt.

- Man skriver att privata vårdinstanser och omsorgsgivare inte har ett lika uttalat behov som offentliga vårdinstanser och omsorgsmottagare att inhämta personuppgifter från andra vårdinstanser eller omsorgsgivare för kvalitetsuppföljning. Privata omsorgs- och vårdgivare har en betydande del av primärvården med ca 40 % av vårdcentralerna, de utgör en integrerad del av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och finansieras av skattemedel därför anser vi att de bör vara med i kvalitetsuppföljning.

- Frågan om man ska kunna välja bort att delta i kvalitetsuppföljning om man tackat ja till vård är svår. Om det sker avpersonifierat kan det vara rimligt att man tackar ja till kvalitetsuppföljning om man godkänner att ta emot vård.

Vänliga hälsningar

Marina Tuutma
Andre vice ordförande
Sveriges läkarförbund

Eva Stina Lönngrén
Utredare
Avdelningen för politik och profession
evastina.lonngrén@sif.se
Direkttelefon 08-790 3441