

Stöd för rätt sjukskrivning
– ett samverkansprojekt mellan Försäkringskassan
och Sveriges Kommuner och Landsting

Bilaga 6

Rapport Stöd för rätt sjukskrivning 2016

Etisk analys

Lars Sandman, professor i hälso- och sjukvårdsetik,
Linköpings universitet

1 Inledning

Försäkringskassans prognoser visar att sjukskrivningarna ökar både i omfattning och i längd. Sjukskrivning är en viktig del av vård och behandling, men forskning visar också att långvariga sjukskrivningar kan leda till sämre hälsa, ekonomi och relationer.

Idén bakom projektet Stöd för rätt sjukskrivning, SRS, är att förbättra för alla inblandade i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, inklusive individen själv. Ett gemensamt IT-baserat bedömningsstöd kan bidra med ett samlat kunskapsunderlag för att läkare ska kunna utfärda läkarintyg med större träffsäkerhet samt hjälpa hälso- och sjukvården att identifiera individer som har behov av specifika eller samordnade insatser. I framtiden skulle bedömningsstödet också kunna användas som ett stöd för arbetsgivare och av individen själv för att kunna ta en aktiv del i sin egen rehabilitering.

Förutsättningarna för att skapa ett bedömningsstöd utreddes i en förstudie 2014-2015. Slutsatserna var att det både ur ett juridiskt och tekniskt perspektiv är möjligt att utveckla ett bedömningsstöd och att läkare inom hälso- och sjukvården efterfrågar ett bättre stöd för att göra individuella bedömningar. Under 2016 har projektet genomfört ytterligare utredningsarbete inom tre områden:

- *Juridiska förutsättningar* – förslag om ansvar och roller för bedömningsstödet avseende personuppgifter samt ansvar för utveckling, drift och förvaltning.
- *Kostnads- och nyttoanalys* – identifiera och jämföra kostnader med nyttor ur både ett kort- och långsiktigt samhällsekonomiskt perspektiv för ett bedömningsstöd infört i hälso- och sjukvården.
- *Verksamhetsanalys* – användarbehov och prototyptester, etisk analys, utredning om insatser för återgång i arbete, insatsförteckning och fördjupad utredning om prediktiva modeller.

Projektet har finansierats via Socialdepartementet genom överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. SKL har ansvarat för projektet och har tillsammans med Försäkringskassan utgjort projektets styrgrupp. Utredningsarbetet påbörjades i januari 2016 och slutredovisades till Socialdepartementet i oktober 2016.

Utredningsarbetet har utförts av en arbetsgrupp med bred kompetens och med stor samlad erfarenhet av nationella e-hälsoprojekt. Delar av utredningsarbetet har utförts av och med forskare och biostatistiker från Karolinska Institutet.

Denna delrapport redovisar endast en del av projektets arbete. Huvudrapport med en sammanfattning av hela projektets resultat samt övriga delrapporter går att få genom att kontakta cecilia.alfven@skl.se.

Mer information om projektet Stöd för rätt sjukskrivning finns på SKL:s webbplats: <http://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/sjukskrivningsmiljarden/rattsjukskrivningstod.5229.html>

2 Sammanfattning

Nya metoder i hälso- och sjukvården bör ses genom etiska glasögon. Det har därför varit viktigt att utreda vilka etiska aspekter som är centrala att beakta vid en eventuell kommande utveckling av ett bedömningsstöd och hur sådana aspekter kan/bör hanteras.

Den etiska analysen har genomförts under ledning av Lars Sandman, professor i hälso- och sjukvårdsetik vid Linköpings Universitet. Analysen visar bland annat att ett bedömningsstöd kan leda till ökad jämlikhet och rättvisa, förutsatt att det används på ett likvärdigt sätt inom hälso- och sjukvården. Ett bedömningsstöd kan också stärka individens autonomi, tack vare att det minskar subjektiviteten och osäkerheten i bedömningarna. Uppgifter om en individs hälsa anses som integritetskänsliga uppgifter enligt svensk lagstiftning. För att minska integritetsrisker är det därför viktigt att säkerställa att insamling av potentiellt känsliga uppgifter sker i öppen dialog med individen via informerat samtycke.

3 Syfte med den etiska analysen

Syftet är att belysa etiska aspekter på ett bedömningsstöd för sjukskrivning inom hälso- och sjukvården.

3.1 Omfattning och avgränsningar

Den etiska analysen utgår från de värderingsmässiga ställningstaganden som görs inom svensk socialförsäkrings- och hälso- och sjukvårdslagstiftning. Analysen fokuserar på etiska frågeställningar kring att införa och använda ett bedömningsstöd vid sjukskrivning och behandlar inte etiska frågeställningar vid sjukskrivning generellt, annat som en bakgrund.

4 Teori och metod

Som en modell för analysen har vi använt oss av den frågelista som tagits fram av Lars Sandman och Christian Munhte i samverkan med Statens beredning för social och medicinsk utvärdering (SBU). Med utgångspunkt från denna lista har vi genomfört ett par gruppdiskussioner kring etiska frågeställningar i relation till ett bedömningsstöd och därefter möten där prioriterade etiska frågeställningar lyfts fram. De prioriterade frågorna beskrivs i denna rapport.

5 Resultat och slutsatser

5.1 Värderingsmässiga mål för bedömningsstödet inom sjukskrivningsprocessen

En viktig utgångspunkt vid en etisk analys av en specifik teknologi är hur den kan relateras till de värdemässiga mål som finns för den verksamhet i vilken den ska användas. Om det visar sig att teknologin inte lyckas uppnå dessa mål - så faller naturligtvis skälet till att använda den överhuvudtaget och därmed behövs inte heller någon vidare etisk analys. Så vilka är de värdemässiga målen vid sjukskrivning?

Vi kan urskilja ett flertal olika, och möjligen i vissa fall, konfliktfyllda mål. Övergripande är ett mål för sjukskrivning att möjliggöra för en person att rehabiliteras efter att ha drabbats av sjukdom eller skada i den mån det innebär att personen därmed har fått en nedsatt arbetsförmåga. Eftersom sjukskrivningen normalt innebär att personen också därmed får rätt till ekonomisk ersättning, så är ett annat mål att personen ska ges möjlighet till fortsatt försörjning och därmed kan tillfredsställa de behov personen har under sjukskrivningstiden. I denna situation finns ett antal olika intressenter: personen eller patienten (fortsättningsvis patienten), hälso- och sjukvården (som företräds av olika professionsgrupper), Försäkringskassan samt arbetsgivaren (eller dess ställföreträdare Arbetsförmedlingen), alternativt kommunens socialtjänst. Dessa intressenter kan ha olika syn på hur de beskrivna målen ska tolkas och/eller realiseras. I detta sammanhang är det naturligtvis viktigt att betona att även om en patient har en konstaterad ohälsa som motiverar hälso- och sjukvårdsinsatser, så är det inte säkert att personen därmed har en nedsatt arbetsförmåga. Eftersom olika intressenter normalt har olika fokus för sin dagliga verksamhet kan detta ge upphov till konflikter eller missförstånd.

Patienten kan tolka det som att skadan eller sjukdomen nedsätter arbetsförmågan i större eller mindre utsträckning än hur andra intressenter bedömer detta. Hen kan därför vilja ha en längre eller kortare sjukskrivningstid än vad hälso- och sjukvården, Försäkringskassan eller arbetsgivaren bedömer rimligt eller lämpligt. Patienten kan även ha uppfattningar om vilken typ av rehabilitering som krävs, som avviker från hälso- och sjukvårdens och de andra intressenternas bedömning. Hälso- och sjukvården kan ha en syn på vad patienten behöver i termer av sjukskrivningstid och rehabilitering som avviker från Försäkringskassan. Arbetsgivaren kan ha en syn på när patienten bör komma tillbaka i arbete som avviker från patientens egen uppfattning eller andra intressenters bedömning (som naturligtvis kan slå åt båda håll - både att patienten inte ska dröja för länge men inte heller att hen ska komma tillbaka för tidigt).

Med tanke på de olika perspektiv som olika intressenter kan ha uppstår frågan om hur stort lidande eller påverkan på funktion en person kan ha och fortfarande ha bevarad arbetsförmåga. Detta är svårt att ge ett generellt svar på och är delvis individuellt, sjukdoms- och skadetillstånd påverkar olika personer på olika sätt. Samtidigt har hälso- och sjukvården

ansvar för att göra en bedömning av detta utifrån en mer generell koppling. Här är det viktigt att betona att patientens egen bild av huruvida hen har arbetsförmåga eller vad som är bäst för hen i termer av sjukskrivningslängd inte nödvändigtvis stämmer. Forskning visar att för lång sjukskrivning är förknippad med negativa konsekvenser för livskvalitet och hälsa, utöver de ekonomiska konsekvenser det har.

I detta sammanhang kan ett bedömningsstöd som utifrån ett vetenskapligt och statistiskt underlag kan visa på de generella sambanden mellan olika skade- och sjukdomstillstånd och lämplig sjukskrivningslängd ge underlag för att minska de konflikter som uppstår på grund av mer subjektiva bedömningar. Samtidigt är det naturligtvis viktigt att betona att det kan finnas individuella variationer som innebär att det för den enskilda patienten måste göras avvikelser från ett sådant generellt statistiskt samband mellan skada och sjukdom respektive sjukskrivningslängd, även om den prognos för sjukskrivningslängd som levereras är baserad på individuella faktorer som är viktade enligt vetenskapliga metoder. Likaså är det inte så att ett bedömningsstöd löser alla konflikter. Det kan också ge upphov till nya konflikter - exempelvis i de situationer där bedömningsstödet ger en annan bild än den patienten har (och där hälso- och sjukvården kanske inte hade en avvikande uppfattning innan bedömningsstödet användes).

En avvikelse mellan bedömningsstödet förutsägelse och patientens egen uppfattning kan få olika effekter. Om bedömningsstödet pekar på en kortare sjukskrivningslängd än vad patienten tror är möjligt, kan det skapa oro hos patienten för hur hen ska klara att gå tillbaka i arbete inom en sådan kort tid. Om stödet å andra sidan pekar på en längre sjukskrivningstid än vad patienten bedömer troligt, kan det göra att patienten blir nedslagen och förlorar hopp och motivation (eftersom det tyder på att tillståndet är allvarligare än vad patienten hade förväntat sig). Detta kräver klokskap kring hur bedömningsstödet används i dialog med patienten. Det förefaller framförallt viktigt att bedömningsstödet inte ses som ett facit på patientens sjukskrivningslängd utan ses som ett underlag för en bättre och mer väl underbyggd bedömning i dialog med patienten och med beaktande av andra aspekter i situationen som bedömningsstödet möjligen inte fångar. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om att bedömningsstödet, med sin grund i vetenskapliga och statistiska underlag kan ge en mer neutral utgångspunkt för dialogen (än patientens eller hälso- och sjukvårdens delvis subjektiva uppfattning som kan uppfattas ha olika "särintressen" i frågan). Likaså kan hänvisning till statistiska fakta, dvs. hur andra patienter med motsvarande situation har klarat sig, vara motiverande för patienten ifråga.

Utöver att bidra med information om prognosticerad sjukskrivningslängd kommer bedömningsstödet även bidra med information om möjliga insatser som kan påverka möjligheten att återgå i arbete. Detta kan innebära positiva effekter för patienten dels genom att insatser med dokumenterad effekt för det specificerade tillståndet föreslås, dels eftersom det ger ett bredare beslutsunderlag som är mindre beroende av läkarens eller handläggarens mer subjektiva uppfattning om vilka insatser som finns tillgängliga och är lämpliga. Återigen kan det dock finnas en möjlig konflikt med olika intressenters uppfattning om vilka insatser som är lämpliga eller önskemål om vilka insatser som bör sättas in.

De specifika effekterna av bedömningsstödet behöver naturligtvis utvärderas och det beror också på hur exakt stödet kommer att utformas.

5.2 Jämlikhet och rättvisa

Viktiga etiska frågeställningar inom svensk offentlig verksamhet är de som rör jämlikhet och rättvisa. Det handlar om att ingen ska behandlas olika och det inte finns relevanta skillnader, alltså en grundläggande likabehandling. Detta återfinns vi både mer generellt i diskrimineringslagstiftning men även specifikt inom hälso- och sjukvården i den etiska plattformens människovärdesprincip. Skillnader i ålder, kön, social och ekonomisk situation, sexuell- eller könsidentitet eller etnicitet ska inte leda till skillnader i insatser från hälso- och sjukvården eller andra offentliga institutioner (om det inte innebär skillnader för relevanta faktorer som hälso- och sjukvårdsbehov, eller ekonomiskt behov etc.) En annan aspekt av detta är att de resurser vi har bör fördelas på ett så rättvist sätt som möjligt. Inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ger den etiska plattformen vägledning för hur detta ska ske. Det handlar även om att personer inte ska påverkas på ett sätt som försämrar deras generella möjligheter i samhället, exempelvis genom stigmatisering eller passivisering.

Eftersom vi vet från beteendepsykologisk forskning att våra subjektiva bedömningar i olika sammanhang tenderar påverkas av irrelevanta faktorer (som kan vara diskriminerande) - så kan användningen av ett bedömningsstöd potentiellt motverka detta. I den mån bedömningsstödet är utformat på rätt sätt så ger det en bild av sambandet mellan sjukdom/skada och sjukskrivningslängd baserat på relevanta faktorer och kan därmed undvika att de som gör bedömningen låter sig påverkas av irrelevanta faktorer. Detta förutsätter dock att bedömningsstödet används på ett relativt likvärdigt sätt.

En specifik jämlikhetsfråga rör jämställdheten mellan kvinnor och män. I nuläget är det så att fler kvinnor än män sjukskrivs. Exakt vilka faktorer som ligger bakom dessa skillnader är dock inte fullt ut vetenskapligt belagda. Eftersom bedömningsstödet baseras på existerande statistiska data när det gäller sambandet mellan olika tillstånd och sjukskrivningslängd, finns det en risk att bedömningsstödet kan cementera sådana skillnader. Samtidigt kan bedömningsstödet göra dessa skillnader tydliga och motivera fortsatt forskning och utveckling. Dock, för att delvis hantera en sådan cementerande hållning kommer bedömningsstödet förses med "signaler" för att få användaren att reflektera över om det finns skäl att tänka annorlunda i den specifika situationen.

När det gäller rättvisefrågorna kan det uppstå problem om bedömningsstödet rekommenderar insatser vid sjukskrivning som inte finns att tillgå i det landsting eller i den kommun där patienten befinner sig. Samtidigt är det inte ett problem med bedömningsstödet i sig, utan snarare i hur tillgången till rehabilitering ser ut över Sverige. Bedömningsstödet kan snarare peka på vikten av en harmonisering över landet när det gäller tillgången till rehabilitering.

Ett problem med ett bedömningsstöd skulle kunna vara om stödet upplevs ge upphov till stigmatisering eller passivisering. I de fall där bedömningsstödet ger vid handen att sjukskrivningslängden kommer bli mycket lång (framförallt om det rör sig om mer kroniska

tillstånd och inte endast en allvarlig skada) kan det upplevas som en signal om att patientens situation är hopplös vilket kan fungera passiviserande. Likaså om det sambandet uppträder för vissa sjukdoms- eller ohälsotillstånd (exempelvis viss psykisk sjukdom) så kan det förstärka en existerande stigmatisering av sådana patientgrupper. Samtidigt beror det återigen på hur bedömningsstödet används och tolkas. Om det tolkas som ett facit och/eller som att sambanden är huggna i sten - kan det få en sådan effekt. Om det å andra sidan tolkas som ett underlag för dialog kan det ses som mindre styrande. Likaså kan samband mellan lång sjukskrivning och vissa tillstånd peka på ett problem som kan kräva fortsatt forskning och kreativa försök till lösningar, istället för ett stillatigande accepterande med passivisering som följd.

5.3 Autonomi

En viktig grundregel i vårt samhälle generellt och i hälso- och sjukvården specifikt är att vi lägger stor vikt vid autonomi. Autonomi handlar både om möjligheten att fatta beslut kring sin situation, men även om möjligheten till att vara självständig. Självständighetsfrågan är snarast en fråga om vilka effekter bedömningsstödet har och i vilken utsträckning det kan bidra till att patienten snabbare kan klara sig själv, dvs. om det kan leda till effektiv rehabilitering även i de fall när patientens självständighet har blivit nedsatt på grund av skada och sjukdom. Låt oss därför fokusera på frågan om patientens självbestämmande här. Grundinställningen inom hälso- och sjukvården är att inga insatser ska sättas in utan att patienten ger sitt informerade samtycke till detta (finns dock vissa undantag från detta inom tvångslagstiftning etc). Bedömningsstödet är inte en intervention i sig, utan snarare en sammanställning av vetenskapliga fakta kring sambandet mellan kombinationen av olika faktorer och sjukskrivningslängd. En parallell skulle kunna vara när hälso- och sjukvården konsulterar en eller flera vetenskapliga artiklar för att få vägledning kring hur en patient ska diagnosticeras eller behandlas. Detta är normalt inte något som man ber om samtycke för från patienten. I den mån användningen av stödet kräver inhämtning av känsliga personuppgifter antingen direkt från patienten eller från exempelvis Försäkringskassan krävs däremot samtycke för den aktiviteten.

Sjukskrivning i kombination med ekonomisk ersättning är inte något som fullt ut kan styras av patientens val. Patienten har möjlighet att helt avstå från ersättning. Om ersättning önskas är patienten skyldig att inhämta ett läkarintyg och förmedla det till Försäkringskassan (med den information som uppfattas som tillräcklig för att göra en bedömning), liksom att delta i sin egen rehabilitering. Ett bedömningsstöd kan aktualisera och uppmärksamma olika intressenter på värdet eller vikten av vissa uppgifter.

Obegränsad autonomi rör framför allt beslut och handlingar som huvudsakligen berör individen själv. I detta fall berör situationen även andra intressenter eftersom det rör gemensamma samhällsliga resurser, vilket kan motivera en inskränkning av autonomi. För det andra så är hälso- och sjukvårdens verksamhet normalt förknippad med en syn på autonomi enligt vilket vården är behovsstyrd och där patienten erbjuds insatser efter en professionell bedömning av vad som är motiverat givet patientens behov och i relation till

kostnaderna för en sådan insats. Det innebär att efterfrågestyrd vård inte ska tillämpas inom hälso- och sjukvården och patientens autonomi handlar normalt om att ge sitt informerade samtycke till de insatser som erbjuds.

En annan aspekt kopplat till självbestämmande är att om patienten beslut vilar på en solid faktagrund är möjligheten större att patienten faktiskt gör val som realiserar hans bakomliggande värderingar och preferenser. Bedömningsstödet kan därför ge bättre förutsättningar för att göra informerade val än vad mer subjektiva och osäkra bedömningar kan ge. Stödet kan alltså innebära att patientens autonomi stärks, genom att olika samband som har betydelse för patientens sjukskrivningslängd i kombination med information om den fara som längre sjukskrivning kan innebära för patientens hälsa, ekonomi, livskvalitet, suicidrisk etc. klargörs. Ett sätt att betrakta detta är att patienten därmed ges ökade förutsättningar att ta ansvar för sitt eget liv när det gäller sjukskrivning och rehabilitering. Att det finns ett värde i att stärka patienters möjlighet att kunna ta ansvar för sina egna liv förefaller odiskutabelt. Det är dock viktigt att påpeka att synen på individens ansvar har olika ställning och olika roll inom olika delar av svensk myndighetsutövning (inkluderande svensk hälso- och sjukvård). Inom hälso- och sjukvården är det tydligt att den etiska plattformen för prioritering inte tillåter hänsyn till tidigare val när det gäller resursfördelning, eller uttryckt på ett annat sätt, en persons bristande ansvarstagande tidigare i livet ska inte påverka tillgången till vård och behandling. Däremot kan man delvis väga in personen fortsatta livsval för att bedöma nyttan av att sätta in en behandling. Inom socialtjänstområdet finns det explicita skrivningar om att socialtjänstens insatser bör syfta till att stärka personens ansvarstagande i och kring sitt eget liv (SoL). Generellt förefaller det peka på att det finns skäl att försöka stärka och väga in patientens framåtblickande ansvar kring sin hälsa och behandling, men att man däremot bör vara försiktig att väga in patientens historiska ansvarstagande.

Ett problem i detta sammanhang kan vara det ökade fokuset på personcentrerad vård i relation till bedömningsstödet. Den personcentrerade vården lägger stor vikt vid att utgå från patientens subjektiva perspektiv och erfarenheter vid beslut och genomförande av insatser. Ett bedömningsstöd kan i det sammanhanget upplevas som fyrkantigt och inte personcentrerat. Samtidigt måste det betonas att bedömningsstödet gör en individuell prognos baserad på hur generella faktorer samverkar hos den aktuella patienten och är därmed mindre fyrkantigt än nuvarande generella bedömningsstöd. Om bedömningsstödet även fungerar mer som underlag för dialog och inte som facit, kan ytterligare anpassning göras om det finns relevanta faktorer hos patienten som inte är medtagna i bedömningsstödet. Vetenskapligt evidensbaserade samband bör normalt sett inte ifrågasättas utifrån ett mer subjektivt perspektiv.

5.4 Integritet

Uppgifter om en patients hälsa anses som integritetskänsliga uppgifter enligt svensk lagstiftning och även uppgifter om arbetsförmåga (även om inte tolkade som strikt hälsouppgifter) kan uppfattas som känsligt i ett samhälle som lägger stor vikt vid "arbetslinjen" och människors bidrag till den gemensamma välfärden och sin försörjning genom arbete. Även andra uppgifter som är relevanta för sjukskrivningslängd i

bedömningsstödet kan uppfattas som integritetskänsliga. Det är dock viktigt att påpeka att det finns stora individuella variationer när det gäller synen på vad som är integritetskänsligt - och framförallt är de flesta individer villiga att dela med sig av även känsliga uppgifter om det ser de därmed kan uppnå något av värde (exempelvis hälsa, eller sjukskrivning eller vad det kan vara). Ett problem i detta sammanhang kan vara om det finns en diskrepans mellan patientens inställning till sin sjukskrivning och andra intressenters inställning och där de uppgifter som samlas från patienten kan motverka hens intresse. I ett sådant fall kan de uppgifter som samlas in uppfattas som mer känsliga från patientens perspektiv.

Samtidigt, om insamlingen av känsliga uppgifter sker i öppen dialog med patienten där hen tillfrågas om hen vill dela med sig av specificerade uppgifter inom olika fält eftersom det kan ge en mer korrekt bedömning av sjukskrivningslängden - kan förmodligen integritetsriskerna minimeras.

I nuläget har Försäkringskassan tillgång till information som hälso- och sjukvården normalt inte har, exempelvis kring tidigare sjukskrivning, som är relevant för prediktionen av ny eller fortsatt sjukskrivning. Är detta information som bör vara synlig för alla, eller bör informationen och de samband som ligger till grund för bedömningen i stödet snarare vara innesluten i en "black box". Här kan man tänka sig olika nivåer av öppenhet. Ur ett pedagogiskt perspektiv och för att de olika intressenterna ska kunna föra en konstruktiv dialog och fatta förståeliga beslut utifrån bedömningsstödet är det viktigt att det är transparent vilka faktorer som påverkar sjukskrivningen och hur den påverkas av dessa faktorer. Det behöver dock inte innebära att de behöver kunna eller känna till den exakta algoritmen som ligger till grund för att ta fram dessa samband. Snarare handlar det om att förstå sådant som att tidigare sjukskrivning påverkar risken för förlängd sjukskrivning (kanske med en viss faktor) etc.

När det gäller att använda sig av potentiellt integritetskänsliga uppgifter kan en huvudregel vara att låta patienten ta ställning till om hen vill dela med sig av dessa uppgifter. Samtidigt kan det enligt ovan, när det rör sig om rätt till ekonomisk ersättning, vara vissa uppgifter som inte är frivilliga för patienten att dela med sig av om hen samtidigt vill få ekonomisk ersättning något som dock enligt ovan förefaller vara en rimlig inskränkning av patientens autonomi.

5.5 Samsyn mellan olika aktörer och resurspåverkan

Om bedömningsstödet ska användas på ett jämlikt sätt för olika patienter kräver det samsyn i vilken roll stödet bör ha. Om en vårdgivare använder sig av stödet som underlag för dialog och någon annan använder det som ett facit kan det uppstå olyckliga diskrepanser. Detta kan påverka både inställningen och synen på stödet från olika intressenter (inte minst patienten själv), och därmed också användningen. Detta gäller det att vara uppmärksam på.

En annan fråga kan kopplas till på vilket sätt det finns resurser, kompetensmässiga och tidsmässiga, att använda stödet, samt om användningen av stödet leder till undanträngning av andra resurser. Tillgång till resurser kan även det påverka den jämlika användningen och

behöver bevakas. Huruvida en eventuell undanträngning är motiverad eller ej beror på den nytta bedömningsstödet kan bidra med och vad som får stryka på foten om det används.

5.6 Professionella värderingar och mönster

Bedömningsstödet kan komma att användas av olika professionella grupper med olika värderingar, roller och bakgrund. Detta kan skapa konflikter kring hur det ska användas. Läkargruppen är en grupp som normalt anses ha en mycket stark professionell identitet, starka värderingar kring sin roll och profession och en stor självständighet i sitt beslutsfattande. Likaså är deras primära fokus i sin profession att bidra till människors hälsa. De kommer troligen se bedömningsstödet mer som ett dialogunderlag eller som en form av rekommendationer, och inte som facit eller styrande. Vissa läkare kan även uppfatta det som att bedömningsstödet ifrågasätter deras egen bedömningskompetens vilket kanske kan uppfattas kränkande. Handläggarna på Försäkringskassan har en annan professionell identitet och roll och inte som primärt fokus människors hälsa. Kortare utbildning, mindre självständighet och mer regelstyrning kan innebära att bedömningsstödet uppfattas mer som facit och styrande för vilka beslut ska fattas. Eftersom dessa olika inställningar kan innebära att stödet används på olika sätt, med olika rekommendationer som följd - kan det orsaka konflikter. Detta behöver det finnas beredskap för att hantera i det fall bedömningsstödet ska användas av fler aktörer än enbart inom hälso- och sjukvården.

5.7 Särintressen

Ett problem med bedömningsstödet som behöver lyftas är om det kan uppfattas som att det stödjer vissa särintressen. Utifrån patientens perspektiv kanske det kan uppfattas som att stödet framförallt finns till för att spara samhällsliga resurser, genom att framförallt minska sjukskrivningslängden. Här är det viktigt med en pedagogisk insats gentemot patienten för att förklara att stödet tar fram statistiska samband mellan olika faktorer och sjukskrivningslängd och att det kan slå åt båda håll, dvs. både innebära längre men också kortare längd än vad patienten förväntar sig. Likaså är det enligt ovan viktigt med information om att riskerna med sjukskrivning och att bedömningsstödet kan visa på hur sambanden mellan olika faktorer och en (för) lång sjukskrivning kan se ut. Ett annat särintresse som vi lyfte ovan är patientens intresse av att få vara sjukskrivna. Om bedömningsstödet uppfattas rekommendera sjukskrivningslängder som inte stämmer med patienternas egen uppfattning kan det skapa ett motstånd mot att det används och leda till att patienter blir ovilliga att dela med sig av uppgifter. Möjligen kan det även leda till att vissa patienter lär sig hur man ska manipulera stödet för att få "rätt" sjukskrivningslängd genom att ge anpassade uppgifter. Återigen handlar detta om att skapa en förtroendefull dialog kring sjukskrivningen där stödet blir ett hjälpmedel i den dialogen. Likaså ska det betonas att stödet bör ses som underlag för dialog och bedömning och inte som ett facit,

5.8 Långsiktiga konsekvenser

De långsiktiga konsekvenserna av att använda bedömningsstödet är svåra att sia om och det beror dels på hur stödet utformas men även på hur det kommer att användas, samt hur det kommer att framställas i media och annan utvärdering. Om det på sikt framförallt framställs

som ett medel till att tillvarata samhällsekonomiska intressen kan det påverka tilliten till att använda systemet, framförallt från patienterna sida. Att kunna peka på hur det bidrar till en förbättrad rehabilitering av patienterna kan här vara en framgångsfaktor (naturligtvis under förutsättning att så är fallet).

En annan långsiktig konsekvens är mer förknippad med hur interaktionen mellan en mängd olika bedömnings- och beslutssystem kan påverka den professionella rollen, framförallt för läkare. Risken skulle kunna vara att läkaren uppfattar sig styrd av en stor mängd beslutssystem och inte får chans att träna upp sin egen bedömningsförmåga i tillräckligt hög grad.

5.9 Slutsatser

Den etiska analysen lyfter fram områden och frågeställningar som blir särskilt viktiga att beakta i en framtida utveckling och införande av ett bedömningsstöd för sjukskrivning.

Området autonomi pekar på att ett bedömningsstöd kan innebära att patientens autonomi stärks, genom att det kan ge en risksignal som, i kombination med information om den fara som längre sjukskrivning kan innebära för hälsa, ekonomi och livskvalitet, förtydligar risken även för patienten själv. På så sätt kan man hävda att patienten ges ökade förutsättningar att ta ansvar för sitt eget liv när det gäller sjukskrivning och rehabilitering mot i dagsläget. Detta talar också för att stödet bör utformas så att det går att visa även för patienten, som underlag för dialog. I en sådan dialog blir förekomsten av möjliga insatser för att återfå hälsa och arbetsförmåga viktiga, vilket talar för att innehåll som förklarar risk och visar på möjliga insatser bör vara centrala och visuellt näraliggande samt pedagogiskt utformande med både hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten som målgrupper.

Områdena autonomi och integritet visar på behovet av patientens samtycke i det fall känsliga personuppgifter ska inhämtas och användas i en individuell prediktion. Samtycket behöver inhämtas och formuleras analogt med andra liknande samtycken inom hälso- och sjukvården, beroende på vilka prognosfaktorer som inhämtas av bedömningsstödet, vilket kan variera över tid. Vissa grundläggande prognosfaktorer – som ålder, kön och diagnos, är redan kända för läkaren vid patientmötet och behöver inte inhämtas via samtycke. Den etiska analysen visar också på att det är rimligt att, så långt som möjligt, visa vilka prognosfaktorer som används i den prediktiva modellen eftersom detta är grunden för en dialog mellan läkare och patient.

Området jämlikhet och rättvisa visar på behovet att ett bedömningsstöd, när det införs, används likartat mellan olika vårdgivare. Ett kunskaps- eller beslutstöd, i detta fall kallat bedömningsstöd, har som syfte att utjämna olikheter och att lyfta olika användare till samma kunskapsnivå oavsett personliga erfarenheter och inställningar. Denna effekt förloras om stödet inte används likartat inom hälso- och sjukvården. Det är också viktigt att bedömningsstödet utformas på ett sätt som gör det tydligt att det ger just ett stöd för bedömning och inte ska ses som ett facit. Det finns annars en risk för en normerande effekt från tidigare sjukskrivningsmönster som inte är önskvärd eftersom det kan vara felaktiga mönster som bygger på okunskap eller felaktig hantering av sjukskrivningar. Om väl ett bedömningsstöd utvecklas bör det ses som en plattform för kommunikation om sjukskrivning

som, utöver statistiskt baserade prognoser och risksignaler också ger rekommendationer och vägledningar om sjukskrivning utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

6 Referenser

1. Heintz, E., Lintamo, L., Hultcrantz, M., Jacobson, S., Levi, R., Munthe, C., et al. (2015). FRAMEWORK FOR SYSTEMATIC IDENTIFICATION OF ETHICAL ASPECTS OF HEALTHCARE TECHNOLOGIES: THE SBU APPROACH. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 31(3), 124-130, doi:10.1017/s0266462315000264.
2. Socialdepartementet (1982). Hälsa- och sjukvårdslag. (Vol. Proposition 1982:763).
3. Socialdepartementet (1996/97:60). Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. (Vol. Proposition 1996/97:60). Stockholm.