

Lars Engqvist i intervju om sina visioner för reumatikerna:

## Laglig rätt till rehabilitering högkostnadsskydd för merkostnader



Laglig rätt till rehabilitering, pengar till finansiell samordning för att underlätta rehabilitering och på sikt ett gemensamt högkostnadsskydd för samtliga merkostnader som en kronisk sjukdom medför. Och inom ramen för en nationell vårdgaranti som omfattar samtliga diagnoser ska riksdagens prioriteringsordning för reumatiker och andra med svåra kroniska sjukdomar gälla.

Så ser socialminister Lars Engqvists framtidsbild ut för reumatikervården.

– Jag är inte alls främmande för att precisera individens rättigheter genom lagstiftning. Det kan gälla rätten till rehabilitering, men också till exempel utprovning av hjälpmedel, som är ett stort problem i dag, säger socialminister Lars Engqvist.

Den nuvarande skyldighetslagstiftningen innebär att sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att tillhandahålla rehabilitering, men alltför, inte minst reumatiker, upplever att samhället sviker på den punkten. Därför har Reumatikerförbundet krävt lagstadgad rätt till rehabilitering, ett förslag som nu får stöd av socialministern. Lars Engqvist tror på en utveckling, där patientens ställning stärks genom mer definierade rättigheter.

– Min bild är att vi på allt fler

områden i vården kommer att föra över den princip som gäller inom socialtjänsten, det vill säga rättighetsslagstiftning. Sjukvården har redan börjat ändra karaktär i den riktningen. Det fria vårdvalet innebär exempelvis en maktförskjutning till patientens fördel.

### Pengar till samverkan

För att bland annat underlätta aktiva rehabiliteringsinsatser planerar Lars Engqvist en proposition i höst om finansiell samverkan.



– Vi har tagit ställning för att resurserna ska samordnas och kommer att lägga ett förslag som ger försäkringskassorna möjlighet att använda upp till fem procent av den totala omsättningen till strategiska insatser, säger Lars Engqvist.

Men han gör ett viktigt förbehåll. Pengar från sjukförsäkringen får aldrig användas till den grundläggande finansieringen av sjukvården. Då urholkas försäkringskassans möjligheter att arbeta. Det är också viktigt med en tydlig avvägning, så att inte bara produktionsfaktorer styr vem som får insatser.

Lars Engqvist är bekymrad över att debatten om de ökade kostnaderna för sjukskrivningar, tenderar att nästan uteslutande handla om arbetslivsriktad rehabilitering.

– Jag brukar värja mig mot att man ska motivera sjukvårdsinsatser med plånboken, men det är naturligt-

vis ingen tvekan om att varje lyckad rehabilitering är en vinst för samhället. Man får bara inte glömma bort att livskvalitet och ett värdigt liv för den enskilde är lika viktiga motiv för rehabilitering.

– Därför är det av stort värde att Reumatikerförbundet trycker på för att bredda diskussionen om rehabilitering. Utgångspunkten måste vara att rehabilitering så långt som möjligt ska syfta till att människor kan upprätthålla eller återvända till ett värdigt liv. Jag är övertygad om att alla reumatiker som kan, också vill upprätthålla ett arbete. Men vi får inte glömma bort att det också finns de som är för sjuka för att kunna arbeta. Väldigt många människor kan inte och kommer inte att kunna arbeta heltid, kanske inte ens deltid. De är otroligt viktigt att också de får stöd för rehabilitering till ett värdigt liv. Där har Reumatikerförbundet mitt fulla stöd, säger Lars Engqvist.

### Vårdgarantin – en utmaning

Tillsammans med åtgärder för att minska ohälsan är förslaget om en



nationell vårdgaranti för samtliga diagnoser den stora utmaningen för regeringen inför valet. Ett förslag som nu också Landstingsförbundets kongress ställt sig bakom.

När socialdemokraterna gjorde sitt utspel i våras och utlovade en nationell vårdgaranti från årsskiftet om de vinner höstens val, var det många som

höjde på ögonbrynen. Vårdgaranti var ett gammalt borgerligt förslag, som partiet tidigare sagt blankt nej till. Men Lars Engqvist protesterar när han får frågan vad det var som fick det socialdemokratiska partiet att vända.

– Frågan grundar sig på en missuppfattning. Tidigare har diskussionen handlat om en vårdgaranti som omfattar ett visst antal diagnoser. Det är både vi och Landstingsförbundets majoritet negativa till. Vad vi föreslår är något helt annat. Det är en vård- och behandlingsgaranti som ska omfatta alla diagnoser och utgå från den så kallade 0-7-90-regeln. 0 dagar för att få kontakt med distriktssköterska eller annan person i primärvården, högst sju dagar för att få träffa en läkare och behandling senast inom tre månader efter att diagnos och behandlingsbehov har fastställts.

Förslaget har fått kritik från flera håll. Handikapprörelsen har varnat för risken att vårdgarantin sätter riksdagens beslut om prioriteringar i vården ur spel och försvårar för kroniskt sjuka att få vård i tid. Samma farhågor kommer från läkarnas och sjuksköteskornas organisationer. I en tidigare rapport om förutsättningar för en behandlingsgaranti i svensk sjukvård har även Socialstyrelsen påpekat risken att en vårdgaranti kan leda till felaktiga prioriteringar.

### Lars Engqvist är inte orolig

– Att vårdgarantin skulle gå ut över de kroniskt sjuka är en olycklig diskussion. Vi sätter upp allmänna krav på tillgänglighet i sjukvården och i hela vårdkedjan. Det är nödvändigt för att bibehålla människors förtroende för den allmänna vården. Socialstyrelsen skriver också i sin rapport att det är viktigt att sjukvården inte tappar i förtroende genom långa väntetider. Människor förväntar sig att få hjälp också för enklare åkommor. Om de inte får det, kommer de att vända ryggen åt den allmänna sjukvården och det vore ett verkligt hot mot prioriteringsordningen och till skada för kroniskt sjuka och andra som behöver en väl fungerande allmän vård. Då har vi snart ett system med olika försäkringslösningar där plånbocken styr tillgången till vård, säger han.

– Om vi skjuter till resurser för att få balans mellan primärvård och

slutenvård och för att minska väntetiderna, måste vi också upprätta ett allmänt regelverk som anger hur tillgänglig den allmänna vården ska vara. Det är en väldig skillnad mot de olika typer av vårdgarantier som finns i en del landsting och som bara är inriktade på att minska väntetiderna för ett visst antal diagnoser.

### Prioriteringsordningen gäller

Någon risk att patienter med enklare åkommor som väntat i tre månader ska prioriteras före en patient med större medicinska behov som behöver hjälp tidigare, tror Lars Engqvist inte att det blir. Alla ska garanteras behandling inom tre månader, men inom den ramen ska prioriteringsordningen gälla.

– Det som ser ut som en paradox, kan i själva verket vara ett sätt att lösa en konflikt, säger han men tillägger att en vårdgaranti för alla ställer tuffare krav på politiker och vården.



Framförallt kräver den mer resurser till sjukvården.

– Det är fullkomligt uteslutet att ens diskutera att minska sjukvårdens samlade resurser eller sjukvårdens andel av våra gemensamma resurser. Min bedömning är att sjukvården behöver nå tio procent av bruttonationalprodukten inom tio år. Det betyder att vi måste täcka in ett gap på 25 miljarder kronor under de åren.

### Vem ansvarar för att prioriteringsordningen följs?

– Förhoppningsvis en kombination av politiker och anställda inom vården. I slutändan är det statens tillsynsmyndighet, Socialstyrelsen, som ska följa upp att det fungerar. Det har alltid skett en viss rangordning i sjukvården,



Laglig rätt till rehabilitering och på sikt ett gemensamt högkostnadsskydd för samtliga merkostnader som en kronisk sjukdom medför. Det är några av socialministerns visioner för reumatikerna.

men att långa köer skulle vara ett utslag av medvetna prioriteringar är en myt. Köerna beror snarare på dålig planering och rutiner som inte fungerar. Att till exempel rutinmässigt alltid boka in ett återbesök långt fram i almanacken är ett exempel på en prioritering utan eftertanke, säger Lars Engqvist.

När Reumatikerförbundet granskade väntetiderna till reumatologklinikerna förra hösten, påpekade flera läkare att de tvingas glesa ut återbesök och kontroller av redan inskrivna patienter för att klara nybesök inom rimlig tid. Ser du ingen risk att en vårdgaranti som är inriktad på nybesök och tid för första behandling går ut över patienter som behöver långvarig behandling med täta kontroller?

– Jo, här kan det finnas en risk, som vi måste vara mycket observanta på och ta in i de riktlinjer som ska gälla för vårdgarantin. Det handlar inte bara om att få en diagnos utan också om att få tillgång till de återbesök som krävs för att patienten ska få kontinuerlig behandling och uppföljning.

Reumatikerförbundets kartläggning visade att bristen på specialistutbildade läkare var det främsta skälet till långa väntetider. Vad kan staten göra för att se till att det utbildas fler reumatologer?

– Statens ansvar innebär att Socialstyrelsen ska stödja fortbildning och nyrekrytering, men det ansvaret kanske måste bli tydligare. Det är Socialstyrelsens ansvar att bedöma vilka specialiteter som behöver utvecklas. Problemet är att alla ropar på mera resurser, men också här måste prioriteringsbeslutet vara vägledande.

Lars Engqvist skiljer på vertikal och horisontell prioritering. Den vertikala prioriteringen måste alltid börja i samtalet mellan patient och läkare och utgå från risk och nytta med en viss behandling.

– Ofta handlar det om att ge maximal behandling, men jag menar att läkaren också måste vara nogg med att upplysa patienten om eventuella risker. Det är inte självklart att en behandling alltid ska genomföras, bara för att tekniken finns, säger han och berättar om sin mamma, som dog i en blodpropp ett par timmar efter en höftledsoperation för 15 år sedan.

– Ingen kan lastas för vad som händer, det var ingen felbehandling, utan sådant som kan inträffa vid större ingrepp. Men även om det dessbättre är mycket ovanligt, är det klart att man funderar över om en viss behandling ska genomföras bara för att den är tillgänglig.

Den horisontella prioriteringen handlar om att bestämma var i sjukvården resurserna ska satsas. Alltså -

hur ser man till att en reumatiker, oavsett var i landet han eller hon bor, får tillgång till reumatolog och hjälp av ett team med arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator och så vidare.

– Det finns ingen allmän läkarbrist i Sverige, men vi har en snedfördelning som vi måste råda bot på. Därför måste vi utgå från prioriteringsbeslutet också när det gäller att styra resurser till rekrytering av läkare och annan vårdpersonal för att täcka de verkliga behoven.

En angelägen reform på sikt är ett gemensamt högkostnadsskydd som täcker in alla de merkostnader som drabbar långvarigt och kroniskt sjuka människor. För Reumatikerförbundets medlemmar handlar det om merkostnader på i genomsnitt drygt 1800 kronor i månaden. Samtidigt är det få som får handikappersättning trots att de har låga inkomster. När kommer en sådan reform?

– Det är igen tvekan om att de gamla högkostnadsskydden är för begränsade och behöver ses över, men vi har varit försiktiga eftersom de omedelbara reformerna på handikappområdet har

inriktats på att klara assistansersättning och bilstöd. Därför har vi inte vågat utlova någon reform på det här området, säger Lars Engqvist.

Inte heller nu vågar han ge något löfte om tidpunkt när en reform kan komma, men säger att han ska ta initiativ till en studie för att få ett samlat grepp över alla merkostnader.

– Det är ett komplext område och vi måste kunna bedöma hur vi vill ha det med högkostnadsskydd för sjukvård och läkemedel, men också för hjälpmedel, särskild diet och andra merkostnader som fotvård och tandvård.

– Syftet är dels att skapa ett gemensamt högkostnadsskydd, dels att se över hur handikappersättningen fungerar och vilka som ska vara kvalificerade att få ersättning, slutar Lars Engqvist.

Lotta Tillström. Foto Bosse Kinnäs