

Vård och omsorg
Harald Grönqvist
Bo Alm

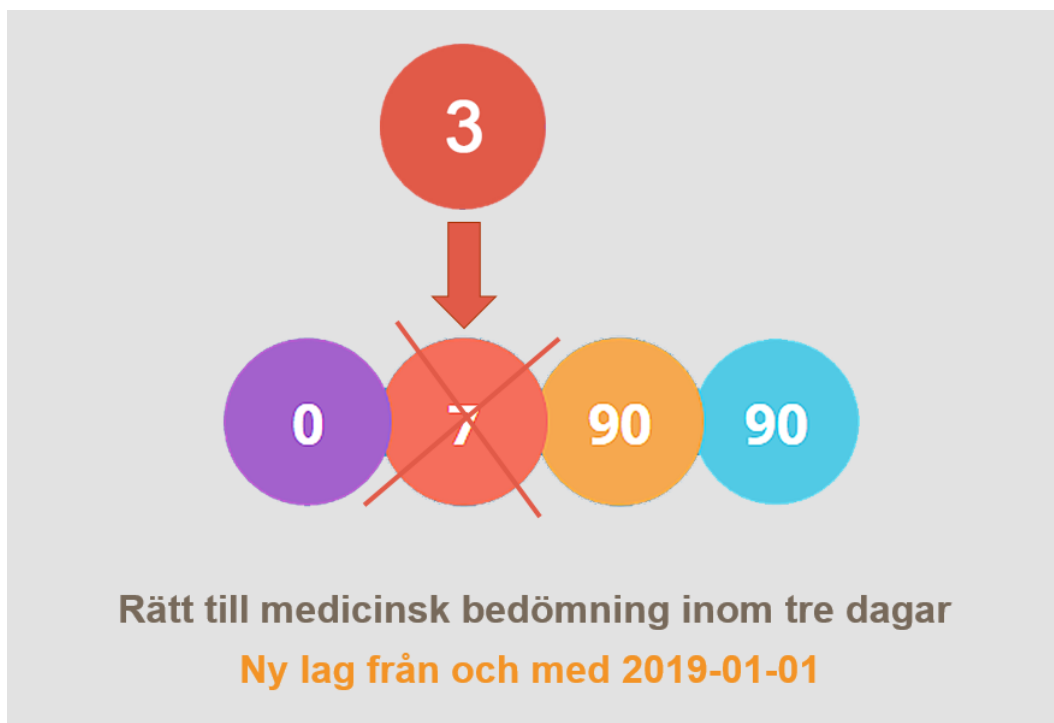
Förstärkt vårdgaranti från 1 januari 2019

Riksdagen beslutade i våras att vårdgarantin inom primärvården ska förstärkas från och med den 1 januari 2019.

Förstärkningen innebär att patienter som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen ska göras av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.

Den förstärkta vårdgarantin är ett led i arbetet med att omstrukturera hälso- och sjukvården. Primärvården ska bli en tydlig bas och första linje och ska utgöra grunden för en god och nära vård, som tydligt utgår från patientens behov och ges nära befolkningen.

Förstärkningen av vårdgarantin inom primärvården genomförs för att patienter som vänder sig dit med medicinska behov som kan tillgodoses av andra yrkesgrupper än läkare, kan få adekvat hjälp snabbare om de inte först måste vänta upp till sju dagar för att få träffa en läkare.



Vårdgarantin från 1 januari: 0 – 3 – 90 – 90

Från årsskiftet, då den lagstadgade ändringen träder i kraft, kommer vårdgarantins tidsgränser att vara 0 – 3 – 90 – 90 dagar. Det betyder att man som patient ska:

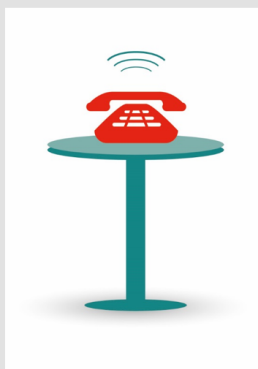
- Få kontakt med primärvården inom **0 dagar** (samma dag patienten tar kontakt)
- Få en medicinsk bedömning av legitimerad personal i primärvården inom **3 dagar**
- Få ett första besök i den specialiserade vården inom **90 dagar**
- Efter beslut, få en operation/åtgärd inom den specialiserade vården inom **90 dagar**

Fakta

- Av över 42 miljoner årliga besök i primärvården är cirka en tredjedel läkarbesök.
- Av drygt 27 miljoner besök hos andra professionsgrupper än läkare är ungefär hälften besök hos en sjuksköterska eller barnmorska och en tredjedel besök hos fysioterapeuter och arbetsterapeuter.
- Av de resterande besöken görs många hos undersköterskor och psykologer.

Så tillämpar man den förstärkta vårdgarantin i primärvården

1. Patienten tar kontakt



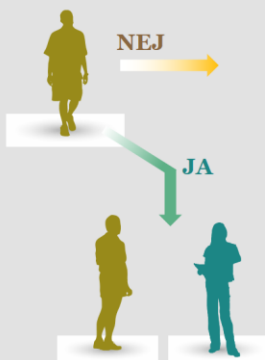
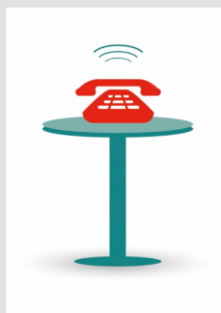
0:an – Behovsbedömning

” En typ av bedömning sker i samband med den första kontakten, den s.k. nollan i vårdgarantin.

Där sker bedömningen av om patientens tillstånd är sådant att vidare kontakt med vårdcentralen är befogad, d.v.s. att garantin till besök i primärvården aktiveras.”

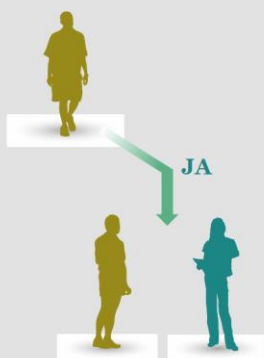
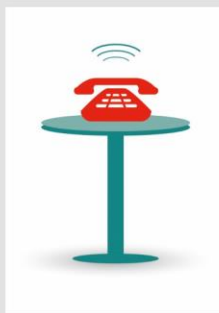
Proposition 2017/18:83

2. Behöver patienten vidare kontakt med primärvården?



Om patientens problem kan omhändertas direkt genom t.ex. egenvårdsråd, och det därför **inte behövs någon fortsatt kontakt med primärvården för detta hälsoproblem**, omfattas patienten inte av den förstärkta vårdgarantin.

3. Är det ett nytt eller försämrat hälsoproblem?



Har patienten ett nytt hälsoproblem, en oväntad eller kraftig försämring eller förändring av ett tidigare känt medicinskt problem eller en utebliven behandlingseffekt?



Vem gör den medicinska bedömningen?

” Den enskilde ska få en medicinsk bedömning av **läkare** eller annan **legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal** inom primärvården.

Den görs av någon med **tillräcklig kompetens** för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård.

Det **medicinska yrkesansvaret** innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen.

Avgörandet om vem som bör utföra den medicinska bedömningen bör i första hand **bero på patientens aktuella behov**. Detta gäller även på vilket sätt bedömningen ska göras och kommuniceras.”

Proposition 2017/18:83

Uppföljning av den medicinska bedömningen

Den medicinska bedömningen ska följas upp genom att det i journalen finns en **diagnos- och / eller åtgärds kod dokumenterad**, som ett resultat av den bedömning som är gjord vid öppenvårdskontakten

Uppföljning – så ser väntetiden ut till medicinsk bedömning

Från och med den 1 januari kommer uppföljningen av den förstärkta vårdgarantin att redovisas på vantetider.se.

Det innebär att den tidigare uppföljningen av läkarbesöken, den så kallade sjuan, inte längre ingår i uppföljningen av vårdgarantin, utan flyttas till annan plats på hemsidan.

Resultaten redovisas i form av andel patienter som fått en medicinsk bedömning inom 3 dagar. Uppföljningen redovisar även vilken yrkesgrupp som gjort den medicinska bedömningen.

Landsting och regioner arbetar för närvarande med att anpassa sina rapporterings-system i enlighet med den förstärkta vårdgarantin.

Redovisningen genomförs varje månad och uppdateras månatligen.

Patienter som själva valt att vänta längre än 3 dagar (patientvald väntan) ingår inte i beräkningen av andelen som inte fått medicinsk bedömning inom tre dagar.