

LESS och styrande principer inom hälso- och sjukvården

Vårdgarantin anger krav på tillgänglighet och kompetens

År 2019 ändrades den dåvarande vårdgarantin (som var en garanti att träffa sin läkare inom 7 dagar) till en garanti att få kontakt med sin vårdcentral samma dag (0) och en medicinsk bedömning av legitimerad vårdpersonal inom 3 dagar.

Den nya vårdgarantin är en helt avgörande pusselbit för omställningen till Nära vård.

Rådande bestämmelser anger att all vård ska föregås av en medicinsk/behovs -bedömning. Vårdens övergripande etiska principer anger att vården ska ges på lika villkor och enligt behov¹ och inte av andra faktorer såsom: kön, ålder, födelseland, socioekonomisk status, vilken vårdgivare som utför vården, med mera².

Detta innebär att vården har en skyldighet att 1. Bedöma patientens medicinska behov i enlighet med vårdgarantin och prioritera den med störst behov 2. Inte tilldela vårdresurser utifrån individuella önskemål om åtgärder om dessa bedöms medicinskt onödiga eller olämpliga.

Om vårdpersonal identifierar ett behov av läkarbedömning ska det kunna ombesörjas. Läkaren ansvarar sen för att ta ställning till vidare åtgärder som exempelvis behov av en försäkringsmedicinsk bedömning.

En seglivad och problematisk föreställning om “rätt till vård efter önskemål”

Detta förtydligande görs utifrån en generell missuppfattning att vårdgivaren är skyldig att erbjuda tid till läkare för patienter som *önskar så* och en specifik missuppfattning att *ett önskemål om sjukskrivning* automatiskt ska motivera en försäkringsmedicinsk bedömning av läkare.

1. **Det finns sedan 2019 ingen aktuell bestämmelse som styr att en patients önskemål om läkarbedömning ska ge rätt till en läkarbedömning utan att ett sådant behov först identifierats av legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal.**
2. **I enlighet med vårdens etiska plattform och övergripande principer ska vård ges på lika villkor och efter behov och inte utifrån faktorer såsom: kön, ålder, födelseland, socioekonomisk status med flera. Här är det viktigt att förstå att**

¹ [Prioriteringar inom hälso- och sjukvården](#)

² [Uppföljning av jämlik vård i Region Skåne](#)

förmågan att efterfråga exempelvis en sjukskrivning bygger på flera individuella faktorer bland annat: ålder (arbetsför), socioekonomisk status (sysselsättning), språk, kännedom om sjukförsäkringssystemet, förmåga att önska/kräva.

Den förstärkta vårdgarantin sedan 2019

En möjlig förklaring till förekommande missuppfattning kan vara att det före 2019 var angivet vården en skyldighet att erbjuda läkarbesök inom en viss tid. Övergripande förändringar i stora system är ofta svåra att förankra i alla led.

Nedan följer en jämförelse mellan de tidigare och nuvarande formuleringarna i såväl **Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)** och **Patientlagen (PL)**. Den kritiska skillnaden är övergången från "läkarbesök" till "medicinsk bedömning".

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Ändringen gjordes i kapitel 9 (tidigare kapitel 3 i den gamla versionen av HSL).

Gammal lydelse	Ny lydelse
"Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får besöka läkare i primärvården... "	1 § "Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning i primärvården... "
Tid: Inom 7 dagar.	Tid: Inom 3 dagar.
Utförare: Specifikt en läkare.	Utförare: Läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Patientlagen (PL)

Patientlagen ändrades för att spegla patientens individuella rättigheter i linje med de nya kraven på regionerna.

Gammal lydelse (2 kap. 3 §)	Ny lydelse (2 kap. 3 §)
-----------------------------	---

"Patienten ska inom primärvården få besöka en läkare inom ramen för vårdgarantin..."	"en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården."
---	--

Vad innebär "Legitimerad personal"?

I den nya lagtexten preciseras att bedömningen ska göras av vårdpersonal med legitimation. Det innebär att vårdgivaren inte längre har lagstadgad skyldighet att erbjuda bedömning av specifikt en läkare, utan kan hänvisas till:

- **Sjuksköterska**
- **Fysioterapeut (Sjuktymnast)**
- **Psykolog, hälso- och sjukvårdskurator, psykoterapeut**
- **Arbetsterapeut**
- **m.fl. (i Sverige finns det 22 yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som kräver legitimation från Socialstyrelsen.)**

Viktig nyans: Om den legitimerade personalen (t.ex. en sjuksköterska) bedömer att det finns ett behov av en läkarbedömning ska detta ombesörjas i skälig tid. Men själva "garanti-klockan" stannar när den första medicinska bedömningen är gjord.

Förarbeten och lagens intentioner

För den som är osäker på om lagen tolkas rätt i arbetssättet LESS är det möjligt att gå till förarbetena inför ändringen av vårdgarantin 2019.

I förarbetena motiverar regeringen varför de gjorde ändringen från specifikt "läkarbedömning" till "medicinsk bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal" och vilka konsekvenser man avsåg att beslutet skulle få.

I [Regeringens proposition 2017/18:83](#) *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* kan vi följa resonemanget, här återgett i utvalda citat:

Rätt kompetens direkt

“Vem patienten får träffa avgörs i dag vid den första kontakten med vården. Dagens vårdgaranti (före 2019, red.) utesluter inte att patienten träffar personal från någon annan yrkesgrupp än läkare när han eller hon söker primärvården. I dag träffar dock patienten ofta dessa yrkesgrupper efter att först ha träffat läkare på vårdcentralen. **Patienter med behov**

som passar dessa yrkesgruppers kompetens skulle snabbare kunna få hjälp med sitt problem om de fick möta dem direkt. Detta kan få positiva effekter i form av minskat lidande och i vissa fall även minskat behov av sjukskrivning.” (s.27)

Medicinsk bedömning

“En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen 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.” (s.31)

Utveckla arbetssätten efter patientens behov.

“I en utvecklad och förstärkt primärvård kommer det att vara nödvändigt att nyttja befintlig kompetens så bra som möjligt och att utveckla arbetssätten efter patientens behov. Det är viktigt att den som genomför den medicinska bedömningen har den kompetens och behörighet som behövs för det av patienten sökta ändamålet. Inom primärvården finns det ett antal legitimerade yrkesgrupper med specifik yrkeskompetens, till exempel sjuksköterskor, fysioterapeuter, apotekare och psykologer. I dagens system träffar patienten ofta dessa yrkesgrupper efter att först ha träffat läkare på vårdcentralen. **Patienter med behov som bäst avhjälpas av dessa kompetenser kan snabbare få hjälp om de får möta dem direkt. Det finns också flera exempel på verksamheter som jobbar enligt denna logik runtom i landet i dag, med positiva resultat. Det handlar främst om att öka kvaliteten i vården genom att styra kompetensutnyttjandet efter den enskilda patientens vårdbehov. En bieffekt torde vara en effektivare användning av alla tillgängliga kompetenser på vårdcentralen för att säkerställa ett optimalt resursutnyttjande. Regeringen ställer sig därför bakom utredningens förslag att vårdgarantin inom primärvården bör utökas till att, förutom läkare, även omfatta annan hälso- och sjukvårdspersonal.” (s.31-32)**

Patientens behov som avgör vilken profession

“Avgörandet om vem som bör utföra den medicinska bedömningen bör i första hand bero på patientens aktuella behov. /.../ Den med störst behov ska ges företräde till vården. Det är också rimligt att det är patientens behov som avgör vilken profession som patienten ska träffa och inte lagstiftningen. Flera remissinstanser anser att begreppet medicinsk bedömning bör förtydligas så att det framgår att bedömningen innefattar mer än en bedömning av patientens vårdbehov. /.../ Regeringen förutsätter således att en medicinsk bedömning enligt den föreslagna bestämmelsen i praktiken får en vidare innebörd än en ren bedömning av patientens hälsotillstånd och vårdbehov. Vilka åtgärder som kan vidtas i samband med den medicinska bedömningen beror dock bl.a. på vilken profession som den

hälso- och sjukvårdspersonal som gör bedömningen tillhör. Utredningen anger att den medicinska bedömningen ska följas upp genom att det i journalen finns en åtgärds- eller diagnoskod registrerad./.../. **Regeringen vill framhålla att avsikten med förslaget är att vårdgarantin i denna del ska vara professionsneutral. Begreppet omfattar således inte uteslutande bedömningar av medicinskt utbildad personal i uttryckets strikta betydelse.”** (s.32)

LESS leder till Exakt det som regeringen avsåg med den förstärkta vårdgarantin “Regeringens förslag om en förstärkt vårdgaranti bedöms inte medföra några negativa ekonomiska konsekvenser för samhället. **Troliga positiva effekter av en snabbare tillgång till rätt kompetens inom primärvården är bland annat en minskad risk för långa sjukfall och en kortare rehabiliteringsperiod. Studier visar att psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar är de sjukdomsgrupper som orsakar de högsta samhällskostnaderna på grund av långvarig sjukfrånvaro. Att snabbt få träffa rätt kompetens t.ex. i form av en psykolog eller en fysioterapeut kan, förutom minskat lidande, potentiellt leda till minskade kostnader för utbetald sjukförsäkring, minskat produktionsbortfall och minskade kostnader för anhörigvård. Även individens lidande och oro och försämrade livskvalitet kan ses som en del av samhällskostnaden för en sjukdom.”** (s.35)

Avslutande sammanfattning

Sammanfattningsvis innebär vårdgarantin att patienten har rätt till en medicinsk bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar. Det är patientens medicinska behov som ska vara utgångspunkt för vilken profession som gör den första bedömningen liksom eventuell tilldelning av vårdresurser efter denna. Om denna bedömning visar att läkarkompetens behövs, ska det ombesörjas.

Utifrån detta kan LESS förstås som ett arbetssätt som ligger väl i linje med vårdgarantins och lagens intentioner. Modellen bygger på att patienten tidigt möter rätt kompetens utifrån behov, vilket kan bidra till mer jämlik, träffsäker och resurseffektiv vård. På så sätt blir ordningen tydlig: först medicinsk bedömning, sedan vid behov läkarbedömning och därefter, om det är aktuellt, försäkringsmedicinsk bedömning. Det ligger nära både lagstiftningens formuleringar och ambitionen om en god och nära vård.

Se generiskt flödesschema på nästa sida:



