

Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan

Nationell vägledning

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-10-25
Tryck www.socialstyrelsen.se, oktober 2017

Förord

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2016 (S2015/08135/SR) ett uppdrag om Effektivare utskrivning från slutenvård. Som en del i det redovisas nu denna vägledning om fast vårdkontakt. Rapporten inkluderar också ett avsnitt om samordnad individuell plan. Tidigare har en rapport om övergångar mellan slutenvård, öppen vård och omsorg redovisats.

Fast vårdkontakt är en författningsreglerad funktion för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården.

Syftet med denna vägledning är att underlätta för huvudmännen att upprätta lokala rutiner för funktionen fast vårdkontakt. Det kan i sin tur bidra till att personer med omfattande behov av hälso- och sjukvård i större utsträckning än tidigare erbjuds fast vårdkontakt, samt att det vid behov upprättas en samordnad individuell plan. Vägledningen riktar sig till vårdgivare, verksamhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som arbetar med personer med omfattande behov av hälso- och sjukvård.

Rapporten har skrivits av Elizabeth Åhsberg. I arbetet har Bassam El-Khoury och Malin Bruce deltagit, liksom interna och externa referensgrupper. Ett tack riktas till de representanter för olika yrkes- och intresseföreningar samt hälso- och sjukvårdsverksamheter som deltagit i arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Anders Fejer.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Läsanvisning	8
Om fast vårdkontakt	9
Bakgrund	9
Författning	10
När?	11
Var?	11
Hur?	12
Vem?	13
Varför?	15
Rapporterade erfarenheter	18
Exempel på arbetsätt	18
Om värdet av fast vårdkontakt	21
Om organisering	22
Om organisatoriska förutsättningar	23
Om samordnad individuell plan	25
Metodstöd	26
Referenser	27
Bilaga 1. Metodbeskrivning	30
Bilaga 2. Projektorganisation	35
Bilaga 3. Frågor och svar om samordnad individuell plan (SIP)	37
Bilaga 4. Frågor och svar om fast vårdkontakt	40

Sammanfattning

I Sverige har ett fåtal patienter med omfattande behov av hälso- och sjukvård erbjudits en fast vårdkontakt, trots att rätten till fast vårdkontakt infördes i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, år 2010.

Syftet med denna vägledning är att bidra till att patienter med omfattande behov i större utsträckning än tidigare erbjuds en fast vårdkontakt, samt att det vid långvariga behov av både vård och omsorg upprättas en samordnad individuell plan. Vägledningen kan användas som ett kunskapsunderlag till hur lokala rutiner kan utformas. Informationskällorna är en systematisk litteratursökning, insamling av beprövad erfarenhet, kartläggning av befintliga rutiner om fast vårdkontakt samt aktuella bestämmelser.

Här beskrivs varför en fast vårdkontakt ska utses, vem som kan utses till fast vårdkontakt, när, var och hur en fast vårdkontakt kan arbeta, samt de bestämmelser som gäller. Exempel ges därefter från intervjuer om befintliga arbetssätt inom olika vårdområden, liksom förslag på nödvändiga organisatoriska förutsättningar. Personer som behöver insatser från både kommun och landsting kan behöva en samordnad individuell plan, vilket också beskrivs.

När – en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Var – en fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Hur – en fast vårdkontakt bör kunna bistå patienten i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter och vara patientens kontaktperson.

Vem – det kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, undersköterska eller mentalskötare. Vid livshotande tillstånd ska en läkare utses.

Varför – en fast vårdkontakt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Samordning har visats kunna minska mängden sjukhusvård för patienter med omfattande behov av vård och omsorg.

För personer som behöver insatser från både kommun och landsting ska en samordnad individuell plan förtydliga huvudmännens ansvar på ett individuellt plan.

Läsanvisning

Denna vägledning beskriver dels vilka bestämmelser som gäller om fast vårdkontakt, i termer av varför en fast vårdkontakt ska utses, vem som kan utses till fast vårdkontakt samt när, var och hur en fast vårdkontakt kan arbeta. Dels beskrivs kortfattat intervjuer från personal som har erfarenhet av arbetsuppgifter som motsvarar det som kan förväntas av en fast vårdkontakt. Därutöver finns ett avsnitt om organisatoriska förutsättningar, där främst iakttagelser från tillsynsrapporter utgjort ett underlag för att beskriva vad som kan krävas för att fler patienter med behov av en samordnad vård ska kunna erbjudas en fast vårdkontakt.

Avslutningsvis finns ett avsnitt om vad som gäller för samordnad individuell plan, vilket också inkluderar en hänvisning till det stödmaterial som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har utvecklat och fortlöpande uppdaterar. För att ytterligare bidra med vägledning till patienter och vårdgivare har Socialstyrelsen reviderat frågor och svar om samordnad individuell plan (bilaga 3) samt tagit fram nya frågor och svar om fast vårdkontakt (bilaga 4) för publicering på myndighetens hemsida.

Denna vägledning kan övergripande ge kunskapsunderlag till hur lokala rutiner kan utformas. Lokala rutiner kan behöva ses över, så att det framgår när en fast vårdkontakt behöver utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget samt vilka uppgifter som ingår i uppdraget. Dessa rutiner behöver också stämmas av med angränsande verksamhetsnivåer och vårdnivåer¹.

¹ Proposition 2009/10:67 s.63

Om fast vårdkontakt

Bakgrund

Bestämmelser om fast vårdkontakt infördes år 2010 i HSL, men finns numera i första hand i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och patientlagen (2014:821). I praktiken har det dock funnits en viss okunskap kring hur en fast vårdkontakt kan fungera och få patienter har erbjudits en sådan vårdkontakt, både enligt den uppföljning av reformen som gjordes år 2012 [1] och den utvärdering som gjorts av patientlagen år 2017 [2]. Liknande erfarenheter rapporterades av de yrkes- och fackförbund samt intresseorganisationer som deltog i detta arbete, se bilaga 2.

Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har en mindre andel patienter (17 procent av 9 600 tillfrågade) under 2016 uppgett att de har en fast vårdkontakt. Av dessa 9 600 patienter uppgav 33 procent att samordningen av vården inte varit ändamålsenlig (främst äldre personer, vårdnadshavare till barn och kvinnor), samt 72 procent att de inte har fått information om möjligheten att få en fast vårdkontakt eller en fast läkarkontakt (jämn könsfördelning). Av de patienter som behövt insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten hade 37 procent fått en individuell plan upprättad av huvudmännen (jämn könsfördelning). Utvärderingen visar att patientlagens intention om att patienter ska bli mer informerade inte har blivit verklighet. Det gäller bl.a. information om möjligheten att få en fast läkar- eller vårdkontakt. Brist på information är också ofta en del av klagomålen i ärenden hos patientnämnder [2]. Dessutom, i en internationell jämförelse har det framgått att svenska patienter var de som i minst utsträckning bjöds in av sina läkare att delta i beslutsfattandet angående den egna hälsan och vården [3].

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i tillsynen för år 2016 lyft fram iakttagelser om bristande samverkan, samt ett bristande individfokus, i vården och omsorgen. Det gällde särskilt för personer med cancerdiagnos, äldre personer med multisjuklighet och personer med samsjuklighet (t.ex. missbruk och psykisk ohälsa eller psykiatrisk grundsjukdom och somatisk sjukdom) [4]. Brister har även påvisats när det gäller informationsöverföring mellan vårdgivare, särskilt vid utskrivning under kvällar och inför helger [5].

Trots det fåtal patienter som erbjudits en fast vårdkontakt kan dock flera andra funktioner mer eller mindre ha motsvarat rollen som fast vårdkontakt, inte minst de distriktssköterskor som tidigare hade ett områdesansvar. Distriktssköterskornas arbete har beskrivits som trygghetsskapande [6] vilket är ett av syftena med fast vårdkontakt.

Syftet med detta uppdrag var att ta fram en vägledning om arbetssätt och organisering för funktionen fast vårdkontakt. Det övergripande syftet var att bidra till att patienter i större utsträckning än tidigare erbjuds en fast vårdkontakt, samt att det vid behov upprättas en samordnad individuell plan. Uppdraget kan kopplas samman med globala mål för Agenda 2030, främst mål 3 (Hälsa och välbefinnande) och mål 10 (Minskad ojämlikhet).

Författning

Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses och utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det framgår av 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen och 6 kap. 2 § patientlagen. Patienten ska få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt, vilket anges i 3 kap. 2 § patientlagen.

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling finns bestämmelser om fast vårdkontakt. I 2 kap. 3 § anges bl.a. att verksamhetschefen ska ansvara för att det för en patient med ett livshotande tillstånd ska utses en legitimerad läkare som fast vårdkontakt.

En fast läkarkontakt är inte samma sak som en fast vårdkontakt. Det finns dock inte något som hindrar att den fasta läkarkontakten också är patientens fasta vårdkontakt.

Ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna vård

Den 1 januari 2018 träder lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Den nya lagen kommer att ersätta lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. För slutna psykiatrisk vård föreslås en särskild övergångsbestämmelse under 2018.

Den nya lagen berör patienter som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. I 2 kap. 5 § nämnda lag anges bl.a. att när en enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient, ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Den landstingsfinansierade öppna vården motsvaras vanligen av vård- och hälso-centraler i primärvården.

Den fasta vårdkontakten ska utses innan patienten skrivs ut från den slutna vården. Om patienten redan har en fast vårdkontakt i den öppna vården, kan denna fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt. När en person som skrivs ut från den slutna vården sedan tidigare bor på särskilt boende, eller är inskriven i kommunal hemsjukvård, kan den huvudsakliga fortsatta vården komma att ske i kommunal regi. Det är ett exempel på när en fast vårdkontakt kan utses i den kommunala hälso- och sjukvården.

I den nya lagen finns även bestämmelser om samordnad individuell plan. För utskrivna personer som bedöms behöva fortsatta insatser från både kommun och landsting, ska patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården kalla till en samordnad individuell planering, senast tre dagar efter det att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har lämnats (4 kap. 1 och 3 §§).

När?

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

6 kap. 2 § patientlagen

Den enskilda patientens behov av vård styr när och hur länge det är lämpligt att ha en fast vårdkontakt. Det innebär att en patient kan behöva följas genom hela vårdförloppet och vid kroniska tillstånd kan en fast vårdkontakt behöva finnas under längre tid. Behovet av fast vårdkontakt kan omprövas efter en tid.

Att en patient själv kan begära en fast vårdkontakt innebär att patientens delaktighet i vården tillgodoses².

Var?

En verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen.

4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen

Det är reglerat under vilka förutsättningar som en verksamhetschef ska utse en fast vårdkontakt (se rutan först i detta avsnitt). En fast vårdkontakt kan därför behöva utses och finnas inom alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård. Det gäller därmed följande vårdformer:

- **Sluten vård.** Sluten vård är hälso- och sjukvård som ges till en patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård [7]. Det motsvaras av dygnsvård på sjukhus.
- **Öppen vård.** Öppen vård är hälso- och sjukvård som ges till en patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar [7].
 - **Primärvård.** Primärvård är hälso- och sjukvård som svarar för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser [7]. Detta motsvaras vanligen av vård på vårdcentral eller hälsocentral.
 - **Kommunal hälso- och sjukvård.** Kommuner svarar för vård till personer i både särskilt och ordinärt boende, med undantag för hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (12 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen). I det ordinära boendet kallas detta ofta för hemsjukvård.

² Proposition 2016/17:106 s.48

- **Specialiserad vård.** Hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvården [7]. Det inkluderar specialiserad vård i hemmet och på vissa mottagningar på sjukhus.

Hur?

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vård situationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan.

Prop. 2009/10:67, s. 62

Av förarbetena till bestämmelserna om fast vårdkontakt (se rutan först i detta avsnitt) framgår de huvudsakliga uppgifterna för en fast vårdkontakt. Dessa uppgifter kan beskrivas närmare som:

- Att **samordna** vårdens olika insatser, i samverkan med relevanta yrkeskategorier, ger förutsättningar för att rätt vård ges i rätt tid och på rätt plats. Samordning kan därmed inkludera uppföljning av planerad vård, samt omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser. När en patient har flera vårdgivare kan särskilt samverkan kring läkemedelsbehandling behöva uppmärksammas, där läkemedelsgenomgångar är ett sätt att främja en god vård [8].
- Att **informera** om vård situationen kan innebära att den fasta vårdkontakten är den som lämnar den information som patienten ska få och som följer av bestämmelserna i 3 kap. patientlagen. I 3 kap. 1-2 §§ patientlagen anges bl.a. att patienten ska få information om
 - sitt hälsotillstånd
 - de metoder för undersökning, vård och behandling som finns
 - möjligheten att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården
 - vårdgarantin.
 Om information inte kan lämnas till patienten ska den ges till en närstående, om inte bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 4-5 §§ patientlagen). Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § patientlagen).
- Att **förmedla** kontakter med t.ex. specialiserad sjukvård kan vara avgörande för patienter med flera samtidiga diagnoser, för att främja en helhetssyn på den enskildas situation.
- Att vara patientens **kontaktperson** för andra delar av vård, omsorg och myndigheter är ett sätt att stärka patientens ställning, framförallt när en persons tillstånd begränsar hans eller hennes möjligheter att ta aktiv del av planeringen av vården.

Ansvar

I 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, anges bl.a. att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 2 § PSL). Vårdgivaren och verksamhetschefen ansvarar för att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (4 kap. 2 § och 5 kap. 2 § HSL).

Det framgår vidare av förarbetena att en fast vårdkontakt ska vara en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakter med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. Att veta vem som är ansvarig för den hälso- och sjukvård som ges och till vem frågor om vården kan ställas, kan stärka patientens ställning³ och bidra till både patientens och närståendes känsla av trygghet. Om den fasta vårdkontakten inte är medicinskt ansvarig för patienten är det lämpligt att det görs tydligt vem som har det ansvaret.

Den fasta vårdkontakten behöver därför vara tillgänglig för patient, närstående och andra vård- och omsorgsgivare. Att bistå patienten och utgå från patientens behov är centralt i uppdraget som fast vårdkontakt. Genom att det finns en tydligt utpekad person att kontakta skapas förutsättningar för kontinuitet för den enskilda patienten.

Antal patienter

En person kan utses som fast vårdkontakt för flera patienter. Det går dock inte att generellt ange ett optimalt antal patienter per fast vårdkontakt, eftersom de aktiviteter som behöver utföras per patient varierar som en följd av patientens behov av vård och sjukdomens svårighetsgrad. För många patienter per fast vårdkontakt riskerar att förändra den fasta vårdkontaktens arbete från ett proaktivt till ett reaktivt arbete. Det blir då mer att hantera akuta vårdssituationer och krishantering istället för det som är de önskvärda uppgifterna för en fast vårdkontakt: förebyggande åtgärder, förhindra slutenvård när det är möjligt, och motverka för tidig funktionsnedsättning.

Antalet patienter per given fast vårdkontakt kan bestämmas löpande i dialog mellan verksamhetschefen och den aktuella fasta vårdkontakten.

Vem?

Beroende på vilket behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska, eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.

Prop. 2009/10:67 s. 61

För en patient med ett livshotande tillstånd ska en legitimerad läkare utses som fast vårdkontakt.

2 kap. 3 § SOSFS 2011:7

³ Proposition 2009/10:67 s.61

Det är inte reglerat vem eller vilken yrkeskategori som ska utses till fast vårdkontakt. En bedömning av vem som är mest lämpad att utgöra en patients fasta vårdkontakt behöver därför grundas på vilken personal som har bäst förutsättningar att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Patienten ska vara delaktig i processen och hans eller hennes önskemål om vem som ska vara fast vårdkontakt ska tillgodoses så långt det är möjligt. Därför specificeras den fasta vårdkontaktens profession inte i lagtexten. Däremot framgår av förarbetena till lagen att det ska vara en tydligt utpekad person⁴.

Beroende på patientens behov kan rollen som fast vårdkontakt därmed antas av olika yrkesgrupper. Till exempel kan en läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, undersköterska eller mentalskötare utses till fast vårdkontakt.

När det gäller patienter med livshotande tillstånd ska däremot en legitimerad läkare utses som fast vårdkontakt (2 kap. 3 § SOSFS 2011:7). Den fasta vårdkontakten ska ansvara för bl.a. planering och uppföljning av patientens vård (2 kap. 4 och 5 §§ SOSFS 2011:7).

Även för andra tillstånd kan den fasta vårdkontakten behöva vara en läkare, t.ex. i de fall ett sjukdomsförlopp är instabilt och kräver flera medicinska bedömningar och behandlingar. När en person har behov av omvårdnad och stabila medicinska behandlingar kan den fasta vårdkontakten behöva vara en specialistsjuksköterska. Vid stora rehabiliteringsbehov kan en fast vårdkontakt behöva vara en arbetsterapeut eller fysioterapeut.

Enligt 6 kap. 3 § patientlagen har patienter också möjlighet att välja en **fast läkarkontakt** inom primärvården. Den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas⁵.

Flera fasta vårdkontakter

Då vissa patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och kommunal hälso- och sjukvård kan dessa patienter få mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontakterna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient⁶.

Den fasta vårdkontakt som finns där patientens huvudsakliga vård ges kan ha bra förutsättningar att kunna överblicka patientens hela vårdssituation och samordna övriga vårdkontakter. Den huvudsakliga vården kan bedrivas där grundsjukdomen behandlas eller där personen huvudsakligen vistas. Till exempel, när en fast vårdkontakt är utsedd i den kommunala hälso- och sjukvården kan denna bidra till samordning med den landstingsfinansierade öppna vården⁷ och den slutna vården. I den kommunala hälso- och sjukvården finns även medicinskt ansvariga sjuksköterskor som ansvarar för att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner så att läkare eller annan

⁴ Proposition 2009/10:67 s.61

⁵ Proposition 2013/14:106 s.100

⁶ Proposition 2009/10:67 s. 62

⁷ Proposition 2016/17:106, s.49

hälso- och sjukvårdspersonal kan kontaktas när en patients tillstånd fordrar det (4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen).

Varför?

Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.
6 kap. 1 § patientlagen (2014:821)

Syftet med en fast vårdkontakt är att stärka patientens ställning och att patienten får en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser⁸. En fast vårdkontakt kan tydliggöra vem som har det sammanhållna ansvaret för vården, vilket ökar patientens möjligheter att ställa frågor och diskutera sin vårdssituation med en ansvarig⁹.

En fast vårdkontakt kan fylla en viktig funktion för patienter med omfattande behov av hälso- och sjukvård, som multisjuka eller sköra äldre personer [9]. Det kan också gälla personer som har omfattande fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar, andra intellektuella eller kognitiva funktionsnedsättningar, omfattande beroendeproblem eller personer som ofta är aktuella för akutsjukvård. En fast vårdkontakt kan även fylla en funktion för närstående.

Utgå från individens behov

Vård som utformas efter individers behov, snarare än efter verksamhetens organisation, har även diskuterats i termer av t.ex. person- eller patientcentrerad vård, patienten i centrum eller individen i centrum [3]. Studier av personcentrerad vård har rapporterat effekter som minskad vårdtid på sjukhus och ökad funktionsförmåga [10, 11], upplevt förtroende för personalen [12] och ökad självkänsla när det gäller att klara av olika typer av belastningar [13]. Att vid flera tillfällen få träffa samma person kan främja patientens tillit till vården [14] och när personalen har ett empatiskt bemötande tillämpas ett personcentrerat arbetssätt¹⁰.

Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § patientlagen). En dialog främjar patientens delaktighet. Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (1 kap. 7 § patientlagen). Patienten ska även visas omtanke och respekt (6 kap. 1 § PSL). Arbetssätt som syftar till att främja patientens delaktighet i hälso- och sjukvården har visats ha visst vetenskapligt stöd när det gäller indirekta utfallsmått på delaktighet, för personer med långvarig sjukdom. Exempel på sådana mått är tilltron till den egna förmågan att hantera sjukdom och symtom, samt förmågan att klara av egenvård och annat hälsorelaterat beteende [15].

⁸ Proposition 2009/10:67 s. 61

⁹ Proposition 2009/10:67 s. 62

¹⁰ Så kallad tjänstedesign, för att fånga de behov hos patienter som vården ska möta och omsätta det i ett förändrat sätt att arbeta (SOU 2016:2 s.250).

Att utgå från individers behov kräver en förståelse av vad behov av vård kan vara. Vårdbehov har beskrivits som:

- **enkla**, t.ex. en fraktur där relationen mellan skada och behandling är känd
- **komplicerade**, t.ex. ryggont där en utredning krävs för att identifiera vad som orsakar besvären
- **komplexa**, t.ex. multisjuka patienter där relationen mellan sjukdom och behandling är oförutsägbar
- **kaotiska**, vid akuta tillstånd där en initial åtgärd kan stabilisera tillståndet inför fortsatt vård¹¹.

Vid vård av patienter med komplexa behov är det viktigt att ha ett helhetsperspektiv och att samverka fungerar mellan olika yrkesgrupper som bidrar till denna vård, exempelvis genom att ett team upprättas runt patienten. En fast vårdkontakt kan här bidra till att vården för patienter med komplexa behov anpassas till patientens individuella situation.

Samordning

Graden av komplexitet i samordning varierar med hur många av patientens vårdåtgärder som behöver samordnas. Hur samordningen kan genomföras påverkas av både organisatoriska förutsättningar och patientens förutsättningar att vara delaktig. Om en person av olika skäl har begränsade förutsättningar att vara aktiv och delaktig i sin vård och omsorg blir behovet av samordning särskilt stort [16].

Om en patient har omfattande behov av samordning är det ofta nödvändigt med ett informationsutbyte mellan vårdgivarna. När olika vård- och omsorgsgivare behöver samordna sina insatser är patienten den viktigaste medaktören. Patientens samtycke är i regel också nödvändigt för att information ska kunna förmedlas mellan vårdgivare.

Det finns ett flertal kunskapsöversikter om effekten av att använda en individuell samordnare¹². Till exempel har det visats att:

- samordning har minskat antalet besök på akutmottagningar och antalet in-skrivningar på sjukhus för patienter med omfattande behov av vård och omsorg [17]
- samordning har positiva effekter för anhöriga, t.ex. när det gäller minskning av depressiva symtom [21]¹³.

Säkerhet

Patientsäkerhet handlar ytterst om skydd mot vårdskada (1 kap. 6 § PSL). Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt att kravet på en god vård i HSL respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls (3 kap. 1 § PSL). Grunden för en säker vård är att diagnostik, vård och behandling utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. För att det

¹¹ SOU 2016:2 s.131

¹² Vetenskapliga studier om fast vårdkontakt saknas, enligt den litteratursökning som genomförts (se bilaga 1). Däremot finns studier om individuell samordnare (även kallad koordinator eller 'case manager'). En individuell samordnare arbetssätt har likheter med den fasta vårdkontaktens arbetssätt och uppdrag.

¹³ Det råder dock oklarhet i litteraturen om vissa vårdrelaterade utfallsmått vad gäller effekter av samordning för patienten, t.ex. för tid för flytt till institution för patienter med demenssjukdom [18, 19] och antalet oplanerade återinskrivningar [20].

ska vara möjligt krävs bland annat att personalen har adekvat kompetens och att det finns rutiner så att samarbetet fungerar väl inom och mellan verksamheter [22].

Samverkan och samarbete löper som en röd tråd genom hela hälso- och sjukvården. I varje överlämning sker utbyte och överföring av information. Det kan handla om en patient som ska överföras mellan olika vårdgivare eller som tar emot vård och behandling av flera olika vårdgivare samtidigt. Brister i samverkan mellan verksamheter är ett riskområde och problem beror ofta på otydlig kommunikation och bristande information. Patienter med omfattande vård- och behandlingsbehov kan därför ha nytta av en fast vårdkontakt för att tillgodose deras behov av bland annat säkerhet [4, 23, 24].

Kontinuitet

Kontinuitet inom hälso- och sjukvården kan förstås på olika sätt. **Administrativ** kontinuitet, där en person håller samman patientens vård eller är ingång till vården, har delvis beskrivits som det som motsvarar vad en fast vårdkontakt gör. Andra aspekter är **teknisk** kontinuitet, där t ex information lämnas i rätt tid till patienten och de åtgärder som utförts dokumenteras väl. **Personlig** kontinuitet, att patienten träffar samma person eller personer vid varje vårdtillfälle och att personalen har ett personligt ansvar beträffande patientens vård, är det som patienter ofta framfört som önskvärt¹⁴.

En central aspekt av kontinuitet är här att det finns en varaktighet i kontakten mellan personal och patient, vilket kan främja en förtroendefull relation och ömsesidig personlig kännedom [25]. Det kan i sin tur ha betydelse för mängden vårdkonsumtion. Exempelvis har en studie rapporterat att primärvårdspatienter med stora behov av vård som träffat samma läkare över tid gjorde färre sjukhusbesök, jämfört med patienter som träffat flera olika primärvårdsläkare [26].¹⁵

Att organisera personal på sjukhus i grupper, där varje patient blir vårdad av ett fåtal sjuksköterskor och undersköterskor, har visats främja både patienters och personalens upplevelse av kontinuitet i vården, när det gäller kommunikation, information, stöd och teknisk vård. T.ex. tyckte patienter att det var lättare att prata om sin oro och anhöriga uttryckte att de nu visste vilka de skulle vända sig till för att få information om den sjuka [28].

Personer med långvariga och svåra sjukdomstillstånd, eller omfattande skador med långvarigt rehabiliteringsbehov, kan vara särskilt beroende av god kontinuitet i vården. Att veta att det finns någon som har överblick över vårdsituationen kan främja känslan av trygghet hos patienten, underlätta kommunikation mellan patient och vårdgivare, samt stödja anhöriga genom att de vet vem de kan vända sig till [29].

Trygghet

Syftet med bestämmelserna om fast vårdkontakt var bl.a. att det ska finnas en tydligt utpekad person så att patient och anhöriga ska veta vem de kan vända sig till¹⁶. Personmässig kontinuitet, där patient och anhöriga träffar samma person över tid, är trygghetsskapande, inte minst för att patient och anhöriga

¹⁴ SOU 2016:2 s.256

¹⁵ Däremot har kunskapsluckor påvisats om betydelsen av kontinuitet för t.ex. sårläkning bland sköra äldre [27].

¹⁶ Proposition 2009/10/67, s.61

slipper upprepa svar på tidigare frågor. Om personalen känner till patienters sjukdomshistoria, främjas även deras arbetsmiljö genom en ökad känsla av kontroll¹⁷.

Hur patienter bemöts av vårdpersonal kan påverka deras upplevelse av trygghet i vården. Patienter på sjukhus har beskrivit att det som var viktigast för trygghetskänslan var om personalen gav information och dessutom visade vänlighet, glädje och empati [30].

Rapporterade erfarenheter

Trots att få patienter har uppgett att de har erbjudits fast vårdkontakt [2] finns flera exempel på funktioner som kan sägas motsvara fast vårdkontakt, även om de inte kallas för det. För att beskriva några sådana exempel intervjuades personer som arbetar som samordnare i psykiatrisk vård, kontaktsjuksköterska i cancervård, specialistsjuksköterska i barnsjukvård, samordningssköterska, distriktssköterska och fast läkarkontakt på vårdcentral samt distriktssköterska inom hemsjukvård. Se dessa beskrivningar i avsnittet Exempel på arbetssätt och metodbeskrivning i bilaga 1.

Exempel på arbetssätt

Psykiatrisk vård

De intervjuade samordnarna arbetade på en psykosmottagning på Akademiska sjukhuset i Uppsala och en psykiatrisk mottagning i Bålsta.

Samordnare har utsetts som **kontaktperson** för varje patient sedan flera decennier, eftersom **samordning** är nödvändig för patienter med kognitiva funktionsnedsättningar och vanföreställningar. Patienter kommer främst till mottagningarna via remiss. Vem som utses till samordnare beror i huvudsak på patientens behov. Det är vanligen en mentalskötare eller sjuksköterska, men det kan även vara en läkare, kurator, arbetsterapeut, dietist eller psykolog. Dessa yrkesgrupper utgör även ett team runt varje patient. Teamet träffas regelbundet för att gå igenom det som är aktuellt samt för att vid behov göra prioriteringar gemensamt. Samordnaren är tillgänglig via telefon på kontorstid, övriga tider finns antingen en namngiven ersättare eller en telefonsvarare där patienten kan lämna meddelande och därefter bli kontaktad.

Flertalet patienter har långvariga sjukdomar, ibland är kontakterna livslånga för patienterna. Samordnaren **förmedlar** och upprätthåller **kontakter** även till andra i nätverket runt patienten som t.ex. anhöriga och andra närstående, boendestödjare, kommun, arbetsförmedling, Försäkringskassan, studievägledare, sjukhusavdelning vid inläggning och akutmottagning vid akuta besök. Samordnaren kan boka tider för läkarbesök, förbereda patienten inför besöket, medverka vid besöket och kan efter besöket sammanfatta vad som skedde för patienten. Samordnaren kan också ta initiativ till att en samordnad individuell plan upprättas när insatser krävs från både kommun och landsting. Patientens vårdplan, som bland annat innehåller uppgifter om ansvarig läkare, läkemedel, vårdsamverkan och patientens mål, upprättas av samord-

¹⁷ SOU 2016:2 s.257

naren gemensamt med patienten. Samordnaren **informerar** eller utbildar patienten om dennas sjukdom, inte minst för att patienten ska kunna identifiera tidiga symtom och kunna söka hjälp i tid.

Antalet patienter en samordnare kan vara utsedd för kan variera mellan cirka 10 och 50 patienter, beroende på patienternas behov. Kontakten med dessa kan variera mellan flera gånger per vecka till en gång per år.

Cancervård

De intervjuade kontaktsjuksköterskorna arbetade på cancerkliniker på Gävle sjukhus, Hudiksvalls sjukhus och Centralsjukhuset Karlstad.

Enligt både nationella riktlinjer för cancervård [31] och regionalt cancercentrum [32] finns mål om att alla patienter ska erbjudas en namngiven kontaktsjuksköterska. En kontaktsjuksköterska utses som regel när en remiss kommit om en patient med misstänkt eller konstaterad cancerdiagnos. Vid misstanke om cancer ska en koordinator säkra att vårdförloppen följs och att beställda undersökningar genomförs utan onödig väntan, enligt standardiserade vårdförlopp för cancersjukvård [33].

Kontaktsjuksköterskan tar en första kontakt med patienten och **samordnar** sedan vården genom att t.ex. aktivt delta i utredningsarbetet, göra vissa egna undersökningar och bevaka ledtider. Ett team upprättas vanligen runt patienten, där deltagarna i teamet kan kontaktas direkt av kontaktsjuksköterskan, utan att remiss behövs under vårdtiden. Kontaktsjuksköterskan deltar vid diagnosbesked och ansvarar för att en skriftlig vårdplan upprättas. Kontaktsjuksköterskan kan ge **information** om kommande steg vid t.ex. uppföljnings-samtal. Kontaktsjuksköterskan kan även **förmedla kontakter** genom att t.ex. boka tid för läkarbesök, resor och hotell samt vara **kontaktperson** för både patient och anhöriga samt gentemot andra delar av hälso- och sjukvården. Kontaktsjuksköterskan är normalt tillgänglig genom ett direktnummer på kontorstid och vid ledigheter tar kollegor varandras patienter.

Antalet patienter en kontaktsjuksköterska kan ha varierar beroende på klinik och diagnosgrupp, men ett exempel är cirka 35 patienter för en halvtidstjänst. Hur många insatser som krävs per patient kan variera väsentligt.

Barnsjukvård

Den intervjuade specialistsjuksköterskan arbetade på en barnklinik på Västerås sjukhus.

En specialistsjuksköterska fungerar som fast vårdkontakt för barn med reumatism och andra smärtproblem. När ett barn remitterats till kliniken utses specialistsjuksköterskan till fast vårdkontakt. Specialistsjuksköterskan **samordnar** genom att planera mottagningsbesök, provtagningar, läkarbesök och eventuella sambokningar, där patient och föräldrar får träffa flera yrkesgrupper som t.ex. läkare och kurator. Ett team upprättas runt barnet, vilka som deltar i teamet beror på barnets behov. Teamen kan t.ex. fatta beslut om inläggning för utredning eller andra beslut som behöver fattas gemensamt. Specialistsjuksköterskan kan delta vid läkarbesök, besöka barnakuten om patienten kommer in akut och är som **kontaktperson** tillgänglig på tre sätt:

1. genom ett direktnummer kontorstid
2. telefonsvarare där patienten sedan blir uppringd

3. via Mina vårdkontakter på 1177 Vårdguiden, där patienten kan skriva frågor som besvaras inom fem dagar.

Vid ledigheter svarar kollegor. Specialistsjuksköterskan **förmedlar kontakter** med framförallt skolan, förskolan och barnvårdscentralen. Vid överföring av barnet till en vuxenklirik hålls ett särskilt möte för överrapportering och fortsatt planering.

Antalet patienter en specialistsjuksköterska kan ha kan variera, men ett exempel är cirka 100 barn vid en heltidstjänst som fast vårdkontakt. Det kan vara långvariga relationer med både barn och föräldrar eftersom barnen kan följas upp till 18 års ålder.

Vårdcentral

Den intervjuade samordningssköterskan för äldre arbetade på en vårdcentral i Nyköping, medan den intervjuade distriktssköterskan, som var utsedd till fast vårdkontakt, arbetade på en äldrevårdcentral i Göteborg. Även en fast läkarkontakt intervjuades i Region Gävleborg.

När en äldre person, eller någon av dennas anhöriga, fått information via vårdcentralens hemsida eller broschyr och söker kontakt fattar samordningssköterskan och patienten gemensamt ett beslut om vad patienten behöver. Det huvudsakliga arbetet består av regelbundna kontakter med patienten via telefon eller mottagningsbesök. Samordningssköterskan eller distriktssköterskan **förmedlar** också **kontakter** med kommunen och andra mottagningar, är **kontaktperson** för multisjuka äldre, ensamboende eller patienter som ofta söker vård. De kan också främja en trygg hemgång efter en sjukhusvistelse genom **samordnad** individuell planering, göra uppföljningar efter läkarbesök och kontrollera att patienten fått den hjälp som planerats.

Antalet patienter en samordningssköterska kan ha kan variera. Ett exempel är mellan cirka 3 och 8 patienter (vid ca 10 procent av en heltidstjänst vikt för samordning), om patienterna samtidigt behöver stadigvarande och trygghetsskapande kontakt. Därutöver kan andra patienter behöva en eller ett fåtal insatser utan fortsatt regelbunden kontakt. Arbetet som samordningssköterska kan komma att bli mer omfattande då primärvården får ett utökat ansvar för vårdplanering för patienter som skrivs ut från sjukhus, som en följd lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

I primärvården har patienten möjlighet att välja en fast läkarkontakt. Dessa specialister i allmänmedicin tar ofta ett personligt ansvar för att samordna vården mellan olika kliniker, och identifiera snabba och säkra vägar genom vårdkedjan för patienten. De står också ofta för en trygghet hos den enskilda individen genom sin möjlighet att finnas till hands och därmed bidra till kontinuitet över tid.

Hemsjukvård

De intervjuade distriktssjuksköterskorna arbetade i hemsjukvården i Luleå kommun och i Stockholms läns landsting.

En distriktssköterska utses till fast vårdkontakt när en patient skrivs in i hemsjukvården, vilket oftast sker efter en vårdplanering där beslut fattats om hälso- och sjukvårdsinsatser för personer i ordinärt boende. Vanligen börjar

samordningen med att distriktssköterskan ber om ett samtycke för informationsöverföring mellan vårdgivare. Distriktssköterskan är alltid en namngiven **person som kan kontaktas** av patienter, anhöriga, vård- eller hälsocentraler och hemtjänsten vid behov. Ofta rapporterar hemtjänsten om något hänt med patienten, precis som distriktssköterskan **informerar** hemtjänsten om något hänt med patienten som de inte känner till eller instruerar om hur omvårdnad kan göras på ett individanpassat sätt (t.ex. vid kostintag). Distriktssköterskan **förmedlar** och ansvarar för **kontakter**, t.ex. när olika behandlingstider behöver bokas eller när en patient har flera fasta vårdkontakter som behöver samordnas. Vid eventuella oklarheter i ansvarsfördelningen mellan olika vårdkontakter kan dessa lyftas till en teamsammankomst där den fasta läkarkontakten (ibland kallad patientansvarig läkare) på vård- eller hälsocentralen ingår. När distriktssköterskan inte är i tjänst övertar en vikarie eller kollega planerade åtgärder hos patienter, så att det alltid finns en person att kontakta.

Antalet patienter som en områdesansvarig distriktssköterska kan ha varierar över tid och geografiska områden¹⁸. Antalet hembesök styrs av patientens behov och kan för en enskild individ variera mellan flera gånger per vecka till en gång per år, allt beroende på vilka insatser som planerats och patientens aktuella hälsotillstånd.

För personer som bor på särskilda boenden utses vanligen den ansvariga sjuksköterskan som fast vårdkontakt.

Om värdet av fast vårdkontakt

Samtliga intervjuade uppgav att deras erfarenheter visar på positiva följder av funktionen fast vårdkontakt (eller motsvarande titel), både för sköra personer med komplexa behov av hälso- och sjukvård och för personal.

För patienter

Framförallt främjas patientens känsla av **trygghet** genom att de vet vem de kan kontakta när frågor uppstår. För många patienter tar också den fasta vårdkontakten initiativ till kontakt med patienten och dennas närstående. Den upplevda tryggheten kan förstärkas av att tillgängligheten är stor, att det går att kontakta den fasta vårdkontakten oavsett tidpunkt och typ av fråga. Med den information som den fasta vårdkontakten kan ge om vårdsituationen minskar risken för oro och oklarheter, t.ex. i samband med ett läkarbesök, i väntan på besked om diagnos eller efter ett besked om en diagnos. Samordningen minskar också risken för att onödig väntan uppstår. Den samlade erfarenheten visar dessutom att patienter gör färre akuta besök och att köer, väntetider och även vårdtider har kortats, som en följd av den fasta vårdkontaktens tillgänglighet för patienten och möjligheten att självständigt prioritera vad som ska göras när. För patienter med långvariga vårdbehov kan en **kontinuerlig** relation över tid med den fasta vårdkontakten vara av stort värde, inte minst för att de slipper upprepa sin sjukdomshistoria. Dessa vinster gäller även för anhöriga.

Att det finns en utsedd person med särskilt ansvar för en patient innebär även att risken minskar för att någon ska ”falla mellan stolarna”, vilket är ett

¹⁸ Vårdförbundet föreslår ca 20 patienter per fast vårdkontakt.

sätt att generellt främja patientens **säkerhet** under behandling och rehabilitering.

För personal

Även personalen och de olika verksamheterna uppges ha gagnats av de fasta vårdkontaktens arbetssätt. Främst har de team som ofta är nödvändiga runt patienten stimulerat ett gott samarbete mellan de olika yrkesgrupperna. Eftersom den fasta vårdkontakten ansvarar för samordningen har det inneburit att alla inte behöver sätta sig in i allt om alla patienter, däremot får respektive fast vårdkontakt stor kunskap om sina patienter. Det har i sin tur bidragit till att minska stressupplevelser när det uppstår frågor som måste lösas. Att känna patienten och patientens sjukdomshistoria underlättar både vid uppföljning och när bedömningar ska göras. Ett exempel är att om en patient inte kommer till ett planerat besök kan den fasta vårdkontakten undersöka varför och med sina förkunskaper lättare förstå om något inträffat som bör åtgärdas. Det är särskilt viktigt för patienter med bristande sjukdomsinsikt. Ett annat exempel är att en fast vårdkontakt kan ta över patienter som tar mycket tid i anspråk, som när uppföljning behöver göras eller när kontakter med andra vårdgivare behöver tas.

En särskild fördel som beskrivits från både vårdcentral, hemsjukvård och psykiatri var att den fasta vårdkontaktens närvaro vid läkarbesök gav trygghet även till nyanställda eller tillfälligt anställda läkare som inte kände patienten. De intervjuade rapporterade också konkreta effekter som ett minskat tryck på telefontider och läkarbesök, och färre akuta besök på sjukhus. När patienter är kända inom psykiatrin kan patienter skrivas in direkt till en vårdavdelning, vilket också avlastar akutmottagningen.

Om organisering

Samtliga intervjuade beskrev också att det finns både framgångsfaktorer och utmaningar när det gäller vårdens organisering och möjligheten att erbjuda patienter en fast vårdkontakt.

Organisatoriska framgångsfaktorer

Att få tid för både möten, patientarbete och telefontider bedömdes som avgörande för att arbetet som fast vårdkontakt ska kunna utföras på ett tillfredsställande sätt. Det förutsätter en verksamhetsledning som förstår att särskild tid behöver avsättas för samordning. När tillräcklig tid avsätts innebär det också att personalens arbetsmiljö förbättras och samarbetet kan underlättas. Att dessutom få känna tillit från chefer och få möjlighet till fortbildning uppgavs även bidra till arbetsglädje.

Grundutbildningens betydelse betonades. T.ex. ger distriktssköterskors utbildning kunskaper i att göra en första klinisk bedömning och att kunna veta när andra specialiteter behövs, vilket kan vara en central kompetens för en fast vårdkontakt i öppen vård där samordning kan ha en hög grad av komplexitet. Fortbildning är dock ändå nödvändig, även för personal som redan har specialiserad utbildning.

Att det finns en lokal uppdragsbeskrivning, som exempelvis för kontaktsjuksköterskor, kan vara nödvändigt för att den som utses till fast vårdkontakt ska kunna förstå vad som ingår i uppdraget. Det främjar att arbetet görs

på liknande sätt oavsett vilken person som utses. Inom cancervården finns ett nationellt vårdprogram för palliativ vård [34, 35], vilket ger ledning till hur kontaktsjuksköterskor kan arbeta.

Annat som lyftes fram var:

- att det är viktigt att funktionen som fast vårdkontakt finns med i verksamhetsplaneringen
- värdet av flexibilitet och tillgänglighet i verksamheten
- att flerprofessionella team är nödvändiga vid vård av patienter med komplexa behov
- att verksamhetschefer har tillit till den fasta vårdkontakten så att de kan arbeta fritt under ansvar.

Organisatoriska utmaningar

Avsaknaden av ett gemensamt journalsystem mellan vårdgivare och huvudmän hindrar ofta informationsöverföring, inte minst vid övergången mellan slutet och öppen vård. Det innebär att en del tid också kan behöva ägnas åt att söka information, eftersom det kan vara svårt att få tillgång till uppgifter från andra vårdgivare om patienten, som provsvar, journalanteckningar m.m. Det finns också en risk för att patient och anhörig blir bärare av information mellan vårdgivare, även läkemedelsinformation. En sammanhållen dokumentation skulle också kunna innebära att information om namngivna fasta vårdkontakter är lätt tillgänglig.

Det förekommer att personalnedskärningar orsakar högre belastning på dem som är kvar i tjänst. Dessutom finns generella rekryteringssvårigheter i vård och omsorg.

Hälso- och sjukvårdens föränderliga organisation kan vara svårbegriplig när det gäller kliniker och organisatoriska gränser.

För palliativ vård finns ett nationellt vårdprogram som skulle kunna kompletteras med mer kunskap om omvårdnad. Till exempel uppgifter om hur mycket, hur ofta och vilken form av fortsatt kontakt som är bra för patienterna, samt vad som bör följas upp efter behandling.

Uppdraget som fast vårdkontakt är komplext och det kan vara svårt att se var gränserna går. Dessutom, när en patient som får kommunal hälso- och sjukvård har flera fasta vårdkontakter kan det vara oklart vem som har det yttersta ansvaret för pågående eller planerade behandlingar. Den praktiska lösningen kan vara att eventuella oklarheter lyfts till den fasta läkarkontakten i primärvården.

Om organisatoriska förutsättningar

Med hjälp av bland annat tillsyn från IVO om patientsäkerhetsarbete i primärvård och årlig tillsyn av hälso- och sjukvård och socialtjänst [4, 36], samt inspektioner från Arbetsmiljöverket [37] har några nödvändiga organisatoriska förutsättningar för en god vård och omsorg kunnat identifieras.

För att patienter med omfattande behov av hälso- och sjukvård i högre grad än tidigare ska kunna erbjudas en fast vårdkontakt kan vårdgivare behöva ta hänsyn till följande förutsättningar:

- tillräckligt med arbetstid för hälso- och sjukvårdspersonalens olika uppgifter
- arbetsvillkor som främjar en låg personalomsättning och därmed kontinuitet i vården
- användbara it-system.

Tid

Att tid saknas har varit en förklaring till varför systematiskt förbättringsarbete inte genomförts i primärvården. Personal i primärvården har också uppgett att de inte hinner göra annat än det som måste ske här och nu i det dagliga arbetet samt att de inte hinner introducera ny personal [36].

Kontaktsjuksköterskor i cancervården har rapporterat att de inte har tillräckligt med tid för sina arbetsuppgifter [38]. Hög arbetsbelastning har även påvisats via inspektioner på vårdcentraler, sjukhusavdelningar, särskilda boenden och ambulanssjukvård [37].

Kontinuitet

Trots att tillgången på sjuksköterskor och läkare i hälso- och sjukvården har ökat över tid, med undantag för de specialiserade sjuksköterskorna [39], har personalbrist och därmed en bristande kontinuitet inom vård och omsorg påvisats i flera sammanhang. T.ex. har det framgått att:

- det saknas specialister i allmänmedicin [40]
- det generellt är en osäker bemanningssituation inom både hälso- och sjukvården och omsorgen [4]
- tillfälligt anställd personal inte har en tydlig roll i förbättringsarbetet [36]
- det förekommer en allmänt hög personalomsättning i vård och omsorg [2, 4]
- svårigheter i övergången mellan slutna vård, öppen vård och omsorg i huvudsak har tillskrivits rekryteringsproblem i både kommuner och landsting [41].

Användbara it-system

Eftersom antalet vårdnära administratörer har minskat över tid har den administrativa bördan ökat på hälso- och sjukvårdspersonal. Dessutom kan administrativa behov öka i de fall ersättningssystem innehåller indikatorer som kräver en manuell hantering och rapportering¹⁹.

Tekniska hjälpmedel kan i många avseenden stödja personalen i att kunna ge en god vård och omsorg på ett effektivt sätt. **Användarvänlig** teknik är överskådlig, tar kort tid i anspråk för att förstå och navigera i samt ger användaren en känsla av kontroll. **Användbar** teknik är både användarvänlig och hjälper till att lösa de problem som användaren och verksamheten har. Systemen bör vara anpassade för den aktuella arbetsuppgiften och arbetssituationen [42].

Utöver användarvänliga system har värdet av en sammanhållen journalföring påtalats, för att information enkelt och säkert ska kunna utbytas mellan slutna vård, primärvård, specialiserad öppen vård, kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänsten [40]. Uppgifter om patienten redan har någon fast vårdkontakt utsedd kan t.ex. vara viktig information för nya vårdgivare.

¹⁹ SOU 2016:2 s.330, 343

Om samordnad individuell plan

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

16 kap. 4 § HSL

Det finns särskilda bestämmelser om individuell plan, som ibland brukar kallas för samordnad individuell plan (SIP), i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och 16 kap. 4 § HSL. Syftet med bestämmelsen är att förtydliga det ansvar som kommunen redan har för samarbete med landstinget, även på ett individuellt plan²⁰.

I bestämmelserna anges att en individuell plan ska upprättas när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården, förutsatt att planen behövs för att den enskilda ska få sina behov tillgodosedda och att den enskilda samtycker till det. Det räcker att en av huvudmännen gör bedömningen att en plan behöver upprättas för att skyldigheten ska inträda för båda²¹.

Med socialtjänstinsatser avses insatser enligt SoL eller andra lagar som reglerar sociala insatser från kommunen, som:

- lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU
- lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Med hälso- och sjukvårdsinsatser avses även rehabilitering, habilitering och hjälpmedel²².

För vissa personer bör landstinget och kommunen utgå från att det finns behov av en individuell plan. Det gäller personer med omfattande behov, exempelvis personer som har en kombination av psykisk sjukdom och missbruksproblem, allvarliga psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning, demenssjukdom och annan somatisk sjukdom, samt ungdomar med omfattande psykosociala behov²³. För personer som skrivs ut från sjukhus, med fortsatta behov av insatser från både kommun och landsting, är det från år 2018 den fasta vårdkontakten som ska ta initiativ till en samordnad individuell plan, enligt 4 kap. 1 och 3 §§ i lagen om samverkan vid utskrivning.

Varje kommun och landsting kan därutöver vara skyldiga att göra en mer konkret planering av de aktuella insatserna utifrån andra författningar. Exempelvis finns krav på upprättande av vårdplan, genomförandeplan och rehabiliteringsplan för vissa insatser (se 11 kap. 3 § SoL och 8 kap. 7 § HSL)

²⁰ Proposition 2008/09:193 s.22

²¹ Proposition 2008/09:193 s.30

²² Proposition 2008/09:193 s.30

²³ Proposition 2008/09:193 s.30

Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL) och den enskilda bör få ta del av den upprättade planen i skriftlig form²⁴. Av en individuell plan ska det framgå (16 kap. 4 § HSL):

1. vilka insatser som behövs
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

En grundläggande förutsättning för samordning av insatser är gemensamt uttalade målsättningar mellan samverkansparter i kommun och landsting eller region. För att det ska vara möjligt behöver individperspektivet vara överordnat verksamhetsperspektivet, inte minst när barn är föremål för en samordnad individuell plan.

Metodstöd

För att enkelt få tillgång till nationellt material som kan underlätta arbetet med att ta fram en samordnad individuell plan hänvisar Socialstyrelsen dels till frågor och svar på den egna webbplatsen, dels till webbplatsen för SKL (se rutan i detta avsnitt samt bilaga 3).

På SKL:s webbplats finns tillgängligt material om hur en samordnad individuell plan kan tas fram för olika målgrupper (barn, unga, vuxna och äldre). Materialet består bland annat av utbildningar, filmer, fallbeskrivningar, broschyrer och annat tryckt material. Där finns också möjlighet att få personligt stöd i frågor som rör samordnad individuell plan via ”Fråga Viveca”, samt få information om bl.a. det utvecklingsarbete som pågår om en nationell digital lösning för dokumentation av individuella planer.

Länkar

Socialstyrelsen - Frågor och svar

- <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip>

SKL – material om SIP

- <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>

²⁴Proposition 2008/09:193 s. 25

Referenser

1. Socialstyrelsen. Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m.; 2012. Rapport nr.: 2012-8-7.
2. Vårdanalys. Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014-2017: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. Rapport nr.: 2017:2.
3. Vårdanalys. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2012. Rapport nr.: 2012:5.
4. IVO. Tillsynsrapport 2016. Inspektionen för Vård och Omsorg; 2017. Rapport nr.: 2017-8.
5. IVO. Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre - slutrapport 2013: Inspektionen för Vård och Omsorg; 2013. Rapport.
6. Avdagić, M. Att förmedla trygghet. En studie om distriktssköterskor och deras relation till patienter: Högskolan Väst; 2009.
7. Socialstyrelsen. Termbank. 2017. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/psidata/termbanken>
8. Socialstyrelsen. Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel; 2013. Rapport nr.: 2013-3-18.
9. Socialstyrelsen. Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Primärvård och korttidsboende - vad behöver förändras?; 2015. Rapport nr.: 2015-2-45.
10. Ekman, I, Wolf, A, Olsson, L, Taft, C, Dudas, K, Schaufelberger, M, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*. 2012; 33:1112-9.
11. Olsson, J, Karlsson, J, Ekman, I. Effects of nursing interventions within integrate care pathway for patients with hip fracture. *Journal of advanced nursing*. 2007; 58(2):116-25.
12. Carlström, E, Hansson Olofsson, E, Ollson, L-E, Nyman, J, Koinberg, I-L. The unannounced patient in the corridor: trust, friction and person-centered care. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2015. 2015; 32(1):e1-e16.
13. Wolf, A, Fors, A, Ulin, K, Thorn, J, Swedberg, K, Ekman, I. An eHealth Diary and Symptom-Tracking Tool Combined With Person-Centered Care for Improving Self-Efficacy After a Diagnosis of Acute Coronary Syndrome: A Substudy of a Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*. 2016; 18(2):e40.
14. Baker, R, Lii, A, Gray, D, Love, M. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scandinavian journal of primary health care*. 2003; 21:27-32.
15. SBU. Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2017. Rapport nr.: 260/2017.
16. Vårdanalys. Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016. Rapport nr.: 2016:1.
17. Tricco, AC, Antony, J, Ivers, NM, Ashoor, HM, Khan, PA, Blondal, E, et al. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-

- analysis. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2014; 186(15):E568-78.
18. Reilly, S, Miranda-Castillo, C, Malouf, R, Hoe, J, Toot, S, Challis, D, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. The Cochrane database of systematic reviews. 2015; 1:Cd008345.
 19. Tam-Tham, H, Cepoiu-Martin, M, Ronksley, PE, Maxwell, CJ, Hemmelgarn, BR. Dementia case management and risk of long-term care placement: a systematic review and meta-analysis. International journal of geriatric psychiatry. 2013; 28(9):889-902.
 20. Huntley, AL, Thomas, R, Mann, M, Huws, D, Elwyn, G, Paranjothy, S, et al. Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. Family practice. 2013; 30(3):266-75.
 21. Berthelsen, CB, Kristensson, J. The content, dissemination and effects of case management interventions for informal caregivers of older adults: a systematic review. International journal of nursing studies. 2015; 52(5):988-1002.
 22. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård; 2009. Rapport nr.: 2009-11-5.
 23. Socialstyrelsen. Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017; 2017. Rapport nr.: 2017-1-3.
 24. Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet. 2017. Hämtad från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se>
 25. Socialstyrelsen. Kontinuitet och kvalitet i hemtjänsten; 1990. Rapport nr.: 1990-3-29.
 26. Barker, I, Steventon, A, Deeny, S. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. British Medical Journal. 2017; 356.
 27. SBU. Svårsläkta sår hos äldre – prevention och behandling; 2014. Rapport nr.: 226.
 28. Bjerkestedt, L, Hampell, M, Björvell, H. Patienters och personals värdering av kontinuitet i vården - en jämförelse. Vård i Norden. 1995; 3:24-7.
 29. Socialstyrelsen. Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal; 2011. Rapport nr.: 2011-6-39.
 30. Fransson, C, Persson, S. Faktorer hos sjuksköterskan som påverkar patientens förtroende och trygghetskänsla: Malmö högskola; 2005.
 31. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård – Stöd för styrning och ledning; 2014. Rapport nr.: 2014-4-2.
 32. RCC. Cancerplan 2016 – 2019. Patientens väg i vården. 2015. Hämtad från: <http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/strategisk-utvecklingsplan/stockholm---gotland/cancerplan-slutversion-22-jan.pdf>
 33. RCC. Nationell funktionsbeskrivning för koordinator inom standardiserade vårdförlopp: Regionala cancercentrum; 2017. Rapport nr.: Dnr 17/01359.
 34. RCC. Palliativ vård i livets slutskede. Nationellt vårdprogram. 2016. Hämtad från: <http://www.cancercentrum.se/samverkan/>

35. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede; 2013. Rapport nr.: 2013-6-4.
36. IVO. Varför händer det igen? Om patientsäkerhetsarbete i primärvården: Inspektionen för Vård och Omsorg; 2017. Rapport nr.: 2017-9.
37. Arbetsmiljöverket. Inspektionskampanj SLIC 2012 – psykosociala riskbedömningar; 2013. Rapport nr.: 2013:6.
38. Cancerfonden. Cancerfundsrapporten 2015; 2015. Rapport.
39. Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2017. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård; 2017. Rapport nr.: 2017-2-21.
40. Läkarförbundet. Utskrivningsklara patienter: Sveriges läkarförbund; 2014. Rapport.
41. Socialstyrelsen. Om övergångar mellan slutna vård och öppen vård och omsorg; 2017. Rapport nr.: 2017-1-13.
42. Scandurra, I. Störande eller stödjande? Om eHälsosystemens användbarhet 2013: Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet; 2013. Rapport.
43. Socialstyrelsen. Effekter av individuell samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre; 2015. Rapport nr.: 2015-6-4.

Bilaga 1. Metodbeskrivning

Denna rapport har tagits fram med stöd av Socialstyrelsens beskrivning av hur kunskapsstöd med eller utan rekommendationer ska tas fram.

Socialstyrelsens meddelandeblad om Patientens rätt till fast vårdkontakt, Nr 9/2012, beskriver hur bestämmelsen om fast vårdkontakt (29 a § HSL) ska uppfyllas av vårdgivare. Meddelandebladet har varit en utgångspunkt för denna rapport.

Systematisk litteraturgenomgång

För att identifiera vetenskaplig litteratur om effekterna av funktionen fast vårdkontakt genomfördes en systematisk litteratursökning. Fast vårdkontakt är inget etablerat begrepp i den internationella litteraturen, utan sökord var bland annat samordnare och koordinator (på svenska och engelska). Av 743 vetenskapliga översikter på engelska som identifierades vid sökningen, bedömdes 56 vara relevanta för det som kan röra arbetsuppgifter för en fast vårdkontakt. Av dessa granskades 12 översikter i fulltext, då de översikterna sammanställt studier av olika typer av effekter av individuell samordning.

Eftersom syftet här inte var att göra någon värdering av den sammanställda kunskapen gjordes ingen granskning av tillförlitligheten per översikt eller någon analys av sammanvägd evidensstyrka (metaanalys).

Dokumentation av informationsökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2016-07-14			
Ämne: Fast vårdkontakt för personer med omfattande behov			
Sökning gjord av: Natalia Berg			
På uppdrag av: Elizabeth Åhsberg			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
	Mesh	"Patient Discharge"[Mesh] OR "Patient Discharge Summaries"[Mesh] OR "Patient Transfer"[Mesh] OR "Transfer Agreement"[Mesh] OR "Transitional Care/organization and administration"[Mesh] OR "Patient Handoff"[Mesh]	28636
	FT	Patient discharge[tiab] or patients discharge[tiab] or discharge*[ti] or hospital discharge[tiab] or patient handoff[tiab] or patient handover[tiab] or patient hand off[tiab] or patient hand over[tiab] or discharge summar*[tiab] or patient transfer[tiab] or transfer of patient*[tiab] or patient transition[tiab] or transition of patient*[tiab] or transitional care[tiab] or discharge planning[tiab] or handover[ti] or transition of care[tiab] or postdischarge[ti] or transition[ti]	95914
		1 OR 2	112898
		"Progressive Patient Care/organization and administration"[Mesh] OR "Long-Term Care/organization and administration"[Mesh] OR "Ambulatory Care/organization and administration"[Mesh] OR "Outpatients"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR	275568

	"Community Health Services/organization and administration"[Mesh:NoExp] OR "Hospices"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Aftercare"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] OR "Ambulatory Care Facilities"[Mesh] OR "Residential Facilities"[Mesh]	
	Long-term care[tiab] or ambulatory[tiab] or outpatients[tiab] or primary care[tiab] or primary health*[tiab] or home care[tiab] or hospice*[tiab] or continuity of patient care[tiab] or continuity of care[tiab] or aftercare[tiab] or community care[tiab] or community nurs*[tiab]	250986
	4 OR 5	442091
	"Chronic Disease"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh] OR "Psychiatry"[Mesh] OR "Aged"[Mesh] OR "Homes for the Aged"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh] OR "Senior Centers"[Mesh] OR "Geriatrics"[Mesh] OR Comorbidity[Mesh]	3680395
	Chronic disease*[tiab] or chronic illness*[tiab] or chronically ill[tiab] or mental illness*[tiab] or psychiatr*[tiab] or mentally ill[tiab] or aged[tiab] or elderly[tiab] or frail*[tiab] or older people[tiab] or older population[tiab] or older adults[tiab] or geriatric patient*[tiab] or multiple illness[tiab] or multiple disease*[tiab] or multiple disorder*[tiab] or multimorbid*[tiab] or comorbidit*[tiab] or multiple condition*[tiab] or multiple chronic[tiab]	951317
	7 OR 8	4095398
	3 OR 6 OR 9	4408627
	Case manage*[tiab] OR liaison nurse*[tiab] OR liaison officer*[tiab] OR liaison worker*[tiab] OR liaison aid*[tiab] OR liaison psychiatr*[tiab] OR liaison service*[tiab] OR care manage*[tiab] OR care liaison[tiab] OR Care advocat*[tiab] OR patient advocat*[tiab] OR care recipient advocat*[tiab] OR care coordinator*[tiab] OR case coordinator*[tiab] OR intervention coordinator*[tiab] OR provider coordinator*[tiab] OR service coordinat*[tiab] OR care co ordinator*[tiab] OR intervention co ordinator*[tiab] OR provider co ordinator*[tiab] OR service co ordinat*[tiab] OR key worker[tiab] OR community matron*[tiab] OR patient navigator*[tiab]	21682
	"Case Management"[Mesh]	8945
	("Managed Care Programs"[Mesh] - försäkringsfrågor?)	
	11 OR 12	26178
	10 AND 13	14661
	14 AND Filters: Systematic Reviews English	743

ASSIA:

*)DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus

KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten

FT = Fritextterm/er

Cochrane library:*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)

Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

Qualifier = aspekt av ämnet
FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords
**)CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews
DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects
HTA = Health Technology Assessment Database
EED = NHS Economic Evaluation Database
Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

Ebsco-baserna:

*)DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)
FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"
FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract
ZX = Methodology
+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utsluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
SB = PubMeds filter för:
- systematiska översikter (systematic[sb])
- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term
**)De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Vetenskapligt stöd

Socialstyrelsen har 2014 gjort en systematisk kunskapsöversikt över individuella samordnare för de mest sjuka äldre. Dessa samordnare kan ha likheter med en fast vårdkontakt [43]. Kunskapsöversikten visar att det vetenskapliga stödet för effekterna av samordning överlag är begränsat. Resultatet visar trots detta på vissa positiva effekter av att ha individuell samordnare på kort tid, t.ex. minskad risk för inskrivning på sjukhus, förbättrad förmåga att ta hand om sin dagliga livsföring (ADL) och sitt hem (IADL), ökad livstillfredsställelse avseende funktionsförmåga, psykisk hälsa och ekonomisk situation, liksom ökad kunskap hos de äldre om vem de kan vända sig till.

I den litteratursökning som genomfördes för detta uppdrag (juli 2016, se avsnittet Dokumentation av informationssökning) bedömdes 12 översikter vara relevanta för vad som kan motsvara den svenska funktionen fast vårdkontakt, varav några också redovisade metaanalyser där resultat från separata undersökningar kunnat vägas samman. De olika åtgärder av en samordnare som studerats var till exempel geriatrisk eller annan hälsobedömning, vårdplanering, hembesök, utbildning och stöd till patienter, anhöriga eller personal, samt uppföljning av symtom och funktion.

Denna litteratur visade dels motsägelsefulla resultat vad gäller effekter av samordning för patienten, t.ex. för tid för flytt till institution för patienter med demenssjukdom [18, 19]. Dels rapporterades att antalet oplanerade återinskrivningar inte påverkades av en individuell samordnare [20].

Däremot har samordning rapporterats minska depressiva symtom för anhöriga, dock enbart i en enskild studie [21]. När det gäller patienter som ofta får vård och omsorg har samordning visats minska antalet besök på akutmottagningar och antalet inskrivningar på sjukhus [17].

Insamling av beprövad erfarenhet

Socialstyrelsen har bedömt att det vetenskapliga underlaget för vad vi vet om fast vårdkontakt är otillräckligt för att kunna beskriva vad som är bästa möjliga arbetssätt. Därför har Socialstyrelsen valt att låta den samlade beprövade erfarenheten ligga till grund för bästa tillgängliga kunskap.

Representanter för olika yrkes- och fackförbund har bidragit med sin gedigna kunskap och erfarenhet inom området vid tre fysiska möten samt skriftligen. Dessa organisationer var: Akademikerförbundet SSR, Sveriges arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Läkarförbundet, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAS-MAR), Svensk Kuratorsförening, Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet.

Dessutom har representanter för olika berörda intresseorganisationer bidragit med synpunkter på behov och önskemål om fast vårdkontakt, vid ett första fysiskt möte. De har också bidragit med att kommentera och komplettera innehållet i vägledningen vid ett andra och avslutande möte samt skriftligen. Dessa organisationer var: Anhörigas riksförbund; Demensförbundet; FUB för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning; Funktionsrätt Sverige (tidigare Handikappförbunden, HSO); Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH); Pensionärernas riksorganisation (PRO); Riksförbundet pensionärs gemenskap (RPG); Seniorerna – Sveriges pensionärsförbund (SPF); Svenska kommunalpensionärers förbund (SKPF Pensionärerna).

Kartläggning av rutiner

För att få en bild av hur landstingen för närvarande leder sitt arbete med fast vårdkontakt ombads samtliga landsting och regioner att skicka in aktuella rutiner eller andra dokument om fast vårdkontakt. Av samtliga landsting skickade 16 in befintliga rutiner. Rutinbeskrivningarna varierade i både omfattning och konkretiseringsgrad; flertalet ett par sidor och beskrev ansvar, samtycke och dokumentation. Samtliga 16 län hade länsövergripande rutiner för fast vårdkontakt, medan 9 län även hade mellan 1 och 5 mer konkreta rutiner för olika verksamhetsområden.

Insamling av erfarenheter

Utifrån de rutiner som skickats in till Socialstyrelsen kunde några specifika hälso- och sjukvårdsverksamheter identifieras där det fanns särskilda rutiner. Några av dessa kontaktades för att undersöka i vilken mån rutinerna också omsattes i praktiskt arbete. Verksamhetsområden som tackade ja till att beskriva sina arbetssätt mer konkret var cancervård (Region Gävleborg och Region Värmland), psykiatri (Region Uppsala), barnklinik (Region Västmanland), primärvård (Landstinget Sörmland, Västra Götalandsregionen och Region Gävleborg) och hemsjukvård (Luleå kommun). Dessutom tillkom information på eget initiativ från Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen.

Dessa verksamheter kontaktades och personer som hade erfarenhet av att arbeta som fasta vårdkontakter (eller motsvarande benämning) ombads att svara på fyra frågor, antingen muntligt via telefon eller besök alternativt skriftligt via mejl. De frågor som besvarades var:

1. Hur arbetar du som fast vårdkontakt?
2. Vilken nytta ser du att en fast vårdkontakt har för patienter respektive för personal och verksamhet?
3. Finns det några svårigheter i rollen som fast vårdkontakt?
4. Tycker du att det finns några organisatoriska förutsättningar som är nödvändiga för att ditt arbete ska fungera bra?

Bilaga 2. Projektorganisation

Projektgrupp

Elizabeth Åhsberg (projektledare), Bassam El-Khoury (forskare) och Malin Bruce (utredare).

Deltagare i arbete om beprövad erfarenhet

Yrkes- och fackförbund:

1. Akademikerförbundet SSR – Helene Sellgren Wiman och Stig Roos
2. Sveriges arbetsterapeuter – Karin Granbom
3. Fysioterapeuterna – Elisabeth Rydwick
4. MAS-MAR – Ingela Mindemark
5. Läkarförbundet – Elin Karlsson och Agneta Sikvall
6. Svensk Kuratorsförening – Aina Johnsson
7. Svensk sjuksköterskeförening – Helena Ullgren och Ina El-Sherif
8. Vårdförbundet – Ulla Falk och Robin Åberg.

Intresseföreningar:

1. Anhörigas riksförbund – Mailis Lundgren
2. Demensförbundet – Lotta Olofsson och Bodil Hallin
3. FUB för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning – Nina Alander
4. Funktionsrätt Sverige – Marie Steen
5. NSPH – Jimmie Trevett och Kattis Bratt
6. PRO – Janette Bäckman, Joakim Erdtman och Anna Werkelin Ahlin
7. RPG – Sonja Helsingwall och Eva Henriksson
8. SPF – Ritva Elg och Kia Hjelte
9. SKPF Pensionärerna – Karin Liljestrand och Gunvor Peterson.

Intern referensgrupp

Niklas Bjurström, Johan Fastbom, Inger Lundqvist, Ann-Christin Sultan (utredare); Christian Francke, Astrid Lindstrand, Ylva Ginsberg (medicinskt sakkunniga); Mathias Wallin, Sayran Khayati (jurister); samt Michaela Prochazka, Anna Alm, Frida Azadi, Anders Bergh, Anna Giertz, Ann-Kristin Granberg, Lena Jönsson, Eva Lejman, Marianne Lidbrink, Åsa Pettersson, Lukas Ryan (Socialstyrelsens samordningsgrupp för äldre).

Externt samråd

SKL, inklusive Nätverket för Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård; Socialstyrelsens Äldreråd; IVO.

Vetenskapliga råd

Ingegerd Fagerberg, professor i vårdvetenskap, och Ingela Skärsäter, professor i omvårdnad.

Informationsspecialist

Natalia Berg.

Bilaga 3. Frågor och svar om samordnad individuell plan (SIP)

1. Vad är en SIP?

SIP står för samordnad individuell plan. Det brukar den plan kallas som det finns särskilda bestämmelser om i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

2. Vem kan få en samordnad individuell plan och varför?

Alla som behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan få en samordnad individuell plan, om det behövs en plan för att behoven ska kunna tillgodoses.

3. Behövs samtycke från personen?

Ja, den enskilda personen måste alltid ge sitt samtycke till att få en samordnad individuell plan. Samtycket kan ges på olika sätt och det finns inget krav på en viss form av samtycke. Däremot behöver inte personen själv begära en samordnad individuell plan.

4. Vad ska ingå i en samordnad individuell plan?

I den samordnade individuella planen ska det framgå:

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser som kommunen ska svara för
- vilka insatser som landstinget ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
- om det är kommunen eller landstinget som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

5. Kan en person bli nekad att få en samordnad individuell plan?

Ja. Men i lagens förarbeten står det att kommunen och landstinget har långtgående skyldigheter att upprätta en samordnad individuell plan. Därför ska den som begär en samordnad individuell plan som regel få det.

6. Kan en person få en samordnad individuell plan mot sin vilja?

Nej, en samordnad individuell plan kan bara upprättas med den enskildas samtycke. Medverkan från andra aktörer kan bara ske om den enskilda personen medger det.

7. Ska personen vara med när en samordnad individuell plan ska upprättas?

Ja, när det är möjligt ska en samordnad individuell plan upprättas tillsammans med den enskilda personen. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilda personen inte motsätter sig det.

När det gäller barn behöver ofta vårdnadshavaren ges möjlighet att delta i såväl planering som möten. Barnet kan också delta beroende på ålder och mognad.

8. Vem är skyldig att kalla och bjuda in till ett möte för att upprätta en samordnad individuell plan?

Kommunen och landsting ska ta initiativ till att upprätta en samordnad individuell plan om de bedömer att en sådan plan behövs för att en person ska få sina behov tillgodosedda. Andra aktörer kan föreslå att en samordnad individuell plan upprättas samt delta i arbetet med planen.

Kommuner och landsting kan ha egna rutiner som anger vilka som ska ta initiativ till en samordnad individuell plan.

9. Kan verksamheter i kommunen eller landstinget bli kallade till ett möte om samordnad individuell plan utan att den enskilda personen är aktuell hos verksamheten?

Ja, det finns inget hinder att kalla andra aktörer även om den enskilda inte varit aktuell hos dem tidigare, så länge den enskilda samtycker till det.

10. Vad är det för skillnad på en samordnad individuell plan och en genomförandeplan?

En samordnad individuell plan handlar om ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när en person har behov av insatser från båda, det vill säga vem som ska göra vad.

En genomförandeplan handlar om hur en viss insats ska genomföras i praktiken. Det gäller även för andra planer, till exempel vårdplan, rehabiliteringsplan och utvecklingsplan.

11. Om det redan finns en plan för den enskilda, måste man då göra en samordnad individuell plan?

Finns det som ska finnas i en samordnad individuell plan redan i en annan plan, behöver ingen ny plan upprättas.

12. Är det bara kommun och landsting som kan initiera eller bjudas in till ett möte om samordnad individuell plan för en person?

Det är landstinget och kommunen som är skyldiga att upprätta en samordnad individuell plan när de bedömer att det behövs. Däremot kan andra föreslå att en samordnad individuell plan upprättas och delta i arbetet med planen. Det kan till exempel vara anhöriga och närstående, skolan eller Försäkringskassan. Kommuner kan ha egna rutiner som anger att elevhälsan, skolan och förskolan ska ta initiativ till en samordnad individuell plan om de bedömer att barnet eller den unga är i behov av en sådan plan.

13. Vad kan en fast vårdkontakt hjälpa till med när det gäller samordnad individuell plan?

Den fasta vårdkontakten i primärvården ska ta initiativ till en samordnad individuell plan för personer som ska skrivas ut från sjukhus när de har behov av fortsatta insatser från både kommun och landsting.

14. Mer information om samordnad individuell plan finns hos SKL!

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har på sin webbplats material om hur en samordnad individuell plan kan tas fram för olika målgrupper såsom barn, unga, vuxna och äldre. Materialet består bland annat av utbildningar, filmer, fallbeskrivningar, broschyrer och annat tryckt material.

Där finns också möjlighet att få personligt stöd i frågor som rör samordnad individuell plan.

Bilaga 4. Frågor och svar om fast vårdkontakt

- 1. När ska en fast vårdkontakt utses?**

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet
- 2. Var kan en fast vårdkontakt finnas?**

En fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.
- 3. Hur ska en fast vårdkontakt arbeta?**

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara patientens kontaktperson.
- 4. Vem kan utses till fast vårdkontakt?**

Det kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, undersköterska eller mentalskötare. Vid livshotande tillstånd ska en läkare utses.
- 5. Varför ska en fast vårdkontakt utses?**

En fast vårdkontakt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning. Samordning har visats kunna minska mängden sjukhusvård för patienter med omfattande behov av vård och omsorg
- 6. Vad är det för skillnad på en fast vårdkontakt och andra vårdkontakter?**

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården är de enda samordnarfunktioner som är lagreglerade. Andra namngivna kontaktpersoner kan finnas i hälso- och sjukvården, där de vanligen är specialiserade inom sitt område. Till exempel finns samordnare i psykiatriska vården, kontaktsjuksköterska i cancervården, specialistsjuksköterska i barnsjukvården, samordningssköterska och distriktssköterska på vårdcentraler samt distriktssköterska inom hemsjukvården. Dessa kontaktpersoner kan fylla samma funktion som en fast vårdkontakt.
- 7. Kan man ha flera fasta vårdkontakter?**

När en person behöver vård från flera olika vårdgivare kan det finnas flera fasta vårdkontakter. Den fasta vårdkontakt som finns där patientens grundsjukdom behandlas, eller där patienten huvudsakligen vistas, kan då ha ett övergripande samordningsansvar.
- 8. Vilket ansvar har en fast vårdkontakt?**

Hälso- och sjukvårdspersonal bär själv ansvaret för hur hon eller han fullgör sina arbetsuppgifter. Vårdgivaren och verksamhetschefen ansvarar för att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Om den fasta vårdkontakten inte är medicinskt ansvarig för patienten är det lämpligt att det görs tydligt vem som har det ansvaret.
- 9. Vilka bestämmelser finns?**

Bestämmelser om fast vårdkontakt finns i första hand i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och patientlagen (2014:821).