

Fasta kontakter i vården, individuella planer och dokumenterad överenskommelse med patienten

Författat av: Jan Sundelius utvecklingsledare, Område Nära vård

Berett av: Arbetsgrupp

Elisabeth Adamsson, processledare vårdsamordnare, Område Nära vård

Carola Fahlström, områdessamordnare, Område specialiserad vård,

Kristin Högborg, processledare Område psykiatri

Kristina Luhr, utvecklingsledare, Välfärd och folkhälsa,

Anna Mann, verksamhetsutvecklare. Digitala vårdmiljöer

Maria Nyström, medicinsk rådgivare, Område nära vård

Jan Rosengren, produktionscontroller Hälsovalsenheten

Dag Salaj, äldrevårdsöverläkare, Område Nära vård

Jan Sundelius, utvecklingsledare, Område Nära vård

Anna Vellet, patientsäkerhetsstrateg, Patientsäkerhetscentrum

Gabriel Stenström, utredningssekreterare, Utvecklingsenheten

Beslutat av: Utvecklings- och digitaliseringsrådet – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Innehållsförteckning

1	Inledning	2
1.1	Lagstiftning	2
1.1.1	Fast vårdkontakt	2
1.1.2	Fast läkarkontakt	2
1.1.3	Individuell plan	3
1.2	Dokumentation av patientens planering och fasta kontakter i vården	3
2	Syfte	3
3	Omfattning/tillämpningsområde	3
4	Ansvar	4
5	Giltighetstid	4
6	Modell till stöd för prioritering	4
6.1	Beskrivning av modellen:	4
6.2	Tillämpning av modellen	4
7	Fast vårdkontakt	5
7.1	Vad är en fast vårdkontakt?	5
7.2	Vem kan vara fast vårdkontakt?	5
7.3	När ska en fast vårdkontakt utses?	5
7.4	Hur ska en fast vårdkontakt arbeta?	5
7.5	Om patienten har behov av samordning?	5

8	Fast läkarkontakt i primärvården	6
8.1	Vad är en fast läkarkontakt?	6
8.2	Vem kan vara fast läkarkontakt?	6
8.3	När ska en fast läkarkontakt utses?	6
8.4	Hur ska en fast läkarkontakt arbeta?	7
9	Dokumenterad överenskommelse och individuella planer	7
9.1	Dokumenterad överenskommelse	7
9.2	Medicinsk vårdplan	7
9.3	Samordnad individuell plan (SIP)	8
10	Referenser	8
10.1	Lagstiftning	8
10.2	Modell för stöd vid prioritering	8
10.3	Fast vårdkontakt	8
10.4	Fast läkarkontakt	8
10.5	Dokumenterad överenskommelse	8
10.6	Samordnad individuell plan och utskrivning från sjukhus	8
11	Nyckelord	9

1 Inledning

Denna riktlinje beskriver arbetssätt för Region Örebro läns verksamheter för fast vårdkontakt, fast läkarkontakt i primärvård, dokumenterad överenskommelse med patienten samt individuell planering.

1.1 Lagstiftning

Fasta kontakter i vården och individuell plan för patienten är reglerad i lagstiftning. En sammanfattning av gällande lagstiftning inom området finns i 6 kap Patientlagen (2014:821). Lagtexten beskriver patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet som ska tillgodoses och att olika insatser skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

1.1.1 Fast vårdkontakt

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) anger att verksamhetschef utser fast vårdkontakt. Patienterna ska få information om möjlighet till fast vårdkontakt enligt Patientlagen 3 kap. 2 §. Fast vårdkontakt skall utses om patienten själv begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Vid livshotande tillstånd ska läkare vara fast vårdkontakt (tidigare PAL), i övriga fall kan andra yrkeskategorier utses. Bestämmelser om fast vårdkontakt i samband med utskrivning från sjukhus finns i 2 kap. 5 § Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Där anges att verksamhetschef i den regionfinansierade öppna vården ska utse en fast vårdkontakt innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

1.1.2 Fast läkarkontakt

Fast läkarkontakt regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 7 kap. 3 § anger att primärvården skall vara organiserad så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt välja en fast läkarkontakt. Patientlagen (2014:821) kapitel 6 beskriver att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården samt tydlig information om denna valmöjlighet.

1.1.3 Individuell plan

Bestämmelser om individuell plan för patienten finns i 8 kap 7 § samt 16 kap 4 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Där anges att när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

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

Regionen ska, i samverkan med patienten, upprätta en individuell plan när insatserna habilitering rehabilitering eller hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning erbjuds. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

1.2 Dokumentation av patientens planering och fasta kontakter i vården

Dokumentation och registrering i vårdinformationsstödet Cosmic beskrivs i rutinen ”*Dokumentation av överenskommelse med patienten avseende planering, fasta kontakter i vården och fortsatt kontakt*” dokumentnummer 103516.

2 Syfte

Syftet med riktlinjen är att ge goda förutsättningar för patientens behov av delaktighet, kontinuitet, trygghet, säkerhet och samordning i vården. Genom samverkan skall de fasta kontakterna arbeta för en gemensam överenskommelse med patienten där den centrala delen i uppdraget är att stötta patienten utifrån dennes behov. Syftet är också att stärka patientens ställning samt tydliggöra ansvaret mellan vården och patienten samt dennes anhöriga.

Denna riktlinje syftar till att ge en enhetlig vägledning kring arbetet med fasta kontakter och individuella planer inom hälso- och sjukvården. Riktlinjen skall vara vägledande i samordningen kring patienten. Förutom nyttan för patienten bidrar de fasta kontakternas arbete utifrån denna riktlinje till en bättre effektivitet i vård och omsorg genom tydligare informationsflöde, minskat dubbelarbete och ett effektivt användande av resurser. Riktlinjen skall vara ett stöd till vården genom att tydliggöra arbetsuppgifter och relationerna mellan rollerna för fasta kontakter i vård och omsorg. Genom detta tydliggörande skapas en trygghet för patienten i kontakten med vården där det finns en förutsägbarhet och nästa steg är tydligt och samordnat.

3 Omfattning/tillämpningsområde

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Örebro län samt privata vårdcentraler.

4 Ansvar

Områdeschef har övergripande ansvar för att riktlinjen är känd och implementerad. Verksamhetschef/avdelningschef/motsvarande ansvarar för att riktlinjen efterlevs inom verksamheten/enheten. Medarbetare ansvarar för att följa riktlinjen utifrån sin profession.

5 Giltighetstid

Riktlinjen granskas/uppdateras 12 månader efter fastställande.

6 Modell till stöd för prioritering

Patienters behov av kontinuitet och samordning varierar utifrån hälsotillstånd. Nedan beskrivs en modell som bygger på olika behov utifrån fyra olika grupperingar. Modellen kan användas för att identifiera patienters olika behov och är framtagen av Leading Health Care.

6.1 Beskrivning av modellen:

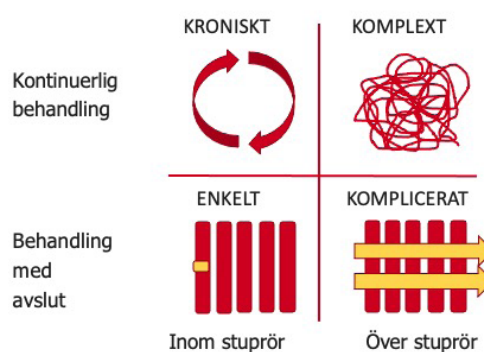
Enkelt – Patienter med en åkomma som kan botas. Behovet är väl identifierat och avgränsat och det är få behandlande instanser. Efter behandling och uppföljning är patienten klar.

Komplicerat – Patienter med en komplicerad åkomma som kan botas. Patientens behov kräver insats från flera behandlande instanser. Här är det ofta frågan om avancerad sjukhusvård.

Kroniskt – Patienter med en åkomma som kräver långvarig och kontinuerlig vård. Målet är inte att bota utan att bibehålla livskvalitet och undvika onödig sjukhusvård.

Komplex – Patienter med flera allvarliga och ofta kroniska åkommor samtidigt. Ofta gamla och sköra personer där kombination av livssituation och sjukdomstillstånd gör att det finns stora behov av individuella lösningar. Omsorg blir en viktig del och en sammanhållen och kontinuerlig vård och omsorg behövs.

Modellen ska ses som ett stöd i att göra rätt insats för rätt patient, vid rätt tillfälle. Fokus är individuellt bemötande och vad som är viktigt för den patienten. En patient kan röra sig mellan grupperna eller finna sig i flera grupper samtidigt och det kan förändras över tid.



6.2 Tillämpning av modellen

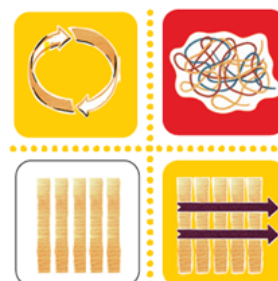
Modellen ger en indikation kring val av insatser, men bör vägas in tillsammans med andra faktorer. Bedömningen ligger hos verksamheten.

Den eller de målgrupper som är markerade med rött bör särskilt beaktas.

Rött = prioritera

Gult = prioriteras vid behov

Vitt = ej prioriterat



7 Fast vårdkontakt

7.1 Vad är en fast vårdkontakt?

En fast vårdkontakt är en namngiven person i en hälso- och sjukvårdsverksamhet. Den fasta vårdkontakten bör kunna bistå patienter/vårnads huvudpersonen och närstående i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara patientens kontaktperson.

7.2 Vem kan vara fast vårdkontakt?

Fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård. Bedömningen ska grundas på patientens behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose behovet. En fast vårdkontakt är någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen. Rollen är alltså inte knuten till någon särskild yrkeskategori. För patient med livshotande tillstånd utses legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Med livshotande tillstånd avses tillstånd som på grund av sjukdom eller skada medför fara för en människas liv (akut eller i ett längre perspektiv).

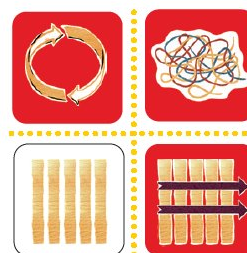
7.3 När ska en fast vårdkontakt utses?

En fast vårdkontakt ska utses när den patient/vårnads huvudpersonen efterfrågar det eller när personal i hälso- och sjukvården ser ett behov.

Fast vårdkontakt utses så långt som möjligt i samråd med patienten/vårnads huvudpersonen.

Verksamhetschef ansvarar för att verksamheten har tydliga rutiner för hur medarbetarna informerar om, erbjuder och etablerar fast vårdkontakt.

Patientens behov av fast vårdkontakt ska fortlöpande utvärderas och omprövas. Utvärderingen görs av fasta vårdkontakten tillsammans med patienten/vårnads huvudpersonen och/eller närstående.



Prioriterade grupper
för fast vårdkontakt

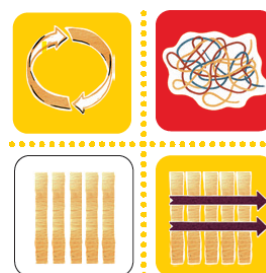
7.4 Hur ska en fast vårdkontakt arbeta?

Fast vårdkontakt ska:

- vara kontaktperson för patienten.
- förmedla kontakter eller hänvisa till relevanta personer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten och andra myndigheter.
- se till att patienten/vårnads huvudpersonen får skriftlig information om kontaktuppgifter till den/de som är fasta vårdkontakter i andra verksamheter inom vård och omsorg
- informera patienten när fast vårdkontakt avslutas eller ändras
- vid behov och med samtycke informera anhörig
- ansvara för att dokumentation om fast vårdkontakt görs enligt rutin.

7.5 Om patienten har behov av samordning?

En fast vårdkontakt kan finnas i flera verksamheter som är involverade i en patients vård. Det innebär att det kan finnas flera fasta vårdkontakter runt en patient. Förutsatt att patienten gett sitt samtycke skall patientens fasta kontakter samverka med varandra. När patienten har behov av insatser som kräver samverkan mellan flera verksamheter/vårdgivare bör en av de fasta vårdkontakterna vara samordningsansvarig. Den samordnande fasta vårdkontakten skall ha en god kännedom om patienten och dennes behov,



Prioriterade grupper för
fast vårdkontakt med
samordningsansvar

samt goda förutsättningar att säkerställa att patienten får sina vård- och omsorgsbehov tillgodosedda

Den fasta vårdkontakten med samordningsansvar bör finnas i den verksamhet där patientens grundsjukdom behandlas eller där patienten huvudsakligen vistas.

Vid utskrivning från sjukhus ska den fasta vårdkontakten med samordningsansvar finnas i regionens öppenvård till dess att fortsatt samordningsbehov har uteslutits eller ansvaret överförs till annan fast vårdkontakt.

Överenskommelse om vilken fast vårdkontakt som ska ha samordningsansvar eller om ansvaret ska föras över till ny verksamhet görs i samband med att en individuell plan (SIP eller motsvarande) upprättas eller följs upp. Patientens önskemål ska beaktas. Om en SIP upprättas ska den dokumenteras i Lifecare SP enligt egen rutin i Visam (se avsnitt 9.3.)

Fast vårdkontakt med samordningsansvar ska utöver det som anges ovan ges mandat för och ansvara för att:

- Insatserna runt patienten samordnas utifrån patientens behov tillsammans med fasta vårdkontakter i andra verksamheter och andra relevanta yrkeskategorier. Detta inkluderar aktörer både internt och externt.
- Sammankalla och leda SIP -möte när det finns ett behov av samordning samt delge planen till patient/vårdnadshavare och närstående.
- Ansvara för att kalla till uppföljande SIP när det finns behov.

8 Fast läkarkontakt i primärvården

8.1 Vad är en fast läkarkontakt?

En fast läkarkontakt är en namngiven läkare i primärvården. En patient kan ha en ansvarig behandlande läkare i andra verksamheter men det är bara fast läkarkontakt i primärvården som är reglerat i lagstiftning.

8.2 Vem kan vara fast läkarkontakt?

En fast läkarkontakt bör vara specialist i allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin eller geriatrik, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialisttjänstgöring i allmänmedicin.

8.3 När ska en fast läkarkontakt utses?

Vårdcentralen ska erbjuda fast läkarkontakt när patienten/vårdgivaren begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens trygghet, kontinuitet och säkerhet.

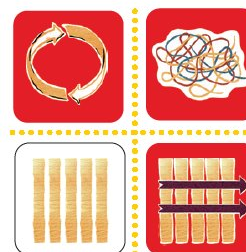
Verksamhetschef ansvarar för att vårdcentralen har tydliga rutiner för hur medarbetarna informerar om, erbjuder och etablerar fast läkarkontakt.

Patienter med kommunala insatser på särskilt boende, korttidsvård eller med hemsjukvård ska ha en fast läkarkontakt vid en vårdcentral.

Verksamheten ska kunna erbjuda alla patienter en möjlighet till fast läkarkontakt. Personer med stort vård- och omsorgsbehov ska prioriteras. Verksamheten ska säkerställa att patienter med ett stort vård- och omsorgsbehov har en fast läkarkontakt om behovet finns.

Stort vård- och omsorgsbehov kan innebära personer som:

- är multisjuka och/eller har varaktiga funktionsnedsättningar



**Prioriterade grupper
för fast läkarkontakt**

- har psykiatrisk och somatisk samsjuklighet
- är sköra eller riskerar skörhet
- är biologiskt åldrade

8.4 Hur ska en fast läkarkontakt arbeta?

Den fasta läkarkontakten:

- är tillgänglig som stöd för fasta vårdkontakter och andra behandlande läkare
- ansvarar för att upprätta en medicinsk vårdplan när det finns behov
- ser till att patienten undersöks och, om det är möjligt, att ställa diagnos samt se till att patienten får den medicinska vård som hälsotillståndet kräver och även genomföra andra åtgärder som kan vara nödvändiga.
- vägleder patient/vårnadsbarn/närstående i dennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordnar de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.
- informerar patient/vårnadsbarn/närstående om dennes hälsotillstånd och om de behandlingsalternativ som finns tillgängliga och vilken som ur medicinsk synpunkt bedöms som mest lämplig.

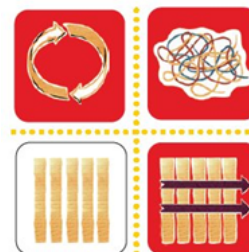
9 Dokumenterad överenskommelse och individuella planer

9.1 Dokumenterad överenskommelse

Patienter som har kontakt med vården ska erbjudas en dokumenterad överenskommelse. Överenskommelsen innehåller vad som ska ske i vårdkontakterna, när det ska ske och vem patienten kan vända sig till. Det ska vara tydligt både vad patienten och vården ska göra.

Överenskommelsen består av

- Sammanhållen planering – En överblick av patientens individuella planering, patientens åtagande och vårdens åtagande
- Patientens vårdkontakter – Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt.
- Överenskommen tid



Prioriterade grupper för dokumenterad överenskommelse

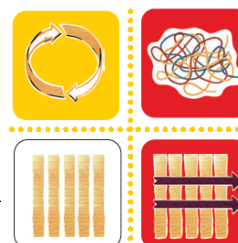
Överenskommelsen mellan patienten och vården kan dokumenteras såväl i Cosmics framtagna vårdplaner (vårdplansvy/vårdplansverktyg) och i patientens kronologiska journal, vilket sker i sökord i journalmallar. Överenskommelsen ska finnas tillgänglig för både vårdpersonal och patient. I dokumentation och information till patienten ska även överenskommen tid för nästa kontakt framgå.

Överenskommelsen utformar vården och patienten tillsammans. Den ska stödja relationen mellan patienten och vården, Överenskommelsen säkerställer att både patienter och närstående blir delaktiga i planering av vårdinsatserna. Delaktighet innebär att patienten medverkar i beslut om vård och behandling och själv förmedlar kunskap och erfarenhet till medarbetare i vården.

Omfattningen av överenskommelsen avgörs av vad som anses ändamålsenligt utifrån patientens behov. I första hand ska dokumenterad överenskommelse erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov.

9.2 Medicinsk vårdplan

För personer med stort vård- och omsorgsbehov (se ovan under fast läkarkontakt) bör en medicinsk vårdplan upprättas. Planen ska upprättas med



delaktighet från patienten och ansvarig för planen måste säkerställa att patient och anhöriga är informerade om innehållet.

Planen behöver anpassas efter patientens behov. Fyra centrala delar är dock:

1. Bedömning av prognos för kända medicinska tillstånd och funktionsnedsättningar.
2. Vårdnivå och vårdens inriktning vid tillstötande av allvarlig försämring och ange tillgång till direktkontakt vid försämring.
3. Handlingsplan att följa vid försämring i känd kronisk sjukdom eller vid en ny episod av återkommande akut medicinskt problem.
4. Tydlig beskrivning av när och av vem planen ska följas upp.

**Prioriterade grupper
för medicinsk vårdplan**

Dokumentationen ska även innefatta eventuella beslut om behandlingsbegränsningar.

Den fasta läkarkontakten i primärvården eller den behandlande läkaren inom specialistvården har ansvar för att upprätta den medicinska vårdplanen i samarbete med andra relevanta yrkeskategorier. Planen ska vara känd av och tillgänglig för alla som deltar i patientens vård.

9.3 Samordnad individuell plan (SIP)

För personer med insatser från fler verksamheter/vårdgivare bör en samordnad individuell plan upprättas när det finns behov eller i de fall det är obligatoriskt enligt lagstiftning där två huvudmän är involverade exempelvis vid utskrivning från slutenvård. En SIP förutsätter alltid samtycke från den enskilde. Rutiner och arbetssätt gällande SIP beskrivs i ViSam, Örebro läns samverkansmodell för planering och informationsöverföring.

10 Referenser

10.1 Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Patientlagen (2014:821)

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård

10.2 Modell för stöd vid prioritering

[Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk \(leadinghealthcare.se\)](#)

10.3 Fast vårdkontakt

[Fast vårdkontakt - När var hur? \(Socialstyrelsen.se\)](#)

10.4 Fast läkarkontakt

[Socialstyrelsens stödmaterial för fast läkarkontakt \(Socialstyrelsen.se\)](#)

10.5 Dokumenterad överenskommelse

[Patientkontrakt – dokumenterad överenskommelse \(SKR.se\)](#)

10.6 Samordnad individuell plan och utskrivning från sjukhus

[ViSam-modellen \(visamregionorebro.se\)](#)

11 Nyckelord

Samordnad vård, kontinuitet, delaktighet, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, dokumenterad överenskommelse, individuell plan.