



FÖRSTUDIE

FAST VÅRDKONTAKT

Revisionskontoret
Carina Hemmingsson
Sakkunnig
Dnr: REV/35/2025

Innehållsförteckning

1	BAKGRUND.....	3
2	SYFTE.....	3
3	AVGRÄNSNING.....	3
4	METOD	3
5	RESULTAT AV FÖRSTUDIEN	3
5.1	INLEDNING	3
5.1.1	Förutsättningar enligt lag.....	4
5.2	STYRNING OCH RIKTLINJER.....	5
5.2.1	Kriterier för tilldelning av fast vårdkontakt	6
5.2.2	Kännedom och tillämpning av riktlinjer och rutiner	7
5.2.3	Säkerställa roll och ansvar.....	8
5.3	ANALYS OCH SLUTSATS	11
6	KVALITETSSÄKRING	12
7	UNDERTECKNANDE.....	12

1 BAKGRUND

Fast vårdkontakt och individuell planering ska utses om patienten begär det enligt patientlagen (2014:821) 6 kap, hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) samt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård eller om det bedöms nödvändigt för att säkerställa kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. För att denna rättighet ska kunna nyttjas krävs att patienten är informerad om möjligheten att få en fast vårdkontakt och dess funktion. Det grundas på medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose det behovet.

Vid avsaknad av fast vårdkontakt innebär sämre kontinuitet i vården vilket kan leda till att viktiga symptom eller förändringar i patientens hälsotillstånd inte upptäcks i tid. Detta kan i sin tur resultera i fördröjda diagnoser och behandlingar, vilket kan förvärra patientens tillstånd. Kommunikation mellan olika vårdgivare kan bli fragmenterad, vilket leder till bristande samordning av vården. Ekonomiskt kan detta resultera i fler akuta besök och onödiga tester, vilket ökar kostnaderna för både patienter och vårdsystemet.

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en förstudie av fast vårdkontakt.

2 SYFTE

Förstudiens syfte är att inhämta information för att bedöma om det finns behov av en fördjupad granskning, om uppföljning och kontroll säkerställer att personer med behov av fast vårdkontakt får det på ett tillfredställande sätt.

3 AVGRÄNSNING

Förstudien omfattar hälso- och sjukvårdsnämndens område Nära vård samt område Medicin, med fokus på neurologiska sjukdomar och hjärtsjukdomar.

4 METOD

Granskningen har utförts genom inhämtning och granskning av relevanta dokument och intervjuer med berörda tjänstemän.

Substansgranskning har utförts för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

5 RESULTAT AV FÖRSTUDIEN

5.1 INLEDNING

Den fasta vårdkontakten utgör en central del i att stärka patientens kontinuitet, trygghet och delaktighet i vården. Genom att utse en tydlig samordnande kontaktperson kan vården anpassas bättre efter patientens individuella behov och bidra till ökad patientsäkerhet.

Vårdkontakten fungerar som en sammanhållande länk mellan patient, närstående och vårdens olika professioner. Rollen innebär att samordna insatser, säkerställa informationsöverföring och följa upp att planerade åtgärder.

För patienter med komplexa eller långvariga vårdbehov kan en fast vårdkontakt vara avgörande för att undvika missförstånd och bristande kontinuitet. Ett centralt perspektiv är patienters och närståendes delaktighet och möjligheter till dialog och mer jämlik vård.

Det finns tre typer av vårdkontakter; fast läkarkontakt, fast vårdkontakt, fast omsorgskontakt. Tillsammans utgör de grunden för personcentrerat arbete. I denna förstudie fokuseras granskningen på fast vårdkontakt.

5.1.1 Förutsättningar enligt lag

Enligt Patientlagen (2014:821), 6 kap. 2 § ska en fast vårdkontakt utses för patienten om hen begär det, eller om det bedöms nödvändigt för att säkerställa trygghet, kontinuitet, samordning och säker vård.

Lagändringar i både hälso- och sjukvårdslagen och i patientlagen juli 2022, kräver elektronisk hantering av mätning av fast vårdkontakt. Mätning av fasta kontakter enligt nationell standard, framgår i överenskommelsen för nära vård.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 16 kap. 4§ ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen.

Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvården, anges i 2 kap. 1–6§§ att om den behandlade läkaren inom slutenvården bedömer att patienten kan behöva samordnade insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller regions öppenvård, ska berörda enheter informeras.

Syftet med lagen är att patienter ska kunna lämna sjukhuset så snart läkaren bedömer att de är utskrivningsklara och är i behov av fortsatta insatser. Slutenvården ska underrätta berörda enheter med ett inskrivningsmeddelande senast 24 timmar efter inskrivning in i slutenvården. Om behov av samordnade insatser upptäcks senare ska meddelandet skickas senast 24 timmar efter bedömningen.

Lagändring och tydliggöra primärvårdens uppdrag

Från den 1 juli 2026 föreslås flera lagändringar¹, bland annat i patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Syftet är att tydliggöra primärvårdens uppdrag, stärka ansvarsfördelningen och öka tillgången till medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården.

Enligt förslagen ska patienten erbjudas en fast vårdkontakt vid behov eller på egen begäran. Patienten ska också informeras om vem den fasta vårdkontakten är och hur kontakten kan tas med både vårdkontakten och vårdenheten. Målet är att öka tillgängligheten till primärvård och specialiserad vård, stärka patientens delaktighet utveckla en mer personcentrerad vård och förbättra kontinuiteten.

¹ Förslagen innebär ändringar i bland annat Patientlagen (2014:821) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Riksdagen väntas besluta om propositionen i slutet av februari 2026.

5.2 STYRNING OCH RIKTLINJER

Finns dokumenterade riktlinjer, rutiner för fast vårdkontakt i verksamheterna?

Styrdokument

Inom region Jämtland Härjedalen finns flera styrdokument som reglerar arbetet med fast vårdkontakt. Nedan följer en sammanfattning av de viktigaste dokumenten och deras innehåll.

I handlingsplanen för kontinuitet och fasta vårdkontakter², framtagen 2021 och reviderad 2025³, ges en gemensam struktur för hur arbetet ska bedrivas inom ramen för God och nära vård, där primärvården har en central roll. Planen ger också en samlad bild av pågående utvecklingsarbete och klargör ansvarsfördelningen mellan region och kommun.

Samverkan kring hemsjukvård i Jämtlands län, den beskriver ansvarsfördelning när patienter har kontakt med flera huvudmän, både inom specialiserad vård och primärvård samt kommunal hälso- och sjukvård kan de ha flera fasta kontakter. Vid utskrivning ska fast vårdkontakt utses inom öppenvården. Huvudavtalet för hemsjukvård innehåller särskilda avsnitt för fast vårdkontakt.

Riktlinje för uppdrag för fast vårdkontakt^{4,5}, Rollen syftar till att skapa kontinuitet och trygghet för patienter genom hela vårdprocessen. Rollen innebär att en namngiven person får ett övergripande ansvar för att följa patientens vårdssituation, bidra till att vårdinsatser planeras, bidra till en personcentrerad vård och förmedla kontakter mellan olika vårdinsatser samt delta i vårdplanering. Rollen omfattar även att vara kontaktperson gentemot andra delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt när det behövs till andra myndigheter.

Riktlinjerna för utskrivningsprocessen från 2022 beskriver vidare vilken roll den fasta vårdkontakten har i samband med vårdövergångar och vilka moment som ingår för att säkerställa en strukturerad och trygg övergång till öppenvård eller kommunal omsorg.

Den regionala handlingsplanen för patientsäkerhet⁶, från 2022 anger övergripande riktning och bygger på Socialstyrelsens nationella handlingsplan. Den tydliggör vilka aktiviteter som ska följas upp och återrapporteras till regionens ledning och den politiska nivån.

Samordnad individuell planering (SIP)⁷, den samordnar individuell planering, SIP och syftar till att säkerställa att individen får ett samordnat stöd från berörda aktörer. Det finns ifyllbara planeringsmallar, riktlinjer för samverkansmöten⁸, SIP-Processen⁹, rutiner och manualer för Cosmic Link för planering i samband med utskrivning från sjukhus¹⁰. samt informationsmaterial för både barn¹¹ och vuxna¹².

² Dokumentnummer 65130–3, Centuri

³ §22 Fredagsgruppens protokoll 2025-02-21.

⁴ Dokumentnummer 72060–1, Centuri

⁵ Uppdrag för fasta kontakter, Beslutad av Fredagsgruppen 2025-02-21

⁶ §216 Regionstyrelsens protokoll 2022-10-24. Dnr: RS/92/2022

⁷ Dokumentnummer 42179–3, Centuri

⁸ Dokumentnummer 40513–5, Centuri

⁹ Dokumentnummer 40518–3, Centuri

¹⁰ Dokumentnummer 67681–5, Centuri

¹¹ Dokumentnummer 40516–3, Centuri

¹² Dokumentnummer 40517–3, Centuri

Inom område neurologi saknas en lokal uppdragsbeskrivning för fast vårdkontakt, men i intervjuer framkommer det att det är viktigt att alla gör lika och har samma struktur. Inom neurologen förutom fast vårdkontakt har man vårdteam med flera olika professioner. Inom hjärtsjukdomar finns dokumenterade uppdrag för sjuksköterskorna som är tillika fast vårdkontakt.

Inom primärvården och kommunal hälso- och sjukvård ska fast vårdkontakt utses enligt lagen om samverkan vid utskrivning. Det krävs samordning av båda huvudmännen för patienten. I Cosmic Link¹³ registreras fast vårdkontakt i samband med utskrivningsprocessen, och följer patienten även när ärendet avslutas. Alltför ofta är de fasta kontaktorna okända för den berörda patienten och ofta inte namngiven, som beskrivs i handlingsplanen¹⁴ för fast kontakter. Enligt utsago är arbetet på god väg för att det ska finnas fasta vårdkontakter inom primärvården.

5.2.1 Kriterier för tilldelning av fast vårdkontakt

Vilka kriterier används för att avgöra om en patient ska tilldelas fast vårdkontakt?

Kriterier för avgörande om en patient ska tilldelas fast vårdkontakt är omfattningen och komplexiteten i patientens behov. En fast vårdkontakt utses när patienten bedöms ha behov av kontinuitet, samordning eller återkommande stöd i kontakten med vården. Det inkluderar patienter med kroniska eller långvariga sjukdomar som behöver samordning mellan vårdgivare och vårdnivåer. Har uttalat behov av trygghet och kontinuerlig uppföljning. Genom återkommande vårdkontakter eller planerade insatser över tid.

Inom nära vård är kriterierna baserat på nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen enligt bestämmelserna som infördes 2010 med fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården. Enligt intervjuer så hänvisar man till hemsjukvårdsavtalet och samverkansavtalet som träder i kraft 1 januari 2026.

Enligt uppgift erbjuds patienten fast vårdkontakt vid efterfrågan på hjärtmottagningen. Sjuksköterskans uppdrag och arbetsuppgifter motsvarar i huvudsak de rutiner som gäller för en fast vårdkontakt. Det finns dokumenterade arbetsbeskrivningar för olika hjärtsjukdomar, vilka ligger till grund för handläggning och uppföljning.

Inom kranskärlsmottagningen finns även fastställda kriterier för patientgrupper, indelade efter ålder. Dessa styr bland annat kallelser och uppföljning via telefonkontakt. Inom mottagningen benämns fast vårdkontakt som kranskärlssjuksköterska.

Av intervju med divisionschefen för nära vård är det främst vårdbehovet som bedömer om fast vårdkontakt ska erbjudas, dock är det inte alla som vill ha en fast vårdkontakt. Enligt divisionschefen sker planering främst i glesbygd av vård oftast tillsammans med distriktsjuksköterska, med möjlighet för anhöriga att delta i vårdplanering på distans via digitalisering. Men det är inte alltid patienten vill ha med anhöriga av olika anledningar enligt divisionschef.

¹³ Cosmic Link är ett kommunikationsverktyg via journalsystemet Cosmic för samordnad vård- och omsorgsplanering mellan Region Jämtland Härjedalen inkl. privata vårdgivare med avtal och kommunerna.

¹⁴ Handlingsplan 2025 med fokus på dokumenterad överenskommelse, kontinuitet och fasta kontakter

Fast vårdkontakt är lag reglerat

En fast vårdkontakt är en lagreglerad funktion inom hälso- och sjukvården. Funktionen skiljer sig från övriga kontaktpersoner genom att den, tillsammans med fast läkarkontakt i primärvården, är en av få formellt lagreglerade samordningsfunktioner inom vården.

Andra namngivna kontaktpersoner kan finnas i hälso- och sjukvården, som vanligen är specialiserade inom sitt område, exempelvis samordnare i psykiatrisk vården, kontaktsjuksköterska inom specialistvården, samordningssköterska och distriktssköterska på vårdcentraler. Dessa kontaktpersoner kan eventuellt fylla samma funktion som en fast vårdkontakt.

Inom neurologiska sjukdomar är legitimerade sjuksköterskor kallad kontaktsjuksköterskor, tillika fast vårdkontakt. Inom området ges även interna och externa kompetensutbildningar för nya kontaktsjuksköterskor genom sin roll inom sitt ansvarsområde av diagnosgrupp.

Möjlighet till utbildning till kontaktsjuksköterska finns via universitet och nationell kurs exempelvis via Regionala cancercentrum i samverkan. Inom medicinområdet har en sjuksköterska genomfört utbildning till kontaktsjuksköterska. Enligt intervjuer kan det vara bra att fler går utbildningen så man arbetar likartat och på ett strukturerat sätt.

Inom hjärtmottagningen erbjuds fast vårdkontakt vid efterfrågan enligt rutiner och dokumenteras i journalen.

Det finns rutiner för byte av fast vårdkontakt, där chef och medicinskt ledningsansvarig läkare gör bedömningar vid behov.

5.2.2 Kännedom och tillämpning av riktlinjer och rutiner

Vilka krav ställs enligt lagstiftning och styrdokumentet och hur följs de upp?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen infördes juli 2010 bestämmelser om fast vårdkontakt. I patientlagen.¹⁵ anger att patientens behov ska tillgodoses på ett ändamålsenligt och samordnat sätt.

Det är reglerat i lag att verksamhetschef ska utse fast vårdkontakt om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet eller bedöms nödvändigt¹⁶ detta följer av hälso- och sjukvårdsförordningen (SFS 2017:80) i 4 kap. 1§.

Verksamhetschefens ansvarar även för att det finns lokala rutiner som tydliggör organisation, arbetssätt och vilka medarbetare som ska utses till fast vårdkontakt. Vilka medarbetare som kan vara fast vårdkontakt samt informera om fast vårdkontakt erbjuds och att arbetet implementeras och följs upp.

Vid intervjuer framkommer att det saknas lokala dokumenterade rutiner och arbetssätt kring fast vårdkontakt inom neurologi för vissa diagnosgrupper, exempelvis för Epilepsier. Avsaknaden av rutiner kan innebära att verksamheten inte fullt ut kan säkerställa att lagkrav uppfylls, om det inte finns dokumenterade rutiner för ansvarsfördelning eller uppföljning av uppdraget. Det kan i sin tur skapa risk för bristande kontinuitet, patientsäkerhet viss otydlighet i ansvar och variation hur patienten får information och möjlighet till fast vårdkontakt.

¹⁵ 6 kap. 1 § Patientlagen

¹⁶ 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen 6 kap. 2 § Patientlagen

Enligt uppgift inom hjärtmottagningen följs rutiner för fast vårdkontakt. För hjärt-sviktspatienter finns dokumenterade rutiner som beskriver arbetsflödet från remisshantering till medicinsk bedömning av läkare, varefter en individuell vårdplan upprättas av ansvarig sviktsjuksköterska tillika fast vårdkontakt och ansvarar för samordning, patientkontakt och uppföljning av vårdplan.

Inom nära vård framgår och syftar funktionen fast vårdkontakt som centralt för att stärka patientens delaktighet, kontinuitet och samordning i vården. Vid fast vårdkontakt följer man riktlinjer och krav enligt Socialstyrelsen, och nationella stödmaterial. De nya riktlinjerna inom nära vård tydliggör att kommunen ska utse fast vårdkontakt när patienten begär det.

5.2.3 Säkerställa roll och ansvar

Hur genomförs uppföljning för att säkerställa att fast vårdkontakt kan ansvara för och kunna upprätthålla en aktiv och proaktiv roll?

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan inkl. uppföljningsplan 2022 återfinns en uppföljning om arbetet med att utveckla arbetssätt för att mäta fast vårdkontakt.

Enligt Socialstyrelsen¹⁷, har hälso- och sjukvårdspersonal, fast vårdkontakt ansvaret själv för hur arbetsuppgifterna fullgörs. Vem som utses till fast vårdkontakt grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose behovet. Det kan bestå av flera professioner och åtminstone en person inom hälso- och sjukvårdspersonal.

Enligt regionala styrdokument och riktlinjer; vårdgivarguidens webbplats framgår att fasta vårdkontakten ansvarar för när det krävs samordning att innehållet i individuella planer följs upp, uppdateras och är aktuella enligt dokumenterade överenskommelser¹⁸. De ska arbeta proaktivt genom att samordna och informera om förebyggande åtgärder och stödja och vara vägledande för patienten för att undvika slutenvård.

Hur stort antal patienter en fast vårdkontakt kan ansvara för och för att kunna upprätthålla en proaktiv roll skall bestämmas mellan verksamhetschef och den lokala vårdkontakten. Enligt utsago så varierar antalet patienter för en fast vårdkontakt.

Område Medicin

Inom område neurologi ingår bland annat patientgrupper tillhörande diagnos som Amyotrofisk Lateral Skleros, ALS¹⁹, Epilepsi²⁰, Huntingtons sjukdom²¹, som är behov av fast vårdkontakt. Inom området har man kontaktsjuksköterskor som är fast vårdkontakt. För ALS och Huntingtons sjukdom ingår patienten i team med flera professioner bland annat läkare, sjuksköterska, psykoterapeut, fysioterapeut och dietist. Där sjuksköterskan är kontaktsjuksköterska tillika fast vårdkontakt.

Vårdplaner används främst av det neurologiska teamet och inte enligt enhetschefen för neurologin för fast vårdkontakt. Det är viktigt att vårdplan tas fram för patienten vid uppföljning och informationsöverföring för patientsäkerhet så vid byte av fast vårdkontakt har vårdkontakten all information om vårdbehov och vårdförlopp.

¹⁷ Socialstyrelsen- Fast vårdkontakt – När, var hur? Publikation med artikelnummer 2017-10-16

¹⁸ Tidigare patientkontrakt, Centuri 65169-2

¹⁹ ALS innebär en gradvis försämring av de motoriska nervcellerna i hjärnan och ryggmärgen.

²⁰ Epilepsi är en neurologisk sjukdom som orsakar återkommande anfall i hjärnan. Anfallen kan variera i typ och svårighetsgrad, och de kan inkludera kramp, medvetlöshet eller ryckningar.

²¹ Huntingtons sjukdom är ärftlig, progressiv neurologisk sjukdom som påverkar rörelse, kognition och beteende, med symptom som vanligtvis debuterar mellan 30 och 50 års ålder.

Enligt verksamhetschef på staben för hjärta neurologi och rehabilitering kontaktas specialistvården direkt av patienten för de svårare sjukdomsdiagnoserna och inte via primärvården. Patienten har kontaktuppgifter som ett snabbspår till vården för akuta försämringar för att snabbt få hjälp. Enligt utsago av verksamhetschefen så tar primärvården hand om de mindre komplexa epilepsipatienterna.

Varje patient har en fast vårdkontakt som man har kontakt med vid behov. Enligt enhetschef sker uppföljningen främst genom fysiska möten och kan vid behov även göras via hembesök eller telefonkontakt eller videobesök. Den fasta vårdkontakten har avsatt tid i schemat för sin patientgrupp, och tidsåtgången anpassas efter patienternas individuella behov. Schematider kan omfördelas om en patientgrupp har mer eller mindre behov. På så sätt kan resurser riktas till patienter med större behov.

Vid försämrat tillstånd planeras besöken tätare med olika professioner utifrån patientens vårdssituation. Enhetschefen beskriver att man alltid gör ett hembesök hos patienten samt vid övergång till hälsocentral i samverkan med kommun. Alla har samma förutsättningar oavsett var man bor och kommunresurs och professioner kopplas in som står närmast patienten. Överlämning sker alltid fysiskt i hemmet för teampatienter.

Enligt verksamhetschef och enhetschef vid säkerställande av fasta vårdkontakter säkerställer personalen med stöttning och avlastar varandra vid behov, samt att det finns en god kommunikation och ömsesidig acceptans inom personalgruppen.

Inom hjärtmottagningen har patienterna direktnummer till sina sjuksköterskor. De kan även kontakta mottagningen för allmänna frågor via telefontid. Om en patient har flera pågående vårdkontakter och har en hjärtsjukdom som kan försvåra en annan vård kan fast vårdkontakt utses av hjärtmottagningen. Det görs i samråd med mellan ansvarig läkare och sjuksköterska.

Område Nära vård

Av intervju med verksamhetschef för Nära vård Östersund, sker val av fast vårdkontakt främst genom en geografisk områdesindelning eller via traditionella listningsmodeller. Geografisk indelning gör att teamen får en god kännedom om både patient och anhöriga, vilket underlättar personcentrerad planering.

Vid komplexa vårdbehov har man team med olika professioner och arbetet sker ofta med SIP eller med vårdplaner. Fast vårdkontakt tillika distriktssköterskan ansvarar för kalla till möten och samordna vårdinsatser. Primärvårdens professioner är inte specialister på enskilda diagnoser som ALS, epilepsi eller Huntingtons sjukdom. Kompetens säkerställs via obligatoriska utbildningsdagar, där relevanta medicinska områden lyfts regelbundet. Detta gäller både distriktsläkare, distriktssköterskor och andra yrkesgrupper.

Oftast har patienter med komplexa vårdbehov kontaktuppgifter med direktkontakt ett snabbspår till specialistvården vid behov av akut vård.

Inom nära vård finns inget tak för hur många patienter som en fast vårdkontakt bör ha för att upprätthålla en proaktiv roll, man utgår från antal listade per hälsocentral. I glesbygd är det inte ovanligt att en distriktsjuksköterska är fast vårdkontakt och antal patienter är likvärdig med antal listade. Är man få distriktsjuksköterskor blir det väldigt sårbart då kan det vara av vikt främst i glesbygd med stöd av ambulans och närvård som exempelvis närvårdsavdelningen, NÄVA²² i Strömsund har man ungefär lika många som distriktsläkarna.

²² NÄVA är en gemensam vårdavdelning mellan Region Jämtland Härjedalen och Strömsunds kommun, där man samordnar kommunal korttidsvård och primärvårdens slutenvårdsplatser.

När patient eller personal vill byta fast vårdkontakt finns rutiner, där chef och en medicinsk ledningsansvarig läkare (MLU) gör en bedömning av skälen och tar beslut om eventuell förändring.

Uppföljning och indikatorer

Uppföljning sker via väntetider, återinläggningar, registerdata och patientnämndsärenden. Ett mer strukturerat sätt att mäta patientnöjdhet saknas. Uppföljning av återinläggningar sker av verksamhetens verksamhetsutvecklare inom område neurologin.

Inom nära vård är det svårt med uppföljningar när man hindras av ett föråldrat listningssystem med begränsningar till support, underhåll och svårigheter att integreras med moderna lösningar. Uppföljning sker via återinläggningar, tillgänglighet och nationella enkätresultat. Uppföljning och rapportering till politiken och ledningen beskriver divisionschefen för nära vård bygger på att beskriva upplevd situation och bedömningar, i stället för siffror och mätbara resultat.

Utmaningar

Regionens utmaning med nuvarande digitala listningssystemet kan inte längre uppdateras eller vidareutvecklas. Systemets begränsningar innebär att det inte fullt ut stödjer verksamhetens behov. Utmaningen är främst att det inte går att följa upp fast vårdkontakt för att avgöra hur stor belastning är för enskilda fasta vårdkontakter.

Av hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll²³ ska en metod tas fram, som följer nationell standard, för att mäta fasta kontakter, det finns nationella mål och mått för fasta kontakter i överenskommelsen nära vård. Ett arbete pågår sedan 2022 med att uppfylla lagkrav och ge invånarna en namngiven fast läkarkontakt och/eller vårdkontakt. Det system som bäst kan möta kravet på elektrisk åtkomst är Listningssystemet. Utmaningen var då att flera IT-system, berördes och uppfyllde inte lagkraven. För att vidta åtgärder behöver listningssystemet anpassas för att integreras till 1177.se, eftersom flera systemstöd berördes och är beroende av varandra, därför behöver de genomföras stegvis för integrationer för informationsöverföring.

Det innebär att regionens arbete sedan 2022 kvarstår och uppfyller inte kravställande enligt lag av elektronisk mätning av fast vårdkontakt.

Enligt uppgift ska ett nytt listningssystem ha upphandlats, men är ännu inte implementerat. Målsättningen är att kunna möjliggöra digital åtkomst, mätning av antal och andel namngivna kontakter samt bidra till ökad kontinuitet för patienter och medarbetare.

Samordnad individuell planering (SIP)

Av riktlinjer för samverkansmöten SIP²⁴ framgår att inom Region Jämtland Härjedalen ska varje hälsocentral, mottagning och öppenvårdsenheten ha minst en SIP – stödjare. Av intervjuer framgår att man har det inom medicinmottagningen.

Utmaningar med SIP kvarstår och år 2022 genomfördes en enkätundersökning som påvisade att SIP-arbetet inte fungerade som förväntat, trots genomförda utbildningsinsatser för både SIP stödjare och chefer. Arbetet kom inte i gång som förväntat, och behovet av mer användarvänligt stödmaterial lyftes både lokalt och regionalt. SIP samordnarna såg ett behov av tydligare processer och identifierade behov av att se över rutiner och arbetsätt.

²³ §104 hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll, 2022-09-22. Dnr:(HSN/669/2022)

²⁴ Reviderades senast 2023-09-29

Fredagsgruppen inrättade en arbetsgrupp mot bakgrunden att göra en översyn och ta fram förbättringsförslag som stärker kvalitet, användarvänlighet och säkerställer att SIP genomförs när behov finns.

Vid avrapporteringen av arbetsgruppens arbete i november 2025²⁵ till Fredagsgruppen och SamReKoHSI²⁶ redovisade arbetsgruppen identifierade utmaningar, kunskapsbrist kring SIP, otydlig ledning och prioritering samt brist på tid och resurser. En annan aspekt som framkom i avrapporteringen är begränsad tillgång till dokumentationssystemet, LINK samt samverkanssvårigheter mellan region och kommun. SIP-samordnare fick där efter i uppdrag att föreslå konkreta aktiviteter kopplade till de strategiska åtgärderna. Återrapportering av aktiviteter kopplade till de strategiska åtgärderna framgår inte i slutsunderlaget.

Enligt område medicin sker samverkan med SIP gemensamt med region och kommun och genom hembesök hos patienten. Dock upplevs SIP-processen som tungarbetat och ostrukturerat, med svårigheter att samla alla nödvändiga professioner.

5.3 ANALYS OCH SLUTSATS

Förstudiens syfte har varit att visa om det finns behov av en fördjupad granskning av fast vårdkontakt.

Vår sammanfattande bedömning är att det finns rutiner och riktlinjer för fast vårdkontakt. Men att det är oklart hur väl kända de är inom verksamheterna. Inom område neurologi saknas en lokal uppdragsbeskrivning för fast vårdkontakt, för att säkerställa patientsäkerhet och efterlevnad bör rutiner tas fram för strukturerat och likartat arbetssätt.

Region Jämtland Härjedalens nuvarande Listningssystem utgör ett bristande systemstöd. Systemet är föråldrat och har begränsade möjligheter till support, underhåll och svårigheter att integreras med moderna digitala lösningar. Den otillräckliga digitala infrastrukturen innebär att regionen inte kan följa lagens krav på elektronisk hantering och mätning av fasta vårdkontakter.

Konsekvensen blir att uppföljning och rapportering till politiken sker utan relevanta nyckeltal, vilket försvårar styrning och resursfördelning. Bristen på datastöd gör att uppföljningen idag baseras på beskrivningar och bedömningar, i stället för siffror och mätbara resultat.

Det finns även risk att fasta vårdkontakter har för många patienter, särskilt i glesbygd eller områden med sårbar bemanning. Detta reducerar möjligheten att arbeta proaktivt och kan leda till försämrad kontinuitet.

Vi bedömer att verksamheterna har olika benämningar på funktioner för fast vårdkontakt. Om uppgifter som ingår i de funktionerna som kallas något annat, kan likställas med fast vårdkontakt har vi inte gått djupare på i denna förstudie.

I verksamheterna upplevs SIP-arbetet tungarbetat, särskilt när det gäller att kalla professioner till patientmöte för vårdplanering. Detta leder till brister i patientsäkerhet, vårdövergångar och begränsade möjligheter att arbeta personcentrerat.

Redan år 2022 påvisades otydligheter i riktlinjerna för SIP arbetet. SIP-samordnarna såg ett tydligt behov att se över SIP-processen och riktlinjer samt stödmaterial för SIP-stödjure behöver förtydligas. Efter översyn och förbättringsförslag uppdrogs till arbetsgruppen efter

²⁵ §100 Protokoll, 2025-11-28

²⁶ Det är ett samverkansnätverk mellan Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvård och länets kommuners verksamhet inom skola och individ- och familjeomsorg.

redovisad slutrapportering november 2025 att ta fram aktiviteter utifrån strategierna, dock är tidsramarna oklara.

Vår slutsats blir att det är angeläget att genomföra en fördjupad granskning och att det lyfts till revisorernas riskanalys för 2027/2028.

6 KVALITETSSÄKRING


Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har (*har givits möjlighet att*) faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

7 UNDERTECKNANDE

Projektledare:


Carina Hemmingsson
Sakkunnig

Kvalitetssäkring:


Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör