

Kontinuitet och fasta kontakter i Nära vård

Exempel på inspirerande arbetsätt

Kontinuitet och fasta kontakter i Nära vård

Exempel på inspirerande arbetssätt

Upplysningar om innehållet:

Lisbeth Löpare Johansson, lisbeth.lopore.johansson@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2022

ISBN: 978-91-8047-101-5

Illustration: Kristine Widlert

Produktion: Advant

Förord

Runtom i Sverige pågår omställningen till Nära vård och det är både spännande och viktigt att belysa omställningens alla delar och perspektiv. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg där personcentrering är vägledande. Det innebär att vi behöver ställa om hälso- och sjukvården och omsorgen så att den utgår från personens behov och förmågor, främjar hälsa i större utsträckning, att insatser hålls ihop och planeringen blir enkel för den person som behöver vårdens stöd.

Personcentrerad vård innebär att möta varje enskild individ som en person med unika behov, erfarenheter och resurser. Då kan bemötande, diagnos och behandling ske utifrån den person vi har framför oss, och inte utifrån stereotypa föreställningar, normer eller riktlinjer. I en personcentrerad vård strävar vi efter ett partnerskap mellan patienten och professionen och det är därför viktigt med relationell kontinuitet. Syftet med fasta kontakter i vård och omsorg handlar om att möjliggöra den relationella kontinuiteten och skapa trygghet, samordning och säkerhet för patienten, brukaren, anhöriga och för vårdens medarbetare. Forskning visar att kontinuitet kan bidra till högre kvalitet, effektivitet och ökad nöjdhet hos patienterna. Särskilt patienter med mer omfattande behov eller kroniska sjukdomar vill möta och/eller ha kontakt med samma person i vården.

En viktig del i arbetet med den relationella dimensionen i vården är utvecklingen av patientkontrakt. I patientkontraktet konkretiseras partnerskapet mellan patienten och professionen genom den gemensamma överenskommelsen. Patientkontraktet blir därmed också ett sätt att stärka informationskontinuiteten.

SKRs arbete med att stödja omställningen till Nära vård handlar bland annat om att bidra till lärande. Med den här skriften vill vi visa på de fasta kontakternas och kontinuitetens betydelse i den nära vården. Skriften är framtagen av en arbetsgrupp på SKR i samarbete med konsultföretaget Governo. Presentationerna bygger på intervjuer med representanter från verksamheterna. Intervjuer har även, där det varit möjligt, gjorts med patienter eller närstående. Vi hoppas att de exempel som presenteras ska inspirera och bidra till viktiga steg i vårt gemensamma arbete för en nära vård.

Stockholm i november 2022

Lisbeth Löpare Johansson
Samordnare Nära vård

Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

- 6 Kapitel 1. Inledning
- 9 Kapitel 2. Från hyrläkare till fast läkare och team på Vårdcentralen Ekensberg
- 15 Kapitel 3. Trygg hemgång från sjukhus med stöd av Freja vårdcentral
- 22 Kapitel 4. Rosenlunds familjecentral – en mötesplats för alla familjer
- 29 Kapitel 5. Vårdcentralen Finspång ger stöd att komma tillbaka från en sjukskrivning
- 37 Kapitel 6. Fasta kontakter och teamarbete på Capio Vårdcentral Berga
- 43 Kapitel 7. Vårdcentralen Britsarvet-Grycksbos vårdsamordnare psykisk hälsa ger stöd att må bra vid medicinering
- 52 Kapitel 8. Samarbete och förebyggande stöd från Laponia hälsocentral och hemsjukvården i Gällivare
- 57 Kapitel 9. Relationer och tillgänglighet går hand i hand på Kvarnholmens vårdcentral
- 65 Kapitel 10. Familjens hus i Norrtälje samlar kompetensen runt familjen
- 71 Kapitel 11. Digital teknik för samarbete mellan Premicares hälsocentraler och hemsjukvården i Timrå kommun
- 76 Kapitel 12. Lagar och uppföljning – en fördjupning

Inledning

Allt börjar med ett *hej!* Starten på en relation. Vi är nog alla överens om att relationer är viktiga. En god relation kan skapa förståelse, tillit och i bästa fall trygghet. Vikten av relationer i vård-och omsorg och kontinuiteten i dessa kontakter ska inte underskattas. Det är långt mycket mer än bara en trivselfråga. Forskning visar att god kontinuitet bidrar till högre medicinsk kvalitet, ökad patientnöjdhet, färre inläggningar och akutbesök på sjukhus, bättre hälsa och en bättre arbetsmiljö. Patienter med fast, kontinuerlig läkarkontakt tycks också löpa lägre risk att dö i förtid.

Kontinuitet är således en viktig kvalitet som värderas högt av både patienter och personal. Men, trots en bred enighet kring vikten av god kontinuitet ser vi att vården i Sverige brister just i detta avseende. Stort fokus, både nationellt, regionalt och lokalt, ligger nu därför på dessa frågor och glädjande nog börjar positiva effekter märkas. Mycket arbete pågår i regioner och kommuner för att hitta nya arbetssätt och rutiner för att främja kontinuitet. Bland personer över 65 år svarar nu fler att de har en fast kontakt år 2021 jämfört med 2017.

Den omställning mot Nära vård med primärvården som nav som nu pågår handlar om att förflytta fokus, från organisation till person och relationer, för att stödja utvecklingen av en personcentrerad vård. Den fasta läkarkontakten och den fasta vårdkontakten i primärvården ger förutsättningar för att bygga goda, långvariga relationer i de fall patienter har behov av och vill ha det.

I den här skriften presenteras tio olika exempel på verksamheter som aktivt och framgångsrikt arbetar med kontinuitet och fasta kontakter i olika konstellationer.

Den fasta läkarkontakten och den fasta vårdkontakten är reglerade i lag. Den fasta läkarkontakten finns i primärvården och har det medicinska ansvaret för utredning och behandling, ur ett primärvårdsperspektiv. Den fasta läkaren ska också informera patienten om olika behandlingsalternativ och vara en person som patienten kan samråda med och som kan hjälpa till att samordna olika insatser. Den fasta vårdkontakten, som i exemplen innefattar så väl rehabkoordinatören som vårdsamordnaren, bidrar till trygghet genom kontinuitet och samordning. Den fasta vårdkontakten är inte bunden till profession, annat än i särskilda fall, utan här avgör behovet vem som är bäst lämpad. Den fasta vårdkontakten återfinns i alla delar av hälso- och sjukvården.

Kontinuitet och de fasta kontakterna kan förstås utifrån fyra perspektiv som behöver samspela:

- › Relation
- › Långsiktighet
- › Information
- › Samordning

De fyra perspektiven beskrivs med lite olika ord i de kommande exemplen, men gemensamt är att de har arbetssätt där dessa perspektiv är en del i att bygga relation mellan vårdpersonal och patienter, vilket gör att de lyckas erbjuda kontinuitet.

Återkommande i verksamheterna som här presenteras, är att kontinuitet ses som en gemensam prioritering. Samarbete och teamet är nyckelfaktorer och tillgänglighet lyfts som en förutsättning för kontinuitet. Vidare tar man upp vikten av att relationer och tillit även finns på ledningsnivå. Det skapar den trygghet som behövs för att våga göra en omställning, även om inte alla förutsättningar är optimala. Tryggheten behövs även för att våga prioritera långsiktighet framför kortsiktiga insatser. Genomgående är också att den organisatoriska strukturen likväl som kulturen gynnar kontinuitet och samverkan inom och mellan enheter.

Att ta fasta på forskningen och utforma en vård där kontinuitet och fasta kontakter prioriteras, där relationen får vara en bärande princip, är en utveckling vi inte kan vänta på. Och den behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet.

Referenser

Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2020;70(698):e600-e11.

Damarell RA, Morgan DD, Tieman JJ. General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):131.

Hudson BF, Best S, Stone P, Noble TB. Impact of informational and relational continuity for people with palliative care needs: a mixed methods rapid review. *BMJ Open.* 2019;9(5):e027323.

Rapport 2022:2 Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2021. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022.

Sandvik H, Hetlevik O, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72(715):e84-e90.

SBU. Kontinuitet i vården. SBU-rapport nr 329. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021.

Från hyrläkare till fast läkare och team på Vårdcentralen Ekensberg

På vårdcentralen Ekensberg har alla patienter en fast läkare och ett team. På fem år har vårdcentralen växlat från en miljö där patienter och vårdpersonal inte kände varandra till att erbjuda alla en fast läkare som samarbetar med ett team. Trots att bemanningen inledningsvis inte räckte till en fast läkare för alla valde ledningen att prioritera kontinuitet som en nyckel för att lyckas erbjuda en bra arbetsmiljö och en god vård.

Den här presentationen bygger på samtal med verksamhetschefen som har arbetat för att säkerställa kontinuitet sedan han tillträdde för fem år sedan.

Kontinuitet som en avgörande arbetsmiljöfråga

Vårdcentralen Ekensberg ligger i Nyköping och drivs av Region Sörmland. Ett femtiotal medarbetare erbjuder en bred medicinsk kompetens inom hela primärvårdsuppdraget.

När den nuvarande verksamhetschefen tillträdde 2016 hade vårdcentralen haft åtta chefer under de senaste tio åren. Tre fast anställda specialister och två ST-läkare ansvarade för drygt 12 000 listade patienter och vårdcentralen var därmed beroende av tillfälliga hyrläkare. Långa perioder av underbemanning hade resulterat i ett arbetssätt som fokuserade på att kortsiktigt hantera de behov som visade sig under dagen. Många medarbetare upplevde inte arbetet som meningsfullt och flera var på gränsen till att riskera utmattning.

En förändring behövde ske och ledningen valde att fokusera på att förbättra arbetsmiljön. Kontinuitet i mötet mellan läkare och patient sågs som en nyckel till att lyckas. Viljan att erbjuda alla en fast läkarkontakt fanns sedan tidigare, men hade setts som något som kunde uppnås först när vårdcentralen var fullt bemannad med läkare.

”Det är lätt att tänka att vi ska börja erbjuda kontinuitet när vi är fullbemannade, men då händer det inte. För att rädda de läkare vi hade kvar behövde vi säkerställa en schysst arbetsmiljö.”

- Verksamhetschef

Efter att ha kartlagt forskning om kontinuitet samt vägledning från Svensk förening för allmänmedicin, Sveriges läkarförbund, SKR och Socialstyrelsen beslutade ledningen att de fast anställda läkarna skulle ha ansvar för ett begränsat antal patienter och att de skulle arbeta i ett team med andra professioner. På kort sikt innebar beslutet att vissa patienter skulle erbjudas en fast läkare samtidigt som andra inte kunde få samma erbjudande.

”Det krävdes mod att besluta om fast läkare innan vi var fullbemannade, men vi gjorde det.”

- Verksamhetschef

Målbild och principer för fast läkare och patientnära team

Beslutet om fast läkare och team blev startpunkten för att ställa om vårdcentralens arbetssätt, en förändring som alla medarbetare behövde vara involverade i. Samtidigt som den nya chefen började erbjöd Region Sörmland ett ledningsgruppsprogram för länets vårdcentraler. Genom att de fick tillgång till gemensam kunskap och olika verktyg fick ledningen värdefullt stöd att lyckas få till en hållbar förändring.

Ledningsgruppen inledde med att ta fram ett utkast till inriktning där de beskrev vilka mål de såg för verksamheten. På en planeringsdag fick alla medarbetare sedan möjlighet att diskutera och anpassa inriktningen utifrån sin kunskap om patienternas och medarbetarnas behov och önskemål. Arbetet resulterade i följande målbild och principer för patientnära team:

- Patienten är specialist på sina behov och önskemål.
- Alla medarbetare vet och förstår vilket team patienten tillhör.
- Patienten vet vilket team hen tillhör.
- Teamen har kontinuerliga träffar med fokus på patientens behov.
- Teamen har en hög tillgänglighet – alla i teamet kan träffa patienten.
- Alla team ska möta alla sjukdomar och behov – så att vårdcentralens läkare kan vidmakthålla en bredd i sin kompetens och erfarenhet.
- En läkare som arbetar heltid ska ansvara för max 1 500 listade patienter – så att det finns möjlighet för läkare och patient att lära känna varandra.
- Fast anställda läkare ska ha 10% av sin arbetstid per vecka avsatt för fördjupningstid – så att det finns möjlighet att lära nytt, reflektera och utvecklas.

”När jag summerade resultatet hade jag hela personalgruppen bakom mig och vi var redo att köra.”

- Verksamhetschef

Startpunkten för att förverkliga målbilden var att lista patienter hos de läkare som var fast anställda och att rekrytera fler läkare. Listningen gjordes genom ett slumpmässigt urval av vårdcentralens alla listade patienter. I slutet av 2018 hade vårdcentralen lyckats rekrytera så att de hade 6,5 heltidsanställda läkare och kunde då inleda arbetet att forma de två första teamen.

Alla patienter har en fast läkare och ingår i ett team

Våren 2022 är vårdcentralens alla patienter listade på en fast läkare, som kan vara en distriktsläkare eller en ST-läkare. En läkare som arbetar heltid har cirka 1200 listade patienter. Målet framåt är att få ner antalet till cirka 1100 på en heltidsanställd distriktsläkare och 600–700 på en ST-läkare.

Alla patienter ingår i ett team som utöver läkaren är bemannat med sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, samtalsbehandlare och sekreterare. Alla team kan möta vårdcentralens hela uppdrag, men det finns flexibilitet att flytta en patient till ett annat team om det finns kompetens där som är särskilt värdefull. Teamen har en fast tid varje vecka då de planerar tillsammans. Det kan handla om att stötta varandra i utmanande medicinska frågor där olika professioner behöver hjälpas åt, eller samordning av insatser runt patienter där det finns behov av det.

Verksamhetschefen betonar att det på en vårdcentral alltid kan uppstå situationer som behöver prioriteras, och som måste få tillåtas bryta kontinuiteten. För att tillgänglighet och kontinuitet ska ställas mot varandra så sällan som möjligt behöver det finnas parallella arbetssätt. Att stärka tillgängligheten utan att försvaga kontinuiteten är en fråga som vårdcentralen arbetar med. I dagsläget händer det att frågor som behöver hanteras snabbt gör att annat behöver skjutas upp.

”Att kontinuitet ställs mot tillgänglighet är ett dagligt dilemma. Samtidigt som vi erbjuder kontinuitet måste vi kunna vara snabba och tillgängliga.”

- Verksamhetschef

En attraktiv arbetsplats ger en attraktiv vårdcentral

När Vårdcentralen Ekensberg inledde sitt förändringsarbete var det med målet att erbjuda en bra arbetsmiljö och en god vård, där kontinuitet var nyckeln till att lyckas.

Våren 2022 är arbetsmiljön en annan än den var för fem år sedan. Medarbetarna har ett tydligt patientansvar och är trygga med att få stöd av kollegor genom ett etablerat teamarbete. De senaste två åren har vårdcentralen varit oberoende av hyrläkare, vilket är ett resultat av att de nu lyckas attrahera och behålla medarbetare. Verksamhetschefen beskriver att det uppfattas som attraktivt för läkare att ha ett begränsat antal patienter med möjlighet till samarbete och reflektion i vardagen. Det uppskattas även att kunna bidra i utvecklingsarbete samt att tio procent av läkarnas arbetstid är avsatt till fortbildning.

”Att vi har tid att lära känna varandra gör att vi har blivit attraktivare hos både patienter och personal.”

- Verksamhetschef

Hur vårdcentralen lyckas uppnå målet om en bra arbetsmiljö och en god vård följs upp genom en patientenkät och en medarbetarenkät som båda görs två gånger per år. Vårdcentralens patienter får möjlighet att bedöma delaktighet, bemötande, om de fått träffa samma person samt om hen varit inläst på patientens sjukdomshistoria. Inom ramen för arbetsmiljöarbetet får medarbetarna bedöma arbetsmiljön och arbetsbelastningen. Utöver dessa enkäter har teamens utveckling följts upp sedan starten 2016, vilket gör att det snabbt blir tydligt om ett team behöver stöd. Fyra gånger om året bedömer alla medarbetare det egna teamets förutsättningar och arbetssätt och resultatet redovisas för följande områden:

- › Teamets uppdrag och funktion
- › Roller och ansvar
- › Mål och resultat
- › Struktur och arbetsprocesser
- › Tillit och gruppdynamik
- › Kommunikation med omvärlden
- › Goda exempel och utvecklingsområden

Tillsammans ger dessa uppföljningar god möjlighet att följa utvecklingen utifrån olika aspekter. Av de enkäter som har genomförts under 2022 framgår att både patienter och medarbetare ger vårdcentralen goda betyg, tillsammans med medskick om vad som kan utvecklas. Det finns en stolthet över att verksamheten kan se det förändrade arbetssättet avspeglas i patienternas och medarbetarnas bedömningar.

”Som chef skapar jag förutsättningar för att medarbetarna ska kunna göra det bra för patienten. Genom löpande uppföljning har vi alltid kunskap om hur medarbetarna uppfattar förutsättningarna att ge en god vård.”

- Verksamhetschef

Arbetsätt som bygger på medarbetarnas erfarenheter och idéer

Det som framhålls som avgörande för att Vårdcentralen Ekensberg har lyckats förverkliga sina mål om kontinuitet är att förändringen har skapats av medarbetarna. Medarbetarna har fångat upp behov, utmaningar och önskemål i vardagen och tillsammans utformat arbetsätt som är bra för både patienter och medarbetare. För att nya idéer ska kunna förverkligas snabbt görs den strategiska planeringen av ledningsgruppen som har ett längre möte en gång i månaden. Däremellan leds olika utvecklingsarbeten av arbetsgrupper som formas utifrån vad som ska göras.

”Det finns inte en människa som arbetar på en vårdcentral som inte vill göra det bra för patienten. Om vi ger förutsättningar och grönt ljus för utveckling så kommer det ske.”

- Verksamhetschef

Att Region Sörmland har satsat på att utbilda chefer i ledarskap framhålls som betydelsefullt för att ledningen vågade prioritera kontinuitet, trots att bemanningen inledningsvis inte räckte för att erbjuda alla en fast läkare. Det har även gett kunskap och metodstöd som har behövts för att leda, och hålla i ett långsiktigt förändringsarbete.

Ett medskick till andra vårdcentraler som vill erbjuda fast läkare och team är att inte vänta på att verksamheten ska bli fullbemannad, utan att se den förändring som behöver ske som en övergångsperiod och en investering. Det handlar om att vända på logiken och se kontinuitet som en möjliggörare för en attraktiv arbetsmiljö, som i nästa steg möjliggöra en god, nära och långsiktig vård för alla patienter.

”Vårt arbetsätt kan uppfattas som krävande om man inte förstår det, men att kunna ta sig tid för en patient du känner sparar tid för alla.”

- Verksamhetschef

Trygg hemgång från sjukhus med stöd av Freja vårdcentral

Patienter som får vård på sjukhus ska känna sig trygga med att kunna återvända hem med den hjälp som behövs för att klara sig hemma – oavsett var patienten bor. Med hjälp av en tydlig samverkansmodell och ett nära samarbete med sjukhuset, hemsjukvården och hemtjänsten är vårdsamordnaren vid Freja vårdcentral i Fellingsbro en trygg punkt för de patienter som behöver det mest.

Den här presentationen bygger på samtal med vårdsamordnaren på Freja vårdcentral, som även är övergripande samordnare för alla vårdsamordnare i Region Örebro län, och en sjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården. Inledningsvis presenteras en berättelse från anhörig.

Anhörigberättelse: Att bli sedd och få hjälp att få ihop pusslet

Min mamma är 87 år och har en alzheimerdiagnos. Hon blev änka för nästan 20 år sen, men har sedan dess levt ett aktivt liv, varit engagerad i civilsamhället och spenderat mycket tid med oss barn, barnbarn och barnbarnsbarn. Vi står varandra väldigt nära inom familjen och mamma har alltid varit en stor trygghet som vi alla kunnat lita oss mot i det stora och det lilla.

För några år sen märkte vi att mamma hörde sämre och drog sig undan mer och mer. När pandemin kom och hon tvingades isolera sig var det som att hon tappade gnistan. Min syster och jag märkte att något inte riktigt stämde och kontaktade vårdcentralen för att få hjälp med en minnesutredning. Ganska snart stod det klart att mamma drabbats av Alzheimers sjukdom.

I dagsläget bor mamma kvar hemma med stöd från hemtjänsten, hemsjukvården och oss i familjen. Det är mycket som ska samordnas och fixas och min syster och jag drar ett tungt lass för att få det att funka. Vi är så tacksamma att vi haft stöd av en vårdsamordnare som stöttat oss i att få ihop pusslet.

Något som varit särskilt bra är de samordningsmöten som vi har hemma hos mamma. Oftast deltar vårdsamordnaren från vårdcentralen, biståndshandläggare och sjuksköterskan i hemsjukvården. Mötena har betytt mycket för mamma. Hon har levt upp, tyckt att det varit väldigt trevligt och frågat efter när vi ska ha nästa möte. Mötena får en social funktion i hennes liv och hon känner sig sedd av vård- och omsorgspersonalen. En svårighet i mötena har dock varit att mamma inte alltid säger som det är. Hon säger att det fungerar bra hemma, fast min syster och jag vet att hon behöver mer stöd och hjälp. Då har det varit jättebra att vi har en vårdsamordnare som känner mamma och oss och som kan ställa rätt frågor så att allt kommer fram. Både vi och mamma känner stort förtroende för henne. Det är så värdefullt att ha någon som ser både mamma och oss anhöriga. Det är viktigt att komma ihåg det – att även om jag som anhörig måste vara stark så är jag också skör. Inom mig gråter den lilla flickan som jag en gång var över att långsamt förlora min mamma, min stora trygghet.

En tydlig samverkansmodell sätter grunden för samarbete

I Örebro län finns en etablerad samverkansmodell som bland annat beskriver hur sjukhuspersonalen, personalen på vårdcentralen, biståndshandläggare, hemtjänstpersonalen och sjuksköterskorna i den kommunala hälso- och sjukvården ska samarbeta när patienter skrivs in och ut från sjukhus. I samband med att lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård trädde i kraft i januari 2018 förstärktes samverkansmodellen ytterligare i och med att rollen som vårdsamordnare infördes vid alla länets vårdcentraler.

Freja vårdcentral har två mottagningar i länets östra del – en i Fellingsbro och en i Frövi. Vårdcentralen drivs av Region Örebro län och har cirka 6 300 listade patienter och 30 medarbetare. Vårdcentralens vårdsamordnare har rollen som fast vårdkontakt för de patienter som skrivs in på sjukhus och en tid efter att patienten kommit hem. Hon har särskilt ansvar för att säkerställa att utskrivningen från sjukhuset och övergången till hemmet är trygg och säker för patienterna.

Vårdsamordnarens kontakt med en patient inleds när hon och kommunens biståndshandläggare får ett meddelande från sjukhuset om att patienten skrivits in på en vårdavdelning och när personen förväntas kunna komma hem. Det blir startskottet för vårdsamordnarens samarbete med patienten, närstående, biståndshandläggare, hemtjänsten och hemsjukvården för att planera för en trygg och säker hemgång. Att tidigt skapa sig en bild av vilka fortsatta behov som patienten kan komma att ha efter sjukhusvistelsen beskrivs som avgörande för att resten av planeringen ska bli bra.

”Som vårdsamordnare måste jag vara involverad redan från inskrivningen. Jag försöker skapa mig en bild av patienten och vilka behov som kan finnas framåt, om det finns några risker vid utskrivningen och vad vi tillsammans behöver göra för att säkerställa att det blir så tryggt och säkert som möjligt.”

- Vårdsamordnare

Det gemensamma it-stödet för utskrivningsplanering är ett viktigt verktyg i planeringen. I it-stödet besvarar respektive aktör ett antal frågor som syftar till att skapa en bild av patientens behov framåt och eventuella risker med utskrivningen. Vårdsamordnaren besvarar frågor om patienten har rehabiliterande insatser och hjälpmedel, om patienten har pågående sjukvårdsin-satser, om patienten har en kognitiv funktionsnedsättning, om patienten haft fem eller fler läkarbesök det senaste året och av vilken orsak samt om det finns en hög risk för oplanerad återinskrivning i slutenvården. För bedömningarna finns verktyg och checklistor som kan användas som stöd. För att kunna göra bedömningarna på ett bra sätt kombinerar vårdsamordnar-na sin egen kunskap om patientens behov med att läsa journalanteckningar och rådgöra med de kollegor som också känner patienten.

Om patienten efter utskrivningen har behov av vård och stöd från både vårdcentralen, hemsjukvården och hemtjänsten är det viktigt att dessa insatser samordnas. Vårdsamordnaren kallar de aktörer från regionen och kommunen som behöver samplanera sina insatser till ett möte för att tillsammans med patienten ta fram en samordnad individuell plan (SIP) som beskriver vem som gör vad och när.

Ett gemensamt ansvar för samma patienter

Samtidigt som vårdsamordnaren har en nyckelroll i planering och samordning är det viktigt att komma ihåg att all personal som möter patienten har ett gemensamt ansvar för att insatserna samordnas. Vårdsamordnaren på Freja vårdcentral betraktar sig själv som en del i ett team av olika kompetenser från sjukhuset, vårdcentralen, hemsjukvården och hemtjänsten som tillsammans ska erbjuda patienten en god vård och omsorg.

För att få till ett bra samarbete beskriver vårdsamordnaren att det är avgörande att de kompetenser som möter patienten inte är låsta till vad de formellt har ansvar för. Samarbetet bygger på att alla har patienternas bästa för ögonen och agerar utifrån det – inte enbart utifrån formella uppdrag och organisationsgränser.

”För att vi ska få de resultat vi vill genom samverkan måste alla vara beredda att ’blanda färgerna’. Vi kan inte vara låsta till våra formella uppdrag och ansvar – alla måste kliva över sina gränser.”

- Vårdsamordnare

Ofta handlar det inte om några stora saker, utan mer om att hjälpas åt och fördela arbetsuppgifter utifrån vem som har rätt kompetens, tid och möjlighet.

”Jag stöttar gärna sjuksköterskorna i hemsjukvården att ta nödvändiga kontakter här på vårdcentralen eller inom specialistvården om det är enklare för mig att hitta tid att ringa. Det viktiga är ju inte vem som gör vad, det viktiga är att det blir gjort så att patienten får det stöd hen behöver i rätt tid.”

- Vårdsamordnare

En grund för det välfungerande samarbetet är den samverkansmodell som finns i länet. Det handlar dels om att det finns tydliga rutiner och riktlinjer som alla känner till, dels om att det har skapats mötesplatser där medarbetare från de olika verksamheterna har möjlighet att träffas, lära känna varandra och bygga tillit till varandras kompetenser. Genom detta skapas relationer mellan medarbetarna som på sikt minskar behoven av formella mötesstrukturer och stående mötestider. Det blir enkelt att nå varandra i vardagen och man behöver inte vänta till nästa mötestid för att stämma av och rådgöra med varandra.

”Idag ser jag sjuksköterskorna i kommunen som mina kollegor. Vi samåker och äter lunch tillsammans. Vi pratar inte om var vi kommer ifrån eller vilken huvudman vi tillhör. Vi pratar alltid utifrån patienternas perspektiv.”

- Vårdsamordnare

”Det är en stor trygghet för mig att vårdsamordnaren finns. Vi har nästan daglig kontakt och det behöver inte alltid handla om samordning. Har jag en medicinsk fråga kring en specifik patient finns hon alltid där och ger råd.”

- Sjuksköterska

Fortsatt samordning även på längre sikt

Även om vårdsamordnarens roll är särskilt betydelsefull vid utskrivningen från sjukhus kvarstår ofta behovet av samordning även när patienten är hemma. Här beskriver vårdsamordnaren samtalsstödet *Vård- och omsorgskollen*¹ som ett bra verktyg för att bedöma hur patientens fortsatta behov av vård och stöd ser ut. När patienten har varit hemma i några dagar ringer vårdsamordnaren upp patienten och ställer frågor kring hur patienten upplevde utskrivningen och hur det har fungerat hemma sedan dess. I samtalet får vårdsamordnaren en återkoppling på om det som gjorts under utskrivningsprocessen fungerat eller inte. Om något behöver anpassas eller justeras för att patienten ska må bra finns det möjlighet att snabbt fånga upp och åtgärda detta.

Not. 1 <https://vardochomsorgskollen.se/>.

Samtalet bidrar också till att skapa en bild av hur det fungerar för patienten hemma och hur de fortsatta behoven av vård och stöd ser ut. Under samtalet kan vårdsamordnaren och patienten tillsammans resonera kring om patienten har de kontaktvägar hen behöver, om behovet av fast vårdkontakt kvarstår och vem som i så fall är bäst lämpad – om det ska fortsätta vara vårdsamordnaren eller någon annan funktion på vårdcentralen eller i hemsjukvården.

”Det blir en trygghet för alla oss som finns runt patienten att jag gör de här samtalen. De jag samarbetar med i hemsjukvården, i hemtjänsten och på sjukhuset vet att jag har uppföljande samtal med patienterna och att jag flaggar om något behöver justeras i patientens vård och omsorg.”

- Vårdsamordnare

De uppföljande samtalen ger vårdsamordnaren möjlighet att skapa relation mellan patienten och vårdpersonalen. Att vårdsamordnaren tar den första kontakten gör det enkelt för patienten att återkomma om hen har frågor eller om något förändras i patientens situation.

Tillgänglighet och tid för långsiktiga relationer

Samordning och välfungerade samarbete kommer inte av sig själv. För att vårdsamordnaren och övriga kompetenser som möter patienten ska kunna erbjuda den samordning som krävs behöver de ha förutsättningar att kunna göra det. En sådan förutsättning är tillgänglighet – både för patienterna och för varandra. Vårdsamordnaren har inte någon särskild telefontid utan det är lätt att nå henne på telefon. Den öppna telefonlinjen skulle kunna innebära ett ökat tryck men genom att det finns ett namn på en person och ett nummer att ringa tror vårdsamordnaren att det skapas en trygghet som kan minska behovet av kontakt.

”Vi måste göra oss tillgängliga för de som behöver det och de som ringer mig behöver oss. Ingen ringer bara för att det är kul. Om vi menar allvar med att patienterna ska känna sig trygga, då måste vi vara tillgängliga”

- Vårdsamordnare

En annan viktig förutsättning är ett ledarskap som prioriterar långsiktiga relationer och möjliggör tid och utrymme att bygga dessa, med såväl patienter och närstående som mellan de kompetenser som finns för patienten. Chefer på olika nivåer i organisationen behöver se värdet av vårdsamordnarens arbete och inte prioritera ner det även när det är svårt att bemanna andra funktioner på vårdcentralen. För att det ska finnas utrymme för långsiktiga relationer är det också viktigt med ett ledarskap som inte detaljstyr, utan som lämnar utrymme för medarbetarna att samarbeta och lösa ut frågor tillsammans – och samtidigt finnas där om en fråga behöver hanteras på ledningsnivå.

”Det handlar om att på alla nivåer arbeta för den vi finns till för och hjälpas åt för att det ska bli så bra, tryggt och säkert som möjligt. Att jag och de jag samarbetar med kan känna tillit till att vi är överens mellan verksamheterna. Vårdsamordnare är inte lösningen på allt, men samarbete är lösningen på mycket.”

- Vårdsamordnare

Rosenlunds familjecentral - en mötesplats för alla familjer

På Rosenlunds familjecentral i Jönköping får områdets familjer stöd i sitt föräldraskap. Relationen med familjen inleds genom mödrahälsovård som sömlöst övergår till barnhälsovård under barnets första fem år. På öppna förskolan möter förskollärare familjerna i vardagen och om någon skulle behöva det finns stöd att få av en kurator. Ett nära samarbete mellan olika professioner gör att medarbetarna kan se familjernas behov ur olika perspektiv och ge stöd utifrån sin samlade kompetens.

Den här presentationen bygger på samtal med barnmorska, sjuksköterska, förskollärare, kurator och verksamhetens samordnare. Inledningsvis presenteras en berättelse från en familj som fått stöd av Rosenlunds familjecentral.

Föräldraberättelse: Stöd och verktyg att se ljuset igen

Vår son fick en tuff start i livet men tack vare god vård och ett fint stöd från Rosenlunds familjecentral mår vi alla bra idag. Jag gick på familjecentralens mödravård under graviditeten men när jag fick havandeskapsförgiftning behövde jag sjukhusvård. Där blev jag kvar och redan i vecka 32 föddes vår son med akut kejsarsnitt. Efter en längre tid på neonatalavdelningen och därefter dagsjukvård var han så stark att det var dags för vanliga kontroller på BVC. Att vi var redo att klara oss utan sjukhusets stöd kändes fint, men också nervöst.

Första mötet med BVC var ett hembesök av en av familjecentralens sjuksköterskor. Hon undersökte vår son och vi fick chans att prata om vad vi varit med om. Jag berättade att jag skulle vilja prata med en kurator om allt som hänt. Hon fick oss att känna oss trygga med att hon skulle finnas där för oss, och det har hon verkligen gjort.

Efter en tid kunde vi besöka familjecentralen. Sjuksköterskan presenterade oss för en förskollärare som berättade om öppna förskolan och deras babygrupper. Genom en sådan grupp fick jag snabbt ett kontaktnät som jag har kunnat luta mig mot i vardagen.

Sjuksköterskan bokade även ett samtal med familjecentralens kurator. Det visade sig att jag hade mer än den tidiga födseln att prata om och att jag hade utvecklat en depression. Under vår sons första fem månader hade tiden stått stilla för mig och jag hade inte märkt hur mycket han hade utvecklats. Kuratorn blev en stöttepelare som gav mig verktyg att se ljuset igen. Idag mår jag så bra att jag nästan har kunnat avsluta kontakten, men hon har sagt att dörren alltid är öppen för mig. Det känns tryggt och vi är så tacksamma för det stöd vi fått. Utan familjecentralen hade det kanske sett annorlunda ut för oss idag.

En mötesplats med helhetssyn på familjens behov

Rosenlunds familjecentral ligger i centrala Jönköping och möter alla de cirka 1 000 barn upp till sex år som bor i området. Här erbjuds familjer förebyggande hälsovård, hälsoundersökningar och föräldragrupper. Målet är att tidigt upptäcka olika behov och erbjuda stöd för att främja en god hälsa för barnen och deras familjer.

På familjecentralen arbetar 15 personer. De kompetenser som utgör kärnan i verksamheten är barnmorska inom mödrahälsovård, specialistsjuksköterska inom barnhälsovård, förskollärare inom öppna förskolan samt kurator inom förebyggande socialtjänst. Här finns också en samordnare som har en arbetsledande roll.

”Det är våra gemensamma kompetenser som bildar familjecentralen. Vi arbetar tvärprofessionellt i samverkan även om vi representerar olika verksamheter med olika uppdrag.”

- Sjuksköterska

Att Region Jönköpings län och länets kommuner erbjuder ett samlat stöd i gemensamma lokaler, i form av familjecentraler, är ett etablerat arbetssätt i länet. Rosenlund, som bildades 2016, utgår från den definition som tagits fram av *Föreningen för familjecentralens främjande*:²

- Familjecentralen är en hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande och stödjande verksamhet och mötesplats som anpassas utifrån hela familjens livssituation.
- Familjecentralen riktar sig till blivande föräldrar, föräldrar, barn och andra viktiga vuxna kring barnet.
- Med familjecentral menas en samlokalisering av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med förebyggande verksamhet.

Tidig relation möjliggör tidig upptäckt och tidigt stöd

Medarbetarna på Rosenlunds familjecentral beskriver kontinuitet som ett ledord för verksamheten och som en förutsättning för att kunna samarbeta med familjerna. Familjecentralen ska finnas där för familjens olika behov och arbetssättet har starkt fokus på att bygga en relation som gör att familjerna vill och vågar be om stöd. Ett tydligt arbetssätt som är gemensamt för alla ger goda förutsättningar för att upptäcka om någon familj kan behöva extra stöd för att må bra.

”Alla ska känna sig trygga och få det stöd de behöver. Föräldrarna hör att vi talar om områden, som exempelvis barnsäkerhet eller språkutveckling, på ett enhetligt sätt men utifrån våra olika professioners perspektiv.”

- Samordnare

Barnmorskan träffar normalt blivande föräldrar under ett inskrivningsmöte redan i vecka 6–8 i graviditeten. De får information om vilket stöd familjecentralen kan erbjuda och genom ett inledande samtal kan barnmorskan få en bild av deras situation och om de har behov av något extra stöd. Vid behov kan ett samtal med kurator bokas redan vid detta möte.

Barnmorskan följer sedan familjen under graviditeten och meddelar

Not. 2 www.familjecentraler.se

sjuksköterskan om att 'det är en bebis på väg'. Om föräldrarna samtycker delar barnmorskan den kunskap som har byggts upp om familjen med sjuksköterskan. Om de blivande föräldrarna har fått något särskilt stöd under graviditeten följer sjuksköterskan och eventuellt kurator upp det och planerar framåt tillsammans med föräldrarna.

För barn som ännu inte har plats i förskolan och deras föräldrar erbjuder familjecentralen öppen förskola. Det är en mötesplats där barnen erbjuds en pedagogisk verksamhet och föräldrarna kan träffas och utbyta erfarenheter med andra föräldrar. Här erbjuds aktiviteter som sångstund, babygrupp, spädbarnsmassage och utegrupper. De förskollärare som leder verksamheten kan stötta och svara på frågor. Om de ser att någon är orolig, eller om de själva känner oro för någon, försöker de snabbt fånga upp det. De kan fråga vilken sjuksköterska familjen har kontakt med och erbjuda att lotsa frågan vidare.

"I och med att alla finns nära blir det ingen stor affär, vi kan gå förbi och kolla om sjuksköterskan eller kuratorn är på plats. Kanske kan en fråga stämmas av direkt eller så får föräldern en tid för ett möte."

- Förskollärare

Familjens behov uppmärksammas från olika perspektiv

Att barnmorska, sjuksköterska, förskollärare och kurator finns i samma lokaler och har nära till varandra framhålls som avgörande för att lyckas erbjuda ett snabbt och bra stöd till familjerna.

I samband med föräldrarnas inskrivningsmöte hos mödrahälsovården visas de runt på familjecentralen. De får en presentation av arbetssättet och vilka personer de kan få träffa under de kommande åren.

"Vi kommer visserligen från olika verksamheter men vi pratar om oss som vi på familjecentralen."

- Kurator

Tillgänglighet är högt prioriterat i familjecentralens arbetssätt. Om en förälder uttalar att något känns svårt är ambitionen att erbjuda stöd så fort som möjligt. Tillgänglighet och att de olika kompetenserna är synliga för familjerna är ett led i att underlätta och avdramatisera för personer att be om hjälp. Föräldrarna ska kunna ställa frågor till vem som helst och vara trygga med att bli lotsade till den eller de som har rätt kompetens. Alla är medvetna om varandras professioner och kompetensområden. Öppna förskolan är värdefull för att kunna fånga upp frågor när de dyker upp i vardagen.

”När en förälder berättade att hon hade ont efter ett kejsarsnitt gick vi och kollade om någon från mödrahälsovården fanns på plats. Som pedagog kan jag inte alltid svara, men jag kan hjälpa till att hitta någon som kan göra det.”

- Förskollärare

För vissa familjer kan det vara extra värdefullt att få stöd från flera kompetenser tillsammans. Om familjen samtycker kan flera personer då hjälpas åt att förstå behoven och hitta möjliga lösningar tillsammans med familjen. Medarbetarna beskriver hur de kan lyckas erbjuda bättre bedömningar och idéer till lösningar genom att tänka utifrån det egna perspektivet och samtidigt ta del av de andra professionernas perspektiv.

”Det händer att vi får gemensamma aha-upplevelser om hur vi kan hjälpa en familj. Det finns ingen prestige i vem som kommer på vad. Det viktiga är att vi lyckas hjälpa familjen.”

- Sjuksköterska

Vikten av att känna varandra och lära tillsammans

Att arbeta mot målet att lyckas göra skillnad för familjer bidrar till en stimulerande arbetsmiljö där medarbetarna ständigt lär sig nytt av och tillsammans med kollegor och familjer. En gång i veckan möts alla 15 medarbetare i ett familjecentralsmöte för att planera det gemensamma arbetet och följa upp resultat. Att hela personalgruppen regelbundet tar sig tid för planering och uppföljning lyfts fram som en förutsättning för att kunna erbjuda kontinuitet och att lyckas göra skillnad för familjerna.

Medarbetarna beskriver att de har lagt mycket tid på att förstå varandras respektive grunduppdrag och hur de kompletterar varandra i deras gemensamma arbetsområden på familjecentralen.

”Att vi har kunskap om varandras professioner bidrar till tydlighet för familjerna. Vi strävar efter att ge samma information och finns tillgängliga för varandra.”

- Barnmorska

För familjer som behöver det samverkar familjecentralen med andra verksamheter inom kommunen och regionen. Om en familj exempelvis utreds inom socialtjänsten så kan sjuksköterska och kurator delta i möten tillsammans med familjen. För familjer där en blivande förälder lever med en psykisk ohälsa kan familjecentralen exempelvis delta i planering tillsammans med psykiatrin inför och efter förlossningen.

Samlokalisering möjliggör kontinuitet under familjens första år

Medarbetarna på Rosenlunds familjecentral är överens om att samlokaliseringen av kompetenser som är viktiga under familjens första år är en avgörande framgångsfaktor för att lyckas erbjuda ett bra och kontinuerligt stöd.

Medarbetarna ser också att de ansvarar för ett 'lagom' stort geografiskt område, vilket innebär att de utgör en 'lagom' stor personalgrupp. De är inte fler än att alla känner varandra, samtidigt som de är tillräckligt många för att ha utrymme att hjälpas åt om någon är ledig. Att familjerna lär känna flera medarbetare gör att kontinuiteten inte heller behöver äventyras allt för mycket om någon skulle sluta.

Att bygga team med medarbetare som har olika professioner och arbetsgivare är ett ständigt arbete. Under de sex år som familjecentralen har funnits har det ibland fattats beslut hos respektive arbetsgivare som inte har gått i linje med familjecentralens samverkansidé. För att motverka att det blir så finns det samverkansmöten där ansvariga funktioner från Region Jönköping och Jönköpings kommun tillsammans planerar för att underlätta familjecentralens teamarbete runt familjerna.

”Att bygga team av olika professioner görs inte på en dag, men när teamet har samsyn och samarbetar i vardagen går det inte att arbeta på något annat sätt.”

- Samordnare

Det arbete som verksamhetens samordnare gör för att relatera det dagliga arbetet till de mål som ska uppnås, att synliggöra framgångar och att bekräfta den skillnad som medarbetarna gör i mötet med familjerna framhålls som betydelsefullt. Att arbetsgruppen har fått möjlighet att stärka sig som grupp genom utbildning och handledning har bidragit till en förståelse för varandras personligheter och olikheter, vilket kommer till nytta både i vardagen och i olika utvecklingsarbeten. En trygghet om att familjecentralen gör skillnad för människor i kombination med ett ständigt gemensamt lärande ger arbetsgruppen förutsättningar att anpassa och utveckla sina arbetsätt så att de alltid kan möta de behov som finns hos området familjer.

Vårdcentralen Finspång ger stöd att komma tillbaka från en sjukskrivning

På Vårdcentralen Finspång erbjuds personer som är sjukskrivna stöd att få till en hållbar återgång till arbete eller studier. Vårdcentralens rehabiliteringskoordinator tar tillsammans med personen fram en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan som de arbetar med och följer upp tillsammans. Beroende på personens behov och önskemål finns koordinatorn tillgänglig för att underlätta och samordna kontakter som personen kan behöva ha med vården, arbetsgivaren och Försäkringskassan.

Den här presentationen bygger på samtal med vårdcentralens rehabiliteringskoordinator, en roll som hon har haft sedan 2015. Inledningsvis presenteras en berättelse från en person som fått stöd av rehabiliteringskoordinatorn att komma tillbaka till arbete efter att ha varit sjukskriven.

Patientberättelse: Stöd att vara jag

De senaste tjugo åren har jag haft olika arbetsledande roller inom psykiatri, behandling och öppenvård. Innan jag blev sjuk var jag en sådan där ansvarstagande person som klarade allt. Det gjorde att mycket hamnade på mig, utan att timmarna blev fler på en dag. Trycket ökade ytterligare en nivå när en nära kollega blev sjukskriven. Jag började få konstiga symtom som kom och gick. Jag hade prickar på armarna, öronen svullnade, jag fick kramp i halsen, sus i öronen, ont i magen, svullnad under ögonen, huvudvärk... Jag var sjukskriven en period men var snart tillbaka igen. På morgonen visste jag inte hur jag skulle klara dagen. Jag satte mig i bilen men visste sen inte hur jag hade tagit mig till jobbet. Det gjorde mig rädd. Tänk om jag hade kört på någon och glömt det.

I samtal och mejl försökte jag uppmärksamma min chef och ledningen på hur illa min arbetsbelastning var. När jag inte fick någon respons lade jag i stället i nästa växel för att leverera det bästa. På något sätt höll jag ihop under arbetsdagen men fungerade inte när jag kom hem. Jag läste på snabbmakaronpaketet om och om igen men förstod inte hur jag skulle göra. Klockan två på natten kunde jag vakna stående påklädd vid sängen på väg till jobbet. Jag blev allt sjukare.

Jag sa att jag behövde sjukskriva mig men chefen föreslog att jag skulle ta semester några dagar i stället. Det kändes fel så jag gick till jobbet. Det närmade sig jul och jag kände mig viktig för de patienter som jag visste var ensamma. Jag var yr, svullen i halsen och hade ökad salivproduktion. Här fångade min läkare upp mig och undrade om det kunde vara stressrelaterat. Det gick någon vecka. Ångest på söndag och ännu en måndag då jag inte visste hur jag tagit mig till jobbet, eller vad jag skulle ta mig till när jag väl var där. Chefen sa att jag skulle åka hem, men att det skulle bli svårt att hitta en ersättare. På kvällen svartnade det för ögonen och tjöt i öronen. Nästa dag kom jag inte ur sängen.

Jag träffade läkaren igen, fick diagnosen utmattningssyndrom och blev sjukskriven. Jag fick träffa en kurator och fick numret till rehabiliteringskoordinatören. Den här tiden är dimmig men ett minne är tydligt. Jag ville köpa påskägg till mina barn. Jag stod i affären och försökte räkna till tre men kunde inte. Jag lämnade affären utan ägg. Så såg livet ut när jag träffade rehabiliteringskoordinatören första gången. Hon förklarade att jag hade en normal reaktion på att ha varit i något onormalt under lång tid. Samtidigt som jag inte var förmögen att tänka skulle jag ha kontakt med min läkare, handläggaren på Försäkringskassan, kuratorn och dialog med jobbet. Det gick ju inte.

Jag är så tacksam för att rehabiliteringskoordinatören fanns där för mig då, för sådant jag inte hade en chans att fixa själv. Hon har varit spindeln i nätet för alla kontakter jag har behövt ha. Tillsammans med läkaren, handläggaren och kuratorn skapade hon ett team runt mig som har förstått min situation.

När jag var redo att börja jobba igen upplevde jag att min arbetsgivare såg mitt mående som mitt problem, och inte deras. Rehabiliteringskoordinatören var ett ovärderligt stöd under en period då jag växlade mellan hopp och förtvivlan. Hon kunde vara tuff mot mina chefer och fråga vad de hade gjort för att förändra situationen, men till slut fick jag inse att det inte skulle bli bättre.

Jag var tvungen att byta jobb för att inte bli sjuk igen. Jag tog steget och idag är jag lärling inom ett område som är helt nytt för mig.

Jag är inte samma person som jag varit. Jag är inte längre hon som jag var. Hon som löste allt och som var spindeln i andras nät. Jag vill inte vara hon längre, men jag har inte heller den förmågan. Den funktionen är trasig. Jag tänker att alla som blir sjukskrivna för utmattningssyndrom borde få stöd av en rehabiliteringskoordinator. När jag inte har orkat har rehabiliteringskoordinatorn burit mig. Under den tuffaste perioden kunde hon vara mig i olika kontakter, när jag inte själv kunde vara det.

Lång tradition av nära vård och samordnat stöd för rehabilitering

Vårdcentralen Finspång drivs av Region Östergötland. Det är en stor vårdcentral med cirka 21 000 listade patienter. Finspång har en lång tradition av nära vård, ett arbetssätt som stärktes ytterligare 2020 då ett nybyggt vårdcentrum invigdes. Här finns vårdcentralen med en samtalsmottagning under samma tak som kvinnohälsan, barnvårdscentralen, barn- och ungdomsmottagningen, psykiatrin, rehabiliteringen, en närvårdsklinik, hem-sjukvården och kommunens korttidsavdelning.

Sedan 2006 har det pågått ett utvecklingsarbete i landets regioner för en kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och sedan 2020 ska landets regioner erbjuda insatser till sjukskrivna personer som behöver stöd för att komma tillbaka till arbetslivet.³

I Region Östergötland finns det ett 60-tal rehabiliteringskoordinatorer som ingår i ett gemensamt nätverk. Sedan 2020 ställer regionen krav på att varje vårdcentral ska erbjuda en rehabiliteringskoordinator som motsvarar minst 50 % av en heltidstjänst per 10 000 listade patienter i arbetsför ålder. Rehabiliteringskoordinatorn ska vara kontaktperson till sjukskrivna patienter samt ansvara för samverkan internt och med externa aktörer. Hen ska formulera en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan i alla sjuk-

Not. 3 Inom ramen för flera överenskommelser mellan regeringen och SKR har regionerna fått möjlighet till stimulansmedel för olika kvalitetshöjande insatser. Ett område har varit utvecklingen av en funktion för Koordinering inom hälso- och sjukvården. Se även Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

skrivningsärenden där patienten är i behov av stöd och samordning. Planen ska tas fram tillsammans med patienten och de aktörer som är involverade i patientens sjukskrivningsprocess.

Vårdcentralen Finspång var tidig med att erbjuda stöd av en rehabiliteringskoordinator och här har rollen utvecklats och förfinats de senaste femton åren. Idag har vårdcentralen en koordinator som arbetar heltid med uppdraget.

”Det är en förmån att få jobba som rehabiliteringskoordinator på heltid, vilket möjliggörs genom att Vårdcentralen Finspång är en stor vårdcentral.”

- Rehabiliteringskoordinator

Av Vårdcentralen Finspångs cirka 21 000 listade patienter har normalt cirka 130 personer en pågående sjukskrivning. Rehabiliteringskoordinatorn följer cirka hälften av dessa patienter, främst personer som lever med långvarig smärta, stress eller psykisk ohälsa. För den andra hälften, där det kan handla om en mindre komplex sjukdomsbild, är det den ansvariga läkaren som följer upp patientens sjukskrivning. Rehabiliteringskoordinatorn finns tillgänglig även för dessa patienter om någon exempelvis skulle behöva tillfälligt stöd med samordning kopplat till sjukskrivningen.

Det är möjligt för alla medarbetare på vårdcentralen att uppmärksamma rehabiliteringskoordinatorn om någon kan behöva stöd. Vanligtvis kommer förfrågan från en läkare som nyligen har sjukskrivit en patient, men koordinatorn identifierar även personer genom att delta i samtalsmottagningens genomgångar av nya ärenden och genom löpande uppföljning av pågående sjukskrivningar.

Arbetsätt med fokus på gemensam planering och uppföljning

Rehabiliteringskoordinatorn möter personer i arbetsför ålder som är, eller riskerar att bli, sjukskrivna och där orsaken ofta är långvarig smärta, stress eller psykisk ohälsa. Hur sjukskrivningen och rehabiliteringen ser ut skiljer sig åt men målet är detsamma för alla; att personen ska kunna återgå till eller inträda i arbetslivet eller i studier.

Kontakten inleds med ett kartläggningssamtal då rehabiliteringskoordinatören stämmer av hur personen mår, vilka aktiviteter hen har och hur den övergripande planen ser ut för sjukskrivningen. Personen får berätta om sin situation och om något känns särskilt utmanande inför att komma tillbaka till arbetet eller till studier. Koordinatören berättar hur stödet kan se ut och erbjuder regelbundna samtal. Om det är känt att personen kommer behöva en längre sjukskrivning så kan frekvensen på samtalen vara glesare inledningsvis, för att bli tätare när det börjar närma sig återgång till arbete.

När personens läkare bedömer att det är möjligt att börja arbeta stämmer rehabiliteringskoordinatören av om personen har några kvarstående symptom och om det finns behov av anpassningar på arbetsplatsen. Tillsammans planerar de kontakten med arbetsgivaren och rehabiliteringskoordinatören kan även delta vid möten. Om det finns någon medicinsk fråga som behöver stämmas av med arbetsgivaren kan även personens läkare delta.

”Inte sällan blir jag ett stöd både för arbetstagaren och arbetsgivaren så att de lyckas göra en bra planering tillsammans.”

- Rehabiliteringskoordinator

Region Östergötland har en mall i journalsystemet som heter sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan som främst används av rehabiliteringskoordinatören och vårdcentralens läkare. Där dokumenteras vad patienten har för svårigheter och hur planen ser ut för att kunna återgå i arbete eller studier. Det framgår även vad patienten ska göra under sjukskrivningen i form av vårdinsatser och egenvård. Rehabiliteringskoordinatören betonar styrkan i att planen är kortfattad, informativ och gärna formulerad i punktform. Det underlättar för läkaren, patienten och koordinatören att ha samsyn om vad de har kommit överens om och vad som är nästa steg.

”Att planen finns i journalen gör det enkelt för patienten att ta del av det vi kommit överens om. Och när någon ringer kan jag snabbt få en överblick.”

- Rehabiliteringskoordinator

Samordnat stöd utifrån patientens behov

Vilket stöd som en person kan behöva skiljer sig åt och påverkas av en rad faktorer. Många av de personer som rehabiliteringskoordinatören träffar är sjukskrivna för sjukdomstillstånd som kan påverka förmågan eller orken att planera och genomföra aktiviteter. För dem kan det vara värdefullt med motiverande stöd. Det kan handla om att prata om hur en dag brukar se ut, vilka rutiner och aktiviteter personen har och vad hen skulle vilja förändra.

”Jag har ett aktivitetsfokus och kan tipsa om lämpliga aktiviteter. För någon kan det handla om att bekräfta att personen gör bra aktiviteter, medan någon annan kan behöva uppmuntran till att försöka göra roliga saker.”

- Rehabiliteringskoordinator

Råd som har diskuterats formuleras i sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen tillsammans med patienten. De stäms av med ansvarig läkare som kan godkänna eller lämna eventuella synpunkter i journalen. Personen som är sjukskriven har ofta en tätare kontakt med rehabiliteringskoordinatören men kan vara trygg med att läkaren tar del av planeringen, och att det alltid går att nå läkaren genom koordinatören.

Vårdcentralens läkare, som kan ha mer begränsad tid att lära känna patienten, kan få stöd av rehabiliteringskoordinatören att komma fram till vad som passar en patients särskilda behov och önskemål. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen underlättar för läkaren att få överblick och kunna erbjuda medicinska insatser vid rätt tillfälle. Rehabiliteringskoordinatören kan även bidra med kunskap och kontaktvägar till myndigheter som kan erbjuda kompletterande stöd. Det kan handla om stöd som patienten kan få från sin arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller kommunen.

”Det är mitt jobb att ha koll på världen utanför vården och stötta kollegor att planera vårdinsatser i rätt tid för patienten. Koordination handlar om att ha koll på patienten, att planer följs och att patienten får rätt stöd vid rätt tidpunkt.”

- Rehabiliteringskoordinator

Trygghet under en utsatt period i livet

Det koordinerande stöd för rehabilitering som Vårdcentralen Finspång erbjuder ger patienter trygghet under en tid som annars kan upplevas som osäker för många och även skrämmande för vissa. Genom stödet från rehabiliteringskoordinatören blir det tydligt för patienten vad som kommer hända under rehabiliteringens olika faser och att det alltid finns en person att vända sig till om något känns svårt. Att koordinatören tar ansvar för sjukskrivnings- och rehabiliteringsplaneringen underlättar för patienterna att lyckas följa planen. Det ger i sin tur goda förutsättningar att få till en bra och hållbar återgång till arbete eller studier.

”Patienten kan var orolig för att hen inte är frisk när det är dags att börja jobba eller studera, men det är ju det vi ska hjälpa åt med. Ibland kan det ta tid och det kan behövas anpassningar men då gör vi det tillsammans.”

- Rehabiliteringskoordinator

Varje sjukskrivning är individuell och hos många arbetsgivare kan det finnas en osäkerhet om hur de kan stötta på bästa sätt. Rehabiliteringskoordinatören beskriver att många arbetsgivare tacksamt tar emot stöd för att få till en bra lösning för den medarbetare som ska komma tillbaka från en sjukskrivning.

”Att få till ett bra samarbete mellan patienten och arbetsgivaren är bland det roligaste i min roll.”

- Rehabiliteringskoordinator

Ett medskick till andra vårdcentraler som vill stärka sitt koordinerande stöd för rehabilitering är att utgå från hur verksamheten är utformad och fundera på hur rehabiliteringskoordinatören kan samspela med andra professioner i det dagliga arbetet. Som rehabiliteringskoordinator träffar du ofta patienten på egen hand och du är normalt ensam i din roll på arbetsplatsen. Det gör det särskilt viktigt att det är tydligt hur samarbetet med andra professioner ska se ut.

Uppdraget som rehabiliteringskoordinator innebär att du inte sällan blir en betydelsefull person för människor som befinner sig i en utsatt situation, och som kan vara både oroliga och ledsna. Det ställer särskilda krav på att

koordinatorn har ett nära stöd från chefer och kollegor på den egna arbetsplatsen, men även från personer som har motsvarande roll på andra arbetsplatser. Rehabiliteringskoordinatorn på Vårdcentralen Finspång framhåller det nätverk som finns i Region Östergötland som mycket värdefullt. Där finns exempelvis möjlighet till handledning om hur du kan påverkas av och reagera i olika situationer.

”Att vara rehabiliteringskoordinator är ett ensamjobb där man möter många som är ledsna. Då är det viktigt att själv ha möjlighet att kunna prata av sig.”

- Rehabiliteringskoordinator

Förhoppningen framåt är att fler verksamheter, även inom specialistvården, ska erbjuda stöd för rehabilitering så att fler patienter som behöver stöd för att komma tillbaka från sjukdom ska få det. Rehabiliteringskoordinatorn betonar att ett tidigt och samordnat stöd kan göra stor skillnad för den person som får ta del av det. Att ha möjlighet att följa en patient som mår allt bättre och som efter en tid är redo att gå tillbaka till arbete eller studier bidrar samtidigt till meningsfullhet och inspiration för de medarbetare som får chans att lära känna personen.

Fasta kontakter och teamarbete på Capio Vårdcentral Berga

På Capio Vårdcentral Berga erbjuds patienterna kontinuitet genom fasta kontakter och ett tydligt fokus på teamarbete. Löpande dialog i verksamheten om värdet av fasta kontakter, ett gemensamt ansvar för att patienterna får den kontinuitet de behöver och avsatt tid varje dag för att rådgöra med varandra i teamet bidrar till trygghet hos såväl patienter som medarbetare.

Den här presentationen bygger på samtal med en läkare och en diabetes-sjuksköterska som arbetar på vårdcentralen samt en patient som är listad på vårdcentralen.

Långsiktiga relationer som grund för kontinuitet

Capio Vårdcentral Berga ligger i området Berga i Linköping. Vårdcentralen drivs av Capio på uppdrag av Region Östergötland och har cirka 13 000 listade patienter och ett brett vårdutbud med bland annat läkare, sjuksköterskor, sår-mottagning, rehabiliteringskoordinator och ett psykosocialt team. På vårdcentralen finns en diabetesmottagning med ett team av diabetes-sjuksköterskor, läkare, dietist och foterapeut samt en barnvårdscentral. En särskild mottagning för sköra äldre är under uppstart.

Att erbjuda fasta kontakter är en central del i vårdcentralens arbetssätt. Patienten ska veta vilken läkare som är hans kontaktperson och som har det medicinska ansvaret för den vård som patienten får på vårdcentralen. Verksamheten eftersträvar att patienterna får träffa samma personer när de kommer till vårdcentralen.

De patienter som behöver ha tät kontakt med vårdcentralen kan, utöver en fast läkarkontakt, också tilldelas en fast vårdkontakt i form av en namngiven person som har ett särskilt ansvar för att samordna planeringen av patientens vård.

”Jag träffar alltid min läkare när jag är på vårdcentralen. Hon är väldigt kunnig och det hon inte kan göra, det ser hon till att jag får från annat håll. Det känns som att hon bryr sig om mig. Häromdagen när jag skulle dit och ta prover hade hon egentligen slutat för dagen, men då väntade hon tills jag kom så vi skulle hinna prata med varandra.”

- Patient vid Capho Vårdcentral Berga

För medarbetarna handlar arbetssättet om att känna sina patienter så bra att de inte alltid behöver läsa i journalen för att vara insatt i patientens situation. Läkaren berättar att hon genom sin relation med patienterna har inblick i deras hela sammanhang och förståelse för vilka faktorer som påverkar hälsan och resultatet av olika insatser. Hon känner till patientens boendemiljö, sociala sammanhang och, inte minst, vad som är viktigt för patienten.

Genom att hon känner patienterna har hon också förutsättningar att se och tolka signaler som kanske inte alltid är så tydliga, och planera utifrån den kunskapen. För en patient kan det i vissa situationer vara bättre att avvakta lite med att följa upp symtom som har förekommit tidigare och är väl utredda. Medan en annan patient, som historiskt har sökt vård sent med allvarliga symtom, kan behöva ett snabbare omhändertagande när hen väl söker sig till vårdcentralen. Att som läkare ha kännedom om sina patienter och ha tid att skapa överblick över bokningar i schemat innebär att det finns möjlighet att anpassa besöken efter patientens behov. Ibland kan frågor lösas ut på annat sätt än att patienten behöver komma på ett fysiskt besök på mottagningen.

”Det kanske tar extra tid att skapa en överblick, men på sikt sparar det tid att kunna prioritera de besök som är nödvändiga och planera om besök där det räcker med ett telefonsamtal.”

- Läkare

Att som vårdpersonal ha en relation till patienterna skapar också möjligheter att arbeta med tiden som en faktor. Genom detta kan vårdpersonalen och patienten ha en gemensam bild av hur vården sett ut tidigare, vad som fungerat bra och mindre bra, och vad som är prioriterat just nu. När det finns en långsiktig relation och plan ges patienterna bättre möjlighet att vara involverade i den egna vården.

I samtal med läkaren och diabetessjuksköterskan lyfter de även fram värdet av kontinuitet utifrån deras perspektiv – att kunna känna att man gör ett bra jobb och lyckas erbjuda en god vård. Långsiktiga relationer ger förutsättningar att komma till sin rätt i sin yrkesroll.

”Som läkare vill jag gärna träffa personer som jag har börjat bygga en relation med. Det är ju när jag har träffat patienten tidigare som jag kan börja jämföra eventuella förändringar och dra nytta av det vi har investerat i våra första möten. Jag minns vad vi har pratat om och kan relatera till det. Jag kan säga att jag ser att du verkar må bättre eller sämre.”

- Läkare

Utifrån det gemensamma målet att kontinuitet ska prioriteras behöver alla medarbetare också hjälpas åt att uppmärksamma om en patient verkar ”studsas runt” och träffa onödigt många olika personer. Det är allas ansvar att agera om det är tydligt att en patient saknar, men har behov av, en fast kontakt.

”Patienter som är listade hos en läkare som de aldrig har träffat betraktar jag som nya patienter. Jag erbjuder ibland patienten att bli min patient, nu när vi har börjat lära känna varandra. De som har fått frågan har uppskattat förslaget och tackat ja.”

- Läkare

Kontinuitet utan personberoende

Samtidigt som värdet av fasta kontakter och relationer betonas så beskriver läkaren och diabetessjuksköterskan att kontinuiteten för patienten inte får vara beroende av de fasta kontakterna. I perioder med hög frånvaro bland personalen kan det ibland vara nödvändigt att kompromissa med den personliga kontinuiteten, till exempel genom att boka ett läkarbesök hos någon annan än den fasta läkaren, för att patienterna ska få den vård de behöver.

”Om någon kommer till mig även om jag inte är patientens fasta läkarkontakt kan jag stå för kontinuitet i just det här fallet, kanske genom att följa upp resultat av provsvar. Vi behöver alla känna ett ansvar för våra gemensamma patienter.”

- Läkare vid Capio Vårdcentral Berga

Dokumentationen i patientens journal framhålls som en förutsättning för att kunna ge en god och sammanhållen vård som inte är beroende av den fasta kontakten. När patienten träffar en annan personal än sin fasta kontakt behöver det finnas tydlig dokumentation – framför allt hur planen framåt ser ut – så att planerade åtgärder kan rulla på även om inte den fasta kontakten är på plats. För att säkerställa att journalanteckningarna alltid är uppdaterade har Capio Vårdcentral Berga beslutat att det inte får vara några fördröjningar i att det som läkarna dikterat dokumenteras, vilket ställer höga krav på välfungerande administrativa stödfunktioner och en god tillgång till medicinska sekreterare.

En annan viktig del i arbetssättet för att erbjuda kontinuitet är att ge patienterna samlad och tydlig information. Vårdcentralens diabetesteam är måna om att säkerställa att patienterna får samma information oavsett vem i teamet de träffar. Genom löpande kompetensutveckling är alla medarbetare i teamet uppdaterade på de senaste råden kring livsstilsfaktorer, vilket gör att alla patienter får rekommendationer som bygger på aktuell kunskap.

Teamarbete och samsyn gör skillnad för patienterna

Teamarbete är en annan förutsättning för att vårdcentralen ska kunna erbjuda kontinuitet. Här är en central del gemensamma samrådsmöten som är schemalagda 30 minuter varje eftermiddag. Samrådsmötena inleds med information och därefter ”minglar” medarbetarna och söker upp varandra för att resonera kring patientärenden. Många gånger har sjuksköterskorna idéer om den fortsatta planeringen av vården som de förankrar med patientens ansvariga läkare.

Genom samrådsmötena får medarbetarna samsyn kring patienterna, och patienterna kan vara trygga i att den vård de erbjuds ges utifrån ett helhetsperspektiv. Mötena underlättar för olika kompetenser att komplettera varandra och tillsammans göra skillnad, särskilt för patienter som har komplexa behov. Att ledningen prioriterar dessa möten, även i tider av låg bemanning, beskrivs som en avgörande faktor för kontinuitet.

Samarbetet beskrivs bidra till en kultur av att alltid vilja göra det lilla extra för patienterna, och att vilja göra det tillsammans. Den avsatta tiden varje dag för dialog bidrar till att antalet avbrott under dagen är få, vilket ger mer tid för patientmöten. Samtidigt är alla medarbetare trygga med att de alltid kan vända sig till läkarna för råd och stöd om något brådskar.

”Vi har skapat en kultur av att komma till varandra och fråga, så att vi kan hitta en bra lösning tillsammans. Vi är trygga med att det finns tid varje dag för att stämma av med kollegor.”

- Diabetessjuksköterska

Tillgänglighet som bidrar till trygghet

I samtalen med medarbetarna betonas tillgänglighet som en viktig grund för att kunna erbjuda kontinuitet. Patienterna kan ringa till vårdcentralen under hela dagen, och de som ringer får återkoppling samma dag. Det bidrar till trygghet och gör att patienter inte ringer vårdcentralen ’för säkerhets skull’, eller att någons tillstånd riskerar att försämrans för att de inte har kommit fram under en begränsad telefontid.

”Jag kan säga ’ring om det är något’ till mina patienter och jag vet att de alltid kommer att komma fram.”

- Läkare

Medarbetarna på Capho Vårdcentral Berga är övertygade om att förtroende-
fulla relationer mellan patienter och medarbetare och mellan de medar-
betare som arbetar på vårdcentralen bidrar till positiva effekter även på
längre sikt. God sammanhållning och trygghet i att alltid ha stöd av varan-
dra bidrar till en god arbetsmiljö. En god relation, med tillit och trygghet
mellan patienter och medarbetare, gör att patienterna i större utsträckning
följer råd om exempelvis läkemedelsbehandling, kost och fysisk aktivitet.
Det handlar om att skapa en känsla av att vilja lyckas tillsammans.

”Jag litar på min läkare och jag litar på att hon ser till att det blir
bra för mig”

- Patient

Vårdcentralen Britsarvet-Grycksbos vårdsamordnare psykisk hälsa ger stöd att må bra vid medicinering

På vårdcentralen Britsarvet-Grycksbo i Dalarna får patienter som tar läkemedel för depression eller ångest stöd av en vårdsamordnare psykisk hälsa. Vårdsamordnaren tar en inledande kontakt så snart personen fått sitt recept och finns där tills hen börjar må bra igen, vilket de flesta brukar göra efter några månader. Patienten behöver bara ha kontakt med en person, men kan vara trygg med att vårdsamordnaren samarbetar med ansvarig läkare och andra kompetenser utifrån hur behoven ser ut.

Den här presentationen bygger på samtal med en person som är vårdsamordnare psykisk hälsa på Vårdcentralen Britsarvet-Grycksbo och som även är övergripande samordnare för alla vårdsamordnare psykisk hälsa i Region Dalarna. Inledningsvis presenteras en berättelse från en patient.

Patientberättelse: Coachande stöd på resan till att må bra igen

Min resa började för två år sedan då jag tog kontakt med vårdcentralen. Jag hade dragits med dåligt mående ett tag men det dröjde innan det gick upp för mig att det inte var en fas, utan att jag behövde hjälp. Jag fick tre stödsamtal, sen gick det en tid och jag föll tillbaka i dåligt mående. Jag påbörjade en medicinering men avbröt efter en kort period. Jag fick ytterligare några stödsamtal och en kontakt med vårdsamordnaren psykisk hälsa. Sen kom semestern och jag förstod nog inte fullt ut att jag behövde hjälp, så vi etablerade aldrig någon kontakt då.

Ett år senare rasade jag igen. Nu stod det mer klart för mig att jag inte kunde greja det här på egen hand. När jag tog en ny kontakt med vårdcentralen fick jag prata med vårdsamordnaren samma dag. Inledningsvis var det fokus på min medicinering och vi hördes varannan vecka, två gånger tillsammans med min läkare. Efter ett tag kunde vi konstatera att medicinen hjälpte och att den inte gav mig några biverkningar. I takt med att jag har börjat må bättre har våra kontakter kunnat glesas ut och nu har vi bara ett bokat möte framåt.

Den skillnad jag upplevde när jag fick stöd av vårdsamordnaren... att kunna ringa direkt till någon som kan min bakgrund, att kunna bli lotsad till nästa steg, det blev en stor skillnad. Med hennes stöd har det varit en gemensam process, något som har pågått mot ett mål. Hon har lett min behandling utifrån en plan och hela tiden följt upp hur det går. Till en början var det nog hennes plan, men allt eftersom har den blivit vår gemensamma plan.

Jag tänker att hon har coachat mig att navigera i mitt mående genom att förklara och följa upp med frågor. Genom att konkretisera olika alternativ och lämna till mig att ta beslut har hon hjälpt mig att bygga självförtroende. Jag ser det som att hon har dukat för beslut som det varit upp till mig att fatta. Det har gjort att jag blivit mer och mer aktiv i min resa tillbaka till att må bra. Hon har också fått mig att förstå att jag inte är den enda människan på planeten som har den här åkomman, att den till och med är vanlig.

Det har varit som natt och dag att jobba med mitt mående på egen hand och att ha ett kontinuerligt stöd. Möjligheten att ringa till någon som känner mig har gjort stor skillnad, samtidigt har jag bara behövt ringa en gång utöver våra bokade tider.

När jag försökte bli frisk utan vårdsamordnarens stöd upplevde jag att stödet var sammanhängande så länge jag deltog i ett program eller hade bokade samtal. Men när samtalen var slut så var det som att jag hamnade utanför och behövde börja om igen vid nästa kontakt. Med vårdsamordnarens stöd har jag i stället känt att jag varit på väg någonstans, och att jag har haft sällskap på vägen. Hon har varit ett nav och hållit ihop mina steg mot att bli frisk, vilket var precis vad jag behövde för att lyckas ta tag i mitt mående på allvar.

Ett strukturerat arbetssätt med fokus på samarbete

Samordning psykisk hälsa är ett strukturerat arbetssätt för att snabbt kunna erbjuda vuxna personer som har depression eller ångest rätt stöd. Arbetssättet ska säkerställa att Region Dalarna följer de nationella riktlinjerna för utredning och behandling av depression och ångest.⁴ Sedan 2020 finns det en vårdsamordnare psykisk hälsa på länets alla vårdcentraler och inom specialistpsykiatri finns det fem konsultpsykiatrer som stöttar med rådgivning. Samordning psykisk hälsa bygger på arbetssättet Collaborative Care⁵ och kännetecknas av:

- **Personcentrerat samarbete** – Patienten är en del av ett team som arbetar tillsammans utifrån en gemensam plan.
- **Populationsbaserad vård** – Patienterna följs upp systematiskt genom en kvalitetsrapport, så att ingen patient ”faller mellan stolarna”.
- **Mätbaserad behandling till målvärde** – Arbetet sker mot mätbara mål som definieras i början av behandlingen i en vårdplan. Målen följs sedan upp löpande under behandlingen.
- **Evidensbaserad vård** – Psykologisk behandling och läkemedelsbehandling ska vara evidensbaserad.
- **Ansvarstagande vård** – Vårdteamet och verksamheten är ansvariga för att patienter når sina mål samt för fortlöpande kvalitetsförbättring.

Vårdcentralen Britsarvet-Grycksbo drivs av Region Dalarna och har cirka 15 000 listade patienter. Vårdcentralen består av två mottagningar, en i Falun och en i Grycksbo, som ligger en mil utanför Falun.

På vårdcentralen finns en vårdsamordnare psykisk hälsa som har i uppdrag att stötta personer som inleder en medicinering med antidepressiva läkemedel, följa hur de mår och finnas som stöd tills personen mår bra. Uppskattningsvis brukar hon ha pågående tätare kontakter med cirka 20 patienter, och en vanlig dag kan det tillkomma en eller två personer som nyligen har påbörjat sin medicinering.

Not. 4 Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/depression-och-angest/>.

Not. 5 AIMS Center, Collaborative care, <https://aims.uw.edu/collaborative-care>.

Vårdsamordnaren är utbildad specialistsjuksköterska och har lång erfarenhet från psykiatri, både från specialistvårdens öppenvård och från primärvården. Hon har mött många patienter som lever med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning och som kan ha behov av samordnat stöd från hälso- och sjukvården, socialtjänstens socialpsykiatri, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, patientföreningar och från närstående.

”Jag känner till de här världarna från min roll i öppenvårdspsykiatri. Det har jag stor användning av i mitt jobb som vårdsamordnare psykisk hälsa.”

- Vårdsamordnare

Att lära känna och bygga kunskap tillsammans med patienten

Vårdsamordnarens kontakt med en patient inleds när hon får ett meddelande från patientens läkare. Efter att läkaren har förklarat diagnosen och presenterat det valda läkemedlet för patienten följer vårdsamordnaren snabbt upp genom att ringa till patienten. Hon berättar vem hon är och vad hon gör som vårdsamordnare. Hon stämmer av om personen känner till sin diagnos och varför hen har fått läkemedel. Hon frågar om personen vill ha informationsmaterial om diagnosen, för egen del eller för att kunna visa för närstående. Hon informerar om att hon kan ta stöd av en konsultpsykiatriker om hon ser behov av det och frågar om patienten samtycker till det. Hon har märkt att många blandar ihop vad en psykolog och en psykiatriker är, och hon tar sig därför tid att förklara det. De pratar om när det passar patienten bäst att ha kontakt och samtalet avslutas med att de bokar tid för ett längre inledande möte. Personen får ett direktnummer till vårdsamordnaren och är välkommen att ringa om det dyker upp frågor innan mötet.

På det inledande mötet, som bör ske inom sju dagar efter påbörjad behandling, gör vårdsamordnaren olika skattningar av personens symtom. Det kan exempelvis vara skattningar för depression eller generaliserad ångest, skattningar som görs med stöd av olika verktyg som Region Dalarna har valt ut och kvalitetssäkrat. Under mötet finns det gott om tid att samtala och tillsammans förstå personens mående med stöd av skattningsverktygen. Det kan framkomma saker under mötet som läkaren inte har upptäckt, som exempelvis tvångstankar, och det återkopplas då till patientens läkare.

I samtalet ställer vårdsamordnaren även frågor om patientens sociala sammanhang, hur hen äter, om hen är ute och rör på sig och annat som ger en bild av vem personen är. Det är även viktigt att höra efter om patienten har varit med om någon traumatisk upplevelse som kan göra att hen inte mår bra. Vårdsamordnaren försöker också få kunskap som gör det möjligt för henne att följa hur personens mående utvecklas. Det kan exempelvis vara att någon tycker om att virka eller kanske att fiska, kunskaper som kan ge värdefulla signaler framåt.

”Om någon säger att ’nu har jag börjat virka igen’ så kan jag fråga om hen börjar må bättre. Om patienten då svarar ’nja, det vet jag inte’ kan jag hjälpa patienten att få upp ögonen för att det börjar gå åt rätt håll. För att kunna läsa sådana signaler behöver jag känna patienten och veta att hen tycker om att virka.”

- Vårdsamordnare

Tillsammans med patienten tar vårdsamordnaren fram en behandlingsplan där målen för behandlingen tydliggörs. I de fortsatta kontakterna följer vårdsamordnaren upp resultat av behandlingen med utgångspunkt i planen, en uppföljning som sker i nära samarbete med patienten.

Nästa inplanerade samtal bokas i samråd med patienten. Det brukar normalt ske två veckor efter inledd behandling, när medicinen har börjat verka. Vårdsamordnaren stämmer av hur patienten mår och om hen upplever några biverkningar. Hon ställer frågor om sömn, måltider, aktiviteter och annat som kan ge ledtrådar om måendet. Under den här inledande fasen har vårdsamordnaren fokus på att stötta patienten att fortsätta med medicinen även om vissa biverkningar kan vara obehagliga. Ett sätt att motivera är att berätta om sådant som är bevisat om hur kroppen fungerar, till exempel att det gör skillnad med rutiner för att äta, sova och röra på sig.

”Genom att vi bygger en relation ser jag att många tar till sig råd och kan må bättre snabbare. Jag kan exempelvis nå fram med budskapet att ’ångestens antagonist är rörelse’, och att det är något vi vet från forskning.”

- Vårdsamordnare

Utifrån vad som kommer fram i samtalet bedömer vårdsamordnaren personens behov av stöd och hur ofta de ska höras. Inledningsvis är kontakterna ofta täta, för att sedan kunna trappas ned när läkemedlet börjar ge effekt.

”Har någon svårt att komma i gång ser jag till att kontakta personen ofta - vissa kan jag behöva ringa tätare. Samtidigt är vi ju i primärvården och på den här vårdnivån klarar de flesta det mesta.”

- Vårdsamordnare

Alla patienter har ett direktnummer till vårdsamordnaren och är välkomna att ringa dagtid om det dyker upp någon fråga. Tillgängligheten möjliggörs genom att vårdsamordnaren har fullt fokus på uppdraget i kombination med att hon känner patienterna, har en god sjukdomsbild och tydliga journalanteckningar. Det gör att hon snabbt kan uppdatera sig när någon ringer och att hon är trygg med att kunna möta olika frågor. De bokade kontakterna och möjligheten att snabbt kunna få kontakt ger en trygghet som samtidigt gör att de flesta patienterna sällan hör av sig mellan de planerade kontakterna.

”Jag har alltid telefonen med mig men det finns dagar då den knappt ringer. Patienterna känner sig trygga med att jag ringer när jag sagt att jag ska ringa.”

- Vårdsamordnare

På Vårdcentralen Britsarvet-Grycksbo arbetar läkarna och sjuksköterskorna i team. Under den period då vårdsamordnaren stöttar patienten är vårdsamordnaren länken till patientens team och ansvarig läkare. Om hon behöver stämna av något sätter hon upp patienten för rond på det ansvariga teamet och tillsammans kan de diskutera om en patient exempelvis kan behöva byta läkemedel eller har behov av något kompletterande läkemedel, kanske för att kunna sova bättre. Om det visar sig finnas behov av kompletterande undersökningar så bevakar vårdsamordnaren att de genomförs och att resultatet hanteras. Om vårdsamordnaren ser att patienten kan behöva stöd av psykolog eller samtalsstöd så kan hon stämna av det med teamet genom rond eller behandlingskonferens och stötta patienten att komma i gång.

”Jag känner mig så väl omhändertagen. Det är fantastiskt med teamet runtomkring mig med vårdsamordnare, läkare, rehab och psykolog.”

- Patient

En gång i veckan har vårdsamordnaren en fast mötestid med psykiatrikonsulten för att stämma av om hon har några frågor. Det kan exempelvis handla om en patient som inte mår bättre trots en tid av medicinering. Vid den typen av frågor finns det även möjlighet för patientens läkare eller någon annan från teamet att delta.

När vårdsamordnaren lär känna en patient är det inte ovanligt att hon ser att personens mående påverkas negativt av omständigheter som inte vården kan hjälpa till att lösa. Det kan exempelvis handla om att någon mår dåligt på grund av stora skulder. Att stötta med kontaktuppgifter till en skuldrådgivare är inte ett formellt uppdrag som vårdsamordnare men hon ser att en god och nära vård innebär att även göra sådant som ligger lite utanför uppdraget om det kan göra skillnad för patienten.

”För mig handlar nära vård om att kunna kliva utanför sina ramar för att ge en bra vård. Det underlättar att jag har erfarenhet av att jobba i psykiatri och har haft mycket kontakter med andra aktörer.”

- Vårdsamordnare

Många patienter brukar må bättre efter cirka tre månaders medicinering och är då redo att avsluta kontakten med vårdsamordnaren. Vid ett avslutande möte går vårdsamordnaren igenom sådant som det är bra för patienten att vara uppmärksam på framåt och tillsammans gör de en så kallad återfallspreventionsplanering. Vårdsamordnaren informerar också om att hon finns tillgänglig om personen vill ha stöd när medicineringen ska trappas ner eller om det skulle dyka upp frågor längre fram.

Att förstå tillsammans ger motivation att hålla i behandlingen

När vårdsamordnaren får möjlighet att beskriva vilken skillnad hon ser att vårdsamordningen gör för patienterna sammanfattar hon det så här:

”Patienterna behöver bara prata med mig. Det ger en trygghet som gör att de vågar ringa, vilket kan vara en utmaning om du har en depression eller ångest. Täta kontakter gör att vi kommer längre för varje samtal och tillsammans kan vi förstå personens mående och hitta rätt behandling. Att jag finns nära påverkar motivationen och minskar risken att patienten ger upp, även om behandlingen ger biverkningar. Arbetssättet gör att personen kan få må bättre snabbare.”

- Vårdsamordnare

Vårdsamordnaren framhåller den tydliga strukturen i arbetssättet som förklaring till att hon, med stöd av teamet, lyckas stötta personer att få god effekt av sin medicinering. Om det inte finns en vårdsamordnare psykisk hälsa som tar ansvar för att följa upp behandlingen är det läkarens ansvar. Som läkare har du sällan utrymme att ha så täta kontakter som det kan behöva vara inledningsvis, vilket riskerar att personer inte kommer i gång eller kanske avbryter sin behandling.

En annan framgångsfaktor är att hon på nära håll kan följa den skillnad hon gör för patienterna. Det gör att hon är trygg med betydelsen av arbetssättet, vilket hon även återkopplar till teamet och vårdcentralens ledning.

Hon betonar värdet av att hon har en heltidstjänst som vårdsamordnare och att hon har den tid som krävs för att vara tillgänglig och kunna lära känna patienterna. På mindre vårdcentraler kombineras ibland rollen som vårdsamordnare med att vara sjuksköterska, vilket kan gå ut över vårdsamordnarens möjlighet att vara tillgänglig.

”Om vårdsamordning psykisk hälsa ska fungera som det är tänkt måste du ha den tid som krävs och kunna vara tillgänglig för patienterna när de behöver dig.”

- Vårdsamordnare

Vårdsamordnarens förhoppningar framåt är att vårdcentralen ska kunna stärka upp med kompetenser som socionom och kurator. Hon ser att det kan finnas utrymme att göra mer för personer som har utmaningar att komma i arbete, där sjukdomen har fått konsekvenser för ekonomin eller om en någon kanske behöver stöd att bearbeta ett tidigare trauma eller våld.

I rollen som övergripande samordnare för vårdsamordnarna håller hon i ett nätverk, skapar mötesplatser och ordnar olika utbildningar för det trettio-tal vårdsamordnare psykisk hälsa som finns på Dalarnas vårdcentraler. Att vara vårdsamordnare kan vara ett ensamt arbete emellanåt, varför det är viktigt att regionens vårdsamordnare kan utbyta erfarenheter och finnas där för varandra. Att underlätta för vårdsamordnarna att vidareutveckla och förfina arbetssättet ytterligare är prioriterat framåt.

”Vad fint att du har följt upp hur jag mår och hur det har gått med medicinerna. Det som gjort att jag blivit frisk är att jag har pratat med dig.”

- Patient

Samarbete och förebyggande stöd från Laponia hälsocentral och hemsjukvården i Gällivare

Patienter som är listade på Laponia hälsocentral och har behov av vård i hemmet ska känna sig trygga med att möta ett mindre team som känner patienten. Sjuksköterskorna i hemsjukvården och läkaren på hälsocentralen arbetar nära tillsammans för att erbjuda en förebyggande vård som bidrar till trygghet för patienter och närstående och minskar onödiga besök på sjukhus.

Den här presentationen bygger på samtal med den läkare vid hälsocentralen som är ansvarig för patienter som är inskrivna i hemsjukvården samt en sjuksköterska i den kommunala hemsjukvården.

Kontinuitet som gemensam prioritering

Personer som inte på egen hand eller med hjälp av assistans kan ta sig till en hälsocentral för att få vård har rätt att få hemsjukvård. Hemsjukvården är ett gemensamt ansvar för regionen och kommunen som innefattar planerade och akuta sjukvårdsinsatser hemma hos patienter dygnet runt. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter är anställda i kommunen, medan läkaren är anställd av regionen och utgår från hälsocentralen.

250 personer i Gällivare är inskrivna i den kommunala hemsjukvården och 180 av dessa är listade på regiondrivna Laponia hälsocentral. Samarbetet mellan hälsocentralen och den kommunala hemsjukvården är en viktig kärna

i det gemensamma uppdraget och sedan ett antal år har hälsocentralen och kommunen tillsammans satsat på att etablera ett samarbete där patienterna får möta ett mindre team som lär känna patienten och kan erbjuda en förebyggande vård utifrån patientens samlade behov.

Under 2019 kom hälsocentralen och kommunen överens om att tillsammans prioritera kontinuitet och samarbete för patienter inskrivna i hemsjukvården, där en viktig utgångspunkt är att läkaren och sjuksköterskorna ska ha den tid som krävs för att lära känna patienterna. Den läkare som har ansvar för patienter som är inskrivna i hemsjukvård har inte ansvar för andra patienter och i dagsläget arbetar hon 60 % med hemsjukvårdspatienterna. Om någon patient har behov av att träffa en läkare, antingen hemma eller på mottagningen, när hon inte finns tillgänglig finns det alltid en läkare som har ansvar för hemsjukvården. Det underlättas genom att vårdinsatserna för patienter i hemsjukvården är väl planerade och väl dokumenterade.

För att uppnå detta har den kommunala hemsjukvården och hälsocentralen en övergripande planering med tydliga rutiner för hur de ska samarbeta. För att löpande följa upp och vidareutveckla arbetssätten finns en särskild arbetsgrupp där kommunens sjuksköterskor, hemsjukvårdsläkaren, samordnare, rehabiliteringspersonal, kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska och ansvariga chefer från kommunen respektive hälsocentralen deltar. Arbetsgruppen träffas varannan månad för att diskutera vad som fungerar bra och mindre bra i samarbetet och tillsammans ta fram åtgärder för förbättring.

Tid för planering och förebyggande arbete

I vardagen innebär samarbetet att sjuksköterskorna i hemsjukvården och läkaren träffas varje vecka och tillsammans planerar hur de ska lägga upp veckans arbete. Läkaren träffar varje sjuksköterska i 30 minuter en gång i veckan. Under dessa 30 minuter rådgör läkaren och sjuksköterskan med varandra kring patienternas behov samt bokar in prioriterade hembesök och mottagningsbesök för de patienter som har möjlighet att ta sig till hälsocentralen. Utöver den fasta tiden varje vecka kan de enkelt nå varandra via telefon eller stämma av frågor vid gemensamma hembesök.

En central del i samarbetet utgörs av systematiskt genomförda årsgenomgångar som bland annat inkluderar läkemedelsgenomgångar. Genomgångarna planeras i ett årshjul som sjuksköterskorna ansvarar för. För nya patienter görs ofta en ordentlig genomgång som sedan följs upp årligen eller vid behov. För nya patienter avsätts också tid för att ta fram en tydlig behandlingsplan för patientens vård.

Att det finns en tydlig plan underlättar även för de patienter som behöver vård på sjukhus – det är tydligt dokumenterat för sjukvårdspersonalen på sjukhuset hur patientens behandlingsplan ser ut och de vet att de kan kontakta läkaren och ställa frågor vid behov.

Det är inte ovanligt att personer som har hemsjukvård ibland kan behöva få vård på kommunens korttidsboende. Det kan vara efter en tid på sjukhus eller vid en tillfällig försämring som kräver mer regelbunden vård. För att säkerställa att den kunskap som finns i hemsjukvårdsteamet inte går förlorad är läkaren på Laponia hälsocentral också ansvarig för att ronda på kommunens korttidsboende och möter patienterna även där.

Kontinuitet som bidrar till trygghet och enklare arbetssätt

Det nära samarbetet mellan sjuksköterskorna i hemsjukvården och läkaren på hälsocentralen innebär en trygghet för patienter och närstående. Det är tydligt för patienter och närstående vart de ska vända sig och att det finns en långsiktig plan där den vård som patienten får i hemmet beskrivs på ett tydligt sätt. Genom att sjuksköterskan och läkaren arbetar tillsammans i patientens hemmiljö under en längre tid lär de också känna patienter och närstående och har möjlighet att se förändringar i behov av stöd över tid.

Samarbetet innebär också en trygghet för de medarbetare som möter patienterna hemma och på hälsocentralen, men även för de medarbetare på sjukhuset som möter en patient som får vård hemma. Sjuksköterskorna i hemsjukvården vet att de har en inbokad tid varje vecka för rådgivning och gemensam planering med läkaren. Sjukvårdspersonalen som möter patienten på sjukhuset vet att någon tar ansvar för sjukvården efter att patienten skrivits ut, att det finns en tydlig behandlingsplan och att det går att få tag på hemsjukvårdsläkaren om de skulle ha några frågor.

”Den etiska stressen minskar kraftigt när man har information och kontroll, när det finns en plan. Det skapar en trygghet i mitt arbete. Jag känner att jag kan göra ett bra jobb. Att inte behöva hasta igenom. Att få gå från jobbet med en bra känsla.”

- Sjuksköterska i hemsjukvården

”Det är som om natt och dag att jobba om man har kontinuitet, mot om man inte har det. Att veta vad som har gjorts innan, och att känna till patienten redan innan remissen kommer. Det är roligt att jobba med kontinuitet!”

- Läkare

Att det finns en tydlig planering och välfungerande kommunikation mellan läkare och sjuksköterskorna innebär också att arbetet i vardagen flyter på smidigare. Sjuksköterskorna behöver sällan boka in akuta besök för patienterna när de känner sig trygga i att de kan rådgöra med läkaren vid behov och färre patienter missar sina bokade besök på hälsocentralen när kommunikationen fungerar och det är tydligt att patienten kan behöva stöd för att ta sig dit.

Verksamheterna har också sett minskningar i antal sjukhusbesök för de patienter som är inskrivna i hemsjukvården, vilket har sin förklaring i dels det förebyggande fokuset och löpande uppföljningar som minskar behovet av sjukhusvård, dels i den ökade tryggheten hos kommunens sjuksköterskor i att de alltid kan nå läkaren på hälsocentralen så att patienten inte behöver söka vård på sjukhus i onödan.

Ett okomplicerat arbetssätt är nyckeln för att lyckas

Den läkare och den sjuksköterska som intervjuats för denna text beskriver att en av de viktigaste framgångsfaktorerna för att lyckas med arbetssättet är att hålla det enkelt. I grund och botten handlar arbetssättet om att från både hälsocentralens och kommunens sida sätta en gemensam målbild och att utifrån denna prioritera att avsätta tid i vardagen för gemensam planering och att finnas tillgängliga för varandra när det behövs.

”Pusselbitarna för vårt arbetssätt finns på plats i alla regioner och kommuner. Alla har sjuksköterskor i hemsjukvård och alla har läkare på en hälsocentral. Det enda som behöver tillföras är tid – tid för patienterna, tid för samarbete och tid för gemensam kunskapsutveckling. Att på ledningsnivå prioritera kontinuitet och avsätta den tid och de resurser som krävs.”

- Läkare

Vidare är överenskommelsen om den gemensamma målbilden och att representanter från kommunen och hälsocentralen träffas varannan månad för att följa upp och vidareutveckla arbetssätten en viktig framgångsfaktor. Att cheferna i de båda verksamheterna är överens om att arbetssättet med gemensam planeringstid gäller och att båda verksamheterna kan se vinsterna med detta beskrivs som en förutsättning för att arbetssättet ska fungera.

Förhoppningar om att ytterligare stärka samarbetet

Även om samarbetet mellan den kommunala hemsjukvården och hälsocentralen i Gällivare i dagsläget fungerar väl och vinsterna av arbetssättet är många, ser medarbetarna behov av att fortsätta vidareutveckla arbetssättet. Ambitionen framåt är exempelvis att ytterligare stärka samarbetet med kommunens rehabiliteringspersonal. I dagsläget har kommunens sjuksköterskor kopplat in rehabiliteringspersonalen vid behov, men framåt kommer man att knyta dem närmare teamet för att stärka det förebyggande perspektivet ytterligare i planeringen av vården.

”Ibland kan man känna sig överväldigad – det är så mycket vi ska göra för de här patienterna. Men så länge vi har tät dialog, en tydlig gemensam målbild och ett bra samarbete i vardagen så kommer vi att komma framåt.”

- Läkare

Relationer och tillgänglighet går hand i hand på Kvarnholmens vårdcentral

Kvarnholmens vårdcentral i Nacka är en relativt nystartad vårdcentral där medarbetarna har fått möjlighet att utforma ett arbetssätt som passar både patienter och medarbetare. Ledstjärnan är att en god vård och en bra arbetsmiljö bygger på relationer och tillgänglighet. Att läkare och sjuksköterskor tar sig tid att lära känna alla patienter gör att de kan finnas tillgängliga för frågor när de dyker upp. Patienterna kan känna sig trygga med att snabbt få svar på en enkel fråga eller att få tid för besök när det behövs.

Den här presentationen bygger på samtal med de tre läkare som driver vårdcentralen och två sjuksköterskor som har arbetat där sedan den startade 2019. Inledningsvis presenteras en berättelse från en patient.

Patientberättelse: Vart hen än flyttar vill jag vara hens patient

Jag har en obotlig sjukdom och det var min läkare på vårdcentralen som upptäckte den. Om hen inte hade gjort det hade det lett till den allvarligaste konsekvensen. För det är jag evigt tacksam.

Vi träffades första gången för fem år sedan och genom åren har vi utvecklat en nära relation. Hen är nyfiken och jag kände mig sedd från första stund. Att hen kan min sjukdomshistoria gör att jag slipper berätta allt på nytt vid varje besök. Jag känner mig trygg och vet att jag kan lita på min läkare. Vi träffas var tredje månad och om jag till exempel klagar över värk i ett knä kan hen påminna om att jag slog i knät för tre år sedan och att det är därför jag har ont.

Det är lätt att komma i kontakt med vårdcentralen. Jag ringer på morgonen och får prata med en sjuksköterska som bokar in mig hos min läkare. Om det är något akut så går det att få tid samma dag. Det är en vänlig vårdcentral och det stöd jag får är mycket värdefullt.

Den kontinuitet som det innebär att träffa en och samma läkare är ovärderlig. Vart hen än flyttar, och så länge hen är verksam som läkare, vill jag vara hans patient. Att min läkare fanns nära när min fru gick bort gjorde särskilt stor skillnad. Det betydde mycket att kunna ringa till en professionell person som jag nästan ser som en närstående.

Relationer och tillgänglighet som ledord

Kvarnholmens vårdcentral öppnade 2019 i en relativt nyetablerad stadsdel i Nacka kommun. Vårdcentralen är en del av Praktikertjänst och drivs på uppdrag av Region Stockholm. Vårdcentralen har succesivt växt till att ha 6000 listade patienter hösten 2022.

Vårdcentralen drivs av tre specialistläkare inom allmänmedicin, som har byggt upp verksamheten tillsammans med två sjuksköterskor. När läkarna fick en förfrågan från Praktikertjänst om att starta en ny verksamhet såg de en möjlighet att dra nytta av sina tidigare erfarenheter och skapa en vårdcentral som präglas av relationer och tillgänglighet. De var överens om betydelsen av att medarbetare och patienter känner varandra, både för att erbjuda en god vård och en arbetsplats som medarbetarna är stolta över och vill stanna på länge.

Att vårdcentralen drivs av de läkare som ansvarar för patienternas vård ger en närhet mellan det dagliga arbetet och olika strategiska vägval. Det har gett dem stort utrymme att testa och genomföra olika idéer tillsammans med de andra medarbetarna.

”Jag har länge haft en dröm om att få äga de problem som uppstår, så att personalen tillsammans kan ta ansvar och hitta lösningar. Arbetsmiljö är högt prioriterat. Om vi trivs och har kul på jobbet så löser det mycket annat.”

- Läkare

På vårdcentralen arbetar elva fast anställda personer: tre specialistläkare, tre ST-läkare, två sjuksköterskor, två undersköterskor och en lokalvårdare. Alla känner varandra och varandras kompetenser väl och tillsammans hjälps de åt att hitta bra lösningar. Att be varandra om råd och stämna av olika frågor är en naturlig del av det dagliga arbetet.

Utöver den fast anställda personalen finns det ofta en eller två AT-läkare som gör delar av sin utbildning på vårdcentralen. De läkare som är under utbildning till läkare eller som gör sin specialiseringstjänstgöring delar patientlista med den specialistläkare som är deras handledare. De träffar patienterna vid vårdkontakter där det inte är avgörande att patienten träffar sin fasta läkare. Sjuksköterskan stämmer av med patienten om det är okej, vilket det ofta är.

Relation, tillgänglighet och daglig planering som arbetssätt

På Kvarnholmens vårdcentral ska patienten kunna lita på att den läkare och den sjuksköterska som patienten har mest kontakt med känner patienten. Patienten ska också vara trygg med att snabbt kunna få kontakt, och att läkaren har tid för ett möte när det behövs.

”Om jag har frågor kan jag ringa till min läkare, eller ta det med sjuksköterskan direkt om det är något mindre. De är ungefär som en präst eller själasörjare för mina medicinska problem. Bara att veta att de finns är värdefullt och skapar trygghet. Kärnan är den mänskliga faktorn.”

- Patient

Tillgänglighet prioriteras högt och möjliggörs av att läkarna och sjuksköterskorna känner sina patienter. Patienter kan ringa eller chatta med vårdcentralen beroende på vad de är mest bekväma med. Patienten kan snabbt få kontakt med sin läkare antingen genom att lämna ett meddelande genom sjuksköterskan eller direkt via vårdgivarens app, som gör det möjligt att chatta, skicka foton, kortare meddelande eller provsvar digitalt. Det finns också möjlighet att ses över en videolänk.

Genom att läkarna känner sina patienter är uppföljande samtal och kontakter en naturlig del i patientens vård. Vårdcentralen har sett att antalet samtal minskar när patienterna känner sig trygga med att läkaren ringer tillbaka eller återkopplar med ett meddelande samma dag eller senast dagen efter.

”När en person hör av sig vet jag ofta vad det handlar om, till exempel att någon har fått feber eller har en psykisk skörhet. Jag kan enkelt återkoppla utifrån den kunskap jag har om patienten.”

- Läkare

Vårdcentralens två sjuksköterskor har en nyckelroll i att planera det dagliga arbetet. De ansvarar för triagering av patienter till rätt vårdnivå vid rätt tidpunkt, och att planera så att medarbetarnas kompetens utnyttjas på ett bra sätt. En central del i vårdcentralens arbetssätt är att erbjuda ett stort antal akuta tider, som måste balanseras med tider för förebyggande och planerad vård. I början av veckan bedömer sjuksköterskorna trycket på telefon och i chatten och utifrån det anpassar de veckans schema i nära dialog med läkarna.

Planering och triagering möjliggörs av att sjuksköterskorna har ett tätt samarbete och tillsammans känner alla patienter på vårdcentralen. Patienterna kan inte lista sig hos någon av sjuksköterskorna men i det dagliga arbetet fördelar de patientärenden utifrån sina specialistkunskaper och vem som känner patienten bäst. De har båda lång erfarenhet av triagering i primärvård och är trygga med att bedöma vilket stöd en patient behöver. Det gör att de kan avgöra när en person behöver träffa en läkare, en sjuksköterska eller när sjuksköterskan kan ge stöd för egenvård direkt i samtalet eller chatten.

”Triagering handlar om att lösa ekvationen varje dag. Alla som ringer med något akut måste få sitt behov tillgodosett samtidigt som det ska vara möjligt att få tid för ett planerat besök inom någon vecka.”

- Sjuksköterska

Relationer och kunskap möjliggör förebyggande vård

Sjuksköterskorna och läkarna beskriver en familjär stämning där patienterna vet vem de ska träffa när de kommer. Många patienter uttrycker en lättnad över att inte behöva berätta sin sjukdomshistoria mer än en gång och att det känns tryggt att veta att den läkare och sjuksköterska som känner till historien snabbt går att få tag i om något skulle hända. Tryggheten kan också underlätta för patienter att dela med sig om sådant som kan vara känsligt att prata om. Att patienter känner tillit att berätta om sitt mående underlättar för sjuksköterskan och läkaren att förstå patienten och vad hen söker för.

”Om det har hänt något jobbigt kan det behövas flera besök innan man vill berätta, även för en läkare man känner. Det ska stämma väldigt bra om man ska berätta något jobbigt för en person som man träffar första gången.”

- Läkare

Den gemensamma kunskap som byggs upp kan bidra till att minska behovet av akutbesök till förmån för förebyggande och planerad vård. För enskilda patienter kan det innebära bättre livskvalitet och att slippa onödiga läkarbesök. Den tillit som byggs upp kan även underlätta för läkaren att stilla omotiverad oro och undvika onödiga utredningar. Läkarna beskriver också att följsamheten till rekommendationer ökar i takt med att relationen byggs upp och att patienter kan vara tydliga med om de inte lyckas följa de rekommendationer som de har fått. Det ger läkaren en möjlighet att hitta andra alternativ tillsammans med patienten.

Värdet av relationer synliggörs i uppföljningar

Att följa upp och värdera vad det innebär för patienter att få vård av personal som känner personen och personens sjukdomshistoria beskrivs ibland som utmanande. Medarbetarna på Kvarnholmens vårdcentral är dock trygga med att deras fokus på relationer och tillgänglighet bidrar till att vårdcentralen har fått fina resultat i olika uppföljningar.

I Nationell Patientenkät, där Sveriges regioner i samverkan undersöker hur patienter upplever primärvården, har vårdcentralen rankats högt vid flera tillfällen. Där värderas kontinuitet/koordinering och tillgänglighet tillsammans med delaktighet/involvering, emotionellt stöd, helhetsintryck, information/kunskap samt respekt/bemötande. Som vårdgivare för Region Stockholm ingår vårdcentralen även i regionens uppföljning, där läkarkontinuitet och tillgänglighet följs upp tillsammans med många andra kvalitetsaspekter. Även i regionens uppföljningar har vårdcentralen fått goda resultat.

De tre läkare som driver vårdcentralen lyfter fram hur värdefulla dessa uppföljningar är; för att få en bekräftelse på sådant som de lyckas med och att kunna uppmärksamma sådant som kan bli bättre. När resultat av olika uppföljningar kombineras med den kunskap de har om vårdcentralens alla patienter blir det ett kraftfullt stöd för utveckling.

”I och med att vi känner våra patienter är det lätt att se förklaringar till olika resultat. Det går inte att dölja sitt arbete i en liten enhet. Statistik från regionen tillsammans med vår kunskap om patienterna ger stöd för lärande.”

- Läkare

En arbetsmiljö som attraherar medarbetare varje dag och länge framåt

Målsättningen att erbjuda kontinuitet genom fasta vårdkontakter ställer krav på att de medarbetare som arbetar på vårdcentralen vill arbeta där varje dag, och att de väljer att stanna länge.

”Om det är omsättning på läkare så kan man prata hur mycket som helst om kontinuitet. Det kommer ändå inte lyckas.”

- Läkare

Att kunna erbjuda en god vård till patienter som du känner i nära samarbete med kollegor beskrivs som både tillfredställande och stimulerande. Den trygghet som patienterna upplever när de känner sin läkare motsvaras av en trygghet hos läkarna. Att veta vilka patienter du har ansvar för framhålls som meningsfullt och det är motiverande att veta att du kommer få följa dessa patienter under lång tid framåt.

”Det du gör för patienten får du se resultatet av senare. Det handlar om att få möjlighet att tänka långsiktigt.”

- Läkare

Att alla medarbetare känner varandra och hjälps åt bidrar också till trygghet. Alla kan stötta där det behövs och det framhålls vara enkelt att bidra till förändring om något behöver anpassas. Även möjligheten till utveckling utanför arbetsplatsen genom fortbildning eller forskning är viktigt för många medarbetare. Då olika sidouppdrag tillfälligt kan krocka med målet att vara tillgänglig har Kvarnholmens vårdcentral sett det som särskilt viktigt att tydliggöra att medarbetare ska ha möjlighet att fortbilda sig eller forska. Så här långt har det gått att lösa genom noggrann planering som underlättar för någon annan att tillfälligt ta över ansvaret för en patientlista.

Tid att lära känna varandra är väl investerad tid

Höga betyg på kontinuitet och tillgänglighet i uppföljningar har troligen bidragit till att patienter som har en komplex sjukdomsbild har sökt sig till Kvarnholmens vårdcentral. När en patient kommer till vårdcentralen för första gången behövs det ofta extra tid för läkaren och någon av sjuksköterskorna att etablera kontakt. Den extra tid som avsätts inledningsvis brukar betala sig snabbt genom att de fortsatta kontakterna underlättas. Det innebär att tiden snarare ses som väl investerad tid än som en belastning, och det finns utrymme för både läkare och sjuksköterskor att avsätta den tid som behövs.

”Jag vet vilka patienter som kräver längre tid och kan anpassa när jag vet att det inte räcker med en kvart eller halvtimme. Det är viktigt att ha frihet att ändra till 45 minuter när det behövs.”

- Läkare

Läkarna är stolta över att ha lyckats etablera vårdcentralen till den verksamhet den är idag på tre år. Fokus är nu att hålla i och förfina de arbetsätt och den arbetsmiljö som har byggts upp. Det finns samtidigt en stor ödmjukhet för den fördel det har inneburit att arbeta i en uppstartsverksamhet, där alla har fått chans att bygga nytt tillsammans mot en gemensam målbild. Det finns en medvetenhet om att situationen kan förändras om väntetiderna skulle börja bli längre eller om förväntningarna på att snabbt få träffa sin läkare blir allt för höga.

”Vi är ödmjuka över att vi är nystartade och de möjligheter det har gett att kunna bygga från start. Det viktigaste framåt är att våra medarbetare vill stanna. Vi måste vara en lite bättre arbetsgivare än andra.”

- Läkare

KAPITEL 10

Familjens hus i Norrtälje samlar kompetensen runt familjen

För familjer som bor i Norrtälje kommun finns all kompetens som familjen kan behöva för att må bra samlade i Familjens hus. Genom att lära känna familjer under barnets första år kan olika behov upptäckas tidigt, ibland redan innan barnet är fött. Genom den breda kompetens som finns tillgänglig i huset kan barnet få rätt stöd i rätt tid så att olika utmaningar inte behöver få konsekvenser för barnets utveckling eller mående.

Den här presentationen bygger på samtal med enhetschefen för barn- och ungdomspsykiatri på vårdbolaget Tiohundra.

Verksamheter och kompetenser samlas runt barnet och familjen

Familjens hus står det med stora bokstäver på ett fristående hus som är väl känt för många av kommunens invånare. Många familjer har sin första kontakt med Familjens hus redan när de väntar barn. På barnmorskemottagningen träffar de en barnmorska som följer familjen genom graviditeten. Under barnets första år får familjen stöd från barnvårdscentralen (BVC) och vägg i vägg ligger det en öppen förskola som erbjuder aktiviteter för små barn och deras föräldrar. Genom att lära känna familjerna har medarbetarna i dessa verksamheter möjlighet att tidigt uppmärksamma om barnet eller familjen har några svårigheter som riskerar att påverka barnets hälsa och involvera rätt kompetens. I Familjens hus finns det även en logopedmottagning för barn som har tal-, språk- eller kommunikationssvårigheter, en barnhabilitering för barn som har funktionsnedsättning, en samtalsmottagning som erbjuder stöd vid lättare psykisk ohälsa och en Barn- och

ungdomspsykiatrisk mottagning, BUP/Kärnan. BUP/Kärnan erbjuder specialistinsatser till barn och unga upp till 18 år som har allvarligare psykiska besvär, där Kärnan arbetar med de yngsta barnen 0–5 år.

”Familjer ska inte behöva gå till olika ställen för att få det stöd de behöver. Och ingen ska själv behöva lista ut vart de ska vända sig för att få rätt stöd.”

- Chef barn- och ungdomspsykiatri

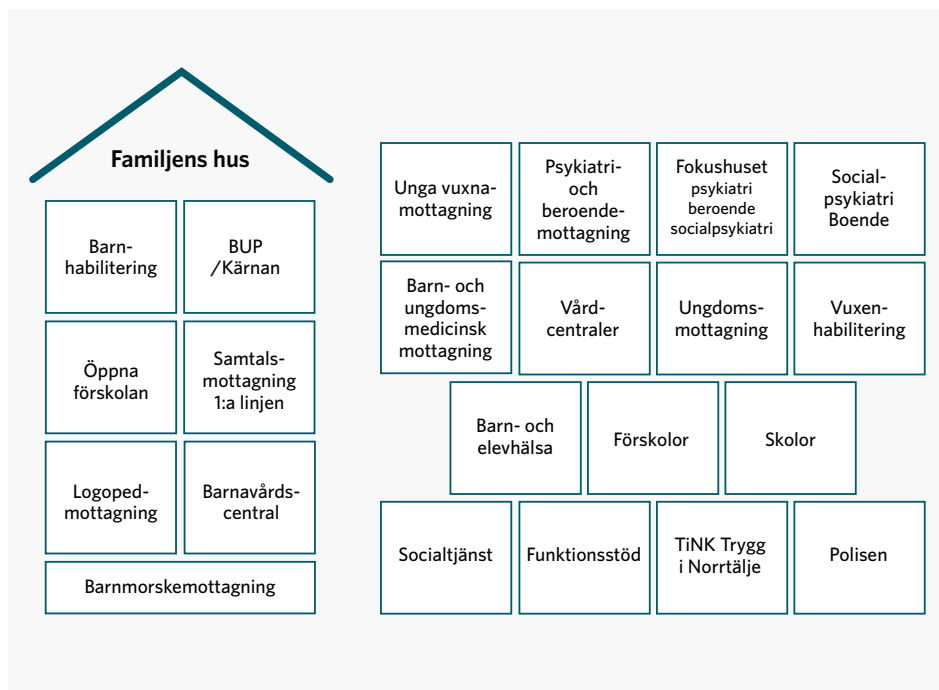
Den bärande idén för Familjens hus är att samla de verksamheter och kompetenser som kan behövas runt barnet och familjen. Föräldrar, barn och ungdomar ska vara trygga med att den vård eller det stöd de kan behöva finns tillgängligt. Utöver den kompetens som finns på plats i huset så har verksamheterna i Familjens hus ett nära samarbete med barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, ungdomsmottagning, socialtjänst, funktionsstöd, vårdcentraler, elevhälsan och polisen.

Familjens hus - en del av Tiohundras verksamhetsmodell

Familjens hus är en del av ett unikt samarbete som har utvecklats i Norrtälje. Genom det gemensamma vårdbolaget Tiohundra, som ägs av kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, har Norrtälje kommun och Region Stockholm en gemensam verksamhetsmodell för verksamheter inom hälso- och sjukvård och omsorg.

Familjens hus är ett sätt att förverkliga Tiohundras vision Hälsa, vård och omsorg där du är. Att de kompetenser som barn och deras familjer kan behöva är lättillgängliga och samordnade är den bärande idén. Det handlar om att ha ett bra samarbete mellan de verksamheter som finns i huset och med närliggande verksamheter som kan behöva involveras för rätt stöd för barn och familjer. Det handlar även om samarbete för en bra övergång när barn blir vuxna och behöver fortsatt stöd från andra verksamheter som inte finns i familjens hus.

Figur 1: Bild som illustrerar de verksamheter som samarbetar runt barn och familjer i Familjens hus samt vårdgrannar och samarbetsparter⁶



De gemensamma arbetssätten underlättas av att samtliga verksamheter i Familjens hus är en del av Tiohundra. I verksamhetsområdet BUFPH barn, ungdom, familj, psykiatri och habilitering, träffas cheferna för de olika verksamheterna varje vecka för att säkerställa att verksamheten och medarbetarna har de förutsättningar som krävs för att lyckas erbjuda hälso- och sjukvård och funktionsstöd av god kvalitet. Utöver ledningsgruppen för BUFPH finns flera forum där chefer och medarbetare från verksamheterna i Familjens hus och närliggande verksamheter möts regelbundet.

”Vi har fokus på barnet och familjen och vad respektive verksamhet kan bidra med för att göra skillnad för barnets välmående och utveckling. Genom att jobba integrerat kan vi göra skillnad tillsammans.”

- Chef barn- och ungdomspsykiatri

Not. 6 Bilden är framtagen av intervjupersonen för att illustrera de arbetssätt som presenteras i denna text och är inte en officiell bild av Tiohundras eller någon annan aktörs arbetssätt.

Helhetssyn, tidig upptäckt och rätt stöd av rätt kompetens

Familjens hus har fokus på förebyggande arbete och helhetssyn på familjen och barnets situation. När någon medarbetare på barnmorskemottagningen, BVC eller öppna förskolan uppmärksammar något som kan riskera att ha en negativ påverkan på barnets hälsa eller utveckling inleder hen med att stämna av sina tankar med familjen. Vid behov ber personen om medgivande att resonera med andra kompetenser. Beroende på vad det handlar om kan barnmorskemottagningen eller BVC själva erbjuda stöd, men de kan även få konsultativt stöd från BUP Kärnan.

Om det exempelvis rör sig om depression i samband med förlossningen eller om psykisk ohälsa i familjen så kan BUP Kärnan ta över ansvaret för att utreda och erbjuda rådgivning eller behandling. Genom arbetssättet kan familjen erbjudas tidigt stöd att arbeta med psykisk ohälsa eller anknytningsproblematik, ibland redan innan barnet är fött. Mycket fokus ligger på att arbeta med den nya familjekonstellationen, där det kan handla om stöd för samspel och anknytning mellan barn och föräldrar.

”Vi kan fånga upp barn innan de är födda eller när de är väldigt unga. Vår devis är att trygga föräldrar ger trygga barn.”

- Chef barn- och ungdomspsykiatri

Om någon i Familjens hus upptäcker att ett barn kan ha en funktionsnedsättning eller någon mer komplex problematik så lotsas familjen till rätt instans. I de fall utredning krävs och om utredningen visar att barnet har en funktionsnedsättning så involveras barnhabiliteringen. De erbjuder ett långsiktigt stöd till barnet och familjen och kan bistå förskola och skola i att utforma ett bra stöd.

Att lyckas undvika onödiga konsekvenser för barnet

Samarbetet och närheten mellan verksamheterna i Familjens hus innebär att föräldrar och barn kan lotsas till rätt kompetens i rätt tid utan att de riskerar att hamna mellan stolarna. Om någon information skulle vara oklar är det enkelt för medarbetare i huset att stämna av med varandra. Det innebär en kontinuitet och trygghet för föräldrar som inte riskerar att behöva ta ansvar för informationsdelning eller samordning runt barnet.

Sammantaget ger arbetssättet goda förutsättningar att erbjuda rätt stöd redan innan en psykisk ohälsa eller en funktionsnedsättning hinner få onödiga konsekvenser för barnets utveckling eller familjens mående.

Som del i ett omfattande förändringsarbete där tillgänglighet var en av hörnstenarna, gjorde BUP våren 2021 en särskild satsning på att ta emot alla barn/familjer som stod i väntan på ett nybesök. Den särskilda satsningen och efterföljande arbete har resulterat i att BUP Norrtälje sedan 1 september 2021 inte har någon kö till nybesök eller start av behandling.

Inget barn ska heller behöva riskera att hamna mellan stolarna den dagen då personen går in i vuxenlivet och det är dags att lämna Familjens hus. Att barnhabiliteringen, vuxenhabiliteringen, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri ingår i samma verksamhetsområde underlättar för medarbetare att säkerställa att den kunskap som har byggts upp, och de resultat som har uppnåtts för personen under åren, kan tas tillvara vid övergången till vuxenverksamheterna.

”När det är dags att gå vidare till vuxenhabiliteringen eller vuxenpsykiatri sker en överlämning som gör att Tiohundra kan finnas där för personen så länge personen har behov av det.”

- Chef barn- och ungdomspsykiatri

Närhet, tillgänglighet och gemensamt lärande om vad som fungerar

En förutsättning för att lyckas göra rätt – så att rätt barn får rätt stöd av rätt kompetens i rätt tid – är den närhet och tillgänglighet som finns mellan medarbetare på Familjens hus i kombination med gemensam uppföljning och lärande på individnivå. Tidig upptäckt och behandling kombineras med tät uppföljning och ett lärande tillsammans med familjen för att tydliggöra hur familjens situation utvecklas och vad det är som gör skillnad för barnet. Det gör att medarbetare snabbt kan upptäcka om utvecklingen inte går som det är tänkt.

”Om det skaver så träffas vi och pratar om hur vi kan göra det bättre för barnet.”

- Chef barn- och ungdomspsykiatri

Psykisk ohälsa eller kognitiva funktionsnedsättningar kan ibland vara svåra att upptäcka tidigt. Att BUP Kärnan arbetar med samspel och anknytning och har möjlighet att utreda barn tidigt möjliggör att kunskap och förståelse för barnets psykiska mående eller funktionsnedsättning kan byggas tidigt i barnets liv. Det gör att familjen kan få rätt stöd i rätt tid och att förskola och skola tidigt kan involveras i samarbetet kring barnets utveckling och mående.

Att samla verksamheter och kompetenser i samma hus framhålls som en framgångsfaktor för att lyckas göra skillnad för barn och familjer. Det räcker dock inte som förklaring utan det handlar också om att det finns en kultur av att arbeta tillsammans mot ett gemensamt mål och att ha tillit till varandra.

”Vi hjälps åt när det är svårigheter och vi hittar lösningar så att det blir bättre för barnet. Alla gör det de är bäst på och vi känner tillit till varandra och varandras olika verksamheter.”

- Chef barn- och ungdomspsykiatri

Kanske ännu viktigare än att det finns tillit mellan olika kompetenser är att barn och familjer har tillit till de personer som de träffar på Familjens hus. Här framhålls vikten av att familjerna har fasta kontakter, personer som de har möjlighet att lära känna. Det ställer i sin tur krav på kontinuitet i samverkan mellan verksamheterna men även i ledningsgruppen som ständigt behöver bevaka att medarbetarna har förutsättningar att vara tillgängliga för de familjer som behöver deras kompetens.

Digital teknik för samarbete mellan Premicares hälsocentraler och hemsjukvården i Timrå kommun

I Timrå erbjuds patienterna en kombination av fysisk och digital vård som ska bidra till minskad oro, ökad trygghet och att onödiga sjukhusbesök undviks så långt det är möjligt. I nära samarbete mellan Premicares hälsocentraler och Timrå kommun kan läkare på distans från Spanien med stöd av digitala verktyg bedöma och behandla patienter på hälsocentralen och i hemsjukvården.

Den här presentationen bygger på samtal med en av grundarna av Premicare samt socialchefen och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i Timrå kommun.

Att våga tänka nytt för att kunna erbjuda kontinuitet

Premicare driver i dagsläget nio hälsocentraler på uppdrag av Region Västernorrland och Region Gävleborg. Hälsocentralerna erbjuder ett brett vårdutbud med kompetenser som läkare, distriktssköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer och kuratorer. I Timrå kommun driver Premicare de två hälsocentraler som är geografiskt lokaliserade i kommunen. Majoriteten av patienterna som är inskrivna i den kommunala hemsjukvården är listade på någon av de två hälsocentralerna.

Premicare har, som många andra hälsocentraler runt om i landet, under många år haft utmaningar med att rekrytera specialistläkare i allmänmedicin till sina hälsocentraler. Grundarna insåg att en förändring behövde ske om de skulle klara att erbjuda patienterna högsta möjliga kvalitet i vården och att de behövde börja tänka på helt nya sätt för att komma framåt.

”Under de 20 år som jag arbetat som läkare i Västernorrland har vi saknat hälften av alla allmänläkare under hela denna tid. Det blir inte heller enklare – vi blir allt fler invånare och äldre, men inga fler personer som ska utföra vården. Det finns ingen annan väg än att hitta helt nya arbetssätt”

- Medgrundare Premicare

En av medgrundarna spenderar mycket tid i Spanien och har där knutit kontakter med specialistläkare i allmänmedicin som arbetat i flera år i Sverige men som av olika skäl valt att flytta tillbaka till sitt hemland. Medgrundaren kunde konstatera att specialistkompetensen i allmänmedicin finns, men att de behövde hitta nya vägar för att tillgängliggöra kompetensen för patienterna hemma i Sverige.

Sedan ett par år tillbaka anlitar Premicare ett tiotal läkare med svensk specialistkompetens i allmänmedicin som arbetar på distans från Spanien som möter patienterna och vårdpersonal på hälsocentralen och i hemsjukvården via videomöten.

En viktig förutsättning för att kunna anlita läkarna är den egenutvecklade digitala plattformen. Med hjälp av plattformen med tillhörande medicintekniska verktyg som blodtrycksmätare, digitala stetoskop, syremättnads-mätare och snabbtester på blodprover utför sjuksköterskor och annan vårdpersonal undersökningar som exempelvis blodtrycksmätningar, auskultationer och CRP-test. Resultatet från undersökningarna inklusive bilder och ljudupptagningar skickas sedan via plattformen till läkaren som utifrån informationen kan diagnostisera och behandla patienten. Kontakten mellan läkaren och patienten och mellan läkaren och övrig vårdpersonal sker via videomöten och chattfunktioner som finns integrerade i plattformen.

”Den digitala tekniken möjliggör att vi kan undersöka patienten på ett ordentligt sätt, vi kan använda oss av duktiga och specialistkompetenta läkare och det spelar ingen roll vart de läkarna finns”

- Medgrundare Premicare

Tillgängliga läkare möjliggör för förebyggande stöd

Läkarna i Spanien har en särskilt viktig roll i vården för patienter som är inskrivna i hemsjukvården i Timrå kommun. Den tidigare bristen på läkare på hälsocentralerna innebar ofta att sjuksköterskorna i hemsjukvården fick lägga en stor del av arbetstiden på att ”jaga” läkare för att få hjälp med bedömningar, men i det nya arbetssättet bildar läkarna i Spanien och sjuksköterskorna i hemsjukvården tillsammans ett team för patienterna.

”Det kanske är svårt att tänka sig att läkare som fysiskt befinner sig i Spanien kan bilda team med sjuksköterskorna som fysiskt befinner sig i patientens hem – men vi har bevisat att det går”

– Medgrundare Premicare

Teamarbetet runt patienten bygger på att sjuksköterskorna i hemsjukvården åker hem till patienten med en buss som är utrustad med de medicintekniska verktyg som är integrerade i den egenutvecklade plattformen eller med en vanlig bil där utrustningen tas med. Med hjälp av verktygen tar sjuksköterskorna prover och undersöker patienten och har sedan direktkontakt med läkaren som gör en bedömning och återkopplar resultatet direkt till patienten eller till sjuksköterskorna. I vissa fall följer patienten med sjuksköterskan ut till bussen, men i de flesta fall tar sjuksköterskorna med sig den utrustning som behövs från bussen in till patientens hem.

Premicare står för läkare, teknik och buss, medan Timrå kommun tillhandahåller sjuksköterskor som utför undersökningarna. Det är dock inte själva bussen som är det centrala i arbetssättet, utan samarbetet, läkarkontakten och tillgången till teknik och utrustning.

”När vi startade projektet pratade vi mycket om ’vårdbussen’, men vi har med tiden insett att det inte är bussen som är poängen. Oftast går vi ju in till patienten med verktygen och lämnar bussen utanför, så det spelar egentligen ingen roll om det är en ’vårdbuss’ eller en ’vårdväska’

– Socialchef

En viktig del i teamarbetet är det förebyggande fokuset, där sjuksköterskorna i teamet i ett fördjupat samtal med patienten kartlägger patientens hälsotillstånd och bland annat går igenom läkemedel och fallrisker. Utifrån kartläggningen gör sedan läkaren en bedömning och beslutar tillsammans med patienten och sjuksköterskan om eventuella insatser. För många patienter i hemsjukvården är det exempelvis vanligt att förskrivningar av läkemedel justeras. Kartläggningarna följs sedan upp vid behov och om patientens hälsotillstånd förändras.

Nöjda patienter och minskade sjukhusbesök

Det tillgängliga läkarstödet och den tidiga kartläggningen av patienternas hälsotillstånd ska leda till snabbare bedömningar och att åtgärder kan sättas in tidigare. Arbetssättet är nytt i Timrå och någon systematisk utvärdering har ännu inte genomförts, men redan nu konstaterar socialchefen och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan att de patienter som hittills fått besök av sjuksköterskorna med stöd av läkarna är nöjda. Sjuksköterskorna upplever att samtalen med patienterna blir bättre när de sker i lugn och ro i hemmet och att det är enklare för patienterna själva att identifiera behov av vård, stöd och hjälpmedel i vardagen.

En målsättning med arbetssättet är att minska antalet patienter som skrivs in på sjukhus i onödan. Region Västernorrland har tidigare genomfört beräkningar av besök på akutmottagningen på Sundsvalls sjukhus och konstaterat att en stor del av besöken var patienter över 80 år som inte hade haft kontakt med primärvården innan de sökt sig till akutmottagningen. Förhoppningen är att tillgängligheten till läkarstöd och de förebyggande kartläggningarna ska kunna minska sjukhusbesöken för patienterna i hemsjukvården.

”Att vi skickar de mest sjuka äldre till slutenvården i onödan är inte bra för någon. Patienterna får en sämre livskvalitet och vi använder inte samhällets resurser på ett optimalt sätt. Vår utgångspunkt är att det måste gå att arbeta på ett annat sätt med den patientgruppen, och att det arbetssättet måste bygga på samarbete”

- Medgrundare Premicare

Socialchefen berättar att medarbetarna upplever en större meningsfullhet med sina arbetsinsatser när de får arbeta nära patienterna med tidigt stöd. Den minskade stressen när det är enkelt att få tag på läkare och snabbt kunna få läkarbedömningar är en stor fördel. Även tillgången till den medicintekniska utrustningen bidrar till en trygghet för sjuksköterskorna, som i sin tur bidrar till målsättningen om att minska onödiga sjukhusbesök:

”Vi hade ett exempel förra veckan, då en sjuksköterska misstänkte urosepsis efter en urinvägsinfektion hos en patient. Med hjälp av de medicintekniska verktygen kunde hon mäta CRP och konstatera att det inte var så. Utan verktygen hade hon behövt ringa ambulans och skicka patienten till sjukhus helt i onödan”

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska

En samarbetskultur som ger mod att testa nytt

En framgångsfaktor i arbetet hittills har varit den starka kultur av samarbete som finns mellan Premicare och Timrå kommun. Att Premicares två hälsocentraler är de enda hälsocentralerna som är geografiskt lokaliserade inom kommunen underlättar samarbetet, men det handlar också om relationer och tillit på ledningsnivå. Det finns en gemensam bild av varför det är nödvändigt att arbeta på nya sätt och att det inte finns något annat alternativ. Tillsammans med en ömsesidig önskan att lyckas för patienternas bästa ger det mod att testa nya vägar och arbetsätt.

”Vi är stolta över att vi har en gemensam vision om att vi tillsammans behöver finna nya sätt att arbeta för att klara framtidens vård. Världen och vi utvecklas ständigt och möjligheterna som digital teknik erbjuder är oändliga. Det gäller att sakta men säkert arbeta för att hitta nya effektivare arbetsätt, som vi tillsammans tror på. Det är i samförstånd och samverkan som vi kan ge bästa möjliga vård”

- Medgrundare Premicare

Lagar och uppföljning - en fördjupning

Fasta kontakter i vård och omsorg

Syftet med fasta kontakter i vård och omsorg är att skapa trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet till nytta för patienter, brukare, anhöriga och personal.

Vikten av fasta kontakter och kontinuitet har stärkts i styrningen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Idag ställer lagstiftningen krav på fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och fast omsorgskontakt i hemtjänst.

Fast läkarkontakt

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har regionen skyldighet att erbjuda alla som omfattas av regionens ansvar en fast läkarkontakt i primärvården.

Regionen ansvarar för att en patient ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Det ska finnas en möjlighet att byta till en annan om relationen inte fungerar. Samtidigt behöver vården respektera att inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare.

För personer med komplexa behov, som sköra och sjuka äldre, barn och unga med funktionsnedsättningar, eller personer med kroniska sjukdomar, kan behovet av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt vara extra stort. Kärnan i kontinuiteten ska vara en fast läkarkontakt för alla patienter som

vill det. Därutöver kan kontinuitet för de patienter som önskar, eller som i övrigt har behov av det, även bygga på en fast vårdkontakt med annan profession eller ett helt vårdteam med flera olika kompetenser.

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

Den fasta läkarkontakten ska ansvara för att patienten undersöks, ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som behövs. I uppgiften ingår att ge information, göra patienten delaktig och vid behov samordna utrednings- och behandlingsåtgärder.

God kontinuitet och fast läkarkontakt är särskilt viktigt för patienter som vårdas inom kommunal hälso- och sjukvård. Då patienterna är sköra och vårdteamet består av personal från olika huvudmän ställs särskilda krav på gott samarbete med tydliga rutiner, enkla kontaktvägar och säker informationsöverföring.

Socialstyrelsen har tagit fram ett riktvärde för hur många personer en läkare kan vara fast läkarkontakt för. Det nationella riktvärdet på 1 100 personer/läkare ska ses som ett stöd och kan variera utifrån aktuell situation. Det finns dock vetenskapligt stöd för att antalet personer en läkare kan vara fast läkarkontakt för har sin begränsning.

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt innebär att patienten ska få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården. Kontakten ska hjälpa till att samordna vårdens insatser. Syftet med bestämmelsen är att framförallt stärka patientens ställning, men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet.

En fast vårdkontakt ska utses av verksamhetschefen om en patient begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Den fasta vårdkontaktens ansvarsområde begränsas därmed till verksamhetschefens.

En fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård. Vem som bör utgöra patientens fasta vårdkontakt ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan

tillgodose det behovet. En fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan också vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt andra berörda myndigheter som exempelvis Försäkringskassan.

En patient kan ha flera fasta vårdkontakter samtidigt och en fast vårdkontakt kan även utses i en annan region än patientens hemregion. De fasta vårdkontaktarna ska samverka med varandra när det behövs förutsatt att patienten givit sitt samtycke.

En fast vårdkontakt ska också utses när en patient som skrivs in på sjukhus bedöms behöva samordnade insatser efter utskrivningen. I lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård tydliggörs att den fasta vårdkontakten under utskrivningsprocessen ska utses inom regionens öppna vård.

Rollen som fast vårdkontakt kan ha olika namn beroende på verksamhet och sammanhang. Några exempel är kontaktsjuksköterska inom cancervården, vårdsamordnare eller samordningssjuksköterska inom äldreomsorg, diabetessjuksköterska i primärvård och patientansvarig sjuksköterska i hemsjukvården. Rehabiliteringskoordinator är en funktion som utgör en fast vårdkontakt samtidigt som sjukskrivna patienter erbjuds koordineringsinsatser för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet enligt Lagen om koordineringsinsatser (2019:1297).

Fast omsorgskontakt

Den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt om det inte är uppenbart obehövligt. Syftet är att brukaren ska få ökad kontinuitet i kontakterna med hemtjänsten, ökad trygghet och mer individanpassade och samordnade hemtjänstinsatser. Den som utses till fast omsorgskontakt ska vara undersköterska som deltar i verkställandet av hemtjänstinsatser. Den fasta omsorgskontaktens roll och arbetsuppgifter ska utformas närmare av verksamheterna med utgångspunkt i omsorgstagarens behov och önskemål. Med en god personkännedom om omsorgstagaren kan omsorgskontakten spela en viktig roll såväl i det förebyggande arbetet som vid olika typer av uppföljningsmöten.

Den fasta omsorgskontaktens roll ska skiljas från uppdraget som fast vårdkontakt, även om uppdragen i vissa fall kan komma att överlappa varandra. Den fasta vårdkontakten ska främst tillgodose behov inom hälso- och sjukvården, medan omsorgskontakten ska tillgodose behov som uppstår inom och avser socialtjänstens område när hemtjänstinsatser verkställs. Att bryta isolering och känsla av ensamhet samt vara ett stöd för anhöriga är andra viktiga uppgifter.

Huvudregeln är att en fast omsorgskontakt alltid ska erbjudas. Utrymmet för att avstå från det är mycket begränsat. Exempel på när en fast omsorgskontakt skulle kunna vara uppenbart obehövligen kan vara omsorgstagare som endast har trygghetslarm, matdistribution eller hjälp med städning eller inköp.

Tabell 1: Jämförelse mellan olika fasta kontakter inom vård och omsorg

Fast läkarkontakt	Fast vårdkontakt	Fast omsorgskontakt
I primärvård	I all hälso- och sjukvårdsverksamhet	I hemtjänst
Ska vara en läkare	Den som bäst kan tillgodose behovet	Ska vara en undersköterska
Samordna utrednings- och behandlingsåtgärder	Samordningsansvar	Deltar i samordningsmöten
Kan även vara fast vårdkontakt	Patienten kan ha flera	Träffar den äldre ofta
HSL (2017:30) Patientlagen (2014:821)	Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) Patientlagen (2014:821) Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612)	SOL (2001:453) SOL (2001:453)

Uppföljning av kontinuitet och fasta kontakter

Att mäta och följa upp hur verksamheterna lever upp till kontinuitet och lagens krav på fasta kontakter kan göras såväl ur ett organisatoriskt perspektiv som ur ett patientperspektiv. Båda sätten är viktiga och kompletterar varandra. Nedan redovisas de sätt som 2022 kan användas för ändamålet.

Organisationsperspektivet

PrimärvårdsKvalitet

I PrimärvårdsKvalitet finns det internationella indexet continuity of care (COC). Indexet väger in både hur många olika av en viss profession (ex. läkare, sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut) patienten träffar och frekvensen av besök. I registret finns också kontinuitetsmått för exempelvis patienter med kroniska sjukdomar, samsjuklighet och för patienter som har en samordnad individuell plan (SIP).

Två indikatorer finns som följer upp fasta läkarkontakter:

- › Andel patienter som har en fast läkarkontakt.
- › Andel patienter som haft mer än 65 % av sina läkarkontakter hos sin fasta läkarkontakt.

Patientperspektivet

Nationell patientenkät

I Nationell patientenkät (NPE) fångas patienters upplevelser av vården. Om patienten är ett barn under 15 år är det vårdnadshavaren som besvarar enkäten, om möjligt tillsammans med barnet. Enkäten besvaras av den som var med barnet under vårdbesöket. Frågorna i enkäten är indelade i sju dimensioner, där kontinuitet och koordinering ingår som en av dimensionerna. De frågor som ställs belyser bland annat om patienten får träffa samma läkare vid sina besök på vårdcentralen, om det vid besöket tas beslut om nästa steg i patientens vård/behandling och patientens upplevelser av vårdpersonalens förmåga att samarbeta med varandra.

Vård- och omsorgskollen

Vård-och omsorgskollen⁷ är ett verktyg för att följa upp vården för personer som kan ha svårt att fylla i enkäter eller själva ge återkoppling. Genom att ställa några enkla frågor på telefon eller vid ett möte ges möjlighet för verksamheterna att följa upp hur patienten upplever kontinuitet, delaktighet, tillgänglighet, samordning och trygghet. Frågorna som ställs utgår från en standardiserad mall med frågor om det finns tillgång till någon/några fasta kontakter med vård och omsorg och möjlighet att få träffa samma vårdpersonal. Huruvida vad som viktigt för personen, i mötet med vård och omsorg, efterfrågas också.

Resultaten från samtalen i vård-och omsorgskollen kan följas över tid och möjlighet finns att jämföra sig med verksamheter i hela Sverige, allt för att underlätta ett systematiskt och fortlöpande förbättringsarbete utifrån patientens upplevelse och erfarenhet.

Not. 7 <https://www.vardochomsorgskollen.se/>.

Kontinuitet och fasta kontakter i Nära vård

Exempel på inspirerande arbetssätt

SKRs arbete med att stödja omställningen till Nära vård handlar bland annat om att bidra till lärande. Med den här skriften vill vi visa på de fasta kontakternas och kontinuitetens betydelse i den nära vården. Skriften är framtagen av en arbetsgrupp på SKR i samarbete med konsultföretaget Governo. Presentationerna bygger på intervjuer med representanter från verksamheterna. Intervjuer har även, där det varit möjligt, gjorts med patienter eller närstående. Vi hoppas att exemplen som presenteras ska inspirera och bidra till viktiga steg i vårt gemensamma arbete för en nära vård.

ISBN 978-91-8047-101-5

Beställ eller ladda ner på skr.se/publikationer

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | skr.se



Sveriges
Kommuner
och Regioner