SAMLA
Samverkan Lerum Alingsås

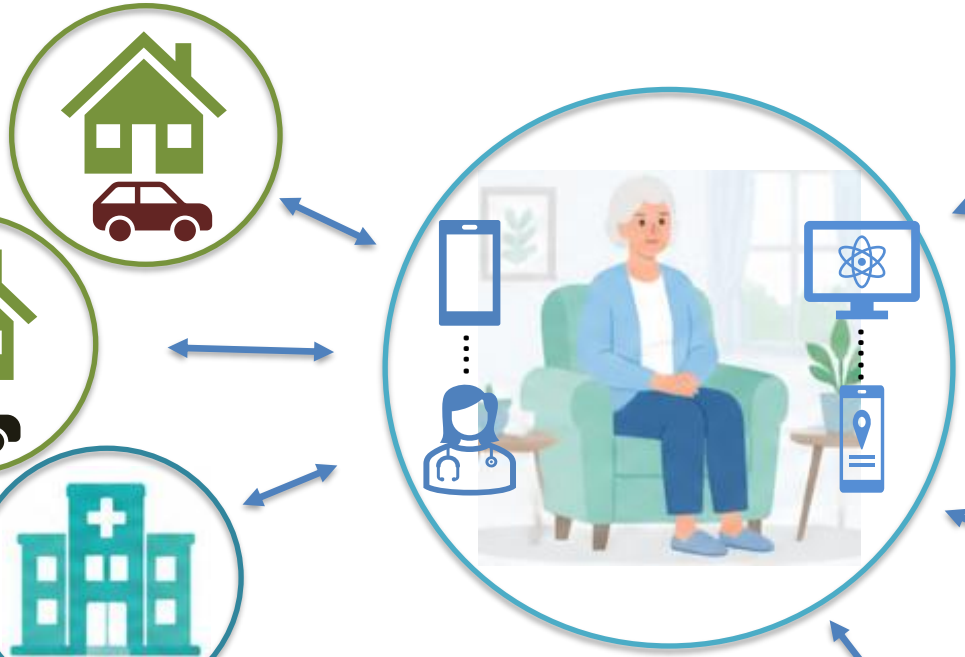
Hälso och sjukvård i hemmet

2026-11-13

Hälso- och sjukvård i hemmet - SAMLA

Hälsofrämjande funktioner

Tillsammans skapas delaktighet, trygghet, kontinuitet och kvalitet - i hemmet för den enskilde



Kommunal hälso- och sjukvård

Fast vårdkontakt

Socialtjänst

Fast omsorgskontakt

Specialiserad vård/sjukhus

Fast läkarkontakt
Fast vårdkontakt

Hemrehab stroke

MALT, Mobilt akutläkarteam
Närsjukvårdsteamet
Sjukvård hemma
Palliativa teamet

??

Vårdcentral

Fast läkarkontakt
Fast vårdkontakt

Rehabmottagning

Neuroteam

Prehospital akutsjukvård

Projekt Team
FACT-Ung
SAMLA

Rätt insats, i rätt tid, på rätt plats – effektiv resursanvändning



Inledning

Hälso- och sjukvård i hemmet möjliggör att patienter med vårdbehov får kvalificerad vård i sin egen bostad, både i ordinärt och särskilt boende. Genom ett samordnat och personcentrerat arbetssätt mellan vården och omsorgens olika aktörer skapas trygghet, kontinuitet och delaktighet för patienten, samtidigt som medarbetarna får bättre förutsättningar att ge god vård. Detta bidrar till att förebygga onödiga akuta vårdbesök, stärka vårdkedjan och främja utvecklingen mot en mer sammanhållen, tillgänglig och nära vård.

Syfte

Syftet är att visualisera och beskriva ett gemensamt arbetssätt för hälso- och sjukvård och omsorgen i hemmet samt att tydliggöra ansvar och samverkan mellan regional och kommunal primärvård, socialtjänst och specialiserad vård. Detta ska bidra till en trygg, säker och sammanhållen vård och omsorg för patienten.

Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt för patient med kommunal primärvård

Kommunal hälso- och sjukvård

Fast vårdkontakt

Vårdcentral

Fast läkarkontakt

Namngiven fast läkarkontakt inom regional primärvård samordnar patientens medicinska vård och skapar trygghet och kontinuitet för patienten. Fast läkarkontakt i hemmet innebär att personer med omfattande vård- och omsorgsbehov får personcentrerad vård i ordinärt boende. Läkaren på vårdcentralen samordnar vården tillsammans med kommunal primärvård.

Den fasta läkarkontakten ansvarar för den medicinska uppföljningen och ska vara tillgänglig för att samordna vården med fast vårdkontakt i kommunal primärvård. Läkare ska finnas tillgänglig dygnet runt, veckans alla dagar, för kommunal primärvård.

Arbetssätt beskrivs i Regionala primärvårdens Krav- och kvalitetsbok och i Gemensam närområdesplan, vilket gör att utförandet kan skilja sig åt mellan vårdcentraler och kommuner. Från 1 januari 2027 beskrivs ansvaret även i Hälso- sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelse.



Socialtjänst

Fast omsorgskontakt

En väl fungerande hälso- och sjukvård i hemmet förutsätter nära samverkan mellan socialtjänst och vård. Fast omsorgskontakt ansvarar för att skapa trygghet, kontinuitet och samordning för den enskilde samt bidrar till informationsöverföring och samverkan mellan omsorg, kommunal primärvård, närstående och övriga vårdaktörer.



Rehabmottagning

Rehabilitering är en integrerad del av hälso- och sjukvård i hemmet och syftar till att stärka patientens funktionsförmåga, självständighet och möjlighet att leva ett aktivt liv i sin hemmiljö. Insatserna genomförs i samverkan mellan kommunal och regional primärvård samt socialtjänst utifrån patientens behov.

Kommunens och regionens arbetsterapeuter och fysioterapeuter ansvarar för rehabiliterande insatser inom sitt uppdrag, Genom ett personcentrerat och teambaserat arbetssätt skapas förutsättningar för en sammanhållen och nära vård i hemmet.



Specialiserad vård/sjukhus
Fast läkarkontakt
Fast vårdkontakt

Specialiserad vård

Västra Götalands regionen ansvarar för den specialiserade vården i hemmet. Denna vårdform omfattar hälso- och sjukvårdsinsatser som förutsätter särskild medicinsk kompetens eller tillgång till resurser och utrustning som inte ingår i primärvårdens ordinarie verksamhet.

Det kan inkludera avancerad läkemedelsbehandling, medicintekniska insatser, eller vård som kräver regelbunden uppföljning av specialistläkare eller specialistutbildad personal inom den specialiserade vården. Regional och kommunal primärvård kan medverka i, och delvis utföra, hälso- och sjukvård som den specialiserade vården ansvarar för.

Vid inskrivning i specialiserad vård i hemmet utses vanligtvis en fast läkarkontakt och vid behov en fast vårdkontakt. Den fasta läkarkontakten ansvarar för den medicinska vården, behandlingsplaneringen och uppföljningen, medan den fasta vårdkontakten samordnar vårdinsatserna och fungerar som en kontaktväg för patient, närstående och involverade vårdgivare. Genom tydligt ansvar och nära samverkan säkerställs kontinuitet och vård på rätt nivå utifrån patientens behov.



Prehospital akutsjukvård

Prehospital akutsjukvård kompletterar hälso- och sjukvård i hemmet genom att erbjuda medicinsk bedömning och vårdinsatser i patientens hemmiljö vid akuta vårdbehov. Genom samverkan mellan ambulanssjukvård, kommunal och regional primärvård samt specialiserad vård kan patienten få vård på rätt nivå, i rätt tid och med minsta möjliga påverkan på vardagen. Det bidrar till ökad trygghet, en mer sammanhållen vårdkedja och minskat behov av sjukhusvård när vården kan ges i hemmet.

MALT, Mobilt akutläkarteam
Närsjukvårdsteamet
Palliativa teamet



MALT-bilen, Alingsås lasarett

Akutläkarbilen är en prehospital resurs som bemannas av specialistläkare i akutsjukvård och specialistutbildad ambulanssjuksköterska. Teamet utför akuta medicinska bedömningar och behandlingar i patientens hem eller på särskilt boende för att säkerställa vård på rätt nivå och minska behovet av sjukhusbesök. Akutläkarbilen samverkar med kommunal och regional primärvård, ambulanssjukvård och Närsjukvårdsteamet, NSVT. Vid behov kan teamet initiera behandling, ge beslutsstöd, ordna direktinläggning i slutenvården eller möjliggöra fortsatt vård i hemmet. Resursen är även ett stöd vid bedömning av akuta vårdbehov, dödsfall i hemmet och uppföljning efter sjukhusbesök.

MALT, Mobilt akutläkarteam
Närsjukvårdsteamet
Palliativa teamet

Närsjukvårdsteamet, NSVT Alingsås lasarett – NSVT erbjuder specialiserad vård i hemmet för äldre patienter med komplexa vårdbehov och verkar för ökad trygghet och minskat behov av sjukhusvård. Teamet består av geriatriker och specialistsjuksköterskor som genomför medicinska bedömningar, behandlingar och uppföljningar i patientens hem. NSVT samverkar med kommunal och regional primärvård, slutenvård, ambulanssjukvård och Akutläkarbilen, MALT. Teamet kan följa patienter under en kortare eller längre period utifrån behov och har möjlighet att ordna direktinläggning i slutenvården vid försämrat tillstånd. Kontakt sker direkt via telefon från läkare eller sjuksköterska inom region eller kommun, utan remiss.

Sjukvård hemma - Närsjukvårdsteamet arbetar även med ”Sjukvård hemma”, vilket innebär att patienter med slutenvårdsbehov kan få den i sin egen hemmiljö. Syftet är att patienter som vill, kan och gagnas av att vårdas hemma erbjuds specialiserade medicinska bedömningar, behandlingar och uppföljningar i hemmet. Detta kan bidra till att förkorta vårdtiden på sjukhus eller i vissa fall helt ersätta en sjukhusvistelse. Patienten kan få 1-3 besök per dag av sjuksköterska eller läkare och har tillgång till stöd från sjukhuset dygnet runt vid behov. Sjukvård hemma-teamet jobbar i nära samverkan med kommunal- och regional primärvård för att skapa trygghet, kontinuitet och sammanhållen vård.

Palliativa teamet, Alingsås lasarett - Palliativa teamet erbjuder specialiserad palliativ vård till vuxna patienter med komplexa symtom och behov i livets slutskede. Teamet består av läkare, sjuksköterskor, dietist, kurator och medicinsk sekreterare, med tillgång till präst, och arbetar i nära samverkan med kommunal primärvård för att ge en trygg, personcentrerad och sammanhållen vård i hemmet. Vid inskrivning övertar teamets läkare det medicinska ansvaret och fungerar som patientens fasta läkarkontakt. Arbetssättet är proaktivt med symtomlindring, vårdplanering och stöd till både patient och närstående. Teamet erbjuder även möjlighet till direktinläggning på palliativa vårdplatser vid behov och ger stöd till efterlevande efter dödsfall.

Övriga team

Regionalt neuroteam från primärvården - erbjuder specialiserad vård och rehabilitering för personer med neurologiska sjukdomar eller skador. Teamet samverkar med socialtjänst samt vid behov med kommunal primärvård och ger stöd genom bedömning, behandling, uppföljning och rehabiliterande insatser för att främja patientens funktionsförmåga, delaktighet och självständighet.

Hemrehabilitering efter stroke från specialiserad vård - Hemrehabilitering efter stroke innebär att rehabiliteringsinsatser planeras och genomförs i patientens hem utifrån individuella behov, mål och förutsättningar. Syftet är att stödja återhämtning, bibehålla eller förbättra funktionsförmåga samt stärka patientens självständighet och delaktighet i vardagen.

Rehabiliteringen sker i samverkan mellan patient, närstående och ett multiprofessionellt team som kan bestå av arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, läkare och vid behov andra professioner. Genom rehabilitering i hemmet skapas goda förutsättningar för personcentrerad vård där träningen integreras i patientens vardag och sker i den miljö där aktiviteterna ska utföras. Detta kan bidra till ökad trygghet, delaktighet och livskvalitet för patienten.

Övriga team

Projekt Team FACT-Ung SAMLA

Team FACT Ung SAMLA är ett mobilt samverkansteam för barn och unga 0-18 år med allvarlig psykisk ohälsa och komplexa behov där insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst behövs. Teamet arbetar enligt modellen FACT Ung (Flexible Assertive Community Treatment) och erbjuder samordnade, personcentrerade och flexibla insatser i den unges egen miljö. Syftet är att skapa en sammanhållen vård- och stödprocess, stärka den unges funktionsförmåga och livskvalitet samt minska behovet av psykiatrisk heldygnsvård och placeringar utanför hemkommunen. Teamet består av medarbetare från både region och kommun och arbetar nära den unge, familjen och andra viktiga aktörer för att säkerställa rätt insatser i rätt tid.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser



Hälsofrämjande funktioner i hemmet syftar till att stärka individens hälsa, självständighet och möjligheter att leva ett så aktivt och meningsfullt liv som möjligt. Genom tidiga, förebyggande och främjande insatser i samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra aktörer kan risker för ohälsa identifieras och förebyggas. Arbetet utgår från personens resurser, behov och mål och bidrar till ökad trygghet, delaktighet och livskvalitet i hemmet.

Hälsofrämjande insatser utvecklas i samverkan på Närvårdssamverkan NOSAM.