

Pilotstudier av sjukhusvård i hemmet

Sammanfattning och caserapporter från sex pilotstudier av
”sjukhusvård i hemmet” på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och
Skaraborgs sjukhus 2024-2025

Slutredigerad 2026-01-14

Medtech  Health



CHALMERS
UNIVERSITY OF TECHNOLOGY



**VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN**



**SAHLGRENKA
UNIVERSITETSSJUKHUSET
VGR**

Dokumentets innehåll

Detta dokument innehåller rapporter från sex pilotstudier inom sjukhusvård i hemmet, genomförda på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skaraborgs sjukhus under 2024 och 2025. Pilotstudien omfattade följande varianter av sjukhusvård i hemmet:

1. [Sjukhusvård i hemmet vid postoperativa infektioner efter hjärtkirurgi](#)
2. [Sjukhusvård i hemmet för blivande mödrar med för tidig vattenavgång](#)
3. [Användning av mobila team vid övergången mellan slutenvård och öppenvård för patienter inom rättspsykiatri](#)
4. [Utökning av närsjukvårdsteamens uppdrag till att omfatta patienter vars behov tidigare enbart kunnat tillgodoses inom slutenvården](#)
5. [Sjukhusvård i hemmet vid avancerad hjärtsvikt](#)
6. [Sjukhusvård i hemmet vid cytostatikabehandling av allvarliga blodsjukdomar](#)

Pilotstudierna följdes upp inom ramen för samverkansprojektet ”Utveckling av sjukhusvård i hemmet”, finansierat av Medtech4Health – som är ett nationellt strategiskt innovationsprogram finansierat av Vinnova, Energimyndigheten och Formas – samt av Västra Götalandsregionens miljö- och regionutvecklingsnämnd.

Samverkansprojektet leddes av samverkansplattformen Collaborative platform for Healthcare Improvement, CHI, vid Chalmers tekniska högskola och drevs i samarbete med Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Södra Älvsborgs Sjukhus, Skaraborgs sjukhus, Skånes universitetssjukhus Malmö, forskargruppen ”Care at distance” vid institutionen för elektroteknik och Fysisk resursteori vid institutionen för rymd-, geo- och miljövetenskap på Chalmers, och Innovationsplattformen i Västra Götalandsregionen. Projektperiod var 2023-10-01 – 2025-12-31. Dokumentet sammanställdes och sammanfattades av Sofie Peters, doktorand vid Chalmers tekniska högskola.

Sammanfattning

Sjukhusvård i hemmet uppskattades och fungerade för patienter och personal som deltog i pilotstudierna, men krävde också noggranna förberedelser och kontinuerlig uppföljning. Både kvalitativa och kvantitativa data visar på stora möjligheter till förbättrad patientupplevelse och effektivare resursanvändning jämfört med inneliggande vård. Samtidigt finns behov av utvidgade studier för att adressera de osäkerheter som begränsade patienturval och svårigheter att beräkna mätetal medför. Därtill behöver utmaningar kring logistik, informationsspridning, säkerhet och samverkan adresseras för att sjukhusvård i hemmet ska kunna skalas upp och bli långsiktigt hållbar. Fortsatt utveckling och utvärdering rekommenderas, med fokus på lärande och samverkan mellan vårdnivåer.

Postoperativa infektioner Pilotstudien indikerade att sjukhusvård i hemmet för utvalda patienter med postoperativa infektioner är tryggt och fungerar. Patienterna upplevde ökad livskvalitet, bättre sömn och matlust, samt större autonomi. Personalen lyfte fram behovet av tydlig information, kontinuitet och individanpassning. Utmaningar var bland annat logistik, informationsspridning och att säkerställa att alla patienter får likvärdig behandling.

För tidig vattenavgång Hemvård för gravida med tidig vattenavgång minskade behovet av sjukhusvistelse och separation från familjen. Patienterna uppskattade tryggheten och flexibiliteten, men projektet stötte på utmaningar kring samverkan med vårdcentraler, teknisk utrustning och informationsöverföring. Personalen betonade vikten av förberedelser, tydliga rutiner och kontinuerlig kontakt.

Rättspsykiatrisk öppenvård Införandet av mobila team i rättspsykiatrisk öppenvård förbättrade tillgänglighet och kontinuitet för patienterna. Personalen lyfte fram fördelar med vård i hemmiljö, ökad trygghet och bättre relationer. Utmaningar inkluderade säkerhetsrutiner, arbetsmiljö och behovet av tydliga roller och ansvarsfördelning. Projektet präglades av ett lärande förhållningssätt och kontinuerlig utvärdering.

Närsjukvård hemma Modellen möjliggjorde avancerad vård i hemmet för patienter som tidigare behövde slutenvård. Patienter och personal uttryckte att de var mycket nöjda, men att utmaningar fanns kring inklusionskriterier, logistik och informationsspridning. Det var också svårt att nå ut brett med information om vårdmodellen och att säkerställa jämlik tillgång till den över sjukhusets upptagningsområde.

Avancerad hjärtsvikt Projektet utvecklade en individanpassad modell med telemonitorering och tillgång till specialistkompetens dygnet runt. Patienter och anhöriga lyfte fram trygghet, smidighet och förbättrad livskvalitet som centrala fördelar. Utmaningar inkluderade skapandet av tydliga vårdplaner, samordning mellan vårdnivåer och hantering av komplexa behov.

Cytostatikabehandling Pilotstudien indikerade att hemmonitorering är en trygg och efterfrågad vårdform för patienter med allvarliga blodsjukdomar. Patienterna upplevde förbättrad sömn, kost och motion, samt större självständighet. Personalen såg behov av ytterligare resurser för uppföljning och utbildning, samt strategier för att skala upp modellen.

Nedan tabell innehåller en sammanställning av gemensamma teman och lärdomar som kan identifieras vid analys av samtliga sex caserapporterna.

Kategori	Tema	Beskrivning
Möjligheter	Ökad patientnöjdhet och livskvalitet	Hemvård ger patienter större autonomi, trygghet och möjlighet att vara med närstående.
	Effektivare resursanvändning	Färre ineliggande vårddygn på sjukhus frigör resurser och minskar belastningen på slutenvården.
	Utveckling av nya arbetssätt	Projektet har stimulerat innovation, kompetensutveckling och samverkan mellan olika vårdnivåer.
Utmaningar	Informationsspridning och kommunikation	Svårigheter att nå ut med information om nya vårdmodeller och att säkerställa att patienter och personal har tillräcklig kunskap.
	Logistik och teknik	Hantering av medicinteknisk utrustning, lagerhållning och samverkan med externa aktörer har krävt stora arbetsinsatser.
	Inklusionskriterier och jämlik tillgång	Behov av tydliga rutiner för vilka patienter som kan erbjudas sjukhusvård i hemmet har efterfrågats men behöver samtidigt utvecklas i takt med att lärandet ökar för att säkerställa jämlik tillgång till vårdformen.
	Säkerhet och arbetsmiljö	Särskilt inom rättspsykiatri har säkerhetsrutiner och arbetsmiljö varit centrala frågor.
Lärdomar	Kvalitativ uppföljning ger värdefulla insikter	Intervjuer och workshoppar har gett djupare förståelse för patienters och personals upplevelser. Analysen av dessa är tänkta att öka förståelsen för hur sjukhusvård i hemmet kan fungera i olika verksamheter, samt tjäna som vägledning för framtida utvecklingsinitiativ. Ingen av caserapporterna utgör evidens för eller emot användning av sjukhusvård i hemmet för de aktuella patientgrupperna. För sådan evidens hänvisas till annan forskning, exempelvis Cochrane reviews om Admission Avoidance ¹ och Early Supported Discharge ² samt till HTA-rapporten "Fördelar och risker med sjukhusvård i hemmet jämfört med ineliggande vård enligt nuvarande vårdrutin i Sverige" ³ .
	Behov av kontinuerlig utveckling	Samtliga projekt betonar vikten av att fortsätta utveckla och utvärdera vårdformen, med fokus på utbildning, rutiner och samverkan.

¹ Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, Shepperd S. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 3. Art. No.: CD007491. DOI: 10.1002/14651858.CD007491.pub3.

² Gonçalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, Richards SH, Shepperd S. Early discharge hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub4.

³ Bengtsson M, Aghamn E, Bergh C, Carlsson Y, Ekelund A, Eneljung T, Freytag L, Gyberg A, Hellström A, Holmberg Y, Peters S, Scharenberg C, Svanberg T, Terins E, Khan J och Wartenberg C. Benefits and risks of hospital at home compared to in-hospital care according to current Swedish healthcare routine [Fördelar och risker med sjukhusvård i hemmet jämfört med ineliggande vård enligt nuvarande vårdrutin i Sverige]. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA centrum: 2025. Regional activity based HTA 2025:143

Innehåll

Case 1.	Thorax hemma - behandling av postoperativa infektioner i operationssår	6
1.1	Om denna rapport	7
1.2	Inför pilotstudien	8
1.3	Uppföljning och utvärdering av pilotstudien	14
1.4	Slutsats och nästa steg efter pilotstudien	19
Case 2.	PPROM hemma - tidig vattenavgång för blivande mödrar	20
2.1	Om denna rapport	21
2.2	Inför pilotstudien	22
2.3	Uppföljning och utvärdering av pilotstudien	26
2.4	Slutsats och nästa steg efter pilotstudien	31
2.5	Appendix	32
Case 3.	Förstärkning av rättspsykiatrisk öppenvård – mobila team	35
3.1	Om denna rapport	36
3.2	Inför pilotstudien	37
3.3	Uppföljning och utvärdering av pilotstudien	41
3.4	Slutsats och nästa steg efter pilotstudien	46
Case 4.	Närsjukvård hemma	47
4.1	Om denna rapport	48
4.2	Inför pilotstudien	49
4.3	Uppföljning och utvärdering	52
4.4	Slutsats och nästa steg efter pilotstudien	57
Case 5.	Modell för sjukhusvård i hemmet vid avancerad hjärtsvikt	58
5.1	Om denna rapport	59
5.2	Inför utveckling av modellen	60
5.3	Design av modellen	63
5.4	Nästa steg i utvecklingsprocessen	72
Case 6.	Cytostatikabehandling av allvarliga blodsjukdomar	72
6.1	Om denna rapport	74
6.2	Inför pilotstudien	75
6.3	Uppföljning och utvärdering av pilotstudien	77
6.4	Slutsats och nästa steg efter pilotstudien	78

Case 1. Thorax hemma - behandling av postoperativa infektioner i operationssår efter thoraxkirurgi

Genomförande och utfall av pilotstudie av ”sjukhusvård i hemmet”
Thoraxavdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2024

Moa Lassbo Lundquist, Sofie Peters och Patrik Alexandersson

2025-06-24

Medtech  Health



1.1 Om denna rapport

Denna rapport innehåller en beskrivning av omständigheterna kring, och utfallet av, en pilotstudie av vårdformen *sjukhusvård i hemmet* på Thoraxavdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) under 2024. Pilotstudien syftade till att utvärdera sjukhusvård i hemmet (kallat Thorax hemma) för en utvald patientgrupp på Thoraxavdelningen.

Rapporten är framtagen av Chalmers i samarbete med verksamhetens projektledare. Underlaget består av: intervjuer med verksamhetens personal; intervjuer med patienter, både patienter som deltog och inte deltog i pilotstudien; mötesobservationer; workshopmaterial; kvantitativa data hämtade ur verksamhetssystem; samt skriftligt material som verksamheten skapat med anledning av pilotstudien såsom processkartläggningar och informationsmaterial till patienter.

Dokumentet inleds med en beskrivning av pilotstudiens förarbete. Därefter följer en uppföljning av dess utfall, och slutligen beskrivs slutsatser och nästa steg för verksamheten.

Sammanfattningsvis indikerade pilotstudien att den pilottestade vårdmodellen, Thorax hemma, är ett tryggt, fungerande och behövligt vårdkoncept. Thoraxavdelningens ledning beslutade därför i december 2024 att behålla Thorax hemma som en långsiktig vårdform på avdelningen. Verksamheten planerar att vidareutveckla och förbättra konceptet framgent, samt utvärdera möjligheten att inkludera fler patientgrupper.

1.2 Inför pilotstudien

I detta avsnitt beskrivs det förarbete och de beslut som fattades inför pilotstudien.

1.2.1 Val av patientgrupp

Postoperativa infektioner i operationssår efter hjärtkirurgi är en allvarlig komplikation som drabbar ett antal individer varje år. På Thorax förekommer postoperativa infektioner till exempel i det delade bröstbenet (mediastinit) eller i benet (där blodkärl hämtats). Infektionerna definieras som ytliga eller djupa beroende på hur mycket vävnad som är engagerad. Behandlingen av ytlig respektive djup infektion innebär vissa skillnader.

Incidensen för mediastinit är internationellt 0,5–4% efter öppen hjärtkirurgi. På Thorax var incidensen cirka 2% när detta förbättringsarbete initierades. Patienter som drabbas av infektion i operationssår behandlas genom en kombination av fler åtgärder; kirurgisk revision och rengöring, antibiotika samt undertrycksbehandling (VAC-behandling) av såret.

Vårdtiden på sjukhus är för patientgruppen ofta långvarig. Under 2023 vårdade Thorax 14 patienter med ytlig VAC-behandling under sammanlagt 401 vård dagar (i medel 29 vård dagar per patient). Genomsnittlig vårdtid, för alla patienter på Thorax, var som jämförelse 8,3 dygn per patient.

En vårdplan kan vara svår att upprätta. Dels är läkningstiden individuell, dels genomförs de kirurgiska omläggningarna av såret när tid finns i det ordinära operationsprogrammet.

I studier beskriver patienter vårdförloppet som fysiskt och mentalt påfrestande och socialt begränsande. Detta överensstämmer med hur vårdgivare på Thorax tolkar patientgruppens berättelser. Upplevelser som förmedlats är exempelvis ovisshet och oro kring behandlingstiden, förlust av autonomi, minskad matlust och försämrad sömnkvalitet.

”Det vi försöker göra här är att skapa ett projekt som ur flera olika synvinklar gagnar den här patientgruppen som ibland kan bli lite eftersatt just av den anledningen att de vistas på sjukhus under lång tid. Är de inte här hela tiden, då måste vi ju passa på att göra det vi ska i behandlingen när de väl är hos oss.”

– Läkare

Denna pilotstudie riktade sig till patienter med postoperativa och ytliga infektioner i bröstben eller ben som har stabil njurfunktion och bedöms följsamma till behandlingsråd.

I olika studier (eller i flera studier) beskriver man att patienter som har fått sjukhusvård i hemmet får ökad livskvalitet och ett minskat behov av sjukhusvård. Exempelvis rekommenderar Socialstyrelsen sjukhusvård i hemmet när detta är lämpligt. Praktiska förutsättningar finns för att delvis vårda patientgruppen i hemmiljö.

Mindre mobila subenheter för undertrycksbehandling av såret finns tillgängliga och kan användas för patienter som drabbats av ytlig postoperativ infektion.

Engångsinfusionspumpar används av andra liknande verksamheter i Sverige för att ge antibiotikabehandling i hemmet.

1.2.2 Projektorganisation

Verksamhetens ledningsgrupp utsåg projektledare samt projektgrupp. Projektledare (verksamhetsutvecklare och vårdenhetschef) satte samman en grupp där olika enheter och yrkesgrupper inom verksamhetsområdet var representerade. Eftersom patientgruppen kom i kontakt med flera olika delar av verksamheten ansågs det väsentligt att varje del också var representerad i projektgruppen. Gruppen bestod av sjuksköterskor från vårdavdelningen, mottagning, intensivvården och operationsavdelningen samt överläkare (medicinskt ansvarig) och farmaceut från vårdavdelningen.

1.2.3 Förväntad nytta

Syfte och mål med pilotstudien var att förkorta sjukhusvistelser för patienter som behandlas med ytlig VAC-behandling genom att erbjuda ett strukturerat omhändertagande där behandling delvis utförs i hemmet. Förväntad nytta med positivt utfall av pilotstudien identifierades enligt nedan:

- Patientperspektiv: färre dagar på sjukhus; mer tid med närstående; ökad livskvalitet; strukturerat omhändertagande; och tydligare vårdplan.
- Personalperspektiv: tydligare vårdplan för patientgruppen vilket underlättar omhändertagandet; ny arbetsform där kontaktsjuksköterskor etableras vilket ger mer inflytande och mandat; samt att patient eller anhörig utför egenvård, vilket i sin tur avlastar personalen.
- Samhällsperspektiv: fler patienter som väntar på thoraxoperation kan få hjälp.

”Fördelarna, som jag ser det, är att om du mår bättre, sover bättre, äter bättre, känner dig mer mentalt stark – då läker du fortare. Jag tror att psyke och fysiskt går hand i hand. Så är det.”

– Sjuksköterska

1.2.4 Tidplan

Med start i vecka 2 skedde under våren 2024 planering, organisering av projektet samt iordningsställande av informationsunderlag. Hösten 2024 genomfördes själva pilotstudien med startdatum i vecka 35 och planerat avslut i december samma år. Inget volymmål avseende antal behandlade patienter sattes. Exempel på aktiviteter som genomfördes i förberedande syfte:

- **Omvärldsbevakning:** Kontakt med andra organisationer som använt liknande koncept. Forskning inom området. Rutiner, reglering och rekommendationer.
- **Identifiering av nyckelroller:** Behov av en ny roll, kontaktsjuksköterskor, vilket blev en central beståndsdel för att driva igenom och hålla ihop projektet.
- **Kompetensutveckling:** Utbildning av projektmedlemmar och därefter medarbetare i nya arbetsmoment och utrustning.
- **Utökade samverkansytor:** Närsjukvårdsteamet, infektionsläkare och operationsavdelning 5 involverades för olika moment.

Exempel på aktiviteter som genomfördes under pilotstudien:

- **Lärande för patient och personal:** Kontaktsjuksköterskorna genomförde upprepade, individuellt anpassade, utbildningsinsatser för inkluderade patienter som handlade om vad omhändertagandet skulle innebära.
- **Direktkontakt med patient:** Läkare följde upp under behandlingen med direktkontakt med patienterna.
- **Inskrivna på permission:** Under den tid som VAC-pumpen användes var patienterna på permission från avdelningen. När pumpen tagits bort, men antibiotikabehandlingen fortsatte, skrevs patienterna över till öppenvård.
- **Hemmapatienter rondas:** Patienterna fanns kvar på tavlan på avdelningen för daglig rondning samt möjlighet att när som helst komma tillbaka till avdelningen.
- **Trasig utrustning åtgärdades:** En patient behövde en ny VAC-pump p.g.a. glappkontakt. En ny strömkabel lånades från en annan avdelning. Extra actiVAC-pumpar köptes därefter in.

Exempel på aktiviteter som genomfördes efter pilotstudien:

- **Intern kvantitativ datainsamling:** Projektledare och läkare samlade in väsentliga parametrar för inkluderade patienter såsom antibiotikabehandling, vårdtid, antal omläggningar med mera.
- **Utvärderingsworkshop:** Med stöd av Innovationsplattformen (VGR) genomfördes en utvärderingsworkshop tillsammans med projektgruppen.
- **Kvalitativ datainsamling i samverkan:** I samverkan med Chalmersdoktorand verksam inom Sahlgrenska hemma genomförde projektledaren intervjuer med tre patienter i kombination med journalgranskning.
- **Utvärdering och uppföljning:** Insamlade datamängder låg till grund för uppföljningen som beskrivs i nästa kapitel av denna rapport, samt för forskning som bedrivs inom ramen för Sahlgrenska hemma i samarbete med Chalmers.

1.2.5 Uppföljning och mätetal

Pilotstudien skulle följas upp på följande parametrar vilka valts utifrån relevans och datatillgång:

- Medelvårdtid (dygn)
- Antal besök i hemmet
- Antal kontakter via telefon/digitalt
- Andel patienter som får vårdrelaterade infektioner
- Kostnad per vårdepisod
- Tillgängliga slutenvårdsplatser (totalt både i sjukhus och i hemmet)

Följande parametrar planerades inte att följas upp:

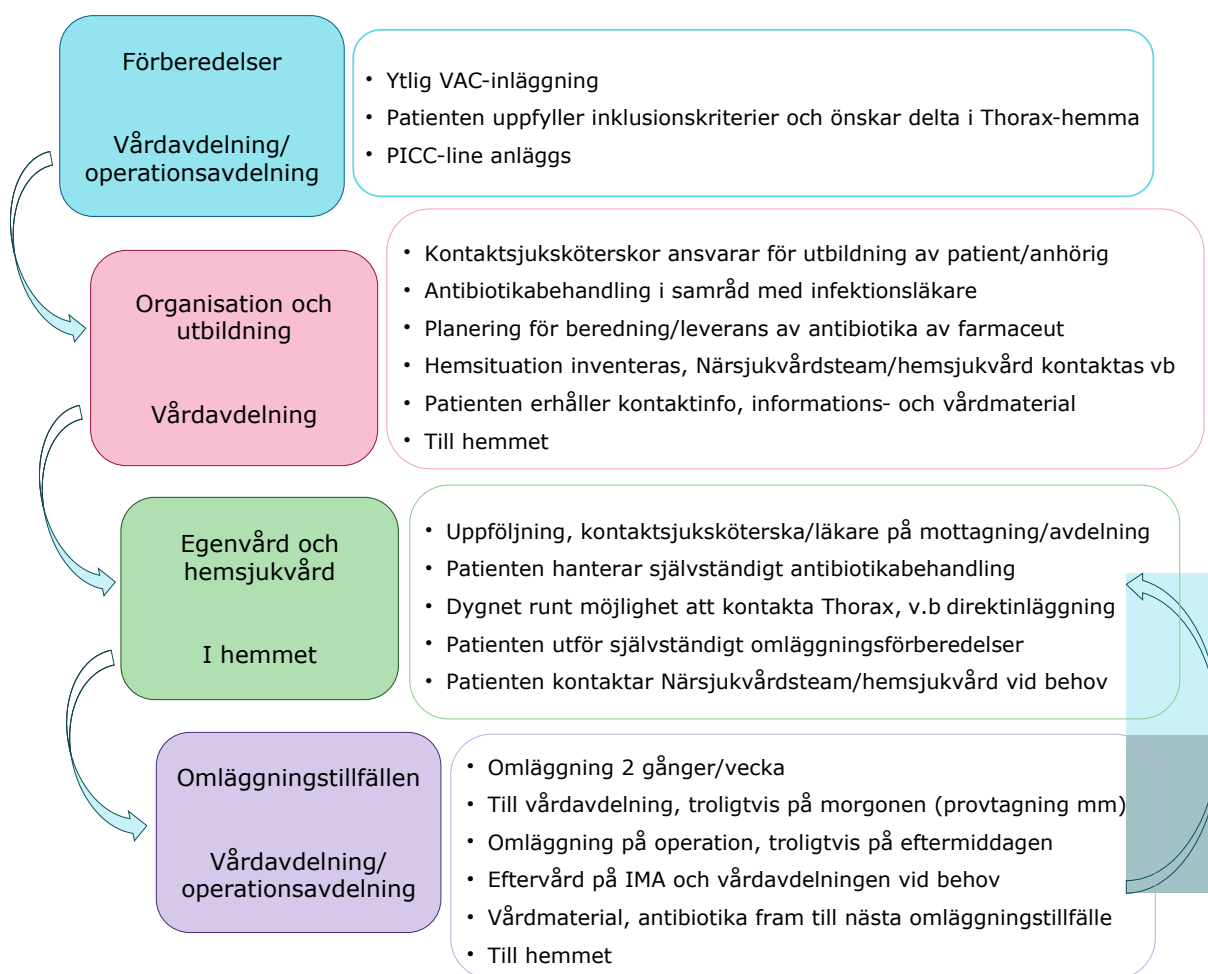
- Antal akuta inläggningar
- Antal direktinläggningar
- Antal patienter med vårdskador/patientsäkerhetsmått
- Antal återinläggningar inom 30 dagar
- Andel patienter som får vårdrelaterade infektioner

1.2.6 Processkartläggning

Befintlig process

Vid enstaka tillfällen hade patienter med ytlig infektion och VAC-behandling vårdats i hemmet. En förutsättning hade då varit peroral och inte intravenös antibiotika. Egenmonitorering i form av inspektion av operationsår och kontroll av suganordning genomfördes då av patient eller anhörig. I övrigt vårdades patienterna på slutenvårdsavdelning.

Ny process



Figur 1 Flödesschema för omhändertagande i Thorax hemma.

1.2.7 Riskanalys

En riskanalys genomfördes på uppdrag av verksamhetschefen på Thoraxkirurgi. Analysteamet leddes av pilotstudiens projektledare och bestod av läkare, sjuksköterskor och en undersköterska som representerade alla enheter på avdelningen, samt närsjukvårdsteamet.

”En farhåga är att man inte får styra behandlingen utifrån att patienterna ska vara hemma. Att de får någon annan slags behandling eller sämre behandling på grund av det. Så det tycker jag är ett väldigt viktigt perspektiv – att de får samma bra behandling och får fördelarna av projektet och inte att de lider i sin behandling på grund av projektet.”

– Sjuksköterska

Analysen pekade på flera risker/riskområden. Gemensamt för många av riskerna var kommunikation, information och utbildningsinsatser. En handlingsplan togs fram. Exempel på åtgärder var framtagandet av en kommunikationsplan, att projektgruppen för Thorax hemma samt kontaktsjuksköterskor skulle sammanställa informationsmaterial och utbildningsmaterial om exempelvis inklusionskriterier och kontaktvägar, samt att utbildningar för personalen skulle hållas under våren 2024.

1.3 Uppföljning och utvärdering av pilotstudien

I detta avsnitt följer kvantitativ respektive kvalitativ uppföljning av pilotstudien.

1.3.1 Kvantitativ uppföljning

Under pilotperioden behandlades fem patienter på avdelningen som föll inom ramen för den utvalda patientgruppen. Av dessa fem bedömdes tre vara kandidater för Thorax hemma. Av dessa behandlades två patienter hemma. Den tredje förberedde behandling hemma men avbröt processen av personliga skäl.

Patientvolymen för den valda patientgruppen visade sig bli lägre än förväntat. Orsaken till detta var att färre patienter drabbades av infektion i operationssnitt under 2024 än under 2023. En tänkbar orsak till detta kan vara att antibiotikaregimen på verksamheten förändrades 2023 i syfte att minska frekvensen av postoperativa infektioner. Det låga antalet patienter (två) bör tas i åtanke vid studie av nedan siffror:

- Medelvårdtid (inneliggande sjukhusvård) för inkluderade patienter: 6,5 vårddygn
- Antal besök i hemmet: 0 st.
- Telefonkontakt i hemmet: 3 st.
- Kostnad per vårdepisod: Svårt att beräkna, dels på grund av det låga antalet patienter, dels för att nya kostnader associerade med den nya vårdformen inte har kunnat kvantifieras. Möjligtvis kan bedömas att det i snitt "sparades" ca 20 inneliggande vårddygn per patient, beräknat utifrån att medelvårdtiden för VAC-patienter var ca 29 dygn per patient 2023. Då ett inneliggande vårddygn på avdelning 12/25 kostar ca 10 000 kr blir det således en tentativ besparing om 200 000 kr per patient.
- Tillgängliga slutenvårdsplatser: Svårt att beräkna. Med utgångspunkt i ovan uppgifter (29 dygn/patient jämfört med 6,5 dygn/patient) skulle en tentativ beräkning bli att 22,5 vårddygn på sjukhuset frigjordes per patient.
- Andel patienter som får vårdrelaterade infektioner (VRI): Svårt att beräkna i denna grupp eftersom deras behandling gäller just vårdrelaterad infektion. Dock förekom 0 st. övriga VRI:er, exempelvis från PICC-line.

Planerad uppföljning av detaljerad medelvårdtid utgår på grund av att för få patienter deltog i pilotstudien:

- Medelvårdtid (dygn)
- Medelvårdtid (dygn) för VAC-behandling

Analys

Den kvantitativa uppföljningen tyder på att Thorax hemma är mer resurseffektivt än inneliggande vård, men då antalet inkluderade patienter (två) var för litet för att nå statistisk signifikans ska denna uppföljning enbart ses som ett illustrativt exempel.

Det kan exempelvis inte uteslutas att patienter som kvalificerade för Thorax hemma hade mindre komplicerade och mindre resursintensiva sjukdomstillstånd, vilket vid en direkt jämförelse får Thorax hemma att framstå i ett obefogat bättre ljus än inneliggande vård. Större

studier med fler patienter behövs för att på ett korrekt och nyanserat sätt kunna utvärdera vårdmodellens resurseffektivitet.

1.3.2 Kvalitativ uppföljning

Utvärderingsworkshop med personal

Efter pilotstudien genomförde projektgruppen en utvärderingsworkshop med stöd av Innovationsplattformen (VGR). Även representant från Chalmers närvarade.

Gruppens övergripande slutsatser var:

- När patienterna som var hemma kom in på återbesök var de “mer sig själva”, pigga och inte nedstämda. De uttryckte att de sov bättre, åt bättre och kunde titta på TV hur sent de ville.
- Vårdformen har gett mervärde för patienterna och upplevts som intressant av personalen.
- Vårdkonceptet fungerade bra för selekterade patienter, men pilotstudien krävde mycket planering och involvering av kliniska nyckelpersoner för att bli bra.
- Pilotstudien visade sig vara mer komplext än förväntat. Det väckte också stor uppmärksamhet, vilket var glädjande men samtidigt belastande då det innebar att svara på många frågor och hjälpa andra avdelningar som också ville pröva hemmakonceptet
- Möjligheter till förbättring och utveckling finns för att gynna fler patienter, till exempel involvera undersköterskor och ha digitala möten som kompletterar det mänskliga mötet.
- Framgångsfaktorer inkluderade genomtänkt information, envis grupp, tydligt ledarskap, och välstrukturerat arbetssätt.
- Utmaningar inkluderar tidsbrist, svårigheter att frigöra personal, ifrågasättande från ej insatta, samt svårigheter att sprida information om vad som händer på SU.
- Samarbetet med sjukhusets närsjukvårdsteam fungerade bra, men deras tillgänglighet matchar inte alltid behoven.

Patientintervjuer

Innan pilotstudien genomförde en representant från Chalmers intervjuer med tre patienter som bedömdes falla inom ramen för inklusionskriterierna, men vars vårdförlopp skedde innan pilotstudien påbörjats. Efter pilotstudien genomförde samma Chalmersrepresentant, tillsammans med pilotstudiens projektledare, intervjuer med två patienter som deltog i pilotstudien och en patient som inte kvalificerade att delta.

Utfall av intervjuer med patienter som deltog i pilotstudien eller som inte kvalificerade men såg att andra patienter deltog:

Tankar om vilka patienter som bör och inte bör vårdas i hemmet

- Alla intervjuade patienter, vare sig de deltog i pilotstudien eller ej, uttryckte en önskan om att få komma hem och sa att de inte tyckte om att befinna sig på sjukhuset. Patienternas sjukdomshistorik och tidigare kontakter med vården påverkade deras

önskan att komma hem – de som ofta befunnit sig på sjukhus och/eller hade en längre diagnoserfarenhet, hade en stark önskan att komma hem.

”Även om jag inte alltid gjorde så mycket hemma så är det ändå en frihet att vara i sitt hem i stället för att gå den här korridoren fram och tillbaka. Det var väl trevligt att ligga i rummet och prata skit med alla andra, men det är ändå skönare att vara hemma. Du kanske inte gör något hemma och du gjorde inget på sjukhuset, men det är skillnad ändå. [...]

Jag har frihet. Det gör väldigt mycket för många människor.

Sinnet blir bättre. Man har mer motivation till livet.”

– Patient

- Patientens bifall till hemgång framhölls som nödvändigt – det får inte uppstå situationer där patienten känner sig utkastad eller utelämnad. En del patienter är inte lämpade för denna typ av vård och en del känner sig tryggare på sjukhuset.
- Patienter funderar kring sin roll i det större systemet och ser ett värde i att ”inte ta upp en sjukhussäng för någon annan”. Detta kan spela in i deras önskan att få vara hemma.
- Flera patienter menar att de eller andra patienter skulle kunna undvika att söka vård av rädsla för att hamna på sjukhus och att möjligheten till sjukhusvård i hemmet kan bidra till att fler söker vård när de behöver.
- En patient uttryckte att möjligheten att direkt komma åter avdelningen var avgörande, och att hen inte skulle ha vågat ha vårdats hemma om den möjligheten inte funnits.

Informationsbehov och förhållningssätt till information

- Olika personer har olika förhållningssätt till utbildning och instruktioner kring medicinsk utrustning. En patient ville vara involverad, ha noggranna genomgångar och läste noggrant informationsmaterialet medan en annan snabbt ville hem och läste noggrant i materialet först när utrustningen krånglade. Behoven och attityderna är olika hos olika individer.
- Både pilotpatienter och de patienter som såg pilotpatienterna gå hem jämförde sina upplevelser med varandra. De uttryckte att det som patient finns ett starkt behov av att få förklarat för sig varför man inte kvalificerar för hemgång när andra patienter, som upplevs befinna sig i samma situation, får det. Det kändes orättvist och konstigt att inte få gå hem när andra fick det. Det hade varit enklare att acceptera om det angetts en förklaring till skillnaderna.

”Nedstämd och ledsen över att andra fick åka hem och inte jag. Var en smäll i ansiktet. Om jag hade fått en förklaring till varför så hade jag kunnat köpa det, inga problem.

Men vi hade ju gjort samma sak så varför fick inte jag gå hem?”

– Patient

Utvärdering av själva vårdprocessen

- Flera patienter upplevde att sjukhuset ville hålla kvar dem mot deras önskan och upplevelse av att de skulle klara av att vara hemma. De trodde att detta berodde på att personalen var ängslig för att något skulle hända om patienten åkte hem.
- Pilotpatienter som vårdades hemma var nöjda med det. De mådde bättre och trodde att såren läkte lika bra eller bättre än om de hade varit på sjukhus.
- Pilotpatienter beskrev hur det var att vara hemma och leva med den medicinska utrustningen, att de anpassade sina vanor och förhållningssätt, samt att de inte upplevde några nackdelar annat än att det ibland var opraktiskt att till exempel röra sig eller sova med utrustningen.

”[VAC-pumpen] har man ju 24/7. Jag sover på ryggen även när jag är frisk och det funkade att sova på ryggen när man hade den här, för då kunde man lägga den här jämte sig. [...] Det där var ju stökigt, men det var ju ändå att det funkade.”

– Patient

- Pilotpatienterna menade att det är värdefullt att få träffa samma personal då relationsbyggande och kontinuitet skapar trygghet och mindre risker för informationsbortfall vid överlämningar.
- Pilotpatienter som hade frågor tyckte att det var enkelt att nå fram på telefon.
- En pilotpatient vars utrustning krånglade var lite missnöjd med hanteringen. Patienten upplevde att personen som hen pratat med i telefon inte hade koordinerat reparationen med annan personal vilket ledde till att patienten fick vänta i flera timmar på sjukhuset medan frågan utreddes.

Kompletterande tankar från patienter som intervjuades innan pilotstudien startat, och som därmed talade utifrån önskemål snarare än erfarenhet:

Hembesök

- Personal som genomför hembesök bör ha ID och kläder som gör dem igenkännbara.
- Små team med hög kontinuitet i bemanning är önskvärt för att bygga relation och trygghet.

Inklusionskriterier

- Det geografiska avståndet mellan sjukhus och hem bör inte vara för långt.
- Patientens hemmasituation behöver tas med i inklusionskriterierna – om det är för stressigt, otryggt eller finns andra svårigheter hemma bör patienten stanna på sjukhus.

Kommunikation och kommunikationskanaler

- Det är värdefullt att ha familjemedlemmar eller dylikt med när instruktioner ges eftersom det kan vara överväldigande eller svårt att ta in information.
- Det behövs trygga kommunikationskanaler som patienter kan lita på, exempelvis 1177.

Sammanfattande analys av personalen och patienternas reflektioner

Personalen och patienterna var eniga om att Thorax hemma var en likvärdig eller bättre vårdform för patienterna än vård på sjukhus. Ur personalens synvinkel finns ett antal förbättringsmöjligheter och lärdomar till nästa gång, men pilotstudien betraktas överlag som lyckad. Ur patienternas synvinkel finns förbättringspotential gällande information och informationsöverföring samt ges andra reflektioner som kan användas för vidareutveckling av Thorax hemma, men överlag var även de nöjda och fann stort värde i möjligheten att få vara hemma.

1.4 Slutsats och nästa steg efter pilotstudien

Pilotstudien bedömdes att framgångsrikt ha demonstrerat att Thorax hemma är ett tryggt, fungerande och behövligt vårdkoncept. Thoraxavdelningens ledning beslutade därför i december 2024 att behålla Thorax hemma som en långsiktig vårdform på avdelningen. Man bedömde att rutiner, checklistor och arbetssätten som använts under piloten var långsiktigt gångbara och att inga större justeringar behövde göras. Dock är projektgruppen medvetna om att konceptet behöver individanpassas och att personalen behöver vara följsamma till varje patients behov.

Framgent kommer kontaktsjuksköterskor att utvärdera vårdkonceptet genom ett masterarbete. Verksamheten kommer under hösten 2025 också att presentera förslag på en utökad selektering. Förslag finns att undersöka möjligheten att inkludera fler patientgrupper:

- Avslutad ytlig eller djup VAC-behandling där behovet av antibiotika kvarstår efter slutning av sår.
- Övriga patienter med behov av längre antibiotikabehandling.
- Ytlig VAC-behandling och antibiotika men uppnår inte följsamhetskriterier.

I samarbete med sjukhusets Närsjukvårdsteam kan det i framtiden (om Närsjukvårdsteamerna utökar sitt uppdrag och bedriver vård sju dagar i veckan) vara möjligt att erbjuda vårdkonceptet till fler patienter.

Case 2. PPRROM hemma - tidig vattenavgång för blivande mödrar

Genomförande och utfall av pilotstudie av ”sjukhusvård i hemmet”
på Obstetrik på Sahlgrenska Universitetssjukhuset
2024–2025

Anna-Karin Ringqvist, Sofie Peters och Patrik Alexandersson

2025-09-11

Medtech  Health



2.1 Om denna rapport

Denna rapport innehåller en beskrivning av omständigheterna kring, och utfallet av, en pilotstudie av vårdformen *sjukhusvård i hemmet* vid Verksamhet Obstetrik på SU under 2025. Pilotstudien syftade till att utvärdera sjukhusvård i hemmet för patienter med för tidig vattenavgång (Preterm Premature Rupture of Membranes, förkortat PPRM) på avdelningen.

Rapporten är framtagen av Chalmers i samarbete med verksamhetens projektledare. Underlaget består av: intervjuer med verksamhetens personal; intervjuer med patienter; mötesobservationer; workshopmaterial; kvantitativa data hämtade ur verksamhetssystem; samt skriftligt material som verksamheten skapat med anledning av pilotstudien såsom processkartläggningar.

Dokumentet inleds med en beskrivning av pilotstudiens förarbete. Därefter följer en uppföljning av dess utfall och sist beskrivs slutsatser och nästa steg för verksamheten.

Sammanfattningsvis indikerade pilotstudien att den pilottestade vårdmodellen, PPRM Hemma, är ett tryggt, fungerande och behövt vårdkoncept, men också att mer data behöver samlas in för att stärka utvärderingens kvalitet. Verksamhet Obstetriks ledning beslutade därför innan sommaren 2025 att fortsätta projektet ytterligare ett år i syfte att utveckla arbetssättet samt med ytterligare forskningsprojekt.

2.2 Inför pilotstudien

I detta avsnitt beskrivs det förarbete och de beslut som fattades inför pilotstudien.

2.2.1 Val av patientgrupp

Omställningen av svensk sjukvård från slutenvård till nära vård innebär att vi arbetar för rätt vårdnivå mellan sjukhus och primärvård samt att fler ska kunna vårdas i hemmet med stöd från sjukvården. De med störst vårdbehov dygnet runt vårdas inom slutenvården på sjukhus.

För gravida med komplicerad graviditet innebär graviditeten en tid med många kontroller, inläggning eller besök på sjukhus. Med dagens teknik finns förutsättningar för att vården i allt större utsträckning kan ske utanför sjukhuset. Patienter förväntar sig också flexibla och digitala lösningar.

För tidig vattenavgång (Preterm Premature Rupture of Membranes, förkortat PPRM) under graviditet kan innebära långa vårdtider på sjukhus och en separation från familj som kan vara mycket stressande och påfrestande för hela familjen. Att möjliggöra för den gravida kvinnan att säkert vårdas i hemmet innebär stora vinster. Egenmonitorering i hemmet ökar flexibiliteten och kan anpassas utifrån patienternas behov samt förenklar tillvaron för kvinnorna och deras familjer. Det minskar också behovet av vårdplatser och mottagningstider på sjukhuset.

“Och jag känner ju för de patienterna, kan jag ju säga, för det är ju jättetufft ibland. Det kan ju vara vattenavgång innan vecka 25, alltså det kan ju vara mängder av veckor som de ligger inne, och de kanske har ett eller två barn hemma. Så det är ju lite en livskris, tänker jag, det här att alltså vara borta från familjen.”

– Sjuksköterska

Det finns inte mycket evidens när det gäller utfall för vård i hemmet för PPRM-patienter. Två randomiserade studier visade ingen skillnad i utfall mellan vård på sjukhus eller vård i hemmet, men resultatets signifikans är låg. Nio retrospektiva studier visade tendens till bättre neonatalt utfall vid vård i hemmet och ingen skillnad för den gravida, men stor risk för bias och fler randomiserade studier behövs⁴.

2.2.2 Projektorganisation

Genomförande av projektet samt uppdraget som projektledare beslutades av verksamhetschef. Projektledare satte samman en grupp där olika enheter och yrkesgrupper inom verksamhetsområdet var representerade. Eftersom patientgruppen kom i kontakt med flera olika delar av verksamheten ansågs det väsentligt att varje del också var representerad i

⁴ Mirjam Kunze et al., “Statement of the Obstetrics and Prenatal Medicine Working Group (AGG – Preterm Birth Section) on ‘Outpatient Management for Pregnant Women with Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM),”” *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde* 84, no. 01 (2024): 43–47, <https://doi.org/10.1055/a-2205-1725>.

projektgruppen. Gruppen bestod av barnmorskor och överläkare från akutmottagning, vårdavdelningen och planerad mottagning.

Dialog med patienter genomfördes men ingen patient deltog i projektgruppen, då det var svårt att rekrytera gravida och nyblivna föräldrar till att delta i möten på sjukhuset. Avdelningen arbetar på nya arbetssätt för att öka patientdeltagandet i utvecklingsprojekt.

2.2.3 Förväntad nytta

Syftet med att utvärdera vårdmodellen för kvinnor med komplicerad graviditet PPRM är att de ska få en trygg och säker vård utan att behöva vara ineliggande på sjukhuset eller komma in till sjukhuset lika ofta. Målet är att de ska kunna monitorera sig i hemmet med stöd från sjukhuset fram till att förlossningen startar eller att de får symtom.

Förväntad nytta av vad pilotstudien skulle leda till identifierades enligt nedan, med bibehållen patientsäkerhet:

- Patientperspektiv: färre dagar på sjukhus; undvika separation av familjen; ökad livskvalitet i och med mer vilsamt i en trygg hemmiljö.
- Personalperspektiv: färre överbeläggningar på vårdavdelning; utveckla nya arbetssätt; möjliggöra för fler att vårdas i hemmet med egenmonitorering.
- Samhällsperspektiv: vårdens resurser räcker längre; vårdplatser prioriteras till de som behöver dem bäst; familjen är tillsammans vilket ger livskvalitet för invånarna.

”Det finns också fördelar med att vi kan använda våra vårdplatser till de patienterna som verkligen behöver vara här. [...] Om man kan erbjuda detta på ett professionellt och säkert sätt så hade det ju varit jättefint. Det hade känts roligt och motiverande att jobba så och vi vill ju liksom göra saker som är vettiga för våra patienter.”

– Läkare

2.2.4 Tidplan

Beslut om projektet skedde i januari 2024 och kickoff för projektgruppen var i mars. En pilotpatient vårdades enligt konceptet under juni-juli för att testa modellen. Den 16 september startade inkludering av alla patienter som kvalificerade under inklusionskriterierna. Piloten avslutades den 31 maj 2025. Målet var 10 patienter, dock med vetskap om att antalet kunde variera med tanke på satta inklusionskriterier.

Exempel på aktiviteter som genomfördes i förberedande syfte:

- **Omvärldsbevakning** Kontakt med andra sjukhus som använt liknande koncept. Forskning inom området. Rutiner, reglering och rekommendationer.
- **Processkartläggning av patientresan och workshop kring möjligheter och utmaningar** Genomgång av patientresan, nuvarande aktiviteter och arbetssätt, samt skapande av en ny patientresa utifrån egenvård i hemmet, se avsnitt 2.2.6. Detta genomfördes med stöd av tjänstedesigners på VGR:s innovationsplattform.

- **Utveckling av nya arbetssätt** Nytt PM skrevs utifrån det tänkta nya arbetssättet. En ny roll skapades: en barnmorska från mottagningen som ansvarar för regelbunden kontakt och uppföljning av patienter med egenmonitorering i hemmet.
- **Kompetensutveckling** Utveckling av nya arbetsmoment och utrustning. Simulering av patientresan i praktiken. Ökad kunskap om att driva innovation och förbättringsarbete för projektmedlemmarna.
- **Utrustning** Sökande efter CRP-utrustning för egenbruk i hemmet.

Exempel på aktiviteter som genomfördes under pilotstudien:

- **Lärande för patient och personal** Upplärning av patient i teknik för att genomföra egenmonitorering i hemmet. Kontinuerlig uppföljning av varje patientfall med agilt arbetssätt för att justera arbetssätt vid behov.
- **Kontakt med patient** Mottagningsbarnmorska följer patienten med distansmonitorering 3 gånger per vecka. Läkarkontakt var 14:e dag på sjukhuset.
- **Utrustning för egenmonitorering** Stora svårigheter att finna ett CRP-test för hemmabruk, vilket innebar att patienten fick göra CRP-kontroller på vårdcentral om det var närmast hemmet. I slutet av projektet testades ett självttest för egenbruk, men det visade sig ha låg tillförlitlighet och ej användbart för denna patientgrupp.

Exempel på aktiviteter som genomfördes efter pilotstudien:

- **Kontinuerlig datainsamling** Projektledare och medicinskt ansvariga läkare för projektet granskade samtliga journaler för de patienter som hade rätt diagnos för att potentiellt inkluderas i pilotstudien. Analys genomfördes för att klarlägga orsaker till varför vissa patienter ej ingått i pilotstudien.
- **Utvärderingsworkshop** Med stöd av VGR:s innovationsplattformen genomfördes en utvärderingsworkshop tillsammans med projektgruppen och representant från Chalmers.
- **Kvalitativ datainsamling** I samverkan med Chalmersdoktorand genomfördes kvalitativ utvärdering baserat på material insamlat vid patient- och personalintervjuer samt möten och workshoppar.
- **Utvärdering och uppföljning** Ovan insamlade datamängder låg till grund för uppföljningen beskriven i nästa kapitel av denna rapport, samt för forskning som bedrivs inom ramen för Sahlgrenska Hemma i samarbete med Chalmers.

2.2.5 Uppföljning och mätetal

Pilotstudien skulle följas upp på följande parametrar som valdes med hänvisning till deras relevans och datatillgång:

- Antal kontakter via telefon/digitalt
- Antal akutbesök
- Antal sparade vårddygn
- Antal patienter som får avbryta egenvård i hemmet för misstanke om infektion, Chorionamnionit

- Kostnad per vårdepisod
- Medelvårdtid (dygn)

Följande parametrar planerades inte att följas upp:

- Antal besök i hemmet
- Antal direktinläggningar
- Antal patienter med vårdskador/patientsäkerhetsmått
- Andel patienter som får vårdrelaterade infektioner
- Antal återinläggningar inom 30 dagar
- Tillgängliga slutenvårdsplatser (totalt både i sjukhus och i hemmet)

2.2.6 Processkartläggning

Standardvård har varit att patienter med vattenavgång före vecka 34 vårdas inneliggande på sjukhus fram till förlossning. Illustration av befintlig och ny process återfinns i appendix.

2.2.7 Riskanalys

Det fanns oro och visst motstånd från medarbetare att skriva hem dessa patienter till egenvård i hemmet. Ett beslut om riskanalys utifrån patientperspektivet togs. Riskanalys genomfördes inför projektstarten. I analysen identifieras fyra risker med riskpoäng över 6:

- Att patienten får allvarlig infektion i hemmet
- Kommunikationssvårigheter/språkbarriärer
- Att patienten inte får kontakt med sjukhuset vid behov av snabb kontakt
- Att patienten har lång resväg till sjukhuset

Dessa risker kan kraftigt minskas eller elimineras med noggranna inklusionskriterier, säkerställd kommunikation med patienten, tydlig patientinformation och tät digital kontakt med patienten i hemmet. Under dessa förutsättningar bedömdes riskerna vara låga och arbetssättet med vård i hemmet.

“Man tänker att det är så säkert på sjukhus och att det är ännu säkrare att vara på plats för man ser liksom katastrofen framför sig. Men det är så otroligt ... sällanhändelser, för de här [patienterna] som det är riktigt allvarligt med – som man tänker sig skulle kunna börja blöda snabbt – de ska vi ju inte skicka hem! Det är ju de som är kvar! Utan vi ska ju skicka hem de som inte egentligen har behov av så tät ... Där det är helt osannolikt att något ska hända. Men det betyder också att vi accepterar att något kan hända som är väldigt ovanligt.”

– Sjuksköterska

2.3 Uppföljning och utvärdering av pilotstudien

I detta avsnitt följer kvantitativ respektive kvalitativ uppföljning av pilotstudien.

2.3.1 Kvantitativ uppföljning

Under pilotperioden fick 43 patienter diagnosen PPRM före graviditetsvecka 34. Av dessa födde 42% inom 24 timmar, varför de inte inkluderades i pilotstudien. Av kvarvarande 26 patienterna bedömdes sex kvalificera sig för egenvård i hemmet.

Exempel på anledningar till att patienter inte kunde delta i pilotstudien:

- Förlossning inom 24 timmar (vanligaste orsaken).
- Patient överförs till annat sjukhus på grund av platssituation..
- Avvikande fosterläge.
- Feber och misstanke om infektion.
- CTG-påverkan.
- Osäkerhet hos personal kring det nya arbets sättet.

Patientvolymen för den valda patientgruppen blev lägre än förväntat, i första hand på grund av att färre än beräknat antal patienter hade tidig vattenavgång under pilotperioden. Missbedömningen beror på svårighet att få tillgång till tillförlitliga data. Det låga antalet patienter (sex patienter) bör tas i åtanke vid studie av nedan siffror:

- Antal kontakter via telefon/digitalt: 14 digitala möten. Behovet var 19, men fem polikliniska besök fick ske på akutmottagningen p.g.a. helgdagar då bemanning med barnmorska för de med vård i hemmet inte fanns tillgänglig. Fem telefonrådgivningar p.g.a. krånglande videoutrustning.
- Antal akutbesök: Ett akutbesök, som efter kontroll återgick till vård i hemmet.
- Antal sparade vård dygn: 48 vård dygn.
- Antal patienter som får avbryta egenvård i hemmet för misstanke om infektion: 0 st.
- Kostnad per vårdepisod: Ett vård dygn på SpecBB kostar 8 386 kr. Ett vård dygn i hemmet inkluderat, hyra CTG, CRP, videomöte och ultraljud var 14:e dag kostar 910 kr. Sammanlagt kostar 48 vård dygn 402 528 kr jämfört med 43 680 kr för vård i hemmet. Det innebär en besparing på 358 848 kr för sex patienter med PPRM.
- Medelvårdtid: 2–28 vård dygn

Analys

Den kvantitativa uppföljningen tyder på att PPRM Hemma är mer resurseffektivt än inlaggande vård, men eftersom antalet inkluderade patienter (sex) var för litet för att nå statistisk signifikans ska denna uppföljning enbart ses som ett illustrativt exempel.

Det kan exempelvis inte uteslutas att patienter som kvalificerade för PPRM Hemma hade mindre komplicerade och mindre resursintensiva förlopp, vilket vid en direkt jämförelse får PPRM Hemma att framstå i ett obefogat bättre ljus än inlaggande vård. Större studier med

fler patienter behövs för att på ett korrekt och nyanserat sätt kunna utvärdera vårdmodellens resurseffektivitet.

2.3.2 Kvalitativ uppföljning

Utvärderingsworkshop med personal

Efter pilotstudien genomförde projektgruppen en utvärderingsworkshop med stöd av VGR:s Innovationsplattformen. Även representant från Chalmers närvarade.

Gruppens övergripande slutsatser var som följer:

- **Nöjda patienter** Personalen uppfattar att patienterna har varit mycket nöjda.
- **Ansvarig barnmorska uppskattade nya arbetssätt** Arbetet som ansvarig barnmorska för de med egenvård i hemmet har varit intressant, stimulerande och meningsfullt.
- **Starkt personalengagemang** Engagemanget i gruppen har varit starkt och ses som en framgångsfaktor.
- **Arbetssättet bibehålls och vidareutvecklas** Arbetssättet upplevs som värdefullt och bör behållas och utvecklas vidare. Projektet ses som ett viktigt bidrag till Sahlgrenska hemma och stimulerar till frågor om vilka fler grupper som kan inkluderas.
- **Samarbetssvårigheter med andra vårdaktörer** Det har varit svårigheter i samarbetet med andra vårdaktörer såsom primärvården. CRP-test gick inte att köpa in så en lösning som prövades var att låta patienter mäta CRP på vårdcentral, men trots att gravida patienter har fri sjukvård har den inte kunnat ges inom Närhälsan. Patienter som tagit CRP på vårdcentralen har fått betala för det på grund av olika förvaltningar och ekonomiska system. Helger och stängda vårdcentraler försvårade också inkludering och patientflöde.
- **Viktigt med förberedelser men kostar tid och pengar** Projektet krävde mycket förberedelser, inklusive workshops och riktlinjer. Det var krävande men gav värdefulla insikter. Projektet har inneburit kostnader, särskilt för workshops med bred inkludering – vilket var viktigt för förankring och informationsspridning – och för administration. Produktion kontra tid för utveckling är en svår fråga.
- **Färre patienter än väntat** Färre patienter än väntat inkluderades, men de som deltog fungerade arbetssättet bra för.
- **Stöd för inköp av utrustning** CRP eller alternativa infektionsmarkörer behöver upphandlas ordentligt Stöd för inköp krävs.

Patientintervjuer

Under och efter pilotstudien genomförde representant från Chalmers intervjuer med fem av sex patienter som deltog i pilotstudien. Utfall av intervjuerna:

Tankar om vilka patienter som bör och inte bör vårdas i hemmet

- Patienterna betonade att diagnosens karaktär och behovet av medicinsk uppföljning bör avgöra om hemvård är lämplig. Vissa tillstånd kräver daglig provtagning eller avancerad övervakning.
- Förmåga att hantera utrustning, följa instruktioner och ha ett stabilt psykiskt mående är avgörande.
- Avståndet mellan hem och sjukhus kan inte vara för långt eftersom födseln ska ske på sjukhus och det kan gå fort när födslovärkarna startar.
- Patienten måste själv vilja vårdas hemma och ge sitt medgivande.
- Ett tryggt och lugnt hem, samt ett fungerande socialt nätverk, underlättar återhämtning efter för tidig vattenavgång. Ensamhet kan skapa otrygghet, men hemvård bör ändå erbjudas till den som önskar.

"Jag hade ju liksom någon som kunde ta emot mig när jag kommer hem [...] Men en som är ensam kanske känner sig tryggare på sjukhuset."

– Patient

Psykisk hälsa och trygghet

- Patienter i chock eller med psykisk belastning behöver extra stöd redan innan hemgång, till exempel för att kunna förstå information och fatta informerade beslut. Psykologiskt stöd bör inte enbart erbjudas i efterhand.

"Jag var i chock och liksom inte visste riktigt hur jag ska göra. Vem ska jag tänka på? Ska jag tänka på barnet i magen, ska tänka på barnet hemma, ska jag tänka på mig? Det kan ju hända mig någonting."

– Patient

- Trygghet skapas genom kontinuerlig kontakt och förståelse från vården. Överlag kändes sig patienterna trygga, även gällande utrustningen som de fick stöd med genom telefonrådgivning eller genom att åka in till sjukhuset om något krånglade.
- Otrygg hemmiljö kan påverka viljan och möjligheten att på ett säkert och tryggt sätt kommunicera med vårdpersonal. Personalen behöver vara uppmärksamma på att patienten har möjlighet att kommunicera fritt.
- Att vara hemma upplevdes som avlastande för både patient och familj, även om patienten inte kunde delta fullt ut i hushållssysslor.

Kommunikation och språkbarriärer

- Tydlig och korrekt information är avgörande för trygghet och delaktighet i den egna vården.

- Viktigt att personalen har tid att pedagogiskt gå igenom och visa utrustningen, samt att patienterna får öva innan de åker hem.
- Medicinska termer och information på främmande språk, även engelska, kan vara svårt att förstå.
- Appar med översättningsfunktioner kan vara ett stöd, men räcker inte alltid. Anhöriga kan ibland översätta, men det är inte alltid lämpligt av trygghets- eller andra skäl.
- Patienter som inte förstår informationen från vården kan börja söka på nätet, vilket kan leda till missförstånd.

"Some of the things, you can translate it, thanks to Google Translate. But sometimes even the translation is also like ... It doesn't give you the right translation sometimes and you don't really understand what it means. [...] So in order to get that kind of information, you have to read different kinds of things. Maybe you have to use Google or ChatGPT, you know, to understand it very well. [...] Maybe other patients are also like me. I was very curious on everything. I want to know everything and I want to be clear. So yeah, that was the issue."

– Patient

Tillgång till vård och kontaktvägar

- Möjlighet att snabbt nå vården är en grundläggande trygghetsfaktor. Patienterna uppskattade att kunna få hjälp direkt vid oro eller tekniska problem.
- Digitala möten fungerade väl, särskilt när det första mötet var fysiskt. Förbokade videosamtal upplevdes som enklare och tryggare än att behöva ringa själv.

"Jag träffade ju ändå båda [barnmorskorna] faktiskt fysiskt också. [...] Så att visst, det var ju lättare för mig sedan när jag träffade [barnmorska 1] de första gångerna på videosamtal, så var det absolut. [Barnmorska 2] hade jag ju inte träffat [fysiskt] första gången vi träffades [digitalt]. Men det var inte så att det kändes konstigt, utan 'den här personen träffar jag så här'. [...] Det är ju betydligt lättare, tänker jag, så här [på video] än i telefon för då kan man verkligen spinna på hur den här personen ser ut. Så här får man ändå, även om det inte går att ta på personen, så får man ändå man ser ansiktsuttryck och man ser liksom hur den här personen faktiskt ser ut. Så när jag väl träffade henne sen på plats så var det ju så här, 'ja, det är ju du, det är klart'."

– Patient

- Kontinuitet till kontaktpersoner skapade förtroende.
- Utrustning fungerade inte alltid som avsett, vilket kunde skapa oro hos patienten. Det handlade både om handhavandefel och andra orsaker. Det kändes tryggt för patienten att snabbt få komma till sjukhuset för att åtgärda problem. Det ingav även trygghet om utrustningen självt notifierade användaren om felanvändning.

"När jag tog blodprovet hemma visade det ett högt värde, vilket gjorde mig orolig. När jag kom till sjukhuset och tog om testet fick jag ett helt annat resultat."

– Patient

Samverkan med vårdcentraler

- Vårdcentraler nära hemmet möjliggjorde provtagning och kontroller som inte nödvändigtvis måste ske på sjukhus. Samverkan med vårdcentralen var emellertid ibland svår att få till. Patienterna var överlag nöjda, men noterade att ersättningssystemet krånglade och att det fanns en ovillighet från vårdcentralernas sida att avlasta sjukhuset.

"BB-teamet skulle komma hem och ta CRP på mig två gånger i veckan. Det uteblev. [...] Jag fick i stället åka till min vårdcentral och ta testerna måndagar och fredagar vilket absolut funkade jättebra. Jag har liksom 45 minuter till sjukhuset, men jag har ju tio minuter vårdcentralen liksom. [...] Dock blev det så att jag fick betala för mina prover. [Barnmorskan på sjukhuset] som jag hade kontakt med sa liksom att 'aha, det ska du inte behöva göra'. Men ja, det kostade 50 spänn för att det var en provtagning utanför deras [...] beställning. [...] Men det var inget jag tänkte på då utan ... Det hade kostat mig 50 kr i bensin att köra in till sjukhuset typ, så att lite så."

– Patient

"Det funkade, men jag fick övertala lite om varför jag skulle ... Vårdcentralen var lite så, 'varför ska du boka in tider för att komma hit? Varför kan inte Sahlgrenska ta de här proverna själva?' Lite den attityden var det när jag ringde och skulle boka in dom tiderna. Och det hade barnmorskan på sjukhuset varnat mig lite grann för. Att dom kan vara lite kinkiga på vårdcentralen. Men dom skrev någon slags remiss att 'det här skulle göras så att det skulle vara kostnadsfritt' så att det gick bra, men jag upplevde att vårdcentralen var lite så, 'varför ska vi behöva hjälpa till med det här?'."

– Patient

Personcentrering och delaktighet i vården

- Vård i hemmet kräver ett annat mindset och större ansvarstagande från patienten.
- Patienterna kände sig mer inkluderade i sin vård och upplevde ökad självständighet.

"Man får vara lite mer handlingskraftig och lite mer säker i sig själv om man ska vara hemma med sina grejer."

– Patient

Sammanfattande analys av personalen och patienternas reflektioner

Personal och patienter är överens om att vård i hemmet var en värdefull och uppskattad vårdform. Pilotstudien upplevdes som lyckad, även om både personal och patienter identifierade förbättringsområden. Personalen lyfte särskilt fram behovet av bättre samverkan med andra vårdaktörer och stöd för upphandling av utrustning, medan patienterna betonade vikten av tydlig information, trygghet och tillgång till vårdpersonal. Båda grupperna såg potential för vidareutveckling av arbetssättet.

2.4 Slutsats och nästa steg efter pilotstudien

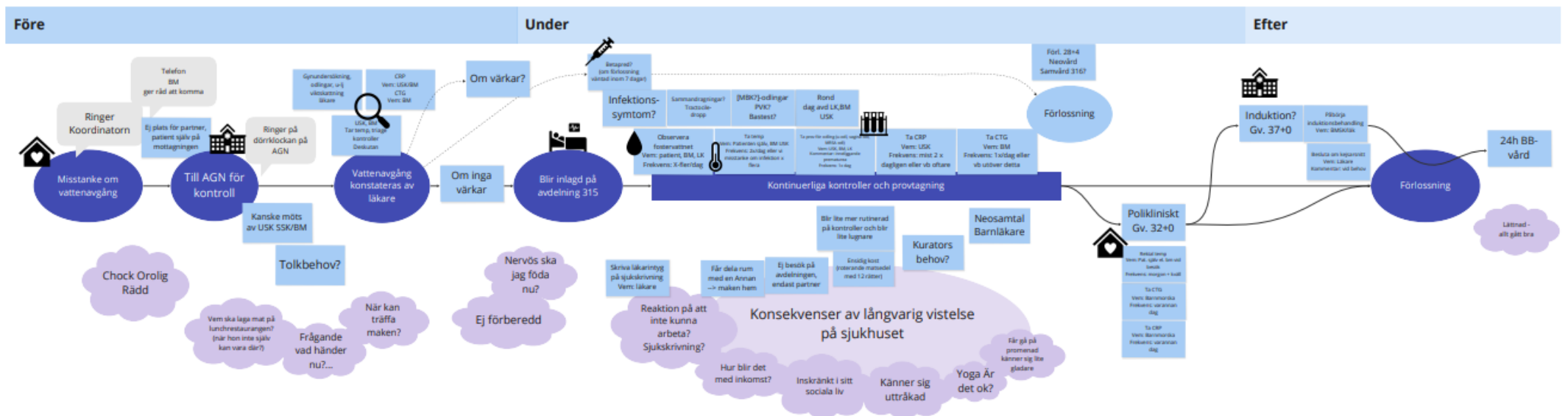
Pilotstudien har fallit väl ut och bedöms vara ett tryggt, fungerande och behövt vårdkoncept. Dock är det svårt att dra slutsatser kring patientsäkerhet då antalet patienter är litet. Obstetrikens ledningsgrupp har beslutat att fortsätta projektet ytterligare ett år med tanke på det begränsade patientunderlaget och utveckla arbetssättet samt fortsätta med ytterligare forskningsprojekt.

Man bedömde att rutiner, checklistor och arbetssätten som använts under piloten var väl fungerande. Det som saknats är CRP-provtagning i hemmet. Inget självtest med exakta värden finns tillgängligt. Inom ramen för projektet var egenmonitorering med distansvårdkontakter målet. Nya arbetssätt kommer att testas under kommande år. Samarbete har påbörjats med BB hemma. .

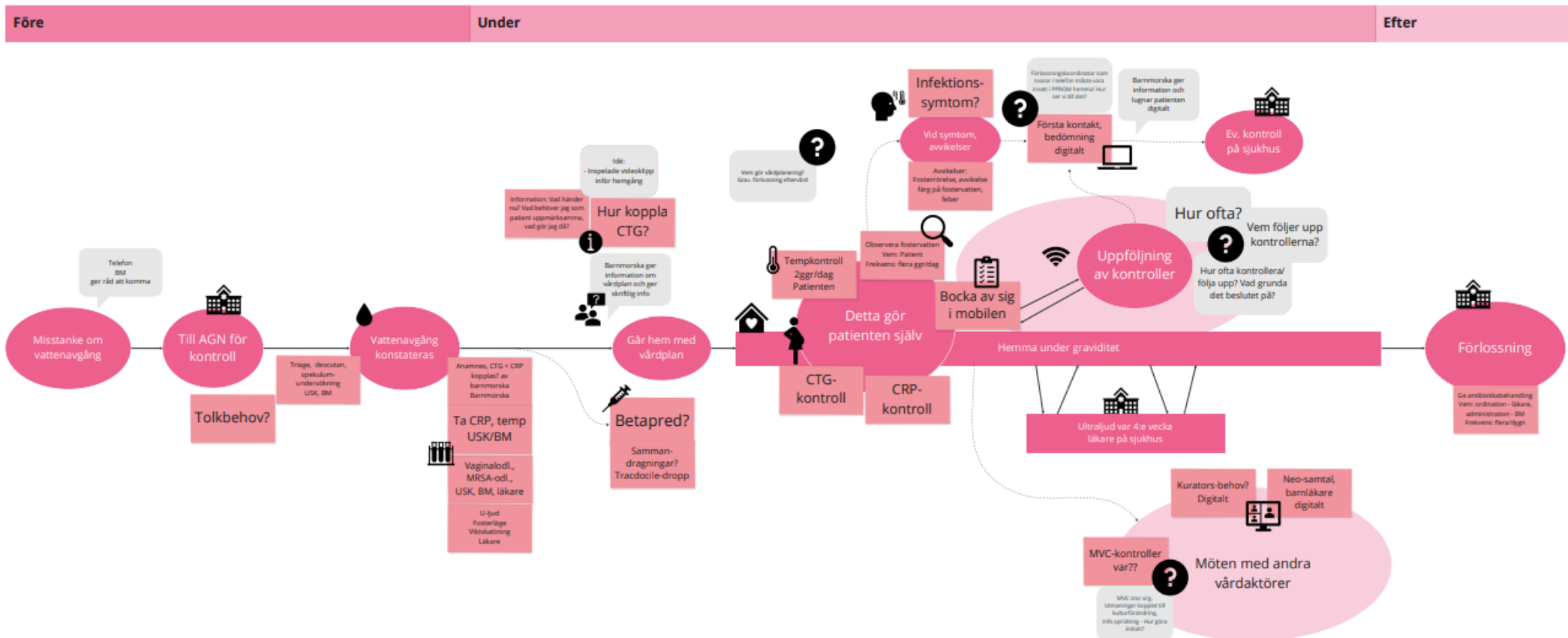
2.5 Appendix



Figur 2 Befintlig patientprocess PPRM med två spår: vattenavgång före respektive efter graviditetsvecka 34.



Figur 3 Befintlig patientresa PPROM med vattenvägg före vecka 34.



Figur 4 Ny patientresa PPROM med vattenavgång före vecka 34.

Case 3. Förstärkning av rättspsykiatrisk öppenvård – mobila team

Genomförande och utfall av pilotstudie ”förstärkning av
rättspsykiatrisk öppenvård – mobila team” på Rågårdens
rättspsykiatriska klinik inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2025

*Janela Le Guillarme, Josefine Larsson, Minerva Rex Sjöberg, Sofie Peters och Patrik
Alexandersson*

2025-09-15

Medtech  Health



3.1 Om denna rapport

Denna rapport innehåller en beskrivning av omständigheterna kring, och utfallet av, en pilotstudie av vårdformen *sjukhusvård i hemmet* i form av mobila team i öppenvården på Rågårdens rättspsykiatriska klinik på SU under 2025. Pilotstudien syftade till att utvärdera sjukhusvård i hemmet för en utvald patientgrupp på kliniken.

Rapporten är framtagen av Chalmers i samarbete med verksamhetens projektledare. Underlaget består av: utvärderingar och intervjuer med verksamhetens personal; patientenkät; intervju med en patient; samt kvantitativa data insamlade under pilotstudien.

Dokumentet inleds med en beskrivning av pilotstudiens förarbete. Därefter följer en uppföljning av dess utfall, och slutligen beskrivs slutsatser och nästa steg för verksamheten.

Sammanfattningsvis indikerade pilotstudien att den pilottestade vårdmodellen, förstärkning av öppenvården med mobila team, är ett fungerande och behövt vårdkoncept. Verksamheten kommer att starta upp ytterligare ett mobilt team, i enlighet med tidigare framtagen tidplan. Verksamhetens målsättning är att det kommer att ingå ca 40–50 patienter i varje mobilt team och att det kommer att göras 45–50 hembesök i månaden.

3.2 Inför pilotstudien

I detta avsnitt beskrivs det förarbete och de beslut som fattades inför pilotstudien.

3.2.1 Val av patientgrupp

Bedömningen av vilka patienter som skulle följas upp mobilt eller inte gjordes utifrån flera faktorer. Faktorer som var avgörande för att inte följas upp mobilt var:

- zypadhera-behandling (injektion där patienten behöver observeras i 3 timmar på sjukvårdsinrättning),
- risk för hot och våld,
- isoleringstendenser,
- patienter som var nära eller under pågående remiss till annan psykiatrisk mottagning.

Det gjordes även en individuell bedömning avseende lämplig uppföljning för varje patient. Patienter som hade önskemål om att fortsätta sin kontakt på mottagningen exkluderades.

"Vi brukar prata dels om isoleringstendenser. Är deras enda aktivitet i veckan att ta sig till rättspsykiatrin – och dom klarar det på egen hand – så vill vi inte se att dom isolerar sig ännu mer i hemmet. Och också åt andra hållet: ser vi att dom har potential att utvidga sig liksom rent, ja, men kanske ta sig till en aktivitet eller så, och att vi skulle kunna vara en stöttande faktor i det, då vill vi i stället se det som något positivt. Så det kan gå åt båda hållen."

– Koordinator

Ovanstående beskrivning av patientgruppen gäller den grupp som tillhör pilotstudien. Resterande patienter kommer att bedömas och tilldelas det andra mobila teamet i nästa fas av årsprojektet (se tidsplan).

3.2.2 Projektorganisation

Under 2024 äskade verksamheten pengar hos Operativa hälso-och sjukvårdsnämnden tillsammans med andra rättspsykiatriska klinker inom Västra Götalandsregionen för att kunna utöka verksamheternas arbete inom den rättspsykiatriska öppenvården (RPÖV). Pengar erhöles för att implementera mobila team samt utbilda boendepersonal om den rättspsykiatriska målgruppen och vården.

Inför implementeringen av mobila team i verksamheten skapades en referensgrupp bestående av representanter från varje profession med uppdrag att fungera som en rådgivande part i omställningsprocessen samt säkerställa att förändringsarbetet var förankrat i verksamheten. Professionernas roll i referensgruppen var att bidra med idéer, identifiera utmaningar och föreslå lösningar.

3.2.3 Förväntad nytta

Syfte och mål med pilotstudien var att minska antalet återinläggningar genom bland annat en större tillgänglighet, närmare relation med boenden och patienter samt en bredare akutberedskap. Genom en ökad personaltäthet ämnar man skapa en större flexibilitet, bredare

samverkan med externa parter och en bättre kontinuitet. Genom att möta upp patienten där den befinner sig erbjuds en nära och individanpassad vård.

De mobila teamen ska samverka både internt och externt. Internt sker en tidigare samverkan med slutenvården för att trygga övergången till öppenvården som ofta är en känslig fas för patienten. Därtill ska teamet ha en nära kontakt med övriga professioner som kan medfölja på hembesök.

Extern samverkan utgörs av en tät kontakt med boenden, socialtjänst, anhöriga och andra rehabiliterande instanser. Genom att erbjuda utbildningar till de boenden som ombesörjer rättspsykiatriska patienter, samt även boenden som i dagsläget inte gör det, är förhoppningen att en ökad kunskap och förståelse för patienternas behov och svårigheter ska erhållas. Därtill förmodas vi genom detta stärka vår relation till boenden samt få möjlighet att upptäcka behov.

”Det ser olika ut. Vi har dom personerna som bor i en boendeform som heter korttidsboende. Det kan ju vara lite mer som ett så gruppboende. Man kan ha ett rum. Ibland finns även lägenheter, men med mycket personaltäthet. [...] Huvudsaken är ändå att man ska kunna utreda någons behov och att just behovet av den typen av personalstöd ska vara kortvarigt. [...] Sen så har vi ju dom som har egna lägenheter som ser mer ut som, ja, en vanlig lägenhet helt enkelt. Ibland kopplat till boendestöd och så, men inte alltid.”

– Koordinator

3.2.4 Tidplan

Som nämnt i avsnitt 2.2. Pengar äskades under 2024 för att kunna utöka arbetet inom öppenvården, samt en referensgrupp utformades. Referensgruppen inledde sitt arbete i december 2024 med mötena utifrån olika teman i omställningsprocessen. Möten skedde två gånger månadsvis till och med juni 2025. Under processen skedde en kontinuerlig dialog mellan verksamhetsledning och referensgrupp.

I mars 2025 fördelades patienter till det första mobila teamet av sjuksköterskor och läkare i öppenvård och patienternas kuratorer erbjöds inkomma med synpunkter.

Verksamhetens förstärkning av öppenvården innehåller två olika parallella tidsplaner. Hela förstärkningen utgörs av ett årsprojekt (2025) som består av; omvärldsbevakning, rekrytering och introduktion av nya personal, pilotstudie med uppstart av ett mobilt team, full implementering av två mobila team samt utvärdering. Inom ramen för denna caserapport presenteras nedan tidsplanen för pilotstudien med uppstart av ett mobilt team och dess faser:

- **Fas 1: Förberedelse (31 mars – 20 april)** Fokus ligger på att definiera roller, arbetsrutiner, säkerställa nödvändigt material och utveckla en plan för hur utvärderingen ska genomföras. Under denna fas planeras dokumentationsmetoder och samarbete med externa aktörer.
- **Fas 2: Genomförande (21 april – 20 juni)** Detta är den operativa fasen där mobila teamet börjar genomföra hembesök enligt plan. Fokus är att följa de fastställda

rutinerna, samla in feedback, och justera arbetssätt baserat på den erfarenhet och data som samlas in under genomförandet.

- **Fas 3: Utvärdering (1 juni – 29 augusti)** Här sammanställs all data från pilotstudien, feedback från både interna och externa aktörer analyseras och en slutrapport tas fram. Målgrupp för rapporten är ledning och RPÖV, som ger rekommendationer för den vidare implementeringen.
- **Sommaren 2025** Planera boendutbildningarnas innehåll baserat på insamlad information. Utforma utbildningsmaterial. Planera in en första utbildning till HT-25.

3.2.5 Uppföljning och mätetal

Under perioden 21 april – 20 juni följdes pilotstudien upp på följande parametrar som valdes med hänvisning till att de går att jämföra med öppenvården i sin helhet under samma period, samt att de är relevanta och data finns tillgänglig för patientgruppen:

- Antal genomförda hembesök i öppenvård
- Antal genomförda hembesök i slutenvård
- Antal frivilliga inläggningar
- Antal avvikande hembesök
- Antal återintag
- Antal återinläggningar
- Antal patienter med vårdskador/patientsäkerhetsmått
- Antal patienter som får avbryta egenvård i hemmet av någon anledning

Följande parametrar planerades inte att följas upp:

- Medelvårdtid (dygn). Patienter under rättspsykiatrisk vård vistas på permission ute i samhället samtidigt som de juridiskt tillhör slutenvård, trots att patienten inte vistas i slutenvård. Därmed blir det svårt att beräkna exakt medelvårdtid och antal sparade vårddygn.
- Antal sparade vårddygn. Samma förklaring som för medelvårdtid ovan.
- Antal kontakter via telefon/digitalt. Inte relevant för patientgruppen.
- Kostnad per vårdepisod. Under pilotstudien har man genomfört akutbesök i syfte att försöka stävja återintag. Återintag är dock ett juridisk fattat beslut grundat i en psykiatrisk bedömning. Utifrån det rättspsykiatriska perspektivet går det därför inte att beräkna återintag som potentiellt eller hypotetiskt kunnat stävas.
- Tillgängliga slutenvårdsplatser (totalt både på sjukhus och i hemmet). Ej tillämpligt i pilotstudien då en mobil uppföljning inte utesluter en öppenvårdsuppföljning. Patienterna hade således inte blivit inlagda i slutenvård i frånvaro av en mobil uppföljning, utan då i stället besökt vår öppenvårdsmottagning.
- Antal akutbesök. Dessa är inbakade i “antal besök i hemmet”.
- Antal återinläggningar inom 30 dagar. Exakta siffror finns inte.

3.2.6 Riskanalys

Inledningsvis presenterades ett förslag på arbetssätt av ledningen i slutet av 2024. Utifrån detta förslag genomfördes en Konsekvens-och arbetsmiljöriskbedömning) där alla medarbetare inom öppenvården bjöds in. Olika riskområden identifierades och det togs fram förslag på hur dessa risker skulle arbetas med. Detta hanterades sedan på ledningsnivå och i referensgruppen.

Exempel på risker som identifierades var hur man skulle arbeta säkert vid hembesök. Andra rättspsykiatriska verksamheters rutiner samlades in och en rutin för hot-och våld vid hembesök upprättade för verksamheten.

”Alltså hot och våld liksom, vi har rutiner för det. Det som är att hot och våld i hemmet går inte att agera på samma sätt som hot och våld här [på Rågården] vilket gör att jag skulle vilja säga att risken för allvarligt våld är mycket högre i en hemmiljö. Alltså, det är ju svårt att veta vilket tillstånd du kommer till patienten till. Det kan ju liksom vara möjlighet till tillhyggen, alltså, såna saker blir också mycket större. För vissa patienter så är det ju en ganska laddad situation att ens rättspsykiatryters personal kommer. [...] Det finns vissa saker som inte går att förutspå. Det finns vissa saker som inte går att förebygga. Och det är väl det som är min stora farhåga.”

– Koordinator

3.3 Uppföljning och utvärdering av pilotstudien

I detta avsnitt följer kvantitativ respektive kvalitativ uppföljning av pilotstudien.

3.3.1 Kvantitativ uppföljning

Totalt bedömdes omkring 90 patienter varav cirka ca 55-60 fick en mobil- eller kombinationsuppföljning. Under början av projektet föll ett par bort medan vissa tillkom utifrån individuella behov. Därefter landade antalet på 55 patienter som fick mobil- eller kombinationsuppföljning under perioden 21 april – 20 juni.

- Totalt antal hembesök av mobila teamet under pilotperioden: 134 st.
 - Varav genomförda hembesök hos patienter som varit på permission från slutenvården som besöktes av öppenvården: 13 st.
 - Förkunskap: Hembesök i öppenvården utfördes i liten skala redan 2024 eftersom man redan då försökte möta behoven med de medel som fanns att tillgå före äskningen. 4 st hembesök gjordes i maj 2024, att jämföra med 73 st i maj 2025.
- Totalt antal frivilliga inläggningar i öppenvården: 3 st.
 - Varav frivilliga inläggningar av patienter som tillhört det mobila teamet: 0 st.
- Totalt antal beslut om återintagningar i öppenvården: 13 st.
 - Varav återintagningsbeslut gällande patienter som tillhört det mobila teamet: 7 st.
- Totalt antal avvikande hembesök, exempelvis för att läkemedel glömts på RPÖV, patient valt att komma till mottagningen i stället eller större förseningar/bristande tidsplanering: 11 st.
 - Varav 6 st. avvikande hembesök gjordes under de två första veckorna av pilotperioden.
- Antal patienter med vårdskador/patientsäkerhetsmått: 1 st.
- Antal patienter som får avbryta egenvård i hemmet av någon anledning: 2 st.

Under maj månad hade man under 2024 gjort 4 hembesök och under 2025 hade man i stället gjort 73 hembesök vad gäller hela öppenvården.

Analys

Den kvantitativa uppföljningen tyder på att användningen av mobila team för att förstärka den rättspsykiatriska öppenvården är ett fungerande arbetssätt. Även vården av patienter på permission från slutenvården kan förstärkas med hjälp av mobila team. Förekomsten av en registrerad vårdskada behöver utredas och lämpliga förebyggande åtgärder vidtas framgent.

Att återintagning av patienter är högre än noll (7 av 135 \approx 5 %) är att vänta för den här typen av vårdform. Som jämförelse är återintagningsgraden i sjukhusvård i hemmet för patienter med KOL omkring 25-30 %⁵. Fem procent är därmed en låg återintagningsgrad, vilket skulle kunna tyda på att patienturvalet varit alltför konservativt. I sammanhanget kan det dock ses som en eftergift att försiktighetsprincipen tillämpats under piloten, samt att den aktuella patientgruppen har en särskild riskprofil som inte bara omfattar patienten själv utan även dennes omgivning.

3.3.2 Kvalitativ uppföljning

Patientenkät

Under maj och juni månad 2025 genomfördes en mindre patientenkät. Denna uppmuntrades patienter att fylla i under hembesök. Enkäten fylldes i digitalt och personal i det mobila teamet stöttade patienterna med det praktiska ifyllandet. Totalt 13 patienter fyllde i enkäten.

- På frågan “hur tycker du att det mobila teamet har fungerat?” på skalan 1-10 svarade majoriteten 10, varav 3 personer svarade 6 vilket var den lägsta siffran på svaren.
- På frågan “har dina förväntningar på det mobila teamet uppfyllts?” på skalan mellan ‘inte alls’ och ‘helt och hållet’ svarade majoriteten (7) helt och hållet. 4 patienter svarade ‘delvis’ och ingen svarade ‘inte alls’ eller ‘lite’.
- Patienterna bads därtill att beskriva vad som fungerar bra/mindre samt uppge om de hade några tankar på hur det mobila teamet kunde förbättra sitt arbete. Det som uppgavs fungera bra var framför allt att patienterna uppskattade att personal kommer till hemmet och att patienterna inte behöver åka till mottagningen. Det framkom inte många förbättringsförslag, men det som framkom var en önskan om att personal ska komma i tid.

”Jag ser också responsen från både boenden och patienter som tycker att det är väldigt bra.”

– Kurator

Utvärderingar med personalen

Vid två tillfällen har enhetschef kallat till utvärdering i grupp inom det mobila teamet. Vid dessa tillfällen framkom bland annat tankar och förbättringsförslag om roller och ansvarsfördelning, körschemats utformning, arbetskläder, säkerhetsrutiner och behov av kontaktmannaskap. Vad gäller årsprojektet planeras en till utvärdering i slutet av 2025.

Intervjuer med personal

Efter pilotstudien genomförde representanter från Chalmers intervjuer med tre personer i projektgruppen. Dessa intervjuer ligger till grund för nedan sammanställning:

Tidigare erfarenheter av vården påverkar inställningen till vård i hemmet

⁵ Cecile M A Utens et al., “Early Assisted Discharge with Generic Community Nursing for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: Results of a Randomised Controlled Trial,” *BMJ Open* 2, no. 5 (2012): e001684, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001684>.

- Mottagningen kan upplevas som en påminnelse om tidigare negativa erfarenheter, medan hemmet kan upplevas som en tryggare miljö.
- Patienter med erfarenhet av tvångsvård eller sluten vård kan känna motstånd mot att ta emot vård, både i hemmet och på mottagning.

”Här [på Rågården] är det verkligen som en mottagning. Så du kommer in och du behöver också gå in genom den här inpasseringen. Flygplanskanningen liksom. Även fast du egentligen är en person som vistas ute i samhället. För det har med liksom hela skalskyddet att göra att alla som kommer in måste gå igenom där. Så då ska du återbesöka den platsen där du har varit inlagd i flera år. Gå igenom den inpasseringen, möta personal med larm och så vidare, sätta dig i ett rum. [...] Det är ju en väldigt stor påminnelse av en sluten vård man har lämnat. Men det säger ju [hemma-]patienter också att [...] ’Här kan ni se mig och mitt mig i mitt hem. Det här speglar mer av mig som person och här är jag mer bekväm att prata om saker och sådär.’ Men det är klart att alla kommer ju inte känna så.”

– Kurator

Personalens engagemang och delaktighet

- Delaktighet i utformning av arbetssätt och rutiner skapar förståelse, ansvarstagande och motivation.
- Förändringen har drivits med transparens och möjlighet till påverkan.

”Jag tror att hade det bara varit jag som suttit på min kammare i hela processen och bestämt olika saker och bara sagt ’nu ska ni göra det här’ så tror jag att [personalen] hade känt sig fränkopplade från allting. [...] Men de har varit med och format det. De har varit med och fördelat patienterna: vilken ska ingå i mobila team, vilken ska inte göra det. [...] De har också hört resonemangen till kring varför eller varför inte [vissa beslut fattats] och vet och förstår anledningarna.”

– Chef

Pilotstudiens lärdomar – att våga testa och justera

- Projektet präglas av ett "learning by doing"-förhållningssätt där man testar, utvärderar och justerar längs vägen.
- Det finns en öppenhet för att det kan bli fel – och att det är en del av lärandet.
- Det är viktigt att lära av andra, jämföra och se vad som kan fungera som inspiration och vad som kan kopieras rakt av.

*”Vi behöver också stå i att det kan bli fel.
Då får vi ta med oss det och göra det bättre liksom.”*

– Kurator

”Då har vi ju pratat med bland annat Malmö där dom alltid har jobbat med mobila team. Det verkar vara väldigt välfungerande. [...] Och sen så har vi pratat med [rättspsykiatriska kliniken på Regionsjukhuset] Karsudden ganska nyligen. Men dom har ingen öppen vård, så där är det ju jättestor skillnad ur rättspsykiatrisk synpunkt. Sen har dom Helix i Stockholm.

Där tror jag inte att dom har mobila team har jag förstått det som, utan att dom har en mottagning men som också är kombinerad med LR. Så att vi har ju lite koll på hur man jobbar på andra ställen.”

– Koordinator

Datadriven uppföljning och utvärdering

- Uppföljning sker både kvalitativt och kvantitativt, med fokus på att visa effekt och förståelse för vad som fungerar.
- Mätetal kopplas till verksamhetens mål samt forskning.

”Vi har ju en egen forskningsenhet. [...] De har varit med när vi har kollat på mål och mätetal. [...] Där tog vi också med controller och ekonomi som i samband med det kollar då på hur vi ska mäta produktivitet. [...] Vi var så här: alla mål som tas fram ska ha en koppling till verksamheten, till oss på just öppenvården eller forskningen. Finns ingen koppling till någon av de här, då finns det ingen anledning till att vi mäter det. [...] Och sen ska vi också försöka mäta våra återinläggningar. Orsaken till dem, varför de har återfallit i brott, gjort ett nytt brott. Är det att dom har försämrat psykiskt? Är det att de har blivit av med sitt boende?”

– Chef

Intervju med patient

Efter pilotstudien genomförde representant från Chalmers intervju med en patient som deltog i pilotstudien och som var villig att ställa upp på intervju. Utfall av intervjun:

Upplevelse av vård i hemmet

- Vård i hemmet via mobila team gör det lättare att hålla tider och undvika kostnader för resor till mottagningen.
- Föredrar hemvård framför sjukhusvård, särskilt eftersom det möjliggör att stanna hemma.
- Upplever att det känns enklare att ha goda diskussioner i hemmiljö.
- Ser positivt på att personalen får inblick i hur han har det hemma.

”De får se hur jag har det, att jag sköter mig. Att det är städat hemma.”

– Patient

Förutsättningar för trygg och bra vård i hemmet

- Har inga farhågor kring vårdformen överlag.
- Trygghet skapas genom att patienten känner igen den personal som kommer hem.
- Gissar att vissa patienter kan känna obehag av att ha vårdpersonal i sitt hem, vilket kan påverka viljan att ta emot vård i hemmet.
- Uppskattar att personalen bär civila kläder vid hembesök.

Sammanfattande analys av personalen och patienternas reflektioner

Patienter och personal är överens om att vård i hemmet via mobila team är en uppskattad och fungerande vårdform. Patientenkäten visade medelhöga till höga betyg för teamets insats, och majoriteten av patienterna upplevde att deras förväntningar uppfyllts. Patienterna lyfte särskilt fram värdet av att slippa resa till mottagningen och att få vård i sin hemmiljö, vilket upplevdes som tryggt och personligt.

Personalens utvärderingar och intervjuer betonade vikten av tydliga roller, säkerhetsrutiner och delaktighet i utformningen av arbetssätt. Både patienter och personal såg fördelar med civila kläder vid hembesök och att vården sker i en miljö där patienten känner sig bekväm. Projektet präglas av ett lärande förhållningssätt där misstag ses som en del av utvecklingen, och det finns en tydlig ambition att följa upp insatserna både kvalitativt och kvantitativt. Båda grupperna ser potential för vidareutveckling och fördjupning av arbetssättet.

3.4 Slutsats och nästa steg efter pilotstudien

En implementering av mobila team i verksamheten beslutades under hösten 2024 efter att äskning om pengar beviljats. Därmed har pilotstudien inte ämnat att testa om man ska genomföra arbetssättet. Pilotmodellen har syftat till att testa teoretisk planering i praktiken. Formen av ett pilotstudie har därtill underlättat möjligheten att löpande kunna upptäcka, inhämta och utföra justeringar.

Man har kunnat genomföra hembesök enligt den planering som gjorts, med undantag av vissa praktiska svårigheter såsom trafikstörningar, behov av justering i intervall utifrån läkemedelsbehandling samt psykiatriska försämringar och återinläggningar. Utöver att man håller på att implementera ett nytt arbetssätt inom verksamheten har man även rekryterat och anställt 10 nya medarbetare. Under projektets gång har man därför reflekterat kring hur dessa förutsättningar kan innebära utmaningar. En stor förändringsprocess, menar man, är alltid en påfrestning för en verksamhet, framför allt i det inledande skedet. För att hantera detta har man haft en närvarande chef, genomfört speglingar och handledning i grupp samt vid behov sammankallat till avstämningar.

Nästa steg efter pilotstudien är att starta upp ett andra mobilt team. Målsättningen är att det kommer att ingå 40–50 patienter i varje mobilt team och att man kommer att göra 45–50 hembesök i månaden.

Case 4. Närsjukvård hemma

Beskrivning av närsjukvårdsteamets arbete med uppbyggnad av
vårdmodellen *Närsjukvård hemma*

Markus Jonebrant, Peter Hällgren Nordhage och Sofie Peters

2025-11-10

Medtech  Health



4.1 Om denna rapport

Denna rapport beskriver arbetet som utförts av Närsjukvårdsteam Östra vid verksamhet Medicin, geriatrik och akutmottagning Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i samband med uppbyggnaden av vårdmodellen Närsjukvård hemma.

Rapporten beskriver arbetet som utförts vid enheten i samband med utformning av den nya vårdmodellen Närsjukvård hemma och presenterar nuläge, lärdomar och framtida utvecklingsmöjligheter.

4.2 Inför pilotstudien

Sahlgrenska hemma är en samlad strategi för att flytta specialiserad vård från sjukhuset till hemmet med hjälp av nya arbetssätt, tekniska och digitala lösningar. Inom strategin finns väl differentierade vårdmodeller, där en uttalad ambition är att testa och utveckla den internationellt beprövade vårdmodellen Hospital at Home på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Satsningen är en del av programmet Sahlgrenska 6.0, som syftar till att utveckla framtidens sjukhus med fokus på kvalitet, kapacitet och innovation. Arbetet bygger på en omfattande förstudie där nuläge, möjligheter och hinder analyserats, och drivs i nära samverkan med bland andra Chalmers, innovationsplattformen, kommunal primärvård och nordiska universitetssjukhus.⁶

Närsjukvårdsteamet inom SU har utvecklats till en viktig del i sjukhusets arbete med att motverka undvikbar akut- och slutenvård. Teamet har i huvudsak tidigare fokuserat på kortare kontakter med ett fåtal besök, och fungerat som brygga mellan vårdnivåer och vårdgivare. Som en del i arbetet att kunna erbjuda insatser i hemmet som tidigare krävt slutenvård, formades vårdmodellen Närsjukvård hemma.

4.2.1 Val av patientgrupp

Närsjukvårdsteamet fattade tidigt beslutet att inte upprätta strikta kriterier för inklusion i Närsjukvård hemma. Med inspiration från bland annat Skånes Universitetssjukhus⁷ bestämdes att patienter som bedöms vara aktuella för Närsjukvård hemma är alla patienter med behov som tidigare endast har kunnat tillgodoses i slutenvård, förutsatt att följande kriterier är uppfyllda:

1. Patienten vill vårdas i hemmet
2. Insats, behandling och bedömning kan ske säkert i hemmet
3. Det bedöms vara till nytta för patienten att vårdas i hemmet

Mot bakgrund av det begränsade forskningsläget avseende Hospital at Home i svensk kontext, utgick Närsjukvårdsteamet från sina erfarenheter av att stegvis ha expanderat verksamheten med specialiserad vård i hemmet.

4.2.2 Projektorganisation

Arbetet utfördes inom ramen för enhetens ordinarie organisation. Några särskilt utsedda medarbetare omhändertog praktiska frågor som uppstod under vårdmodellens uppstart och löpande under arbetets gång.

⁶ Sahlgrenska Universitetssjukhuset

⁷ SUS Malmö, Sjukhus hemma

4.2.3 Förväntad nytta

Vårdmodellen förväntas bidra med nytta för:

- Patient: genom att möjliggöra att vissa behandlingar och åtgärder kan erbjudas i hemmet, minska risken för till exempel vårdrelaterade infektioner, tryggheten att vara kvar hemma bibehålls och förutsättningarna att delta i ordinarie vardagsaktiviteter förbättras.
- Sjukhus: utveckling av Närsjukvård hemma och liknande modeller förbättrar förutsättningarna att nyttja sjukhusvårdplatser till de patienter som har störst behov. Genom att vissa patienter kan erbjudas behandling i hemmet minskar risken för till exempel överbeläggningar.
- Hälso- och sjukvårdssystem: ökning av specialiserad vård i hemmet har potential att ytterligare förbättra samarbete och samverkan mellan den specialiserade vården och primärvård på kommunal och regional nivå. Genom att fler kompetenser finns närmare patienten förbättras möjligheterna för överföring och utbyte av kompetens och erfarenheter.

4.2.4 Tidplan

Närsjukvård hemma startade i september 2024 och är under pågående uppbyggnad.

4.2.5 Uppföljning och mätetal

Vårdmodellen är utforskande och det föreligger ännu inte kunskap om vilka faktorer som karaktäriserar de patienter som har störst nytta av den. För att jämföra med det tidigare enda alternativet, slutenvård, valdes följande parametrar för uppföljning:

1. Antal vårdade patienter
2. Antal besök per vårdtillfälle
3. Medelvårdtid i vårdmodellen (dygn)
4. Andel patienter som behövt slutenvård
5. Uppskattad kostnad per vårdepisod
6. Antal avvikelser för vårdtillfällen i vårdmodellen

4.2.6 Processkartläggning

Patienter som inkluderats i Närsjukvård hemma följer väsentligen samma kontaktvägar som är etablerade för Närsjukvårdsteam. Vårdförloppet illustreras schematiskt i nedan figur.



Figur 5 Schematisk illustration av vårdförloppet.

När kontakt tas med Närsjukvårdsteamet om inskrivning i Närsjukvård hemma gör teamet en helhetsbedömning om vårdmodellen kan erbjudas patienten. Beroende på kontaktväg kan inskrivningssamtal genomföras på akutmottagning, vårdavdelning eller i hemmet. I samband med inskrivning i Närsjukvård hemma upprättas en vårdplan för vårdtillfället. Patienten får nummer till telefon som bemannas av sjuksköterska dygnet runt, dagtid av Närsjukvårdsteamet och jourtid av MAVA (Medicinsk AkutVårdsAvdelning). I de fall patienten har insatser via kommunal primärvård finns vid behov möjlighet till direktkontakt med läkare på sjukhuset via telefon.

4.3 Uppföljning och utvärdering

4.3.1 Kvantitativ uppföljning

Under perioden september 2024 till oktober 2025 vårdades 277 patienter under 300 vårdtillfällen i Närsjukvård hemma. 42 % av patienterna (116) var kvinnor och 58 % (161) män. Patienternas ålder har uppvisat stor spridning (20-104), medelålder var 74,6 år. Medelvårdtid i vårdmodellen var 5,6 dygn men varierade mellan <1 och 26 dygn. Kvantitativt var målet för 2025 att skapa möjlighet att omhänderta 20 patienter parallellt i vårdmodellen, vilket nåddes i september 2025.

Orsak till inskrivning i Närsjukvård hemma uppvisar stora likheter med de patientgrupper som Närsjukvårdsteamet i vanliga fall kommer i kontakt med. Närmare två tredjedelar av utförda vårdtillfällen hade inskrivningsorsak infektion (190 st., 63 %) följt av hjärtsvikt (65 st., 22 %).

Blodtransfusion var huvudsaklig orsak i 13 fall (4 %). Syrgastillförsel via koncentrator har varit en vanlig åtgärd vid flera vårdtillfällen, åtta patienter (3 %) hade detta som huvudsakligt behov. Andra diagnoser i 27 fall (9 %) vilket också svarar väl mot bredden i förfrågningar som ställs till Närsjukvårdsteamet.

Huvudsakliga kontaktvägar för vårdade patienter var:

1. Eget initiativ av Närsjukvårdsteamet: 46 % (137)
2. Vårdavdelning: 36 % (109)
3. Akutmottagning: 10 % (30)
4. Specialistmottagning: 7 % (22)

I 18 % av fallen (54 st.) behövde patienten skrivas in i slutenvård. Orsaken till detta varierade och underlaget har varit för litet för att möjliggöra identifiering av avgörande faktorer. Inga rapporter om fördröjning av vård eller behandling föreligger, tvärtom kan bedömning av Närsjukvårdsteamet ha bidragit till snabbare planering och åtgärd. Det är vanligt förekommande att de patienter som är skörast bedöms ha störst nytta av att vårdas i hemmet. Vidare forskning krävs för att utröna vilka faktorer som är viktigast att beakta gällande Närsjukvård hemma för att erbjuda mesta möjliga personcentrerad av vården i kombination med bästa möjliga patientsäkerhet och minsta möjliga mängd vårdinsatser med liten eller ingen nytta.

I genomsnitt hade patienter i vårdmodellen 3,7 besök per individ. Ekonomisk analys av specialiserad vård i hemmet är komplicerad då besparingar och kostnader kan uppstå på andra platser i kedjan än hos den utförande enheten. Nyligen genomförd HTA-analys⁸ bekräftar också svårigheten att genomföra ekonomisk analys, givet det kunskapsunderlag som finns idag.

⁸ Bengtsson M, Aghamn E, Bergh C, Carlsson Y, Ekelund A, Eneljung T, Freytag L, Gyberg A, Hellström A, Holmberg Y, Peters S, Scharenberg C, Svanberg T, Terins E, Khan J och Wartenberg C. Benefits and risks of hospital at home compared to in-hospital care according to current Swedish healthcare routine [Fördelar och risker med sjukhusvård i hemmet jämfört med ineliggande vård enligt nuvarande vårdrutin i Sverige]. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTAcentrum: 2025. Regional activity based HTA 2025:143

Även om samarbete och samverkan mellan utförare av hälso- och sjukvård är centralt för patienten och en ledstjärna i Närsjukvårdsteamens arbete, så har den absoluta merparten av vårdtillfällen inom Närsjukvård hemma kunnat genomföras utan förändrade insatser från till exempel socialtjänst eller primärvård. En översiktlig kostnadsjämförelse med slutenvård inom samma verksamhetsområde som Närsjukvårdsteam Östra kan göras som fingervisning:

	Slutenvård	Närsjukvård hemma
Kostnad per hembesök, kr		2 800
Kostnad per vård dygn, kr	10 500	
Antal kontakter per vårdtillfälle, hembesök (inkl. telefon)		3,7 (3,9)
Medelvårdtid, dygn	4,9	5,4
<hr/>		
Kostnad per vårdtillfälle	51 450	10 920

4.3.2 Kvalitativ uppföljning

Patientintervju

Representant från Chalmers genomförde intervju med en patient som mottagit vård genom närsjukvårdsteamet. Utfall av intervjun:

Upplevelse av vård i hemmet

Patienten upplevde vården i hemmet som trygg, ordnad och likvärdig med slutenvård. Hen beskrev att personalen höll tider och var kompetent. Patienten såg fördelar med att få vård hemma jämfört med på sjukhus, exempelvis ökad normalitet och tillgång till egna saker.

“Det är jättebra att dom kommer den tiden dom säger att dom kommer, mellan tio och elva så kommer dom. Det är mer ordning än vad det är på sjukhusen. Dom är jätteduktiga.”

– Patient

Hantering av medicinteknik

Patienten hade en antibiotikapump. Hen upplevde att tekniken var enkel att hantera. Hen hade tillit till vårdpersonalen och läkarnas bedömningar.

“Det är ju bara en liten låda... Och så sköter den sig själv. Och så kommer dom och byter den på morgonen. Jag behövde inte göra nåt med den.”

– Patient

Syn på framtiden och patientrollen

Patienten trodde att sjukhusvård i hemmet skulle bli vanligare och upplevde det som något positivt, förutsatt att det anpassas till respektive patients tillstånd och förmåga. Patienten ansåg även att vård i hemmet minskade risken för oro och smitta som ibland kan upplevas på sjukhus.

”Det måste ju bero på hur allvarligt det är. Kan man klara sig till exempel med hygien och alltihopa, då tycker jag man ska vara hemma. Då behöver man ju inte belasta sjukvården och så. Men är det så att man inte klarar av dom bitarna eller har bekanta som kan hjälpa, då ska man ju vara på sjukhus.”

– Patient

Utmaningar och lärdomar baserat på Östra-teamets upplevelser

Vårdmodellen Närsjukvård hemma startades på Östra sjukhuset inom ramen för Närsjukvårdsteamets befintliga arbete. Sedan första patienten skrevs in i vårdmodellen i september 2024 har ett antal utmaningar identifierats. Historiskt har vårdmodell Närsjukvårdsteam framgångsrikt vuxit organiskt med stor öppenhet för att utforska nya kontaktvägar, patientgrupper och arbetssätt. Samma utgångspunkt valdes vid uppstart av Närsjukvård hemma, men en oväntat negativ effekt har varit en upplevelse bland läkare och sjuksköterskor av avsaknad av tydliga inklusionskriterier och tydlighet i vilken vårdmodell som är lämplig för vilken patient. Detta har emellanåt skapat förvirring i arbetsgruppen och är en viktig del i det kommande utvecklingsarbetet. Samtidigt har den öppna och utforskande inställningen bidragit till att fler patientgrupper från olika kontaktvägar kunnat tas omhand inom vårdmodellen.

Logistiska utmaningar som följd av att vårdmodellen är ny har uppstått. Som exempel har intravenös antibiotikabehandling via elastomerisk pump blivit en av de vanligaste åtgärderna inom Närsjukvård hemma, men logistiken kopplad till beställning, leverans, svinnhantering med mera har krävt en stor arbetsinsats.

På strategisk och sjukhusövergripande nivå har det varit svårt att nå ut med information om vad vårdmodellen innebär. Det är en återkommande utmaning att kommunicera vilka insatser som kan erbjudas i hemmet och vad specialiserad vård i hemmet innebär i ett bredare perspektiv, något som också försvåras av kontinuerligt ökande möjligheter att erbjuda avancerad vård utanför sjukhuset. Komplexiteten i sjukvårdssystemet i en storstad bidrar ytterligare till denna svårighet, vilket har lett till att tillgänglighet till vårdmodellen ännu inte är jämnt fördelad över sjukhusets upptagningsområde.

Detta innebär att vårdkedjan ännu inte är fullt effektiv då lämpliga patienter identifieras senare än önskat, likväl att vissa patienter som skulle kunnat erbjudas vård inom modellen istället skrivs in i slutenvård.

Operativt har enheten identifierat utmaningar med att en ny vårdmodell också leder till nya behov avseende exempelvis dokumentation, bokningsrutiner, arbetssätt kopplat till vårdplan,

insättning av läkemedel med mera. I samband med utformning av nya rutiner följer också en utmaning att sprida dessa och uppnå följsamhet. Detsamma gäller vid introduktion av nya medarbetare genom att exempelvis journaldokumentation kan ha olika omfattning beroende på vårdmodell.

Flera lärdomar har framkommit under processens gång. Arbetet hade underlättats om tid hade avsatts i större utsträckning för arbete med rutiner, beskrivningar med mera. Tydligare arbetsbeskrivning och klargjorda roller hade underlättat genomförandet, särskilt i kommunikation med intressenter utanför enheten. I och med att Närsjukvård hemma är en ny vårdmodell inom sjukhuset, och Hospital at Home i allmänhet är en förhållandevis ny företeelse i svensk sjukvård, finns svårigheter att identifiera relevanta nyckeltal. Sådana hade emellertid underlättat införande och kalibrering av vårdmodellen. Forskning på området i en svensk kontext är också begränsad. En lärdom är att framgent prioritera att välja ett antal nyckeltal som följs kontinuerligt samt att möjliggöra tätare dialog inom enheten om vårdmodellen och med intressenter och uppdragsgivare i organisationen.

Positiva återkopplingar har också blivit tydliga sedan uppstart av Närsjukvård hemma. Flera patienter har uttryckt uppskattning över möjligheten att få vård i hemmet. Dessutom har det blivit tydligt att det arbete teamet gör uppfattas som framstående, och enheten anses ligga i framkant när det gäller sjukhusvård i hemmet. Många aktörer har visat intresse för att lära sig mer om enhetens arbetssätt och har efterfrågat studiebesök för att ta del av erfarenheter. Intresset för att arbeta inom enheten har också ökat, vilket visat sig genom fler ansökningar på annonserade tjänster och stort intresse för hospitering.

Utmaningar och lärdomar baserat på Sahlgrenska-teamets upplevelser

Precis som på Östra sjukhuset utgick vårdmodellen Närsjukvård hemma utifrån befintlig struktur vid inklusion av den första patienten i mars 2025. En fördel är att det fanns god erfarenhet från Östra sjukhuset gällande lämpliga patientgrupper, arbets- och ansvarsstruktur och lämpliga åtgärder. Strukturen för arbete och ansvar hämtades direkt från Östra sjukhuset och modifierades i så liten utsträckning som möjligt för att passa arbetet på Sahlgrenska sjukhuset.

Utmaningar kring logistik har varit påtagliga även på Sahlgrenska sjukhuset, exempelvis gällande lagerhållning av de elastomeriska pumparna för intravenös antibiotika. Svinn av antibiotika som passerat utgångsdatum har inte kunnat undvikas, och fysisk lokal för antibiotikalager har inte varit möjlig i direkt anslutning till Närsjukvårdsteamets fasta arbetsplatser på sjukhuset. Kylförvaring av antibiotika har därför ordnats på akutmottagningen. Vidare har buffertförråd för syrgaskoncentratorer inte varit möjligt att ordna i direkt anslutning till Närsjukvårdsteamets lokaler på sjukhuset, utan förlagts i en annan byggnad på sjukhusområdet.

För att nå ut brett med information om vårdmodellen hölls i april månad en workshop gällande Närsjukvård hemma, där majoriteten av deltagarna var läkare inom akut-, medicinsk-, lungmedicinsk- och geriatrisk verksamhet samt sjuksköterskor och undersköterskor i

nyckelpositioner i dessa verksamheter och farmaceuter. De lärande momenten i denna workshop utgick från:

1. Inklusion av lämpliga patienter
2. Behandling med intravenös antibiotika i hemmet
3. Behandling med syrgas i hemmet under kortare tid via syrgaskoncentrator.

I workshopen deltog 44 medarbetare. Deltagandet var brett men läkare eller annan vårdpersonal från angränsande verksamhetsområden såsom Specialistmedicin eller Kardiologi var inte inbjudna vid detta tillfälle. För att sprida kunskaper om vårdmodellen och lämpliga patientgrupper krävs fler utbildande och informerande insatser av liknande slag i andra verksamheter, samt att man upprepar en workshop för de akutmedicinska enheterna för dem som inte hade möjlighet att delta.

Liksom på Östra sjukhuset har man uppfattat en hög grad av patientnöjdhet, men även ett ökat intresse för Närsjukvårdsteamens verksamhet, i och med uppstarten av konceptet Närsjukvård hemma. Utskrivande läkares attityd till möjligheten att skriva ut patienter från slutenvård till Närsjukvård hemma har upplevts positiv.

4.4 Slutsats och nästa steg efter pilotstudien

Möjligheten att erbjuda specialiserad vård i hemmet för patienter med behov av åtgärder som tidigare endast kunnat erbjudas i slutenvård har stor potential att ge stora fördelar för den enskilda patienten, sjukhusens möjligheter att erbjuda slutenvård till de med störst behov, och för samarbetet mellan utförare av hälso- och sjukvård runt patienten. Kunskapsläget kopplat till Hospital at Home i svensk sjukvård är ännu begränsat, men växande. Närsjukvårdsteamerna inom SU kommer att fortsätta sin verksamhet och ser med stor tillförsikt fram emot att fortsätta bidra i utformningen och utvecklingen för att erbjuda specialiserad vård i hemmet.

Case 5. Modell för sjukhusvård i hemmet vid avancerad hjärtsvikt

Genomförande och utfall av en del i projektet Sjukhusvård i hemmet vid avancerad hjärtsvikt, Västra Götalandsregionen i samverkan med Region Skåne 2024 – 2025

Rosanna Hansenäs, Johan Bergdahl, Kristina Ekman, Helen Sjöland.

2025-10-31

Medtech  Health



5.1 Om denna rapport

Detta projekt, Sjukhusvård i hemmet vid avancerad hjärtsvikt har inkluderats som ett lärande case, men utgör ett fristående projekt. Rapporten beskriver processen och metoderna vid utvecklingen av modellen och de lärdomar som erhållits under arbetet, och kommer ej att beröra det forskningsarbete och utveckling av prediktionsmodell som pågått parallellt.

Denna rapport är skriven av tjänstedesigner från Innovationsplattformen i VGR, tillsammans med ST-läkare inom geriatrik, projektägare och projektledare för projektet Sjukhusvård i hemmet vid avancerad hjärtsvikt. Underlaget består av: En workshopserie med en projektgrupp med bred representation av läkare och sjuksköterskor från verksamheter som berörs av patientgruppen inom primär, specialist- och kommunal hemsjukvård, en uppföljande workshop med läkare, samt intervjuer med patienter för input till modellen.

Dokumentet inleds med en beskrivning av projektets bakgrund och de förutsättningar som legat till grund för designen av vårdmodellen. Därefter följer en redogörelse för de aktiviteter som genomförts under design och utvecklingsarbetet, samt de lärdomar och insikter som samlats in från projektgruppen och patienter inom målgruppen.

Sammanfattningsvis visar design och utvecklingsarbetet hur viktigt det är att involvera relevanta aktörer från olika vårdnivåer tidigt i processen, med olika erfarenheter och kompetenser om målgruppen. Det möjliggör utformningen av en vårdmodell även för patientgrupper med komplexa vårdbehov och många inblandade parter. Även målgruppernas perspektiv och involvering viktiga redan i planeringsarbetet. Resultatet, ett utkast på vårdmodell som är väl genomarbetat och redo att testas och utvärderas.

5.2 Inför utveckling av modellen

I detta avsnitt beskrivs bakgrund, förutsättningar och det förarbete som gjordes inför design och utveckling av modell.

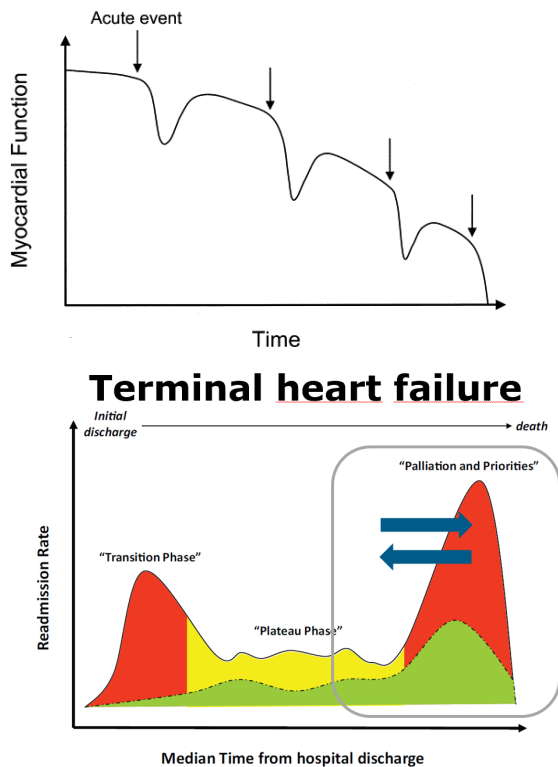
5.2.1 Bakgrund

Patienter med avancerad hjärtsvikt genomgår ofta upprepade sjukhusvistelser i slutskedet av livet, men kan potentiellt dra större nytta av vård i hemmet. Detta projekt syftade till att designa en modell för sjukhusvård i hemmet vid avancerad hjärtsvikt, med egenmonitorering och möjlighet till expertstöd dygnet runt.

5.2.2 Val av patientgrupp

Avancerad hjärtsvikt är en vanligt förekommande och resurskrävande diagnos inom hälso- och sjukvården. Det är den vanligaste orsaken till sjukhusinläggning inom internmedicinen och den tredje mest kostsamma diagnosen i Sverige. En betydande andel av dessa inläggningar sker i livets slutskede, då möjligheterna till behandling som påverkar sjukdomens förlopp är begränsade och vårdinsatserna i högre grad övergår till att lindra symtom och främja livskvalitet.

Patienter med avancerad hjärtsvikt genomgår ofta upprepade och långvariga sjukhusvistelser, särskilt under de sista månaderna i livet. Cirka 50 procent av inläggningarna sker inom två månader före död, vilket speglar ett ökat vårdbehov i slutskedet av livet (figur 1). Vårdförloppet är ofta både fysiskt och psykiskt påfrestande. Studier visar att patienter och närstående kan uppleva osäkerhet och oro, särskilt när beslut om vårdinsatser i hemmet måste fattas utan direkt stöd från vårdmedarbetare. Detta kan leda till en känsla av förlorad kontroll och minskad trygghet.



Desai, Circulation 2012

Figur 1. Till vänster: Försämring vid hjärtsvikt illustreras som "dippar" i hjärtfunktion över tid. Till höger: Översikt över livslång risk för återinläggning efter diagnos av hjärtsvikt, med en markant ökning av inläggningar under de sista 30–60 dagarna före död⁹.

Mot bakgrund av demografiska förändringar, med en växande andel äldre och multisjuka individer, förväntas behovet av alternativa och mer individanpassade vårdformer öka. Patienter med avancerad hjärtsvikt utgör därmed en särskilt sårbar grupp med komplexa vårdbehov, hög risk för återinläggning och ofta nedsatt funktionsförmåga.

5.2.3 Förväntad nytta

Syftet med projektet var att utveckla en individanpassad modell för sjukhusvård i hemmet för patienter med avancerad hjärtsvikt, där telemonitorering och tillgång till kardiologisk kompetens möjliggör ett strukturerat och proaktivt omhändertagande. Målet var att minska behovet av sjukhusvistelser genom att tidigt identifiera risk för återinläggning och död, baserat på data från elektroniska patientjournaler och kontinuerlig övervakning av vitalparametrar. Modellen utformades för att kunna implementeras inom befintliga vårdstrukturer och erbjuda dygnet-runt-stöd från hjärtsviktskompetens.

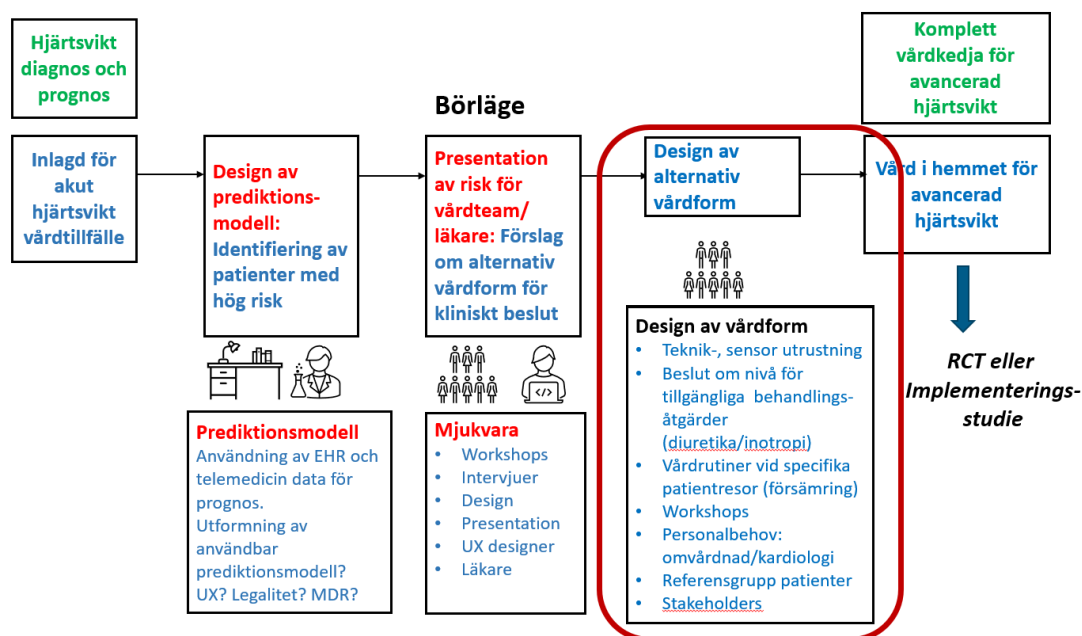
⁹ Källa: Desai, A. S., & Stevenson, L. W. (2012). Rehospitalization for heart failure: Predict or prevent? *Circulation*, 126(4), 501–506. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.112.125435>

Förväntad nytta identifierades enligt nedan:

- **Ur patientperspektiv:** Färre sjukhusvistelser, ökad trygghet i hemmet för både patient och anhöriga, förbättrad livskvalitet och tillgång till specialiststöd genom kontinuerlig övervakning.
- **Ur medarbetarperspektiv:** Tydligare vårdplaner, bättre samverkan mellan vårdnivåer och tryggare arbetsprocesser genom stöd av telemonitorering och specialistkompetens.
- **Ur samhällsperspektiv:** Minskad belastning på slutenvården, effektivare resursanvändning och potential för nationell implementering av en hållbar vårdmodell.

5.2.4 Projektorganisation

Projektets delar hänger ihop enligt figur 2, där den rödmarkerade kvadraten berör de delar som primärt beskrivs i denna rapport. Genomförandet av projektet samt tillsättandet av projektledare skedde på uppdrag av projektägaren. Samarbete etablerades mellan Västra Götalandsregionen och Region Skåne, och en projektgrupp med 14 representanter från olika delar av vården sattes samman. Gruppen inkluderade kompetens från specialist-, primär- och kommunal vård, med representation från kardiologi, internmedicin, geriatrik, egenmonitorering, närsjukvårdsteam, Sjukhus hemma Malmö och Lund, Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och hemsjukvård i både stad och skärgård. Både läkare och sjuksköterskor deltog. Planering och facilitering av upplägget för design av vårdmodellen leddes av tjänstedesigner från Innovationsplattformen i VGR och projektledare, med kontinuerlig input från projektägaren. En läkare svarade för inhämtning av patientperspektivet.



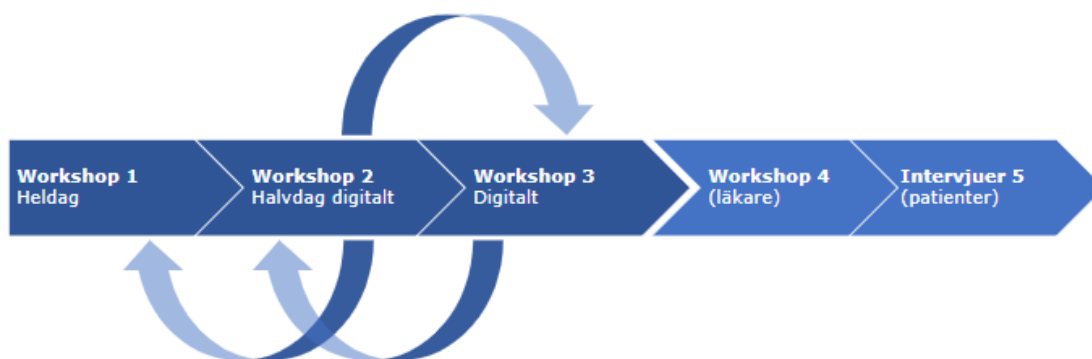
Figur 2. Översikt över projektets olika delar, från utvecklingen av en prediktionsmodell till det huvudsakliga fokuset för denna rapport – designen av en alternativ vårdform för patienter med avancerad hjärtsvikt

5.2.5 Tidplan

Under våren 2024 rekryterades styrgrupp, projektledare och tjänstedesigner. Därefter inleddes ett arbete med att etablera samverkan och kontakt med relevanta aktörer samt rekrytering till projektgrupp, som blev klar i maj.

I designfasen kartlades befintliga strukturer och nuvarande arbetssätt i syfte att definiera krav på medarbetare, organisation och kardiologiska insatser. Målet var att samskapa en vårdmodell anpassad för målgruppen, patienter med avancerad hjärtsvikt. Under andra och tredje kvartalet 2024 genomfördes tre workshops med projektgruppen, en fysisk och två digitala, samt en separat digital workshop med specialistläkare med fokus på medicinska frågor, riktlinjer och rutiner. Under andra kvartalet 2025 genomfördes patientintervjuer som underlag till vårdmodellen och den planerade implementeringsstudien.

Arbetet har följt en iterativ process (figur 3) där innehåll och upplägg för varje workshoptillfälle har planerats successivt utifrån de behov och frågor som uppkommit vid föregående tillfällen, och i linje med specificerade förutsättningarna och ramar för projektet.



Figur 3. Illustrationen beskriver design- och utvecklingsprocessens olika steg.

5.3 Design av modellen

I detta avsnitt beskrivs det systematiska design- och utvecklingsarbetet mer ingående, samt de aktiviteter som genomfördes under processens gång.

5.3.1 Förutsättningar

Utifrån den beskrivna bakgrunden och målgruppen specificerades följande förutsättningar att beakta i design och utvecklingsarbetet:



- Specialiserad vård i hemmet som ett alternativ till att vårdas på vårdavdelning
- Telemonitorering
- Tillgång till kardiologisk kompetens dygnet runt
- Modellen ska kunna implementeras i befintlig vårdstruktur

5.3.2 Workshop 1 – Nuläge och önskat läge

Under första workshoptillfället samlades projektgruppen fysiskt för en heldag. Förmiddagen ägnades åt att kartlägga nuläget, eftermiddagen fokuserade på att definiera ett önskat framtida läge.

Efter en presentationsrunda följde reflekterande frågor kring deltagarnas erfarenheter av hjärtsvikt, hemsjukvård och alternativa vårdformer, och arbete i grupper med beskrivning av den nuvarande patientresan samt identifiera utmaningar och förbättringsområden. Arbetet genomfördes med stöd av mallar innehållande en tidslinje, med frågeställningar och aktiviteter att fylla i (Figur 4).

Nulägesbild - patientresa

	Före/tidiga tecken	Inskrivning	Under/akutsjukvård 	Utskrivning	Återinskrivning vid försämring 	Efter, död?
Händelser/aktiviteter patienten går igenom?						
Vem interagerar med patienten?						
Kommunikationskanaler idag?						
Patientens upplevelser? (Tankar, känslor, behov?)						
Anhörigas upplevelser? (Tankar, känslor, behov)						
Medarbetarens upplevelser? (Tankar, känslor, behov)						
Övrigt att tänka på						

Instruktion:

- Två grupper(samma som innan)
- Utse en eller två sekreterare i gruppen
- Omgång 1: Hela patientresan fokus på de tre första områdena 15 min
- Omgång 2: resterande områden, 15 min

Figur 4. Översikt – mall för patientresa av nuläge.

Efter lunch följde två inspirationspass. Projektägaren presenterade det önskade läget utifrån projektets bakgrund och förutsättningar för design- och utvecklingsarbetet. Region Skåne bidrog med erfarenheter från sitt arbete med "Sjukhus hemma", vilket gav värdefulla perspektiv inför eftermiddagens övningar.

Gruppen arbetade vidare med att specificera inklusionskriterier för patienter med avancerad hjärtsvikt samt samskapa en framtida patientresa och vårdprocess för det önskade läget, enligt samma metodik som i nulägesövningen.

Workshopen följdes upp med en enkät till deltagarna med frågor om behov och trygghet kopplat till sjukhusvård i hemmet ur patienten, medarbetare och organisations- och systemperspektiv. Några återkommande behov som lyftes var:

- **För patienter:** Tillgång till någon att kontakta dygnet runt, erfarna och kompetenta medarbetare, samt tydliga instruktioner om vårdplan och uppföljning.
- **För medarbetare:** Möjlighet till snabba uppföljningar och akuta hembesök, tydliga instruktioner om vårdplan och uppföljning, tillgång till provsvar samma dag, enkel tillgång till specialistkompetens, trygghet i yrkesrollen samt stabila och användarvänliga system för att följa patientens hälsostatus.

- **För organisationen:** Effektiv användning av telemedicin och egenmonitorering, tydlig ansvarsfördelning mellan vårdnivåer, gemensamma vårdplaner, smidiga inläggningsvägar utan att gå via akuten, samt ett nationellt system för säkra videomöten och journalåtkomst.

Tjänstedesigner, tillsammans med projektledaren, genomförde en enkel mönsteranalys av det omfattande materialet som samlats in från grupperna i de olika övningarna. Materialet sammanställdes till ett första utkast av vårdmodellen. I detta utkast identifierades ett antal frågor och utvecklingsområden för det fortsatta arbetet. Sammanställningen skickades ut till projektgruppen för feedback.

5.3.3 Workshop 2 – Tydliggörande av vårdinsatser i patientens hem

Under det andra workshoptillfället samlades projektgruppen digitalt för en halvdag. Tillfället syftade till att fördjupa och vidareutveckla de insikter som framkommit under den första workshopen med fokus på två huvudteman.

Dagen inleddes med en presentationsrunda då några nya deltagare tillkommit, följt av en incheckningsövning. Därefter gav projektägarna en fördjupad presentation av projektets syfte och mål, samt av de delar utanför projektgruppen arbete som var viktiga att ha i åtanke som ett komplement till själva vårdmodellen.

Som inspiration presenterade två av deltagarna från projektgruppen sina perspektiv och erfarenhet av att arbeta i patientens hem. Man beskrev bland annat skillnaderna mellan att arbeta i hemmet jämfört med på sjukhus, samt belyste både fördelar och utmaningar. Efter presentationerna följde en gemensam reflektion kring detta.

Deltagarna delades därefter in i mindre grupper för att arbeta i separata digitala rum. Arbetet utgick från två teman:

Tema 1: När patienten får sjukhusvård i hemmet, hur arbetar vi då?

Grupperna arbetade i förberedda PowerPoint-mallar med fokus på att tydliggöra vilka

Behandling	Yrkesroll (ordination)	Yrkesroll (utförare)	Patient/anhörig (utförare)	Vårdnivå?	Kommentar/hur?
<i>Exempel:</i>					
Läkemedelsbehandling IV: Furix	Läkare el ssk med delegering	Ssk	Kanske?	Specialistvård Primärvård Kommunal sjukvård	Om patient har tydlig v.b. ordination så kan alla vårdnivåer ge detta
Prover/mätningar EM	Yrkesroll (ordination)	Yrkesroll (utförare)	Patient/anhörig (utförare)	Vårdnivå?	Kommentar/hur?

Instruktion:

- 3 grupper (olika fokus, prover/behandlingar) 15 min
- Utse en sekreterare som fyller i följande mall utifrån vad ni kommer fram till i gruppen
- Summering helgrupp-5 min/grupp berätta för varandra
- Tips! Tänk bortom de arbetsätt vi har idag, kanske behöver vi göra på andra sätt i hemmet!

behandlingar och prover som kan utföras i hemmet, samt vad som bör mätas genom egenmonitorering (figur 6). Resultaten summerades i helgrupp.

Figur 6. Mallarna för tema 1

Tema 2: När patienten behöver mer hjälp och inte klarar sig själv, hur gör vi då?

Tre frågeområden diskuterades i turordning (figur 7). Varje fråga behandlades först i mindre grupp och därefter i helgrupp där insikter och reflektioner delades. Denna process upprepades för samtliga tre områden.

- 1
 - Ska patienten vara inskriven på enhet för "Hemsjukvård för avancerad hjärtsvikt"?
 - Vem ska ha ansvaret? Hur delar man upp det rent praktiskt?
- 2
 - Vilken ska vara vägen in?
 - Vem är kontaktperson /konsultläkare /ssk med specifik uppgift och beslutsansvar?
inkl (rådgivning, hembesök/inskrivning i H@H tex)?
- 3
 - Hur kan vi strukturera kontakten mellan specialistvård-primärvård-hemsjukvård?

Figur 7. Frågeområden tema 2

Efter workshoptillfället sammanställdes materialet från grupparbetena. Genom de specificerade frågeställningarna kunde flera delar av den önskade modellen förtydligas, till exempel hur roller och ansvar skulle kunna fördelas.

5.3.4 Workshop 3 – Vårdplan och vårdövergångar

Workshopen inleddes med en genomgång av det material som sammanstälts från tidigare tillfällen. Projektägaren presenterade nuläget i projektet och gick igenom de delar av modellen som fortsatt behövde förtydligas. En avstämning gjordes med projektgruppen där deltagarna gavs möjlighet att komma med input och kommentarer kring modellens sista detaljer..

Därefter arbetade deltagarna i mindre grupper kring två frågeställningar. Materialet skickades ut via e-post till samtliga deltagare, och grupperna återkopplade sina svar och reflektioner genom att skicka tillbaka sina underlag.

Tema 1: Kontakt mellan specialistvård, primärvård och hemsjukvård

Grupperna diskuterade när och hur överlämning av patient sker mellan olika vårdnivåer, samt vilka gränsdragningar och riktlinjer som finns. Syftet med övningen var att skapa en gemensam förståelse för nuvarande arbetssätt, som grund inför nästa tema.

Tema 2: Vårdplan

I denna övning fick grupperna i uppdrag att ta fram ett utkast till en vårdplan för patienter med avancerad hjärtsvikt. De ombads identifiera relevanta sökord och kriterier som bör ingå

vilket tidigare hade lyfts som en viktig pusselbit för att modellen ska fungera i praktiken. Som stöd i övningen fick deltagarna exempel på liknande befintliga vårdplaner att utgå ifrån.

Efter workshopen sammanställdes materialet av tjänstedesigner, projektledare och projektägare, och ett gemensamt utkast på vårdplan togs fram (figur 9). I samband med detta beslutades att detta skulle bli det sista workshoptillfället med projektgruppen.

5.3.5 Workshop med läkare – medicinska frågor, rutiner och riktlinjer

Ett digitalt möte enbart med projektgruppens läkare genomfördes med projektledare och projektägare. En noggrann genomgång av modellens kärnpunkter stämdes av för att bekräfta att de inte krockade med några medicinska riktlinjer eller bedömdes medicinskt riskabla.

Inputen från mötet sammanställdes (figur 8).

Patient inskriven			
Specialistkonsult 24,	Dagtid Natttid		
Tydlig strukturerad	Efter individuell bedöi		
Planerad klinisk upp	Var 3:dje mån om stal Kan göras på distans/c		
Tydlig vårdplan	Funktionsbedömning Vårdbegränsningar Brvtanktsamtal. uoc		

Figur 8. Sammanställning av input från läkarmötet

5.3.6 Resultat – utkast på modell

Ett avslutande möte hölls där materialet inklusive utkast till vårdplan (figur 9) hade skickats ut i förväg för återkoppling från projektgruppen. Nästa steg i utvecklingsarbetet presenterades, att komplettera projektgruppens arbete med patient- och närståendeperspektivet.

Vårdenhet X	19 121212-1212 Patient Patientsson
2024-12-12 08:00	VÅRDPLAN
Personal Personalsson	
Plan senaste uppdaterad:	2025-01-16
Hälsoproblem:	Diagnos och symtom. Detaljer som <u>dysfasi</u> och kognitiv svikt
Funktionsnivå enl. NYHA-klass:	I-IV, standard vid hjärtsvikt
Normaltillstånd enl. WHO/ECOG	Ex. klarar inte fysiskt krävande aktiviteter, men är uppegående och i stånd till lättare arbete.
Indikation för hjärtsviktsvård i hemmet	Ex. Avancerad hjärtsvikt med palliativ inriktning där tillgängliga behandlingsalternativ kan erbjudas i hemmet.
Hälsomål:	Ex förhindra sjukhusinläggning, Bevara patients livskvalitet o möjliggöra boende hemma
Patientens önskemål:	Vill vårdas hemma? Vad är viktigt för patient?
Patientens resurser:	Delaktighet? Finns stöd från anhöriga? Vem talar för patienten om hen inte kan det själv?
Planerad behandling:	
Planering:	Specifika kontroller (blodtryck, puls, vikt, blodprov) och <u>lab</u> samt åtgärder vid avvikande värden. Åtgärder vid viktuppgång och sviktsymptom (<u>Furix p.o</u> eller <u>i.v</u>). Vilka värden är acceptabla? När ska patient in till sjukhus? Egenmonitorering, om möjligt. Metod. Ex dagliga mätningar i en månad, därefter beslut om fortsatt mätning. Tydlig planering för uppföljning och ansvarsfördelning. Tidsintervall för uppföljning (<u>t.ex.</u> inom 3 månader). Följs patient någon annanstans? Kontaktuppgifter, både jour- och dagtid (kan <u>förfyllas</u>).
Samordnad vård och omsorg:	Information om hemtjänst och dess omfattning. Har patient läkemedelsövertag?
Behandlingsbegränsningar:	Finns beslut om HLR? Andra vårdbegränsningar, <u>inkl</u> tex pacemakerbehov, ICD? Brytpunktsamtal Kan sjuksköterska konstatera dödsfall
Ansvarig	Personal Personalsson

Generellt råd: Använd klartext och undvik förkortningar. Anpassa vårdplanen efter mottagande team eller patientens egenmonitorering

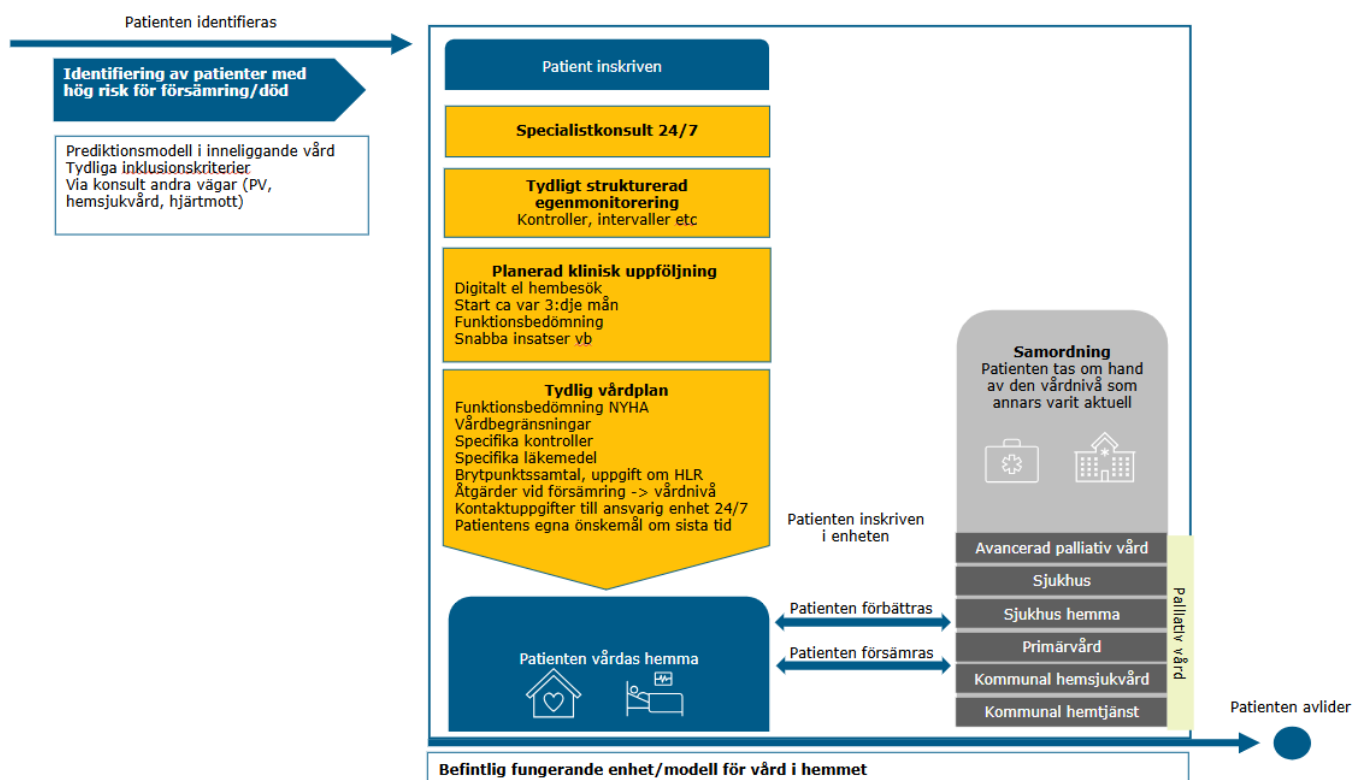
Figur 9. Utkast på vårdplan

Resultatet från arbetet är en vårdmodell enligt figur 10. Modellen bygger på tidig identifiering av patienter med hög risk för försämring av sin hjärtsvikt utifrån tydliga inklusionskriterier.

Patienten skrivs in för att vårdas i hemmet och kopplas till en enhet med tillgång till konsultation dygnet runt av person med kardiologisk kompetens. Projektgruppen enades om att modellen med fördel bör implementeras inom en redan befintlig verksamhet, eller enhet för sjukvård i hemmet som redan är inkörd med arbetssättet. Vården organiseras med tydligt strukturerad egenmonitorering och planerad klinisk uppföljning, antingen digitalt eller genom hembesök. Snabba insatser ska finnas tillgängliga vid behov.

En central del i modellen är den tydliga och gemensamma vårdplan för patienten som samskapades under den tredje workshopen. Vårdplanen omfattar bland annat funktionsbedömning enligt NYHA, vårdbegränsningar, specifika kontrollerläkemedel, brytpunktssamtal, information om HLR-beslut, åtgärder vid försämring, övergångar mellan vårdnivåer och kontaktuppgifter till ansvarig enhet. Den inkluderar även patientens egna önskemål inför livets slutskede.

Patienten är inskriven vid enheten oavsett förbättring eller försämring, och kan därmed flyttas mellan olika vårdnivåer utan att förlora kontinuitet. Modellen bygger på samordning runt patienten och syftar till att skapa trygghet och sammanhållning i vården ända fram till livets slut, samt ett nära samarbete med den palliativa vården.



Figur 10. Finala utkastet på modellen, bild att använda i information och kommunikationssyfte för att beskriva vårdflödet och patientens väg.

5.3.7 Intervjuer med patienter och anhöriga

För att förankra modellen i patientens perspektiv har fortsatt samskapande genomförts genom en kvalitativ pilotstudie. Arbetet har letts av en ST-läkare inom geriatrik med syfte att samla in och integrera patienters erfarenheter och behov i utvecklingsprocessen.

Totalt deltog sex patienter och närstående i pilotstudien som genomfördes mellan april och juni 2025. Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer med öppna frågor kring deltagarnas tankar, oro och önskemål kopplade till sjukhusvård i hemmet. Det insamlade materialet analyserades tematiskt med stöd av AI-baserade analysverktyg.

5.3.8 Insikter och lärdomar

Från arbetet med projektgruppen

Efter de första två workshopparna ombads deltagarna att svara på en enkät för att kunna förbättra och planera upplägget för kommande tillfällen. Detta ledde till värdefulla lärdomar:

- Den iterativa processen och löpande planeringen av workshoppar gjorde arbetet mer effektivt och möjliggjorde att frågor kunde utredas efter behov.
- Kombinationen av en första fysisk workshop och följande digitala möten fungerade bra. Det fysiska mötet var viktigt för att de digitala tillfällena skulle fungera smidigt. Förberedande information inför tillfällena hjälpte deltagarna att känna sig mer förberedda, framföra allt inför de digitala tillfällena.
- Det var positivt att fortsätta arbetet tillsammans. Deltagarna uppskattade att byta grupper och arbeta med olika personer.
- Strukturerade workshopövningar och mallar var mycket effektiva. Redan under första workshopen genererades mycket material. Deltagarna fann det värdefullt att analysera nuläget och använda insikterna i arbetet med den önskade vårdmodellen.

”Viktigt med diskussionerna och brainstorming. Bra upplägg med hur det ser ut nu och hur vi vill att det ska vara.”

-projektgruppsdeltagare

- En engagerad grupp och avsatt tid för designarbetet, där alla deltagare bidrog med sin kompetens och erfarenheter, var avgörande för att samskapa modellen.

”Många olika kompetenser. Välutnyttjad tid. Bra med input från Skåne.”

– projektgruppsdeltagare

Intervjuer med patienter och närstående

Utifrån de semistrukturerade intervjuerna med patienter och anhöriga framträdde en övergripande positiv bild av hjärtsjukvård i hemmet. Deltagarna lyfte särskilt fram bekvämlighet, smidighet, professionalitet och snabb kommunikation som centrala fördelar.

För flera deltagare symboliserade sjukhuset en medicinsk trygghet och en plats där hjälp snabbt finns att tillgå vid akut sjukdom:

“När jag låg på sjukhus kunde jag ringa på klockan så fort jag kände något, till exempel yrsel, och då kom det någon direkt. Det kan man ju inte göra hemma på samma sätt.”

Andra menade att de medicinska insatserna i stort sett var likvärdiga, oavsett vårdmiljö:

“På sjukhuset gör de samma saker, fast jag ligger i en säng.”

“...jag försöker vara tidseffektiv. Att ligga på sjukhus är ren tidsspillan för mig.”

Samtidigt beskrev flera deltagare hemmet som en social trygghet och en miljö som främjar återhämtning:

“Jag har väldigt svårt för att ligga på sjukhus. Jag får alltså panik. Jag kan inte sova på nätterna... väl hemma slappnade jag av, och då fungerade det.”

“Man känner sig hemma, man är på hemmaplan. På sjukhuset är man i en främmande miljö.”

Tillgänglighet och tydlig kommunikation återkom som centrala faktorer för en god upplevelse:

“Det behövs tydlighet och enkel information: Nu ser det ut så här. Nu vänder du dig hit. Nu gör du så här.”

“Det är viktigt med information så att jag förstår läget, men också att det finns en tydlig plan för vad som ska göras vid en försämring. Man behöver veta när det är dags att kontakta vården, så att det varken blir för tidigt eller för sent.”

Dessutom framhöll flera deltagare smidigheten som en avgörande aspekt:

“Jag slipper allt krångel med att ta mig till sjukhuset. Att boka bil dit och hem tar minst en halv dag. Att de istället kommer hem är kanon, det underlättar betydligt.”

“När min fot svullnade ringde jag vid tiotiden på förmiddagen. De sa att de skulle komma efter ett annat besök, och två timmar senare stod de utanför dörren. Det kan man inte klaga på.”

5.4 Nästa steg i utvecklingsprocessen

Med ett färdigt utkast av vårdmodell gjordes etikprövning både för intervjustudie med patienter och anhöriga samt genomförandestudie av vårdmodellen, vilka båda är godkända av Etikprövningsmyndigheten. Under hösten 2025 planerar Region Skåne och Västra Götalandsregionen att börja testa modellen praktiskt (genomförandestudie). Erfarenheterna från praktisk tillämpning kommer vara värdefulla för den randomiserade forskningsstudien som avser att påbörjas under 2026.

Case 6. Cytostatikabehandling av allvarliga blodsjukdomar

Genomförande och utfall av ”sjukhusvård i hemmet” på
Hematologienhet SkaS 2021-2024

Amanda Ahlin, Christian Scharenberg och Patrik Alexandersson

2025-10-31



6.1 Om denna rapport

Denna rapport beskriver genomförandet och utfallet av en pilotstudie av vårdformen sjukhusvård i hemmet vid Hematologienheten vid Skaraborgs Sjukhus (SkaS) under perioden 2021–2024. Pilotstudien syftade till att utvärdera möjligheterna att använda hemmonitorering för en utvald patientgrupp.

Underlaget till rapporten bygger på:

- enkäter med verksamhetens personal,
- åsikter från patienter som deltagit i studien,
- samt huvudsakligen rapporten ”Hemmonitorering av patienter med hematologisk sjukdom: Att få komma hem” av projektledare Amanda Ahlin.

Kompletterande information har inhämtats via en gruppintervju med projektledare/sjuksköterska och ansvarig läkare. (genomförd 2025-06-03).

Rapporten inleds med en beskrivning av förarbetet inför pilotstudien, följt av en redovisning av dess utfall och en sammanfattning av slutsatser och nästa steg.

Sammanfattningsvis visar pilotstudien att den testade vårdmodellen – hemmonitorering av patienter med hematologisk sjukdom – är en trygg, fungerande och efterfrågad vårdform. Hematologienheten beslutade därför att permanenta modellen som en långsiktig del av verksamheten. Konceptet har därefter vidareutvecklats, även om utmaningar kvarstår i att etablera arbetssättet fullt ut och säkerställa en hållbar uppföljning av patienternas mätvärden.

6.2 Inför pilotstudien

I detta avsnitt beskrivs det förarbete och de beslut som fattades inför pilotstudien.

6.2.1 Val av patientgrupp

Patientgruppen utgjordes av vuxna patienter med allvarliga blodsjukdomar som behandlas med cytostatika och därmed utvecklar en kraftig infektionskänslighet. Vid exempelvis akut leukemi (AML) leder behandlingen till hög risk för sepsis cirka en vecka efter varje cytostatikakur.

Projektet riktade sig mot de mest infektionskänsliga patienterna, vilka bedömdes kunna vistas hemma under övervakning av vitalparametrar. Tidigare forskning har visat att denna patientgrupp kan utveckla en mer gynnsam bakterieflora i hemmiljö jämfört med på sjukhus, vilket ytterligare motiverade valet.

Kriterierna för inklusion var bland annat:

- patienten gav skriftligt och muntligt samtycke,
- ålder 18 år eller äldre,
- tillgång till mobilt BankID och smartphone/dator,
- förmåga att självständigt eller med stöd av anhörig hantera mätutrustningen,
- samt förhöjd risk för återinläggning i slutenvården.

Exklusionskriterier och kriterier för avslut av hemmonitorering togs fram parallellt och infördes i kliniskt bruk.

6.2.2 Projektorganisation

Projektet leddes av en projektansvarig sjuksköterska i nära samarbete med avdelningens överläkare. Finansiering från Innovationsfonden i Västra Götalandsregionen täckte både projektledning och utrustningskit för sex patienter.

Redan tidigt inkluderades en teknikintresserad patient för att genomföra ett ”betatest” av arbetssättet. Erfarenheterna från detta test ledde till justeringar av rutiner, information och teknik.

Samtliga medarbetare på avdelningen utbildades i hantering av utrustningen och involverades i utvecklingen av rutiner och informationsmaterial.

6.2.3 Förväntad nytta

Den främsta nyttan identifierades i patienternas starka önskan att kunna vårdas i hemmet. Hemmiljön förväntades också gynna patienternas tarmflora och minska risken för infektioner.

Eftersom patientgruppen främst behövde monitorering snarare än aktiv vård, bedömdes vårdformen vara särskilt lämplig. Projekthypotesen var att hemmonitorering skulle minska behovet av vård dygn, förbättra patientflödet och frigöra rum för mer akuta patienter.

6.2.4 Tidplan

Planering och omvärldsbevakning genomfördes under första halvåret 2021. Den första patienten inkluderades hösten samma år. Därefter infördes vårdformen gradvis i bredare skala, först med hjälp av deltagarna i projektgruppen och senare av hela vårdavdelningens personal. Samtidigt förtydligades inklusionskriterierna.

6.2.5 Uppföljning och mätetal

Projektet har utvärderats kvalitativt. Patienternas och närståendes erfarenheter samlades in genom strukturerade avslutssamtal, kompletterade med enkäter och intervjuer med medarbetare.

Medarbetarnas upplevelser dokumenterades i återkommande enkäter samt genom en gruppintervju med projektledande sjuksköterska och ansvarig läkare.

6.2.6 Arbetssätt för vård i hemmet

Lämpliga patienter identifieras på mottagning såväl som slutenvårdsavdelning. Patienten behöver samtycka och ha förutsättningar för hemmonitorering (mobilt Bank-ID, kunna hantera apparatur). Omvårdnadspersonal går igenom med patienten hur utrustning och rapportering via 1177 fungerar. När patienten skickar mätvärden från hemmet kontrolleras dessa av sjuksköterska på avdelning tre gånger per dygn. Patienten erhåller därefter feedback på sina värden via 1177. Vid avvikelse i mätvärden tas beslut om åtgärder av hematologjour. Vid behov av slutenvård bereds snarast plats på hematologienheten för direktinläggning och patienten erhåller antibiotika efter att odlingar är säkrade.

6.2.7 Riskanalys

Patienterna får skriftlig och muntlig information om att kontakta enheten telefonledes om man inte mår bra eller vid utebliven återkoppling .

6.3 Uppföljning och utvärdering av pilotstudien

I detta avsnitt följer kvalitativ uppföljning av pilotstudien. Kvantitativ uppföljning gjordes inte.

Patienterna uttryckte genomgående positiva erfarenheter av hemmonitorering:

- stor trygghet i att ha direktkontakt med avdelningen,
- kontinuitet i kontakten med samma personal både fysiskt och digitalt,
- förbättringar i sömn, kost och motion,
- möjlighet att i större utsträckning utmana sig själva och ompröva rollen som "sjuk".

Sjuksköterskorna upplevde att patienterna generellt hade mindre nattlig ångest i hemmet än på sjukhuset. Exempel på medarbetarupplevelser fångat i fritextsvar:

"Tycker det är en bra trygghet för våra patienter, då de kan känna sig mycket osäker vid hemgång eftersom ingen kontrollerar deras mätvärden. Att de kan få möjligheten att göra det själva gör att de får vara med nära och kära mera och ändå känna sig trygga med att någon kontrollerar deras mätvärden."

"Positivt om man kan använda det för att kunna korta vårdtiden litegrann för patienterna som ändå tillbringar så mycket tid på avdelningen. En trygghet för patienterna att de är under uppsikt även om de är hemma."

"Bra, men patienten måste vara positiv till det och införstådd varför och hur det fungerar."

"Svårt att komma ihåg att logga in och titta på mätvärden."

Utmaningar som framkommit är:

- behov av ytterligare resurser för att säkerställa kontinuerlig uppföljning av mätvärden,
- risk för missförstånd när patienter förutsätter att vårdpersonalen alltid ser mätvärdena i realtid.

"Då tappar vi själva effekten. Sen har vi ju också instruerat patienterna att du måste ringa om det är något akut. Men det kan ju också hända att bara 'ja, men det brukar ni kolla och jag brukar få svar'. Och så tänker patienten att de kollar väl när de kollar och så hinner patienten bli dålig i hemmet."

6.4 Slutsats och nästa steg efter pilotstudien

Pilotstudien har lett till att hemmonitorering numera är en etablerad del av verksamheten på Hematologienheten. Vårdformen erbjuds idag till utvalda patienter och har bidragit till både ökad patientnöjdhet och förbättrad resursanvändning.

För fortsatt utveckling krävs:

- tydligare rutiner för kontinuerlig uppföljning av mätvärden,
- fortsatt utbildning av personal,
- samt strategier för att skala upp modellen och inkludera fler patienter.

Sjuksköterskor och läkare som varit engagerade i projektet utgör fortsatt viktiga kunskapsbärare och drivande krafter för att utveckla arbetssättet ytterligare.