

Systemlärande i omställningen till sjukhusvård i hemmet

– behovet av en ny förändringslogik i framväxten av nya vårdformer?

Johan Holmén, John Holmberg, Patrik Alexandersson, Peter Almgren, Andreas Hellström, med stöd från övriga projektgruppen “Utveckling av sjukhusvård i hemmet (2023–2025)”*

**johan.holmen@hv.se*

Projektparter i samverkansprojektet Sjukhusvård i hemmet är Chalmers tekniska högskola och Västra Götalandsregionen. Projektet finansieras av Medtech4health och Miljö- och regionutvecklingsnämnden i Västra Götalandsregionen.

Projektperiod är 2023-10-01 – 2025-12-31



Innehåll

1	Inledning.....	4
2	Metod	8
3	Resultat	10
	3.1 Önskvärd framtid	10
	3.2 System, strukturer och utmaningar i befintliga verksamhetsystem Fel! Bokmärket är inte definierat.	
4	Samlade reflektioner	16
5	Vägar framåt.....	17

Sammanfattning

Svensk hälso- och sjukvård ställer om mot en mer nära vård, där *sjukhusvård i hemmet* utgör ett centralt koncept med potential att förbättra kvalitet, tillgänglighet och resurseffektivitet. Samtidigt är omställningen komplex och kräver förändringar i kultur, struktur och praktik. Hur kan vården fortsätta leverera samtidigt som den förändras?

Projektet pekar, utifrån ett system- och omställningsperspektiv, både på behovet av och en faktisk framväxt av en ny förändringslogik. Sjukhusvård i hemmet handlar inte ensidigt om att implementera färdiga lösningar eller att lösa problem inom befintliga strukturer, utan om att omforma delar av verksamheten och skapa nya arbetssätt. Förändringslogiken förutsätter professionell autonomi, strategisk stöttning (snarare än styrning), gemensam målbild, kultur av lärande och experimenterande under osäkerhet samt samverkan mellan vårdnivåer.

Utöver förändringslogikens betydelse blir det också fortsatt viktigt att beakta vårdtyp, då exempelvis *Admission avoidance* och *Early discharge* hanterar olika delar av systemet. Kapacitet för koordinering och lärande samt beredning för uppskalning behöver fortsatt stärkas. Genom småskaliga, expeditivliknande initiativ kan vården utforska nya lösningar och alternativ, generera erfarenheter och successivt bygga den förmåga som krävs för att stabilisera nya arbetssätt i etablerad kultur, struktur och praktik.

1 Inledning

Sveriges hälso- och sjukvård ställer om mot en mer *nära vård*. Specialiserad vård i hemmet har framställts som ett viktigt alternativ eller komplement till traditionellt sjukhusbaserad vård som del av omställningen – som i grunden handlar om att skapa ett mer personcentrerat, integrerat och flexibelt vårdssystem som möter demografiska och epidemiologiska utmaningar. Det saknas idag nationellt vedertagna definitioner av vårdformen, och *sjukhusvård i hemmet* används ofta som ett tillfälligt begrepp, så även i denna text.

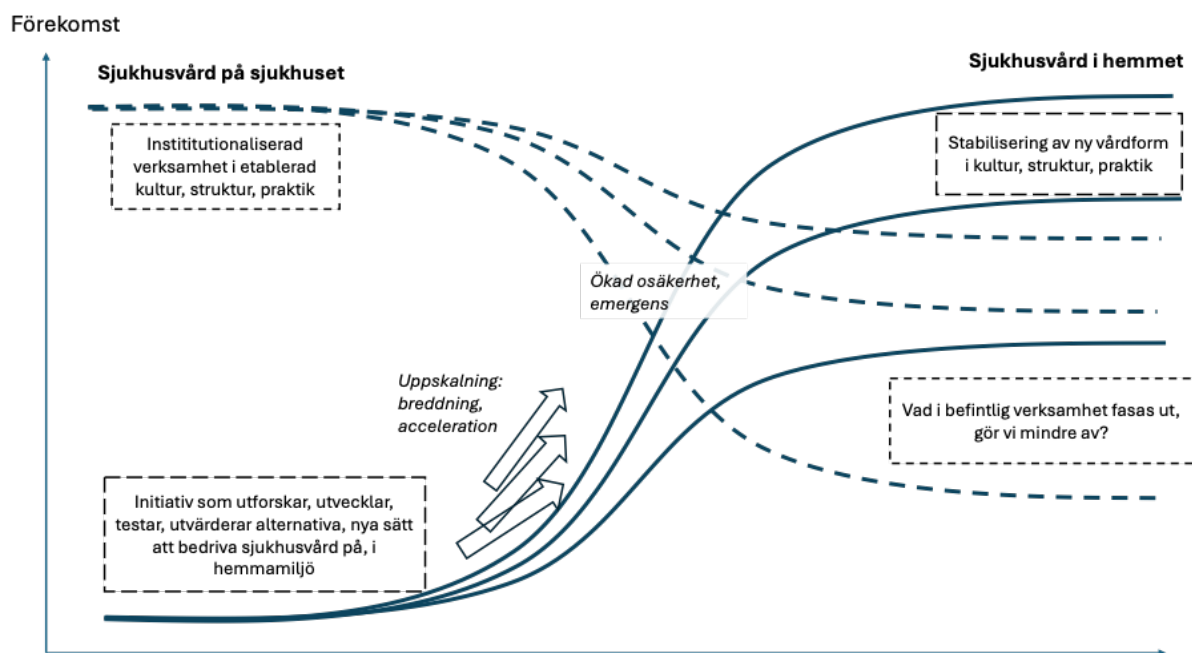
Sjukhusvård i hemmet argumenteras och har i olika fall påvisat potential att på ett kostnadseffektivt sätt minska vårdtid, förbättra patientupplevelse och öka tillgängligheten (se exv. Leong et al., 2021). Då det är en relativt ny modell som tog fart internationellt först i samband med COVID-19-pandemin, saknas fortsatt evidens från storskalig drift av vårdformen, liksom studier i en svensk/nordisk kontext. Speciellt föreligger ett behov av att utveckla evidens i ett nordiskt sammanhang, bland annat uppmärksammat i en nyligen genomfört Health Technology Assessment (Bengtsson mfl., 2025). Sjukhusvård i hemmet förutsätter också delvisa förändringar i strukturer vad gäller organisering, arbetssätt, teknik, regelverk, finansieringsmodeller med mera. Omställningen har därför visat sig särskilt komplex och svår, då den sträcker sig bortom effektiviseringsåtgärder, kräver integration och samverkan mellan olika vårdnivåer, professioner och lösningar, i utforskande processer.

Inom projektet ”Utveckling av sjukhusvård i hemmet” har ett system- och omställningsperspektiv (Reynolds & Howell, 2020; Grin, 2010) tagits på hälso-sjukvårdens pågående förändringar, med sjukhusvård i hemmet som primärt objekt. Fokus har varit att följa och förstå hur arbetet organiseras och leds, fånga lärande mellan olika utvecklingsinitiativ och över olika nivåer i verksamheten, liksom identifiera hinder som uppstår längs vägen samt förstå hur dessa hanteras. De pågående uppskalningsförsöken av sjukhusvård i hemmet utgör ett tydligt exempel på en utveckling där kulturella, strukturella, organisatoriska och samhällsliga aspekter över organisations- och sektorsgränser behöver samspela i praktiska försök att utforska, utvärdera, integrera och stabilisera nya arbetssätt i pågående verksamhet med samtida krav på leverans (se OECD, 2017). Två frågor har väglett arbetet med systemlärande i praktiken:

1. **Vilka organisatoriska aspekter påverkas av utvecklingen av sjukhusvård i hemmet?** *Hur sjukhusens kultur, struktur och praktik påverkar möjligheterna att utforska, realisera och institutionalisera nya vårdformer*
2. **Hur kan omställningen vägledas i praktiken?** *Hur styrning, ledning och professioner skapar kapacitet, förutsättningar för och bidrar till institutionalisering av nya vårdformer*

Projektet har verkat nära ledning och strategier liksom professioners utvecklingsprocesser, samt det, för omställningsprocessen, kritiska gränlandet däremellan. Det har knutit an till pågående initiativ på framförallt Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs Sjukhus, med utblickar till Skaraborgs Sjukhus och jämförelser med Region Skånes arbete. Samtliga dessa aktörer har strategiska satsningar för sjukhusvård i hemmet. Forskningens roll har varit att introducera ramverk och koncept för omställning (se exv. figur 1, 2 och tabell 1), systematiskt

samla erfarenheter, perspektiv och observationer, samt bidra till lärande och reflektion. Syftet har varit att bättre förstå omställningens förutsättningar, utmaningar och möjligheter.



Figur 1: X-kurvan som visualiserar omställningens dynamik, där något etablerat fasas ut samtidigt som något nytt växer fram. Detta evolutionära förändringsperspektiv intresserar sig för tre huvudsakliga mekanismer: (1) variation (hur verksamheter utforskar och experimenterar fram olika alternativa vårdformer som bättre möter behov, ambitioner, kontext), (2) selektion (hur verksamheter utvärderar och väljer vilka alternativa vårdformer som anses bättre än andra), samt (3) retention (hur verksamheter förändrar och/eller bygger nödvändiga strukturer för att de nya skall få fäste).

Omställningsramverket (Figur 1) anses spela en viktig roll i detta sammanhang då det för till ytan behovet att både etablera nya vårdformer samtidigt som befintliga fasas ut. Utöver ambitionen att öka kvalitet, hållbarhet, jämlikhet och tillgänglighet mm. (jmf. Toebes, 1999), verkar hälso-sjukvården fortsatt i ett system med begränsade resurser (ekonomiska, personella mm.). Exempelvis kan tidigare hemgång med fortsatt vårdkontakt innebära att en sjukhussäng görs tillgänglig för ny patient samtidigt som vårdansvar kvarstår för patienten i hemmet, vilket principiellt kan öka den totala belastningen. Givet denna dynamik är det viktigt att ta ett systemperspektiv för att säkra att de nya vårdformer som etableras passar in i det totala system av resurser som finns tillgängliga, och att dessa används effektivt och ändamålsenligt bortom oönskad suboptimering (Broerse & Grin, 2017; OECD, 2017), vilket i sin tur kan kräva att nya utvärderingsmodeller och gränser mellan olika avdelningar, enheter, vårdaktörer och nivåer behöver förhandlas och resurser (om)prioriteras.

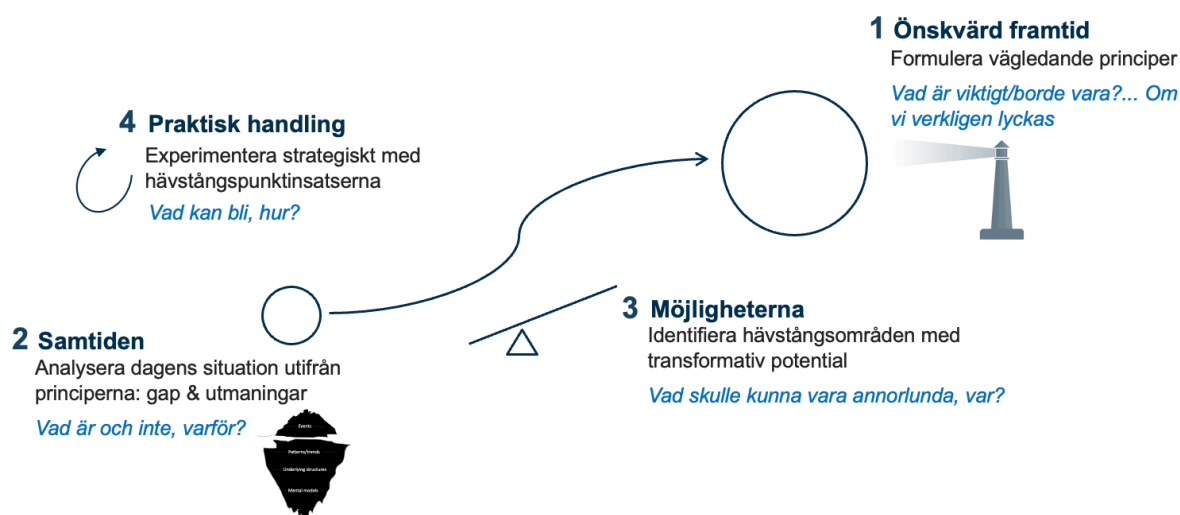
För att jobba systematiskt med omställningens olika delar har ett backcastingramverk använts, som på ett enkelt sätt skiljer på olika delar i omställningen (Figur 2):

- 1 – Önskvärd framtid. Vart vill vi (riktning) och varför (syfte) i termer av mål, principer, värderingar mm.
- 2 – Samtiden. Var står vi idag och varför, i relation till där vi vill vara (1). Analys av verksamhetssystem, strukturer, praktiker, processer och identifiering av kritiska utmaningar

3 – Möjligheterna. Var ser vi öppningar och potential för förändring och förbättring? Förståelse för områden där insatser kan bidra till positiv förändring genom att agera utifrån (2) i riktning mot (1)

4 – Praktisk handling. Vad kan göras, av vem, hur? Praktiska och strategiska experiment med grund i (1-3) som utforskar och provar nya lösningar och koncept för att generera lärande och bereda för uppskalning av det som tycks fungera väl.

Figur 2: Backcastinggramverk som låg till grund för att metodologiskt strukturera systemlärandets olika delar som del av omställningen



Backcasting kan användas som metodologiskt stöd för att ta sig an komplexa situationer som inte ensidigt handlar om att lösa problem eller implementera lösningar, eller om ensidiga förbättringar inom rådande kultur, struktur, praktik – utan också med utgångspunkt i ett önskat läge ställa sig frågan vilka förändringar som skulle krävas för att nå dit (Holmén, 2020).

Backcasting kan i sin tur användas för att vägleda så kallade expeditioner (Holmberg, 2019), med syfte att just utforska nya möjligheter på ett friare sätt än vad som vanligtvis är möjligt inom rådande verksamhet (jmf. March, 1991).

Tabell 1 – Skillnaden mellan kryssnings- och expeditionslögik. De är ömsesidigt kompletterande, där båda behövs för att bidra till stabil verksamhet som håller sig relevant för samtiden, förbereder sig för framtiden och aktivt anpassar och omformar sig i takt med att förutsättningar förändras, utmaningar uppstår och nya behov och ambitioner formas (Holmberg & Holmén, 2020).

Kryssningslogik	Expeditionslogik
Lärande I – optimera och effektivisera	Lärande II – utforska alternativ
Förbättra det som är	Lärande III – ny riktning
Organisation i centrum, rutiner stöttar	Tänk bortom och ställ om det som är
Formellt beslutsfattande	Utmaning i centrum, rutiner hindrar
Mål, styrning, kontroll	Facilitering och medskapande
Mäta och följa upp resultat	Vägledande principer, stöttnig, skapa utrymme
Lösa problem, implementera lösningar	Experimentera, reflektera, lära
	Leta rot-orsaker, skapa någonting nytt

Hälso-sjukvårdssystemen rymmer stor mångfald, specialisering och förutsätter professionell autonomi för att möta sin omgivnings komplexitet i termer av patienter, diagnoser, behandlingsmetoder, variation mm. En grundtanke i projektet är att arbete med systemförändring i hälso- och sjukvården förutsätter förståelse för dess särart som professionell och institutionaliserad verksamhet präglad av just stark differentiering och professionalitet. Glouberman och Mintzberg (2001) visar att vården utgörs av flera delsystem med egna logiker, normer och styrning (*care and cure*, administration och sjukvårdschefer, community, politik mm.). Särskilt i denna typ av verksamheter ses ensidigt hierarkiskt driven förändring "top-down" som otillräcklig, utan kräver att utrymme för förändring tillåts växa inifrån professionernas praktik och därur skapa handlingsutrymme, ge förtroende och verka legitimitetsskapande för det nya.

2 Metod

Systemlärande stimulerades genom transdisciplinär samverkan mellan forskning och praktik med ambition att skapa robust kunskap av relevans för båda parter (Hirsch Hadorn, 2008). Utifrån deltagande observationer, anteckningar från projektgruppsmöten, fokuserade workshops, intervjuer och analys av strategiska dokument, jämförelser och litteraturoversikt har vi sökt fånga de huvudsakliga faktorer som ansetts viktiga att beakta och hantera i omställningen.

Genom nära engagemang med ledning, strateger och professioner som i sin tur bär med sig erfarenheter och perspektiv från verksamhetens olika delar har vi försökt skapa oss en bild av hälso-sjukvårdssystemens utmaningar och utvecklingar, nuläge och vägar framåt. Genom följsamhet, dokumentation och reflektion har observationer, perspektiv och erfarenheter samlats under projektets gång i försök att bättre förstå omställningens dynamik.

Utöver frekvent närvaro och deltagande i olika typer av sammanhang inom ramen för projektet, har fyra större träffar genomförts för att stimulera lärande mellan verksamhetens olika delar, samla in material, återkoppla observationer och bidra till gemensam reflektion över olika svårigheter och utvecklingsvägar.

29 februari 2024 genomfördes en heldags visionsworkshop med projektets deltagare och styrgrupp inklusive medborgarrepresentant. 25 personer deltog. Principer för en önskvärd framtid ur patienters och professioners (vårdgivares) perspektiv formulerades, varpå deltagarna resonerade om de utmaningar och strukturella hinder de ser framför sig i försök att institutionalisera och skala upp sjukhusvård i hemmet. Resultatet bearbetades av projektgruppen, presenterades under nästkommande styrgruppsmöte, och en plan för fortsatta prioriteringar i systemlärandet togs fram.

8 oktober 2024 togs resultaten från 29 februari tillsammans med de observationer som gjorts löpande under projektets gång, in i en ny heldag som samlade professioner från olika delar av Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Västra Götalands verksamheter som redan var igång eller visade intresse för utvecklingen av sjukhusvård i hemmet inom olika områden. 80 personer deltog. Under denna heldag tillägnades tid åt en föreläsning som gav ett omställningsperspektiv på hälso-sjukvårdens utmaningar och sjukhusvård i hemmet som del i denna omställning. Presentationen följdes av 1h workshop som utgjordes av mindre gruppdiskussioner där deltagarna resonerade kring vad de såg som viktigt för att (1) få igång omställningsinitiativ av karaktären 'sjukhusvård i hemmet' med fokus på hinder och möjliggörare, samt (2) hur vi ser till att det som fungerar bra och relaterade lärdomar ges förutsättningar att få spridning i större skala och vilka eventuella förändringar i rådande kultur, strukturer och praktik detta förutsätter.

21 mars 2025 togs arbetet från den 8e oktober vidare där en uppdaterad sammanställning över viktiga faktorer som ansågs vara systemhinder lyftes och konkretiserades genom en intern workshop i samband med en lokal nätverksträff under ledning av projektet Sahlgrenska hemma. 45 personer deltog. Här var fortsatt fokus att fånga strukturella, kulturella, praktiska och samhällseliga faktorer att beakta i omställningen till sjukhusvård i hemmet, där deltagarna valde ut några prioriterade aspekter och gav rekommendationer.

26 maj 2025 hölls en halvdags workshop med utvalda representanter, ca 20 personer, från ledande och samordnande funktioner på koncernkontoret Västra Götalandsregionen. Då en hel del aspekter av förändringen ligger på sjukhusen själva att organisera, prioriterade projektgruppen inför detta möte ut vad de ansåg vara de mest kritiska frågorna där regional styrning/ledning spelar en viktig roll, med syfte att förmedla och dela huvudinsikter från projektet och bidra till medvetenhet, dialog och fortsatt lärande på denna nivå – som kan ligga till grund för framtida utvecklingsprocesser och relaterade strategiska grepp.

3 Resultat

Nedan presenteras en sammanställning och sammanfattning av de huvudsakliga resultaten som genererades i de gemensamma, större träffarna, som arrangerades inom ramen för systemlärande under projektets gång. Sedan följer en reflekterande diskussion som lyfter viktiga observationer från projektet i sin helhet, som också utgör grund för några frågor och vägar framåt.

3.1 Önskvärd framtid

I arbetet med vision och målbild kopplat till sjukhusvård i hemmet genererades resultat på två nivåer. Dels har konkreta framtida, möjliga vårdformer testats och utvärderas i praktiken (resultaten från dessa försök ligger utanför denna specifika delrapport). Till detta hör även ett arbete att fånga exempel och erfarenheter från delar av sjukhusets verksamhet som redan är i linje med sjukhusvård i hemmet-ambitionerna, även om de tidigare inte samlats under sådant paraply – till exempel närsjukvårdsteamerna. Mer abstrakta kategorier på en principiell nivå utarbetades, vilka illustrerar önskemål kring vad sjukhusvård i hemmet bör uppfylla. Exempel på sådana formuleringar togs fram under workshopen den 29 februari 2024, sammanställt i tabell 2.

Tabell 2 – Önskad karaktäristik för sjukhusvård i hemmet ur perspektiven patient/vårdtagare och vårdgivare

Patient/vårdtagare	Profession/vårdgivare
Trygghet och Säkerhet	Vårdsäkerhet och ansvar, Expertis och professionalism
Delaktighet och Egenmakt	Sömlöshet och Effektivitet
Enkelhet och Tillgänglighet	Meningsfullhet och Stolthet
Personcentrerat och Kontextanpassat	Excellens och Innovation
Professionalitet och Kvalitet	Hållbarhet och Flexibilitet

I Sverige vägleds nära vård-omställningen bland annat av målbilden som togs fram i samband med utredningen om en god och nära vård (SOU 2020:19), som beskriver fyra större skiften som del av omställningen: (i) från fokus på organisation till fokus på person och relation, (ii) från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande, (iii) från isolerade vård- och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus, samt (iv) från invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare.

3.2 Systemutmaningar

Under första visionsworkshopen i februari 2024 lyftes ett flertal systemhinder och andra svårigheter. Dessa sammanställdes genom ett induktivt förfarande till följande kategorier (a) kulturellt och organisatoriskt; (b) ekonomi, lagstiftning, reglering; (c) ledarskap; (d) teknik och infrastruktur; (e) patient- och personalrelaterat, och; (f) flernivåberoenden. Dessa resultat presenteras i sin helhet i Tabell 3.

Tabell 3 – identifierade systemfaktorer och hinder under visionsworkshopen i februari 2024.

Systemfaktor	Hinder
<i>Kulturellt och organisatoriskt</i>	<i>Olika målbilder och brist på gemensam förståelse Kommunikation och behov av gemensamma system för samverkan Bristande utvecklingskultur och olika föreställningar kring innovation</i>
<i>Ekonomi, lagstiftning, reglering</i>	<i>Svårigheter med hälsoekonomisk värdering och resursfördelning. Regulatoriska hinder och behov av anpassade spelregler. Implementeringsutmaningar och behov av politiskt stöd för förändring</i>
<i>Ledarskap</i>	<i>Brist på ledningsstöd, incitament och tydlig efterfrågan på resultat Behov av strategisk ledning för att hantera omställningen och resursfördelning Utmaningar med förändringsledning och motstånd mot förändringar. Mod</i>
<i>Teknik och infrastruktur</i>	<i>Tekniska begränsningar och behov av kompatibel teknik Bristande teknisk infrastruktur och IT-stöd</i>
<i>Patient- och personalrelaterat</i>	<i>Bristande involvering av patienter och närstående i vårdinnovation Utmaningar med att förstå och anpassa patient- och närståendes upplevelser. Kontextspecificitet Behov av nya kompetenser och förändrade roller för involverade aktörer</i>
<i>Fler-nivåberoenden, multi-system/strukturer/aktörer</i>	<i>Samarbete och beroenden olika aktörer/verksamheter/system med olika uppdrag horisontellt och olika nivåer; motsägelser Avsaknad av historik, kultur, resurser, forum för dialog och samverkan över gränser Ansvar, kostnader: snäv och rigid uppdelning, äv. på samhällsnivå</i>

Baserat på träffen 29 februari konstaterades att de initiativ som utforskar nya vårdformer som del av projektet skulle ges stöd att inte bara utvärdera funktionaliteten hos den specifika vårdformen, utan också hur formen relaterar till önskad framtid liksom en reflektion kring vilka utmaningar och strukturella hinder de ser i ett uppskalningsförfarande. Det beslutades också att ramverk för att systemhinder som observerades under projektets skulle fångas systematiskt. Det konstaterades också ett behov att bygga rikare berättelser om önskvärd framtid utifrån nyckelorden som togs fram som del av visionsarbetet, samt fortsatt utveckla Sahlgrenska

Hemma som en viktig strategisk plattform som huserar olika utvecklingsinitiativ, stimulera lärande däremellan, liksom som kritisk länk mellan ledning och profession.

Under workshopen den 8 oktober som samlade olika professioner, vilka både bekräftade och fördjupade den övergripande systemförståelse som skapats under tidigare workshop och i projektgruppens arbete. Fokuset på hinder kompletterades genom att också lyfta möjliggörare, och institutionaliseringsmekanismerna fick högre upplösning genom att beakta både faserna att gå från ”noll till ett” samt ”ett till hundra”, för att skilja logikerna i att skapa någonting (helt) nytt och få igång en förändring, jämfört med att sprida och skala upp någonting som redan är befintligt, om än i liten skala.

Tabell 4 – tre utvalda möjliggörare och hinder i att gå från ”noll till ett” som lyftes under workshopen den 8e oktober med tydlig bäring på kontinuerliga perspektivinsamlingen och observationer under projektets gång. Listan som helhet presenteras i appendix.

Möjliggörare	Förklaring	Hinder	Förklaring
Medarbetardriv och Tydligt ledningsstöd	<i>Gemensam vilja skapar momentum, frigör tid och gör förändringen legitim i hela organisationen.</i>	Samordningsproblem mellan vårdnivåer	<i>Brist på sömlös överlämning gör att patienter blir kvar på sjukhus och piloterna tappar fart.</i>
Rätt teknik & dygnet-runt-kommunikation	<i>Kompakt utrustning, digital monitorering och 24/7-kanaler gör det praktiskt genomförbart och säkert redan från dag 1.</i>	Resurs- och personalbrist	<i>Hög arbetsbelastning lämnar få marginaler för att testa nya arbetssätt eller investera i utrustning.</i>
Kultur av experimenterande & lärande	<i>”Testa i liten skala och sprid” sänker tröskeln och bygger förtroende – både för personal och patienter.</i>	Kulturmotstånd & otydligt ansvar	<i>Oro att skicka hem patienter + avsaknad av tydliga roller/standarder skapar tvekan och bromsar beslut.</i>

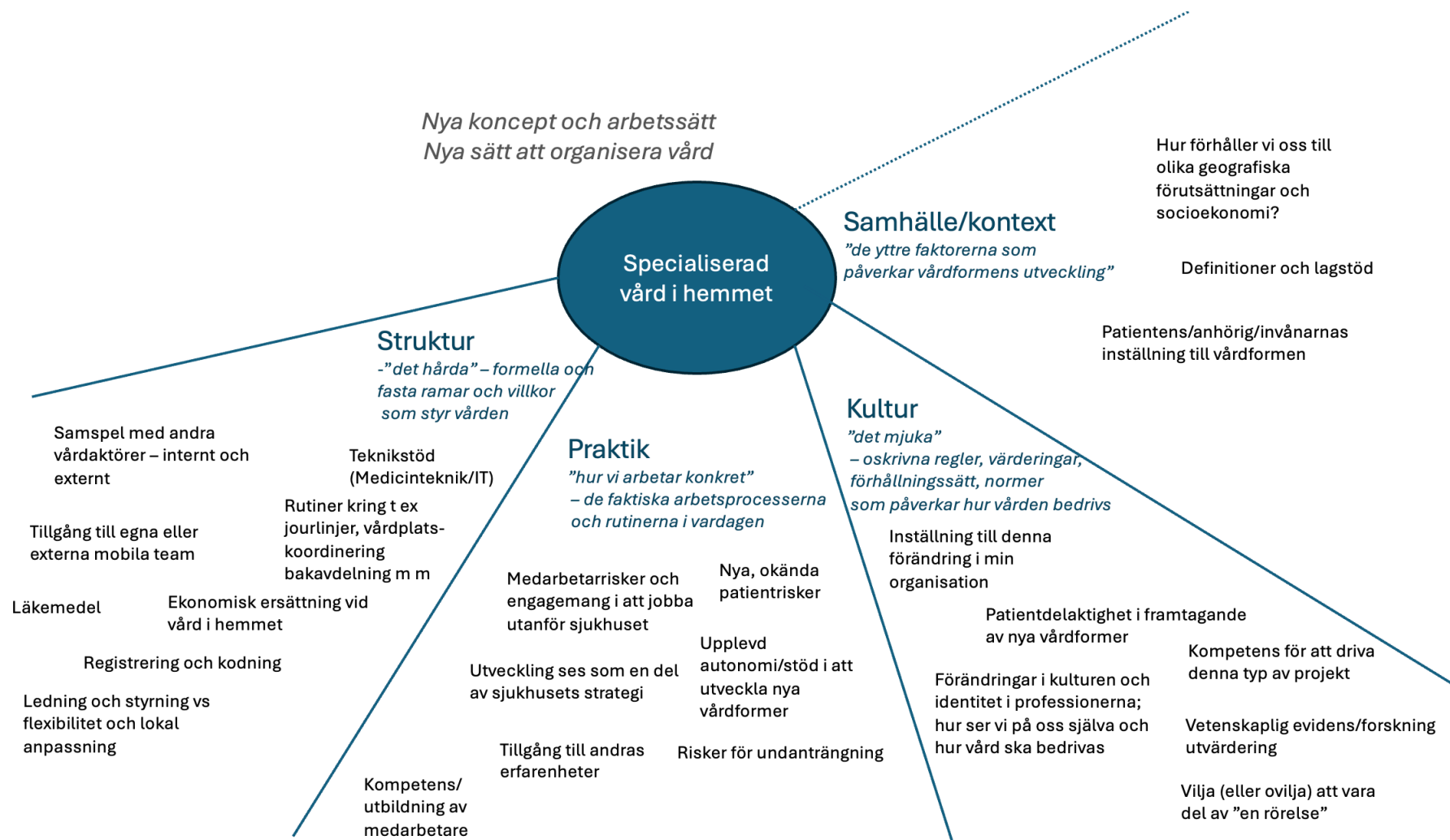
Tabell 5 – tre utvalda möjliggörare och hinder i att gå från ”ett till hundra” som lyftes under workshopen den 8e oktober med tydlig bäring på kontinuerliga perspektivinsamlingen och observationer under projektets gång. Listan som helhet presenteras i appendix.

Möjliggörare	Förklaring	Hinder	förklaring
Nationella/ regionala nätverk & kunskapsdelning	<i>Minskar ”återuppfinn hjulet”, sprider standarder och ger gemensam röst i tech- och läkemedelsfrågor.</i>	Kvarvarande stuprör mellan sjukhus, primärvård & kommun	<i>Utan gemensamma processer riskerar patienterna fortfarande att ”falla mellan stolarna” eller skapa dubbelarbete vid större volymer.</i>
Starkt ledningsmandat + gemensamma rutiner	<i>Gör framgångsrika pilotprocesser reproducerbara, ger tydlighet kring ansvar,</i>	Otillräckliga incitament & uppföljningssystem	<i>Om ekonomin eller mättalen inte premierar hemvård kommer verksamheter att prioritera annat.</i>

	<i>patientselektering och ersättningsmodeller.</i>		
Systematisk dokumentation av effekter & storytelling	<i>“Hårda data + patientberättelser övertygar skeptiker, rättfärdigar investeringar och driver efterfrågan från både medarbetare, invånare och patienter</i>	Seg kulturförändring – trygghet i “kontroll”	<i>Medarbetarnas vana vid sjukhusets trygghet kan åter skapa drag tillbaka till traditionell vård om stödet och utbildningen inte fortsätter.</i>

Utifrån ovan resultat togs ett tydligare teoretiskt grepp kring systemhindren utifrån omställningsteori. För att skapa en tydlig uppdelning mellan olika typer av hinder och möjliggörare som utkristalliserades i samband med projektets fortsatta drift, kategoriserades systemfaktorerna upp i följande: (1) struktur, (2) kultur, (3) praktik, och (4) samhälle/kontext. (1)-(3) anses ofta utgöra grundbultarna i institutionaliserade verksamhetssystem, och (4) explicit gör att intern organisering förhåller sig till en extern (samhällelig) miljö. Utifrån dessa kategorier nyttjades resultat från tidigare workshops liksom observationer och erfarenheter från projektets gång för att lyfta fram centrala aspekter som berörs i försök att etablera och skala upp sjukhusvård i hemmet (Figur 4).

Figur 2 – “Spindelbilden”. Illustrerar viktiga strukturella, kulturella, praktiska och samhälls/kontextuella faktorer som blir synliga och tydliga i försök att etablera och skala upp sjukhusvård i hemmet i befintlig organisation/verksamhet.



Inför den 26e maj 2025 prioriterades fem av dessa faktorer där projektgruppen ansåg att regional styrning/ledning spelar en viktig roll:

- Målbild och regionala processer
- Definitioner och registreringsfrågor
- Läkemedel
- Samverkan kommun, primärvård
- Digital och teknisk implementering, utveckling

Under mötet konstaterades behov och regionens roll i att etablera en tydligare målbild, bidra till att skapa gemensamma definitioner, synliggöra läkemedelsrutiner, bidra till robust samverkan och forma öppen, behovsstyrd digital infrastruktur. Mötet bidrog också till att klargöra vad som kan ske lokalt på sjukhus och regional nivå, men också vad som faktiskt är riktiga hinder och vad som är upplevda men inte reella hinder.

Vid tidpunkten för denna workshop hade koncernledningen nyligen tagit beslut om att hälso- och sjukvård i hemmet skulle adderas som en egen process i ett pågående och övergripande arbete med vårdens processer. En del av på mötet uppkomna punkter redan hanterades i denna funktion, tex läkemedel och digitala systemstöd. Det är sannolikt så att denna roll kommer att ha stor betydelse i att utreda och stötta i de regionala frågorna. Rollen ligger med mandat från Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektör.

4 Samlade reflektioner

Internationellt brukar sjukhusvård i hemmet delas in i två huvudtyper: *admission avoidance* – där vård i hemmet erbjuds som alternativ till sjukhusinläggning – och *early supported discharge* – där vården i hemmet fungerar som en förlängning eller tidigareläggning av utskrivning (Gonçalves-Bradley et al., 2017). En första reflektion handlar om behovet att klargöra vilken vårdtyp och associerad förändringslogik som är passande för de olika fallen i försök att realisera sjukhusvård i hemmet i etablerade vårdssystem.

Typ av vård i hemmet och förändringslogik ställer olika krav på systemets organisering, kompetens och gränssnitt mot sjukhus och primärvård. I vissa fall kan det handla om inkrementella förbättringar där delar av befintligt arbetssätt flyttas från sjukhus till hemmet utan större organisatoriska förändringar; i andra fall rör det delvisa reformer som kräver viss anpassning, men kan också innefatta djupare förändringar i rådande kultur, struktur, praktik. Samtidigt pekar flera rapporter på att en del problem i hälso-sjukvården är såpass stora och djupt rotade att de inte löses genom ensidiga finjusteringar, utan kräver att (helt) nya arbetssätt institutionaliseras över tid (SKR, 2025; Socialstyrelsen, 2024; Vård- och omsorgsanalys, 2025). Här finns behov framåt att ta fram ramverk och stöd som kan särskilja vad som kan anses komplicerade implementeringsproblem (standardiserbart, överföringsbart oberoende av kontext) och det som mer rör komplexa och osäkra utvecklingar (icke-linjärt, kontextberoende, kräver samskapande) (Glouberman & Zimmerman, 2002; Virkkunen & Newnham, 2013). I ett sådant ramverk kan olika sjukhusvård-i-hemmet-modeller placeras, förändringslogiker utarbetas, och matchas mot utmaningar och behov såväl som ambitioner.

Projektet har på flera håll tagit del av ett uttalat behov av en målbild som hanterar öppenhet: Vad vill vi ha och varför? Syftet med riktningen är att stötta i att ställa relevanta frågor längs resans gång, utan att låsa in lösningar och "hur" i förväg. I komplexa system kan även små justeringar och insikter ge stora effekter, och även expeditioner som anses misslyckade kan bära på viktig information – därför bör korta iterativa loopar prioriteras framför enstaka stora lanseringar, samtidigt som resurser givetvis behöver prioriteras på det man tror kan bli viktigt.

En annan reflektion rör expeditioner som förändringsstrategi och dess relation till det mer klassiska breddinförandet, eller implementering av enskilda teknologier eller medicinska lösningar. Expeditioner kan förstås som små utforskande pilot-experiment: team som i liten skala utforskar, prövar och lär nya sätt att bedriva sjukvård på (form, roller, regler, arbetssätt mm.). Poängen är inte alltid att ta fram en universell lösning, utan att genom kontinuerligt lärande och utforskande iterera fram nya vårdformer i interaktion med befintlig verksamhet och lära av det som både fungerar och inte fungerar. En lyckad expedition kan på så vis vara en sådan som inte direkt leder fram till en ny vårdform, men som genererar lärande kring nödvändiga strukturella förändringar och hinder som behöver tas itu för att möjliggöra omställning liksom nya vårdformer. Expeditioner kan också verka riskminimerande genom att via småskalig och skarp verksamhet tidigt identifiera vilka lösningar som inte fungerar och bör väljas bort och det är dessutom lättare att få med medarbetare på ett test.

För att undvika att expeditioner blir isolerade piloter som varken genererar lärande eller påverkar befintlig verksamhet, behövs plattformar för uppföljning och erfarenhetsutbyte liksom planerade returreser där lärdomar kan delas och spridas.

Projektet har arbetat för att stimulera och sprida lärande mellan expeditionerna och ut i verksamheterna – inte bara resultat utan även erfarenheter om sådant som fungerat bra och mindre bra i utforskandet. Lärsessioner och dialogforum har här fungerat både för datainsamling och kapacitetsuppbyggnad.

För att expeditionerna ska lyckas behöver de rätt förutsättningar: lansering (mandat, syfte, resurser), utrymme för utforskande och plattformar där lärdomar och lösningar möter ordinarie verksamhet och andra expeditioner. Viktiga kvaliteter är att förankra den utmaning som skall utforskas som angelägen, förmå tänka bortom gängse praktik, arbeta brett (över enheter och vårdnivåer) och djupt (kultur, struktur, praktik) samt att göra detta tillsammans utifrån olika aktörers förutsättningar för deltagande: patienter, professioner, ledare – personcentrering innefattar även att patienters röster är del av utveckling och förankring av nya modeller, inte bara som mottagare av en i slutändan personcentrerad vård. Även programstyrning gynnas av reflexivitet, och urvalskriterier för expeditioner bör premiera potential för lärande, omställning och verka legitimitetsskapande.

Utvärdering av expeditioner på två nivåer bör fortsatt övervägas: den första nivån rör resultat/kvalitet i den direkta vårdformen (för vem, under vilka villkor, medicinskt, organisatoriskt, hälsoekonomiskt, populationseffekter). Den andra rör utforskandets lärande: vilka antaganden prövades, vilka strukturer stöttade/hindrade, vilka oavsiktliga effekter uppstod och hur används insikterna i nästa iteration?

För långsiktig legitimitet och acceptans tycks nyckelfaktorer vara *mer stöttning, mindre styrning*: ge professionerna autonomi att utarbeta koncept, lösningar och arbetssätt där styrning och ledning legitimerar, mobiliserar resurser och verkar som ambassadörer för varför utforskande behövs – snarare än detaljstyr implementering av färdiga lösningar (Lawrence & Suddaby, 2006). Ödmjukhet inför osäkerhet och spänningar blir en central förmåga: lärande i samverkan handlar inte om konsensus i alla detaljer, utan om tillit och förståelse för skilda perspektiv så att nya och gamla vårdlogiker kan samexistera och gradvis omformas i takt med att vårdformen mognar och omvärlden är redo.

4.1 Vägar framåt

Det har konstaterats att vård av karaktären sjukhusvård i hemmet redan existerat på sjukhusen men inledningsvis utan tydlig samlande benämning eller övergripande strategiskt grepp. Projektet har försiktigt påvisat att potential för konsolidering och uppskalning finns. Det finns en etablerad praktik att bygga vidare på och ett fortsatt behov av samordning, gemensamma definitioner och utforskande under osäkerhet. En central lärdom har varit att utveckling och uppskalning måste ske inom ramen för hälso- och sjukvårdens egna logiker, där autonomi, ledningsstöd och gemensamma mål behöver samspela för att säkra ledningsstöd såväl som medarbetarengagemang.

I vissa fall finns välutvecklade koncept som kan överföras och förhandlas i sitt sammanhang; i andra behöver nya koncept för vård i hemmet utvecklas för specifika diagnoser, patientgrupper

eller vårdprocesser. Oavsett form sker etablering inom ett system historiskt anpassat till sjukhusvård på sjukhuset, där nödvändiga förutsättningar för vård i hemmet behöver utforskas och skapas parallellt med de mer specifika arbetsätten.

Sammanhanget innebär en dubbel verklighet för expeditionerna: utvecklingsarbetet vilar på gamla strukturer samtidigt som dessa i vissa avseenden behöver omformas. Ibland kan nya vårdformer ges frihet och förutsättningar att utvecklas i pilotform, men vid institutionalisering och uppskalning blir de gamla strukturernas kraft tydlig. Därför finns det fortsatt en poäng att skilja på logikerna mellan ordinarie verksamhet och utforskande utveckling (kryssning, expedition) genom att separera för frihet, samtidigt som integration för att hämta tillbaka lärdomar och vägleda nödvändiga förändringar i etablerade system.

En risk framåt är att skilda logiker, ömsesidiga beroenden och behoven av samexistens förbises, och sjukhusvård i hemmet snarare bygger upp ytterligare, parallella system och strukturer som ökar belastningen på hälso-sjukvården. En central utgångspunkt för sjukhusen och projekten i detta hänseende, vilket också verifieras i samtal med ansvariga projektledare, är resurseffektivitet. Något annat anser man sig inte ha råd med i den svåra ekvationen mellan ökande vårdbehov och krympande resurser.

Medicinsk eller organisatorisk evidens för sjukhusvård i hemmet finns i vissa fall, I andra behöver den tas fram. Det skapar ett spännande landskap där viktiga kunskapsframsteg kan göras bland de aktörer som går före, av stort värde för de som inte är lika tidiga som ändå upplever behov och intresse att få till den här typen av utveckling. Det behövs också mer kunskap om hur själva förändringsresan kan vägledas och hur nödvändig organisering och samverkan kan etableras och faciliteras över tid, med förmåga att bevara komplexitet och öppenhet i koncepten och utvecklingsprocesserna, stärka professionernas utrymme och autonomi i utforskande utveckling, kontinuerligt reflektera, lära och ställa frågor – även kritiska sådana. En ny förändringslogik i hälso-sjukvårdens omställning är här under fortsatt utveckling, i praktik såväl som i teori.

Ett fortsatt fokus bör vara att stärka kapaciteten för lärande mellan expeditioner och nivåer i systemet, där lokala pilotinitiativ kopplas till en gemensam plattform för erfarenhetsutbyte, gemensamma ramverk och lärandeprocesser för institutionalisering. De identifierade systemhindren kring ansvarsfördelning, teknisk infrastruktur, samverkan mellan vårdnivåer och definitioner av vårdformen behöver fortsatt tas vidare genom fortsatt dialog och arbete med policyutveckling, implementering, innovation och dialogforum som samlar vårdens aktörer, näringsliv, akademi, patienter och andra intressenter.

Referenser

- 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., & Wartenberg, C. (2025). *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 vådrutin i Sverige]* (No. 2025:143; Regional Activity Based HTA). Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-Centrum.
- Broerse, J. E. W., & Grin, J. (Eds.). (2017). *Toward sustainable transitions in healthcare systems*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–69.
- Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2002). *Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?* Commission on the Future of Health Care in Canada. <https://doi.org/10.3138/9781442672833-004>
- Gonçalves-Bradley, D. C., Iliffe, S., Doll, H. A., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, S. H., & Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000356.pub4>
- Grin, J., Rotmans, J., & Schot, J. W. (2010). *Transitions to sustainable development: New directions in the study of long term transformative change*. Routledge.
- Hirsch Hadorn, G. (Ed.). (2008). *Handbook of transdisciplinary research*. Springer.
- Holmberg, J. (2019). Oseglade vatten? – Då behövs expeditioner! In J. Alged, E. Eneqvist, C. Jensen, & J. Lööf (Eds.), *Innovation och Stadsutveckling: En forskningsantologi om organiseringsutmaningar för stad och kommun*.
- Holmberg, J., & Holmén, J. (2020). *Medskapande omställningsarbete: Backcastingexpeditioner för Agenda 2030*. Sveriges Kommuner och Regioner.
- Holmén, J. (2020). *Navigating Sustainability Transformations: Backcasting, transdisciplinarity and social learning* [Thesis for the Degree of Doctor of Philosophy]. Chalmers University of Technology.
- Lawrence, T. B., & Suddaby, R. (2006). Institutions and Institutional Work. In S. Clegg, C. Hardy, T. Lawrence, & W. Nord, *The SAGE Handbook of Organization Studies* (pp. 215–254). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781848608030.n7>
- Leong, M. Q., Lim, C. W., & Lai, Y. F. (2021). Comparison of Hospital-at-Home models: A systematic review of reviews. *BMJ Open*, 11(1), e043285. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043285>
- March, J. G. (1991). Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization Science*, 2(1), 71–87.
- OECD. (2017). *Systems Approaches to Public Sector Challenges: Working with Change*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264279865-en>
- Reynolds, M., & Holwell, S. (Eds.). (2020). *Systems Approaches to Making Change: A Practical Guide*. Springer London. <https://doi.org/10.1007/978-1-4471-7472-1>

- SKR. (2025). *Potentialerna i Nära vård. En kunskapsöversikt och analys över effekter och resultat av arbetssätt inom Nära vård.*
- Socialstyrelsen. (2024). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023.*
- Toebe, B. (1999). Towards an Improved Understanding of the International Human Right to Health. *Human Rights Quarterly*, 21(3), 661–679. <https://doi.org/10.1353/hrq.1999.0044>
- Vård- och omsorgsanalys. (2025). *Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: Slutrapport* [Elektronisk resurs]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Virkkunen, J., & Newnham, D. S. (2013). *The change laboratory: A tool for collaborative development of work and education.* <http://site.ebrary.com/id/10826794>