

# Leda och styra införandet av sjukhusvård i hemmet: Erfarenheter från Sahlgrenska Hemma

Analys av sjukhusövergripande strategi för införande av  
sjukhusvård i hemmet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
2023–2025

*Sofie Peters, Andreas Hellström och Peter Almgren*

*2025–11-07*

*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*

Medtech  Health

 VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

 CHALMERS  
UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

 SAHLGRENKA  
UNIVERSITETSSJUKHUSET  
VGR

## Innehåll

1	En utforskande resa i en komplex kontext .....	3
1.1	Händelseförlopp .....	3
1.2	En teoretisk ram för att förstå spridning och implementering av innovationer .....	4
2	Två samverkande projektorganisationer .....	7
2.1	Samarbetsprojektet Sjukhusvård i hemmet 2023–2025.....	7
2.2	Utvecklingsprojektets SU Hemma 2023–.....	7
2.3	Analys av upplägget med två samverkande projekt .....	8
2.3.1	Tät kommunikation och generös kunskapsdelning .....	9
2.3.2	Redundans minskar flaskhalsar .....	9
2.3.3	Olika tidsramar och fokus möjliggjorde växeldragning .....	9
3	Från idé till verklighet.....	10
3.1	Låt ett språk växa fram i den egna kontexten.....	10
3.2	Låt det kollektiva lärandet driva innovationen framåt .....	10
3.2.1	Skillnaden mellan ”utrullning” och ”lärande-drivet” .....	10
3.2.2	Framgångsfaktorer .....	11
3.2.3	Nyckelaktiviteter .....	11
3.3	Stötta i stället för att kontrollera för att växa innovationen .....	13
3.4	Rätt individ på rätt plats i en decentraliserad process .....	13
4	Slutsatser och lärdomar .....	14

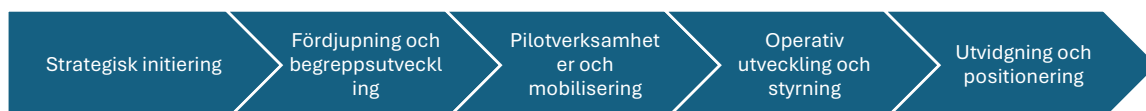
# 1 En utforskande resa i en komplex kontext

Detta kapitel beskriver hur Sahlgrenska Hemma växte fram – från det första beslutet att utforska vårdformen till en etablerad del av sjukhusets utvecklingsarbete. Avsnittet ger en översikt över projektets huvudsakliga faser och samtidigt de erfarenheter och lärdomar som dragits längs vägen. För att förstå utvecklingsarbetet är det också värdefullt att sätta det i ett teoretiskt sammanhang, med några centrala begrepp som hjälper till att tolka och förstå förändringsprocessen.

## 1.1 Händelseförlopp

Utvecklingen av SU Hemma har präglats av en utforskande ansats snarare än en traditionell utrullning. Arbetet har vuxit fram stegvis och i nära samverkan mellan verksamhet, ledning och forskning. Nedan presenteras fem övergripande faser som fångar projektets progression – från idé till etablering.

De olika stegen i tidslinjen illustrerar centrala milstolpar, men bör inte tolkas som linjära eller strikt avgränsade – snarare som överlappande och sammanlänkade skeden i en pågående förändringsprocess.



### 1. Strategisk initiering (våren 2023)

Sahlgrenska Universitetssjukhusets ledning fattar beslut om att ”utforska det internationella begreppet Hospital at Home”. En styrgrupp med områdeschefer etableras och samverkan påbörjas med forskare vid Chalmers.

### 2. Fördjupning och begreppsutveckling (sommaren–hösten 2023)

Projektet ges namnet Sahlgrenska Hemma. Samtidigt inleds ett arbete med att definiera vad sjukhusvård i hemmet innebär i Sahlgrenskas kontext, särskilt i förhållande till kommunal hemsjukvård. En HTA-analys påbörjas och en extern projektmedelsansökan beviljas.

### 3. Pilotverksamheter och mobilisering (våren 2024)

Pilotstudier startar i flera verksamheter, däribland Thorax och Antenatal. En projektledare tillsätts och en nulägeskartläggning visar att det redan pågår arbete relaterat till vård i hemmet i ett flertal verksamheter. Dessa kopplas till SU Hemma som autonoma delprojekt.

### 4. Operativ utveckling och styrning (hösten 2024–2025)

Fler verksamheter ansluter, tekniska lösningar testas och rollfördelning utvecklas. Projektet börjar adressera systemövergripande hinder, och integreras gradvis i sjukhusets linjeorganisation. Ett styrmodellarbete med indikatorer för uppföljning påbörjas.

### 5. Utvidgning och positionering (2025)

Sahlgrenska Hemma får en tydlig strategisk roll inom sjukhusets utveckling, och ett nordiskt samarbete inleds kring kompetensutveckling för digital vård i hemmet (Interreg).

Mot slutet av 2025 har satsningen etablerats som en differentierad och integrerad vårdform – med fortsatt tillväxt.

## 1.2 En teoretisk ram för att förstå spridning och implementering av innovationer

### Varför en teoretisk ram?

”Det finns inget så praktiskt som en bra teori”, hävdade en av aktionsforskningens förgrundsgestalter, Kurt Lewin. I förändringsarbete, särskilt inom komplexa organisationer som sjukhus, hjälper teorier oss att se mönster, förstå samband och navigera i osäkerhet.

Ett teoretiskt ramverk ger inte bara språk och struktur, utan hjälper oss också att synliggöra våra underliggande antaganden om t.ex. förändring, kunskap och organisation. Vid större förändringar är detta avgörande, eftersom inte bara arbetssätt utan även tänkande, roller och förståelser ofta behöver omprövas. Teori blir därmed ett praktiskt stöd för reflektion och gemensam orientering i förändringsprocesser.

### Ett sätt att förstå spridning och implementering av innovationer

För att förstå hur nya innovationer såsom sjukhusvård i hemmet kan införas i komplexa vårdorganisationer, erbjuder Greenhalgh m.fl. (2004)<sup>1</sup> ett användbart ramverk. Artikeln är resultatet av en ambitiös systematisk litteraturoversikt, beställd av brittiska Department of Health, där 495 vetenskapliga publikationer inkluderades i den slutliga analysen, varav 213 var empiriska studier, med fokus på spridning, implementering och hållbarhet av serviceinnovationer, särskilt inom hälso- och sjukvård.

Ett centralt resultat från översikten är att det inte finns en enhetlig modell för hur innovationer sprids och implementeras. Istället identifierar författarna flera olika teoretiska perspektiv, eller ”åskådningar”, på spridning och implementering. Dessa skiljer sig åt i hur de ser på organisationer, förändringsprocesser och aktörers roll, och kan kategoriseras i tre idealtypiska strategier:

- Let it happen
- Help it happen
- Make it happen

Dessa tre representerar olika sätt att förstå och agera på implementering. De skiljer sig åt i hur de betraktar förändringens natur – som spontan, socialt förhandlad eller tekniskt planerad –, och vilken typ av mekanism man förutsätter driver förändring (se tabell nedan).

### Tre logiker för implementering

Greenhalghs modell visar att implementering kan förstås som antingen ett emergent fenomen (”let it happen”), en socialt förhandlad och möjliggjord process (”help it happen”) eller ett planerat och styrt införande (”make it happen”).

---

<sup>1</sup> Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. 2004. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4): 581–629.

<i>Perspektiv</i>	<i>Let it happen</i>	<i>Help it happen</i>	<i>Make it happen</i>
<i>Karaktärsdrag</i>	Oplanerad, adaptiv, självorganiserande	Förhandlad, möjliggjord, socialt förankrad	Planerad, reglerad, styrd, tekniskt hanterad
<i>Mekanism</i>	Organisk/framväxande	Social	Teknisk/ledningsdriven
<i>Metafor för spridning</i>	Adaptation, meningsskapande	Förhandling, diffusion	Kunskapsöverföring, omstrukturering, kaskadspridning

"Let it happen" bygger på antagandet att innovationer sprids naturligt i organisationer som är öppna och anpassningsbara. Förändring betraktas som framväxande – något som sker organiskt när rätt individer engagerar sig. Denna strategi kräver varken strukturellt stöd eller styrning, men riskerar att leda till fragmentering eller att lovande initiativ aldrig får genomslag.

"Make it happen" är motsatsen – en klassiskt teknokratisk syn där förändring drivs via projektplaner, standardiserade processer, checklistor och styrning. Denna strategi förutsätter att organisationen är kontrollerbar och att förändring kan planeras och "rullas ut". I komplexa system som hälso- och sjukvården har denna logik ofta visat sig otillräcklig, särskilt när förändringen berör professionsöverskridande samverkan och systemövergripande strukturer.

"Help it happen" representerar ett mellanläge där förändring inte ses som varken helt spontan eller strikt styrd. Istället fokuserar denna strategi på att möjliggöra och stödja lokala förändringsprocesser genom att undanröja hinder, tillhandahålla resurser, skapa forum för lärande och främja samverkan. Här betraktas organisationen som ett komplext adaptivt system, och implementering sker genom förhandling, meningsskapande och sociala mekanismer snarare än teknisk kontroll.

### **Kontextuell känslighet**

En viktig aspekt av Greenhalghs ramverk är synen på omständigheter och kontext. Där "make it happen"-strategin ofta bygger på antagandet att kontexten kan kontrolleras ("all things being equal"), erkänner "help it happen" att kontexten är flerdimensionell, oförutsägbar och dynamisk. Det innebär att framgångsrik implementering kräver:

- Anpassningsbarhet snarare än färdiga lösningar
- Lokalt ägarskap snarare än centrala direktiv
- En förståelse för relationella och kulturella faktorer i organisationen

Med andra ord: medan "make it happen" fungerar bäst i stabila, linjära miljöer, är "help it happen" bättre lämpad för komplexa system med många aktörer och intressen – såsom ett universitetssjukhus.

En senare artikel av Greenhalgh och Papoutsi (2019)<sup>2</sup> utvecklar denna förståelse genom att beskriva spridning och uppskalning inom hälso- och sjukvården som beroende av relationella processer, lokalt förankrat ledarskap och organisatorisk anpassningsförmåga snarare än av tekniska modeller eller styrlogik. Framgångsrik implementering sker, enligt författarna, inte genom direktiv och kontroll, utan genom människor, nätverk och förtroende över tid. Artikeln lyfter särskilt betydelsen av roller som fungerar som gränsgångare eller kunskapsmäklare – aktörer som stödjer, förbinder och översätter mellan olika delar av systemet. Denna förståelse förstärker relevansen av en help it happen-strategi i komplexa, professionsstyrda organisationer.

### **Teoretisk användbarhet**

I denna rapport används Greenhalghs modell som teoretisk lins för att förstå den pågående utvecklingen av SU Hemma. Syftet är inte att värdera olika strategier i absoluta termer, utan att ge ett språk för att förstå olika typer av förändringslogiker, deras konsekvenser och vad de kräver av organisationen. I det sammanhanget kan help it happen ses som en medveten strategi för att möjliggöra systemförändring utan att riva befintliga strukturer, och samtidigt dra nytta av den innovationskapacitet som redan finns i systemet.

---

<sup>2</sup> Greenhalgh, T., & Papoutsi, C. (2019). Spreading and scaling up innovation and improvement. *BMJ*, 365.

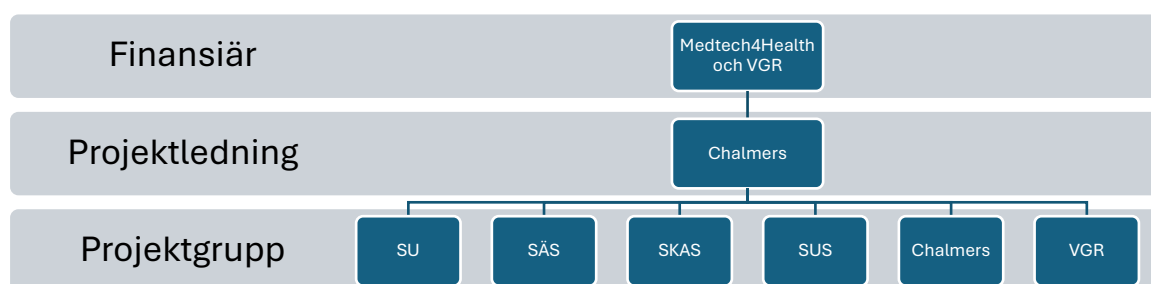
## 2 Två samverkande projektorganisationer

I det här kapitlet beskrivs de två huvudsakliga grupperingar som projektet utgjordes av, hur deras inbördes interaktioner såg ut och fungerade, samt en kort analys av fördelarna och svagheter med denna konstellation.

### 2.1 Samarbetsprojektet Sjukhusvård i hemmet 2023–2025

Under 2023-10-01 – 2025-12-31 finansierade Medtech4Health tillsammans med Miljö- och regionutvecklingsnämnden i VGR, Västra Götalandsregionen, det strategiska projektet ”Sjukhusvård i hemmet”. Medtech4Health är ett nationellt strategiskt innovationsprogram som verkar för att ta fram och implementera medicintekniska lösningar i vård och omsorg. Programmet är ett av sjutton innovationsprogram som – på regeringens uppdrag via Vinnova, Energimyndigheten och Formas – arbetar med, för Sverige, strategiskt viktiga områden med det övergripande syftet att bidra till de globala hälsomålen.

Samverkansprojektet Sjukhusvård i hemmet leddes av projektledare och forskare inom samverkansplattformen Collaborative platform for Healthcare Improvement, CHI, vid Chalmers tekniska högskola. I projektgruppen ingick representanter från VGR:s Innovationsplattformen samt från fyra av Sveriges sjukhus: Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS), Skaraborgs Sjukhus (SKAS) och Skånes universitetssjukhus i Malmö (SUS). Olika professioner var representerade i projektgruppen, exempelvis läkare, verksamhetsutvecklare och projektledare.



Figur 1 Samarbetsprojektet Sjukhusvård i hemmets projektorganisation.

Under CHI:s ledning hölls digitala pulsmöten i projektgruppen å trettio minuter varje fredag för korta avstämningar. Månadsvis hölls två timmars fysiska projektgruppsmöten för kunskapsöverföring och diskussion av vägen framåt. Gruppen organiserade stöd för sjukhusens utvecklingsresor, samt besökte och samverkade vid olika konferenser. Forskarna samlade data om sjukhusens utvecklingsresa vilket kom att bli underlag till ett antal forskningsartiklar. Projektets slutleverans kom bland annat att omfatta: konsoliderad strategi (detta dokument), caserapporter, kunskapsöversikt, nulägesbeskrivning och systeminnovationsanalys.

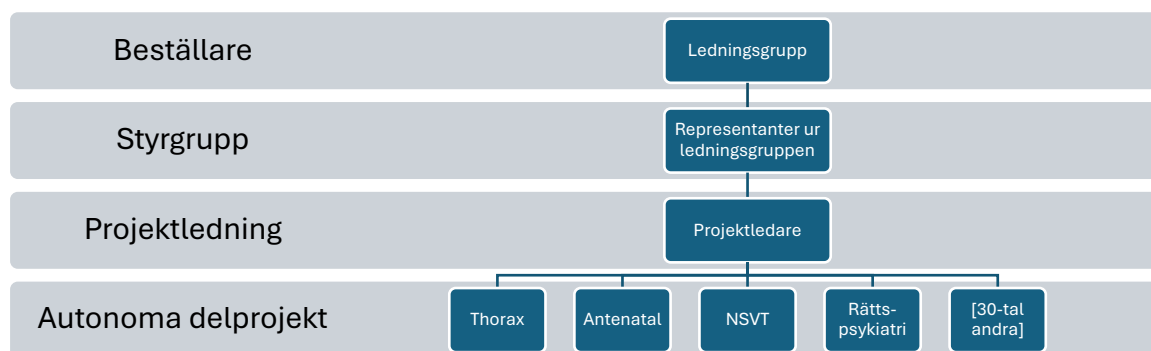
### 2.2 Utvecklingsprojektets SU Hemma 2023–

Initiativet till utvecklingsprojektet togs i maj 2023 då SU:s ledning, i dialog med Chalmers, VGR och andra sjukhus, bestämde sig för att ansöka om medel för att utforska vårdmodellen ”sjukhusvård i hemmet” som börjat växa fram i olika länder.

Finansiering säkrades under hösten och en styrgrupp tillsattes. Under projektets första halvår träffades styrgruppen varannan månad. Under denna tid var aktiviteterna som genomfördes inom ramen för projektet begränsade. I första hand skedde informationsinsatser om att satsningen var på gång.

Projektgruppen i samarbetsprojektet (som beskrevs i föregående avsnitt) sökte under våren 2024 upp avdelningar på sjukhuset som ville testa att arbeta med sjukhusvård i hemmet där Antenatal och Thorax var först ut. Samarbetsprojektets projektgrupp tillhandahöll stöd för deras pilotstudier samt intervjuade personal och patienter som skulle ingå i eller på annat sätt berördes av studierna.

Under sommaren döptes utvecklingsprojektet till Sahlgrenska Hemma (SU Hemma) och det tillsattes en projektledare. Under hösten genomförde projektledaren en nulägeskartläggning som visade att det inom ett trettiotal verksamheter runt om på sjukhuset pågick arbete med bärning på sjukhusvård i hemmet. Närsjuksvårdsteamet (NSVT) låg närmast den internationella definitionen av sjukhusvård i hemmet, men även helt andra varianter fanns, såsom palliativa team, mobilröntgen och – senare, under 2025 – rättspsykiatriska mobila team.



Figur 2 Utvecklingsprojektet SU Hemmas projektorganisation.

Dessa, huvudsakligen decentraliserade, initiativ bedömdes alla kunna omfattas av en bred definition av sjukhusvård i hemmet. De inkluderades därför i initiativet SU Hemma som en sorts autonoma delprojekt. ”Delprojekten” fortsatte att styra sig själva, men SU Hemma erbjöd stöd med kunskapsutbyte och genom att lyssna av systemiska hinder inom och utom organisationen som inte kunde lösas i enskilda verksamheter.

Under 2025 började SU Hemma adressera systemiska hinder i olika forum. Under tiden fortsatte projektet att växa när fler och fler delar av sjukhuset fick nys om satsningen på sjukhusvård i hemmet. Ytterligare en projektledare och ett fåtal stödresurser tillsattes i projektet. Hela tiden var stödet från styrgruppen starkt och uttalat. Vid 2025 års slut växte SU Hemma fortfarande i omfattning, liksom växte samarbeten med andra sjukhus inom och utanför Sveriges gränser. Eftersom denna rapport skrivs inom ramen för samarbetsprojektet avslutas beskrivningen här, men SU Hemma fortsätter sannolikt att växa under en period framöver.

## 2.3 Analys av upplägget med två samverkande projekt

I det här underkapitlet identifieras och analyseras tre aspekter av två-projektupplägget lade grunden för framgångsrik samverkan.

### 2.3.1 Tät kommunikation och generös kunskapsdelning

Tät samverkan mellan projekten, exempelvis genom överlappande projektmedlemmar, lade grunden för djuplodande kunskapsutbyte mellan forskning och praktik. Samverkan gjorde det även möjligt att dra nytta av varandras nätverk vilket möjliggjorde bredare informationsspridning och fler angreppsvinklar på systemiska hinder. Därtill kunde samarbetsprojektet nå fram till läkare och sjuksköterskor ute i verksamheten, både för att ge olika former av stöd och för att samla in forskningsgrundande data.

### 2.3.2 Redundans minskar flaskhalsar

Det bör noteras att överlappande projektmedlemmar skulle ha kunnat leda till flaskhalsproblematik. Detta undveks genom täta möten, att nyckelresurser såsom projektledning förstärktes under projektets gång, samt att båda projekten hade viss redundans i olika roller. Exempelvis kunde olika personer utföra vissa av projektledarnas uppgifter vilket gjorde det möjligt att hålla möten och överföra information utan att projektledarna var närvarande.

### 2.3.3 Olika tidsramar och fokus möjliggjorde växeldragning

De två samverkande projekten hade olika tidsramar och fokus. I början upplevdes de vara i otakt: samarbetsprojektets projektorganisation var på plats och ivriga att komma igång, men utvecklingsprojektet bestod initialt i huvudsak av en styrgrupp. Det rådde osäkerhet kring vad samarbetsprojektet borde eller kunde göra om utvecklingsprojektet inte "kom igång".

Samarbetsprojektets efterfrågan på aktivitet bidrog till tillsättandet av en projektledare i utvecklingsprojektet, varefter aktivitetsnivån accelererade. Stundom blev den mycket hög, men genom att vidmakthålla den utforskande ambitionen kunde samarbetsprojektet stötta projektledaren i att säkerställa tid för reflektion och lärande. Sammanfattningsvis gav projektens olika tidsramar och fokus upphov till ett slags växeldragning som, i efterhand, bedöms ha bidragit till en robust utvecklingstakt.

Det ska noteras att denna rapport skrivs när båda projekten fortfarande pågår. Effekterna av att samarbetsprojektet avslutas medan utvecklingsprojektet fortgår kan därför inte bedömas. Exempelvis skulle det kunna visa sig utvecklingsprojektet får framdriftssvårigheter när symbiosen med samarbetsprojektet försvinner. Emellertid har finansiering för ett nytt, liknande samarbetsprojekt beviljats, varför det finns anledning att tro att de effekterna inte kommer att bli så stora som de hade kunnat bli.

## 3 Från idé till verklighet

Detta kapitel beskriver lärdomar och framgångsfaktorer som identifierats i SU Hemmas förhållningssätt till innovationsprocessen.

### 3.1 Låt ett språk växa fram i den egna kontexten

Begreppet "SU Hemma" tillkom ett drygt halvår in i processen. Fram till dess hade ett långt och deskriptivt namn använts. Det var en uttalad strategi från styrgruppens håll att varken använda den internationella definitionen av sjukhusvård i hemmet (Hospital at Home) eller beskriva projektet som "ett införande av sjukhusvård i hemmet". Syftet med detta var dels att bibehålla den explorativa ansatsen, dels att skapa något som var anpassat till SU:s egen kontext. Man antog att en såpass komplex innovation inte skulle gå att kopiera från ett annat sjukvårdssystem. Detta styrks av översättningsteori<sup>3</sup> som säger att kunskap och arbetssätt är kontextberoende. De kan sällan kopieras mellan kontexter utan modifieringar vilka, om överföringen går illa, kan leda till att den ursprungliga kunskapen förvrängs till oigenkännlighet.

SU:s angreppssätt – att utforska internationella benchmarks såsom HaH, ESD, AA, OPAT osv utan att bekänna sig till dem – möjliggjorde för sjukhuset att ha ett brett och inkluderande förhållningssätt till innovationen. Exempelvis kunde ASIH, BB Hemma, Rättspsykiatri m fl dra nytta av SU Hemma. Hade styrgruppen valt att använda den internationella definitionen av HaH hade dessa verksamheter fallit utanför definitionen och behövt fortsätta verka utanför de strukturer och synergier som även de skulle ha dragit nytta av.

Innovation inom många olika områden, som föll mer eller mindre tydligt inom ramen för sjukhusvård i hemmet, uppmuntrades eftersom de alla hade samma ansats; personcentrerad vård utanför sjukhuset. När ett kontextanpassat språk sedan väl börjat växa fram, parallellt med innovationens utbredning och tillhörande organisationsförändringar, kunde projektledningen undan för undan börja strama upp språkbruket till något som tjänade innovationen i stället för något som begränsade den.

### 3.2 Låt det kollektiva lärandet driva innovationen framåt

I detta avsnitt beskrivs olika aspekter av lärande-driven innovation.

#### 3.2.1 Skillnaden mellan "utrullning" och "lärande-drivet"

Det är vanligt att beskriva införanden av ny teknik eller arbetssätt som "utrullning" av någon väl definierad förändring. I sådana processer är det brukligt att själva förändringarna genomförs under kontrollerade former av i förväg utsedda personer. Exempelvis kan det finnas beställare som tar fram underlag för förändringen och stödjande resurser, såsom verksamhetsutvecklare, som ska hjälpa medarbetarna att genomföra förändringen.

I fallet med sjukhusvård i hemmet fanns det ett starkt driv underifrån att förändra verksamheten. Det framgick tydligt av SU Hemmas projektledare kartläggning som visade att det redan pågick eller planerades dylika initiativ runtom i organisationen. Vid den insikten hade det kunnat vara frestande att försöka styra upp alla de pågående initiativen för att skapa någon form av (illusion av) kontroll över utvecklingen.

---

<sup>3</sup> Røvik, K.A. (2016), Knowledge Transfer as Translation: Review and Elements of an Instrumental Theory. International Journal of Management Reviews, 18: 290-310. <https://doi.org/10.1111/ijmr.12097>

SU Hemma valde att inte göra det, utan fokuserade i stället (tillsammans med samarbetsprojektet) på att förstå och ta del av den kunskap som redan fanns i verksamheterna, samt skapa möjligheter för korsbefruktning av kunskap mellan verksamheter. Medan initiativen fick fortsätta att utvecklas, stärkta av den nya vetskapen att deras arbete var efterfrågat på ledningsnivå, fokuserade SU Hemma på att adressera systemiska hinder som verksamheterna råkat ut för och inte kunde rå på själva. I samband med det arbetet började även planer för framtiden ta form, om än i skissartad form för att lämna utrymmet öppet för fortsatt lärande.

### 3.2.2 Framgångsfaktorer

Framgången med ovan beskrivna tillvägagångssätt beror av en kombination av flera faktorer och förutsättningar. Några av dessa är:

**Driv underifrån** Det starka drivet hos sjukhuspersonal och patienter ledde till kreativ problemlösning och energi till framdrift, trots att vården redan är pressad med mycket lite eller ingen avsatt tid för utvecklingsinitiativ av detta slag.

**Starkt stöd från ledningen** Starkt ledningsstöd minskar trycket på projektledningen att införa kontrollstrukturer.

**Systemfokus** Projektledningen fokuserade på att adressera systemiska hinder och lämnade åt verksamheterna att hantera de utmaningar som gick att hantera på verksamhetsnivå.

**Flexibelt stöd** SU Hemma fokuserade på att stötta kunskapsdelning mellan verksamheter, men i vissa fall även med handgripligt stöd för att planera, genomföra och utvärdera pilotstudier. Till sin hjälp i detta hade man samarbetsprojektets resurser.

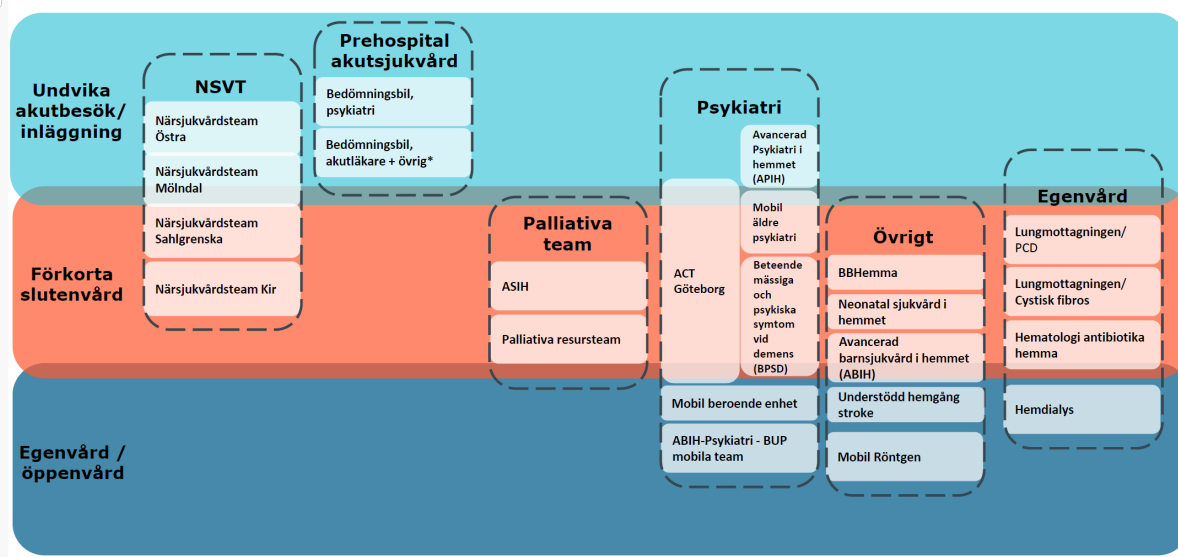
**Många kockar på verksamhetsnivå, men inte ledningsnivå** Den decentraliserade processen uppmuntrade många personer i verksamheten att engagera sig. Emellertid bromsade projektledningen aktivt utökningen av stödresurser på projektledningsnivå för att undvika att administrationen snabbare än innovationen.

### 3.2.3 Nyckelaktiviteter

Under projektet genomfördes ett antal nyckelaktiviteter som underlättade och drev på det kollektiva lärandet, nämligen löpande nulägeskartläggning, forum för kunskapsöverföring och tid för reflektion.

**Kontinuerlig nulägeskartläggning** (som omnämndes i kapitlet Utvecklingsprojektets SU Hemma 2023–) innebar att projektledaren för SU Hemma intervjuade personal runtom på sjukhuset för att kartlägga vilka initiativ som redan pågick eller var planerade som hade bäring på sjukhusvård i hemmet. Denna kartläggning uppdaterades kontinuerligt när nya initiativ tillkom. I denna kartläggning var det även hjälpsamt att göra distinktionen mellan de två olika strategierna inom HaH, admission avoidance (förhindrar inläggning) och early supported discharge (förkorta slutenvård). Den blev grunden för sjukhusets kommunikation kring SU Hemma framdrift, samt fungerade som en språngbräda för lärande kring vad som redan pågick på sjukhuset och vad som skulle kunna pågå vid jämförelse med andra länder.

## Nuläge: Etablerade modeller Sahlgrenska US



Figur 3 Exempel på illustration baserad på "inventering" av olika förekomster av Sjukhusvård i hemmet på Sahlgrenska

**Underlättande av kunskapsöverföring i verksamheten** Det uppstod en flaskhalsproblematik kring den sjukhuspersonal som gick i spetsen för utvecklingsprojektet. Exempel på sådana personer var projektledaren för SU Hemma, verksamhetschefen för Närsjukvårdsteamerna och projektledarna för pilotstudierna. Genom sitt engagemang samlade dessa personer på sig mycket kunskap på kort tid och blev därför kunskapsbärare som forskare, beslutsfattare och sjukhuspersonal ville lära mer av. För att åtgärda och förebygga flaskhalsproblematiken, men även för att överlag skynda på kunskapsspridningen, organiserade projektet flera dialogforum och "spridningskonferenser". Dessa riktade sig framförallt till aktörer inom sjukhuset, men även till viss del till andra aktörer som berördes av förändringen, exempelvis primärvården och andra sjukhus. Dialogforum fungerade som en arena där representanter från pilotfallen delade sina erfarenheter och lärdomar. Deltagare från olika delar av sjukhuset, som själva valt att delta utifrån intresse, lyssnade till dessa berättelser och gjorde sina egna tolkningar och översättningar av innehållet. Det som presenterades kunde ofta översättas i den egna verksamheten och anpassas till den aktuella patientgruppen och lokala förutsättningar. Forumen modererades av projektledare för SU Hemma, men noterbart är att det inte handlade om att avrapportera eller information, utan stimulerande till en kollegial dialog. På så sätt stimulerade forumen ett kollegialt lärande och en dynamisk, självgående spridning av kunskap inom sjukhuset.

**Tid för reflektion i projektledningen** Samarbetsprojektet med akademien som pågick parallellt med SU Hemma gav upphov till schemalagda tillfällen för reflektion, exempelvis vid intervjuer och workshoppar. Överlag hade projektledningen ett reflekterande förhållningssätt, i linje med den explorativa ansatsen. Tillfällena för reflektion möjliggjorde tid för att göra återblickar, analysera vad som gjorts och befästa lärdomar inför framtiden.

### 3.3 Stötta i stället för att kontrollera för att växa innovationen

I linje med det lärande-drivna förhållningssättet är det viktigt som projektledare och ledning att vara ödmjuka inför att innovation drivs av de som arbetar i verksamheten. Det är läkare, sjuksköterskor, verksamhetsutvecklare och patienter som gör förändringar i sina arbetssätt, som utvecklar ny kompetens, som lär sig, sprider kunskap och som ändrar sina beteenden. Det är själva innovationen; organisationer består av människor och det är inte organisationer som förändras utan människorna i den.

Med detta förhållningssätt framstår det tydligt att den projektledning och ledning som vill ”skala upp” (eller hellre ”växa” vilket tydligare signalerar kontextberoende) en innovation av detta slag behöver stötta lärandet, inte kontrollera det. Sjukhusvård i hemmet och dylika systemomfattande innovationer är för komplexa för att kontrolleras, särskilt i en professionstung miljö som sjukvården där expertis och erfarenhet väger tungt både för att skapa legitima och högkvalitativa resultat. Kunskapen och lärandet är distribuerad mellan alltför många aktörer. Det mest värdeskapande arbetet som ledningen kan göra är att stötta genom koordinering, adressering av systemiska hinder och genom att ge legitimitet åt innovatörerna. Hjälp professionerna att mötas, identifiera lösningar och finna problem. Var lyhörda inför deras behov, försök att sätta deras förslag i ett sammanhang som hänger ihop med en övergripande helhetsbild.

### 3.4 Rätt individ på rätt plats i en decentraliserad process

Typiska projektorganisationer består ofta av projektledning, projektgrupp, referensgrupp och styrgrupp. I SU Hemmas fall fanns styrgrupp och, en bit in i processen, en projektledning, men varken regelrätta projektgrupper eller referensgrupper. I stället fanns pilotstudier och ambassadörer för förändringen på alla nivåer i organisationen, som i sin tur var mer eller mindre formellt organiserade i projektgrupper. Lärdomen av detta är att rätt individ på rätt plats – vare sig det är en engagerad överläkare, en driven verksamhetsutvecklare eller en formellt tillsatt projektledare – kan möjliggöra framdrift i en decentraliserad innovationsprocess. Vad som är rätt individ kommer att skilja sig åt beroende på den systemnivå och kontext den aktuella förändringen sker i, men några gemensamma nämnare är:

**Gränsgångare med helhetssyn** Personer som har sin hemvist i och kunskap inom flera olika sammanhang kan, om de ser till helheten, synliggöra och adressera systemhinder.

**Har andras tillit** Om genom sin profession, erfarenhet eller roll i gruppen. Behöver inte vara en formell ledare för att ha andras tillit och vice versa.

**Positiv människosyn** Projektledningen litade på att personalen i verksamheterna hade kunskap och kapacitet att på egen hand organisera sig, söka kunskap, utforma och genomföra förändringar på ett patientsäkert och effektivt sätt.

**Mod** Samtliga inblandade i projektet, från pilotstudieutförare till ledningsnivå, visade prov på mod. Innovatörerna vågade påbörja förändringar redan innan det fanns en, från ledningens sida, uttalad efterfrågan på dem. Samtidigt vågade ledningen lita på att den kollektiva rörelsen skulle ge positiva effekter, trots att den var svår att överblicka.

## 4 Slutsatser och lärdomar

Utvecklingen av Sahlgrenska Hemma visar att sjukhusvård i hemmet inte växer genom en traditionell ”utrullning”, utan genom en utforskande ansats och ett riktat stöd till lokala initiativ som till vissa delar redan finns. I praktiken innebar det att sjukhuset undvek att låsa fast sig vid en enhetlig modell och i stället lät ett gemensamt språk och ett antal varianter växa fram i den egna kontexten. Det gav utrymme för innovation nära patienten – och gjorde det möjligt att successivt fylla begreppet med ett innehåll och utveckla enhetliga arbetssätt när erfarenheterna blev tydligare. I teoretiska termer är det en *help it happen*-logik: förändringen möjliggörs, kopplas ihop och skyddas, snarare än att detaljstyras.

När stödet riktas mot strukturella trösklar i stället för mot operativ mikrostyrning frigörs handlingsutrymme för teamen, och lärandet blir motorn i utvecklingen. Därför har också språket haft betydelse: att tala om “Sahlgrenska Hemma” i stället för att importera en externt definierad och färdig HaH-definition öppnade för fler relevanta uttryck av samma idé.

Satsningen rymmer samtidigt en medveten spänning. Avsaknaden av tidiga, hårda definitioner och valet att låta flera arbetssätt samexistera kan upplevas otydligt. Den otydligheten har dock varit funktionell: den har skapat utrymme för prövning, justering och korslärande innan gemensamma ramar sätts. Det kräver mod och uthållighet från ledningen att stå kvar i en period av osäkerhet, och tillit till att legitimiteten byggs genom transparens, dialog och resultat.

På ett övergripande plan pekar arbetet mot en systemisk förståelse: sjukhusvård i hemmet är inte ett tekniskifte, utan en omställning av relationer, ansvar och arbetsdelning mellan aktörer. Det förklarar varför spänningen mellan tydlighet och utforskande är oundviklig – men också värdefull, eftersom den driver fram en mer robust och förankrad förändring. Det förklarar också varför små framsteg i koordination och begrepp kan ge stora effekter i vardagen, och varför det är mer verkningsfullt att odla en portfölj av olika lokala tillämpningar än att jaga en enda ”rätt” modell.

Sammanfattningsvis visar Sahlgrenska Hemma att vägen från idé till etablerad vårdform kan gå genom att hålla förändringsresan lagom öppen – men med ett tydligt syfte. Det handlar om att rikta stödet mot de gemensamma trösklarna och låta språk, erfarenheter och ansvarsfördelning mogna tillsammans, tills förändringen blivit en naturlig del av hur vården bedrivs.

För personer vana vid mer traditionell styrning (*make it happen*) kan den utforskande logiken upplevas svår att greppa – var börjar och slutar egentligen ett sådant projekt, och hur säkras ansvar och uppföljning längs vägen? Det är rimliga frågor. Samtidigt ligger ansatsen nära de principer som förknippas med tillitsbaserad styrning – där professioners kunskap, dialog och gemensamt ansvar betonas framför detaljreglering och kontroll. Därmed placerar sig Sahlgrenska Hemma i en bredare rörelse inom offentlig sektor, där styrning i ökande grad handlar om att möjliggöra snarare än att kontrollera. I den meningen är erfarenheterna här inte bara ett exempel på en utveckling av en ny vårdform – utan på ett nytt sätt att förstå ledarskap i komplexa system.