

Sjukhus hemma i praktiken

– en manual för
uppstart

+i medoma

1. Inledning

Sjukhus hemma innebär att patienter får akutsjukvård i sitt eget hem. Med rätt arbetssätt, där hembesök kombineras med digitala tjänster, har vården visat sig kunna levereras med samma eller högre kvalitet som på en traditionell vårdavdelning.

Att etablera och sätta grunderna för ett framgångsrikt Sjukhus hemma-program i en organisation är dock en stor utmaning oavsett kontext. Detta gäller även när vårdnivån adderas till en befintlig hemsjukvårdsstruktur, till exempel palliativ eller annan specialiserad sjukvård i hemmet, alternativt punktinsatsvård via mobila närvårdsteam. Den enkla förklaringen är att det är komplext att leverera dygnet runt-vård för akut sjuka patienter utanför sjukhusets väggar, i synnerhet om det ska göras på ett säkert och resurseffektivt sätt.

En stegvis process i stället för allt på samma gång

En framgångsrik uppstart kräver en strukturerad och stegvis process där de viktigaste förutsättningarna etableras i rätt ordning. Det handlar bland annat om att:

- definiera nya arbetssätt och verksamhetsrutiner
- säkerställa personalresurser och kompetens
- etablera nya arbetsroller och ansvar
- tillgodose tekniska behov, inklusive utrustning, digitala stöd och anpassningar av befintliga system
- fastställa inklusionskriterier och remitterande enheter
- definiera vilka behandlingar som kan och bör erbjudas i hemmet
- upprätta en ledningscentral eller koordineringsfunktion

Förankring med fokus på uppstart och genomförbarhet

Implementeringen av Sjukhus hemma kräver bred intern förankring, exempelvis hos verksamhetschefer, chefläkare, IT, inköp, ekonomi och fackliga representanter. I många sammanhang är även externa aktörer, såsom socialtjänst och kommunal hemsjukvård, viktiga för att vårdleveransen ska fungera i praktiken, särskilt i regioner med stora geografiska avstånd. Ur ett organisatoriskt och finansieringsmässigt perspektiv kan dessutom regionala beslutsfattare behöva involveras tidigt.

Samtidigt innebär det stora antalet intressenter att införanden ofta riskerar att fastna i förankringsfasen. Även om långsiktig finansiering och formella samverkansstrukturer är viktiga för framtida uppskalning, bör de inte utgöra ett hinder för att komma igång. I dessa situationer kan det vara mer ändamålsenligt att starta i liten skala, med tydlig avgränsning i både omfattning och beroenden, exempelvis genom att utgå från en eller ett fåtal interna verksamheter.

I praktiken kan detta innebära att verksamheten inleds inom ramen för befintlig budget, till exempel genom att ett begränsat antal traditionella slutenvårdsplatser tillfälligt konverteras till virtuella vårdplatser med samma personalresurser. När modellen har visat sig fungera i praktiken blir det betydligt enklare att bygga vidare på befintlig struktur och skala verksamheten på ett kontrollerat och hållbart sätt.

Teknikens roll – en viktig men ofta missförstådd fråga

Det är fullt möjligt att inleda Sjukhus hemma-verksamhet med en kombination av fristående system, manuella arbetssätt, telefonkommunikation och enklare dokumentationslösningar. I många verksamheter sker uppstarten på detta sätt.

Samtidigt innebär sådana lösningar ofta att arbetssätten anpassas efter tillgängliga verktyg snarare än att verktygen stödjer ett ändamålsenligt arbetssätt. I praktiken kan detta leda till ett antal strukturella utmaningar, såsom:

- ökad administrativ belastning
- otydliga kommunikations- och ansvarsvägar
- fler potentiella felkällor
- fördröjd reaktion vid klinisk försämring
- minskad upplevd trygghet hos personalen
- en användarupplevelse som inte fullt ut speglar Sjukhus hemma-verksamhetens potential

RISKER UTAN ÄNDAMÅLSENLIGT DIGITALT STÖD

Att starta med manuella arbetsflöden och fristående system skapar strukturella utmaningar:

Ökad administrativ belastning

Dubbeldokumentation, manuella listor och parallella system tar tid från patientnära arbete.

Otydliga ansvarsvägar

Oklart vem som äger ett ärende och hur eskalering sker när.

Fler potentiella felkällor

Manuell hantering ökar risken för missade ordinationer, prover och meddelanden.

Fördröjd reaktion vid försämring

Utan realtidsövervakning riskerar klinisk försämring att upptäckas för sent.

Minskad trygghet hos personal

Otydliga stödstrukturer skapar osäkerhet – svårare att rekrytera och behålla rätt kompetens.

Skev utvärderingsgrund

Verksamheten bedöms utifrån suboptimala förutsättningar – inte sina verkliga möjligheter.

VAD ETT ÄNDAMÅLSENLIGT DIGITALT STÖD MÖJLIGGÖR

Stabila kommunikationsvägar

Klara eskaleringsvägar och realtidsinformation till alla.

Minskad administrativ friktion

Integrerat stöd sparar tid och minskar manuella felkällor.

Skalbar grund från dag ett

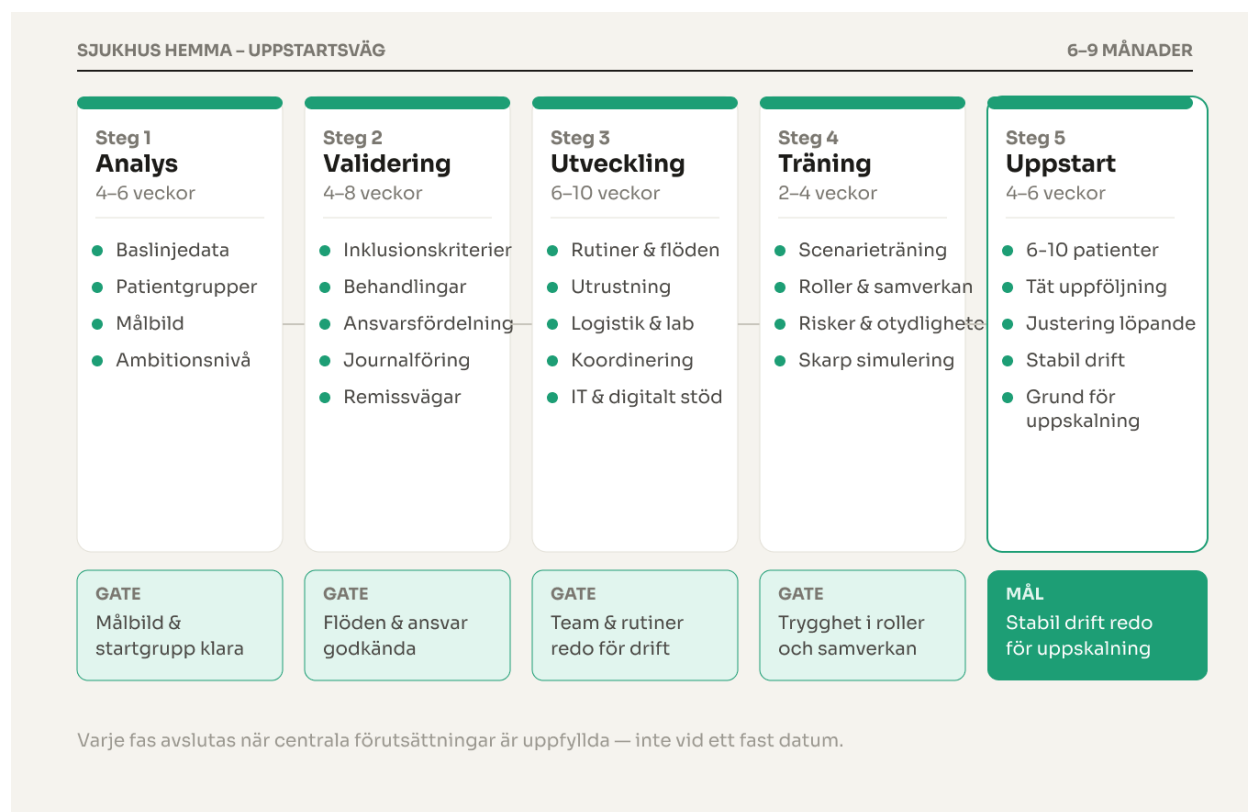
Robust arbetssätt som håller när volymen ökar gradvis.

Det finns därmed en påtaglig risk att vårdformen utvärderas utifrån förutsättningar som inte är optimalt anpassade för dess syfte, vilket kan påverka bedömningar av såväl säkerhet och kvalitet som effektivitet.

Ett ändamålsenligt digitalt verksamhetsstöd syftar därför inte till att införa teknik för teknikens skull, utan till att skapa stabila och sammanhållna förutsättningar för ett robust arbetssätt, särskilt när verksamheten går från uppstart till ökad volym.

Manualens syfte

Denna manual beskriver en praktisk och genomförbar väg från initial analys till trygg drift i liten skala. Utgångspunkten är en uppstart med cirka sex-tio samtidiga patienter, med ett tydligt mandat och en plan för successiv uppskalning i takt med att arbetssätt, samverkan och stödstrukturer etableras.



2. Tidsplanering och styrning

Att införa Sjukhus hemma innebär en verksamhetsförändring som berör flera delar av organisationen samtidigt. För att processen ska vara genomförbar krävs därför en tydlig tidsplan, en strukturerad arbetsprocess och ett uttalat ägarskap. Tidsplanen bör vara realistisk, transparent och förankrad i ledningen redan från start.

Projektorganisation och ansvar

En formell projektledare bör utses med ansvar för planering, samordning och uppföljning av införandet. Projektledaren behöver ha ett tydligt uppdrag från högsta ledningen samt tillgång till organisationens nyckelpersoner för att kunna hantera beroenden och undanröja hinder i ett tidigt skede.

Projektledaren bör stödjas av en tvärprofessionell projektgrupp. Minst följande kompetenser rekommenderas ingå:

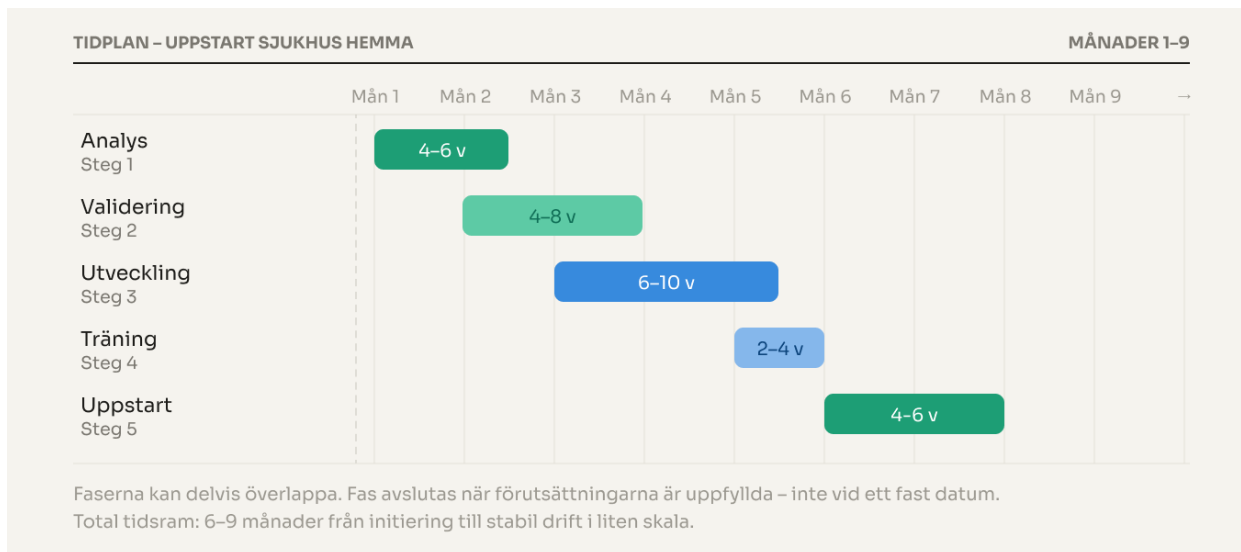
- läkare
- sjuksköterska
- verksamhetsutvecklare
- IT, gärna med beslutsmandat

Projektgruppen behöver ha tid avsatt för arbetet och ett tydligt mandat att driva processen framåt. Om införandet konkurrerar med annan utvecklingsverksamhet utan tydlig prioritering finns en påtaglig risk att arbetet tappar tempo eller stannar upp.

Övergripande tidsram

En typisk uppstart av Sjukhus hemma tar cirka **6–9 månader** från initiering till drift i liten skala, beroende på utgångsläge och ambitionsnivå. Erfarenhetsmässigt är det mer ändamålsenligt att planera arbetet i tydliga faser än att försöka detaljstyra hela förloppet i förväg.

Varje fas bör avslutas först när centrala förutsättningar är uppfyllda, snarare än vid ett fast datum.



3. Stegvis införande – från analys till stabil drift

Ett stegvis införande skapar förutsättningar för kontroll, lärande och justering över tid. Nedan beskrivs fem övergripande steg som tillsammans utgör en praktisk ram för uppstart av Sjukhus hemma.

Steg 1: Analys – definiera syfte och avgränsning

Syftet med analysfasen är att skapa en gemensam och realistisk bild av varför Sjukhus hemma ska införas och vilka behov vårdformen initialt ska möta. Fokus bör ligga på att identifiera ett begränsat antal patientgrupper och ett tydligt användningsområde, snarare än att försöka täcka in alla potentiella tillämpningar.

I praktiken innebär detta att:

- analysera relevanta baslinjedata, exempelvis vårdtider, belägningsgrad och återinläggningar
- identifiera patientgrupper som ofta vårdas inneliggande trots relativt stabilt tillstånd
- tydliggöra vad verksamheten vill uppnå med uppstarten, till exempel avlastning av slutenvård eller förbättrad kontinuitet

Innan nästa steg påbörjas bör: målbild, startgrupp och ungefärlig ambitionsnivå vara tydligt definierade och förankrade.

Steg 2: Validering – säkerställ genomförbarhet

I detta steg provas den tänkta modellen mot verksamhetens faktiska förutsättningar. Syftet är att säkerställa att det valda upplägget är medicinskt, organisatoriskt och juridiskt genomförbart.

Arbetet omfattar bland annat att:

- fastställa inklusionskriterier och remitteringsvägar
- klargöra vilka behandlingar och undersökningar som kan genomföras i hemmet
- definiera ansvarsfördelning vid försämring och återinläggning
- säkerställa att journalföring och ordinationsrutiner fungerar inom befintliga system
- förankra modellen hos berörda verksamheter och stödfunktioner

Innan nästa steg påbörjas bör: centrala flöden, bemanning och ansvar vara fastställda och godkända.

Steg 3: Utveckling – bygg nödvändiga strukturer

Utvecklingsfasen syftar till att etablera de praktiska förutsättningarna för drift, men med fokus på vad som krävs för uppstart i liten skala. Ambitionen bör vara att skapa en stabil grund, snarare än en fullständigt färdig organisation.

Detta innebär exempelvis att:

- ta fram rutiner för inskrivning, daglig uppföljning, eskalering och utskrivning
- säkra tillgång till nödvändig utrustning och läkemedel
- etablera fungerande logistik för provtagning och transporter
- tydliggöra var verksamheten koordineras, exempelvis via en ledningscentral eller virtuell vårdavdelning

Innan nästa steg påbörjas bör: team, rutiner och logistik vara testade och redo för skarp användning.

Steg 4 och 5: Träning och uppstart – etablera trygg drift

Innan de första patienterna tas emot behöver personalen ges möjlighet att träna på arbetsätt och samverka i praktiken. Scenarieträning är särskilt viktig för att identifiera otydligheter och risker som annars först upptäcks i skarp drift.

Uppstarten bör därefter ske kontrollerat, med ett begränsat antal patienter och tät uppföljning. En rimlig utgångspunkt är cirka **sex-tio samtidiga patienter**, vilket ofta ger tillräcklig komplexitet för lärande utan att belasta organisationen överdrivet.

Målet med denna fas är: att uppnå stabilitet i arbetssätt, roller och samverkan innan verksamheten skalas upp.

4. Avslutande reflektioner

Sjukhus hemma är inte ett tidsbegränsat projekt utan en ny vårdnivå som successivt behöver integreras i den ordinarie vårdstrukturen. En lyckad uppstart kännetecknas ofta av:

- tydligt ägarskap och prioritering
- realistisk ambitionsnivå i tidig drift
- fokus på arbetssätt före fullständig teknisk perfektion
- lärande baserat på faktisk verksamhet snarare än teoretiska antaganden

När modellen väl fungerar i praktiken skapas bättre förutsättningar för såväl uppskalning som bredare samverkan.