



CHALMERS

Sjukhusvård i hemmet för behandling av akut hjärtsvikt

En intervjustudie om barriärer och åtgärdsförslag vid implementering av en ny vårdmodell

Kandidatarbete inom Industriell ekonomi

ELMA BESIC
IDA CARLSSON
FANNY DE SUSINI

HANNA EBBING
THELMA HAGMAN
IDA THORBURN

**INSTITUTIONEN FÖR TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION
AVDELNINGEN FÖR INNOVATION AND R&D MANAGEMENT**

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2025
www.chalmers.se
Kandidatarbete TEKX18-25-18

Sjukhusvård i hemmet för behandling av akut hjärtsvikt

En intervjustudie om barriärer och åtgärdsförslag vid
implementering av en ny vårdmodell

Advanced in-home treatment for acute heart failure

An interview study on barriers and purposed measures
for implementing a new care model

ELMA BESIC
IDA CARLSSON
FANNY DE SUSINI

HANNA EBBING
THELMA HAGMAN
IDA THORBURN

Sjukhusvård i hemmet för behandling av akut hjärtsvikt
En intervjustudie om barriärer och åtgärdsförslag vid implementering av en ny
vårdmodell

ELMA BESIC HANNA EBBING
IDA CARLSSON THELMA HAGMAN
FANNY DE SUSINI IDA THORBURN

© ELMA BESIC, 2025
© IDA CARLSSON, 2025
© FANNY DE SUSINI, 2025

© HANNA EBBING, 2025
© THELMA HAGMAN, 2025
© IDA THORBURN, 2025

Kandidatarbete TEKX18-25-18
Teknikens ekonomi och organisation
Chalmers tekniska högskola
412 96 Göteborg
Sverige
Telefon + 46 (0)31-772 1000

Göteborg, Sverige 2025

Gothenburg, Sweden 2025

Advanced in-home treatment for acute heart failure

An interview study on barriers and purposed measures for implementing a new care model

ELMA BESIC HANNA EBBING
IDA CARLSSON THELMA HAGMAN
FANNY DE SUSINI IDA THORBURN

Department of Technology Management and Economics
Chalmers University of Technology

SUMMARY

The need for more inpatient beds in Sweden has increased in response to an aging population. However due to factors such as lack of resources the number of inpatient beds has decreased. Hospital at Home (HaH) is a care concept that can relieve emergency departments by allowing patients to receive care at home through self-monitoring. HaH has the potential to be implemented for patients with heart failure, a common chronic condition among elderly in Sweden. Yet, there are barriers to implementing HaH within the Swedish healthcare system. A care model developed by a project group at Sahlgrenska University Hospital has been a central part of this study which aims to identify barriers to the implementation of the care model and to propose measures to address these barriers.

The research study was conducted inductively and qualitative data were collected through an interview study, a field observation (auscultation), and a workshop. From the interview study, 35 aspects with impact on the implementation of the care model were identified. A subsequent thematic analysis of these factors resulted in the identification of 13 specific barriers for implementation. During the workshop the barriers were validated and prioritized using a PICK chart. The barriers *Different health record systems* (Barrier 2), *Unclear division of responsibilities* (Barrier 11), *Lack of information* (Barrier 12) and *Direct admission not possible* (Barrier 13) were classified as the most critical challenges to implementing the care model.

The conclusion was drawn that most of the identified barriers were caused by the organization's formal structures not being adapted to the intended care model. In the short term, other parts of the organization can compensate for this but in the long term the organization's formal structures need to be changed before implementation can occur.

The report is written in Swedish.

Keywords: Hospital at Home, Implementation, Heart Failure, Barriers, Care, Incongruence

SAMMANFATTNING

Behovet av fler vårdplatser i Sverige ökar som svar på en åldrande befolkning. Däremot har det på grund av bland annat resursbrist antalet vårdplatser istället minskat. Hospital at Home (HaH) är ett vårdkoncept som kan avlasta akutmottagningar då patienten vårdas i sitt hem med hjälp av egenmonitorering. HaH har potential att implementeras för patienter med hjärtsvikt, en vanlig folksjukdom bland äldre i Sverige. Däremot finns det barriärer för att implementera HaH i svensk hälso- och sjukvård. En vårdmodell framtagen av en projektgrupp vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset har varit en central del i denna studie som syftar till att identifiera barriärer för implementering av denna vårdmodell samt att föreslå åtgärder för att hantera barriärerna.

Forskningsstudien genomfördes induktivt och kvalitativ data samlades in via en intervjustudie, auskultering samt en workshop. Utifrån intervjustudien identifierades 35 aspekter med inverkan på implementeringen av vårdmodellen. En efterföljande tematisk analys av dessa faktorer resulterade i att 13 specifika barriärer för implementering kunde urskiljas. Under en workshop validerades barriärerna och prioriterades i ett PICK-diagram. Barriärerna Olika journalsystem (barriär 2), Otydlig ansvarsfördelning (barriär 11), Informationsbrist (barriär 12) och Direktinläggning ej möjligt (barriär 13) klassades som de största utmaningarna för implementeringen av vårdmodellen.

Slutsatsen drogs att merparten av de identifierade barriärerna orsakades av att organisationens formella strukturer inte är anpassade till den tilltänkta vårdmodellen. Kortsiktigt kan andra delar av organisationen eller platsanpassade lösningar kompensera för detta men långsiktigt behöver organisationens formella strukturer förändras innan implementation sker.

Nyckelord: Hospital at Home, Implementering, Hjärtsvikt, Barriärer, Vård, Inkongruens

Förord

Denna studie är ett kandidatarbete vid institutionen för Teknikens Ekonomi och Organisation på Chalmers tekniska högskola i Göteborg. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är skrivet under våren 2025. Att genomföra studien har varit en lärorik och utmanande erfarenhet.

Vi vill tacka våra handledare Sofie Peters och Johan Bergdahl som har gett oss stöttning under våren. Genom kontinuerlig kontakt har de väglett oss genom hela processen och bidragit med värdefulla insikter. Vi vill även uttrycka vår tacksamhet till alla respondenter som har ställt upp i intervjuer. Era erfarenheter och insikter har hjälpt oss till en inblick i organisationen på kort tid.

Nomenklatur

Vårdenhet: Samlingsnamn för organisationer där hälso- och sjukvård bedrivs, såsom sjukhus, vårdcentral, vårdavdelning, hemsjukvård och äldrevård.

Primärvård: Ger öppenvård utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Hemsjukvård: Hembesök av främst sjuksköterskor som förser patienten med lättare vård i hemmet.

Hemtjänst: Omsorg och omvårdnad av äldre i hemmet.

Slutenvård: Patienten är inlagd på en avdelning under en sammanhängande period.

Öppenvård: Patienten får behandling vid en mottagning utan att bli inlagd.

Hospital at Home (HaH): Behandlar akuta och övergående sjukdomsfall där patienten övervakas med hjälp av egenmonitorering och hembesök.

Direktinläggning: Process där patienten transporteras direkt till en vårdavdelning på sjukhus utan att passera akutmottagningen.

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
1.1 Bakgrund	1
1.1.1 Hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige	1
1.1.2 Utmaningar i dagens sjukhusvård.....	2
1.1.3 Sjukhusvård i hemmet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset	2
1.2 Syfte.....	2
1.3 Avgränsningar	2
2 Teori	4
2.1 Hjärtsvikt	4
2.2 Hospital at Home	4
2.2.1 Vårdmodellens utformning.....	4
2.2.2 Samarbete och ansvarsfördelning inom HaH	5
2.3 Förutsättningar för implementering av HaH-inspirerade vårdmodeller	6
2.3.1 Behovet av samordnade journalsystem	6
2.3.2 Prehospital styrning mot direktinläggning för att minska akutintag	7
2.4 Teoretiskt ramverk.....	8
2.4.1 Systemteori	8
2.4.2 Organisationsteori.....	9
2.4.3 Nadler & Tushmans kongruensmodell	10
3 Metod.....	13
3.1 Forskningsansats och aktionsforskningscykler	13
3.2 Intervjustudie och auskultering	13
3.3 Tematisk analys	15
3.4 Workshop	16
3.4.1 Validering	16
3.4.2 Klassificering.....	16
3.4.3 Åtgärdsförslag	17
4 Resultat	18
4.1 Resultat från intervjustudie och auskulteringsmoment	18
4.1.1 Samarbete och kommunikation i gränssnitten mellan olika vårdenheter	18
4.1.2 Patientens upplevelse.....	20
4.1.3 Teknik.....	21
4.1.4 Synsätt och uppfattningar	22
4.1.5 Resurser och arbetsvillkor	23

4.1.6 Ansvar.....	24
4.2 Validering och prioritering av barriärer.....	25
4.2.1 Tillägg och önskemål om eliminering av barriärer under workshop.....	28
4.2.2 Klassificering med hjälp av PICK-diagram.....	28
5 Analys.....	31
5.1 Inkongruenser i Göteborgs sjukvårdssystem.....	33
5.1.1 Inkongruens mellan arbetsuppgift och den formella organisationen.....	33
5.1.2 Inkongruens mellan formell organisation och arbetsuppgift skapar kedjereaktioner	34
5.1.3 Inkongruens mellan individer, formella organisationen och arbetsuppgift...	35
5.1.4 Inkongruens mellan individer och arbetsuppgift.....	35
5.1.5 Patienter som input och output till organisationen	35
5.2 Utmaningar för implementation	36
5.2.1 Journalsystem	37
5.2.2 Otydlig ansvarsfördelning och brist på information till vårdenheter utanför sjukhuset	38
5.2.3 Avsaknad av funktionen direktinläggning.....	38
5.3 Helhetsanalys av inkongruenser i Göteborgs sjukvårdssystem.....	39
6 Slutsats.....	41
7 Förslag på framtida forskning	42
Referenslista	43
Bilagor	49
Bilaga 1: Vårdflödeskarta av vårdmodellen som visats under intervjustudien.	50

1 Inledning

I detta avsnitt presenteras bakgrund, studiens syfte och avgränsningar.

1.1 Bakgrund

Avsnittet ger en övergripande beskrivning av Sveriges hälso- och sjukvårdssystem, sjukhusvård i hemmet samt hur denna typ av vård implementeras idag på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

1.1.1 Hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige

Sveriges hälso- och sjukvårdssystem styrs av flera aktörer på olika nivåer (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023). Den högsta nivån är riksdag och regering som styr sjukvårdens politiska riktning. Regeringen är också uppdragsgivare åt myndigheter som Folkhälsomyndigheten och Inspektionen för vård och omsorg. Fokus i denna studie är det praktiska utförandet av hälso- och sjukvård som bedrivs av Sveriges regioner och kommuner. Dessa verksamheter kommer i denna studie att benämnas med samlingsnamnet vårdenheter och inkluderar sjukhus, vårdcentral, vårdavdelning, hemsjukvård och äldreomsorg.

Regionerna driver majoriteten av sjukvården i Sverige och ansvarar för sjukhus och delar av primärvården som vårdcentraler och nationella sjukvårdsrådgivningen (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023). Primärvård definieras enligt Hälso- och sjukvårdslagen som: "hälso- och sjukvårdsverksamhet som ger öppenvård utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper...som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens" (SFS 2017:30, 2 kap. 6 §).

Kommunerna har ett lokalt ansvar för primärvården och driver vård- och omsorgsboenden med färre avancerade medicinska åtaganden (Sveriges Kommuner och Regioner, 2024). I hela landet, med undantag för Region Stockholm, ansvarar kommunerna för hemsjukvård samt beslutar om och tillhandahåller hemtjänst (SFS 2001:453).

Hemsjukvård innebär att patienten får enklare medicinska insatser i hemmet, främst genom hembesök av sjuksköterskor. Dessa insatser kan innefatta provtagning, administration av läkemedel, medicinsk bedömning och såromläggning (Kunskapsguiden, 2020). Hemsjukvård beviljas främst till dem som har svårt att själva ta sig till en fysisk vårdenhet och har ett långvarigt medicinskt behov.

Hemtjänst syftar till att ge omsorg och omvårdnad av äldre i hemmet och inkluderar hjälp med personlig hygien, förflyttningar och vardagliga sysslor (Kunskapsguiden, 2020). Likt hemsjukvård kan vårdtagare få besök någon gång i veckan upp till flera gånger per dag beroende på behov. Det är en kommunalt anställd biståndshandläggare som beslutar om hemtjänst ska sättas in eller ej.

1.1.2 Utmaningar i dagens sjukhusvård

I Sverige växer sjukhusvård i hemmet fram som ett svar på både nya och historiska samhällsutmaningar (Holmgren & Wissel, 2022; Smith, 2024). Antalet vårdplatser har minskat de senaste decennierna på grund av resursbrist, främst i form av sjuksköterskor, trots att behovet av fler vårdplatser ökar till följd av en åldrande befolkning. Överbelastning av akutmottagningar är ett växande problem och Sverige har den fjärde högsta förekomsten av vårdrelaterade infektioner i Europa, något som kan kopplas till en hög belägningsgrad på sjukhus (Folkhälsomyndigheten, 2024).

När akutmottagningarna blir överfulla ökar väntetiderna vilket påverkar patientsäkerheten och arbetsmiljön negativt (Enam m.fl., 2022). Hospital at Home (HaH) är en strategi för att avlasta akutmottagningarna. Sjukhusvård i hemmet stimulerar även patientens allmänna välmående och ger känsla av självbestämmande och inkludering i behandlingen (Smith, 2024). Flera internationella studier menar dessutom att HaH är ett mer resurs- och kostnadseffektivt arbetssätt jämfört med traditionell sjukhusvård (Ekeholm & Rorsman, 2024; Holmberg & Palmqvist, 2024).

1.1.3 Sjukhusvård i hemmet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset är Sveriges största sjukhus och bedriver organisation i Göteborg och Mölndal vid bland annat Sahlgrenska sjukhuset, Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2023a). Sjukhuset befinner sig i en omställningsfas där sjukhusvård i hemmet lyfts fram som en central del av framtidens vårdmodell (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2023b). Hösten 2023 inleddes projektet *Sahlgrenska hemma* med målsättningen att erbjuda sjukhusvård i hemmet till patienter som tidigare behövt slutenvård där patienten är inlagd på en avdelning under en sammanhängande period (Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2023c). Satsningen syftar till att förbättra patientupplevelsen, höja vårdkvaliteten och patientsäkerheten samt möjliggöra en mer effektiv användning av sjukhusets resurser (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2023b). En projektgrupp vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset har därför tagit fram ett utkast på en vårdmodell för sjukhusvård i hemmet av patienter med akut hjärtsvikt som ligger till grund för denna studie.

1.2 Syfte

Studien syftar till att identifiera barriärer för implementeringen av sjukhusvård i hemmet för patienter med akut hjärtsvikt vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt föreslå åtgärder för att hantera dessa barriärer.

1.3 Avgränsningar

Studien avgränsas till att undersöka organisationen Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Datainsamling sker därför i den avgränsade organisationen även om forskningslitteratur från andra regioner, organisationer och länder används i syfte att utvärdera huruvida lärdomar därifrån kan appliceras på den undersökta organisationen.

Studien avgränsas ytterligare till sjukhusvård i hemmet för hjärtsviktspatienter då både vårdbehov och nuvarande vårdstruktur skiljer sig åt mellan olika patientgrupper. Genom att avgränsa studien till en specifik patientgrupp möjliggörs en mer gedigen analys och tydligt resultat.

Vidare avgränsas studien genom att patienter inte har intervjuats. Intervjuer med patienter kräver en etisk prövning och känslighetsbedömning vilket inte är möjligt att genomföra inom ramen för denna studie. Patientperspektivet har istället belysts med hjälp av litteratur på ämnet samt genom den intervjuade vårdpersonalens erfarenheter.

2 Teori

I detta avsnitt redovisas teorier och operativa aspekter för implementering av sjukhusvård i hemmet för hjärtsviktpatienter. Vidare presenteras Nadler & Tushmans kongruensmodell för att förstå organisationer och deras brister.

2.1 Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en folksjukdom som drabbar ungefär tio procent av Sveriges befolkning över 80 år (Socialstyrelsen, 2018). Hjärtsvikt orsakas av underliggande sjukdomar, såsom hjärtinfarkt, och uppstår då hjärtat inte orkar pumpa ut tillräckligt med blod i kroppen. Detta resulterar i att kroppens celler får syre- och näringsbrist vilket ökar risken för försämrad livskvalitet och förtida död (Hjärt-lungfonden, 2024). Vid hjärtsvikt utsöndras stresshormon för att stärka hjärtat vilket påverkar flera av kroppens andra organ negativt. Personer med hjärtsvikt upplever ofta trötthet, andfäddhet och svullnader orsakade av vätskeansamlingar.

Akut hjärtsvikt innebär en hastig försämring av allmäntillståndet där patienten tappar ork (Hjärt- lungfonden, 2024). Detta kan bero på en hjärtinfarkt eller hjärtrusning i kombination med högt tryck i hjärtat som gör att vätska samlas i lungorna. Vid akut hjärtsvikt uppkommer symptomen plötsligt vilket kan bli livshotande (Rad & Sehlberg, 2022). För att återställa svullnaden i kroppen ges patienten vätskedrivande läkemedel, en behandling som traditionellt sker vid inläggning på sjukhus (J. Bergdahl, personlig kommunikation, 30 januari 2025).

2.2 Hospital at Home

Avsnittet beskriver vårdmodellen HaH samt kraven som ställs på ansvarsfördelning och samarbete vid en implementering av den.

2.2.1 Vårdmodellens utformning

HaH-modellen skapades av forskare vid Johns Hopkins University Schools of Medicine and Public Health i USA år 1995 (Patel & West, 2021). Vårdmodellen visade goda resultat i form av färre vårdrelaterade infektioner, färre antal sjukhusvistelser och ökad patientnöjdhet.

När en patient söker akutvård i HaH-modellen bedöms patientens tillstånd av en läkare. Anhörigas möjlighet att bidra till patientens vård utvärderas och därefter görs enligt Patel och West (2021) en bedömning av hur mycket resurser som krävs för att uppnå en säker vårdmiljö i patientens hem. Om patienten bedöms som lämplig för HaH upprättas, med patientens samtycke, en vårdplan i samråd med läkare. Daglig fysisk eller digital vård ges enligt vårdplanen och administrativa uppgifter sköts av den ansvariga vårdenheten. Digital vård kan innefatta såväl digitala möten som egenmonitorering. Exempel på egenmonitorering är när patienten själv mäter värden såsom blodtryck, kroppstemperatur eller puls och rapporterar detta manuellt till vårdpersonal via text eller telefonsamtal (Andersson, 2021). När patienten uppfyller utskrivningskriterierna

övergår vårdansvaret till en primär läkare och patienten kan återvända till sin vardagliga sysselsättning (Patel & West, 2021).

Trots att HaH är ett etablerat koncept för patientgrupper i länder som USA och Israel, befinner sig Sverige i en utvecklingsfas (Holmberg & Palmqvist, 2024). I Sverige har sjukhusvård i hemmet främst innefattat palliativ vård eller underhållande hemsjukvård av långtidssjuka patienter vilket gör HaH till ett nytt koncept inom den svenska sjukvården (Smith, 2024). Framtidsvisionen är att skapa en förlängd arm av det fysiska sjukhusets avdelning som sträcker sig hem till patienten.

2.2.2 Samarbete och ansvarsfördelning inom HaH

En uppstart av ett HaH-program ställer krav på samarbete mellan aktörer som vanligtvis inte jobbar tillsammans (Borgström, 2023). I North Carolina, USA, genomfördes det år 2022 en studie med syfte att jämföra effekter av olika implementeringsstrategier vid införandet av sjukhusvård i hemmet (Kowalkowski m.fl., 2024). En identifierad framgångsfaktor var utbildningsinsatser. Detta inkluderar klinisk utbildning riktad till vårdpersonal som praktiskt ska utföra vården i hemmet. Utöver detta genomfördes utbildningar för aktörer utanför kärnverksamheten som kommer behöva samarbeta inom ramen för HaH-modellen. Utbildningens fokus låg i att sprida kunskap och medvetenhet kring vårdmodellen genom att adressera vårdmodellens inskrivningskriterier och hur vården inom HaH-konceptet praktiskt planerades att levereras.

En studie vid Icahn School of Medicine at Mount Sinai i New York identifierade tidig etablering av ett välfungerande kontaktnät mellan centrala parter som en nyckelfaktor för implementering av ett HaH-program (Brody m.fl, 2019). Detta gäller samarbete mellan såväl hemsjukvård och äldreården som laboratorier. Studien betonar även vikten av att tidigt involvera andra intressenter som kan komma att påverka programmets implementering. Trots att processen är tidskrävande kan det vara avgörande för att programmet ska fungera i längden.

I Norge genomfördes 2018 en intervjustudie som undersökte vilka faktorer som påverkar inter- och inomorganisatoriskt samarbete i norsk primärvård (Björkquist, Forss & Samuelsen, 2018). Studien fokuserade på vård av äldre med egenmonitoreringslösningar som exempelvis patientlarm. Otydlig ansvarsfördelning mellan vårdenheter och bristen på mötespunkter mellan akutvård och hemvård identifierades som hinder för samarbete och integration. Studien menar att ledarskap är centralt för att bryta ner barriärer för interorganisatoriska samarbeten och att introduktion av ny teknik i sig inte löser existerande samarbetsproblem. Björkquist m.fl. (2018) menar därtill att teknikanvändning begränsar informationsdelning till skriftlig form, vilket inte alltid möter behovet hos vårdpersonalen. Studien drar därför slutsatsen att införandet av ny teknik i sig inte löser utmaningarna med inter- och inomorganisatoriskt samarbete utan att gemensamma strategier samt ett ledarskap som stöttar implementeringen av dessa strategier krävs för att lyckas med samarbete och samförstånd inom primärvården.

I Region Skåne har en anpassad form av John Hopkins HaH-modell varit i bruk sedan pilotprojektet *Akut sjukhusvård i hemmet* inleddes år 2021 (Borgström, 2023). Vårdmodellen innebär att ett mobilt sjukhusteam förser patienten med specialistvård

och monitorering motsvarande de vårdinsatser som utförs vid en sjukhusinläggning samtidigt som primärvård kompletterar med enklare insatser. Då patienten är inskriven i vårdmodellen har det mobila sjukhusteamet medicinskt ansvar för patienten. Projektet drar slutsatsen att akut sjukhusvård i hemmet är tillämpligt i svensk kontext.

Projektets slutrapport betonar hur ett välfungerande samarbete mellan vårdenheter är avgörande för att bedriva vårdmodellen (Borgström, 2023). Gott samarbete säkerställs genom överenskommelser mellan Malmö stads kommun och Region Skåne. En bred grupp från både slutenvården, primärvården och kommunen inkluderades i projektorganisationen (Borgström, 2023) och en tydlig ansvarsfördelning upprättades i dokumentet *Hälsa-vård och omsorgsförvaltningen i Malmö stad, regional primärvård och Akut sjukhusvård i hemmet - Mobilt sjukhusteam* (Vårdsamverkan Skåne, 2022). Dokumentet klargör bland annat vem som ansvarar medicinskt för patienten, hur uppdatering av läkemedelslistor till kommun och primärvård sker samt hur biståndshandläggare ska kontaktas vid behov av upptrappad hemtjänst genomförs (Borgström, 2023). Då patienten skrivs ut ur *Akut sjukhusvård i hemmet* finns även en rutin kallad *samverkan vid utskrivning* där det mobila sjukhusteamet är delaktigt i att kommunicera vidare ansvar för patienten, ofta till en primärvårdsläkare.

Sammanfattningsvis lyfter ovan studier att samarbete, utbildning och involvering av aktörer både inom och utanför kärnverksamheten är viktigt vid en implementering av sjukhusvård i hemmet. Det krävs även en tydlig ansvarsfördelning, gemensam strategi och ett aktivt ledarskap. Utan detta blir det en utmaning att implementera nya vårdmodeller.

2.3 Förutsättningar för implementering av HaH-inspirerade vårdmodeller

Avsnittet behandlar förutsättningar som krävs för en implementering av vårdmodeller som bygger på sjukhusvård i hemmet.

2.3.1 Behovet av samordnade journalsystem

I Sverige har nästan varje region ett eget journalsystem och därtill arbetar samtliga vårdenheter inom regionen ofta i olika system (SOU, 2016:2). En konsekvens av detta blir att viktig patientinformation inte automatiskt följer patienten vilket försvårar vårdpersonalens arbete. Samordnade journalsystem är viktigt för att HaH ska fungera effektivt genom att förhindra dubbeldokumentation (Smith, 2024). Därtill beskriver SOU 2023:13 god informationsförsörjning som en grundförutsättning för framtidens vård.

Nationell Patientöversikt (NPÖ) är ett existerande verktyg för nationell sammanhållen journalföring (Region Stockholm, 2024). I dagsläget finns det inget krav på att vårdenheter ska vara anslutna till NPÖ och om en vårdenhet är ansluten till verktyget får den själv bestämma vad den ska dela i systemet. Vidare beskriver E-hälsomyndigheten att en satsning på regional samordning bör ske och att resurser i första hand kommer att läggas på att vidareutveckla NPÖ (E-hälsomyndigheten, 2020). Detta då resurser från olika vårdenheter redan har lagts på att ansluta sig till tjänsten. Utöver NPÖ finns även samordnad vård- och omsorgsplanering (SAMSA) som är ett it-

stöd som erbjuds till offentligt finansierade vårdenheter för att stödja kommunikationen mellan sjukhus, primärvård och kommuner i Västra Götaland (Västra Götalandsregionen, 2024).

Västra Götalandsregionens initiativ Millennium syftade till att införa ett gemensamt journalsystem för alla aktörer inom regionen och förväntades öka både patientsäkerhet och vårdjämsliddhet genom att samla dokumentation, läkemedelsöversikt och kommunikation i ett och samma verktyg (Västra Götalandsregionen, 2025). Införandet av journalsystemet har dock präglats av stora utmaningar till följd av bristande förändringsledning, otillräcklig utbildning och avsaknad av gradvis implementering (KPMG, 2025). Implementeringen pausades därför i november 2024 (Västra Götalandsregionen, 2025).

Ett land med en välutvecklad nationell samordning och delning av journalanteckningar är Estland (Metsallik m.fl., 2019). Syftet med det estniska e-hälsosystemet är att förenkla och minimera byråkratin för vårdpersonal som behöver ta del av en patients tidigare vårdkontakter. Systemet ges ut av ett statligt ägt företag och innehåller patientjournaler för alla medborgare i Estland. Journalsystemet är en del av Estniska statens större e-system där flera samhällsfunktioner ingår. Samtliga vårdenheter är skyldiga att ladda upp journalanteckningar, diagnoser och röntgenbilder i systemet.

2.3.2 Prehospital styrning mot direktinläggning för att minska

akutintag

Den största patientgruppen på akutmottagningar i Sverige utgörs av äldre patienter (Ekerstad m.fl., 2018). Vanligtvis har de äldre patienterna som söker vård flera sjukdomar vilket kan bli en utmaning för akutvårdspersonalen. Detta då akutmottagningarna ofta har bristande resurser för patientens specifika behov (Johansson m.fl., 2024). Till följd av denna utmaning riskerar patienten längre vistelsetid samt återinläggning på sjukhuset inom 30 dagar.

Direktinläggning är en process när patienten transporteras direkt till en vårdavdelning på sjukhus utan att passera akutmottagningen och syftar till att hänvisa patienten till rätt vårdnivå och medicinsk kompetens redan från början (Socialstyrelsen, 2023). En studie utförd i västra Sverige undersökte patientnöjdhet mellan patienter som blev direktinlagda hos en geriatrisk bedömningsenhet gentemot patienter som via akutmottagningen lades in på en akutvårdsavdelning (Ekerstad m.fl., 2018). En geriatrisk bedömningsenhet har resurser som läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter med bred kompetens inom det sociala, psykologiska och fysiologiska. Vårdpersonalen jobbar personcentrerat kring individen och en utskrivningsplan för patienten läggs upp av en specialistsjuksköterska som har kontakt med andra vårdenheter som bland annat primär- och hemsjukvården. Resultatet visade en högre grad av patientnöjdhet hos inlagda patienter på en geriatrisk bedömningsenhet.

En studie om direktinläggning för äldre patienter i Stockholmsregionen undersökte användningen av prehospital styrning i ambulansen för att avgöra vilken vårdenhet som bäst möter patientbehovet (Varg m.fl., 2020). Prehospital styrning innebär att en specialistsjuksköterska i ambulansen använder ett beslutsstödverktyg för att avgöra om

patienten ska transporteras till akutmottagningen, primärvården eller en geriatrisk vårdavdelning. Det säkerställer att patienter får rätt vårdnivå och behandling innan de anländer till sjukhuset. Resultatet visade att nästan 90 procent av patienterna kunde transporteras direkt till primärvård eller geriatrikavdelning istället för akutmottagningen. Sjukhusvistelsen var förvisso längre för patienter som vårdades på geriatrikmottagningen än för de patienter som vårdades på akutvårdsavdelningen men ur ett kostnadsperspektiv var det ändå billigare än vård på akutvårdsavdelning via akutmottagningen.

Direktinläggning utgör en central komponent i utvecklingen av alternativa vårdmodeller för äldre patienter, där vårdbehovet ofta är både omfattande och komplext (Socialstyrelsen, 2023). Direktinläggning, i likhet med HaH, syftar till att effektivisera vårdflöden genom att minska antalet vårdövergångar och dessutom undvika onödiga vistelser på akutmottagningar (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021). Genom att möjliggöra en mer behovsanpassad och sammanhållen vårdinsats redan i det inledande skedet av vårdkedjan kan direktinläggning resultera i ökad patientnöjdhet, kortare vårdtider och en mer resurseffektiv vårdstruktur (Ekerstad m.fl., 2022).

2.4 Teoretiskt ramverk

I avsnittet presenteras systemteori utifrån organisationsteoretiska perspektiv med särskilt fokus på Nadler & Tushmans kongruensmodell.

2.4.1 Systemteori

Under 1900-talet började vetenskapsmän förstå att komplexa frågeställningar sällan går att besvara enbart genom att vara påläst om varje enskild beståndsdel som frågeställningen tangerar (Skyttner, 2005). Ur detta växte ett holistiskt och tvärvetenskapligt tankesätt att se på komplexa problem. Ludwig von Bertalanffy var biolog och pionjär inom systemteori. Redan år 1950 i en artikel i *American Journal Science*, förklarar von Bertalanffy att alla system, såväl biologiska som tekniska och sociala, har generella karaktärsdrag. Antagandet är grunden för det moderna systemtänkandet som idag appliceras på allt från ekosystem till företag. Skyttner (2005) menar att helheten är mer än summan av delarna. Detta sammanfattar hur systemtänkande övergripande handlar om att se komponenter i sitt sammanhang, som delar i ett system.

Inom systemteori finns öppna och slutna system (Öquist, 2018). Öppna system påverkas av och kan kommunicera med sin omgivning, vilket utvecklar dem. Ofta tar öppna system emot input från omvärlden, vilket inom systemet tolkas och omarbetas till output som lämnar systemet. Slutna system är å andra sidan isolerade från sin omgivning, vilket med tiden leder till sönderfall på grund av bristande anpassning till omvärlden. Ingen händelse inom systemteori sker isolerat utan påverkar alltid andra delar av systemet.

Systemteorin förklarar hur förändringar i flera delar samtidigt antingen kan förstärka eller stabilisera varandra och den totala påverkan på systemet (Nadler & Tushman,

1980; Öquist, 2018). System strävar efter att upprätthålla intern stabilitet och ordning över tid och agerar reaktivt på rubbningar av jämvikten.

Alla system har hierarkiska nivåer där de lägre nivåerna måste anpassa sig efter de högre. I systemteori är gränserna mellan nivåerna, delarna och systemets omvärld centralt och det är av största vikt att nivåerna hålls separerade och är självstyrande i sin organisation (Öquist, 2018). Enligt Jacobsen och Thorsviks (2021) beskrivning av systemteori krävs dock flexibla kopplingar mellan delarna i ett system för att det effektivt ska kunna reagera på signaler från omgivningen. Samtidigt betonar Öquist (2018) att kopplingar mellan systemets delar i form av exempelvis liknande normer, kultur eller vision också är viktigt för att kunna jobba mot ett gemensamt mål. Sammantaget är systemteori ett tvärvetenskapligt ramverk för att förstå komplexa helheter och hur dess delar sammanlänkar och påverkar varandra.

Moderna hälso- och sjukvårdssystem kan med fördel betraktas som öppna system, mer specifikt komplexa adaptiva system (Kuziemsky, 2015). Med detta menas att systemets komplexitet ökar med antalet delar och interaktioner mellan delar. Försök till problemlösning i hälso- och sjukvårdsorganisationer utan detta synsätt resulterar ofta i att nya friktioner uppstår på en annan plats i organisationen eftersom förståelse för delars sammanlänkning saknas. Tankesättet blir speciellt viktigt när utvecklingen pekar mot vårdmodeller där patienter vårdas av olika vårdenheter som förväntas komplettera varandra.

2.4.2 Organisationsteori

Organisationsteori syftar till att förstå och förklara vad som sker inom en organisation samt att använda denna förståelse för att förbättra organisationen (Lindkvist m.fl., 2014). Begreppet organisation kan ha många olika betydelser, såsom företag i sin helhet eller företags olika strukturdrag. Enligt Jacobsen och Thorsvik (2021) kan en definition av begreppet organisation förklaras som: "ett socialt system som är medvetet konstruerat för att lösa särskilda uppgifter och uppnå bestämda mål" (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s.17). Hälso- och sjukvården är ett exempel på en komplex organisation, där både teknik, människor och organisationer samspelar (Socialstyrelsen, 2024).

Organisationsteori är ett relativt nytt ämnesområde med flera olika synpunkter vilket gör den svårdefinierad (Lindkvist m.fl., 2014). Exempel på detta är att det finns olika yrkesroller som är intresserade av att undersöka olika teorier inom organisationer. Ekonomer är ofta intresserade av resurser och resursanvändning, medan jurister är intresserade av kontrakt och bestämmelser. Dessutom finns det olika värderingar, attityder och normer som står i konflikt vid analys av organisationer. Enligt Jacobsen & Thorsvik (2021) kan organisationsteorin jämföras med en verktygslåda innehållande en mängd begrepp, kategorier och modeller. Med hjälp av dessa kan förståelse, förklaring och förbättring av organisationer uppnås.

Den moderna formen av organisationsteori utvecklades i början av 1900-talet och präglades av fyra huvudriktningar; Scientific Management, Human Relations, Administrationsteorin samt den Sociologiska byråkratin (Lindkvist m.fl., 2014). Det blir därmed tydligt att organisationsteori inte ger en enda förklaring, utan att det är flera

perspektiv som tillsammans bidrar till en djupare förståelse för organisationer och dess processer.

2.4.3 Nadler & Tushmans kongruensmodell

I avsnittet beskrivs Nadler & Tushmans kongruensmodell, hur den kan tillämpas för att analysera organisatoriska relationer samt modellens styrkor och svagheter.

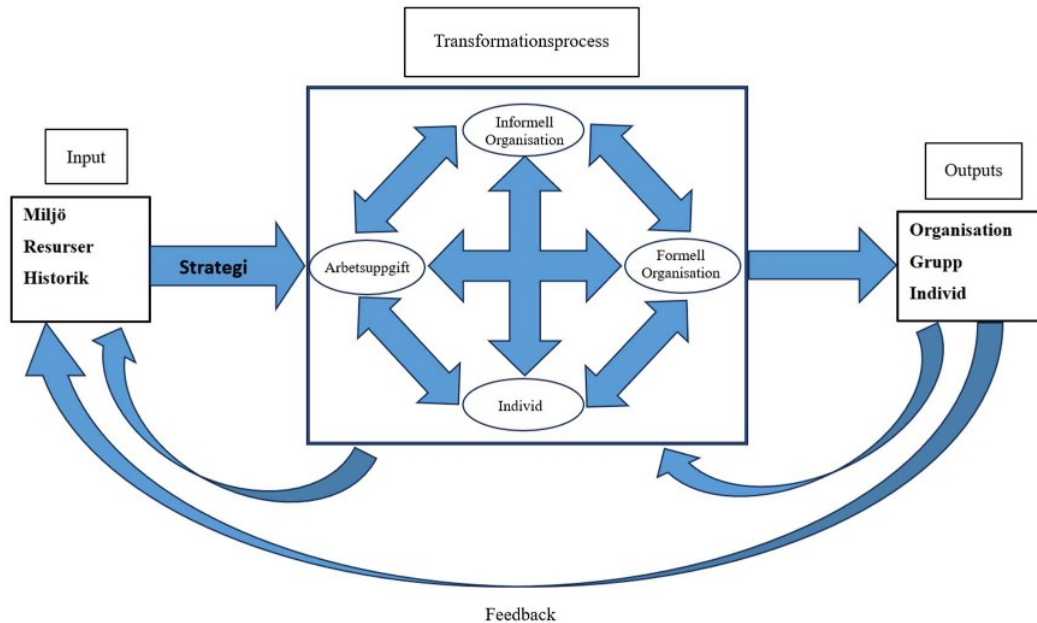
Att modellera organisationer med en systemteoretisk ansats

Nadler & Tushman (1980) konstaterar organisationer som komplexa system vars beteende är svårt att både styra och förändra för den som leder dem. För att förstå och hantera brister i en organisation behövs verktyg. Ett sådant verktyg exempelvis kan vara en konceptuell modell. Nadler och Tushman tar stöd i systemteori och forskning kring organisatoriskt beteende när de utvecklar en generell modell över organisationer och dess inneboende beteendemönster. Detta med intentionen att skapa ett användbart analysverktyg vid diverse organisatoriska förändringar.

Baserat på bland annat Daniel Katz och Robert L. Kahns systemteoretiska forskning om hur organisationer interagerar med sin omgivning betraktar Nadler & Tushman (1980) en organisation som ett öppet socialt system med interagerande delar enligt systemteori. De menar vidare att organisationens effektivitet beror på hur väl systemets komponenter är i kongruens med varandra. Detta baserar de bland annat på sociologen och forskaren George Homans teorier om sociala processer i organisationer samt James Seiler, Jay W. Lorsch och Alan Sheldons teorier om hur kompatibiliteten mellan delar i en organisation påverkar den. Vid praktisk applicering av modellen rekommenderas kompletterande teori för att utvärdera kongruens mellan komponenter i en specifik organisation.

En modell för att beskriva hur delar i en organisation förhåller sig till varandra

Nadler & Tushman (1980) sammanställer i modellen fyra karakteristiska komponenter inom en organisation (Figur 1): *Arbetsuppgift*, det basala arbete som vardagligen utförs för att organisationen ska kunna leverera varor eller tjänster; *Individ*, de karaktärsdrag, kompetens och behov som finns hos individerna i organisationen; *Formell organisation*, de formella strukturer som skapats för att styra organisationens arbete vilket innefattar fysisk arbetsmiljö, HR-system och organisationsdesign; samt *Informell organisation*, informella strukturer och relationer såsom ledarskapsstil, interna relationer och kultur.



Figur 1: Visuell tolkning av Nadler and Tushmans kongruensmodell.

Eftersom organisationen ses som ett öppet system krävs även modellering av samspelet mellan systemet och omvärlden (Nadler & Tushman, 1980). Detta representeras av input och output till systemet. Input till systemet är det som organisationen matas med från omgivningen och består enligt modellen av miljö, resurser, historia och strategi. Miljö innebär det större sammanhanget av grupper och andra system som organisationen samspelar med. Marknader, kunder, fackföreningar, juridiska och finansiella institutioner är exempel på vad som kan ingå i miljö. Resurser kan vara råmaterial, teknik eller kapital. Nadler och Tushman menar vidare att organisationers nutida styrning starkt påverkas av historiska händelser såsom strategiska beslut, ledare eller kriser. Därav är även historia en input till organisationen. Strategi är sedan en handlingsplan för hur organisationen ska använda sina resurser för att anpassa sig till miljöns krav och möjligheter med hänsyn till sin historik. Det är viktigt att strategin preciserar vad för output som organisationen förväntas leverera.

Output är vad organisationen producerar i form av vara eller tjänst samt hur effektivt organisationen fungerar (Nadler & Tushman, 1980). Effektivitet definieras enligt modellen som när den faktiska outputen av organisationen liknar den förväntade output som specificerades i strategin. Output fördelas på tre nivåer: en nivå som undersöker hur väl organisationen når sina mål; en nivå som undersöker hur väl organisationen använder tillgängliga resurser; samt en nivå som undersöker hur organisationen positionerar sig gynnsamt i förhållande till sin omvärld. Modellen påpekar hur grupper och individer inom organisationen påverkar de organisatoriska utfallen och att de därför måste utvärderas som egna nivåer i modellens output. Ibland kan exempelvis minskad stress hos personal vara en output av en strategi. Organisationer blir enligt modellen försedda med information om sin output genom en feedback-loop. De kan därför anpassa transformationsprocessen eller strategin för att uppnå mer önskvärd output.

Styrkor och svagheter med att modellera verkligheten

Kongruensmodellen erbjuder ett simpelt tillvägagångssätt att se till helheten av en organisation (Nadler & Tushman, 1980). Genom att analysera de fyra övergripande komponenterna i organisationen kan modellen hjälpa till att hitta grundorsaker till problem istället för att enbart behandla symptomen av dem. Det finns dock svagheter i modellen kopplat till dess generella ansats.

Att använda Nadler & Tushmans kongruensmodell kan vara en lång process, speciellt för stora organisationer (Sabir, 2018). Dessutom specificerar modellen inte ett direkt sätt att inkludera gruppdynamik in i organisationsanalysen. Att modellen saknar en specifik mall kan vara positivt i många aspekter, samtidigt som det också kan vara en svaghet för att snabbt hitta en beprövad lösning på organisatoriska problem.

Nadler & Tushman (1980) betonar hur kompletterande teori och god inblick i den undersökta organisationen behövs när man praktiskt applicerar modellen. Det är upp till modellens användare att tolka hur bedömningen av kongruens ska göras. Detta kan betraktas som en svaghet eller ofullständighet hos modellen och risken finns att bristen på vägledning gör resultatet otydligt.

Vidare krävs gedigen datainsamling från organisationen inom ramen för modellens fyra kategorier och dess omgivning (Vasileiou m.fl., 2018). Det finns en svaghet i att för lite insamlad data kan generera resultat som inte speglar hela organisationen. Vid analys av en komplex organisation kan slutsatser baserade på för lite data och en otillräcklig urvalsstorlek leda till en felaktig återspeglning av organisationen i sin helhet och hota validiteten av resultatet.

3 Metod

Följande avsnitt presenterar metoderna och tillvägagångssätten som använts i studien.

3.1 Forskningsansats och aktionsforskningscykler

Studien är empirisk och baserades på kvalitativ data. Den utformades som ett aktionsforskningsprojekt enligt Lewins aktionsforskningscykel, som innebär en iterativ process där de fyra stegen planering, handling, observation och reflektion växlar (McNiff, 2013). Denna cykliska metod tillämpades under studiens gång och möjliggjorde justeringar i takt med att nya insikter uppstod i syfte att skapa en vetenskaplig förståelse och samtidigt främja praktiska förbättringar.

Datansamling och analys genomfördes med en induktiv ansats där insikter och mönster tilläts växa fram ur det empiriska materialet. Denna metod är vanlig vid kvalitativ forskning (Pascale, 2011) och användes för att förstå de barriärer som kan uppstå vid implementering av den nya vårdmodellen.

Under en tremånadersperiod genomfördes tre aktionsforskningscykler: *en första cykel* som inleddes med en orienterande litteraturgenomgång, där utkastet av vårdmodellen som tagits fram av en projektgrupp på Sahlgrenska Universitetssjukhus bearbetades iterativt och en vårdflödeskarta (bilaga 1) utvecklades i samråd med projektgruppen; *en andra cykel* där vårdflödeskartan användes för att samla in kvalitativ data genom ostrukturerade intervjuer samt auskultering i den aktuella organisationen, varefter det empiriska materialet analyserades tematiskt och sammanställdes; samt *en tredje cykel* där sammanställd data validerades och prioriterades under en workshop.

Triangulering genomfördes därmed genom att flera kvalitativa metoder kombinerades. Syftet med triangulering är enligt Flick (2018) att övervinna begränsningarna hos de enskilda metoderna och därmed skapa ökad tillförlitlighet. Att parallellt med intervjuerna genomföra auskultering gjorde att data kunde samlas in både sekundärt via vårdpersonal och genom praktisk observation. Den efterföljande workshopen gav därtill ett utvidgat interaktivt sammanhang som användes för validering av tidigare insamlad data.

Primärdata från intervjustudien, auskulteringen och workshopen validerades sedan med sekundärdata i form av utvald litteratur. Detta då användandet av både primär- och sekundärdata stärker studiens tillförlitlighet (Blomkvist & Hallin, 2021).

3.2 Intervjustudie och auskultering

Urvalet av respondenter gjordes initialt utifrån kriteriet att respondenterna skulle vara anställda på Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt ha god inblick i arbetet med sjukhusvård i hemmet. Efter insikter från en preliminär analys av intervjudata kompletterades det ursprungliga urvalet med respondenter från vårdcentraler i Göteborg. Respondenterna kunde därmed delas upp i tre respondentgrupper där två respondentgrupper bestod av sjukhusanställda från olika sjukhus och den tredje

anställda på vårdcentraler. Respondenter från olika delar av organisationen användes i syfte att fånga olika parter upplevelser av samma situation samt få en nyanserad och mångfaldig bild (Dalen, 2015). Antal intervjuobjekt i en kvalitativ intervjustudie kan kopplas till undersökningens syfte och faktorer såsom tid och resurser (Kvale & Brinkmann, 2014). I denna studie genomfördes nio intervjuer där tre respondenter ur respektive respondentgrupp intervjuades enligt Tabell 1.

Tabell 1: Sammanställning av respondenter.

	Respondenter	Alias	Datum för intervju
Sjukhusanställda på samma arbetsplats	Specialistsjuksköterska med erfarenhet av sjukvård i hemmet	”Anna”	11 mars, 2025
	Läkare med erfarenhet av sjukvård i hemmet	”Bertil”	20 mars, 2025
	Specialistsjuksköterska med erfarenhet av sjukvård i hemmet	”Cecilia”	20 mars, 2025
Sjukhusanställda på samma arbetsplats	Läkare med erfarenhet av sjukvård i hemmet	”Eva”	20 mars, 2025
	Läkare med erfarenhet av sjukvård i hemmet	”David”	20 mars, 2025
	Specialistsjuksköterska med erfarenhet av sjukvård i hemmet	”Felicia”	24 mars, 2025
Anställda på tre olika vårdcentraler i Göteborg	Vårdcentralchef	”Gustav”	2 april, 2025
	Allmänspecialist, läkare	”Hans”	4 april, 2025
	Specialistsjuksköterska	”Isak”	7 april, 2025

Respondenterna i studien var anonyma och detta kommunicerades även innan respektive intervju genomfördes. Anonymitet användes för att inte hämma respondenten och uppmuntra till att framföra kritiska åsikter. I studien har respondenterna anonymiserats genom att de tilldelats fiktiva namn och titlarna på respektive respondent har generaliserats.

Intervjuerna baserades på en förslagen vårdmodell för sjukhusvård i hemmet av hjärtsviktspatienter framtagen av en anonym projektgrupp på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Modellen kan i sin helhet inte delas i denna studie då den väntar på publicering. Ett översiktligt visuellt underlag av denna tillsammans med en muntlig redovisning av vårdmodellen är vad som presenterades för respondenterna i intervjustudien. Se bilaga 1 för det visuella underlag som respondenterna fick ta del av.

Intervjustudien följde en ostrukturerad intervjuform. En ostrukturerad intervjuform är en vanlig metod när personerna bakom studien saknar erfarenhet inom det valda forskningsämnet (Evald, Freytag, & Nielsen, 2018). För att undvika att respondenten fastnar i antaganden om vad intervjuaren vill höra, är det viktigt att respondenten besvarar intervjufrågorna utifrån individuella erfarenheter (Gillham, 2008, s.81). Därav ställdes inga ytterligare förbestämda frågor än huvudfrågan och intervjuarna använde enbart sonderande frågor i syfte att hjälpa respondenten förtydliga eller bygga ut sin redogörelse. Samtliga intervjuer inleddes genom att presentera vårdflödeskartan och ställa frågan:

“Vilka potentiella barriärer ser du för implementation av processen som beskrivs i vårdflödeskartan?”

Intervjuerna genomfördes som samintervju (co-interviewing) av två personer. Syftet var att tillföra olika perspektiv och förbättra intervjuatmosfären för att på så sätt stärka forskningsprocessen (Velardo & Elliott, 2021). Två intervjuare gav även bättre möjligheter att följa upp detaljer som den enskilde intervjuaren eventuellt hade missat.

Alla intervjuer genomfördes på plats och i samtycke med respondenten spelades intervjun in med mobiltelefon. Användning av ljudinspelning gav större möjlighet att fokusera på aktiv lyssning samtidigt som ordval, tonfall och pausering dokumenterades. Inspelningen gjorde det även möjligt att återgå till intervjun och lyssna på den igen, vilket enligt Kvale och Brinkmann (2014) resulterar i att missförstånd eller feltolkningar undviks.

Ljudinspelningarna från intervjuerna transkriberades med hjälp av ett transkriberingsverktyg varpå en intervjuare som deltagit på intervjun gick igenom transkriberingen för att korrigera eventuella fel och säkerställa att meningen bakom samtalet fångats. Innan transkriberingsverktyg användes lyssnade en intervjuare igenom materialet för att bedöma om det innehöll känslig information. I förekommande fall transkriberades hela eller delar av intervjun manuellt.

Auskultering, som innebär observation, gjordes hos den enhet där vårdmodellen potentiellt hade kunnat införas och två projektmedlemmar följde var sitt mobilt team för att få insyn i den vård som bedrivs idag. Då författarna inte är en del av organisationen gav auskulteringen möjligheten att orientera sig i vad den tilltänkta vårdmodellen skulle innebära i praktiken vilket ökade förståelsen för varför barriärer uppstår (Czarniawska, 2014).

3.3 Tematisk analys

Tematisk analys är en flexibel analysmetod som inte är bunden till någon specifik teoretisk ansats Braun och Clarke (2006). Metoden användes i denna studie för att strukturera insamlad kvalitativ data med inspiration av arbetssättet som beskrivs av. I enlighet med detta arbetssätt analyserades transkriberad intervjudata genom att varje uttalande från respondenterna identifierades och kodades för att fånga de centrala tankarna bakom deras upplevelser och uttryck. Dessa kodade segment, benämnda meningsenheter, definieras som avgränsade delar av respondenternas uttalanden som

har en tydlig betydelse i relation till studiens syfte och forskningsfrågor (Braun & Clarke, 2006). Meningsenheterna sammanställdes i en tabell för att ge en överskådlig bild av de hinder som respondenterna upplevde för implementeringen av den nya vårdmodellen.

Insamlad data analyserades tematiskt till större och övergripande huvudteman genom att liknande meningsenheter sammanfördes under gemensamma rubriker. I analysen togs även hänsyn till hur många respondenter som nämnt respektive meningsenhet i syfte att synliggöra återkommande mönster. Barriärer för implementering av vårdmodellen sammanställdes i en tabell. Dessa barriärer låg till grund för den efterföljande workshopen.

3.4 Workshop

En workshop genomfördes under en eftermiddag där samtliga respondenter från intervjustudien erbjöds att medverka. Tre av de nio tillfrågade respondenterna medverkade sedan under workshopen. En checklista från Storvang m.fl (2018) med tre huvudämnen användes för att planera workshopen vars syfte dels var att validera insamlad data från intervjuer och dels att gemensamt utveckla potentiella åtgärdsförslag. Workshopen genomfördes i tre moment; validering, klassificering och förslag på åtgärder.

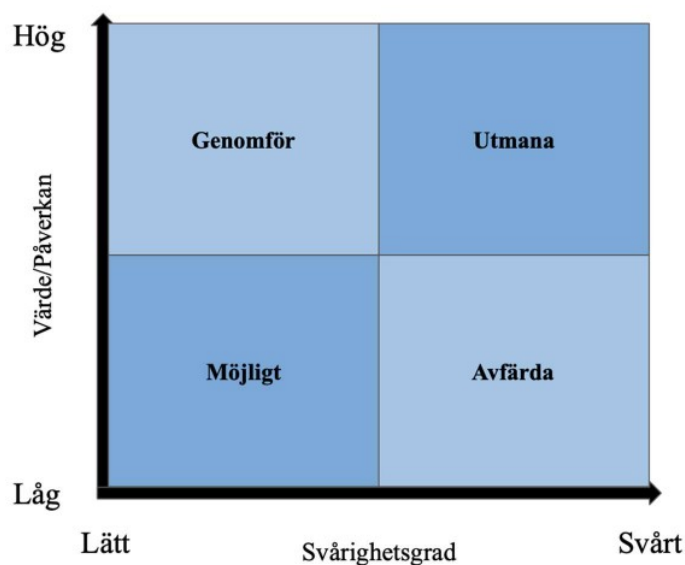
3.4.1 Validering

Först presenterades listan på de identifierade barriärerna för deltagarna. Deltagarna gavs sedan möjlighet att göra justeringar, förtydligande och tillägg i den presenterade listan.

3.4.2 Klassificering

Därefter ombads deltagarna att rangordna de identifierade barriärerna genom att placera in dessa i ett PICK-diagram, baserat på upplevt värde och förväntad svårighet att åtgärda.

PICK-diagram (Figur 2) är ett etablerat verktyg för att prioritera problem eller åtgärdsförslag (University College Dublin, u.å.). Verktöget visualiserar hur värdefull en åtgärd är respektive hur svår den skulle vara att genomföra på två axlar. PICK-diagrammet delas sedan in i fyra rutor: *Möjligt*, som avser åtgärd med lågt värde som är lätt att genomföra och därför bör övervägas; *Genomför*, som avser åtgärd med högt värde som är lätt att genomföra och därför bör genomföras så fort som möjligt; *Utmana*, som avser åtgärd med högt värde som är svår att genomföra och därför bör utvärderas noga innan eventuellt genomförande; samt *Avfärda*, som avser åtgärd med lågt värde som är svår att genomföra och därför bör undvikas. Det rekommenderas att allt som är i rutan *Genomför* skall genomföras först och därefter bör alternativ kopplat till rutan *Utmana* undersökas.



Figur 2: Visuellt tolkning av PICK-diagram.

Deltagarna genomförde denna del tillsammans och kom genom diskussioner fram till en gemensam klassificering av respektive barriär. Varje barriärs värde samt vad som skulle krävas för att övervinna diskuterades och låg till grund för den gemensamma klassificeringen. Workshopdeltagarna placerade inte ut de barriärer som de i det första momentet valde att stryka. Tillagda barriärer placerades däremot i PICK-diagrammet.

3.4.3 Åtgärdsförslag

Det tredje momentet i workshopen var att formulera åtgärdsförslag på de barriärer som i PICK-diagrammet placerats i rutorna *Genomför* och *Utmana*. När workshopen genomfördes tog klassificeringen i PICK-diagrammet längre tid än förväntat och eftersom åtgärdsförslag i de allra flesta fall redan diskuterats av deltagarna i anslutning till klassificering av varje barriär genomfördes detta inte som ett separat moment.

4 Resultat

I detta avsnitt presenteras resultatet från intervjustudien, auskulteringstillfället och workshopen.

4.1 Resultat från intervjustudie och auskulteringsmoment

I detta avsnitt presenteras identifierade områden där hinder och positiva prognoser kan uppstå vid implementering av vårdmodellen.

4.1.1 Samarbete och kommunikation i gränssnitten mellan olika vårdenheter

I detta avsnitt behandlas de hinder som kan uppstå vid samarbete mellan olika vårdenheter samt de utmaningar som bristande kommunikation kan skapa.

Långsam handläggning och bristande samarbete mellan sjukhuset och hemsjukvården leder till onödiga sjukhusinläggningar

Respondenterna är eniga om att ett smidigt samarbete på högsta nivå mellan sjukhuset och hemsjukvården är en grundförutsättning för att vårdmodellen överhuvudtaget ska kunna implementeras. En sjuksköterska exemplifierar det dåliga samarbetet genom att berätta att det inte är förrän personal från sjukhuset besöker patienten som de vet ifall en patient har hemsjukvård eller ej. En läkare nämner samma problem genom att säga:

Om man vill att en sådan modell [vårdmodellen] ska fungera så måste det finnas beslut uppifrån. Så att man kan säga till hemsjukvården att nu kommer ni in och gör det här utan att behöva diskutera mycket fram och tillbaka. (Läkare, Eva)

Alla sjukhusanställda läkare instämmer. En av dessa berättar att den medicinska delen av att behandla en avancerad hjärtsviktspatient i hemmet är genomförbar med de medel sjukhuset har att tillgå idag. Patienterna är dock i stort behov av omvårdnadsinsatser från bland annat hemsjukvård och hemtjänst, vilket kommer skapa problem då sjukhuset inte kan påverka eller påskynda dessa insatser. Respondenter förklarar att processen för att en patient ska få hemsjukvård inkluderar att vårdcentralen skickar en remiss till hemsjukvården som i sin tur kan säga ja eller nej. Detta gör processen långsam. Det långsamma samarbetet kommer att leda till att patienten behöver läggas in på sjukhus av omvårdnadsskäl och inte av medicinska skäl. En sjukhusanställd läkare tror att ett beslut på organisatorisk nivå skulle göra samarbetet skyndsammare.

Vårdcentralschefen berättar att även vårdcentralen upplever processen som långsam och menar att det delvis beror på dubbelarbete. Först bedömer en läkare från sjukhuset att hemsjukvård behövs och skriver en remiss. Därefter ska vårdcentralens läkare som mottager remissen göra en ny bedömning för att kunna kontakta hemsjukvården. Vårdcentralschefen önskar att remissen hade kunnat gå direkt från sjukhusets läkare till hemsjukvården och berättar att:

Det är ju det här dubbelarbetet vi också måste hitta bort ifrån. Det är bättre att vår doktor träffar en patient istället för att skriva en remiss åt en doktor på sjukhuset som redan har gjort en bedömning. (Vårdcentralschef, Gustav)

Gustav upplever också att hemsjukvården är duktiga på att utnyttja möjligheten att neka patienter. Detta är ett stort hinder för implementering av vårdmodellen och något som det krävs riktlinjer kring före implementering. Både vårdcentralschefen och vårdcentralsläkaren upplever dock att det operativa och dagliga samarbetet mellan hemsjukvården och vårdcentralen fungerar bra med veckovisa avstämningar.

Långsam handläggning och bristande samarbete mellan vårdmodellen och hemtjänsten skapar onödiga sjukhusinläggningar

En läkare berättar att om hjärtsvikten hos en patient förvärras kan det plötsligt leda till att patienten exempelvis inte längre kan gå. Att då sätta in akut upptrappning av hemtjänst går oftast inte. Läkaren upplever att biståndshandläggaren ofta är svår att kontakta med kort varsel och förklarar att:

I kommunen är det ju... en funktion som heter biståndshandläggare som då beslutar och beviljar om ha hemtjänst till exempel då... när en person ansöker om det. Och det är en process som kan ta några veckor. (Läkare, Bertil)

I enstaka fall har läkaren varit med om att man kan lösa akut upptrappning av hemtjänstinsatser med rätt kontakter. I resterande fall har patienten blivit inlagd på sjukhus av omvårdnadsskäl. Respondenter från vårdcentraler berättar att även vårdcentralen har mycket lite kontakt med hemtjänsten. En sjuksköterska förklarar att det skulle behövas en biståndshandläggare eller socialsekreterare som är involverad i vårdmodellen för att påskynda processerna.

Olika journalsystem skapar onödigt administrativt arbete för personalen och missgynnar patienten

Majoriteten av respondenterna nämner hur de olika journalsystemen kommer skapa hinder för implementering av vårdmodellen. Flera vårdenheter såsom hemtjänst, sjukhus och vårdcentraler har olika journalsystem och i flera fall har de inte möjlighet att läsa varandras journaler. Under auskulteringen berättar personalen att detta leder till att de inte vet om en patient har insatser från andra vårdenheter förrän de pratar med patienten. Personalen upplever också att det största problemet är avsaknaden av ett regionalt journalsystem. En respondent förklarar att situationen med journalsystemen ibland leder till att personal blir osäkra. På grund av informationsbrist undviker man att ta sig an vissa patienter. Det gör att patienten puttas tillbaka i systemet och exempelvis skrivs in på sjukhus igen, vilket är påfrestande för patienterna.

Flera respondenter tycker att det nuvarande kommunikationsverktyget SAMSA fungerar okej. Man kan inte läsa journaler där utan enbart chatta med varandra.

Alltså det är en bra chattyta liksom. Att man kan prata kring patienten och koppla in kommun och vårdcentral och alla. Det underlättar ju så man slipper sitta i telefon. (Specialistsjuksköterska, Felicia)

Det är flera respondenter som förklarar sin besvikelse över att journalsystemet Millennium inte fungerade som det skulle eftersom det hade underlättat för enheterna att komma åt varandras journaler.

Olika journalsystem skapar tidskrävande och osäkert arbetssätt kring läkemedelslistor

En respondent berättar att de olika journalsystemen gör att olika vårdenheter inte har tillgång till samma läkemedelslista. Om läkemedelslistan uppdateras av en läkare på vårdcentralen är det inte säkert att en läkare från sjukhuset kan se detta när den besöker patienten dagen därpå. Respondenten berättar att det är starka mediciner som skrivs ut och att vårdskador sker på grund av den dåliga samordningen: "Där bränner vi ganska mycket onödigt tid, pengar, energi. Och det sker vårdskador på grund av det" (Läkare, Bertil).

Under auskulteringstillfället observeras hur patienter har flera läkemedelslistor utgivna av olika vårdenheter hemma, ibland med anteckningar från läkare som med bläckpenna har noterat justeringar. Det är svårt för både patienten och läkaren att veta vilken lista som är den aktuella och som ska korrigeras vid försämring.

Avsaknad av standardiserade kontaktvägar mellan vårdenheter skapar tidskrävande administration för vårdpersonal

Under auskulteringen uppdagades en svårighet i att överhuvudtaget få kontakt med en patients vårdcentral. Personalen berättar att det ofta finns ett internt nummer till flera vårdcentraler. Däremot händer det att läkaren måste ringa samma nummer som en vårdsökande privatperson och stå i telefonkö för att få kontakt med rätt vårdcentral och diskutera patienten vilket är tidskrävande. Det visar sig att det inte finns någon officiell sammanställning av telefonnummer för att snabbt nå administrationen på exempelvis vårdcentraler. Detta är tidskrävande. Däremot anser personalen att det är en viktig del av jobbet att hjälpa patienter att kontakta rätt vårdenhet och lotsa dem i systemet. Samtidigt ser personalen det som en svår uppgift att direkt överföra till någon som inte känner till patienten.

4.1.2 Patientens upplevelse

I detta avsnitt behandlas de förväntade effekterna av vårdmodellens implementering på patienternas vårdupplevelse.

Patienter föredrar sjukhusvård i hemmet vilket motiverar implementering av vårdmodellen

Flera läkare, sjuksköterskor och även vårdcentralschefen upplever att majoriteten av patienterna föredrar att vara hemma framför att vara inlagda på sjukhuset. En läkare berättar att patienterna genom sjukhusvård i hemmet får mer tid att vara med sina anhöriga men betonar samtidigt att det finns vissa patienter som inte uppskattar det. En sjuksköterska berättar: "Jag har stött på väldigt få som säger så här att jag vill in till sjukhus. Då kanske det är en annan problematik också. Oro, ångest eller något annat som spelar in" (Specialistsjuksköterska, Felicia).

För att undvika missnöje tycker en läkare att det är viktigt att säkerställa patientens inställning till sjukhusvård i hemmet innan inskrivning i vårdmodellen. Flera respondenter menar att patientens ökade välmående genom att slippa bli inlagd på sjukhus är den största vinsten med vårdmodellen.

Förvirring i vem som ska kontaktas vid försämring samt oroliga anhöriga leder till fler retur till sjukhuset

Några respondenter ser en utmaning med att patienter ofta upplever en förvirring kring vem som ska kontaktas vid försämring. En läkare berättar: "Så fort det blir mycket och rörigt, då vet de inte. Och så ringer man 112" (Läkare, Bertil).

Bertil påpekar även att det finns risk att patienten i sådana situationer åker in till en akutmottagning. Andra respondenter tror att åtgärden på detta problem är att patienten endast har ett nummer att kontakta vid försämring och att personen som svarar kan bedöma situationen och hänvisa patienten till rätt vårdkontakt.

Vårdcentralschefen menar att anhöriga till äldre patienter ofta är mer oroliga än patienten själv och många gånger är de som ringer 112 vid fel tillfälle. Detta är något som sjukhusen inte märker lika tydligt. Enligt vårdcentralschefen vinner man mycket på att inkludera anhöriga i vårdmodellen och ge dem tydliga besked kring vem de ska kontakta och när. Flera anhöriga vill hjälpa och vara delaktiga. En sjuksköterska berättar att patienterna tycker att det viktigaste är att det finns en funktion att kontakta vid försämring och att patienterna bryr sig mindre om vem de får hjälp av så länge hjälpen kommer.

4.1.3 Teknik

I detta avsnitt presenteras hur majoriteten av respondenter inte ser tekniken som ett hinder för implementering av vårdmodellen. Mindre friktioner kan dock uppstå kopplat till äldres förmåga att hantera teknik och fellarm vilket kan skapa tidskrävande logistik.

Felvärden vid egenmonitorering bidrar till mer logistik

"Monitorering tror jag inte är ett stort problem egentligen" (Läkare, David). Trots att flera inte ser det som ett hinder nämns vissa exempel på mindre friktioner som kan uppstå. De sjukhusanställda respondenterna är eniga om att hjärtsviktpatienter kräver simpel egenmonitorering för att bedöma deras tillstånd med fokus på att följa blodtryck, puls, syresättning och vikt. "Man ska inte underskatta våra 90-åringar när det gäller 1177 och andra kommunikationsmedel. Bara de får instruktioner och tydlig stor lapp med stora bokstäver så går det jättebra" (Specialistsjuksköterska, Isak).

Några läkare berättar att den monitoreringsteknik som placeras hemma hos patienterna i framtiden kan komma att larma för felvärden. Exempelvis berättar en läkare att: "Patienter som har hjärtsvikt har inte sällan något som heter förmaksflimmer. Om man då sätter på en vanlig pulsmätare så kan det bli så att den missar vissa pulsslåg" (Läkare, Bertil). En annan respondent berättar att samma sak händer på fysiska sjukhuset hela tiden men att personalen manuellt kan avfärda larmet när de ser att patienten är okej. Då det är svårare att ha koll på patienten i hemmet kommer vårdpersonal eventuellt behöva

åka hem till patienten och kontrollera fellarm. Detta är något som skapar onödig logistik.

Flera respondenter nämner att det redan är en stor tidstjuv med transporter mellan patienter i olika delar av Göteborg. Läkarna betonar dock att de inte ser felvärden hos tekniken som stora hinder eller något som skulle sätta stopp för en implementering av vårdmodellen. Tvärtom har de tro på smidiga tekniska lösningar på problemet.

Äldre patienter som har svårt med egenmonitorering orsakar felaktiga eller oanvändbara mätvärden

Respondenter diskuterar om patienternas förmåga att hantera modern teknik. De förklarar att det är ett problem att äldre patienter är sämre på detta och att det ofta krävs en anhörig som kan hjälpa till. En respondent förklarar att: "Mycket av kontakterna [med vården] är digitala vilket också kan skapa problem för de äldre som inte kan hantera att få kallelser på sin telefon" (Specialistsjuksköterska, Felicia).

Ytterligare en respondent bekräftar att vissa äldre patienter kan behöva hjälp av anhöriga för att klara av egenmonitorering. De ofta har dålig motorik, syn och hörsel som försvårar teknikanvändningen. Alla ovan respondenter talar om att detta är en fråga om användarvänlighet och att tekniken i detta avseende inte borde vara en implementeringsbarriär för vårdmodellen. Flera respondenter menar att man måste våga lita på äldre patienter med teknik och inte se ner på deras förmåga. Om de äldre patienterna dessutom ges tydliga instruktioner finns inga problem i att placera teknik hemma hos dem och att monitorera patienterna hemma.

I kontrast till detta ser vårdcentralsläkaren inte att egenmonitorering av äldre patienter kommer fungera. Många gör inte som de blir tillsagda med läkemedel och det blir därför en enorm utmaning att få patienterna att korrekt mäta och rapportera in sina vitalparametrar.

4.1.4 Synsätt och uppfattningar

I detta avsnitt behandlas hinder som kan uppstå på grund av varierande uppfattningar om vad sjukhusvård i hemmet innebär och negativ attityd mellan olika vårdenheter.

Spridda uppfattningar om vad sjukhusvård i hemmet innebär skapar svårigheter i att lösa en gemensam uppgift

Sjukhusanställda, både läkare och sjuksköterskor, upplever att det är mycket spridda uppfattningar om vad sjukhusvård i hemmet innebär och vad som är sjukhusets huvudsakliga uppgift. Generellt sett jobbar vissa delar av organisationen med vårdplaner, upprepade besök och uppföljningar av patienter som knappt behöver besöka vårdcentralen. På andra håll fokuseras det främst på akutsjukvård. Detta är något som kan skapa problem då organisationen ska lösa samma uppgift i vårdmodellen, menar en läkare. Läkaren berättar också att man ofta på olika håll i organisationen tycker att sin avdelning gör på det rätta sättet.

Negativ attityd gentemot varandra bland vårdenheter orsakar problem när samarbete krävs

En sjuksköterska menar att förståelse och ödmjukhet för situationen behövs från alla inblandade vårdenheter för att samarbetet ska fungera. Just nu upplevs dock att:

Kardiologerna tycker att de vet bäst och hälsovården tycker att de vet bäst. Vårdcentralen tycker att de vet bäst. Sjukhusvården har så lite förståelse mot den kommunala sjukvården. Och den kommunala sjukvården har dålig förståelse mot sjukhuset. (Specialistsjuksköterska, Cecilia)

Med en förbättrad inställning till varandra tror Cecilia att samverkan kan förbättras. Vårdcentralenschefen håller med om att en vilja att hjälpa varandra är av största vikt för att implementering av vårdmodellen ska fungera och säger: "Vi måste jobba tillsammans. Vi måste göra det. Och inte bara säga att nej, det är inte mitt område. Vi måste sluta med det" (Vårdcentralenschef, Gustav).

4.1.5 Resurser och arbetsvillkor

I detta avsnitt behandlas de hinder som kan uppstå relaterat till arbetsvillkor och tillgången till personal och kompetens vid implementering av vårdmodellen.

Kompetensbrist hindrar implementering av vårdmodellen

En respondent upplever att många sjuksköterskor väljer att inte söka sig till sjukhusvård i hemmet av anledningen att: "De blir lite avskräckta för våra arbetsuppgifter. För att de är väldigt mycket... Det ligger rätt mycket ansvar på egna bedömningar. Mer än vad många sköterskor kanske är vana att göra" (Specialistsjuksköterska, Cecilia). Cecilia berättar även att man vid arbete med sjukhusvård i hemmet inte har samma styrning av läkare som på andra arbetsplatser. På grund av detta kan det vara svårt att hitta personal med rätt kompetens till vårdmodellen.

Samma respondent berättar att det är komplext gällande olika anställningsavtal samt att många väljer att jobba på speciella avdelningar då de vill jobba under dagtid. Respondenter ser det som ytterligare en svårighet i att hitta rätt kompetens som vill jobba under kvällar och helger vid en eventuell uppskalning av sjukhusvård i hemmet. En annan sjuksköterska upplever även att det är brist på kompetens hos kommunal primärvård och hemsjukvård vilket inte gynnar samarbetet och arbetsfördelningen vid ett införande av vårdmodellen.

Personalbrist begränsar möjligheten att göra hembesök

En respondent upplever personalbrist vilket hindrar dennes arbetsplats på sjukhuset från att genomföra fler patientbesök i hemmet. Det grundar sig i att flera på arbetsplatsen har kombinationstjänster och är anställda på flera avdelningar samtidigt. Samma respondent upplever en personalbrist hos vårdcentraler vilket gör att vissa av dem inte kan genomföra hembesök. Detta ökar pressen på sjukhuset att ta deras ärenden. Respondenten anmärker att patienterna ibland inte ens vet om att de har rätt till hembesök via vårdcentralerna. Vårdcentralenschefen bekräftar att vårdcentralen uppmanar patienter att besöka mottagningen då hembesök är mycket resurskrävande och "inget man kan strössa med" (Vårdcentralenschef, Gustav). Flera andra sjuksköterskor upplever

en resursbrist i form av sjuksköterskor på sin avdelning och menar att det försvårar uppskalningen av sjukhusvård i hemmet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Otillräcklig tillgång till bedömningsfunktion utanför kontorstid ökar risken för återinläggning

En läkare uttrycker att en 24/7-konsult som känner till patienten och kan svara på frågor är bra att ha vid en utökning av sjukhusvård i hemmet, men funderar på om resurser finns. Det är viktigt att 24/7-konsulten ska kunna läsa patientens journal. I kontrast tror en sjuksköterska att ett direktnummer till sjukhuset kan missbrukas av patienter som kontaktar konsulten vid mindre åkommor som egentligen bör hanteras av primärvården. En annan läkare säger: "Jag tror att om man får drömtänka lite så kan man ju tänka sig att man har en jourbemanning också" (Läkare, David). David syftar på ett eller två team som kan utföra hembesök för bedömningar utanför kontorstid och tror att det minskar risken för återinläggningar under helger och kvällar. Flera respondenter håller med. En läkare nämner att det finns en ambulans som utför detta idag, vilket hade kunnat vara ett alternativ. En sjuksköterska berättar att hjärtsviktpatienter ofta kan vänta några timmar på hjälp men inte flera dagar. En bil som kan göra hembesök mellan ungefär klockan 8-22 både vardag och helg räcker för just hjärtsviktpatienter.

Att patienter inte blir utskrivna ur vårdmodellen är resurskrävande och förvirrande vid ansvarsfördelning

En sjuksköterska med administrativt ansvar uttrycker oro för att ha patienter inskrivna i vårdmodellen hela tiden. Det blir tillslut väldigt rörigt och det finns för få resurser till detta. Med en vårdmodell där patienten inte skrivs ut finns en risk i att det blir en ökad vårdbelastning eftersom patienterna ofta är multisjuka. Sjuksköterskan menar därför att det är viktigt med tydliga krav för att bli inskriven i vårdmodellen. Flera andra respondenter håller med. Vårdcentralschefen betonar att information om riktlinjerna måste vara tydligt även för dem som jobbar utanför sjukhuset.

Avsaknad av funktionen direktinläggning tvingar patienter att passera akutmottagningen

En läkare nämner att det kan vara bra att patienter med sjukhusvård i hemmet kan bli direktinlagda på sjukhuset vid försämring. Detta för att undvika att de får vänta i kö på akutmottagningen vilket inte är optimalt för en patient med akut hjärtsvikt. Det skapar dock en etisk diskussion då de som är inskrivna i vårdmodellen blir direktinlagda medan andra patienter måste vänta på akutmottagningen. Samtidigt är det resurskrävande och resursslösande att ha en plats på sjukhuset som står tom och väntar.

4.1.6 Ansvar

I detta avsnitt behandlas de hinder som kan uppstå till följd av otydlig ansvarsfördelning och brist på gemensamma riktlinjer.

Otydlig ansvarsfördelning skapar svårigheter i det dagliga arbetet

En läkare säger: "Ibland kan det bli lite jobbigt. Man vet inte var ens ansvar slutar och var börjar ditt ansvar egentligen?" (Läkare, Eva). Ansvarsfrågan försvåras ytterligare eftersom många patienter är multisjuka och har behov av olika läkare för olika

åkommer. Det brukar alltid lösa sig, säger Eva, men det kan vara krångligt och otydligt. Majoriteten av respondenterna håller med. En respondent belyser ytterligare en nyans i problemet. Det kan uppstå problem när läkare från olika instanser bedömer en patients tillstånd olika. Exempelvis kan en läkare tycka att en patient behöver palliativ vård medan en annan läkare inte håller med.

Avsaknad av tydliga riktlinjer orsakar osäkerhet och ansvarskonflikter

En respondent förklarar att det måste finnas tydlighet kring vem som bär huvudansvaret över patienten genom att säga: "Alla måste veta vem det är som bär ansvaret. Om patienten blir sämre. Om patienten avlider. Om patienten behöver in på sjukhus" (Specialistsjuksköterska, Felicia). Även vårdcentralchefen önskar tydliga riktlinjer i vem som ansvarar för olika delar av patientens vård. Vidare ser några sjuksköterskor ett hinder i att ha ansvar över en patient med hemsjukvård då man inte kan läsa patientens kommunala journal. En annan respondent uttrycker rädsla för att sjukhuset kommer behöva ta ansvar för patienter som egentligen hör hemma hos exempelvis primärvården, vilket tar tid från deras huvudsyssla som är specialistvård. Detta samtidigt som representanter från vårdcentralen är oroliga för att sjukhuset ska överlåta patienter till dem för tidigt så att de får bedriva specialistvård, när deras huvuduppgift är basvård. Även i denna situation önskar respondenterna skriftliga riktlinjer att förhålla sig till.

Informationsbrist utanför sjukhuset skapar oförståelse för vårdmodellen

Ingen av representanterna från vårdcentralerna har delgivits formell information från högre instans om sjukhusvård i hemmet och införandet av det i Göteborgsområdet, enbart hört rykten. Vårdcentralchefen berättar att hen på ryktesväg har hört att en representant från primärvården eventuellt skulle bli inbjuden i ett samtal med regionen om sjukhusvård i hemmet. Vårdcentralchefen berättar vidare om detta och menar att det är viktigt att både kommunala och privata vårdcentraler är inbjudna i diskussionen kring sjukhusvård i hemmet. Detta eftersom alla måste ha en gemensam bild och vara överens kring konceptet.

4.2 Validering och prioritering av barriärer

Från intervjustudierna identifierades totalt 35 meningsenheter för implementation av den framtagna vårdmodellen vilka presenteras i tabellen nedan.

Tabell 2: Samtliga meningsenheter som identifierades under intervjustudien.

Sammanställning - nämnda meningsenheter	
1.	Långsamt samarbete mellan sjukhuset och hemsjukvården.
2.	Svag kommunikation mellan hemsjukvård och sjukhuset. Det är inte förrän personal från sjukhuset besöker patienten som de vet ifall en patient har hemsjukvård eller ej.
3.	Sjukhuset kan inte påverka eller påskynda hemvårdsinsatser från hemsjukvård och hemtjänst.

4.	Flera led av remisskrivning innan hemsjukvård beviljas. Vårdcentralen skickar en remiss till hemsjukvården som i sin tur kan säga ja eller nej.
5.	Hemsjukvården nekar flera patienter hemsjukvård.
6.	Flera vårdenheter såsom hemtjänst, sjukhus och vårdcentraler har olika journalsystem och i flera fall har de inte möjlighet att läsa varandras journaler.
7.	Skilda journalsystemen gör att olika vårdenheter inte har tillgång till samma läkemedelslista.
8.	Icke-uppdaterade läkemedelslistor. Om läkemedelslistan uppdateras av en läkare på vårdcentralen är det inte säkert att en läkare från sjukhuset kan se detta när hen besöker patienten dagen därpå.
9.	Otydliga läkemedelslistor för patienterna att följa.
10.	Journalsystemet Millennium fungerade inte som det skulle.
11.	Biståndshandläggaren är ofta svår att kontakta med kort varsel.
12.	Vårdcentralen har lite kontakt med hemtjänsten.
13.	Patienter upplever förvirring kring vem som ska kontaktas vid försämring.
14.	Monitoreringsteknik som placeras hemma hos patienterna i framtiden kan komma att larma för felvården.
15.	Tidstjuv med transport mellan patienter i olika delar av Göteborg.
16.	Äldre är dåliga på att använda egenmonitorering och anhöriga krävs ofta som hjälp.
17.	Utmaning att få äldre patienter att korrekt mäta och rapportera in sina vitalparametrar. Läkare upplever att patienter sällan följer rekommendationer.
18.	Spridda uppfattningar om vad sjukhusvård i hemmet innebär och vad som är sjukhusets huvudsakliga uppgift finns på olika håll i sjukhusorganisationen.
19.	Olika delar av hälso- och sjukvården tycker att de gör på det rätta sättet.
20.	Negativ attityd gentemot varandra bland vårdenheter.
21.	Sjuksköterskor söker inte tjänster innefattande sjukhusvård i hemmet då de blir avskräckta för arbetsuppgifterna.
22.	Det är svårt att rekrytera rätt kompetens under kvällar och helger vid en eventuell uppskalning av sjukhusvård i hemmet hos samtliga vårdaktörer.
23.	Personalbrist på sjukhus och vårdcentraler.
24.	Patienterna vet ibland inte om att de har rätt till hembesök via vårdcentralen.
25.	Resursbrist i form av sjuksköterskor på flera vårdenheter.
26.	Det finns ingen jourbemanning för medicinska bedömningar utanför kontorstid just nu.

27.	En vårdmodell där patienten aldrig skrivs ut skapar ökad belastning på sjukhuset och är rörigt.
28.	Patienter kan inte bli direktinlagda på sjukhuset.
29.	Flera patienter är multisjuka och har behov av olika läkare för olika åkommor.
30.	Problem när läkare från olika vårdenheter bedömer en patients tillstånd olika.
31.	Sjukhuspersonal oroliga att de ska belastas med patienter som egentligen är i behov av basal vård och är ämnade åt vårdcentralen.
32.	Tydlighet saknas kring vem som bär huvudansvaret för patienten. Läkare vet ej vart deras ansvar börjar och slutar.
33.	Personal på vårdcentral oroliga att de ska belastas med patienter som egentligen är i behov av specialistvård och är ämnade åt sjukhuset.
34.	Allmän brist på information kring sjukhusvård i hemmet - både till patienter och personal.
35.	Vårdcentralerna har inte delgivits information kring sjukhusvård i hemmet.

Efter en tematisk analys av studiens författare sammanfogades de 35 identifierade meningsenheterna till 12 stycken barriärer för implementering av vårdmodellen. De 12 barriärerna i tabell 3 är vad som visades för deltagarna på workshopen.

Tabell 3: De 12 barriärer som togs fram med hjälp av en tematisk analys.

De 12 sammanfogade barriärerna	
1.	Att få hemsjukvård är en långsam process.
2.	Olika vårdenheter har olika journalsystem.
3.	Upptäckning eller start av hemtjänster är en långsam process.
4.	Förvirring kring var patienten ska vända sig vid försämring.
5.	Äldre patienter kan ha svårt att klara av egenmonitorering.
6.	Ingen samstämmighet inom sjukhusorganisationen kring hur de skall arbeta.
7.	Negativ attityd och låg samarbetsvilja mellan vårdenheter.
8.	Svårt att rekrytera och locka personal med rätt kompetens.
9.	Krånglig administration om patienten aldrig skrivs ut.
10.	Jour hade behövts för att ta hand om patienter utanför kontorstid.
11.	Otydlig ansvarsfördelning.
12.	Brist på information till vårdenheter utanför sjukhuset.

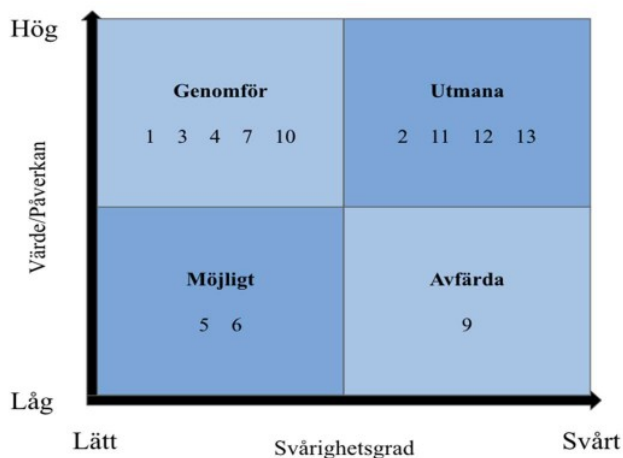
4.2.1 Tillägg och önskemål om eliminering av barriärer under workshop

Syftet med workshoppen var att de 12 barriärerna skulle valideras och placeras ut i ett PICK-diagram av workshopdeltagarna. Workshopdeltagarna enades om att de ville stryka en barriär och lägga till en annan. Barriären som önskades att elimineras var *Rekryteringssvårigheter* (barriär 8), och istället lades en 13:e barriär till i form av *Direktinläggning ej möjlig*. Trots att workshopdeltagarna ville stryka barriär 8 behölls den i listan över barriärer av studiens författare eftersom problematiken nämns flera gånger i intervjustudien och därför inte ansågs möjlig att förbise. Den placerades däremot inte i PICK-diagrammet eftersom deltagarna i workshoppen inte ansåg det vara en barriär för implementering. Resterande barriärer ansågs av deltagarna överensstämna med deltagarnas bild av potentiella barriärer.

Deltagarnas motivering till den tillagda 13:e barriären var att om en patients tillstånd försämras behöver denne åka in till akutmottagningen trots tidigare behandling för sin hjärtsvikt. Detta gäller de flesta patientgrupper och har bidragit till att akuten har blivit "en uppsamlingshink" för alla som behöver vård. Med gamla och sköra patienter beskriver deltagarna att patienten ofta söker vård för ett problem, men skrivs ut med ett annat. Även om detta först togs upp som ett problem som upplevs just nu i vården, såg workshopdeltagarna att det även kunde vara en barriär för den tilltänkta vårdmodellen. Samma barriär nämndes kort av en respondent i intervjustudien men togs bort under den tematiska analysen eftersom det endast nämnts vid ett tillfälle. Att workshopdeltagarna sedan saknade barriären tyder på att den är viktig att beakta vid implementation och inkluderades därför i studien.

4.2.2 Klassificering med hjälp av PICK-diagram

I detta avsnitt presenteras den andra delen av workshoppen där deltagarna diskuterade barriärerna och gemensamt prioriterade dem genom att placera dem i ett PICK-diagram (Figur 3).



Figur 3: Visar PICK-diagrammet ifyllt av workshopdeltagarna.

Möjligt

Deltagarna var eniga om ett åtgärdsförslag gällande barriären *Svårigheter att genomföra egenmonitorering* (barriär 5). Förslaget var att utveckla ett system där inrapportering och mätning sker automatiskt. I dagsläget finns det separata system för detta, men deltagarna uttryckte att det hade varit önskvärt att integrera detta i befintliga system och de kände till fall där det lyckats. Därför bedömdes systemintegration tillsammans med att vara selektiv med vilka patienter som skall använda sig av tekniken som enkla åtgärder att implementera. Deltagarna diskuterade även värdet av egenmonitorering och menade att det hade ett lågt värde för vårdmodellen i stort. En deltagare beskrev att många utanför vårdsystemet tror att egenmonitorering är en stor del av framtidens vård men att de som arbetar med sjukhusvård i hemmet idag sällan ser det som avgörande. Därav placerade deltagarna detta i rutan *Möjligt*.

Kopplat till barriären *Bristande samstämmighet inom sjukhusorganisationen* (barriär 6) upplevde deltagarna på workshopen att man idag har en samstämmig bild av hur arbetet skall gå till och vilka patienter som bör behandlas. Där det idag, enligt deltagarna, inte upplevs lika tydligt är kring frågor kopplat till samarbete med hemsjukvården. Detta menade deltagarna hade kunnat avhjälpas genom gemensamma träffar samt information. I och med att deltagarna inte upplevde detta som ett stort problem i dagens organisation trodde de att en åtgärd av detta skulle vara av lite värde för organisationen. Mot bakgrund av detta placerade deltagarna detta i rutan *Möjligt*.

Genomför

Barriären *Insättning av hemsjukvård är en långsam process* (barriär 1) samt barriären *Upptäckning eller start av hemtjänst är en långsam process* (barriär 3) härstammade enligt workshopdeltagarna från samma problematik. Deltagarna diskuterade att det idag sker dubbelarbete när insatserna skall sättas in. Exempelvis tar processen att sätta in hemsjukvård idag ofta två veckor eftersom sjukhusläkare behöver skriva remiss till en vårdcentralsläkare, denne har en vecka på sig att behandla remissen. Hemsjukvården har i sin tur en vecka på sig att behandla remissen från vårdcentralen. Deltagarnas åtgärdsförslag var att inkludera en biståndshandläggare i den tilltänkta vårdmodellen och att denne skulle vara tillgänglig på helgen för att snabba åtgärder skulle kunna sättas in. Deltagarna menade att åtgärden för att motverka detta dubbelarbete hade minskat väntetiderna drastiskt och att korta ner svarstiderna för enheterna som hanterar remisserna bör vara enkelt. Därav placerade deltagargruppen de två barriärerna i rutan *Genomför*.

Barriären *Förvirring kring kontaktväg vid försämring* (barriär 4) var något som deltagarna klassade som lätt att åtgärda. Ett åtgärdsförslag som gruppen diskuterade var att ge inskrivna patienter ett nummer dit de kan ringa dygnet runt vid försämring och att bedömning kan göras direkt i telefonen. En av deltagarna nämnde att man inom den palliativa vården ger patienter ett nummer och informerar dem om att detta är ett nummer som de ska ringa istället för 112. Deltagaren beskrev detta som väldigt lyckat inom den palliativa vården och trodde att det kan vara möjligt med en liknande lösning för denna vårdmodell. Om ett enda nummer implementeras och patienter och deras anhöriga tydligt informeras menar deltagarna att det kan få en stor positiv inverkan för patienten och anhörigas upplevda trygghet. Deltagarna nämnde även att detta kan vara

en del av att minska vårdens allmänna administrationsproblematik. Mot bakgrund i detta placerade deltagarna denna barriär i rutan *Genomför*.

Barriären *Svag samarbetsvilja* (barriär 7) menade deltagarna hade kunnat åtgärdas utan alltför höga insatser. I diskussionen framkom det att en åtgärd kan vara samverkan mellan sjukhus, avdelningar och kommunala vårdenheter. Detta hade bidragit till att vårdpersonal får en bättre förståelse för den insats och den roll alla aktörer spelar tillsammans i vårdmodellen. Deltagarna beskrev att det inte hade krävts så mycket resurser för att anordna dessa besök och möten, samtidigt som träffarna hade förbättrat samarbetet mellan vårdenheter. Mot bakgrund i detta placerades därför denna barriär i rutan *Genomför*.

Barriären *Jour saknas* (barriär 10) var något som deltagarna trodde skulle kunna lösas genom att tillsätta ytterligare tjänster inom vården där arbetsuppgifterna skulle vara att bemanna en jour för specifikt denna vårdmodell. Att sätta in ett journummer och bemanning bedömde inte deltagarna som svårt, men de uttryckte en oro över att ledningen skulle lägga arbetsuppgiften på en redan existerande instans, vilket skulle skapa otydlighet och en ökad arbetsbelastning. Tillgång till vård under helgen menade deltagarna hade kunnat leda till en lägre belastning på akutmottagningarna och en ökad trygghet för patienten. Denna barriär placerades därför av deltagarna i rutan *Genomför*.

Utmana

Olika journalsystem (barriär 2) var en barriär som deltagarna erfarit i sitt dagliga arbete. En av deltagarna beskriver att anställda på sjukhus kan läsa journalanteckningar från andra sjukhus samt majoriteten av journalanteckningarna från vårdcentralen. Däremot får de inte tillgång hemsjukvårdens journaler och tvärtom. Detta gör att sjukhusanställda ofta inte vet vad patienten tidigare har fått hjälp med från andra vårdenheter samt att anställda inte vet vad de ska förvänta sig när man kommer hem till patienten för besök. Idag har kommunikation skett via handskrivna lappar men deltagarna är överens om det inte är hållbart i längden. Deltagarna beskrev att vården och patientsäkerheten hade förbättrats om alla vårdenheter i regionen hade samma system för att i realtid kunna följa nya uppdateringar. En av deltagarna berättade att det tidigare gjorts försök till att samordna journalsystem och att ett stort problem har varit att man i upphandling valt licenser som sträcker sig över 5 år. Informationsöverföring var femte år skulle vara resurskrävande och när patienter har en komplex sjukdomshistoria finns risken att viktig information går förlorad. Efter diskussionen placerade deltagarna samordning av journalsystemet i rutan *Utmana*.

Otydlig ansvarsfördelning (barriär 11) och *Informationsbrist* (barriär 12) var två barriärer på listan som deltagarna såg starka kopplingar mellan. Otydlig ansvarsfördelning trodde deltagarna främst sker mellan sjukhuset och hemsjukvård eller vårdcentral. Förutom ett samordnat journalsystem och gemensamma möten och utbildningar diskuterades att ta fram listor med vilka patienter som vårdmodellen kan inkludera men det konstaterades att det kunde innebära att, då varje patient är unik, många patienter som hade kunnat haft nytta av vårdmodellen exkluderats. Om en åtgärd gjort att det aldrig var otydligt kring ansvaret för patienten trodde deltagarna att risken för vårdskador hade minskat, vilket hade gett stort värde för organisationen. Däremot

bedömdes detta som svårt att åtgärda och barriär 11 och 12 placerades därför i rutan *Utmana*.

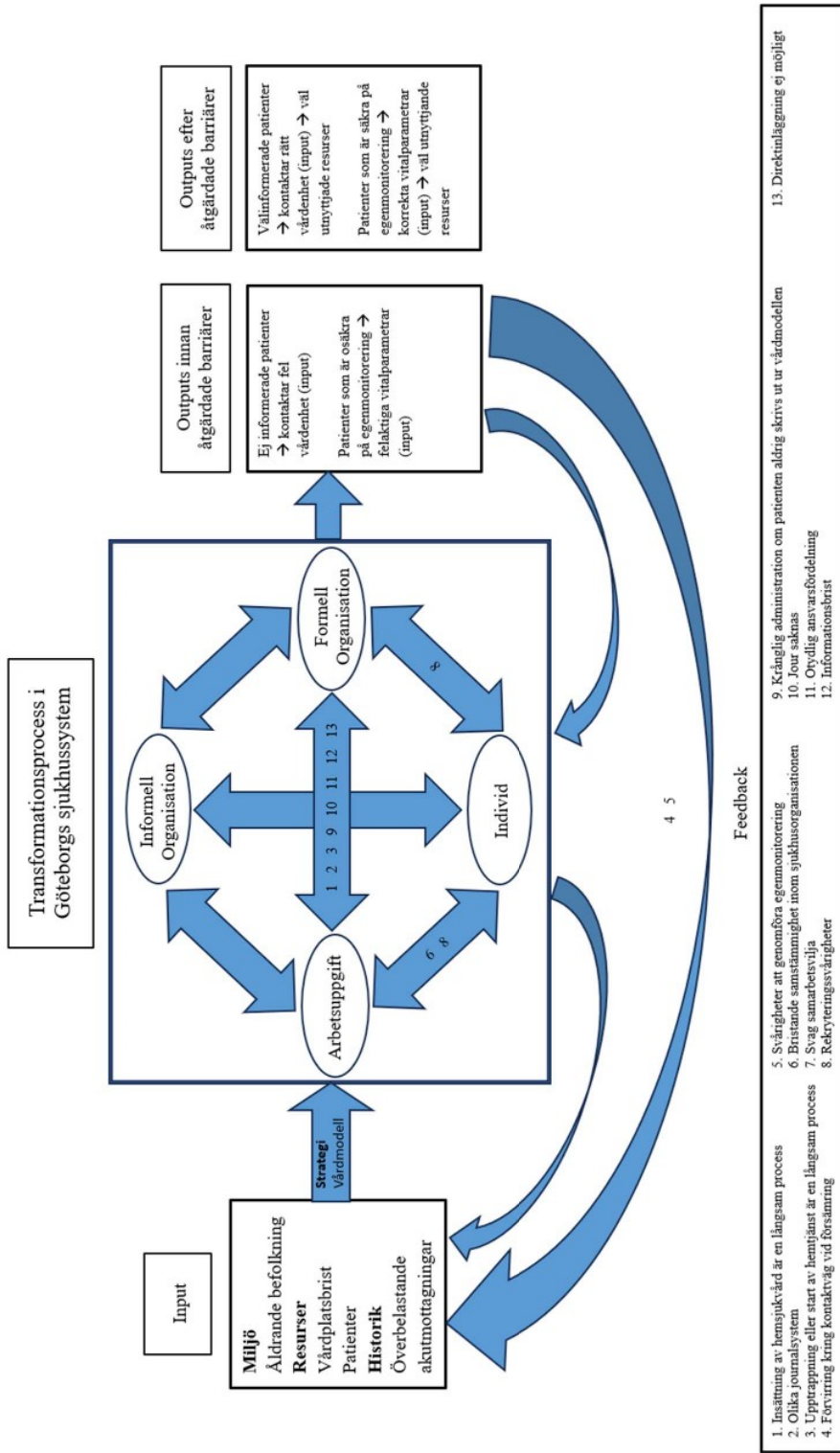
Deltagarna var överens om att barriären *Direktinläggning ej möjligt* (barriär 13) är ett problem idag och som kan bli ett större problem vid implementering av vårdmodellen. I teorin menade deltagarna att det inte skulle vara svårt för ledningen att besluta att all inläggning inte behöver gå via akutmottagningen, men konsekvenserna av detta beslut skulle kunna vara svårhanterliga. En deltagare uttryckte en oro för hur fastställande av antalet vårdplatser som finns till förfogande skulle utföras. Om vårdplatser reserveras för direktinläggning för patienter som vårdades hemma, såg deltagaren en risk i att platsen skulle stå tom och tas från någon som behöver den. Å andra sidan trodde deltagaren att en ledig vårdplats inte skulle vara tillgänglig om en reservation inte sker. Om direktinläggning varit möjligt trodde deltagarna framförallt att patientens upplevelse och förtroende skulle förbättras. Deltagarna uttryckte en önskan om att en patient som skickats hem från en avdelning skulle kunna tas tillbaka till avdelningen direkt vid försämring. Möjlighet till direktinläggning skulle ge patienten en trygghet i att veta att de enkelt kan komma tillbaka. Deltagarna nådde konsensus i diskussionen om att åtgärden för detta skulle kräva stora resurser och tillsammans med den stora nyttan som deltagarna upplevde att detta hade medfört valde de att placera punkten i rutan *Utmana*.

Avfärda

Krånglig administration om patienten aldrig skrivs ut ur vårdmodellen (barriär 9) var en barriär som en av deltagarna hade särskilt intresse för. Deltagaren hade stöd för sina åsikter hos de andra att en vårdmodell där en patient är ständigt inskriven inte bör vara något att eftersträva. Deltagarna menade att en sådan lösning hade orsakat förvirring kring ansvarsfördelning. Ett exempel som lyftes var en hjärtsviktpatient som får en ytterligare åkomma och att olika delar av sjukhusvården skulle hävda att åkomman var kopplad till hjärtsvikten och andra inte. Gruppen av deltagare var överens om att inskrivning är något som idag hjälper mycket vid frågor om ansvar och parallella inskrivningar kan förstärka den identifierade problematiken med ansvarsfördelning. En implementering av en vårdmodell där en patient ständigt är inskriven hos en vårdenhet och samtidigt vara inskriven vid en annan, skulle ha begränsad positiv effekt - både för patientens upplevelse och för vårdens organisation. Deltagarna bedömde även att mycket tid och resurser skulle krävas för att få till ett fungerande system och därför valde de att placera punkten i rutan *Avfärda*.

5 Analys

I avsnittet presenteras en analys av grundorsakerna till identifierade barriärer med grund i Nadler & Tushmans kongruensmodell samt förslag på hur de kritiska barriärerna kan överbryggas. Avsnittet avslutas med en sammankoppling mellan inkongruens och de kritiska barriärerna (Figur 4).



Figur 4: Illustration av identifierade och validerade implementeringsbarriärer kategoriserade enligt Nadler & Tushman's kongruensmodell.

5.1 Inkongruenser i Göteborgs sjukvårdssystem

Nadler & Tushmans kongruensmodell används som verktyg för analys. Organisationen är Göteborgs sjukvårdssystem. Som svar på en åldrande befolkning vilket ger fler vårdsökande (miljö), historik av överbelastade akutmottagningar och platsbrist på sjukhusen (resurs) har organisationen tagit fram en strategi. Detta i form av en vårdmodell för sjukhusvård i hemmet av hjärtsviktpatienter. Patienter befinner sig i organisationens miljö men kan också antas vara resurser eftersom de förädlas i organisationens transformeringsprocess. Analys av respektive barriär med stöd i kongruensmodellen förväntas resultera i svar på huruvida barriärer uppstår som symptom på organisatoriska inkongruenser eller inte.

5.1.1 Inkongruens mellan arbetsuppgift och den formella organisationen

Flera respondenter samt hjärt- lungfonden (2024) nämner hur hjärtsviktpatienter plötsligt kan förlora mobilitet och behöva hjälp med vardagliga aktiviteter. Organisationens arbetsuppgift förändras då från att enbart innefatta avancerad medicinsk vård av patienten till att också inkludera vardaglig omvårdnad. Att besvara upptrappningen av arbetsuppgiften blir avgörande för att organisationen ska fullfölja sin strategi att leverera sjukhusvård i hemmet till hjärtsviktpatienten. Metoden för att förse patienter med hemsjukvård och hemtjänst är formella processer (formell organisation enligt kongruensmodellen). Processerna innebär remisskrivning mellan flera vårdenheter eller kontakt med en kommunalt anställd biståndshandläggare. I intervjustudien framkom det kopplat till barriärerna *Insättning av hemsjukvård är en långsam process* (barriär 1) och *Upptrappning eller start av hemtjänst är en långsam process* (barriär 3) att insats av hemsjukvård och hemtjänst kan ta upp till några veckor. Här uppstår ett glapp i vad organisationens arbetsuppgift är och vad de formella processerna kan leverera. Detta eftersom arbetsuppgiften ändrar karaktär snabbare än de formella processerna har förmåga att bemöta det. Utan åtgärd av inkongruensen måste patienten läggas in på sjukhus av omvårdnadsskäl. Därav följs inte den framtagna strategin.

Barriären *Direktinläggning ej möjligt* (barriär 13) bromsar inläggningen på sjukhus. Detta nämns som problematiskt av workshopdeltagare och en intervjurespondent. Som den formella organisationen är designad måste patienter som läggs in på en vårdavdelning först passera genom en akutmottagning. Detta överensstämmer inte med arbetsuppgiften att snabbt agera vid förändringar i patientens hjärtsvikt. *Insättning av hemsjukvård är en långsam process* (barriär 1) och *Upptrappning eller start av hemtjänst är en långsam process* (barriär 3) och *Direktinläggning ej möjligt* (barriär 13) förstärker varandra vid belysandet av hur dagens formella organisation och processer inte är kongruent med vårdmodellens arbetsuppgifter.

Respondenter och workshopdeltagare ser en jour hos sjukhuset som hjälpsamt för att undvika sjukhusinläggningar. Vad som önskas är en utfyllnad av glappet som uppstår mellan den formella organisationen (arbetstider) och arbetsuppgifterna som måste

utföras för att leverera sjukhusvård i hemmet. *Jour saknas* (barriär 10) är således ett symptom av inkongruens i den nuvarande organisationen.

Vid auskulteringstillfället tydliggörs hur *Olika journalsystem* (barriär 2), som nämnts av flera respondenter, är ett problem redan i den nuvarande organisationen. I vårdpersonalens arbetsuppgift ingår att samla information om patientens medicinska historik för att ge rätt behandling. Den formella organisationen i form av flera icke-sammanskopplade journalsystem försvårar detta vilket tyder på en inkongruens mellan den och arbetsuppgiften. Utan åtgärd riskerar *Olika journalsystem* (barriär 2) att föra med sig nutida problematik till vårdmodellen. Detta kan bland annat leda till äventyrande av patientsäkerheten.

I intervjustudien betonas det kopplat till barriären *Krånglig administration om patienten aldrig skrivs ut ur vårdmodellen* (barriär 9) hur konstant inskrivning i vårdmodellen kan skapa problem. Inskrivning och utskrivning hos sjukhusets avdelningar beskrivs som en viktig del i organisationens nuvarande arbetssätt för att tydliggöra vilken vårdenhet som bär ansvar för patienten. Om organisationen inte genom andra system tydliggör detta i vårdmodellens olika delar uppstår en avsaknad av formell organisation kopplat till arbetsuppgiften att vårda patienter man ansvarar över. Implementering av vårdmodellen utan att se över detta skapar en ny inkongruens i organisationen som idag inte finns.

5.1.2 Inkongruens mellan formell organisation och arbetsuppgift skapar kedjereaktioner

Kopplat till barriären *Informationsbrist* (barriär 12) berättar samtliga vårdcentralanställda respondenter att ingen av dem nåtts av information kring införandet av sjukhusvård i hemmet i Göteborg, utan enbart hört rykten. Här finns ett glapp mellan arbetsuppgiftens krav på samarbete och den formella organisationens kommunikation till de involverade delarna i vårdmodellen. Utan information om sitt ansvar kan vårdcentralerna omöjligen engagera sig i vårdmodellen. Nästan alla respondenter önskar dessutom skriftliga och formella riktlinjer för ansvarsfördelning vid sjukhusvård i hemmet kopplat till barriären *Otydlig ansvarsfördelning* (barriär 11). Det blir tydligt att vårdmodellen återigen kräver mer av den formella organisationen än vad den idag levererar.

Flera respondenter i intervjustudien beskriver en kultur (informell organisation) präglad av barriären *Svag samarbetsvilja* (barriär 7). Samtidigt ställer vårdmodellen enligt flera respondenter tydliga krav på ett arbetssätt med aktivt samarbete över gränserna mellan vårdenheter. När kulturen präglas av oförståelse gentemot varandra samtidigt som arbetsuppgiften kräver det motsatta uppstår en tydlig barriär för implementering. En möjlig analys är hur den svaga samarbetsviljan är ett symptom på *Otydlig ansvarsfördelning* (barriär 11) och *Informationsbrist* (barriär 12) snarare än ett tecken på en strukturell inkongruens i organisationen. Vid brist på direktiv, tydliga förväntningar och information är det rimligt att irritation och missförstånd uppstår vilket leder till en ovilja att samarbeta samt en oförståelse gentemot varandra. Sammantaget hade en komplettering av den formella organisationen för att stänga gapen som skapar barriärerna *Otydlig ansvarsfördelning* och *Informationsbrist* (barriärer 11 och 12) sannolikt också eliminerat barriären *Svag samarbetsvilja* (barriär 7).

5.1.3 Inkongruens mellan individer, formella organisationen och arbetsuppgift

Rekryteringssvårigheter (barriär 8) av rätt kompetens, framför allt sjuksköterskor, till den tilltänkta vårdmodellen nämns i intervjustudien som en utmaning. Utmaningen uppstår eftersom vårdmodellen kan komma att kräva arbete utanför de nuvarande kontorstiderna på sjukhuset. Dessutom ställer sjukhusvård i hemmet högre krav på sjuksköterskor att göra egna bedömningar, vilket förutsätter en viss kompetens. *Rekryteringssvårigheter* (barriär 8) grundas alltså dels i ett glapp mellan personalens krav på schema vid val av arbetsplats och den formella organisationen i form av arbetstider. Vidare kan barriären också ses som en följd av inkongruens mellan tillgänglig kompetens hos individer (sjuksköterskor) i organisationen och arbetsuppgiftens krav på att göra egna bedömningar.

Workshopdeltagarna är eniga om att det finns en generell sjuksköterskebrist i Göteborgs sjukvårdssystem men motsätter sig att utökade arbetstider skulle avskräcka personal. Trots delade meningar kring huruvida *Rekryteringssvårigheter* (barriär 8) är en barriär för just vårdmodellen är konsensus att en allmän brist på sjuksköterskor påverkar Göteborgs sjukvårdssystem i sin helhet. Därmed bör sjuksköterskors inställning till utökade arbetstider undersökas innan implementering av vårdmodellen sker.

5.1.4 Inkongruens mellan individer och arbetsuppgift

Respondenter i intervjustudien samt personal vid auskulteringen nämner hur synen på sjukhusvård i hemmet ser olika ut i olika delar av sjukhusorganisationen kopplat till barriären *Bristande samstämmighet inom sjukhusorganisationen* (barriär 6). En orsak till detta kan vara inkongruens mellan den faktiska arbetsuppgiften och individens tolkning av den. När delar av arbetsuppgiften är otydlig skapas ytterligare utrymme för individen att göra egna tolkningar vilket förstärker inkongruensen. Det uppkommer då lika många tolkningar av uppgiften som antalet utförare av den.

Trots att flera respondenter under intervjustudien lyfter bristen på samstämmighet håller inte workshopdeltagarna med. De anser att alla som arbetar med sjukhusvård i hemmet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har en enhetlig syn på vad det innebär. Enligt Vasileiou m.fl. (2018) kan detta bero på bristande kvantitet i datainsamlingen. Vid applicering av Nadler och Tushman-modellen kan det leda till en felaktig återspeglning av organisationen i sin helhet. Det är fortfarande viktigt att se över barriären *Bristande samstämmighet inom sjukhusorganisationen* (barriär 6) eftersom konsekvensen av den kan resultera i orättvis vård av patienter eller konflikt mellan utförare. Det bör dock beaktas att den begränsade datamängden kan ha påverkat slutsatsen.

5.1.5 Patienter som input och output till organisationen

Enstaka respondenter uttrycker en oro för att ett direktnummer till vårdmodellen (på sjukhuset) riskerar att överanvändas av patienter och därmed belasta sjukhuset med fel typ av ärenden. I kontrast föreslår andra respondenter att ett enda kontaktnummer är önskvärt eftersom patienter ofta är osäkra på vilken kontaktväg som är rätt. Båda

perspektiven berör samma barriär, *Förvirring kring kontaktväg vid försämring* (barriär 4). Samtidigt berättar några respondenter att äldre kan ha svårt med hantering av egenmonitorering vid eventuell implementering av vårdmodellen kopplat till barriären *Svårigheter att genomföra egenmonitorering* (barriär 5).

Enligt Nadler och Tushman (1980) påverkar organisationens output dess framtida input genom en feedback-loop. I detta sammanhang innebär det att patienter som kommer hem efter kontakt med Göteborgs sjukvårdssystem (outputs) också blir en input vid framtida sjukvårdsbehov. Om patienterna inte vet hur de ska kommunicera med organisationen försvåras flera delar av transformationsprocessen. Detta exemplifieras av *Förvirring kring kontaktväg vid försämring* (barriär 4) och *Svårigheter att genomföra egenmonitorering* (barriär 5) som leder till att resurser går åt att lotsa patienter till rätt vårdenhet snarare än att behandla dem. Patienter riskerar dessutom att hamna hos fel vårdenhet om de bedöms baserat på felmätta vitalparametrar från egenmonitorering. En sammantagen uppfattning av intervjustudien är att denna felaktiga vårdenhet sannolikt blir akutmottagningen. Ovan scenario talar emot ett effektivt användande av resurser i en organisation som redan lider av bland annat sjuksköterskebrist.

Barriären *Svårigheter att genomföra egenmonitorering* (barriär 5) kan enligt respondenter och workshopdeltagare smidigt överbryggas av teknik med god användarvänlighet och tydlig information om teknikens handhavande till patienterna. Detta hade i sin tur förenklat organisationens arbetsuppgift att bedöma och agera på de inkomna värdena. Med enkla medel skapas istället en positiv feedback-loop som med tiden resulterar i samklang mellan organisationens input (rätt vitalparametrar), transformeringsprocess (arbetsuppgiften att bedöma vitalparametrarna) och output (resurseffektivitet eftersom patienter hänvisas till och behandlas av rätt vårdenhet). Liknande positiva feedback-loop kan uppnås om barriären *Förvirring kring kontaktväg vid försämring* (barriär 4) överbryggas. Detta förslagsvis genom att etablera en formell struktur i transformeringsprocessen som hjälper patienterna att kommunicera rätt. Ett sådant förslag är införandet av ett enda kontaktnummer.

Sammantaget måste barriärerna *Förvirring kring kontaktväg vid försämring* (barriär 4) och *Svårigheter att genomföra egenmonitorering* (barriär 5) överbryggas för att främja organisationens effektivitet. Att informera och hjälpa patienter till att vara bästa möjliga input till Göteborgs sjukvårdssystem kommer i längden stötta organisationen i att använda sina resurser väl. Detta så att man i nästa led kan stå i tjänst till fler vård sökande patienter. Att stötta patienterna i detta leder även till att fler kan förses med sjukhusvård i hemmet vilket enligt intervjustudien är uppskattat av majoriteten patienter.

5.2 Utmaningar för implementation

Resonemang kring de barriärer som under workshopen placerades i rutan "utmaning" i PICK-diagrammet vidareutvecklas i avsnittet. Detta med fokus på teoretiskt förankrade överbrygningar av barriärerna som kan underlätta en eventuell implementering av vårdmodellen.

5.2.1 Journalsystem

Avsaknaden av ett gemensamt journalsystem är en återkommande barriär för implementering av vårdmodellen. Bristande informationsdelning resulterar i osäkerhet, dubbelarbete och i värsta fall vårdskador. Respondenter från både primärvård och slutenvård lyfter svårigheterna med att ta del av varandras journalanteckningar samt informationsöverföring. De beskriver det som en kritisk faktor för patientsäkerhet och vårdeffektivitet. Trots tillgången till samarbetsverktyg och informationsdelning upplevs en inkongruens mellan det befintliga journalsystemet (formell organisation) och de dagliga arbetsuppgifterna.

En större förändring av den formella organisationen genom att införa ett nationellt journalsystem likt Estland, är ett alternativ. Ett samordnat journalsystem möjliggör ett sammanhållet informationsflöde inom hela vården, något som många respondenter menar hade underlättat i utförandet av deras arbetsuppgifter. Trots att SOU 2023:13 betonar fördelarna med ett nationellt journalsystem är det inte rimligt att Sahlgrenska Universitetssjukhus som enskild vårdaktör baserar sin implementeringsstrategi för vårdmodellen på ett nationellt journalsystem. Detta då det inte ses som något som kommer implementeras inom en snar framtid samt att det bygger på politiska beslut som Sahlgrenska Universitetssjukhuset har begränsat inflytande över.

Med tanke på hur hälso- och sjukvården i Sverige är organiserad framstår införandet av ett regionalt journalsystem som en mer realistisk anpassning av den formella organisationen. Region Västra Götalands satsning på ett gemensamt journalsystem Millennium har visat både möjligheterna och svårigheterna i att införa ett gemensamt sådant (KPMG AB, 2025). Teknisk utveckling, i detta fall ett nytt journalsystem, måste kombineras med stark förändringsledning, delaktighet från de som förväntas utföra arbetsuppgiften samt att ge dessa tillgång till relevant utbildning före införandet. För att lyckas måste en långsiktig strategi som involverar samtliga berörda aktörer upprättas.

En förändring av den formella organisationen utan att byta journalsystem kan vara ett alternativt och temporärt tillvägagångssätt. Som tidigare nämnt har Region Skåne utvecklat rutiner för informationsöverföring i deras vårdmodell *Akut sjukhusvård i hemmet* genom att etablera samverkansrutiner med standardiserade kontaktvägar och ansvarsfördelning mellan sjukhus, primärvård och kommunal omsorg. Detta arbetssätt hade kunnat minska den befintliga inkongruensen och skapa ett mer välfungerande informationsflöde under rådande systemförutsättningar.

För att minska den befintliga inkongruensen skulle alltså Sahlgrenska Universitetssjukhus kunna tillämpa samma metodik som Region Skåne, förslagsvis genom att kombinera strukturerade kommunikationsrutiner med befintliga digitala informationsverktyg. En överenskommelse mellan samtliga vårdenheter i regionen gällande att ansluta sig till NPÖ hade skapat bättre förutsättningar för att det ska fungera i praktiken. Om man därtill använder SAMSA som en kontaktväg för kommunikation mellan vårdenheter är detta ett realistiskt och kostnadseffektivt kortsiktigt alternativ till ett nytt gemensamt journalsystem.

5.2.2 Otydlig ansvarsfördelning och brist på information till

vårdenheter utanför sjukhuset

En återkommande barriär för implementering av vårdmodellen är *Informationsbrist* (barriär 12) till vårdenheter utanför sjukhuset, vilket i många fall leder till samarbetssvårigheter och otydlig ansvarsfördelning. Respondenterna menar att inkongruensen mellan den formella organisationen och arbetsuppgiften skulle kunna överbryggas genom en samordnad plattform likt de journalsystem som tidigare beskrivits. Journalsystemet skulle främst förtydliga ansvarsfördelningen och därmed avhjälpa barriären *Otydlig ansvarsfördelning* (barriär 11) även om det vid införandet skulle kunna medfölja information till de olika vårdenheterna.

Bjørkquist, Forss & Samuelsen (2018) menar dock att ny teknik inte är lösningen på samarbetsproblematik och att gemensamma strategier och ledarskap är betydligt viktigare. En strategisk åtgärd kan vara att ta inspiration av Region Skåne och skapa gemensamma standardiserade samverkansrutiner som gäller vid inskrivning, vårdövergångar och utskrivning från vårdmodellen. Workshopdeltagarna uttryckte dock en oro för att patienter skulle exkluderas av en sådan åtgärd. Enligt Brody m.fl (2019) bör dessa rutiner med fördel tas fram innan implementering och tillsammans med representanter från alla inblandade vårdenheter för att inkludera samtliga led och därmed minimera implementeringsbarriärer.

Att införa regelbundna avstämningar mellan de inblandade parterna är något som lyfts som en potentiell åtgärd både i intervjustudien och under workshopen. Denna åtgärd går i linje med Bjørkquist, Forss & Samuelsen (2018) och Brody m.fl (2019) som alla betonar vikten av samverkan mellan alla inblandade parter. Till skillnad från tidigare diskuterade åtgärder innebär detta inte tydliga direktiv från den formella organisationen. Denna åtgärd kräver istället att den formella organisationen möjliggör dessa möten. Personalen kan då tillsammans forma en informell organisation som kan kompensera för avsaknaden av direktiv från den formella organisationen.

Likt möten för samverkan är gemensam kompetensutveckling för både sjukhusteamet och vårdenheter utanför sjukhuset en möjlig åtgärd för att överbrygga *Otydlig ansvarsfördelning* (barriär 11) såväl som *Informationsbrist* (barriär 12). Kowalkowski m.fl (2024) menar att utbildningsinsatser där kunskap om vårdmodellen och HaH har varit en nyckel till framgång i andra liknande projekt. Detta föreslås därför också som en åtgärd även om det ställer en del krav på organisationen att ta fram tydligt utbildningsmaterial för att åtgärden skall bli effektiv.

5.2.3 Avsaknad av funktionen direktinläggning

Under workshopen framkom det att ytterligare en barriär för vårdmodellen där delar av syftet är att avlasta akutmottagningen, är *Direktinläggning ej möjligt* (barriär 13) i den tilltänkta vårdmodellen. Både enligt Ekerstad m.fl. (2018) och Varg m.fl. (2020) får patienten en kortare vistelsetid på sjukhuset och risken för återinläggning inom 30 dagar minskar vid direktinläggning jämfört med en inläggning via akutmottagningen. Därtill betonar Ekerstad m.fl (2018) en högre patientnöjdhet vid tillämpning av direktinläggning. För att direktinläggning ska vara möjligt krävs mycket av den

formella organisationen. Detta i form av ett fungerande system som är tids- och kostnadseffektivt samt patientsäkert.

Att reservera sängar på en avdelning diskuterades som en lösning till det praktiska problemet kring direktinläggning vid workshopen. En sådan lösning kan dock innebära ett etiskt dilemma. Istället kan en hybridmodell fungera där en avstämning med ansvarig läkare på avdelningen sker för att säkerställa att en ledig plats finns för patienten. Skulle avdelningen vara full får patienten åka till en akutmottagning istället. Detta beskriver Varg m.fl. (2020) som ett alternativ i sin studie där de använt sig av prehospital styrning med ett tillhörande beslutsverktyg. Det ska tilläggas att Varg m.fl. (2020) nämner att resursfördelning samt åtgärder mot rådande resursbrist ses som ett intressant problem för framtida forskning och därav kan detta behöva utvärderas ytterligare baserat på hur utbredd resursbristen är på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Ytterligare ett åtgärdsförslag med inspiration av studien gällande en geriatrisk bedömningsenhet gjord av Ekerstad m.fl. (2018) är att tillsätta en geriatrisk bedömningsenhet med tillgång till kardiologisk specialistkompetens på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. När en patient i vårdmodellen försämras kan personen då uppsöka en geriatrisk bedömningsenhet istället för akutmottagningen. Detta skulle innebära att färre patienter behöver uppsöka akutmottagningen vilket skulle gå i linje med strategin hos den tilltänkta vårdmodellen. Långsiktigt skulle denna åtgärd göra det tydligt för patienten var denne ska vända sig vid en försämring, vilket kan skapa trygghet för patienten. Däremot skulle det krävas resurser för att starta en sådan enhet och med tanke på den resursbrist som nämnts i intervjustudien kan detta vara en svår lösning på kort sikt.

5.3 Helhetsanalys av inkongruenser i Göteborgs sjukvårdssystem

Vid analys av respektive barriär med stöd av Nadler & Tushmans kongruensmodell konstateras att inkongruens mellan den formella organisationen och en annan komponent är den vanligaste orsaken till uppkomst av barriärer. De barriärer som enligt PICK-diagrammet skulle medföra ett stort värde för organisationen om de överbryggs beror, med ett undantag, på inkongruens mellan den formella organisationen och arbetsuppgiften. Därav identifieras denna inkongruens som det enskilt största hindret för implementation av den tilltänkta vårdmodellen.

Barriärerna *Olika journalsystem* (barriär 2), *Otydlig ansvarsfördelning* (barriär 11), *Informationsbrist* (barriär 12) och *Direktinläggning ej möjligt* (barriär 13) är tydliga exempel på att dagens formella organisation inte är anpassad till vårdmodellen som ställer högre krav på den formella organisationen än vad den idag kan leverera. I flera fall kan inkongruensen minimeras genom att andra delar av organisationen eller platsanpassade lösningar kliver in och kompenserar för den formella organisationens brister. Detta är dock kortsiktiga lösningar och bygger mycket på personalens välvilja och motivation gentemot implementeringen av den tilltänkta vårdmodellen. Något som är svårt att styra i en stor organisation som Göteborgs sjukvårdssystem.

En ytterligare fråga uppstår i varför den formella organisationen är rotorsaken till majoriteten av inkongruenserna. Svaret på detta kan grundas i att olika vårdenheter ur

studiens och framförallt patientens perspektiv betraktas som en och samma organisation (Göteborgs sjukvårdssystem). Detta samtidigt som intervjustudien tydliggör att de olika vårdenheterna i organisationen betraktar sig själva som fristående organisationer med egna formella processer, exempelvis egna journalsystem. När de sedan förväntas agera som en enad organisation, likt vad studien antar och vad vårdmodellen kräver, måste de interna formella organisationerna hos vårdenheterna också samarbeta. Inkongruenserna kopplade till den formella organisationen i Göteborgs sjukvårdssystem kan förklaras av att det egentligen är lika många formella organisationer som vårdenheter, men som i vårdmodellen tvingas arbeta som en enad organisation.

Det verkar också finnas ett glapp mellan vad personalen inom organisationen efterfrågar kontra vad litteraturen belyser som viktigast vid implementering av en ny vårdmodell. Det fastslås i analysen att det krävs flexibilitet hos de formella processerna eftersom arbetsuppgiften snabbt ändrar karaktär då patienten försämras i sin hjärtsvikt. Samtidigt är ett genomgående tema från intervjustudien att vårdpersonal önskar tydliga formella riktlinjer och tror att detta skulle vara lösningen på flera problem, framförallt kopplat till samordning. Mycket formella direktiv inom organisationen kan dock vara kontraproduktivt då man samtidigt vill kunna agera flexibelt. Något som skulle kunna komplettera det personalen efterfrågar är operativt ledarskap och inkludering av personalen i beslut likt Brody m.fl (2019) beskriver. Björkquist m.fl (2018) betonar också hur ett aktivt ledarskap och gemensamma strategier är vad som framgångsrikt gynnar interorganisatoriskt samarbete vilket också kan vara nyckeln i Göteborgs sjukvårdssystem.

Det identifierades inga direkta inkongruenser kopplade till den informella organisationen vilket kan tyda på att sådana inte finns. Att döma av intervjustudiens resultat är detta dock inte fallet i Göteborgs sjukvårdssystem. Detta kan istället bero på att kombinationen av datainsamlingens omfattning och det mycket generella analysverktyget (Nadler & Tushmans kongruensmodell) inte var optimalt för att fånga detta perspektiv. En gedigen datainsamling och kännedom om organisationen krävs för att användandet av Nadler & Tushmans kongruensmodell ska ge en rättvis återspeglning av den (Vasileiou m.fl., 2018). Den begränsade datamängden kan därmed ha påverkat resultatet och lett till att brister i den informella organisationen inte upptäcktes av denna studie. Att använda denna studie som bevis på avsaknad av inkongruens hos den informella organisationen i Göteborgs sjukvårdssystem är således inte förenligt med hög reliabilitet.

6 Slutsats

Syftet med denna studie var att identifiera barriärer för implementeringen av sjukhusvård i hemmet för patienter med akut hjärtsvikt vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset enligt den tilltänkta vårdmodellen, samt att föreslå åtgärder för att hantera dessa barriärer. Studien resulterade i identifiering av 13 barriärer varav ungefär hälften bedömdes som relativt enkla att åtgärda. Fem av dessa bedömdes även ha stor betydelse för organisationen om de överbryggs: *Insättning av hemsjukvård är en långsam process* (barriär 1); *Upptrappning eller start av hemtjänst är en långsam process* (barriär 3); *Förvirring kring kontaktväg vid försämring* (barriär 4); *Svag samarbetsvilja* (barriär 7); *Jour saknas* (barriär 10). Att flera barriärer bedöms vara hanterbara talar för att en implementation av vårdmodellen i framtiden är möjlig med rätt organisatoriska förutsättningar.

Dessutom identifierades komplexa barriärer som bedömdes vara särskilt värdefulla men svåra att åtgärda. Dessa inkluderar: *Olika journalsystem* (barriär 2); *Otydlig ansvarsfördelning* (barriär 11); *Informationsbrist* (barriär 12) samt *Direktinläggning ej möjligt* (barriär 13). För att överbrygga dessa barriärer långsiktigt krävs en förändring av den formella organisationen. Med stöd av en analys baserad på Nadler & Tushmans kongruensmodell dras slutsatsen att en betydande del av de identifierade barriärerna uppstår till följd av att den formella organisationen inte är tillräckligt anpassad till den nya vårdmodellen. Vissa barriärer kan temporärt överbryggas genom att personalens ansträngningar eller platsanpassade lösningar kompenserar för bristerna i den formella organisationen. Detta utgör dock inte en hållbar strategi över tid.

Avslutningsvis konstateras att Göteborgs sjukvårdssystem av utomstående betraktas som en enhetlig organisation medan man internt ser sig som flera separata organisationer. Vidare framträder ett klyfta mellan vad personalen inom organisationen efterfrågar och vad litteraturen lyfter fram som mest betydelsefullt vid implementeringen av en ny vårdmodell. Detta belyser ett behov av ökad samordning för en mer sammanhållen organisation. För att anpassa den formella organisationen till den nya vårdmodellen hade dessutom ett mer operativt ledarskap samt ett ökat inflytande för personalen varit viktiga åtgärder.

7 Förslag på framtida forskning

Denna studie har gett värdefulla insikter kring barriärer för implementering av sjukhusvård i hemmet. Trots det finns det fortfarande flera vägar för framtida forskning som inte har tangerats i denna studie.

Undersökning av de juridiska aspekterna av en implementering av vårdmodellen hade varit givande eftersom svenska hälso- och sjukvården begränsas av lagar och riktlinjer, vilket kan hindra såväl som möjliggöra en implementering. Att belysa dessa frågor hade kunnat fördjupa och komplettera de analyser som gjorts av denna studie.

Det hade även varit relevant att studera hälso- och sjukvårdsorganisationer i andra regioner i Sverige än det som undersöks i denna studie. Detta eftersom sjukhusvård i hemmet är ett relativt nytt ämnesområde i svensk kontext och alla regioner och områden har olika förutsättningar, möjligheter och hinder. Genom att studera organisationer i flera olika regioner kan en tydligare helhetsbild ges, vilket kan identifiera barriärer för en nationell implementering av vårdmodellen.

Ytterligare ett förslag på framtida forskning är att fokusera mer på patientperspektivet. Genom att utföra intervjuer med patienter kan en fördjupad förståelse ges för hur patienter upplever vårdmodellen utifrån perspektiv såsom patientsäkerhet, vårdkvalitet och trygghet. Att inkludera patienternas perspektiv är viktigt för att utforma vårdmodellen på ett sätt som uppfyller deras önskemål och behov.

Vid framtida forskning kan det vara lämpligt att använda en annan analytisk ansats gällande gruppdyamik, men även användandet av teoretiskt verktyg och synen på patienter. I denna studie användes Nadler & Tushmans kongruensmodell och patienter betraktades som resurser till organisationen samt tillhörande miljön. Det skall dock inte glömmas att vårdflöden likt vad denna studie studerat ställer krav på patienten. Exempel är krav på egenmonitorering och ansvar att kontakta rätt vårdenhet vid försämring, vilket inte hade förväntats om patienten var inneliggande på sjukhus. Att se patienten som en aktör utanför organisationen kan riskera att osynliggöra dessa ansvarsområden vilket i sin tur kan försvåra identifiering av brister i vårdmodellen. Eftersom två barriärer kopplat till patienters involvering klassades ha hög påverkan på organisationen om de överbryggas, blir det av vikt att inte förbise patienternas dubbla position. Möjligen kan detta synliggöras bättre i framtida forskning om patienter analyseras som inneboende i organisationen.

Denna studie har tagit del av perspektivet från två enheter i den tilltänkta vårdmodellen, sjukhusbaserade enheter och vårdcentraler. För att synliggöra fler barriärer och lösningsförslag för implementering av vårdmodellen hade därför framtida forskning med fördel behövt involvera perspektivet från bland annat hemtjänsten, hemsjukvården och palliativa vården. Vilket går i linje med vad denna studie trycker på om involvering av alla berörda intressenter vid implementering av en HaH-inspirerad vårdmodell.

Referenslista

Andersson, K. (2021). Införande av egenmonitorering ur ett komplexitetsperspektiv: Ett förbättringsarbete för trygghet och säker vård hemma för patienter med hjärtsvikt [Examensarbete, Jönköping University]. DiVA. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1622063/FULLTEXT01.pdf>

Björkquist, C., Forss, M., & Samuelson, F. (2019). Collaborative challenges in the use of telecare. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 93–101. <https://doi.org/10.1111/scs.12605>

Blomkvist, P., & Hallin, A. (2021). *Metod för teknologer: Examensarbete enligt 4-fasmodellen* (1:6 uppl.). Studentlitteratur.

Borgström, K. (2023, 20 April). *Slutrapport Akut sjukhusvård i hemmet*. Region Skåne. https://innovationsguiden.se/download/18.4d8a68f7188420c4004663ab/1685511039428/Projekt%20Akut%20sjukhusv%C3%A5rd%20i%20hemmet_Regionsk%C3%A5ne.pdf

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brody, A. A., Arbaje, A. I., DeCherrie, L. V., Federman, A. D., Leff, B., & Siu, A. L. (2019). Starting up a hospital at home program: Facilitators and barriers to implementation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(3), 588–595. <https://doi.org/10.1111/jgs.15782>

Czarniawska, B. (2014). Observation on the move: shadowing. In *Observation on the Move: Shadowing* (First Edition ed., pp. 43-56). SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781529799613.n5>

Dalen, M. (2015). *Intervju som metod* (2:a uppl.). Studentlitteratur.

Ekeholm, A., & Rorsman, J. (2024). *Swedish Healthcare Reimagined: The Hospital at Home Approach* [Examensarbete, Chalmers tekniska högskola]. Chalmers library. <http://hdl.handle.net/20.500.12380/308076>

Ekerstad, N., Östberg, Göran, Johansson, Maria, & Karlsson, B. W. (2018). Are frail elderly patients treated in a CGA unit more satisfied with their hospital care than those treated in conventional acute medical care? *Patient Preference and Adherence*, 2018:12, 233–240. <https://doi.org/10.2147/PPA.S154658>

Ekerstad, N., Johansson, M., Hillerås, P., Åstrand, B., Carlsson, P., & Boström, A. M. (2022). Direct admission to acute geriatric units versus admission via emergency departments: Effects on length of stay and costs in a Swedish context. *BMC Geriatrics*, 22(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03241-x>

- Enam, A., Dreyer, H. C., & De Boer, L. (2022). Impact of distance monitoring service in managing healthcare demand: A case study through the lens of cocreation. *BMC Health Services Research*, 22(1), 802. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08164-2>
- Evald, M. R., Freytag, P. V., & Nielsen, S. L. (2018). Interviewing like a researcher: The powers of paradigms. In P. Freytag & L. Young (Eds.), *Collaborative research design*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5008-4_6
- E-Hälsomyndigheten. (2020). *Ökat nyttjande av sammanhållen journalföring* (Rapport 2020:1). https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/okat-nyttjande-av-sammanhallen-journalforing.pdf
- Flick, U. (2018). *Doing triangulation and mixed methods*. SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781529716634>
- Folkhälsomyndigheten. (2024, 6 maj). *Stor andel vårdrelaterade infektioner på svenska sjukhus jämfört med andra EU-länder*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2024/maj/stor-andel-varldrelaterade-infektioner-pa-svenska-sjukhus-jamfort-med-andra-eu-lander/>
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: tekniker och genomförande* (E. J. Gromark, Övers.). Studentlitteratur.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2021). *Hur moderna organisationer fungerar* (5:e uppl.). Studentlitteratur.
- Johansson, H., Fahlander, S., Hörlin, E., Henricson, J., Munir Ehrlington, S., Wretborn, J., & Wilhelms, D. (2024). Revisits and frailty in older patients in the emergency department—A prospective observational multicenter study. *BMC Emergency Medicine*, 24(1), 205. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01123-6>
- Lindkvist, L., Bakka, J. F., & Fivelsdal, E. (2014). *Organisationsteori: struktur, kultur, processer* (6:e uppl.). Liber.
- Hjärt- lungfonden. (2024, 2 oktober). Hjärtsvikt. <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/hjartsvikt/>
- Holmgren, F., & Wissel, K. (2022). *Distansmonitorering: Hur patientens compliance påverkas av distansmonitorering* [Examensarbete, Blekinge Tekniska Högskola]. DiVA. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1717374/FULLTEXT02>
- Holmberg, H., & Palmqvist, A. (2024). Finansiella förutsättningar för Hospital at Home i Sverige: En djupgående analys av innovativa vårdmodellens förberedelse och implementering i decentraliserade system [Examensarbete, Kungliga Tekniska högskolan]. DiVA. <https://kth.diva-portal.org/smash/get/diva2:1870196/FULLTEXT01.pdf>
- Kowalkowski, M., Stephens, C., Hetherington, T., Nguyen, H., Bundy, H., Isreal, M., Hole, C., Sunkara, P., Nagaraj, R., Sitammagari, K., Knight, M., Marston, S., Palmer, P.,

- Kuziemsky, C. (2015). Decision-making in healthcare as a complex adaptive system. *Healthcare Management Forum*, 29(1), 4–7. <https://doi.org/10.1177/0840470415614842>
- KPMG. (2025). *Granskning: Införande av Millennium – Västra Götalandsregionen*. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs16764-1976783462-407/surrogate/2025-03-18%20Granskning%20Millennium%20-%20Rapport%20KPMG.pdf>
- Kunskapsguiden. (2020). *Om hemtjänst och hemsjukvård*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/hemtjanst-och-hemsjukvard-for-aldre-personer/om-hemtjanst-och-hemsjukvard/>
- Kuziemsky, C. (2015). Decision-making in healthcare as a complex adaptive system. *Healthcare Management Forum*, 29(1), 4–7. <https://doi.org/10.1177/0840470415614842>
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e [rev.] uppl.). Studentlitteratur.
- Metsallik, J., Ross, P., Draheim, D., & Piho, G. (2019). Ten Years of the e-Health System in Estonia. <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85063545781&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sot=b&sdt=b&s=AUTH%28Metsallik%2C+J.%2C+Ross%2C+P.%2C+Draheim%2C+D.%2C+%26+Piho%2C+G.%29&sessionSearchId=8571292090e0bb98b5c8f765b9bf3756>
- McNiff, J. (2013). *Action research : principles and practice* (3:e uppl.). Routledge.
- McWilliams, A., & Murphy, S. (2024). Effectiveness of a multifaceted implementation strategy to increase equitable hospital at home utilization: An interrupted time series analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 39, 2504. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08931-3>
- Nadler, D. A., & Tushman, M. (1980). A model for diagnosing organizational behavior. *Organizational Dynamics*, 9(2), 35–51. [https://doi.org/10.1016/0090-2616\(80\)90039-X](https://doi.org/10.1016/0090-2616(80)90039-X)
- Patel, H. Y., & West, D. J. (2021). Hospital at Home: An Evolving Model for Comprehensive Healthcare. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 4(4), 141–146. <https://doi.org/10.36401/JQSH-21-4>
- Rad, R., & Sehlberg, A. O. (2022). *Personers upplevelser av att leva med hjärtsvikt* [Examensarbete, Högskolan i Gävle]. DiVA. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1717147/FULLTEXT01.pdf>
- Region Stockholm. (2024, 20 september). *Nationell patientöversikt, NPÖ*. Vårdgivarguiden. <https://vardgivarguiden.se/it-stod/e-tjanster-och-system/nationell-patientoversikt-npo/>

Sabir, A. (2018). *The congruence management – A diagnostic tool to identify problem areas in a company*. Journal of Political Science and International Relations, 1(2), 34–38. <https://doi.org/10.11648/j.jpsir.20180102.11>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2023a, 1 december). *Om sjukhuset*. <https://www.sahlgrenska.se/om-sjukhuset/>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2023b, 17 november). *Sahlgrenska Universitetssjukhuset satsar på mer vård hemma hos patienterna*. Sahlgremskaliv. <https://sahlgrenskaliv.se/sahlgrenska-universitetssjukhuset-satsar-pa-mer-var-d-hemma-hos-patienterna/>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2023c, 19 juni). *Sommarens tema i Sahlgremskaliv: Slutenvård*. Sahlgremskaliv. <https://sahlgrenskaliv.se/sommarens-tema-i-sahlgrenskaliv-slutenvard/>

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/#K2

SFS 2001:453. Socialtjänstlag. Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

Skyttner, L. (2005). *General systems theory: Problems, perspectives, practice* (2. uppl.). World Scientific Publishing.

Smith, P. (2024). *Hospital at Home – Sjukhus hemma: En analys av olika vårdformer i patientens hem*. Forum för Health Policy. https://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2024/06/Rapport_Sjukhus-hemma-2024_webb.pdf

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård: Stöd för styrning och ledning* (Artikelnummer 2018-6-28). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28.pdf>

Socialstyrelsen. (2023). *Sjukvård i hemmet: kunskapsstöd för kommuner och regioner* (Artikelnummer 2023-3-8458). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-3-8458.pdf>

Socialstyrelsen. (2024). *En lärande organisation – lära av positiva och negativa händelser*. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbetsakerhet/sakerhetskultur/en-larande-organisation/>

Socialstyrelsen. (2023). *Direktinläggning som arbetsätt – kunskapsstöd för regioner*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-3-8458.pdf>

SOU 2016:2. *Effektiv vård: Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Socialdepartementet.

[https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-
vard---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-
inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-vard---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf)

SOU 2023:13. *Patientöversikter inom EES och Sverige*. Socialdepartementet.
[https://www.regeringen.se/contentassets/562cd092a2854dd08ef05d28481d28f3/e-
halsomyndigheten.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/562cd092a2854dd08ef05d28481d28f3/e-halsomyndigheten.pdf)

Storvang, P., Mortensen, B., Clarke, A.H. (2018). Using Workshops in Business Research: A Framework to Diagnose, Plan, Facilitate and Analyze Workshops. In: Freytag, P., Young, L. (eds) Collaborative Research Design. Springer.
https://doi.org/10.1007/978-981-10-5008-4_7

Sveriges Kommuner och Regioner. (2021). *Nära vård: Nya sätt att utvärdera ändamålsenligt och systemeffekter*
[https://skr.se/download/18.583b3b0c17e40e3038448f2d/1642427250268/7585-827-
2.pdf](https://skr.se/download/18.583b3b0c17e40e3038448f2d/1642427250268/7585-827-2.pdf)

Sveriges Kommuner och Regioner. (2023, 25 april). *Så styrs sjukvården i Sverige*.
[https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/ansvarsfordelningsjukvard.64151.ht
ml](https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/ansvarsfordelningsjukvard.64151.html)

Sveriges Kommuner och Regioner. (2024). Primärvård i Sverige. Advant.
[https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/primarvardisverige.86090.ht
ml#:~:text=Uppdrag%2C%20organisation%2C%20kontinuitet%20och%20prioriteringar.%20Rapporten%20ger%20en,%f%C3%B6rst%20%20A5else%20f%C3%B6r%20prim%C3%A4rv%C3%A5rdens%20roll%20i%20h%C3%A4lso-
och%20sjukv%C3%A5rdssystemet](https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/primarvardisverige.86090.html#:~:text=Uppdrag%2C%20organisation%2C%20kontinuitet%20och%20prioriteringar.%20Rapporten%20ger%20en,%f%C3%B6rst%20%20A5else%20f%C3%B6r%20prim%C3%A4rv%C3%A5rdens%20roll%20i%20h%C3%A4lso-och%20sjukv%C3%A5rdssystemet)

University College Dublin. (2020, 2 april). *Agile guide to – PICK chart*.
<https://www.ucd.ie/agile/resources/agileguideto-pickchart/>

Varg, S., Vicente, V., Castren, M., Lindgren, P., & Rehnberg, C. (2020). Healthcare pathways and resource use: Mapping consequences of ambulance assessment for direct care with alternative healthcare providers. *BMC Emergency Medicine*, 20, 85.
<https://doi.org/10.1186/s12873-020-00380-5>

Vasileiou, K., Barnett, J., Thorpe, S., & Young, T. (2018). Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: Systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 148.
<https://doi.org/10.1186/s12874-018-0594-7>

Velardo, S., & Elliott, E. J. (2021). Co-interviewing in qualitative social research: Prospects, merits and considerations. *Qualitative Research*, 21(6), 591–607.
<https://doi.org/10.1177/16094069211054920>

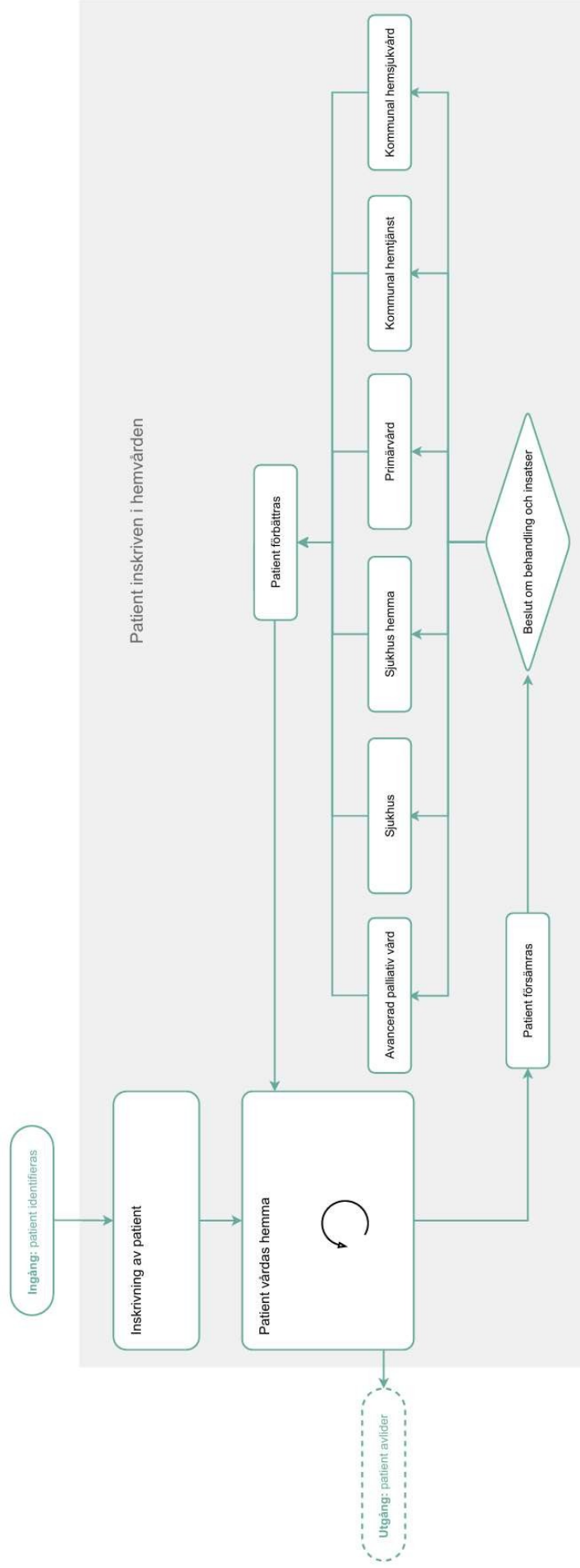
Vårdsamverkan Skåne. (2024). *Ansvarsfördelning för Sus sjukhus hemma Malmö (specialiserad vård), regional och kommunal primärvård*. [https://xn--
vrdsamverkanskne-dobn.se/sa-ar-vi-organiserade/malmo/delregionala-arbetsgrupper/](https://xn--vrdsamverkanskne-dobn.se/sa-ar-vi-organiserade/malmo/delregionala-arbetsgrupper/)

Västra Götalandsregionen. (2024, 5 december). *SAMSA – samordnad vård- och omsorgsplanering*. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/it/it-system/samsa---samordnad-varld--och-omsorgsplanering/>

Västra Götalandsregionen. (2025, 2 april). *Millennium*. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/varldskiftet/millennium/>

Öquist, O. (2018). Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och nå resultat. (4. uppl.). Gothia fortbildning.

Bilagor



Bilaga 1: Vårdflödeskarta av vårdmodellen som visats under intervjustudien.

INSTITUTIONEN FÖR TENIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION
AVDELNINGEN FÖR INOVATION AND R&D MANAGEMENT
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2025
www.chalmers.se



CHALMERS