

Mobil vård och vårdnivåstruktur – en förstudie

Översikt och behov av utveckling

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-2-10045

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, februari 2026

Förord

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar med en växande och åldrande befolkning, ökande vårdbehov och begränsad tillgång till vårdplatser. Samtidigt skapar ny teknik, nya arbetssätt och en stark vilja till utveckling goda möjligheter att möta dessa utmaningar.

Denna rapport är en förstudie som belyser hur mobil vård i olika former utvecklas runtom i landet. Vårdformerna kan ha olika syften, men handlar främst om att ge vård och behandling utanför traditionella vårdinrättningar. Mobil vård kan innebära flera vinster för patienter och samtidigt bidra till en mer effektiv resursanvändning i vården.

Det har dock visat sig att det råder en osäkerhet på var i vårdnivåstrukturen dessa vårdformer hör hemma. För att möjliggöra en fortsatt utveckling krävs nationella ramar, gemensamma definitioner och bättre förutsättningar för uppföljning och utvärdering. Förstudien är ett första steg i att skapa en sådan grund och kommer att vara underlag för Socialstyrelsens fortsatta utredningsarbete.

Rapporten riktar sig till huvudmän inom hälso- och sjukvården, företrädare för professioner samt andra som har ett intresse för mobil vård.

Projektledare för uppdraget har varit Susanna Stål Karlström och ansvarig enhetschef har varit Maria Areblad. Ett särskilt tack riktas till de externa aktörer som bidragit i arbetet.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Termer och begrepp.....	5
Sammanfattning	6
Positiva resultat men skillnader i genomförande	6
Utmaningar för att bedriva och utveckla mobil vård	6
Snabb utveckling skapar behov av fortsatta utredningar	7
Uppdraget	8
Rapportens upplägg och innehåll	9
Syfte och mål.....	9
Omfattning och avgränsningar.....	9
Om mobil vård.....	11
Vad innebär mobil vård?	11
Varför behövs mobil vård?	11
Utveckling av mobil vård.....	12
Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser	13
Mobil vård – förekomst och nytta.....	14
Stora variationer både internationellt och i Norden.....	14
Socialstyrelsens genomgång av mobil vård.....	16
Många varianter av mobil vård	16
Utmaningar i att bedriva och utveckla mobil vård	22
1. Lagar och regelverk	22
2. Terminologi	28
3. Beskrivningssystem och hälsodataregister	30
Slutsats	32
Nästa steg.....	32
Referenser.....	33
Bilaga 1	35
Bilaga 2 - Litteraturgenomgång av vårdmodeller för avancerad vård i hemmet	37

Termer och begrepp

Termerna är hämtade från Socialstyrelsens termbank, medan begreppen används i förstudien, men är inte hämtade från någon officiell källa.

Termer från Socialstyrelsens termbank	
primärvård	hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.
specialiserad vård	hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.
sluten vård	hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.
öppen vård	hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar
Begrepp	
sjukhusvård i hemmet	används i denna förstudie för att beskriva specialiserad vård som ges i patientens bostad av mobila sjukhusteam med stöd av digital teknik, i syfte att ersätta traditionell sjukhusvård
vårdnivå	uttrycket <i>vårdnivå</i> används för att beskriva vårdens grad av specialisering, oavsett om vården bedrivs i offentlig eller privat regi: <i>Specialiserad vård</i> innefattar både <i>sluten vård</i> och <i>öppen vård</i> . <i>Primärvård</i> delas upp i regional och kommunal primärvård och är <i>öppen vård</i> .

Sammanfattning

Som en del i omställningen till god och nära vård utvecklas arbetssätten inom hälso- och sjukvården, inte minst genom olika mobila vårdformer. Den tekniska och medicinska utvecklingen under senare år har gjort det möjligt att bedriva alltmer avancerad sjukvård i patientens eget hem.

Socialstyrelsen har genomfört denna förstudie inom ramen för regeringsuppdraget att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en mer god och nära vård.

Syftet med förstudien har varit att påbörja ett arbete för att underlätta för regioner och kommuner att utveckla och följa upp mobila vårdformer, som bidrar till omställningen till god och nära vård.

Förstudien ger en översiktlig bild över hur mobil vård används i Sverige. Ett stort antal mobila vårdformer har identifierats, med varierande benämningar, professioner och patientgrupper. I arbetet har vi också undersökt utmaningar för den fortsatta utvecklingen.

Positiva resultat men skillnader i genomförande

Studier rörande mobil vård pekar på ökad livskvalitet, stärkt familjeliv och i vissa fall färre återinläggningar, men evidensen är begränsad. Skillnader i definitioner, små studiepopulationer och varierande metodik gör det svårt att dra säkra slutsatser om mortalitet, återinläggningar och kostnadseffektivitet.

Förstudien visar att det i Sverige råder stora variationer i hur mobil vård bedrivs i olika delar av landet. I bland annat dialogmöten med regioner och kommuner har det framkommit att det råder osäkerhet om hur vården ska organiseras, rapporteras och följas upp.

Utmaningar för att bedriva och utveckla mobil vård

Socialstyrelsen har identifierat tre huvudområden som innebär särskilda utmaningar för att bedriva och fortsätta utveckla mobil vård:

1. Lagar och regelverk

Lagar och regelverk har inte utvecklats i samma takt som de tekniska och medicinska möjligheterna att bedriva avancerad vård i patientens hem. Detta har dels gjort det svårt att tolka vilka regler som gäller i vilka sammanhang, dels skapat nya utmaningar med gränsdragningar.

2. Terminologi

I dagsläget saknas en enhetlig och entydig terminologi för denna typ av vård. Enhetlig och entydig terminologi är en förutsättning för bland annat kommunikation, dokumentation, jämförelser och informationsöverföring mellan och inom IT-system.

3. Beskrivningssystem och hälsodataregister

Dagens beskrivningssystem, det vill säga system för att registrera och rapportera vårdinsatser, diagnoser och annan relevant patientinformation, och hälsodataregister saknar i dagsläget möjlighet att överblicka och följa upp denna typ av vård. Detta gör det svårt att följa upp vårdens resultat, kvalitet, effektivitet och tillgänglighet.

Snabb utveckling skapar behov av fortsatta utredningar

Förstudien visar att mobil vård utvecklas snabbt i Sverige, men att variationer i begreppsanvändning, tolkning av regelverk och uppföljningsmöjligheter skapar utmaningar.

Socialstyrelsens nationella plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården, från 2024, lyfter mobil vård som en del i arbetet med att minska bristen på vårdplatser. Planen betonar behovet av en omställning till god och nära vård, där vård i hemmet ska ersätta vissa sjukhusåtgärder för att ge kostnadseffektiv vård med bibehållen eller förbättrad kvalitet.

Socialstyrelsen bedömer att nästa steg bör inriktas på att underlätta för regioner att bedriva det som i denna rapport kallas *sjukhusvård i hemmet* i hela landet, så att vårdformens potential kan tillvaratas och långsiktigt hållbara strukturer utvecklas.

För att möjliggöra en säker och jämlik utveckling krävs nationellt stöd, tydliga definitioner, anpassade regelverk, förbättrade beskrivningssystem och möjlighet till uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet.

Uppdraget

Socialstyrelsen har genomfört denna förstudie inom ramen för regeringsuppdraget att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en mer god och nära vård.¹

I juni 2023 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930, delvis).² Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är:

- att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan
- att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser
- att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås³ [1].

Omställningen till god och nära vård innebär att vårdens struktur måste underlätta för vårdinstanser och aktörer att koordinera sig, utifrån varje patients individuella behov. De delar i hälso- och sjukvårdssystemet som har bäst förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd, behöver stärkas och utvecklas⁴[2]. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård [3].⁵

Som en del i omställningen har mobila vårdformer aktualiserats i Sverige. Sådana vårdformer skapar förutsättningar för en mer nära vård som är till fördel både för invånarna och för hälso- och sjukvårdssystemet. Det gäller exempelvis för multisjuka äldre som riskerar att bli sämre i sjukhusmiljön men också för invånare med kroniska sjukdomar som inte behöver resa till vårdinrättningar om vården kan utföras i hemmet och på distans.

Det har dock visat sig att det råder en osäkerhet på var i vårdnivåstrukturen denna typ av vård hör hemma. I delbetänkandet *God och nära vård (2020:19)*⁶ beskrivs att de regelverk som syftar till att göra vårdssystemet flexibelt, ofta uppfattas som otydligt. Otydligheten skapar i sin tur en oro för att göra fel, vilket leder till att vårdpersonal och vårdgivare inte alltid utnyttjar det utrymme som finns inom gällande lagstiftning fullt ut. Utredningen bedömer också att olika tolkningar av rättsläget riskerar att bidra till en ojämlik vård för landets invånare samtidigt som det försvårar möjligheten att samverka mellan olika aktörer [4].

¹ S2023/01930, delvis,

² S2023/01930, delvis sid 121-123

³ Prop. 2019/20:164 s. 32 Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform sid. 32.

⁴ Prop. 2019/20:164, s. 11-12

⁵ Regeringens proposition Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, prop. 2017/18:83, s. 16.

⁶ Se God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) s. 135.

Den snabba utvecklingen inom området har även lett till att det i nuläget saknas en samlad nationell överblick över vilka vårdformer som finns, hur de fungerar och vilka konsekvenser de har för vårdssystemet som helhet. Parallellt har nya begrepp vuxit fram i takt med utvecklingen. Dessa används ofta på olika sätt och kan syfta på olika typer av verksamhet, vilket bidrar till oklarhet. Även etablerade begrepp tolkas på olika sätt, vilket ytterligare skapar bristande enhetlighet.

Nuvarande beskrivningssystem och hälsodataregister ger inte heller tillräckliga möjligheter att identifiera eller följa upp dessa vårdformer. Därmed blir det svårt att systematiskt utvärdera vårdens resultat, kvalitet, effektivitet och tillgänglighet.

Mot denna bakgrund finns ett behov av att skapa en samlad bild av utvecklingen av mobila vårdformer. Förstudien ska bidra till ökad kunskap om befintliga och framväxande vårdformer, hur de samspelar med vårdssystemet samt beskriva de utmaningar som finns med gällande lagar och regelverk. Den utgör därmed ett viktigt steg mot en mer god och nära vård.

Rapportens upplägg och innehåll

I rapporten presenteras först en bakgrund till mobil vård. Därpå följer en översiktlig bild över förekomsten av olika varianter av mobil vård i Sverige. Vidare redovisas utmaningar för drift och fortsatt utveckling av denna typ av vårdformer, och slutligen beskrivs hur Socialstyrelsen kommer att fortsätta arbetet inom detta område för att ytterligare stödja omställningen till en god och nära vård.

Syfte och mål

Socialstyrelsens syfte med förstudien har varit att påbörja ett arbete för att underlätta för regioner och kommuner att utveckla och följa upp mobila vårdformer som kan bidra till omställningen till god och nära vård. De övergripande målen med förstudien är att:

- ge exempel på olika former av mobil vård som bedrivs i Sverige idag
- identifiera eventuella hinder för fortsatt utveckling
- klargöra hur Socialstyrelsen kan möjliggöra för en utvecklad användning av mobil vård.

Omfattning och avgränsningar

Förstudien omfattar att beskriva omfattningen av mobil vård och utmaningar för drift och fortsatt utveckling av sådan vård.

Förstudien avser både den regionalt och den kommunalt finansierade vården, oavsett driftsform. Arbetet har inte innefattat att ta fram förslag på hur denna typ av vård bör definieras, organiseras, beskrivas, rapporteras och följas upp.

Metod och genomförande

Socialstyrelsens arbete med förstudien har innefattat:

- en kunskapssammanställning baserad på vetenskaplig litteratur
- en genomgång av ett antal rapporter som är relevanta för området
- sökningar på centrala uttryck på samtliga regioners⁷ och elva kommuners⁸ webbplatser under hösten 2024
- dialogmöten med åtta regioner, sju kommuner och tre kommunalförbund under hösten 2024
- utöver dialogmöten fick regionerna möjlighet att inkomma med skriftliga svar på ett antal frågor om beskrivningssystem
- genomgång av nytillkomna mobila vårdformer från regionernas svar på enkätfrågor vid Socialstyrelsens uppföljning av omställningen till god och nära vård, under oktober 2025

Deltagande regioner, kommuner och kommunalförbund redovisas i bilaga 1.

⁷ Uttryck på regionernas webbplatser: nära vård vårdformer; mobila team; PAH – primärvårdsansluten hemsjukvård; sjukstuga; ASIH – avancerad sjukvård i hemmet; SSIH – specialiserad sjukvård i hemmet; sjukhusvård i hemmet; hospital at home; LAH – lasarettensansluten hemsjukvård; SAH – sjukhusansluten hemsjukvård.

⁸ Uttryck på kommunernas webbplatser: nära vård; mobila team; hemsjukvård; hembesök; hemsjukvårdsbesök; sjukstuga; korttidsplats + mobila team; säbo + mobilt team; hemvård; rehab + mobila team; LSS mobila/hembesök/hemsjukvård (LSS hälsan).

Om mobil vård

I denna del presenteras vad mobil vård innebär, hur den har utvecklats under senare år och varför den spelar en allt viktigare roll i hälso- och sjukvården.

Vad innebär mobil vård?

Mobil vård innebär att vården kommer till patienten, inte tvärtom. Den består främst av fysiska hembesök, men kan även kompletteras med digitala vårdkontakter. Vården kan ges på olika vårdnivåer och av olika huvudmän. Målgruppen är i första hand sköra patienter med flera sjukdomar, vilkas vårdbehov kräver en nära samverkan mellan den kommunala och den regionala hälso- och sjukvården.

Varför behövs mobil vård?

Hälso- och sjukvården står inför demografiska utmaningar, befolkningen lever längre och fler lever med kroniska sjukdomar, samtidigt som antalet vårdpersonal som kan arbeta inom vården minskar.⁹ Detta skapar behov av nya arbetssätt och organisationsformer för att patienterna ska kunna erbjudas en god och jämlik vård på ett hållbart sätt. Samtidigt har den tekniska och medicinska utvecklingen gjort det möjligt att flytta alltmer av vården till patientens hem [5,6].¹⁰

Mobil vård innebär att vården flyttas närmare patientens vardag. Genom att insatser ges i hemmet stärks personcentreringen, eftersom vården utformas utifrån individens behov, livssituation och förutsättningar. När vårdteamet kommer till patienten ökar också tillgängligheten och behovet av resor och mottagningsbesök minskar, vilket är särskilt värdefullt för personer med begränsad rörlighet eller komplexa vårdbehov.

Patienter som vårdas inom den mobila vården har ofta ett vårdbehov som kräver en tät samverkan mellan den kommunala och den regionala hälso- och sjukvården, vilket innebär en ökad kontinuitet och trygghet, då patienten möter samma personal över tid och får en mer samordnad och sammanhållen vård.

Det finns också en förhoppning om att hälso- och sjukvård i hemmet ska bidra till en mer resurseffektiv vård, exempelvis genom färre

⁹ [Redo för framtiden? Sid.6](#)

¹⁰ [Mobil vård - en möjlig framtid för akutsjukvården i Sverige | BMC Akutmedicin | Hela texten](#)

återinläggningar på sjukhus, färre besök på akutmottagningar och minskat behov av ambulanstransport [7].¹¹

Utveckling av mobil vård

I Sverige har det sedan en längre tid funnits alternativ till sjukhusvård genom mobil vård i form av olika mobila team, som till exempel specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Verksamheterna har ofta utgått från sjukhusen, ibland i samarbete med regionens primärvård, eller den kommunala hälso- och sjukvården¹².

I samband med att digitala möjligheter har utvecklats och vårdbehoven ökat har olika former av mobila team utvecklats och fått en bredare roll. Teamens sammansättning varierar mellan olika professioner, antingen från samma huvudman eller i samverkan mellan region och kommun, och deras inriktning skiljer sig åt beroende på lokala behov. Både bemanning och arbetssätt anpassas därmed efter lokala förutsättningar, vilket har lett till variationer i hur teamen organiseras och vilka målgrupper de riktar sig mot [7].

Utveckling de senaste åren

De senaste åren har arbetet med mobil vård tagit tydliga steg framåt i hela landet. I stort sett alla regioner har initierat eller förstärkt mobila team, både inom den egna verksamheten och i samverkan med kommunerna.¹³ Bland annat har de mobila teamen successivt byggts ut för att omfatta fler delar av regionerna och fler sjukdomsgrupper än tidigare. I flera fall har arbetet även utökats för att nå glesbygdsområden samt bedrivs under kvällar och helger, vilket har förbättrat tillgängligheten för patienterna. Många av de initiativ som tidigare bedrivits i projektform har blivit permanenta [9].¹⁴

Digital teknik har fått en allt viktigare roll. Flera verksamheter använder sig till exempel av digital signering vid läkemedelshantering, digital tillsyn, digital vårdplanering, digitala konsultationer med vårdcentraler, distans/egenmonitorering och digitala paramedicinska mottagningar.¹⁵

¹¹ [Hälso- och sjukvård i hemmet](#) sid.36

¹² <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-3-8458.pdf> sid.35

¹³ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-8-9188.pdf> sid 121-123

¹⁴ [Uppföljning av omställningen till en god och nära vård](#) sid.75

¹⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-8-9188.pdf> sid 86

Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser

Mobil vård har även lyfts fram i Socialstyrelsens förslag till nationell plan för att minska bristen på vårdplatser, publicerat i juni 2024. Genom det framtagna riktvärdet för disponibla vårdplatser i sluten somatisk vård har myndigheten konstaterat att de flesta regioner har en påtaglig vårdplatsbrist. Socialstyrelsen bedömer därför att det finns ett akut behov av att både öka antalet vårdplatser där bristen är som störst och samtidigt vidta åtgärder som minskar behovet av slutenvård för att nå en mer balanserad vårdplatssituation [10].

En central utgångspunkt i arbetet med riktvärdena är att sjukhusens resurser ska användas effektivt och riktas till de patienter som verkligen behöver dem. Ur både resurs- och patientsynpunkt är det ofta motiverat att undvika slutenvård, exempelvis genom ett stärkt samarbete mellan specialiserad vård och primärvård eller mellan region och kommun. Slutenvården kan också avlastas genom att de delar av den som inte kräver tillgång till sjukhusets samlade resurser, bedrivs utanför sjukhusmiljö. Vilka lösningar som är mest lämpliga beror på patienternas behov och regionernas förutsättningar, men kan innefatta former av vård i hemmet som motsvarar insatser i slutenvård.

Ett av fokusområdena i Socialstyrelsens förslag till nationell plan för att minska bristen på vårdplatser, är därför att ”ställa om till en god och nära vård för att minska behovet av slutenvård på sjukhus”. Målsättningen är att patienter ska omhändertas på den mest effektiva omhändertagandenivån, det vill säga med bästa möjliga kvalitet till lägst sammantagen kostnad. Inom detta fokusområde lyfts särskilt förslaget om att ställa om till vård i hemmet, med syftet att göra det möjligt att genomföra vissa vårdåtgärder som traditionellt utförs på sjukhus i patientens egen bostad.¹⁶

¹⁶ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9098.pdf> sid 59

Mobil vård – förekomst och nytta

I denna del presenteras en sammanfattad bild av vad som kan utläsas om olika varianter av mobil vård i den vetenskapliga litteraturen¹⁷.

Stora variationer både internationellt och i Norden

Den litteraturgenomgång som genomförts inom ramen för förstudien visar att de flesta mobila vårdmodeller i den internationella litteraturen beskrivs som hospital at home (sjukhusvård i hemmet). Samtliga modeller innebär en form av mobil vård, men inte alla utförs i patientens hem. Exempel på sådana modeller är polikliniska infusionscentra, mottagningsbaserade infusionstjänster, program för att undvika inläggning på sjukhus (admission avoidance) samt program för tidiga utskrivningar (early supported discharge) [11].

Eftersom vårdmodellerna är utformade på olika sätt i olika länder skiljer sig även definitionerna åt, exempelvis av begreppet ”hospital at home”. Denna variation gör det svårt att dra generella slutsatser om vårdformens effektivitet.

Även i den nordiska litteraturen framträder betydande skillnader mellan olika modeller vad gäller definition och bedömning av effektivitet. Dessa gäller bland annat vilka sjukdomar som behandlas, om det handlar om akuta eller långsiktiga behov, vårdens organisatoriska tillhörighet, teamens sammansättning och i vilken vårdform patienten formellt registreras. Det finns också skillnader i tillgång till läkare och andra yrkesprofessioner samt i omfattningen av omvårdnad och medicinsk behandling. Alla dessa faktorer påverkar vårdmodellernas resultat och möjligheter till jämförelser.

Studier tyder på ökad livskvalitet – men evidensen är begränsad

Trots skillnaderna i vårdmodellerna finns det också många likheter i genomförandet. De flesta modeller bygger på dagliga hembesök, dygnet-runt-beredskap, möjlighet till administrering av intravenösa läkemedel, monitorering samt nära samverkan med primärvård och sjukhus. I flera fall

¹⁷ Litteratursökning avseende vetenskaplig litteratur genomfördes 2024.

tyder resultaten på att vård i hemmet kan bidra till förbättrad livskvalitet, stärkt familjeliv och ökad trygghet. För vissa diagnoser, som hjärtsvikt, finns studier som pekar på färre akuta besök och återinläggningar. Inom barnonkologi och neonatalvård framgår att vård i hemmet kan stödja familjernas autonomi.¹⁸

Vad gäller mortalitet är bevisen för de flesta vårdmodeller osäkra. Det finns dock ett fåtal modeller som visar att dödligheten är ungefär densamma som för vård på sjukhus. Hos personer med KOL har viss forskning visat att multidisciplinär vård, som ges av sjukhusbaserade team, kan vara mer kostnadseffektiv än vanlig sjukhusvård under försämringsperioder.

Samtidigt är evidensgraden generellt begränsad. Många studier bygger på små populationer, varierande studiedesign och brist på gemensamma definitioner. Detta skapar risk för systematiska fel och gör det svårt att dra säkra slutsatser om återinläggning, mortalitet eller kostnadseffektivitet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter

Hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige ser mobil vård i hemmet som positivt¹⁹, eftersom den förbättrar patienters välbefinnande, ger mer kvalitetstid per patient och möjliggör ett personcentrerat förhållningssätt, samtidigt som geografiska utmaningar och komplex logistik kan begränsa vården. Det är av vikt att bygga en förtroendefull relation till både patient och närstående för att kunna vara ett bra stöd och ge en god vård.²⁰

Forskning visar på att sjukhusvård i hemmet kan vara ett värdefullt alternativ

Sammantaget visar genomgången av forskningen att sjukhusvård i hemmet kan vara ett värdefullt alternativ eller komplement till vård inneliggande på sjukhus. Möjligheten ligger i att stärka patientens självständighet, öka flexibiliteten i vårdsystemet och i vissa fall frigöra resurser från slutenvården.

Resultaten varierar dock och för att bygga en tillförlitlig kunskapsbas framhålls behov av större och kvalitativa studier samt en tydligare och gemensam terminologi.

En fullständig litteraturgenomgång finns i bilaga 2.

¹⁸ Shi C, Dumville J, Rubinstein F, Norman G, Ullah A, Bashir S, et al. Inpatient-level care at home delivered by virtual wards and hospital at home: a systematic review and meta-analysis of complex interventions and their components. *BMC Med.* 2024;22(1):145.

¹⁹ Teske C, Mourad G, Milovanovic M. Physicians and nurses experiences of providing care to patients within a mobile care unit - a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):1065.

²⁰ Pusa S, Hägglund K, Nilsson M, Sundin K. District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care. *Scand J Caring Sci.* 2015;29(1):93-100.

Socialstyrelsens genomgång av mobil vård

I denna del presenteras en översiktlig bild av olika varianter av mobil vård som förekommer i Sverige, och ett antal exempel från olika kommuner och regioner. Varken exempel eller den översiktliga bilden ska läsas som en heltäckande beskrivning av befintliga aktörer och mobil vård. Syftet är att visa på den flora av mobil vård som finns, där den snabba utvecklingen ständigt skapar nya modeller och vårdformer.

Många varianter av mobil vård

Socialstyrelsens förstudie visar att det finns flera olika varianter av mobil vård i Sverige idag, och att det pågår en utveckling på många håll i landet. Flera regioner beskriver det som att mobila team ska fungera som en mellanvårdsnivå mellan primärvården och den specialiserade vården.²¹

De olika vårdformerna kan ha olika syften, till exempel att möjliggöra medicinska bedömningar i hemmet, ge medicinska behandlingar som annars hade krävt sjukhusvård, underlätta hemgång från sjukhus och att ge rehabiliterande insatser. Vårdformerna kan vidare utföras på olika vårdnivåer, av olika huvudmän eller i samverkan dem emellan.

Exempel på mobil vård

En sammanställning på exempel av mobil vård finns i tabell 1.

Vårdformerna har olika benämningar, bemannas av olika professioner och riktar sig till olika patientgrupper. Det förekommer också olika kombinationer, där den organisatoriska hemvisten och vårdnivån kan variera. I många av exemplen behöver regionens personal samverka med kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård.

²¹ [Uppföljning av omställningen till en god och nära vård](#) sid 75

Tabell 1. Exempel på mobil vård

Kategori/benämning	Exempel på verksamhet/team	Vårdnivå
Sjukhusvård i hemmet	SUS Sjukhus hemma, Sahlgrenska hemma, Sjukhusvård i Hemmet@Region Stockholm med flera	Specialiserad vård
Specialiserad sjukvård i hemmet	Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), Specialiserad sjukhusvård i hemmet (SSIH), Sjukhusansluten hemsjukvård (SAH), Lasarettansluten vård (LAH) med flera	Specialiserad vård
Mobila specialistteam	Mobila barnteam, Rehabteam, Habteam, Stroketeam, Trachteam, Hjärtsviktsteam med flera	Specialiserad vård
Mobila psykiatriteam	Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam (SPOT), Mobil Akut Psykiatri (MAP), FACT-ung med flera	Specialiserad vård
Närsjukvårdsteam - Närvårdsteam	Olika benämningar och på olika vårdnivåer: Närsjukvårdsteam, Närvårdsteam, Nära vårdteam, Alma och Älsa team med flera	Specialiserad vård, regional primärvård
Mobila primärvårdsteam	Hemsjukvård, Rehabteam, Demensteam med flera	Regional primärvård
Kommunala hälso- och sjukvårds team	Hemsjukvård, Rehabteam, Hemgångsteam, Demensteam	Kommunal primärvård (ordinärt och särskilt boende)
Övriga mobila vårdformer	Ambulans, BUP-team, mobil röntgen, bedömningsbilar, vaccinationsbuss, tandvård, läkarbåt	Specialiserad vård, regional primärvård

Sjukhusvård i hemmet

Under de senaste åren har olika modeller för sjukhusvård i hemmet utvecklats i flera regioner i Sverige. Dessa bygger på internationella erfarenheter av det som ofta kallas Hospital at Home, där sjukhusvård ges i patientens eget hem med stöd av mobila team och digital teknik. Denna form av mobil akut specialiserad vård är tillgänglig dygnet runt och utgår från ett sjukhus. Syftet är att erbjuda en trygg och jämlik vård i hemmet som kan ersätta traditionell slutenvård, samtidigt som sjukhusens resurser frigörs.

Flera regioner har redan startat egna initiativ. I Region Skåne²² har sjukhusvård i hemmet utvecklats från ett pilotprojekt till en etablerad vårdform vid Skånes universitetssjukhus. Genom mobila sjukhusteam kan patienter som annars skulle behöva vårdas på sjukhus istället få akut specialiserad vård i hemmet, med tillgång till sjukhusets kompetens och beredskap dygnet runt. Vården kan exempelvis omfatta intravenös behandling, provtagning och medicinsk övervakning. Verksamheten har successivt byggts ut sedan starten 2021 och kapaciteten uppgår i dag till cirka 25 patienter per dag och ort (Malmö och Lund). Kapaciteten planeras att öka ytterligare, med en långsiktig ambition att utveckla upp till 150–200 vårdplatser i hemmet. Utvärderingar visar att patienternas erfarenheter i stor utsträckning är positiva och att många uppskattar möjligheten att få specialistvård i sin hemmiljö. Samtidigt indikerar verksamhetens uppföljningar att vårdformen kan innebära kostnader som är omkring 50 procent lägre än motsvarande slutenvård.

Även Sahlgrenska Hemma i Västra Götalandsregionen,²³ erbjuder specialiserad medicinsk vård i hemmet för patienter som annars skulle vårdas på sjukhus, med dagliga hembesök och digital uppföljning.

Vid Karolinska Universitetssjukhuset pågår sedan 2023 projektet Sjukhusvård i Hemmet @ Region Stockholm.²⁴ Projektet har i uppdrag att skapa en regional struktur för hur specialiserad vård som idag sker på sjukhus kan ske i hemmet. Målet är att skapa en trygg och säker vård i hemmet som stöds av digital teknik, och kan ersätta delar av slutenvården samt öka patientens delaktighet.

Specialiserad sjukvård i hemmet

Så gott som alla regioner arbetar på något sätt med mobil specialiserad vård i hemmet, ofta med inriktning på palliativ vård. Dessa vårdformer har för det mesta sin hemvist vid någon sjukhusklinik, men de kan också bedrivas i samverkan med hälso- eller vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård. Verksamheterna har olika benämningar i olika regioner och på vissa ställen har de också en bredare omfattning än palliativ vård. Exempel på denna typ av vård är Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), Specialiserad sjukhusvård i hemmet (SSIH), Sjukhusansluten hemsjukvård (SAH) och Lasarettansluten vård (LAH).

Inom det palliativa området finns även konsultteam som erbjuder palliativ spetskompetens och konsultstöd till vårdens olika nivåer samt vid behov utför specialistinsatser i patientens hem.

²² [Fler patienter kan få sjukhusvård i hemmet - Skånes universitetssjukhus Sus](#)

²³ [Sahlgrenska hemma – specialiserad vård i ditt hem - Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#)

²⁴ [Sjukhusvård i Hemmet @ Region Stockholm](#)

Mobila specialistteam

Specialistteam som utgår från sjukhuskliniker är mobila eller konsultativa team med avancerad medicinsk kompetens. De erbjuder vård och rådgivning i patientens hem eller i samverkan med primärvård och kommunal vård, med syfte att öka trygghet, förebygga onödiga sjukhusinläggningar och förbättra vårdkvaliteten för patienter med omfattande medicinska behov. Det finns flera olika mobila team som utgår från olika specialistkliniker på sjukhusen. Exempel på denna typ av vård är mobila barnteam, Rehabteam, Habteam, Stroketeam, Trachteam och Hjärtsviktsteam.

Mobil psykiatri

Mobila psykiatriska team finns i nästan alla regioner och syftar till att möta akuta och planerade vårdbehov av psykiatrisk karaktär, ofta i patientens hem eller närmiljö. Organisation och samverkan med kommuner varierar, liksom målgrupper och insatsnivåer.

Exempel på sådana team är specialistpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT), som erbjuder vård i hemmet kompletterat med digitala möten, telefonsamtal eller mottagningsbesök, samt Mobil Akut Psykiatri (MAP) som utför både akuta och planerade insatser på mellanvårdsnivå för att minska behovet av slutenvård. Vissa team, som FACT-ung, arbetar i integrerade multiprofessionella team med region och kommun för att stödja barn, unga och deras familjer med komplex psykiatrisk och social problematik. Andra exempel, som PEA-enheten (Prehospitala enheten för akutpsykiatri), samarbetar nära ambulans och akutmottagning för akuta bedömningar, hembesök och uppföljning efter inläggande vård.

Närsjukvårdsteam - Närvårdsteam

Socialstyrelsen ser en tydlig trend att flera regioner och kommuner arbetar med närsjukvårdsteam eller närvårdsteam. Vem som ansvarar för dessa verksamheter varierar mellan regionerna. Det kan vara en sjukhusklinik, en hälso- eller vårdcentral och ibland samorganiserar verksamheten med den kommunala hälso- och sjukvården. Teamen består av flera olika professioner. Målgruppen för dessa verksamheter är ofta sköra äldre och personer med funktionsnedsättning och med omfattande medicinska behov. Syftet kan exempelvis vara att göra medicinska bedömningar i hemmet, skapa trygghet hos patienten och minska behovet av sjukhusvård. Uppföljning har visat på positiva effekter, bland annat i form av minskad vårdkonsumtion, färre akuta besök och minskat behov av ambulanstransporter och specialistvård²⁵.

²⁵ [Uppföljning av omställningen till en god och nära vård](#) sid 76

Mobila primärvårdsteam

Mobila primärvårdsteam är ofta knutna till vård- eller hälsocentraler och omfattar exempelvis hemsjukvård, rehabiliteringsteam och demensteam. De erbjuder hembesök och mobila insatser som syftar till att ge vård nära patienten, främja kontinuitet och öka tryggheten för både patient och anhöriga. Teamen arbetar tvärprofessionellt och bidrar till samordning mellan olika kompetenser samt samverkan med kommuner och privata vårdgivare. Genom att ge vård i hemmet och på andra närmiljöer kan mobila primärvårdsteam både förebygga sjukhusbesök och komplettera insatser på vårdcentral eller mottagning.

Kommunala hälso- och sjukvårdsteam

Kommunala team inom hälso- och sjukvården arbetar i patientens hem eller närmiljö och fokuserar på trygghet, självständighet och kontinuitet. Teamen är ofta tvärprofessionella och samarbetar med primärvård och specialistvård, och deras insatser kan omfatta både förebyggande, rehabiliterande arbete och stöd till anhöriga. Genom hembesök och nära uppföljning bidrar de till att minska behovet av akuta sjukhusbesök och skapa en mer sammanhållen vårdkedja.

Kommunen har dock inte ansvar för läkarinsatser,²⁶ utan dessa tillhandahålls av regionens primärvård eller specialiserad vård. Kommunens hälso- och sjukvårdspersonal samarbetar med läkare inom regionen för att säkerställa medicinsk kompetens i vården.²⁷

Övriga mobila team

Ambulanssjukvård, jourläkarbilar och så kallade bedömningsbilar spelar också en viktig roll i olika vårdformer utanför sjukhus. Dessa insatser kan bland annat användas för att styra patienter till rätt vårdnivå i rätt tid, men också för att möjliggöra medicinska bedömningar och hälso- och sjukvårdsåtgärder i patientens hem.

Många olikheter, men också likheter

Sammanfattningsvis finns mobila team i regioner och kommuner, men med olika inriktningar och benämningar. De kan ha samma namn men vara organiserade under olika vårdnivåer, exempelvis kan demensteam vara knutet till en vårdcentral, minnesmottagning eller till kommunal hälso- och sjukvård.

De flesta teamen har dock gemensamma drag. Målgruppen är ofta sköra äldre, multisjuka eller psykiskt sjuka personer med behov av vård i hemmet.

²⁶ Se 12 kap. 3 §, 14 kap. 1 § och 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

²⁷ Regionen ska enligt 16 kap. 1 § andra stycket HSL sluta avtal med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Syftet kan bland annat vara att minska behovet av akutmottagning och slutenvård samt öka trygghet, tillgänglighet och kontinuitet.

Arbetet sker vanligen i tvärprofessionella team, i samverkan mellan specialiserad vård och regionens eller kommunens primärvård samt socialtjänst. Insatserna omfattar bland annat medicinska bedömningar och behandlingar, uppföljning efter sjukhusvistelse och stöd till anhöriga. De specialiserade mobila teamen utgår oftast från sjukhus och utför mer avancerade medicinska insatser.

Utmaningar i att bedriva och utveckla mobil vård

I denna del redovisas identifierade utmaningar kopplade till drift och fortsatt utveckling av mobil vård, samt några av de konsekvenser som dessa utmaningar medför.

Den mobila vården har utvecklats snabbt, och nuvarande strukturer är i många fall inte anpassad för denna utveckling. Socialstyrelsen har identifierat tre huvudområden som är särskilt utmanande i arbetet med att bedriva och utveckla mobil vård:

1. Lagar och regelverk:
 - a) Gränsdragning öppen och sluten vård
 - b) Gränsdragning mellan primärvård och specialiserad vård
 - c) Gränsdragning och ansvarsfördelning mellan olika huvudmän
2. Terminologi
3. Beskrivningssystem och hälsodataregister.

1. Lagar och regelverk

a) Gränsdragning öppen och sluten vård

Krav på sjukhus för sluten vård

I 7 kap. 4 § HSL, anges att det ska finnas sjukhus för hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning, det vill säga sluten vård.²⁸ Av förarbetena framgår att det inte är ett specifikt hus, antal sängar eller en organisation som avses utan snarare en viss typ av verksamhet: slutenvårdsverksamhet. I Sverige finns ett mycket stort antal vårdinrättningar som enligt lagstiftaren är att anse som sjukhus och vårdinrättning för sluten vård. Många av dessa är små enheter med ett begränsat antal vårdplatser²⁹.

Inga mellanting mellan öppen och sluten vård

Sluten vård definieras i 2 kap. 4 § HSL som hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Öppen vård definieras i 2 kap.

²⁸ Med sluten vård avses enligt 2 kap. 4 § HSL vård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning.

²⁹ Se Prop. 2000/01:36 Sjukhus med vinstsyfte, s. 13–14 och s. 21; prop. 2004/05:145 Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus, s. 13 ff. och s 26–27.

5 § HSL som annan hälso- och sjukvård än sluten vård. Eftersom öppen vård definieras negativt är det centralt att först förstå vad som omfattas av sluten vård. Det som inte omfattas av sluten vård räknas därmed som öppen vård. Denna lagtekniska konstruktion innebär att det inte finns några halvöppna vårdformer eller mellanvårdsformer enligt HSL. Det är inte tänkt att någon vård ska falla mellan de två begreppen. I praktiken innebär det svåra gränsdragningar.³⁰

Svåra gränsdragningar mellan öppen och sluten vård när alltmer avancerad vård bedrivs i hemmet

Vid införandet av 1982 års hälso- och sjukvårdslag uttalade föredragande statsråd att begreppen *sluten vård* respektive *öppen vård* på sikt borde tas bort från lagstiftningen. Vid den aktuella tidpunkten var statsrådet dock inte redo att göra det³¹. Det faktum att till exempel ASIH³² i vissa regioner rapporteras till Patientregistret (PAR) som sluten vård och i andra som öppen vård tyder på att den gränsdragningsproblematik som diskuterades vid införandet av 1982 års hälso- och sjukvårdslag är lika aktuell idag.

Detta är något som även utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* uppmärksammade. Utredningen bedömde att det fanns behov av att byta ut begreppet *sluten vård* och presenterade ett möjligt sätt att utforma en sådan ny definition, benämnd särskild vård. Utredningen ansåg att begreppet särskild vård på ett mer neutralt sätt bedömdes beskriva den vård som behöver särskiljas från annan, dvs. öppen vård.³³

Socialstyrelsen ansåg i sitt remissvar att utredningen inte redovisat tillräckliga skäl för sin bedömning att det finns ett behov att byta ut begreppet sluten vård. Vidare ansåg man att konsekvenserna av att byta ut begreppet sluten vård mot särskild vård inte var tillräckligt utredda. Socialstyrelsen framförde också att en reglering av vad som är särskild vård (eller sluten vård) eller annan vård inte är ändamålsenlig, med hänsyn till att den snabba medicinska utvecklingen riskerar att göra reglerna inaktuella.³⁴

Gränsdragningsproblematiken medför betydande svårigheter för kommuner och regioner när det gäller hur vård ska beskrivas, rapporteras och ersättas. Oklarheter kring om vården ska betraktas som sluten eller öppen skapar dessutom utmaningar i den medicinska ansvarsfördelningen, särskilt när alltmer avancerad vård bedrivs i hemmet.

³⁰ Se God och nära vård (SOU 2019:29) s. 99.

³¹ Se Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m. s.73.

³² Avancerad sjukvård i hemmet.

³³ Se God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) s. 362 f.

³⁴ Se Socialstyrelsens yttrande, dnr 3.1-14659/2020.

Olika regler för läkemedel inom öppen och sluten vård

Om vården bedrivs inom öppen eller sluten vård får även konsekvenser för hantering av läkemedel. Av 5 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel framgår att vårdgivaren ska organisera läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus på ett sådant sätt att den bedrivs rationellt och så att behovet av säkra och effektiva läkemedel tryggas. För detta ändamål ska det finnas sjukhusapotek, som ska vara bemannat med en eller flera farmaceuter. Av definitionen i 1 kap. 4 § samma lag framgår att ett sjukhusapotek är den funktion eller de aktiviteter som tillgodoser läkemedelsförsörjningen till eller inom sjukhus. Regionen får även erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).³⁵ Inom den öppna vården ska patienten istället hämta ut sitt ordinerade läkemedel på ett öppenvårdsapotek.

Vidare gör regelverket³⁶ skillnad mellan läkemedel inom hälso- och sjukvården (rekvisition) och läkemedel till enskilda patienter (receptföreskrivning). Sjukhus får som huvudregel inte lämna ut rekvirerade läkemedel hem till enskild patient, utan dessa måste föreskrivas på recept och hämtas på öppenvårdsapotek.³⁷ Detta innebär olika kostnadsansvar: läkemedel på sjukhus ingår i patientavgiften, medan receptbelagda läkemedel ofta medför egenavgifter. Dyra slutenvårdsläkemedel, t.ex. infusioner, omfattas ofta inte av läkemedelsförmånen utan betalas då helt av patienten.³⁸

Komplexiteten med läkemedelsbehandlingar och läkemedelsförsörjningen är betydande och vårdgivarna måste göra flera bedömningar. Handlar det om öppen vård eller sluten vård? Läkemedel från ett öppenvårdsapotek, från ett läkemedelsförråd eller från ett sjukhusapotek? Rör det sig om egenvård eller hälso- och sjukvård?³⁹

Regeringen har uppmärksammat på ovan beskrivna problematik och tillsatt en utredning som bland annat ska ta ställning till om sjukhusapotek även ska kunna förse andra vårdinrättningar än sjukhus med läkemedel.⁴⁰

³⁵ Se 8 kap. 8 § HSL.

³⁶ Enligt lagen om handel med läkemedel

³⁷ Föreskrivare får vid behandlingstillfället lämna ut i mindre antal doser läkemedel (jourdos) för att täcka patientens behov till dess läkemedlet kan expedieras från öppenvårdsapotek. Se 1 kap. 7 § och 3 kap. 1 § läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

³⁸ Bestämmelser om detta finns i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

³⁹ Socialstyrelsen, *Beskrivning och analys av hur regelverket för läkemedelsförsörjningen tillämpas utifrån dagens hälso- och sjukvård - Redovisning av regeringsuppdrag*, s. 22.

⁴⁰ [sakrare-tillgang-till-lakemedel-dir.-202567.pdf](#)

b) Gränsdragning mellan primärvård och specialiserad vård

Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.⁴¹ Primärvården är uppdelad i regional och kommunal primärvård.

Specialiserad öppen vård avser hälso- och sjukvård som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvården, både vad gäller utrustning och kompetens. Det finns ingen exakt gräns mellan primärvård och mer specialiserad vård.

Det kommunala självstyret⁴² innebär att regionerna har stor frihet att själva bestämma hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Det gör det möjligt att anpassa vården efter lokala och regionala förutsättningar, behov och prioriteringar, vilket kan leda till att strukturer, resurser och arbetssätt varierar mellan regioner. Gränsen mellan primärvård och specialiserad öppen vård kan dessutom förändras i takt med att medicinsk utveckling gör det möjligt för fler patienter att få vård i den regionala eller kommunala primärvården.

c) Gränsdragning och ansvarsfördelning mellan olika huvudmän

Ansvar för primärvård

Ansvar för att bedriva primärvård delas mellan kommuner och regioner.⁴³ Exakt var gränsen går och vilken huvudman som ansvarar för vad är inte reglerat i lagstiftningen, vilket innebär att regioner och kommuner själva måste komma överens om fördelningen genom lokala samverkansavtal. Utöver samverkansavtal behöver även individuella bedömningar göras för varje enskild patient.

Grunden för den kommunala hälso- och sjukvården är den så kallade ädelreformen från 1992.⁴⁴ Genom den fick kommunerna ansvar för viss hälso- och sjukvård av äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Den kommunala hälso- och sjukvården har ett brett

⁴² 2 kap. 1 § kommunallagen (2017:725).

⁴³ Se 13 a kap. 1 § HSL.

⁴⁴ Se prop. 1990/91:14, Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.

uppdrag och omfattar allt från olika slags omvårdnadsåtgärder till behandling, habilitering och rehabilitering.⁴⁵

Exakt vilka insatser som kan ges inom ramen för kommunens uppdrag framgår inte av lag utan regleras i stor utsträckning i de avtal som har ingåtts mellan huvudmännen.

Olika tolkningar av utrymme i samverkan mellan kommuner och regioner gällande specialiserad vård

Den begränsning som tydligt framgår av HSL är att läkarinsatser inte omfattas av kommunens ansvar för hälso- och sjukvård.⁴⁶ I övrigt gäller ett delat ansvar för primärvården, medan den specialiserade vården är regionernas ansvar. En grundläggande kommunalrättslig princip är dessutom att en kommun inte får utföra uppgifter som enligt lag tillhör andra.⁴⁷ Det kan därför uppstå problem om regionen vill delegera uppgifter från specialiserad vård till den kommunala hälso- och sjukvården, som endast omfattar vård på primärvårdsnivå.

Det görs olika tolkningar av hur långtgående utrymmet för samverkan är mellan kommuner och regioner när det gäller vård på specialiserad nivå.⁴⁸ Även när samverkan sker genom samverkansavtal får kommunerna inte utföra uppgifter som enligt lag tillhör regionerna.⁴⁹

Uppdraget för den kommunala primärvården förändras över tid och är större idag än när ädelreformen beslutades. Den kommunala hälso- och sjukvården, som står för cirka en fjärdedel av kostnaderna för hälso- och sjukvården, ofta till multisjuka och äldre patienter, har enligt regeringens bedömning en nyckelroll i utvecklingen till en mer nära vård. Samverkan mellan regioner och kommuner och ett ökat fokus på den kommunala hälso- och sjukvården är därför centralt för att uppnå en god och nära vård.⁵⁰

Otydliga gränsdragningar påverkar också patientavgifterna

Oklarheterna i gränsdragningen mellan huvudmän och vårdnivåer får även konsekvenser för vad patienterna betalar för vården. Nästan alla regioner och kommuner har olika nivåer på patientavgifter beroende på om det handlar om öppen eller sluten vård, specialiserad vård eller primärvård.⁵¹ Dessutom kan det uppstå oklarheter om det är kommunen eller regionen som ska ta ut en patientavgift när de samverkar, vilket har betydelse eftersom

⁴⁵ Se Utökad insamling av uppgifter från öppenvården (SOU 2024:57) sid 147.

⁴⁶ Se 12 kap. 3 §, 14 kap. 1 § och 16 kap. 1 § HSL.

⁴⁷ Se 2 kap. 2 § kommunallagen.

⁴⁸ Se Förändring genom försök - Försöksverksamhet i den kommunala sektorn (SOU 2023:94) s. 221–222.

⁴⁹ Se prop. 2017/18:151 En generell rätt till kommunal avtalssamverkans. 29.

⁵⁰ Se prop. 2019/20:164 Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform sid 16.

⁵¹ Se 17 kap. 1 § och 17 kap. 6-8 §§ HSL.

kommuner och regioner har olika system för högkostnadsskydd. För öppen vård i regionerna betalar patienten högst 1 450 kronor under en tolv månaders period,⁵² medan kommunernas högkostnadsskydd uppgår till 2 575 kronor i månaden (2024). Detta innebär att vården riskerar att bli väsentligt dyrare för patienten när vårdutförandet överförs från regioner till kommuner.

Även medicinteknik väcker frågor om regelverk och patientsäkerhet

Utöver otydlig gränsdragning mellan huvudmän och olika vårdformer finns även behov av att titta på lagstiftningen gällande medicintekniska produkter (MTP). Detta då de flesta mobila vårdmodellerna använder sig av olika typer av MTP. Både av hälso- och sjukvårdspersonal, patienten själv och närstående men även av hemtjänstpersonal eller personliga assistenter.

I rapporter poängteras vikten av ett kontinuerligt patientsäkerhetsarbete vid utveckling och användning av MTP. Riksrevisionens rapport RiR 2024:23⁵³ lyfter att Socialstyrelsens föreskrifter⁵⁴ endast omfattar användningen av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården och tandvården. De reglerar därmed inte verksamhet enligt socialtjänstlagen (2025:400) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade [24].

Riksrevisionens rapport visar på ett behov av föreskrifter för användning av MTP inom socialtjänsten. Rapporten pekar även på att regeringen och berörda myndigheter behöver säkerställa att frågor om medicinteknik integreras i arbetet med patientsäkerhet. Det finns indikationer på att medicinteknisk säkerhet inte i tillräcklig grad inkluderats i patientsäkerhetsarbete på lokal, regional eller nationell nivå. Detta är en viktig aspekt vid arbetet med införande av vårdmodeller där vården ges i hemmet.

Regelverk i otakt med medicinska och tekniska framsteg

Sammantaget kan konstateras att lagar och regelverk inte har utvecklats i samma takt som de tekniska och medicinska möjligheterna att bedriva vård i patientens hem. Detta har dels gjort det svårt att tolka vilka regler som gäller i vilka sammanhang, dels skapat nya utmaningar med gränsdragningar.

⁵² En region kan besluta om ett lägre belopp än 1 450 kronor för högkostnadsskyddet.

⁵³ Tillsynen över medicintekniska produkter – prioriteringar, genomförande och uppföljning. Riksrevisionverket RiR 2024:23

⁵⁴ Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

2. Terminologi

I arbetet med förstudien har det blivit tydligt att mobila vårdformer definieras olika och har olika benämningar. Till exempel kallas besök i patientens hem hembesök, eller hemsjukvård, och beskrivs som en vårdperiod eller som enstaka punktinsatser.

Tillhörighet till huvudman beskrivs också olika. Till exempel kan patienten vara *inskriven*, eller *registrerad* i en verksamhet, eller så ”ansvarar verksamheten för patienten” i hemmet. Hur uppdelningen mellan specialiserad vård och primärvård ser ut, med samarbete eller samorganisering av båda nivåerna, är i flera fall oklar. Ibland är beskrivningen en blandning av organisationer och vårdnivåer.

De definitioner av begreppen *öppen vård*, *sluten vård*, *primärvård* och *specialiserad vård* som finns i Socialstyrelsens termbank idag ger ingen vägledning om vilka insatser som hör till olika vårdnivåer.

Vidare framgår av Regeringens proposition 2025/26:19 Nästa steg för en god och nära vård att termen hemsjukvård föreslås tas bort från hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen och ersättas med hälso- och sjukvård i hemmet. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2026.⁵⁵ Förslaget innebär ingen ändring i kommunernas ansvar utan är enbart ett förtydligande av vad som redan gäller. Hälso- och sjukvård i hemmet avser den hälso- och sjukvård som kommunen *får erbjuda* enligt 12 kap. 2 § HSL.⁵⁶

Behov av ensad terminologi

Vid dialogmöten som genomförts inom ramen för förstudien, framkommer att regioner och kommuner efterlyser en gemensam förståelse av de begrepp som används inom området, vilket är en förutsättning för kommunikation, dokumentation, jämförelser samt informationsöverföring inom och mellan IT-system.

Socialstyrelsen arbetar för att nationellt överenskomna termer och definitioner ska användas i det praktiska vård- och omsorgsarbetet, i den officiella statistiken samt inom forskning och utveckling. För att Socialstyrelsen ska kunna bedriva ett effektivt terminologiarbete behöver denna gemensamma förståelse finnas. I dagsläget saknas den, bland annat eftersom det inte finns några etablerade definitioner att utgå från.

Mot denna bakgrund arbetar Socialstyrelsen för närvarande med att se över befintliga definitioner i termbanken avseende vårdplatser och närliggande begrepp, och justera de definitioner där Socialstyrelsen har identifierat ett

⁵⁵ [Nästa steg för en god och nära vård](#) sid 58-60

⁵⁶ Förslagen behandlas i betänkande 2025/26:SoU23 [Nästa steg för en god och nära vård](#).

behov av förtydligande. Syftet är att stödja regioner till ökad tydlighet i planering, uppföljning och styrning av hälso- och sjukvården.

I arbetet ingår även att utreda vilken betydelse mobil vård har för beräkning av riktvärdet för vårdplatser. Arbetet bedrivs inom ramen för regeringens uppdrag från juni 2024 om att stärka och följa upp vårdens tillgänglighet och kapacitet.⁵⁷

⁵⁷ Regeringskansliet. *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå* [regeringsuppdrag, 11 juni 2024], tillgänglig via: <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2024/06/uppdrag-att-bidra-till-att-starka-samt-folja-upp-tillgangligheten-och-vardkapaciteten-pa-regional-och-nationell-niva/>

3. Beskrivningssystem och hälsodataregister

Idag finns följande beskrivningssystem och hälsodataregister som huvudsakligen används för bred uppföljning av insatser inom hälso- och sjukvården:

- **Patientregistret (PAR)** – ett hälsodataregister hos Socialstyrelsen som innehåller uppgifter om alla vårdtillfällen i specialiserad slutenvård, inom psykiatri samt läkarbesök i specialiserad öppenvård. Registret omfattar bland annat diagnoser (ICD-10) och åtgärder (KVÅ). Primärvården ingår inte i registret.
- **KPP-databasen (Kostnad Per Patient)** – ett register som förvaltas av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Här dokumenteras faktiska kostnader för varje vårdkontakt, baserat på inrapporterade data från regionerna. Databasen är inte heltäckande nationellt, men används i stor utsträckning för jämförelser, analyser och ersättningar inom sjukvården.
- **DRG (Diagnosrelaterade grupper)** – ett beskrivningssystem inom sjukvården som grupperar patienter med likartade diagnoser och resursförbrukning i en gemensam grupp. Detta underlättar analys, uppföljning och jämförelse av vården. Systemet baseras på diagnos- och åtgärds-koder som registreras i patientjournaler, tillsammans med patientens ålder, kön och vårdtid, för att skapa en överskådlig bild av vården.
- **NordDRG (nordisk version av DRG)** i Sverige används ofta en svensk version för att göra kostnads- och produktivetsanalyser inom vården. KPP utgör ett viktigt underlag för utvecklingen av beskrivningssystemet och det förvaltas av Socialstyrelsen.

Utmaningar med dagens system

Regioner och kommuner som deltagit vid dialogmöten lyfter att det finns utmaningar med dagens system. Trots att register och DRG-systemet ger en grundläggande bild av vårdens omfattning och kostnader, finns det flera tydliga begränsningar som påverkar möjligheten att analysera och utveckla vården på ett effektivt sätt.

- **Det är inte möjligt att avgöra om vården har utförts på sjukhus eller i patientens hem.**

Det saknas enhetliga definitioner över hur den mobila vården ska beskrivas och dokumenteras. Vården definieras enbart som öppen eller

sluten i dessa system och register, vilket gör att specialiserad vård i hemmet inte går att skilja från traditionell öppen och sluten vård. Därmed kan till exempel *sjukhusvård i hemmet* inte identifieras eller följas upp som egen vårdform i vare sig PAR eller KPP-databasen. Detta begränsar möjligheterna att analysera omfattning, kvalitet och effekter av den vård som utförs i hemmet.

- **Socialstyrelsen saknar lagstöd för att samla in primärvården i PAR**
När vård i hemmet sker i samverkan mellan sjukhus och primärvård saknas en sammanhållen registrering. Detta gör det svårt att få en helhetsbild av patienters vårdflöden, analysera resultat och utvärdera effekter.

Behov av utveckling

I dialogmöten under förstudien har regionerna efterlyst nationellt överenskomna sätt att registrera och rapportera vård, för att kunna följa om vård utanför sjukhus frigör resurser i slutenvården.

Även utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har pekat på behovet av en översyn av beskrivningssystemen.⁵⁸

Mot denna bakgrund har Regeringen givit Socialstyrelsen i uppdrag (S2025/00940) att fortsätta arbetet med att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården. Arbetet ska ha sin utgångspunkt i de förslag som lämnats i betänkandet Ett nytt regelverk för hälsodataregister (SOU 2024:57). Socialstyrelsen ska senast före utgången av april 2026 lämna en skriftlig redovisning av uppdraget till Socialdepartementet. Fokus är nya föreskrifter för primärvård och rekvisitionsläkemedel.

En utökad insamling förutsätter dock att det finns entydiga nationella definitioner; i annat fall kan vissa vårdformer, såsom mobil vård, inte inkluderas i ett nationellt hälsodataregister på ett ändamålsenligt sätt.

Framtida krav

Sammantaget kan konstateras att avsaknaden av tydlighet i regelverk och beskrivningssystem skapar svårigheter i uppföljning av vårdens resultat, kvalitet, effektivitet och tillgänglighet.

Tydliga och standardiserade data är avgörande för flera utvecklingsområden. Det gäller dels för att kunna möta de krav som följer av EU:s förordning om ett europeiskt hälsodataområde (EHDS)⁵⁹, dels för att skapa förutsättningar för användning av artificiell intelligens (AI) i hälso- och sjukvården [28].

⁵⁸ SOU 2020:19 s. 361-362.

⁵⁹ Europeiska unionen. (2025). *Förordning (EU) 2025/327 av Europaparlamentet och av rådet av den 11 februari 2025 om det europeiska hälsodataområdet (EHDS) och om ändring av direktiv 2011/24/EU*. Europeiska unionens officiella tidning, L 2025/327. Hämtad 2025-10-09 från <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj/swe>

Slutsats

Omställningen till en god och nära vård innebär att hälso- och sjukvården ska organiseras mer utifrån patientens individuella behov och förutsättningar, samtidigt som en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.⁶⁰ För att möta både dagens och framtidens utmaningar behöver vården anpassas till befolkningens förändrade behov och arbetssätten utvecklas så att resurserna används där de gör störst nytta.

Förstudien visar att mobil vård i Sverige utvecklas snabbt men också präglas av variationer i både utbud och utförande, otydliga begrepp och begränsade möjligheter till uppföljning. Denna otydlighet påverkar även patienterna, bland annat genom skillnader i patientavgifter och kostnader för läkemedel.

Som beskrivits i förstudien finns många olika varianter av mobil vård. Mot bakgrund av rådande vårdplatsbrist i svensk sjukvård blir en av dessa varianter särskilt relevant, nämligen området sjukhusvård i hemmet. Att flytta vård som annars skulle ges inlaggande på sjukhus till patientens hem kan innebära vinster, både för patienten och för hälso- och sjukvårdssystemet. Internationella erfarenheter visar att vårdformen kan bidra till ökad trygghet och livskvalitet för patienterna, samtidigt som slutenvårdsplatser frigörs och belastningen på sjukhusen minskar.

För att möjliggöra en säker och jämlik utveckling av sjukhusvård i hemmet krävs dock nationellt stöd.

Nästa steg

Socialstyrelsen har en central roll i att skapa goda förutsättningar för den fortsatta utvecklingen av området och har därför initierat ett arbete som ska stödja regionerna i att erbjuda en säker och jämlik sjukhusvård i hemmet. Arbetet omfattar:

- framtagande av stödmaterial för utveckling inom området
- utveckling av ensad terminologi
- utveckling av beskrivningssystem och hälsodataregister som möjliggör uppföljning
- analysera och klargöra konsekvenser för vårdssystemet i övrigt, inklusive fördelning av patientansvar

Syftet är att underlätta för regioner att både införa och vidareutveckla en säker och jämlik sjukhusvård i hemmet i hela landet. På så sätt kan vårdformen spridas och dess potential tas tillvara.

⁶⁰ Prop. 2019/20:164 s. 32

Referenser

1. Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso och sjukvården till en god och nära vård S2023/01930 (delvis)
2. Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164)
3. Regeringens proposition Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, (prop. 2017/18:83)
4. Se God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)
5. [Redo för framtiden?](#), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2024
6. Teske, C., Mourad, G. & Milovanovic, M. Mobile care - a possible future for emergency care in Sweden. BMC Emerg Med 23, 80 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00847-1>
7. [Hälso- och sjukvård i hemmet](#) Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering, Socialstyrelsen, 2023
8. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023, Socialstyrelsen, 2023
9. Uppföljning av omställningen till en god och nära vård Delredovisning 2025, Socialstyrelsen, 2025
10. Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen, 2024
11. Leff B. (2009). Defining and disseminating the hospital-at-home model. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 180(2), <https://doi.org/10.1503/cmaj.081891>
12. Shi C, Dumville J, Rubinstein F, Norman G, Ullah A, Bashir S, et al. Inpatient-level care at home delivered by virtual wards and hospital at home: a systematic review and meta-analysis of complex interventions and their components. BMC Med. 2024;22(1):145.
13. Teske C, Mourad G, Milovanovic M. Physicians and nurses experiences of providing care to patients within a mobile care unit - a qualitative interview study. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):1065.
14. Pusa S, Hägglund K, Nilsson M, Sundin K. District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care. Scand J Caring Sci. 2015;29(1):93-100.
15. Region Skåne, [Fler patienter kan få sjukhusvård i hemmet - Skånes universitetssjukhus Sus](#) Hämtad 2025-12-10 från [Fler patienter kan få sjukhusvård i hemmet - Skånes universitetssjukhus Sus](#)
16. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, [Sahlgrenska hemma – specialiserad vård i ditt hem - Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#), Hämtad 2025-12-10 från <https://www.sahlgrenska.se/forskning-utbildning->

innovation/samverkan/sahlgrenska-hemma--specialiserad-var-d-i-ditt-hem/

17. Karolinska sjukhuset, [Sjukhusvård i Hemmet @ Region Stockholm](https://www.karolinska.se/forskning-och-utbildning/innovation/aktuell-innovation/karolinskaathome/). Hämtad 2025-12-10 från <https://www.karolinska.se/forskning-och-utbildning/innovation/aktuell-innovation/karolinskaathome/>
18. God och nära vård (SOU 2019:29)
19. Om hälso- och sjukvårdslag, m.m. (prop. 1981/82:97)
20. Socialstyrelsens yttrande, dnr 3.1-14659/2020.
21. Säkrare tillgång till läkemedel, Kommittédirektiv 2025:67
22. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. (prop. 1990/91:14)
23. Utökad insamling av uppgifter från öppenvården (SOU 2024:57)
24. Tillsynen över medicintekniska produkter – prioriteringar, genomförande och uppföljning. Riksrevisionverket (RiR 2024:23)
25. Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.
26. [Nästa steg för en god och nära vård](#) (prop. 2025/26:19)
27. Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå [regeringsuppdrag, 11 juni 2024], tillgänglig via: <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2024/06/uppdrag-att-bidra-till-att-starka-samt-folja-upp-tillgangligheten-och-var-dkapaciteten-pa-regional-och-nationell-niva/>
28. Europeiska unionen. (2025). Förordning (EU) 2025/327 av Europaparlamentet och av rådet av den 11 februari 2025 om det europeiska hälsodataområdet (EHDS) och om ändring av direktiv 2011/24/EU. Europeiska unionens officiella tidning, L 2025/327. Hämtad 2025-10-09 från <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj/swe>

Bilaga 1 - Dialogmöten

Följande regioner, kommuner och kommunalförbund har deltagit i Socialstyrelsens dialogmöten som en del av förstudien. Syftet med mötena var att samla in erfarenheter och perspektiv från olika delar av landet kring utvecklingen av mobil vård.

- Borås stad
- Boråsregionen
- Fyrbodals kommunalförbund
- Göteborgs stad
- Göteborgsregionen
- Jönköpings kommun
- Lunds kommun
- Norrtälje kommun
- Region Dalarna
- Region Jämtland Härjedalen
- Region Jönköpings län
- Region Skåne
- Region Stockholm
- Region Örebro
- Region Östergötland
- Västkom kommunalförbund
- Västra Götalandsregionen
- Åre kommun
- Örebro kommun

Frågorna som diskuterades på mötet:

Vilka av nedanstående verksamheter finns i er kommun/region? Något som saknas?

- **Mobil verksamhet från:**
 - Kommunal hälso- och sjukvård
 - Kommunal hälso- och sjukvård samorganiserad med vårdcentral
 - Samorganisering av vårdplatser kommun och region
 - Annat?
- **Mobil hälso- och sjukvård från:**
 - Sjukhus hemma-modell
 - Sjukhuskliniker, specialistmottagning

- Akutmottagning
- "Sjukstuga"
- Primärvård
- Samorganiserade från sjukhuskliniker, specialistmottagning och primärvård
- Övrig mobil verksamhet tex ambulans, jourläkarbilar, bedömningsbilar.
- Annat?

Övriga frågor:

- Vilka patientavgifter har ni för den vård ni bedriver?
- Vilka indikatorer följer ni upp?
- Kostnadsfördelning läkemedel?
- Övriga utmaningar?
- Något annat ni vill tillägga?

Bilaga 2 - Litteraturgenomgång av vårdmodeller för avancerad vård i hemmet

Inledning

Många olika vårdmodeller betraktas som sjukhusvård i hemmet i den internationella litteraturen. Dessa inkluderar polikliniska infusionscentra, läkarmottagningsbaserade intravenösa infusionstjänster, modeller för att undvika inläggning på sjukhus eller program för tidiga utskrivningar.⁶¹ Denna variation har skapat kontroverser om definitionen av sjukhusvård i hemmet och dess övergripande effektivitet. Det finns en betydande variation mellan de enskilda sjukhus-hemma-programmen med avseende på de sjukdomar som behandlas, patienternas akuta eller mer långsiktiga behov, organisatorisk tillhörighet, behandlingsteamens sammansättning och om patienten anses vara slutenvårdspatient eller öppenvårdspatient under tiden sjukhusvård i hemmet pågår. Variation finns även gällande tillgång av läkare och andra yrkesprofessioner, omfattning av omvårdnad och den medicinska vård som ges. Det finns skäl att tro att specifika kliniska komponenter och processer påverkar utfallen.

Litteratursökning

En litteratursökning genomfördes i databasen PubMed, 2024. Sökningen hade fokus på studier som rörde effekter, resultat och upplevelser av sjukhus-hemma (hospital-at-home), avancerad vård i hemmet, sjukhusbaserad specialistvård i hemmet, mobila team och andra liknande vårdformer. Två sökningar gjordes för att dels få bättre kunskap om vårdformernas utformning och resultat ur ett internationellt perspektiv, dels för att få en mer specifik bild av förekomst och resultat i de nordiska länderna. Avgränsning i den första sökningen gjordes till systematiska översikter och metaanalyser publicerade senaste 10 åren, på engelska, vilket gav 112 träffar. Avgränsning i den andra sökningen gjordes till artiklar från de nordiska länderna publicerade de senaste 20 åren på engelska, svenska, norska och danska. Sökningen gav 189 träffar. Efter genomgång av abstrakt gallrades 81 internationella artiklar och 147 nordiska artiklar bort.

⁶¹ Leff B. (2009). Defining and disseminating the hospital-at-home model. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 180(2), 156–157.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.081891>

Historik

Sjukhus i hemmet startade 1961 i Paris och i Atlantiska Pyrenéerna.⁶² Ursprungligen var det tänkt att låta svårt sjuka patienter med cancer dö hemma men det upptäcktes vara lika värdefullt för sköra äldre och kroniskt sjuka. Konceptet har sedan utvecklats till liknande vårdmodeller i många andra länder.

En vårdmodell av Hospital at home (HaH) utvecklades under 90-talet i USA vid John Hopkins School of Medicine.⁶³ En pilot med 17 patienter genomfördes där resultaten visade att vårdmodellen var möjlig, säker och kostnadseffektiv. Modellen har sedan spridits och under åren förbättrats och anpassats till de nya möjligheter den tekniska utvecklingen medger. Vårdmodellen återfinns idag i flertalet länder, exempelvis i USA, Storbritannien, Australien, Nederländerna, Singapore, Spanien, Frankrike, Norge och Sverige. HaH-tjänster är vanligtvis tillgängliga i stadsområden där personal från sjukhuset lätt kan nå närliggande patienter.⁶⁴ En integrerad vårdmodell som nyttjar det offentliga primärvårdssystemet kan utöka HaH-tjänsterna till att även omfatta patienter som bor längre bort från sjukhus. Det finns dock begränsad evidens för primärvårdsanställdas syn på att integrera HaH-vård i primärvården. Implementering av HaH kräver en tidig utveckling och beslut av policyer, engagemang från intressenter, effektiva mottagningsprocesser, effektiv kommunikation och en kunnig vårdpersonal för att säkert och effektivt implementera personcentrerade sjukhus i hemmet, uppnå acceptans av personal och säkerställa hållbarhet.⁶⁵

Den internationella litteraturen beskriver Hospital at Home som en vedertagen vårdmodell där hälso- och sjukvårdspersonal levererar sjukhusvård i patientens hem under en begränsad tidsperiod.⁶⁶ Det kan röra sig om akuta eller post akuta tillstånd som annars skulle kräva sjukhusvård. Det finns två typer av program för Hospital at Home (HaH), stödjande tidig hemgång (ESD) och undvikande av inläggning (AA).⁶⁷ Bägge programmen inkluderar omvårdnad i hemmet, fysiska besök av sjuksköterska och läkare på daglig basis, vårdpersonal tillgänglig via telefon 24/7, noggrann journalföring och kommunicerade patientinstruktioner, administration av behövliga läkemedel inklusive intravenösa vätskor och syrgas, monitorering

⁶² Morris D. E. (1983). Santé Service Bayonne: a French approach to home care. *Age and ageing*, 12(4), 323–328. <https://doi.org/10.1093/ageing/12.4.323>

⁶³ Hospital at home organisation. Hämtad från <https://www.hospitalathome.org/about-us/history.php>

⁶⁴ Karlsen L, Mjølstad BP, Løfaldli BB, Helvik AS. Reflections of nurses and primary healthcare managers on integrating hospital at home into public primary healthcare services: a Norwegian focus group study. *Scand J Prim Health Care*. 2024;1-10.

⁶⁵ Wallis JA, Shepperd S, Makela P, Han JX, Tripp EM, Gearon E, et al. Factors influencing the implementation of early discharge hospital at home and admission avoidance hospital at home: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024; 3(3):Cd014765.

⁶⁶ Leong MQ, Lim CW, Lai YF Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews *BMJ Open* 2021;11:e043285. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043285

⁶⁷ Kanagala, S. G., Gupta, V., Kumawat, S., Anamika, F., McGillen, B., & Jain, R. (2023). Hospital at home: emergence of a high-value model of care delivery. *The Egyptian journal of internal medicine*, 35(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s43162-023-00206-3>

av vitala parametrar samt tester så som röntgen, ultraljudsundersökningar och EKG. När patienten tillfrisknat övergår vården till primärvårdsnivå.⁶⁸

Avancerad vård i hemmet, sjukhusbaserad specialistvård i hemmet eller akutsjukvård i hemmet är ett liknande alternativ till traditionella sjukhusvistelser⁶⁹. Dessa program ger omfattande medicinsk vård skräddarsydd för varje patients behov genom en vårdplan. Kärntjänsterna erbjuder vanligtvis telehälsa, patientövervakning på distans av vitala tecken, medicinering, laboratorietester, träning, rehabilitering och talterapi. Avancerad vård i hemmet kan också samordna mobila bildbehandlings- och ultraljudstjänster, ge stöd för livsstilsförändring, samordna med socialtjänst och konsultera specialistläkare vid behov. Daglig kontakt med vården sker via telefonsamtal samt vid behov fysiskt besök i hemmet av den eller de professioner som behövs.

Virtuella vårdavdelningar, benämns även som distansmonitorering eller telemedicin, tillhandahåller en mångfald av interaktionssätt och tekniska lösningar.^{70,71} Det kan involvera webbportaler, telefonsamtal, meddelandetjänster, e-post, videosamtal i kombination av distansmonitorering av vitala parametrar och självskattningsinstrument. Vården kan utgå från specialistnivå eller primärvårdsnivå och inkludera olika yrkesprofessioner. Vården syftar till att undvika inläggning på sjukhus, kontrollera kronisk sjukdom eller för rehabilitering i hemmet.

Med mobila team eller mobil vård avses som begrepp vård som ges på plats hos patienten och därmed utgör ett alternativ till akutmottagning och/eller sjukhusinläggning.⁷² Vården kan utgå från specialist- eller primärvårdsnivå och involverar ofta multiprofessionella vårdteam. Syftet är att överbrygga klyftan mellan sjukhusvård och primärvård inklusive kommunbaserad vård. Det finns olika namn på "Mobilvård" i världen, men trots detta är principen likartad.⁷³ I Australien benämns det "Hospital in the Home" där patienter får akutvård i hemmet istället för på sjukhus. Genom att koppla patienten till en mobil vårdenheter kan sjukhusvård undvikas eller att patienten kan skrivas ut tidigare från sjukhuset. Diagnoser som behandlas via den mobila enheten är

⁶⁸ Cheng, J., Montalto, M., & Leff, B. (2009). Hospital at home. *Clinics in geriatric medicine*, 25(1), 79–vi. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2008.10.002>

⁶⁹ [Arsheeya Mashaw, MD, Eric Johnson, PhD](#) Advanced Care at Home at Scale in an Integrated Health Care System December 19, 2023 *The American Journal of Managed Care* December 2023 Volume 29 Issue 12

⁷⁰ Shanbehzadeh M, Kazemi-Arpanahi H, Kalkhajeh SG, Basati G. Systematic review on telemedicine platforms in lockdown periods: Lessons learned from the COVID-19 pandemic. *J Educ Health Promot.* 2021;10:211.

⁷¹ Vindrola-Padros C, Singh KE, Sidhu MS, Georghiou T, Sherlaw-Johnson C, Tomini SM, et al. Remote home monitoring (virtual wards) for confirmed or suspected COVID-19 patients: a rapid systematic review. *EClinicalMedicine.* 2021;37:100965.

⁷² Fristedt S, Nystedt P, Skogar Ö. Mobile Geriatric Teams – A Cost-Effective Way Of Improving Patient Safety And Reducing Traditional Healthcare Utilization Among The Frail Elderly? A Randomized Controlled Trial. *Clin Interv Aging.* 2019;14:1911-1924 <https://doi.org/10.2147/CIA.S208388>

⁷³ Teske C, Mourad G, Milovanovic M. Mobile care - a possible future for emergency care in Sweden. *BMC Emergency Medicine.* 2023; 23(1):80.

bland annat infektioner och blodpropp. En annan modell finns i England och som bygger på att insatser som vanligtvis kräver sjukhusvård nu flyttas till hemmet. Mobila geriatriska team som inkluderar läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har skapats av flera svenska vård- och omsorgsgivare.⁷² Målet för dessa mobila team är att genomföra omfattande geriatriska bedömningar (CGA) i patientens hem och baserat på resultaten av dessa tester, utveckla samt implementera hållbara och samordnade vårdplaner som inkluderar individuellt skräddarsydda insatser. Dessa team har stora likheter med Acute Frail Units.

Acute Frailty Units (AFU), är en vårdmodell som har stort fokus på att bibehålla och återställa funktion, men i motsats till en rehabiliteringsavdelning ingriper vid akut sjukdom.⁷⁴ En rad namn används för vårdmodeller med liknande underliggande tillvägagångssätt, inklusive Acute Care for Elders (ACE) och Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Generiska beskrivningar av modellen refererar ofta till fyra kärnkomponenter, patientcentrerad vård, specifikt utformade miljöer, genomgång av medicinsk vård och planering av tidig utskrivning som nyckelegenskaper hos modellen. Det finns stor variation i hur dessa komponenter är operationaliserade inom de individuella vårdmodellerna.

Resultat

De flesta vårdmodeller där vård ges i hemmet, oavsett användning av låg- eller högintensiv teknologi, kan ha liknande eller minskad risk för återinläggning på sjukhus jämfört med sjukhusbaserad slutenvård (låg evidensnivå).⁷⁵ För dödlighet har de flesta vårdmodellerna osäkra eller otillgängliga bevis. Två undantag är lågteknologiska modeller som involverar sjukhus- och samhällsbaserade yrkesverksamma, de kan ha liknande risk för dödlighet jämfört med sjukhusbaserad slutenvård (låg eller måttlig evidensnivå). Evidens för kostnadseffektivitet är inte tillgängligt för högteknologiska modeller, men begränsad evidens tyder på att den lågteknologiska multidisciplinära vården som tillhandahålls av sjukhusbaserade team verkar vara mer kostnadseffektiv än sjukhusbaserad vård vid exacerbationer hos personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Internationellt

Studier visar att AA- programmet vid HaH resulterar i lika eller minskad förekomst av återinläggningar och mortalitet bland patienterna jämfört med

⁷⁴Knight T, Kamwa V, Atkin C, Green C, Ragunathan J, Lasserson D, et al. Acute care models for older people living with frailty: a systematic review and taxonomy. *BMC Geriatr.* 2023;23(1):809.

⁷⁵Shi C, Dumville J, Rubinstein F, Norman G, Ullah A, Bashir S, et al. Inpatient-level care at home delivered by virtual wards and hospital at home: a systematic review and meta-analysis of complex interventions and their components. *BMC Med.* 2024;22(1):145.

inneslående patienter.^{63, 76} ESD-programmet visar på lika förekomst av mortalitet men på en högre förekomst av återinläggningar jämfört med inneslående patienter.^{66, 77} Andra RCT-studier visar dock på ingen eller liten skillnad gällande mortalitet och återinläggning specifikt för äldre patienter vid AA.⁷⁸ För personer med hjärtsvikt som antingen fått AA eller EDS visar resultaten att vårdmodellen ökar tiden till första återinläggning, färre besök på akutmottagning och att den ger en bättre livskvalité för patienten jämfört med traditionell sjukhusvård.⁷⁹ HaH visar ingen skillnad i dödlighet mellan grupperna. ESD för äldre personer efter stroke visar kortare vårdtid jämfört med de som fått traditionell sjukhusvård.⁸⁰ Inga tydliga skillnader i patienternas upplevda hälsotillstånd eller tillfredsställelse med vården fanns mellan grupperna. Risken för återinläggning var liknande i bägge grupperna. Med ett ESD-team som stödjer sjukhusvården i hemmet är resultaten bättre än när liknande koordinerande specialistteam saknas.

En sammanvägning av kvalitativa studier visar att HaH är särskilt lämpligt för patienter som bor ensamma och förlitar sig på sociala kontakter så som vänner och grannar.⁸¹ Patienter med ett positivt hälsobeteende i form av att inte konsumera tobak, alkohol eller droger är också bättre lämpade för HaH. Att själv klara av att monitorera vitala parametrar är en del av HaH vilket kräver att patienten är bekväm med att självständigt hantera teknisk utrustning. För att HaH ska fungera på ett säkert sätt krävs också att hemmiljön är gynnsam för vård och återhämtning. Tillgång till rinnande vatten, wifi/internet, värme, och ventilation är förutsättningar för att HaH ska vara möjligt.⁸² Svårigheter som kan påverka utförandet och patientsäkerheten är om bostadsutrymmet är litet eller ohygieniskt eller att husdjur stör exempelvis administrering av läkemedel.⁸¹ Patientens och vårdgivarens upplevelse är att vårdmodellen HaH är trygg, effektiv och ses som något positivt.⁸³ Upplevd oro och barriärer samt möjliggörare och

⁷⁶ Arsenaault-Lapierre G, Hencin M, Gaid D, Le Berre M, Gore G, Vedel I. Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients With Chronic Disease Who Present to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(6):e2111568.

⁷⁷ Lin L, Cheng M, Guo Y, Cao X, Tang W, Xu X, et al. Early discharge hospital at home as alternative to routine hospital care for older people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2024;22(1):250.

⁷⁸ Edgar, K., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Gonçalves-Bradley, D. C., Wong, E., & Shepperd, S. (2024). Admission avoidance hospital at home. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD007491. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub3>

⁷⁹ Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, et al. Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015; 10(6):e0129282.

⁸⁰ Langhorne P, Baylan S. Early supported discharge services for people with acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 7(7):Cd000443.

⁸¹ Chua, C. M. S., Ko, S. Q., Lai, Y. F., Lim, Y. W., & Shorey, S. (2022). Perceptions of Hospital-at-Home Among Stakeholders: a Meta-synthesis. *Journal of general internal medicine*, 37(3), 637–650. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07065-0>

⁸² Leff, B., Burton, L., Mader, S. L., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S. K., Greenough, W. B., 3rd, Guido, S., Langston, C., Frick, K. D., Steinwachs, D., & Burton, J. R. (2005). Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Annals of internal medicine*, 143(11), 798–808. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008>

⁸³ Wang X, Stewart C, Lee G. Patients' and caregivers' perceptions of the quality of hospital-at-home service: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2024; 33(3):817-38.

facilitatorer associeras med individuella förutsättningar, vårdgivar- och systemfaktorer.

Sjukhusbaserad barnsjukvård i hemmet kan gälla vård av förtidigt födda, vård av barn med cancer, diabetes, infektionssjukdomar eller lungsjukdomar. Studier visar inte på fler avvikelser eller återinläggningar jämfört med vid traditionell sjukhusvård.⁸⁴ Vad det gäller effektivitet och kostnader är resultaten inte entydiga och evidensen svag. Sjukhusbaserad barnsjukvård i hemmet främjar familjelivet och bandet mellan barn och förälder.⁸⁵ Det ökar känslan av trygghet, komfort, självförtroende och autonomi. Det i sin tur minskar stressfaktorer som ångest, rädsla och osäkerhet. Liknande resultat ses vid palliativ vård av barn i hemmet.⁸⁶

I en Cochrane genomgång av 32 randomiserade studier från framförallt höginkomstländer jämfördes traditionell sjukhusvård med tidig hemgång för ineliggande patienter.⁸⁷ Fokus var personer med stroke, KOL, äldre personer med olika diagnoser eller personer som genomgått elektiv kirurgi. Resultaten visar att ESD för personer som återhämtar sig efter stroke finns en liten eller ingen skillnad i mortalitet eller återinläggning jämfört med de som får traditionell sjukhusvård. Det är oklart om ESD har någon effekt på kostnaderna jämfört med traditionell sjukhusvård. För personer med KOL är informationen bristfällig varför det inte går att dra några slutsatser gällande mortalitet. Troligtvis minskar dock risken för återinläggning jämfört med de som fått traditionell sjukhusvård. För äldre med olika diagnoser varierar risken för återinläggning. Även för dessa grupper är kostnadseffekterna otydliga. För personer som genomgått elektiv kirurgi visar resultaten inte på någon högre förekomst av mortalitet jämfört med de som fått traditionell sjukhusvård. Gällande återinläggningar fann man en liten eller ingen skillnad mellan grupperna. Effekten på vårdkostnaderna är oviss.

I en israelisk studie där 1678 patienter som fick traditionell sjukhusvård jämfördes med 1678 patienter som fick sjukhusvård i hemmet framkom att antal vård dagar var signifikant lägre för den senare gruppen.⁸⁸ Likaså var medelvärdet för vårdkostnaderna per dag signifikant lägre för gruppen som fick sjukhusvård i hemmet jämfört med gruppen som fick traditionell sjukhusvård.

⁸⁴ Detollenaere J, Van Ingelghem I, Van den Heede K, Vlayen J. Systematic literature review on the effectiveness and safety of paediatric hospital-at-home care as a substitute for hospital care. *Eur J Pediatr.* 2023;182(6):2735-57.

⁸⁵ Pinheiro C, Pires C, Romeiro J, Ramos S, Charepe Z. The experience of children and family in pediatric home hospitalization: A systematic review of qualitative evidence. *J Pediatr Nurs.* 2024;78:e124-e32.

⁸⁶ Winger A, Kvarme LG, Løyland B, Kristiansen C, Helseth S, Ravn IH. Family experiences with palliative care for children at home: a systematic literature review. *BMC Palliat Care.* 2020; 19(1):165.

⁸⁷ Gonçalves-Bradley, D. C., Iliffe, S., Doll, H. A., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, S. H., & Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD000356. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000356.pub4>

⁸⁸ Megido, I., Sela, Y., & Grinberg, K. (2023). Cost effectiveness of home care versus hospital care: a retrospective analysis. *Cost effectiveness and resource allocation: C/E*, 21(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00424-0>

Virtuella vårdavdelningar efter sjukhusvistelse för personer med hjärtsvikt visar sig ge en reducerad risk för dödlighet eller återinläggning jämfört med de som får vanlig kommunal vård i hemmet.⁸⁹ För personer med svåra kroniska sjukdomar ses däremot inte någon reducerad risk för dödlighet eller återinläggning. Sammantaget visar virtuella vårdavdelningar att antalet besök till akutmottagning minskar och ger en kortare vårdtid vid återinläggning.⁹⁰ Evidensen är dock låg då studierna grundar sig på små populationer och det saknas konsekventa beskrivningar och standardiserad nomenklatur för virtuella vårdavdelningar.

Personer med inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) kräver intensiv uppföljning med täta konsultationer efter diagnos. Telemedicinsk vård av IBD inkluderar rådgivning via telefon, meddelandefunktioner/chat, video, textmeddelanden eller webbaserade tjänster.⁹¹ Effekterna hos vuxna av telemedicinsk vård skiljer sig förmodligen inte från traditionell vård med fysiska återbesök när man ser till sjukdomsaktivitet, förekomst av sjukdomsskov eller återfall och livskvalitet. Telemedicinsk övervakning ökar sannolikt läkemedelsföljsamheten något jämfört med traditionell vård. För personer med akut lungsjukdom eller akut förvärring av kronisk lungsjukdom visar telemedicinsk vård, också benämnd virtuell vårdavdelning, att effekterna inte är entydiga.⁹² Studier visar både på signifikant färre sjukhusinläggningar och på signifikant fler jämfört med traditionell vård. Telemedicinsk vård används också när den gravida kvinnans blodtryck är förhöjt.⁹³ Studier visar att gravida kvinnors blodtryck som övervakas på distans är associerad med minskad risk för tidig igångsättning av förlossning, prenatala sjukhusinläggningar eller utveckling av preeklampsi jämfört med de som får traditionell mödravård. Telemedicinska vården innebär också signifikant färre fysiska mödravårdsbesök under graviditeten medan inga signifikanta skillnader ses gällande återinläggningar mellan grupperna efter förlossningen.

Utvärdering av psykiatriska mobila team visar att utvärderingskriterierna skiljer sig beroende på var studierna är genomförda.⁹⁴ Kriterier som förekommer är påverkan på sjukhusvistelsens längd, symtomatisk klinisk påverkan, påverkan på funktion och livskvalitet samt analys av lönsamhet,

⁸⁹ Uminski K, Komenda P, Whitlock R, Ferguson T, Nadurak S, Hochheim L, et al. Effect of post-discharge virtual wards on improving outcomes in heart failure and non-heart failure populations: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018; 13(4):e0196114.

⁹⁰ Chauhan U, McAlister FA. Comparison of Mortality and Hospital Readmissions Among Patients Receiving Virtual Ward Transitional Care vs Usual Postdischarge Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2022; 5(6):e2219113.

⁹¹ Gordon M, Sinopoulou V, Lakunina S, Gjuladin-Hellon T, Bracewell K, Akobeng AK. Remote care through telehealth for people with inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;5(5):Cd014821.

⁹² Creavin ST, Garg M, Hay AD. Impact of remote vital sign monitoring on health outcomes in acute respiratory infection and exacerbation of chronic respiratory conditions: systematic review and meta-analysis. *ERJ Open Res*. 2023;9(2).

⁹³ Kalafat E, Benlioglu C, Thilaganathan B, Khalil A. Home blood pressure monitoring in the antenatal and postpartum period: A systematic review meta-analysis. *Pregnancy Hypertens*. 2020; 19:44-51.

⁹⁴ Adrien V, Diot T. Criteria for evaluating the effectiveness of psychiatric home care-mobile team: A systematic review of the literature. *J Clin Nurs*. 2024.

säkerhet, terapeutisk allians och slutligen, samarbetsnätverk. Det gör att det är svårt att bedöma dess effektivitet då det saknas standardiserade uppföljningsmodeller.

Mobila kliniker/team har också visat sig användbara vid humanitära kriser i exempelvis Haiti, Palestina, Afghanistan, och Kongo-Kinshasa.⁹⁵ Även om studierna är få och relativt små med begränsad evidens framkommer rekommendationer för användningen av mobila team. Dessa är 1) se till att mobila kliniker är utformade för att komplettera klinikbaserade tjänster; 2) förbättra tekniska verktyg för att stödja patientuppföljning, förbättrad journalföring, kommunikation och koordinering; 3) undvika märkning av tjänster på ett sätt som kan stigmatisera deltagare; 4) stärka remissförfarandet till psykosocial och psykiatrisk vård; 5) samarbeta med lokala leverantörer för att nyttja resurser; och 6) säkerställa en stark samordning för att optimera vårdens kontinuitet.

Mobila kliniker används också i Australien, Kanada och USA för att tillhandahålla primärvård till ursprungsbefolkningar som annars har svårt att få tillgång till dessa tjänster.⁹⁶ Nya Zeeland saknar sådana.

Ursprungsbefolkningen i dessa länder upplever större ojämlikheter i hälsa än vad icke-ursprungsbefolkningen gör. Det finns ett fåtal utvärderingar som stöder användningen av mobila kliniker för ursprungsbefolkningar och ett behov av att organisationer som implementerar mobila kliniker specifikt för ursprungsbefolkningar delar med sig av sina erfarenheter.

En jämförelse av fyra vårdmodeller vid akuta tillstånd hos äldre personer, (innetiggande akutsjukvård, akutmottagning inom räckhåll, HaH och vård- och omsorgsboende med specialistläkarstöd) visar på liten överensstämmelse mellan studiernas resultat gällande mortalitet, återinläggning och kostnadseffektivitet.⁷⁴ Området domineras dock av små studier med olika resultatmått och risker för bias vilket gör jämförelser svårt och evidensen svag.

I ett försök att jämföra fysisk aktivitet hos akut sjuka äldre som vårdades på sjukhus respektive fick sjukhusvård i hemmet visar resultaten att det helt saknas studier gällande sjukhusvård i hemmet.⁹⁷ För gruppen som vårdas på sjukhus visar studier att medelvärde för antal steg per dag bara är 881 steg. Mer forskning behövs i området. Andra studier visar att patienter efter utskrivning från en akut eller subakut vårdavdelning till hemmet ägnar sig åt 1,3 – 5,9 gånger mer fysisk aktivitet och upp till 67 procent mindre

⁹⁵ McGowan CR, Baxter L, Deola C, Gayford M, Marston C, Cummings R, et al. Mobile clinics in humanitarian emergencies: a systematic review. *Confl Health*. 2020; 14:4.

⁹⁶ Beks H, Ewing G, Charles JA, Mitchell F, Paradies Y, Clark RA, et al. Mobile primary health care clinics for Indigenous populations in Australia, Canada, New Zealand and the United States: a systematic scoping review. *Int J Equity Health*. 2020; 19(1):201.

⁹⁷ Scott J, Abaraogu UO, Ellis G, Giné-Garriga M, Skelton DA. A systematic review of the physical activity levels of acutely ill older adults in Hospital At Home settings: an under-researched field. *Eur Geriatr Med*. 2021;12(2):227-38.

stillasittande.⁹⁸ Genom att möjliggöra tidig utskrivning genom HaH kan patientens fysiska aktivitetsnivå förbättras.

Sjukhusbaserad specialistvård i form av palliativ vård i hemmet för patienter med cancer, hjärtsvikt eller multidiagnoser visar på små fördelar för patienten jämfört med traditionell sjukhusvård och/eller hemsjukvård.⁹⁹ Patienter som erhåller sjukhusbaserad palliativ vård i hemmet upplever en något högre livskvalité, något färre symtom och något högre nöjsamhet med vården.^{23, 100} Vad det gäller smärtupplevelse finner man ingen skillnad mellan de båda grupperna. Resultaten gällande kostnadseffektivitet är inkonsekventa. Sammantaget bedöms dessa studier ha låg till mycket låg kvalitet varför det är svårt att dra några slutsatser från resultaten.

Norden

De organisatoriska lösningarna vid HaH, avancerad vård i hemmet, mobila team eller likande vårdformer skiljer sig åt. De kan organisatoriskt utgå från ett sjukhus, en specialistmottagning eller en vård-/hälsocentral. Deras organisatoriska uppbyggnad skiljer sig också åt mellan vårdgivarna. En dansk studie visar att den distriktsläkarbaserade HaH-modellen med utgångspunkt från primärvården är effektivare än den sjukhusspecialist-modellen för att undvika sjukhusinläggningar inom 7 dagar bland äldre patienter med ett akut medicinskt tillstånd.¹⁰¹ De fann inga skillnader i mental eller fysisk återhämtning eller dödsfall bland patienterna vid jämförelse mellan de två modellerna.

I en studie från Norge visar resultaten att distansmonitorering av kvinnor med riskgraviditet kräver tillgång till barnmorskor och förlossningsläkare men också att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver få en optimal personlig träning i vårdmodellen.¹⁰² Vikten av att kompetenta och erfarna barnmorskor och förlossningsläkare sköter övervakningen belyses ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Resultaten visar också att modellen kräver en aktiv patientroll för att fungera tryggt och säkert.

⁹⁸ Kirk AG, Behm KJ, Kimmel LA, Ekegren CL. Levels of Physical Activity and Sedentary Behavior During and After Hospitalization: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2021; 102(7):1368-78.

⁹⁹ Bajwah, S., Oluyase, A. O., Yi, D., Gao, W., Evans, C. J., Grande, G., Todd, C., Costantini, M., Murtagh, F. E., & Higginson, I. J. (2020). The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD012780. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012780.pub2>

¹⁰⁰ Oluyase AO, Higginson IJ, Yi D, Gao W, Evans CJ, Grande G, et al. Health Services and Delivery Research. Hospital-based specialist palliative care compared with usual care for adults with advanced illness and their caregivers: a systematic review. Southampton (UK): NIHR Journals Library. 2021 DOI 10.3310/hsdr09120

¹⁰¹ Mogensen CB, Ankersen ES, Lindberg MJ, Hansen SL, Solgaard J, Therkildsen P, et al. Admission rates in a general practitioner-based versus a hospital specialist based, hospital-at-home model: ACCESS, an open-labelled randomised clinical trial of effectiveness. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2018;26(1):26.

¹⁰² Aasbø G, Staff AC, Blix E, Pay ASD, Waldum Å, Rivedal S, et al. Expectations related to home-based telemonitoring of high-risk pregnancies: A qualitative study addressing healthcare providers' and users' views in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2024; 103(2):276-85.

En dansk studie visar att neonatal vård i hemmet med stöd av telemedicin ger föräldrarna till den förtidigt födda en trygg och bra support.¹⁰³ Genom digital kommunikation mellan föräldrarna och specialister vid neonatal intensivvårdsenhet samt distansmonitorering av barnet stärks föräldrarollen och relationen mellan barn-förälder. En svensk studie visar att kombinationen av fysiska hembesök och videomöten och med möjlighet till telefonkontakt 24/7 är tillfredsställande för föräldrarna.¹⁰⁴ De känner sig trygga med vården i hemmet. En annan studie visar dock att för extremt förtidigt födda, före graviditetsvecka 28, är återinskrivningar mer vanligt.¹⁰⁵ De vanligaste orsakerna är luftvägssymtom (55%), och virala luftvägsinfektioner (28%).

En annan norsk studie om sjukhusvård i hemmet för barn beskriver att även om vården utgår från sjukhuset så utförs den i samverkan med hemsjukvården.¹⁰⁶ Intervjuer med både barnens föräldrar och med sjuksköterskorna i hemsjukvården visar att båda grupperna upplever hembesöken som utmanande. De beskriver känslor av misstro och osäkerhet. Samarbetet dem emellan påverkas av känslan av att vilja ha kontroll och ge barnet en patientsäker vård i hemmet. Samtidigt beskriver föräldrarna att de finner vården i hemmet som lugnare och mer gynnsam för att kunna leva ett mer normalt familjeliv.¹⁰⁷ Bra information och träning i medicinska procedurer innan utskrivning från sjukhuset ger en ökad känsla av säkerhet och hanterbarhet när de väl är hemma. Sjukhusets läkare och sjuksköterskor som är involverade i barnets sjukhusvård i hemmet menar att hörnstenen för en fungerande och säker vård i hemmet är att bygga en förtroendefull relation till både barnet och föräldrarna.¹⁰⁸ Den sjukhusanslutna sjuksköterskan blir den som koordinerar samverkan mellan alla inblandade aktörer.

En dansk studie om sjukhusvård i hemmet för barn med cancer visar att hemmiljön har stor betydelse för både barnet och föräldrarna.¹⁰⁹ Vården ger

¹⁰³ Garne Holm K, Brødsgaard A, Zachariassen G, Smith AC, Clemensen J. Parent perspectives of neonatal tele-homecare: A qualitative study. *J Telemed Telecare*. 2019;25(4):221-9.

¹⁰⁴ Gund A, Sjöqvist BA, Wigert H, Hentz E, Lindecrantz K, Bry K. A randomized controlled study about the use of eHealth in the home health care of premature infants. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13:22.

¹⁰⁵ Lundberg B, Lindgren C, Palme-Kilander C, Örténstrand A, Bonamy AK, Sarman I. Hospital-assisted home care after early discharge from a Swedish neonatal intensive care unit was safe and readmissions were rare. *Acta Paediatr*. 2016;105(8):895-901.

¹⁰⁶ Aasen L, Johannessen AK, Ruud Knutsen I, Werner A. Negotiating safety and responsibility in caregiving to children receiving hospital-at-home: A Norwegian study of parents and homecare nurses' experiences. *Health Soc Care Community*. 2022; 30(6):e5326-e35.

¹⁰⁷ Aasen L, Ponton IG, Johannessen AM. Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents' perceptions of hospital-at-home. *Scand J Caring Sci*. 2019; 33(1):102-10.

¹⁰⁸ Aasen L, Johannessen AK, Ruud Knutsen I, Werner A. The work of nurses to provide good and safe services to children receiving hospital-at-home: A qualitative interview study from the perspectives of hospital nurses and physicians. *J Clin Nurs*. 2022; 31(17-18):2495-506.

¹⁰⁹ Hansson H, Kjaergaard H, Schmiegelow K, Hallström I. Hospital-based home care for children with cancer: a qualitative exploration of family members' experiences in Denmark. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012;21(1):59-66.

stöd för en bibehållen normalitet och vardag samtidigt som behovet av trygghet tillgodoses av erfaren hälso- och sjukvårdspersonal. En svensk studie om sjukhusvård i hemmet för barn med cancer visar att barnen överlag är positiva till vård i hemmet. Hemmiljön känns trygg, de slipper resor och långa väntetider och de kan fortsätta med sina dagliga aktiviteter.

¹¹⁰ Föräldrarna upplever att hälso- och sjukvårdspersonalen har bättre tid för att besvara frågor och ge behövlig information i hemmet jämfört med på sjukhuset. Samtidigt upplever de att vård i hemmet ger en avsaknad av att möta andra familjer i liknande situation för erfarenhetsutbyte. De saknar också möjligheten för barnet att ha tillgång till lekterapi och sjukhusclown. De upplever att de får mindre stöd jämfört med vad de får vid sjukhusvistelser.

I en svensk studie av tidig utskrivning från sjukhus efter att ha drabbats av stroke framkommer blandande känslor hos patienterna.¹¹¹ De upplever en längtan att få komma hem och återfå sina förmågor igen. Samtidigt finns känslor av rädsla för att lämna den trygga vårdmiljön, inte klara av dagliga sysslor eller att drabbas av en ny stroke. En norsk studie jämför upplevd livskvalité efter ett år hos personer som drabbats av stroke där en grupp fått traditionell akut vård och efterföljande rehabilitering som inlagda på sjukhus och den andra gruppen fått akut vård inne på sjukhuset men med tidig utskrivning och rehabilitering i hemmet av mobilt team.¹¹² Resultatet visar signifikant bättre livskvalité hos den senare gruppen medan dödligheten är likvärdig i bägge grupperna efter ett år. Vid en uppföljning efter fem år är dödligheten högre bland de som fått sjukhusvård både i det akuta skedet och under efterföljande rehabilitering.¹¹³

Vid ett svenskt sjukhus implementerades en kombination av virtuell sjukhusbaserad medicinsk ledningscentral med ambulerande sjukvård som en förlängning av en medicinavdelning, vilket kom att fungera som en digifysisk slutenvård (DPIPC-programmet).¹¹⁴ En studie av 200 patienter under en period av 9 månader visar att 63 olika diagnoser behandlades. Vanligast var infektioner (44%) och lungsjukdomar (17%). Mediantiden för vistelsen i DPIPC-programmet var 3 dagar med en median på 2 dagar inlagda på det fysiska sjukhuset före inkludering. Ingen mortalitet eller

¹¹⁰ de Flon M, Glaffey G, Jarl L, Sellbrant K, Nilsson S. The Childhood Cancer Centre Is Coming Home: Experiences of Hospital-Based Home Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12).

¹¹¹ Nordin Å, Sunnerhagen KS, Axelsson Å B. Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study. *BMC Neurol*. 2015;15:235.

¹¹² Fjærtøft H, Indredavik B, Johnsen R, Lydersen S. Acute stroke unit care combined with early supported discharge. Long-term effects on quality of life. A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2004;18(5):580-6.

¹¹³ Fjærtøft H, Rohweder G, Indredavik B. Stroke unit care combined with early supported discharge improves 5-year outcome: a randomized controlled trial. *Stroke*. 2011;42(6):1707-11.

¹¹⁴ Kastengren M, Frisk L, Winterfeldt L, Wahlström G, Dalén M. Implementation of Sweden's first digi-physical hospital-at-home care model for high-acuity patients. *J Telemed Telecare*. 2024;1357633x241232176.

sjukhusrelaterade komplikationer förekom däremot fick 5,5 procent av patienterna läggas in för traditionell sjukhusvård där 36,4 procent av dessa krävde ambulanstransport.

En arbetsgrupp för det norska hälsodirektoratet tar fram nationella riktlinjer för KOL-behandling.¹¹⁵ Som en del av denna process fick Norsk Kunskapscenter for Helse tjenester i uppdrag att utvärdera effektiviteten av behandling av akuta exacerbationer hos personer med KOL på mellanliggande enheter eller "sjukhusvård i hemmet" jämfört med traditionell sjukhusvård. Resultatet visar att behandling av akut exacerbation av KOL inom "sjukhusvård i hemmet" kan leda till färre återinläggningar jämfört med konventionell behandling på sjukhus. Behandling av akut exacerbation av KOL inom "sjukhusvård i hemmet" kan visa en trend för sänkning av dödligheten jämfört med konventionell behandling på sjukhus, dessa resultat nådde dock inte signifikanta skillnader. Det är osäkert om patienter, liksom deras anhöriga, verkar föredra behandling på "hemma sjukhus" snarare än konventionell sjukhusbehandling.

Akuta geriatriska mobila team (GAT) är mobila team som gör akuta besök hemma hos äldre personer som drabbats av akut sjukdom eller för uppföljning efter sjukhusvistelse.¹¹⁶ De utgår från geriatrisk akutvårdsavdelning vid sjukhus. GAT erbjuder också mer avancerad diagnostik och behandling jämfört med mobila team i primärvård. En svensk studie av effekterna av GAT visar att de generellt inte medför färre besök vid akutmottagning, färre sjukhusvistelser eller kortare vårdtid. Studien visar dock att det kan ha en positiv inverkan på vissa subgrupper så som äldre personer boende i särskilt boende och de som får intravenös antibiotikabehandling. Hos dessa patienter minskade antalet akuta besök och sjukhusvistelser.

Patienter upplever att sjukhusbaserad palliativ vård i hemmet känns tryggt. Vården i hemmet förbättrar deras vård och dagliga liv genom access till kompetent multiprofessionellt team dygnet runt om så behövs.¹¹⁷ Studier visar att avancerad palliativ hemsjukvård för svårt sjuka och döende personer ställer stora krav på den sammanboende närstående personen.¹¹⁸ Det blir den närstående som får göra den första bedömningen av personens tillstånd och då avgöra om det palliativa teamet ska kontaktas eller inte. Den närstående blir ständig stand-by vilket upplevs både som en trygghet och

¹¹⁵ Jeppesen E, Gundro Brurberg K, Lidal IB, Holte HH, Vis GE. NIPH Systematic Reviews: Executive Summaries. Intermediate Care Units and Hospital at Home for Acute Exacerbations of COPD. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH) Copyright ©2011 by The Norwegian Institute of Public Health (NIPH). 2011.

¹¹⁶ Arvidsson SA, Biegus KR, Ekdahl AW. The impact of a mobile geriatric acute team on healthcare consumption. Eur Geriatr Med. 2024.

¹¹⁷ Svensson G, Wåhlin I. Patient perceptions of specialised hospital-based palliative home care: a qualitative study using a phenomenographical approach. Int J Palliat Nurs. 2018;24(1):22-32.

¹¹⁸ Brännström M, Ekman I, Boman K, Strandberg G. Being a close relative of a person with severe, chronic heart failure in palliative advanced home care -- a comfort but also a strain. Scand J Caring Sci. 2007; 21(3):338-44.

som en börda. Närstående beskriver att de ibland inte kan känna igen sig själv eller deras sätt att reagera i olika situationer. Känslor av ilska, otillräcklighet och trötthet är vanliga och kan utmynna i desperata förbjudna tankar samtidigt som det förväntas att de ska finnas där som stöd och hjälp för den döende personen.¹¹⁹

Influenzer telemedicin programmet i Danmark kombinerar sjukhusledd distansmonitorering och behandling av patienten med hembesök.¹²⁰ Dessa patienter visar likvärdiga behandlingsresultat med de patienter som får traditionell sjukhusvård. De patienter som monitoreras på distans visar på 99 procents följsamhet till de planerade aktiviteter som krävs för vården på distans. Patienter upplever både för- och nackdelar med vård på distans.¹²¹ Fördelar som framkommer är ett större engagemang i sin egen hälsa och sjukdom, förbättrad kommunikation med hälso- och sjukvården, ökad sjukdomskunskap, större flexibilitet i sin vård samt snabb återkoppling från hälso- och sjukvården på mätvärden. Utebliven eller sen återkoppling upplevs istället som ett hinder för det egna engagemanget. Vård på distans kan också ge en sämre förutsättning för att bygga en bra relation till hälso- och sjukvårdspersonalen.

Hälso- och sjukvårdspersonal i flera regioner i Sverige upplever att mobil vård i hemmet är fördelaktig och påverkar både patienter och vårdpersonal positivt.¹²² Personalen upplever att den mobila vården förbättrar patienternas välbefinnande genom att de får vara kvar i hemmiljön. Det ger också mer kvalitetstid med varje patient vilket möjliggör grundliga bedömningar och främjar ett personcentrerat förhållningssätt. Personalen upplever också begränsningar med den mobila vården så som geografiska utmaningar, begränsade öppettider och komplex logistik. Distriktsjuksköterskor i avancerad hemsjukvård upplever arbetet både som emotionellt utmanande och belönande.¹²³ De belyser vikten av att bygga en förtroendefull relation till både patient och närstående för att kunna vara ett bra stöd och ge en god vård.

Jämförande studier av kostnader för vård av inneliggande patienter med kostnader för sjukhusvård i hemmet visar inte på entydiga resultat. Det varierar också mellan studier vilka kostnader som ingår i beräkningarna och

¹¹⁹ Carlander I, Sahlberg-Blom E, Hellström I, Ternstedt BM. The modified self: family caregivers' experiences of caring for a dying family member at home. *J Clin Nurs*. 2011;20(7-8):1097-105.

¹²⁰ Sandreva T, Larsen MN, Rasmussen MK, Nielsen TL, von Sydow C, Schmidt TA, et al. Transforming health care: Investigating Influenzer, a novel telemedicine-supported early discharge program for patients with lower respiratory tract infection: A non-randomized feasibility study. *J Telemed Telecare*. 2024;1357633x241254572.

¹²¹ Grove BE, Valen Schougaard LM, Ivarsen P, Hjollund NH, de Thurah A, Mejdahl CT. Remote follow-up based on patient-reported outcomes in patients with chronic kidney disease: A qualitative study of patient perspectives. *PLoS One*. 2023;18(2):e0281393.

¹²² Teske C, Mourad G, Milovanovic M. Physicians and nurses experiences of providing care to patients within a mobile care unit - a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1065.

¹²³ Pusa S, Hägglund K, Nilsson M, Sundin K. District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care. *Scand J Caring Sci*. 2015;29(1):93-100.

hur beräkningarna görs. Då det ofta rör sig om små studier av varierande kvalitet är det svårt att dra några slutsatser. I en finsk studie jämfördes kostnaderna för antibiotikabehandling och sjukskötersketiden behandlingen tar i anspråk för inneliggande patienter vs de som får sjukhusvård i hemmet¹²⁴. I studien jämfördes också olika sätt att ge antibiotikabehandlingen, via ballongpump som kopplades på och av eller via dygnsång intravenös infusion. Det är framför allt infektioner i hud eller mjuk vävnad som behandlas. För inneliggande patienter som behandlades via ballongpump är kostnaden 4590€ medan kostnaden för sjukhusvård i hemmet är 1104€ för behandling via ballongpump och 1620€ vid dygnsång intravenös behandling. Behandling via ballongpump kräver minst sjukskötersketid för bägge grupperna. En annan finsk studie, där direkta och indirekta kostnader för traditionell sjukhusbaserad diabetesvård för barn jämfördes med HaH, visar att vårdkostnaderna för HaH är signifikant lägre.¹²⁵ I de direkta vårdkostnaderna ingår kostnader för personal och den vårdservice som ges. För de indirekta kostnaderna finns ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Indirekta kostnader inkluderar produktivitetsförluster till följd av föräldrars och anhörigas frånvaro från arbetet på grund av sjukdom och behandling av barnet. En svensk studie visar att ett teleövervakningssystem i kombination med en specialiserad sjukhusbaserad enhet för avancerad vård i hemmet signifikant minskar behovet av sjukhusvård hos äldre patienter med avancerad hjärtsvikt eller KOL utan att öka de totala sjukvårdskostnaderna¹²⁶. En dansk studie jämförde kostnaderna för traditionell neonatal intensivvård med kostnaderna för neonatal telemedicinsk vård i hemmet där också hembesök är del av vården.¹²⁷ I studien ingick spädbarn som var förtidigt födda, där de subgrupperades i födda före respektive efter graviditetsvecka 32. Resultaten visar att neonatal telemedicinsk vård i hemmet medför lägre kostnader framför allt för gruppen född före graviditetsvecka 32.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det finns en stor variation av hur de olika vårdmodellerna är utformade samtidigt som de också har många likheter i utförandet. Det finns många studier gjorda och gemensam nämnare för de flesta är att det rör sig om små studiepopulationer och låg evidensgrad. Avsaknad av en gemensam terminologi ger också ökad risk för

¹²⁴ Hakkarainen T, Lahelma M, Rahkonen T, Lehtinen V, Shepelev J, Gram T, et al. Cost comparison analysis of continuous versus intermittent antimicrobial therapy infusions in inpatient and outpatient care: real-world data from Finland. *BMJ Open*. 2024;14(9):e085242.

¹²⁵ Tiberg I, Lindgren B, Carlsson A, Hallström I. Cost-effectiveness and cost-utility analyses of hospital-based home care compared to hospital-based care for children diagnosed with type 1 diabetes; a randomised controlled trial; results after two years' follow-up. *BMC Pediatr*. 2016;16:94.

¹²⁶ Lyth J, Lind L, Persson HL, Wirén AB. Can a telemonitoring system lead to decreased hospitalization in elderly patients? *J Telemed Telecare*. 2021;27(1):46-53.

¹²⁷ Rasmussen MK, Clemensen J, Zachariassen G, Kidholm K, Brødsgaard A, Smith AC, et al. Cost analysis of neonatal tele-homecare for preterm infants compared to hospital-based care. *J Telemed Telecare*. 2020;26(7-8):474-81.

bias vid jämförelser. Sammantaget gör det att det är svårt att dra några säkra generella slutsatser gällande mortalitet, återinläggning och kostnadseffektivitet. Flera studier indikerar dock att sjukhusvård i hemmet kan ha positiva effekter på patientens livskvalité och familjelivet. Samtidigt ställer det ökade krav på de närståendes och vårdprofessionernas roll. Vårdmodellerna ställer också höga krav på vårdprofessionernas kunskaper och kommunikativa förmåga.



Mobil vård och vårdnivåstruktur – en förstudie (artikelnr 2026-2-10045)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.