

Samskapande i Täby – för att utveckla samordningen och tryggheten för äldre personer som bor hemma

Bakgrund

Under perioden mars till september 2025 genomfördes en samskapande process i Täby under ledning av FoU Nordost inom projektet KOMPASS. I arbetet möttes företrädare för seniororganisationer, kommun och primärvård i Täby för att tillsammans diskutera förslag på hur samordningen kan stärkas kring äldre hemmaboende personer som har behov av insatser från flera håll samtidigt. KOMPASS är ett forsknings- och utvecklingsprojekt som genomförs på flera håll i länet i samarbete mellan fem forsknings- och utvecklingsenheter: FOU nu, Nestor FoU-center, Stiftelsen Äldrecentrum, FoU Nordost och Akademiskt primärvårdscentrum. Projektet finansieras av ett anslag från Forte (dnr. 2023-01764).¹

Samskapande (på engelska Design Thinking) är en väletablerad metod inom forskning och utveckling för att ta fram nya arbetssätt tillsammans med alla som berörs av en fråga. Metoden utgår från Stanford University's modell för samskapande och inbegriper fem steg: 1) Identifiera varandras perspektiv på utmaningar, 2) Definiera utmaningarna, 3) Utveckla lösningar på dessa, 4) Konkretisera lösningarna, och 5) Testa dem i praktik (Stanford University). Inom KOMPASS Täby har de fyra första stegen i denna process använts. Arbetet genomfördes under fem workshops om två timmar vardera, och resulterade bl.a. i ett gemensamt framtaget förslag om hur en "Tryggt mottagande" modell kan utformas i Täby.

Deltagarna i arbetet kom från följande organisationer:

Civilsamhället

PRO Täby Centrum
SPF Tibbleseniörerna
SPF Jarlabanke
Röda Korset Täby

Region Stockholm

Täby Vårdcentral:
Verksamhetschef,
Sjuksköterskor från hemsjukvård
Täby Centrum doktorn:
Sjuksköterskor från hemsjukvård
Rehab Nordost Täby:
Arbetsterapeut, Fysioterapeut

Täby Kommun

Beställarenheten äldre:
Enhetschef,
Biståndshandläggare,
Utvecklingsledare,
MAS/Medicinskt Ansvarig
Sjuksköterska

Nedan beskrivs resultaten av gruppens arbete med fokus på stegen "definiera utmaningar" och "konkretiserad lösning".

Utmaningen: välfungerande samordning för äldre som bor hemma

Enligt deltagarna i samskapandeprocessen återfinns de största behoven av en mer välfungerande samordning i Täby inom två områden. Dels vid hemgång från sjukhus till hemmet i lägen när komplexa eller förändrade behov finns hos individen, dels för hemmaboende personer med komplexa behov och/eller ohållbara hemsituationer. Komplexa behov innefattar här ofta kombinationer av

¹ Huvudsyftet i KOMPASS är att utveckla och utvärdera nya metoder för hur kommuner och primärvård kan utveckla vård och omsorg tillsammans med äldre personer, som en del av omställningsarbetet mot en God och nära vård och omsorg. Projektnamnet är en akronym som står för "Kommuner och primärvård samskapar med seniorer"

omständigheter såsom kognitiv sjukdom, utsatthet, ensamhet, psykisk sjukdom, missbruk, avsaknad av närstående (anhöriga/familj/vänner) eller då närstående motsätter sig insatser som passar mot den enskildes behov. Generellt försvåras samordningen kring individen även i lägen när individen inte vill ta emot stöd eller ge sitt samtycke till samordning.

Utmaningar relaterade till hemgång från sjukhus

Utskrivningar från sjukhus sker idag ofta snabbt på grund av korta vårdtider, vilket kan medföra att all praktisk samordning inte hinns med innan hemgång. För den enskilde riskerar hemgången från sjukhuset då att bli onödigt otrygg. Hemmet har kanske inte hunnit anpassas för att ta emot stöd, alla nödvändiga hjälpmedel har inte blivit installerade, och bristande samordning och informationsgivning gör att den enskilde själv tvingas koordinera och förstå vem som gör vad av de olika personerna från vårdcentral, rehabilitering och hemtjänst. För personalen skapas samtidigt frustration på grund av kvarstående praktiska problem (t.ex. att hemsjukvård och rehab saknar tillgång till nycklar) och situationer riskerar att uppstå där det är oklart vilken organisation som ska lösa vad.

Utmaningar relaterade till hemmaboende personer med komplexa behov

För äldre personer med komplexa behov och/eller ohållbara hemsituationer är det ofta en tidsfråga innan samordning behövs mellan olika aktörer, eller akuta åtgärder blir nödvändiga. Idag finns få möjligheter att snabbt sätta in extra resurser och koordinera vården och omsorgen för att på ett effektivt sätt bryta sådana förlopp och förebygga uppkomsten av akuta lägen. Det leder till att äldre med komplexa behov riskerar att hamna på sjukhus eller försämrats i onödan. Enligt gruppen försvåras dagens samordning kring dessa individer av en brist på:

- Tät kommunikation, teamkänsla och goda relationer mellan personal i olika organisationer.
- Möjligheter att arbeta organisationsöverskridande för att långsiktigt motivera enskilda som inte vill ta emot insatser.
- Möjligheter till förstärkt koordinering och flexibla lösningar för vård-och omsorg för individer med komplexa behov och/eller ohållbara situationer.
- Samstämmig informationsgivning till den enskilde.

För att säkerställa att alla enskilda kan vara "trygga hemma" vore det önskvärt att vid behov kunna sätta in tillfälliga, förstärkta insatser på ett sätt som inte är möjligt idag. Det gäller för båda utmaningarna ovan, såväl i samband med hemgång från sjukhus som när personer med komplexa behov försämrats i hemmet och samlade insatser behövs för att undvika inläggning på sjukhus. Parter från många olika delar av samhället, inklusive civilsamhället och öppna mötesplatser, har en viktig roll i att tidigt kunna identifiera individer med sådana komplexa behov.

Forskarnas kommentar: Det finns forskning som framhåller vikten av att ge extra stöd vid hemgången från sjukhuset och för personer med komplexa behov. En svensk studie visar att 13% av patienterna som skrevs ut från en geriatrisk avdelning återinlades på sjukhus inom en månad och 25% återinlades inom tre månader (Willers, 2021). En litteraturöversikt av forskningsstudier visar även att äldre personer upplever oro och otrygghet vid hemgång (Coatsworth-Puspoky, 2021). En annan svensk studie visar att såväl omfattande insatser från hemtjänst som att bo i särskilt boende verkar vara en skyddande faktor mot återinläggning på sjukhus jämfört med mer begränsad eller ingen hemtjänst (Pfaff, 2024). Ett sätt att bidra till att minska återinläggningar är därför att säkerställa att personer som har begränsad eller ingen tidigare hemtjänst får bra stöd som ökar känslan av trygghet vid hemgång efter sjukhusvistelse.

Konkretiserad lösning: Tryggt mottagande

Mot bakgrund av problembilden ovan valde deltagarna i samskapandeprocessen att arbeta med att gemensamt ta fram och konkretisera hur en modell för Tryggt mottagande (förkortat TM) skulle kunna se ut i Täby. Tryggt Mottagande är en tidsbegränsad, förstärkt och teambaserad insats som i olika varianter har införts eller provats i många kommuner på senare år.² Konkretiseringsarbetet skedde under workshoparna genom en strukturerad diskussion där följande tre delmoment i denna insatstyp lyftes upp för precisering: 1) Identifieringen av individer i behov av TM, 2) Utförandet av insatsen, och 3) Avslutandet av insatsen, inklusive överlämning till ordinarie utförare.

Identifiera

Det första steget i konkretiseringen av hur en TM-modell bör utformas handlade om hur individer som är i behov av insatsen ska identifieras, vilka parter som bör vara inblandade i att fånga upp sådana behov, och hur beslut om insatsen för den enskilde ska tas.

Hur identifieras individer med behov?

TM bör erbjudas till individer med behov av ett samlat och förstärkt stöd, där misstanke finns om att ordinarie insatser inte är/kommer vara tillräckliga. För att identifiera individer som kan vara i behov av TM finns flera tänkbara indikationer, som var för sig eller tillsammans kan peka på behov av insatsen:

- Individer utan tidigare insatser från hemtjänst eller vårdcentral, men där sjukhuset signalerat i samband med utskrivningen att individen har komplexa behov.
- Individer med många pågående eller nya insatser och komplexa/förändrade behov.
- Kognitiv påverkan/sjukdom. Det är många gånger svårt för sjukhuset att upptäcka kognitiva besvär, problem blir ofta tydliga först i hemmet.
- Ångest, oro och/eller påtaglig otrygghet inför hemgång.
- Ensamstående.
- Missbruk, våld, eller annan social problematik.
- Bristande möjligheter hos närstående att stötta.
- Individer med en ohållbar hemsituation (exempelvis bristande nutrition eller hygien) och som inte har tagit emot hjälp från kommunen tidigare.

Identifieringen kan baseras på en eller flera av dessa indikationer och bör ske utifrån en samlad bedömning av varje individs situation. För att kunna göra en sådan sammanvägd bedömning kan flera olika yrkesgruppers perspektiv behöva inhämtas. Då insatsen beviljas enligt Socialtjänstlagen är den något som individen själv ansöker om och samtycker till, och ges efter ett biståndsbeslut.

Vem identifierar individ med behov?

Alla aktörer med kontakt eller tidigare kännedom om individen, samt den enskilde själv och eventuella närstående, kan bidra med information som behövs för att identifiera behov av TM. Till dessa hör exempelvis personal på sjukhus, vårdcentral och hemsjukvård, primärvårdsrehab, hemtjänst och biståndshandläggare.

Identifiering av vem som har behov av TM behöver inte enbart ske i samband med utskrivning från sjukhus. Processen skulle exempelvis även kunna initieras av personal som möter individen medan hen är hemma, såsom vårdcentral eller primärvårdsrehab. TM skulle i sådana fall alltså också kunna

² Andra benämningar på samma modell är t.ex. "Trygg hemgång". Se vidare SKL (2017).

fungera som en resurs för att minska risken för inläggning på sjukhus i första läget, och inte enbart syfta till ökad trygghet i hemmet efter sjukhusvistelse.

Vem tar beslut om TM?

Beslutet bör baseras på inblandade aktörers information om den äldres situation. Men i slutändan krävs alltid ett biståndsbeslut från kommunen och en ansökan från individens sida.

Forskarnas kommentar: Erfarenheter från andra kommuner visar att målgruppen för TM ibland har behövt justerats efterhand. I ett eventuellt pilotinförande för TM kan det därmed vara klokt att börja med en bred urvalsram, och sedan låta målgruppen förtydligas (avgränsas eller utökas) i ljuset av praktiska test av arbetssättet. Om TM ska bidra till god samverkan mellan kommun och primärvård är det sannolikt även viktigt att hitta konkreta lösningar på hur olika parter ska kunna flagga upp för vilka individer som är i behov av denna insats.

Utföra

Det andra steget i konkretiseringen av hur en TM modell bör utformas handlade om hur insatsen ska utföras och vad den bör innehålla. Hit hör även frågor om hur länge den bör pågå, vilka kompetenser och yrkesroller som behöver finnas med i arbetet, och hur samverkan mellan olika parter kan organiseras.

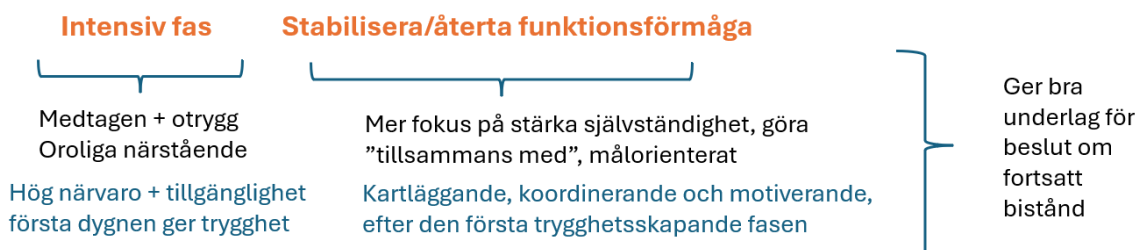
Hur länge ska insatsen pågå?

Utgångspunkten är att insatsen ska pågå så länge behovet finns kvar hos den enskilde. I praktiken rör det sig troligen om en tidsperiod på max två till tre veckor, och i normalfallet kortare än så.

Vad ska tryggt mottagande göra?

Tre ledord är viktiga i arbetet med TM. Insatsen ska vara *trygghetsskapande* för den enskilde och närstående, *flexibel* och anpassningsbar i relation till ändrade behov, och *stabiliserande* med fokus på att stärka självständighet och funktionsförmåga hos den enskilde.

Vid utförandet står trygghetsskapandet initialt i centrum för arbetet. Först därefter riktas fokus gradvis mer mot arbetsformer som ska bidra till att stärka självständigheten hos den enskilde. Vid avslutet av insatsen ska det finnas en god bild av behov och förmåga hos den enskilde som underlag för biståndsbeslut om eventuella ordinarie insatser. Faserna i utförandet framgår av följande figur:



Uppgifter för och sammansättning av teamet

Organisatoriskt föreslås TM utformas som ett koordinerande, kartläggande team i kommunens regi bestående av erfarna undersköterskor. Teamet ska tillsammans med individen göra en bedömning av

behov, följa upp att det som planerats på sjukhuset sker, ta kontakter för att säkerställa att all vård och omsorg kommer i gång, och kartlägga behov av fler/mer insatser. Stöd bör även kunna ges i att samordna och informera om andra aktörers insatser, och vid behov bör personalen kunna arbeta motiverande för att få den enskilde att ta emot fortsatt hjälp. Utformningen av insatsen i det enskilda fallet varierar dock utifrån om individen redan har ordinarie hemtjänst eller inte, enligt följande modell:

Individer utan pågående hemtjänst

TM ger omsorg utifrån behov.

TM kartlägger och koordinerar.

Individer med pågående hemtjänst

Ordinarie hemtjänst sköter omsorg.

TM kartlägger och koordinerar, och kan snabbt informera biståndshandläggare om behov av extra omsorg finns.

Samverkan

Att teamet formellt tillhör kommunen minskar inte betydelsen av samverkan för att få TM att fungera som önskat. Tvärprofessionella, koordinerande arbetssätt gentemot andra aktörer och yrkesgrupper är en central del av modellen. För att kunna arbeta på ett sådant tvärprofessionellt vis bör det finnas särskilt utsedda, namngivna kontaktpersoner på varje vårdcentral och hos primärvårdsrehab samt eventuellt ordinarie hemtjänst som ser till att information om individens situation och behov kommer teamet till del. Undersköterskorna i TM agerar då som koordinators, med kunskap om och förståelse för alla aktörers verksamhet. Regelbundna kontakter och möten mellan berörda aktörer är önskvärt, gärna veckovis för att stämma av flödet av aktuella TM-ärenden och upprätthålla både arbetssättet och goda relationer.

Forskarnas kommentarer: Ibland finns parallella stödinsatser från slutenvårdens sida, såsom förstärkt utskrivning. Att lyssna in hur individen och närstående vill ha det blir i sådana lägen viktigt. Att det finns en flexibilitet och lyhördhet i utförandet av TM är sannolikt även en nyckelfaktor för samverkan mellan kommun och primärvård. Som påpekats ovan är det från primärvårdens synvinkel t.ex. viktigt att ett TM-team även kan ges en roll i att *förebygga* och undvika inläggning i slutenvård, och inte per definition enbart aktiveras vid utskrivning.

Avsluta

Det tredje steget i konkretiseringen av hur en TM modell bör utformas handlade om när insatsen ska avslutas, hur den ska avslutas och vilken slags överlämning som då ska ske till andra berörda aktörer.

När ska TM avslutas?

Insatsen TM ska avslutas när situationen stabiliserats så pass att ordinarie hemtjänst kan ta över friktionsfritt och när individen och personal bedömt att behoven kan tillgodoses inom ramen för ordinarie vård och omsorg. För att få mer träffsäkra beslut, i en situation där den enskildes omständigheter snabbt kan förändras, bör TM göra täta utvärderingar avseende när insatsen ska avslutas och om nivån av behov av (eventuellt) fortsatt hemtjänst.

Hur ska TM avslutas?

Vid avslutandet av TM är det viktigt att underlätta övergången till ordinarie hemtjänst genom att trappa ner TM och fasa in ordinarie hemtjänst. För att underlätta processen behöver både den enskilde och eventuella närstående i ett tidigt skede få information om att TM är en tidsbegränsad insats med extra resurser, och förståelse för vad ordinarie hemtjänst har möjligheter att göra.

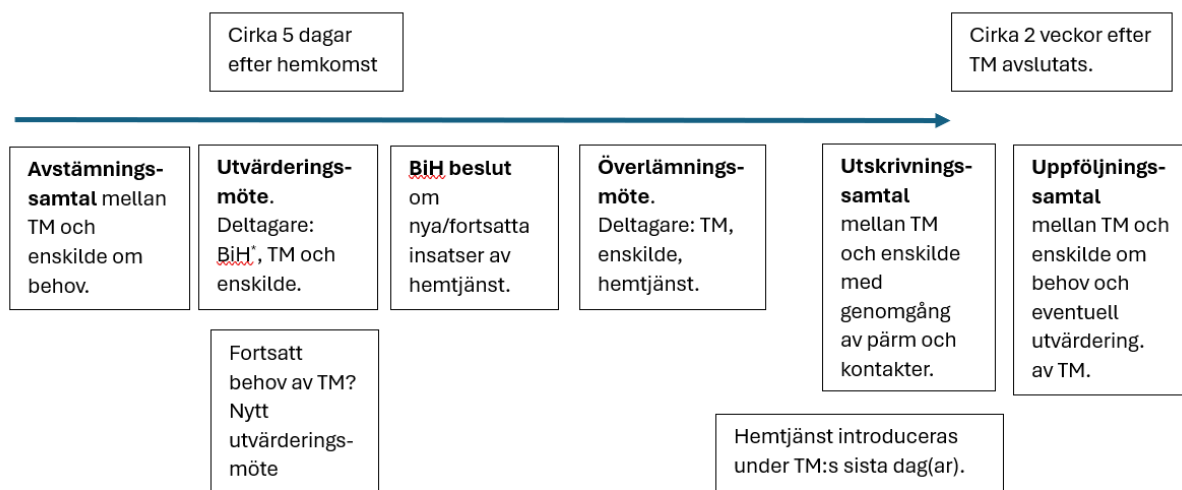
Avslutandet inleds med att TM har avstämningssamtal med individen för att ta reda på om individen upplever att rådande vård och omsorg fungerar väl, och behoven är tillgodosedda. Rutinmässigt sker ett utvärderingsmöte mellan den enskilde, undersköterskor från TM, och biståndshandläggare fem dagar efter hemkomst för att värdera om insatsen ska avslutas eller fortsätta. Vid behov kan även kontaktpersoner på vårdcentral och primärvårdsrehab, ordinarie hemtjänst och närstående delta.

När biståndshandläggare bedömt att den enskildes behov kan tillgodoses inom ramen för ordinarie hemtjänst, eller att ingen hemtjänst behövs, avslutas TM. Vid ett överlämningsmöte där berörda aktörer inklusive eventuella närstående medverkar tydliggörs att insatsen avslutas och fasas över i annat stöd. Efter mötet har undersköterskor från TM ett utskrivningssamtal, där man går igenom all information som individen behöver och lämnar skriftlig information om vilka aktörer som tar vid. Efter ett par veckor kontakter undersköterskor från TM individen för ett uppföljande samtal för att säkerställa att allt fungerar såsom planerat. Vid behov kan TM kopplas in igen om det visar sig att det inte fungerar som tänkt i hemmet.

Hur ska överlämning ske till andra aktörer?

Undersköterskor från TM ger underlag till biståndshandläggare inför eventuellt beslut om ordinarie hemtjänst. Överrapportering om att TM avslutas och information om fortsatta behov till berörda (inklusive närstående, primärvårdsrehab, ordinarie hemtjänst, vårdcentral) ska ges både skriftligt och muntligt.

Undersköterskor från TM ska i samband med detta även sammanställa en skriftlig information om den äldres vård- och omsorgskontakter som finns tillgänglig i hemmet, förslagsvis i en pärm. Gången i avslutfasen kan sammanfattas i följande figur.



*BiH = Biståndshandläggare

Forskarnas kommentar: De viktigaste momenten i avslutsfasen är täta utvärderingar och genomtänkta överlämningar till berörda parter, inklusive ordinarie hemtjänst och kontaktpersonerna på vårdcentralen och hos primärvårdsrehab. Om beslut fattas om att gå vidare med ett test av en TM-modell – tänk på att företrädare för ordinarie hemtjänst ännu inte har varit med i processen att diskutera utformningen av modellen. En dialog behöver föras även med dessa parter om deras perspektiv, förutsättningar och möjligheter att underlätta en smidig övergång från TM enligt beskrivningen ovan.

Referenser:

Coatsworth-Puspoky, R., Duggleby, W., Dahlke, S., & Hunter, K. (2021). Unplanned readmission for older persons: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 77(11), 4291–4305.

Pfaff, R., Willers, C., Flink, M., Lindqvist, R., & Rydwick, E. (2024). Social Services Post-discharge and Their Association With Readmission in a 2016 Swedish Geriatric Cohort. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(2), 215–222.e3.

Stanford University. <https://web.stanford.edu/~mshanks/MichaelShanks/files/509554.pdf>

SKL, Sveriges Kommuner och landsting (2017). Trygg hemgång. För effektivare och säkrare utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

<https://extra.skr.se/download/18.583b3b0c17e40e303844891a/1642424350920/7585-482-3.pdf>

Willers, C., Boström, A. M., Carlsson, L., Lager, A., Lindqvist, R., & Rydwick, E. (2021). Readmission within three months after inpatient geriatric care-Incidence, diagnosis and associated factors in a Swedish cohort. *PloS one*, 16(3), e0248972.

Rapportförfattare, kontaktuppgifter:

Maria Flink, docent, projektledare Kompass, FoU nu
maria.flink@regionstockholm.se

Emma Granström, med dr., forskare och projektledare FoU nu
emma.granstrom@regionstockholm.se

Christofer Lindgren, fil. dr., forskningsledare FoU Nordost
christofer.lindgren@founordost.se