



LUND UNIVERSITY

Aktivitet och rehabilitering kan ge hälsosamt åldrande.

Borell, Lena; Iwarsson, Susanne

Published in:
Läkartidningen

2013

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Borell, L., & Iwarsson, S. (2013). Aktivitet och rehabilitering kan ge hälsosamt åldrande. *Läkartidningen*, 110(45), 1990-1992. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24364183?dopt=Abstract>

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Aktivitet och rehabilitering kan ge hälsosamt åldrande

Äldre behöver – precis som alla andra – känna gemenskap, delaktighet och mening. Detta kan i sig vara hälsofrämjande. Men att utveckla bra aktiviteter för äldre kräver rätt kompetens och rätt resurser. Dit har dagens äldreomsorg en bit kvar.

LENA BORELL, professor, leg arbetsterapeut, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska institutet, Stockholm
lena.borell@ki.se

SUSANNE IWARSSON, professor, leg arbetsterapeut, institutionen för hälsa, vård och samhälle, medicinska fakulteten, Lunds universitet

Efter Ädel-reformen – dvs under 20 års tid – har gränssnittet mellan den landstingsdrivna och den kommunala verksamheten sett olika ut över landet. Den kommunala omsorgen och hemsjukvården brottas med stora utmaningar, och även om det sedan länge pågår ett intensivt arbete för att säkra kvaliteten är det uppenbart att kunskapsbaserade insatser måste utvecklas och implementeras.

För närvarande pågår också ett genomgripande arbete i och med att kommunerna senast 2015 tar över ansvaret för hemsjukvården, vilket återigen aktualiserar frågan om kunskapsunderlaget för vård och omsorg för äldre. Det finns kommuner där vården och omsorgen fungerar väl, men också motsatsen gör sig gällande. Särskilt när det gäller tillgång till verksamheter som stödjer äldres aktivitet i vardagen och som erbjuder kontinuerliga rehabiliteringsinsatser, exempelvis efter stroke, är bristerna påtagliga [1].

Hälsofrämjande aktiviteter för ett hälsosamt åldrande

Aktuell forskning visar entydigt att aktivitet är hälsofrämjande, oavsett om den är fysisk, kognitiv eller social till sin natur [2]. Aktivitet som inbegriper delaktighet i samhället och ett engagemang som uttrycks i aktivitet är en del av de hälsofrämjande och förebyggande insatser som behövs för äldre. Vad som kan vara en engagerande aktivitet är mycket individuellt och utgör en given utgångspunkt för alla insatser som erbjuds i hälsofrämjande syfte.

Enligt en välkänd amerikansk studie är individanpassad, meningsfull och målinriktad aktivitet som erbjuds under ledning av arbetsterapeuter verksam som hälsofrämjande åtgärd, medan ett allmänt utbud av aktiviteter inte ger några positiva hälsoeffekter jämfört med en kontrollgrupp [3].

Således krävs det utbildning om aktivitet och delaktighet för att skapa rätt förutsättningar för att främja äldres hälsa. Utvecklingen av verksamheter som erbjuder aktiviteter för äldre kräver särskild kompetens; rätt utformade kan sådana verksamheter påverka folkhälsan positivt. Ett exempel på en sådan verksamhet är SeniorNet, <www.senior.net.se>, där äldre stödjer varandra att bli internetanvändare. Med kunskap om hur internet fungerar ökar förutsättningarna för delaktighet i samhället. Det behövs dock mer forskning för att utvärdera effekterna av de många olika slags insatser som utvecklas runtom i landet.

Verksamheter där de äldre själva står för initiativet kan fungera som ett av samhällets verktyg för att stödja ett aktivt och hälsosamt åldrande, på samma sätt som man stödjer förening inom idrott och sport för barn och ungdom.

Bra mötesplatser skapar gemenskap

Förebyggande arbete har under senare år ofta fått stå tillbaka till förmån för andra medicinska och sociala insatser. Vissa kommuner har exempelvis valt att inte alls erbjuda viktiga insatser, tex öppen dagvård, som fungerar som träffpunkter med meningsfulla aktiviteter [4] och som bidragit till att förebygga ohälsa och gett möjlighet till gemenskap. Som en konsekvens ges dagvård ofta enbart efter biståndsbedömning, och då företrädesvis till demenssjuka. När dagvården som mötesplats för äldre lades ner på många orter i Sverige försvann också en neutral plats för möten. Detta innebär att mötesplatserna numera i hög grad begränsas till kommersiella platser, restauranger och kaféer eller enbart det egna hemmet.

Efter avvecklingen uppstod ett tomrum där äldre med nedsatt funktions- och/eller aktivitetsförmåga inte längre erbjuds aktiviteter och social gemenskap som främjar hälsa, i en tid där social isolering och upplevelser av ensamhet driver på utvecklingen av psykisk och fysisk ohälsa och sjukdom.

Äldre som lever med funktionsnedsättningar, exempelvis efter en stroke, är ofta i behov av nya sociala arenor för att förebygga social isolering och ensamhet [3]. Mötesplatser som primärt drivs av kommersiella intressen kan inte ersätta platser där mötet med andra människor står i centrum. Det behövs alltså fysiska platser för möten i en genomtänkt miljö som inbjuder till gemensamma aktiviteter av olika slag. Då skapas goda förutsättningar för att uppleva delaktighet, gemenskap och mening. Platsen eller den aktivitet som sker där ska bidra till och underlätta för dem som önskar att skapa nya vänskapsband eller tillägna sig nya kunskaper och färdigheter, t ex lära sig att använda en surfplatta eller måla akvarell.

Känsla av ensamhet lindras

Forskning visar att äldre upplever sig vara mer tillsammans när de är engagerade i aktiviteter [3], exempelvis sysslar med en hobby eller engagerar sig för något tillsammans med andra. Genom att delta i olika aktiviteter tillsammans med andra lindras ensamheten.

Social aktivitet och känsla av gemenskap är viktiga för att motverka upplevelsen av ensamhet. Äldre som känner ensamhet upplever också utanförskap och en brist på mening, vilket ger upphov till lidande, som i sin tur fungerar som en

■ SAMMANFATTAT

Äldreomsorgen brottas med stora utmaningar, och skillnaderna i landet är stora när det gäller förutsättningarna för att nå en hög kvalitet i samtliga 290 kommuner.

Aktivitet och rehabilitering stödjer ett hälsosamt åldrande, men samhällets insatser för att erbjuda sådana insatser behöver granskas och utvecklas.

Aktuell forskning om hälsofräm-

jande aktiviteter och behovet av mötesplatser och rehabiliterande insatser riktade till äldre ligger till grund för framgångsrika initiativ för att stärka dessa områden.

Det krävs en effektiv nationell strategi och samordnade insatser för att säkra tillgången till kunskapsbaserad vård och omsorg för äldre.

»Aktuell forskning visar entydigt att aktivitet är hälsofrämjande, oavsett om den är fysisk, kognitiv eller social till sin natur ...«

pådrivare vid olika sjukdomstillstånd. Forskare har i USA visat att upplevelsen av ensamhet har större betydelse för hälsan än vad man tidigare har trott [5]; ger tex upplevd ensamhet en påverkan på immunsystemet, inflammatoriska processer och kroppens stresshormoner. Upplevd ensamhet driver alltså enligt dessa studier [5] på ohälsa och påskyndar utvecklingen av funktions- och aktivitetsnedsättning.

Denna typ av forskningsresultat är en direkt uppmaning till landets kommuner att satsa mer på förebyggande insatser för att motverka upplevelser av ensamhet och utanförskap bland äldre. Exempel på sådana insatser av förebyggande eller rehabiliterande natur som erbjuder individanpassade möjligheter för äldre att bibehålla och utveckla sina aktiviteter är att arbeta preventivt med att bilda hälsonätverk för gemensamma sociala aktiviteter och andra typer av aktiviteter riktade till äldre.

Rehabiliterande insatser behöver förstärkas

Eftersom äldre vården i Sverige regleras av socialtjänstlagen, dominerar verksamheten i hög grad av ett socialt perspektiv, inte minst inom gruppboenden för personer med demenssjukdomar [6]. Många av de äldre i särskilt boende och de i ordinärt boende med hemtjänst och hemsjukvård har dock betydande behov av hälso- och sjukvård. Eftersom den medicinska kompetensnivån inom äldre vården generellt sett är låg, finns det risk för brister när det gäller det medicinska omhändertagandet.

Detta indikeras i en studie med syftet att undersöka och jämföra vårdkonsumtion 3–5 år efter kommunalt biståndsbeslut; studien visade att personer som trots kontinuerliga insatser hade tre eller fler vårdtillfällen under det första året efter biståndsbeslutet fortsatte att ha hög vårdkonsumtion [7]. Inte minst de insatser som avser rehabilitering är otillräckliga, men denna typ av brister har inte uppmärksamats eller resulterat i någon förändring av den kommunala vårdens inriktning.

I detta sammanhang är det viktigt att beakta faktumet att de senaste decenniernas framsteg inom medicinsk behandling innebär att andelen av befolkningen som åldras med funktionshinder ökar [8]. Aktuella vetenskapliga studier visar att den rehabilitering som erbjuds efter exempelvis en stroke ofta ger goda resultat. Många av de drabbade och inte minst deras anhöriga efterfrågar dock uppehållande och återkommande rehabiliteringsinsatser [9].

Aktuell forskning har också bidragit till att visa hur det är möjligt att göra såväl dem som lever med funktionsnedsättningar som deras anhöriga och familjer delaktiga i utformningen av individuella rehabiliteringsinsatser [10]. Dessa insatser utgår från de äldres och familjernas egna mål och bygger på bedömningar av aktivitetsförmågan i sådana aktiviteter som betyder mycket för individen. Studierna visar också på nya sätt att bedöma aktivitet, tex med ett instrument som fångar diskrepansen mellan det man faktiskt gör och det man skulle vilja göra [11, 12], vilket gör det tydligt vad individen anser vara av vikt att kunna genomföra i sitt dagliga liv.

Dansk modell för vardagsrehabilitering värd att pröva

Rehabilitering skulle kunna erbjudas i större omfattning och under längre perioder med framgångsrika resultat [13]. Resultaten av ett nyskapande och omskrivet projekt i Fredericia

kommun i Danmark med sk vardagsrehabilitering skulle kunna tas till utgångspunkt för utveckling av en ny typ av hemtjänstinsatser, baserade på etablerade principer för rehabilitering såsom bedömning av rehabiliteringspotential och identifiering av personliga mål med strukturerad uppföljning.

Den modell för vardagsrehabilitering som utvecklats och prövats vetenskapligt i Danmark bygger på etablering av särskilda tvärprofessionella hemtjänstteam med rehabiliteringskompetens [13]. Dessa team arbetar med äldre personer med identifierad rehabiliteringspotential, medan övriga hemtjänstmottagare fortsatt erbjuds traditionella insatser. För dem som erbjuds vardagsrehabilitering eller sk tränande hemtjänst görs en omvärdering av behovet av insatser, vilken resulterar i en plan formulerad i termer av »utvecklingsmål« och »uppehållande mål« baserade på hemtjänstmottagarens egna prioriteringar. Planen för insatserna preciserar mål, handlingar (typ av insats och den tid som ska avsättas) och återkommande utvärdering. I den mån behov av tekniska hjälpmedel identifieras integreras träningen i användningen av dessa i de handlingar som preciseras i planen.

I Sverige har den kommunalt anställda rehabiliteringspersonalen främst fått rollen som handledare och rådgivare till hemtjänstpersonalen, vilket enligt de vetenskapliga studierna av den danska modellen för vardagsrehabilitering inte är tillräckligt effektivt [13]. Det krävs i stället målmedvetna satsningar där modellen för vardagsrehabilitering införs stegvis, med tydliga uppdrag och örönmärkta resurser för ett effektivt genomförande. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster måste arbeta integrerat med hemtjänstpersonalen, vilket enligt den utvärdering som genomförts i Fredericia innebär stora utmaningar för samtliga personalkategorier. Både det grundläggande forskningsprojektet och resultaten från implementeringsprojekt som nu sprids och tillämpas i såväl Danmark som Norge visar genomgående på mycket goda resultat [14].

Projekt i Västra Götalandsregionen gav resultat

I Sverige visar de första vetenskapliga rapporterna från ett stort projekt i Västra Götalandsregionen, med syftet att förebygga ohälsa, att gruppträffar för äldre utan identifierade hjälpbehov och under ledning av ett tvärprofessionellt team med bl a rehabiliteringspersonal ger positiva resultat. Gruppträffarna följde en strukturerad manual, med fokus på deltagarnas individuella erfarenheter och behov. Utvecklingen av behov av hjälp i det dagliga livets aktiviteter fördröjdes, och beroendet i flera aktiviteter minskade bland de äldre som deltog i gruppträffarna [15].

Komplext samspel mellan åldrande människa och miljö

Mycket av grundbultarna i det hälsofrämjande arbetet (som under 1980-talet kallades folkhälsoarbete) verkar ha fallit i glömska. Enligt Världshälsoorganisationens sk Sundsvallsdeklaration [16] är stödjande miljöer i lokalsamhället en viktig förutsättning för folkhälsan [17]. Inom rehabiliteringsverksamhet utgör miljön en aktiv komponent – särskilt i boendet men också i lokalsamhället, där inte minst tillgängliga gångmiljöer och mötesplatser kan främja aktivitet.

I den allmänna debatten är det tex mer regel än undantag att man diskuterar äldres boende i allmänna termer, ofta med direkt koppling till vård- och omsorgsbehov och utan differentiering av olika gruppers särskilda förutsättningar och behov [18].

Det finns all anledning att utveckla och fördjupa kunskapen om det komplexa samspelet mellan den åldrande människan och miljön, där inte minst tillgången till tekniska hjälpmedel och sk smart teknik är viktig för att kompensera för funktionsnedsättningar och möjliggöra aktivitet och delaktighet [19].

Generellt sett är kunskapen om samspelet mellan boende-

miljö och hälsa och livskvalitet hos äldre svag när det gäller detaljerad och fördjupad kunskap om miljöfaktorer, samspelet mellan människa och miljö och dess effekter på äldres hälsa och livskvalitet [18]. De flesta studier, såväl gerontologiska som vårdinriktade, fokuserar på framför allt den åldrande människan och/eller vårdgivare, vilket innebär att det i dag finns god kunskap om medicinska, psykologiska och sociala faktorer på såväl individ- som befolkningsnivå.

Socialstyrelsens riktlinjer för demensvården [20] innehåller konkreta förslag på hur boenden för demenssjuka bör utformas; den fysiska miljön ska inte utformas som ett sjukhus eller en vårdinstitution utan i stället likna ett hem. Äldre som bor i vård- och omsorgsboende och deras anhöriga uppfattar inte sällan att boendet inte är utformat efter deras särskilda behov [21]. Följaktligen behövs det mer forskning inom detta område.

Kunskapsbaserad äldreomsorg kräver en nationell strategi

Inom äldreomsorgen har flera projekt varit inriktade på att bygga upp en organisation för lärande som inkluderar både personalens kompetensutveckling och verksamhetsutvecklingen. Ett exempel är projektet KISAM i Stureby [22], där Socialstyrelsens riktlinjer för vården av demenssjuka [20] användes som utgångspunkt för att utveckla en kunskapsbaserad äldreomsorg. Projektet belönades med Stockholms stads kvalitetspris 2012, med motiveringen att det engagerade hela personalen i ett genomgripande förändringsarbete på vetenskaplig grund.

Projekt av detta slag kan förbättra innehållet och kvaliteten i svensk äldreomsorg samtidigt som det sker ett gemensamt lärande i personalgruppen. Projektet utgör en modell för hur det är möjligt att förena behovet av verksamhetsutveckling med behovet av kompetensutveckling av personalen. Det räcker dock inte med goda exempel – det krävs en effektiv nationell strategi och samordnade insatser för att säkra tillgången till kunskapsbaserad vård och omsorg för äldre.

Kunskapen om hur förutsättningar för meningsfull aktivitet och tillgång till kontinuerliga rehabiliteringsinsatser främjar äldres hälsa och välbefinnande har utvecklats starkt under senare år, men den nya kunskapen har inte nått ut och integrerats i äldreomsorgen. Medan allt fler av de anställda inom den landstingsdrivna hälso- och sjukvården utvecklar

sin kompetens för utvecklingsarbete och forskning, släpar kompetensutvecklingen inom den kommunala och privata äldreomsorgen efter.

Detta kan bero på att äldreomsorgen oftast saknar en organisation för lärande och utveckling inom den egna verksamheten, dvs i hemtjänstgrupperna och i de särskilda boendena. Det behövs en struktur som inte bara kan ta emot och implementera ny kunskap utan också mönstra ut gammal kunskap.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

SUMMARY

At present in Sweden, there are differences in the quality of care for older people in the 290 local municipalities. There is evidence that the provision of meaningful activities according to individual preferences, arenas that support social interaction, and continuous rehabilitation efforts contribute to healthy ageing. This type of services has not been sufficiently acknowledged and prioritized by the local municipalities in Sweden. There are examples from research on health promoting activities, physical meeting places for older people, continuous rehabilitation for those ageing with disabilities, and everyday rehabilitation integrated with home help services. There is an urgent need for an effective national strategy as well as collaborative efforts to ensure that the provision of care and rehabilitation for the older population is based in recent research and the best available knowledge.

REFERENSER

- Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011. Delrapport Kommunernas insatser. www.socialstyrelsen.se/publikationer
- Kielhofner G. Model of human occupation: Theory and application. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Clark F, Azen SP, Zemke R, et al. Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. JAMA. 1997;278:1321.
- Svidén GA, Tham K, Borell L. Elderly participants of social and rehabilitative day centers. Scand J Car Sci. 2004;18 (4):402-9.
- Perissson C, Stijacic Cenzer I, Covinsky K. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. Arch Intern Med. 2012;172:1078-83.
- Melin Emilsson U. Health care, social care or both? A qualitative explorative study of different focuses in long-term care of older people in France, Portugal and Sweden. Euro J Soc Work. 2009;12:419-34.
- Condelius A, Hallberg IR, Jakobsen U. Hospital and outpatient clinic utilization among older people in the 3-5 years following the initiation of continuing care: a longitudinal cohort study. BMC Health Serv Res. 2011;3:11-36.
- Jensen MP, Molton IR. Aging with a disability. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. Philadelphia, US: WB Saunders; 2010.
- Langhammar B, Lindmark B. Functional exercise and physical fitness post stroke: the importance of exercise maintenance for motor control and physical fitness after stroke. Stroke Res Treat. 2012;1-9.
- Guidetti S, Andersson K, Andersson M, et al. Client-centred self-care intervention after stroke: a feasibility study. Scand J Occup Ther. 2010;17:276-85.
- Bergström AL, Guidetti S, Tistad M, et al. Perceived occupational gaps one year after stroke: an explorative study. J Rehabil Med. 2012;44:36-42.
- Ekstam L, Tham K, Borell L. Couples' approaches to changes in everyday life during the first year after stroke. Scand J Occup Ther. 2011;18:49-58.
- Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune. København, Danmark: Dansk Sundhedsinstitut; 2010. http://www.etf.dk/fileadmin/brug_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Rehabilitering/DSI_evaluering_-_rapport_september_2011.pdf
- Hverdagsrehabilitering - møter samfunnets utfordringer. <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/vi-mener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering>
- Gustafsson S, Eklund K, Wilhelmson K, et al. Long-term outcome for ADL following the health-promoting RCT - elderly persons in the risk zone. Gerontologist. 2013;53(4):654-63.
- World Health Organization (WHO). Sundsvall Statement on Supportive Environments. June 9-15, 1991. Sundsvall, Sweden/Geneva, Switzerland: WHO; 1991.
- Slaug B. Exploration and development of methodology for accessibility assessments: Based on the notion of person-environment fit [dissertation]. Lund: Lunds universitet; 2012.
- Iwarsson S. Utformning av olika boendemiljöer för äldre. I: SOU 2008:113. Bo bra hela livet. Uppdrag för Äldreboendedelegationen. Stockholm: Fritzes; 2008. Bilagedel B. p.113-44.
- Löfqvist C, Nygren C, Széman Z, et al. Assistive devices among very old people in five European countries. Scand J Occup Ther. 2005;12:181-92.
- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
- Barnes S, Torrington J, Darton R, et al. Does the design of extra care housing meet the needs of the residents? A focus group study. Ageing Soc. 2012;32:1193-214.
- Stockholms stad. KISAM ett steg mot en äldreomsorg i världsklass. 2011. http://www.stockholm.se/-/Nyheter/Familj--Omsorg/EAV_KISAM-ett-steg-mot-en-aldreomsorg-i-varldsklass