



# Ättestupa eller folkhälsomål –

Ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering

## Förord

Tillgången till rehabilitering inom den kommunala äldreomsorgen samt inom den landstingsdrivna hälso- och sjukvården för äldre personer varierar stort över landet trots att alla har lika rätt till vård och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen. Dagens forskning ger vetenskapligt stöd för specifik rehabilitering som innebär riktad träning som utförs av rehabiliteringsutbildad personal (bl.a. arbetsterapeuter och sjukgymnaster) t.ex. individanpassade interventioner som fysisk träning och ADL-träning för äldre personer. Möjligheten att få specifik rehabilitering är många gånger en bristvara inom äldreomsorg och eftersom specifik rehabilitering inte kan likställas med vardagsrehabilitering så får det stora negativa konsekvenser för de mest sjuka äldre. Vårdtiderna på geriatrisk slutenvård är ofta korta samtidigt som det finns stora glapp i vårdkedjan mellan slutenvård, geriatrik, öppenvård, kommunal äldreomsorg och rehabilitering i hemmet för hemmaboende äldre. Det får till följd att många av de mest sjuka äldre personerna hamnar mellan stolarna och får inte tillgång till den rehabilitering som de är i behov av och som det finns starkt vetenskapligt stöd för samt ingår i god och säker vård. Med detta manifest vill vi peka på behovet av specifik rehabilitering och nödvändigheten av det för de mest sjuka äldre oavsett var de äldre personerna bor eller var i vårdkedjan de befinner sig.

Manifestet är framtaget av Sektionen för Äldres hälsa inom Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR), samt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och deras Äldreutskott.

Arbetsgruppen har bestått av följande personer:

*Elisabeth Rydwik*, Leg. Sjukgymnast, Med Dr, Ordförande i Sektionen för Äldres hälsa, LSR  
*Anna Pettersson*, Leg. Sjukgymnast, Med Dr, Professionsutvecklare, LSR  
*Annika Malmqvist*, Leg. Sjukgymnast, MSc, Sekreterare i Sektionen för Äldres hälsa, LSR  
*Christina Lundqvist*, Leg. Arbetsterapeut, MSc, Handläggare för utvecklings- och kvalitetsfrågor, FSA  
*Åsa Larsson*, Leg. Arbetsterapeut, Med Dr, Ledamot av Äldreutskottet i FSA  
*Christine Tell*, Leg. Arbetsterapeut, MSc, Ledamot av Äldreutskottet i FSA

Referensgruppen har bestått av:

*Ellinor Nordin*, Leg. Sjukgymnast, Med Dr, Umeå Kommun  
*Barbro Marklund*, Leg. Sjukgymnast, MAR, Stockholms Stad  
*Kristina Grubb*, Leg. Sjukgymnast, MAR, Karlstad kommun, Medlem av MAR-gruppen  
*Josefine Lampinen*, Leg. Arbetsterapeut, MSc, Ledamot av Äldreutskottet i FSA  
*Anette Alfredsson*, Leg. Arbetsterapeut, MAR, Göteborgs stad, Medlem av MAR-gruppen

# Innehållsförteckning

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b> .....	<b>3</b>
<b>MANIFESTET I KORTHET</b> .....	<b>4</b>
<b>HAR ÄLDRE MEDBORGARE RÄTT TILL REHABILITERING?</b> .....	<b>5</b>
<b>VAD SÄGER DE ÄLDRE SJÄLVA?</b> .....	<b>5</b>
<b>VAD INNEBÄR REHABILITERING I ÄLDREVÅRD OCH ÄLDREOMSORG?</b> .....	<b>5</b>
<b>VARFÖR FÅR INTE ÄLDRE MEDBORGARE DEN REHABILITERING DE HAR RÄTT TILL?</b> .....	<b>6</b>
<b>VIKTIGA UTGÅNGSPUNKTER OCH BEGREPP</b> .....	<b>6</b>
SPECIFIK REHABILITERING .....	6
<i>Teamets betydelse</i> .....	6
<i>Därför behövs både arbetsterapeut och sjukgymnast</i> .....	7
<i>Arbetsterapeutiskt perspektiv</i> .....	7
<i>Sjukgymnastiskt perspektiv</i> .....	7
<i>Ordinerad behandling och delegering av arbetsuppgifter utifrån hälso- och sjukvårdslagen</i> .....	8
HÄLSOFRÄMJANDE ARBETSSÄTT .....	8
<b>VETENSKAPLIGT UNDERLAG</b> .....	<b>10</b>
ARBETSTERAPI .....	10
SJUKGYMNASTIK .....	10
FALL, FALLRISK .....	10
<b>HÄLSOEKONOMI</b> .....	<b>10</b>
ÖSTHAMMARS KOMMUN .....	10
SMÅLAND .....	11
GRÅBO, GOTLAND .....	11
ÖSTERSUND .....	11
<b>NYCKELTAL</b> .....	<b>11</b>
<b>SATSA PÅ SPECIFIK REHABILITERING</b> .....	<b>12</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>14</b>

## Manifestet i korthet

Detta manifest pekar på de brister och den ojämlikhet som idag existerar i Sverige när det gäller tillgång till rehabilitering inom vård och omsorg för äldre personer, samt ger förslag till lösningar. Folkhälsomålen för äldre personer uppfylls inte och inte heller intentionen i lagar och föreskrifter. I Socialstyrelsens brukarundersökning, som genomförs varje år, är det just rehabilitering och individanpassade aktiviteter som äldre personer tycker fungerar sämst. Orsakerna till detta är bristande kunskap om rehabilitering och evidensen för den, hos huvudmän, tjänstemän och politiker. Äldre personers vård och omsorg omfattas av två lagrum, vilket gör ansvarsfördelningen otydlig.

*Specifik rehabilitering* lyder under hälso- och sjukvårdslagen och innebär riktad träning som utförs av bland annat arbetsterapeut och sjukgymnast. Ett generellt arbetssätt, som syftar till att utföra arbetet på ett sådant sätt att personalen inte tar över de förmågor som den enskilde har, utan tillvaratar personens egna resurser och aktivt stödjer i vardagsituationer benämns vanligen vardagsrehabilitering. Specifika rehabiliteringsinsatser av sjukgymnast och arbetsterapeut som är tidsbegränsade och målinriktade, kan inte ersättas av ett generellt, ständigt pågående arbetssätt. Vi anser att ett generellt arbetssätt ska benämnas *hälsofrämjande*, för att inte förväxlas med specifik rehabilitering.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster delar i stora drag en gemensam kunskapsbas, men teorier och utgångspunkter skiljer sig åt, vilket tillför olika värden. *Meningsfulla aktiviteter* är ett centralt begrepp inom arbetsterapi medan *rörelse* är ett centralt begrepp inom sjukgymnastik. Det vetenskapliga underlaget för specifik rehabilitering t.ex. individanpassade åtgärder som fysisk träning och ADL-träning för äldre personer, är starkt. Åtgärderna leder till ökad självständighet i vardagen samt ökad livskvalitet. Insatser som förskrivning av tekniska hjälpmedel och anpassning av hemmiljön minskar kostnader för äldres hemtjänst. Att öka den fysiska aktiviteten för äldre personer har också visat sig vara kostnadseffektivt i form av reducerade sjukvårdskostnader liksom effekterna av att förebygga fall. För att öka tillgången till evidensbaserad rehabilitering krävs kraftfulla incitament som att utveckla kvalitetsindikatorer för rehabilitering inom äldreomsorg och äldreomsorg och lagstifta om Medicinsk Ansvarig för Rehabilitering (MAR) inom kommunal verksamhet.

För att råda bot på bristen av specifik rehabilitering som idag råder föreslår vi nyckeltal för rimligt antal arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Nyckeltalen utgår från att den äldre personen ska ha möjlighet att få en god och säker vård som innefattar specifik rehabilitering samt att det finns ett tydligt uppdrag för arbetsterapeut respektive sjukgymnast. För det särskilda boendet utgår nyckeltalet från antalet personer som bor i det särskilda boendet. I det ordinära boendet utgår det från antal personer över 65 år i kommunen. Vi anser att nyckeltalet för det särskilda boendet ska vara minst 1.0 arbetsterapeut respektive 1.0 sjukgymnast per 50 boende. Verksamheter som även omfattar till exempel demensboende, eller dagrehabilitering bör ha ett väsentligt högre nyckeltal. Vi anser också att de kommuner som bedriver rehabilitering i hemmet för hemmaboende äldre bör ha nyckeltal på minst 0.5 arbetsterapeut respektive 0.5 sjukgymnast för 300 personer över 65 år. I vissa fall kan nyckeltalen vara högre beroende på geografiska avstånd, vilka patientgrupper som ingår, samt om verksamheten syftar till att återvinna eller bibehålla funktions- och aktivitetsförmåga.

## Har äldre medborgare rätt till rehabilitering?

Enligt den nationella värdegrunden för äldreomsorgen ska omsorgen om den äldre inriktas så att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Äldreomsorgen ska värna och respektera den äldres rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning. Enligt FN:s konvention har äldre rätt att åtnjuta samma villkor som andra utan inskränkning. Det fastslås som en mänsklig rättighet. I Sverige är denna rättighet lagstadgad i diskrimineringslagen (SFS 2008:567) som trädde i kraft 2009, där det står att äldre ska behandlas på samma villkor som andra. Det innebär att äldre har samma rätt att få sina behov av rehabilitering tillgodosedda på samma sätt som andra åldersgrupper.

## Vad säger de äldre själva?

Att äldre personer vill ha specifik rehabilitering framkommer i Socialstyrelsens brukarundersökning (Socialstyrelsen 2010) som genomförs varje år. Där är det just rehabilitering och individanpassade aktiviteter som anses fungera sämst. I brukarundersökningen från 2010 anges ”att komma ut när man vill”, ”rehabilitering” och ”aktiviteter som erbjuds” lägst i kundindexundersökningen. Vi anser att vården måste lyssna till de äldres synpunkter och erbjuda specifik rehabilitering efter behov.

## Vad innebär rehabilitering i äldrevård och äldreomsorg?

Den äldre människan som drabbas av sjukdom och/eller funktionsnedsättning har behov av rehabiliteringsinsatser som är relaterade till och kräver särskild kunskap. Det är rehabiliteringsinsatser utifrån Hälso- och sjukvårdslagen vilket kräver specifik kompetens och ges av bland andra arbetsterapeut och sjukgymnast. För att den enskilde ska ges möjlighet att vara aktiv utifrån sina behov och önskemål samt använda sina resurser eller utveckla sina funktioner, har den äldre behov att initialt få en rehabiliteringsbedömning. Om behov finns ska fortsatta insatser tillhandahållas av arbetsterapeut och sjukgymnast. Utöver dessa direkta insatser arbetar även arbetsterapeut och sjukgymnast ofta indirekt genom baspersonalen (undersköterskor och vårdbiträden). Detta innebär att arbetsterapeuter och sjukgymnaster handleder baspersonalen till att utföra arbetet på ett sådant sätt att de inte tar över de förmågor som den enskilde har, utan tar tillvara personens egna resurser och aktivt stödjer i vardagsituationer. Denna typ av insatser benämns vanligen vardagsrehabilitering.

Det finns således två former av insatser och arbetssätt. Dels en *specifik rehabilitering* som innebär riktad träning som utförs av arbetsterapeuter och sjukgymnaster med flera, dels insatser och arbetssätt som kan utföras av all personal och med alla vårdtagare. De specifika rehabiliteringsinsatserna är målinriktade och tidsbestämda och skiljer sig från ett generellt arbetssätt som ges oavsett sjukdom eller funktionsnedsättning. Specifik rehabilitering lyder under hälso- och sjukvårdslagen och därför används i detta dokument begrepp kopplat till detta, t.ex. patient. Det generella, ständigt pågående arbetssättet kan inte ersätta specifika rehabiliteringsinsatser av sjukgymnast och arbetsterapeut som är tidsbegränsade. Vi anser att det generella arbetssättet ska benämnas *hälsofrämjande*, för att inte förväxlas med specifik rehabilitering (se Figur 1, sid 9) och vi kommer här att förklara varför.

# Varför får inte äldre medborgare den rehabilitering de har rätt till?

Äldre personer får många gånger inte den specifika rehabilitering de har rätt till varken i hemmet eller på särskilda boenden och tillgången varierar stort över landet. Socialstyrelsen lyfter fram följande problemområden som förklaringar i en rapport från 2007 (Rehabilitering för hemmaboende äldre personer, Socialstyrelsen 2007):

- Två olika huvudmannaskap
- Två lagstiftningar
- Brist på kompetens hos vård- och omsorgspersonal

Det råder också brist på kunskap om det vetenskapliga underlaget inom rehabiliteringsområdet bland politiker och tjänstemän som organiserar alternativt beställer vård och omsorg, vilket t.ex. leder till att paragraf §2e och §18 i hälso- och sjukvårdslagen inte alltid efterlevs (se faktaruta). Kunskapsbrist, avsaknad av samverkan och felaktiga prioriteringar är troligen också orsaken till att specifik rehabilitering inte tillhandahålls i tillräcklig utsträckning inom olika former av boenden. Korttidsboende är exempel på boende med stor förbättringspotential och skulle kunna fylla det glapp som finns i vårdkedjan idag inom rehabiliteringsområdet, under förutsättning att de två huvudmännen samverkar kring denna verksamhet.

Rehabilitering i hemmet för äldre i ordinärt boende bedrivs antingen inom den kommunala hemsjukvården eller inom primärvården. En nyligen publicerad rapport av Sveriges Kommuner och Landsting visade att primärvården bara står för 5 % av kostnaden för de mest sjuka äldre. Detta är troligen ytterligare en orsak till brist på tillgång till rehabilitering för hemmaboende äldre (Sveriges Kommuner och Landsting).

## Viktiga utgångspunkter och begrepp

### Specifik rehabilitering

#### Teamets betydelse

Hälsa är komplext och innebär inte enbart frånvaro av sjukdom utan handlar också om en känsla av sammanhang och ett fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Innebörden av definitionen på hälsa har särskild relevans för de mest sjuka äldre, vars många olika behov kräver samverkan och teamarbete. Ett team är när flera personer aktivt verkar tillsammans för ett gemensamt syfte och där olika kompetenser och roller kompletterar varandra. En grupp människor utgör alltså inte automatiskt ett team, utan handlar om samverkan i syfte att lösa en komplex uppgift som kräver olika kompetenser. Inom landstingets och kommunens verksamheter är all personals uppgift att främja hälsa och välbefinnande för dem som behöver vård och omsorg. Personalen har därmed en gemensam uppgift och har ofta viss gemensam kunskapsbas men de har emellertid olika utgångspunkter, roller och perspektiv som kompletterar varandra och tillsammans bidrar med olika värden för att främja hälsa och välbefinnande. Både arbetsterapeuter och sjukgymnaster verkar för att främja hälsa och delar en viss kunskapsbas och ibland arbetsmetoder, men tillför olika värden av begreppet hälsa. I teamet ingår självklart också patienten och eventuell närstående.

## **Därför behövs både arbetsterapeut och sjukgymnast**

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har många gemensamma nämnare och utifrån sett kan det ibland vara svårt att omedelbart se hur de båda professionerna skiljer sig från varandra och hur vi kompletterar varandra och bidrar på så sätt med olika värden för patienten.

Vi delar till exempel till viss del en gemensam kunskapsbas inom det medicinska och beteendevetenskapliga området men arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska teorier och metoder skiljer sig åt. Både arbetsterapeuter och sjukgymnaster är resursorienterade i sitt arbetssätt. Vi strävar efter att hjälpa och stötta patienter att frigöra de inneboende resurser som finns inom vare individ. Det betyder att diagnosen inte är utgångspunkten, utan ses mer som en bidragande faktor. Vi arbetar i hög grad personcentrerat, vilket innebär att vi utgår ifrån patientens egna önskemål och behov och arbetar tillsammans med patienten.

En väsentlig skillnad är att arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar utifrån olika aspekter av hälsa och kan därför hjälpa patienten att nå olika mål. *Meningsfulla aktiviteter* är ett centralt begrepp inom arbetsterapi medan *rörelse* är ett centralt begrepp inom sjukgymnastik.

### **Arbetsterapeutiskt perspektiv**

Fokusområden i arbetsterapi är hälsa, aktivitet, miljö och teknologi. Målet med arbetsterapi är att möjliggöra för patienten att leva ett värdefullt liv i enlighet med sina önskemål och behov i förhållande till omgivningens krav. Genom utförande av meningsfulla aktiviteter främjas hälsa och välmående. Arbetsterapi ger människor som drabbats av sjukdom och eller skada och som lett till aktivitetsbegränsningar möjlighet att i högre grad klara sig själva. (FSA 2005; World Federation of Occupational Therapists 2004).

De åtgärder arbetsterapeuter använder för att möjliggöra aktiviteter i dagliga livet riktas mot individer och eller miljön. Dessa åtgärder genomförs för att förebygga, förbättra eller kompensera individens förmåga att utföra önskade aktiviteter inom personlig vård, boende, fritid och sysselsättning. Detta sker genom individuell träning av aktivitetsförmågan, rekommendation och förskrivning av tekniska hjälpmedel, förändringar i den fysiska och sociala miljön samt förslag till anpassningar eller förändringar för att underlätta för äldre personers möjligheter att klara sitt dagliga liv och möjliggöra kvarboende. Arbetsterapeuten försöker hitta lösningar som passar både anhörig och patient. Arbetsterapeuten kan även ge anhöriga och närstående handledning, exempelvis vid förflyttning och hantering av hjälpmedel. (FSA 2005; World Federation of Occupational Therapists 2004)

Värdet av arbetsterapi för äldre personer är att mildra de svårigheter som ibland följer av åldrandet. Tidigare levnadsvanor och intressen tas tillvara och individen får pröva och träna tidigare färdigheter som upplevs som meningsfulla.

### **Sjukgymnastiskt perspektiv**

Människans möjlighet att röra sig är en viktig del av livet och en viktig aspekt av hälsa. Rörelse och hälsa är centrala begrepp inom sjukgymnastik. Sjukgymnaster stödjer människor att utveckla, bibehålla och återställa maximal rörelseförmåga oavsett deras ålder eller förekomst av sjukdom eller skada. Syftet är att främja hälsa, förebygga sjukdom, behandla skada/besvär eller att rehabilitera. Vid rehabilitering är sjukgymnastiska åtgärder en del av flera insatser som syftar till att hjälpa den enskilde att få tillbaka eller bibehålla optimal rörelseförmåga och funktion. Insatserna är anpassade efter individens särskilda behov och förutsättningar. Värdet av sjukgymnastiska insatser är att stödja människor till ork, lust och

förmåga så att de kan leva ett aktivt liv och göra det de behöver i hemmet, på fritiden eller på arbetet respektive skolan (Sjukgymnastik som vetenskap och profession 2009; World Confederation of Physical Therapists, Position Statement [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org).)

Många äldre personer har särskilda behov och förutsättningar för rörelse därför att de efter ett långt liv kan ha besvär av tidigare skador eller sjukdomar. Äldre har dock samma behov som alla andra av ork, lust och förmåga för att leva. Specifik rehabilitering ger möjlighet att få tillbaka eller bibehålla optimal rörelseförmåga och är särskilt anpassat för äldres unika förutsättningar. Det kan t.ex. bestå av träning av muskelstyrka, balans, kondition, rörlighet, förflyttningar samt andningsträning, smärtbehandling och förskrivning av gång- och andra personliga hjälpmedel.

### **Ordinerad behandling och delegering av arbetsuppgifter utifrån hälso- och sjukvårdslagen**

De specifika rehabiliteringsinsatser inom arbetsterapi eller sjukgymnastik som ordinerar till patient, utförs av legitimerade arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Ordinerade specifika rehabiliteringsinsatser kan, om det är förenligt med god och säker vård, utföras av andra personer i teamet kring patienten. De personerna behöver då ha reell kompetens och utför arbetsuppgifterna efter muntlig och/eller skriftlig instruktion. Exempel på ordination är ”Gå 10 meter till och från toaletten med stöd från en person enligt bild i genomförandeplanen, 3 gånger per dag i 14 dagar”. Vissa arbetsuppgifter inom specifik rehabilitering kan överlåtas genom delegering till annan hälso- och sjukvårdspersonalen från legitimerad sjukgymnast eller arbetsterapeut. Med delegering avses att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som är formellt och reellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift, genom beslut, överlåter arbetsuppgiften till en annan person som har reell kompetens för uppgiften. Det krävs alltid en professionell bedömning av legitimerad personal i det enskilda fallet, innan ordinerade specifika rehabiliteringsinsatser kan överlåtas att utföras av annan person.

### **Hälsofrämjande arbetssätt**

Det finns en mängd olika begrepp som beskriver stödjande och uppehållande insatser som ges till den äldre men ingen konsensus om ett enhetligt begrepp. Exempel på detta är vardagsrehabilitering, rehabiliterande förhållningssätt, aktiverande eller funktionsbevarande arbetssätt med flera. För att specifik rehabilitering ska kunna genomföras måste man ta tillvara den äldre personens egna resurser och aktivt stödja den i vardagssituationer, det vill säga, ett hälsofrämjande arbetssätt. Likaså måste kompetens och handledning av arbetsterapeut och sjukgymnast finnas tillgänglig för att ett hälsofrämjande arbetssätt ska kunna bedrivas, se Figur 1.





**Figur 1. Beskrivning av hur insatser som specifik rehabilitering och ett hälsofrämjande arbetssätt kompletterar varandra.**

Vård och omsorgsinsatser ska utföras så att den enskildes ges möjlighet till eget inflytande att påverka och förbättra sin hälsa och livskvalitet. Det sker genom att den enskildes aktivitets- och funktionsförmåga tas tillvara. Detta är av vikt inte minst ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Arbetssättet utgår från hur hälsan bevaras eller utvecklas oberoende av sjukdom, medicinsk behandling, ålder eller funktionsnedsättning för att stärka och bevara funktioner och aktiviteter hos varje individ. Det är ett ständigt pågående arbetssätt som berör samtliga yrkesgrupper, vilka behöver ha goda kunskaper i arbetssättet.

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Hälsofrämjande fysisk aktivitet förbättrar hälsan och minskar risken för sjukdom - även hos äldre personer. Fysisk aktivitet och träning är ett kraftfullt verktyg för att påverka hälsa och funktion under hela livet och mängden aktivitet har betydelse för resultatet på hälsa och funktion. Folkhälsopolitikens mål bland befolkningen är, att alla oavsett ålder ska erbjudas möjligheter till motion eller träning, på sina egna villkor. Här omfattas även det dagliga livets aktiviteter. Rekommendationen är 30 min/dag om intensiteten är måttlig, vilket kan delas upp i 3 x 10 minuter eller 2 x 15 minuter (Folkhälsoinstitutet).

För att undvika begreppsförvirring föreslår vi termen *hälsofrämjande arbetssätt*. Detta stämmer väl överens med folkhälsomålen, liksom Folkhälsoinstitutets fyra hörnpelare: social gemenskap, delaktighet/meningsfullhet, fysisk aktivitet och bra matvanor. Likaså stämmer det väl överens med den nationella värdegrunden för äldreomsorg, inskriven i Socialtjänstlagen, som i kapitel 3 bland annat säger att kommunerna ska "Genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden". Ett arbetssätt, till skillnad från förhållningssätt, påverkar konkret vardagsarbetet och tydliggör varje medarbetares insatser. Ett *hälsofrämjande arbetssätt* ska självklart vara personcentrerat, som också lyfts fram i de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.

# Vetenskapligt underlag

## Arbetsterapi

Arbetsterapi som innefattar många olika åtgärder som är förebyggande, förbättrande och kompensande är effektivt för att bibehålla eller förbättra förmågan till dagliga aktiviteter, socialt deltagande och livskvalitet för äldre personer (Fisher, Atler & Potts 2006; Clark et al 1997). Det finns stark evidens för rådgivning kring hjälpmedel som en del av en riskbedömning i hemmet. Riskbedömning i hemmet av arbetsterapeut är effektivt för att öka förmågan att klara dagliga aktiviteter (Steultjens et al 2004; 2005).

## Sjukgymnastik

Äldre har samma goda effekt av träning som yngre och samma träningsfysiologiska principer gäller för intensitet, frekvens och duration. Det finns stark evidens för att styrketräning har god effekt hos såväl sköra/multisjuka, som hos personer med demens (Forster et al 2009; Littbrand et al 2009; 2011). Ju större grad av funktionsnedsättningar en äldre person har desto större är behovet av individanpassad högintensiv träning (Forster et al 2009).

Konditionsträning med måttlig ansträngning bör utföras 30 minuter 3 gånger per vecka alternativt 20 minuter om ansträngningen är mer betungande (Chodzko-Zajko et al 2009).

## Fall, fallrisk

Förekomsten av fall och fallrisk är vanligt bland äldre. Orsaken till fall och fallrisk beror ofta på en kombination av faktorer hos person, uppgift och miljö varför interventionen kräver ett multifaktoriellt angreppssätt. En bedömning av fallrisk och vid behov insättning av åtgärder bör alltid göras och följas upp regelbundet (Chang JT et al 2004; Gillespie et al 2009). Såväl arbetsterapeutiska som sjukgymnastiska insatser är effektiva för att minska fallrisk, fallrädsla och antalet fall (Steultjens et al 2004; 2005; Sherrington et al 2008; Liu & Frank 2010).

## Hälsoekonomi

Forskning gällande om rehabilitering av äldre minskar samhällets kostnader är bristfällig men mycket talar för en satsning på rehabilitering. Framförallt är de humanitära vinsterna stora med fler aktiva äldre och där livskvaliteten ökar, något som dock är svårt att mäta i pengar (Socialstyrelsen, 2001). Det anses dock att rehabiliteringsriktade åtgärder för äldre har bidragit till minskat behov av särskilda boendeplatser (Thorslund 1998). Insatser som förskrivning av tekniska hjälpmedel och anpassning av hemmiljön minskar kostnader för äldres hemtjänst (Mann et al 1999). Att öka den fysiska aktiviteten för äldre personer har också visat sig vara kostnadseffektivt i form av reducerade sjukvårdskostnader liksom effekterna av att förebygga fall (Hagberg & Lindholm 2006, Hagberg 2009; Woolcott et al 2010).

Satsning på rehabilitering i hemmet för hemmaboende äldre och på särskilda boenden har skett i ett flertal kommuner och nedan beskrivs några exempel.

## Östhammars kommun

Rehabiliteringsenheten Sundet erbjuder intensiva insatser för att mobilisera äldres resurser för en bättre hälsa och vänder sig till äldre personer som bor i ordinärt boende. De som kommer för en korttidsvistelse under tre till fyra veckor, har ofta omfattande stöd från hemtjänst

(medel 14 h/vecka). Vid uppföljning i hemmet två veckor efter avslutad behandlingsperiod visade merparten av deltagarna bibehållna eller förbättrade värden på sin hälsorelaterade livskvalitet, sin funktionsförmåga och tillfredsställelse med aktivitetsutförande. Dessutom fanns ett minskat eller bibehållet behov av hemtjänstinsats. Årliga uppföljningar visar att denna kommunala rehabiliteringsform sparar in hela verksamhetens kostnad, samt ytterligare besparingar i form av uppskjutna hemtjänstkostnader.

## **Småland**

En FoU-rapport som utvärderade effekter av hemrehabilitering i några kommuner i Småland, visade ett minskat behov av beviljade promenader, mindre hjälpberoende och ökad självständighet. Enskilda klarade successivt själv sina förflyttningar, vilket gjorde att flera insatser kunde minskas, som till exempel hjälp i och ur säng, hjälp med toalettbesök och olika hushållsgöromål. Biståndsbedömda insatser kunde också minskas, tack vare att vårdtagaren fick olika hjälpmedel. I kommunerna Ljungby och Växjö hade patienterna tre månader efter inledd hemrehabilitering signifikant lägre behov av hemtjänst mätt i antal timmar per vecka (Gustafsson et al 2010).

## **Gråbo, Gotland**

För att skapa ett särskilt boende som präglas av ett rehabiliterande synsätt, genomfördes ett projekt där en arbetsterapeut och en sjukgymnast placerades på det särskilda boendet Gråbo på Gotland. Arbetet byggde framförallt på råd och stöd i reella situationer med kontinuerlig handledning och instruktion till baspersonal, men även införande av nya rutiner och strukturer för att tydliggöra ansvarsområden för olika personalgrupper. Mätningar av vårdtyngden visade, att den trots en förväntad försämring, i stort sett var oförändrad från projektets början till uppföljning. Närheten till arbetsterapeut och sjukgymnast hade störst betydelse för att kunna införa ett rehabiliterande synsätt (Malkan Nelson, & Öhrström 2006).

## **Östersund**

I Östersunds kommun har man utvecklat ett arbetssätt där brukare som söker biståndshjälp för att tvätta sig, först erbjuds möjlighet att träffa arbetsterapeut för utredning och träning, i stället för att rutinmässigt sätta in hemtjänstinsatser. Arbetssättet har utvärderats i en FoU-rapport som konstaterar att det är kostnadseffektivt, då en stor del av brukarna klarar sig utan hemtjänstinsatser efter att de fått arbetsterapeutiska insatser. Såväl kostnad för hemtjänst som hjälpmedel är lägre för den grupp som fått arbetsterapi, i jämförelser med en kontrollgrupp. (Zingmark 2009)

Ovanstående exempel visar att det är samhällsekonomiskt lönsamt att satsa på verksamheter för äldre med en hälsofrämjande och rehabiliterande inriktning i kommunen.

## **Nyckeltal**

En förutsättning för att den äldre ska få en god och säker specifik rehabilitering såväl i ordinärt boende som i olika former av särskilt boende, krävs att det finns tillgång till både arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Inom många av dessa verksamheter har man stora brister på tillgång till dessa personalgrupper. För att råda bot på bristen av specifik rehabilitering som idag råder föreslår vi nyckeltal för rimligt antal arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Nyckeltalen ska inte ses som absoluta utan som ett riktvärde. Faktorer som geografi,

vårdtyngd, verksamhetens uppdrag m.m. gör att nyckeltalen kan behöva anpassas. En god och säker vård samt möjlighet att få specifik rehabilitering när behov finns ska vara vägledande och framgå i verksamhetens redovisning av bemanning. Nyckeltalen utgår från att den äldre personen ska ha möjlighet att få en god och säker vård som innefattar specifik rehabilitering samt att det finns ett tydligt uppdrag för arbetsterapeut respektive sjukgymnast. För det särskilda boendet utgår nyckeltalet från antalet personer som bor i det särskilda boendet. I det ordinära boendet utgår det från antal personer över 65 år i kommunen.

Vi anser att nyckeltalet för det särskilda boendet ska vara minst 1.0 arbetsterapeut respektive 1.0 sjukgymnast per 50 boende. Verksamheter som även omfattar till exempel demensboende, eller dagrehabilitering bör ha ett väsentligt högre nyckeltal. I en rapport från Äldrecentrum föreslås för demensboende nyckeltalet 0.5 arbetsterapeut respektive 0.5 sjukgymnast per 18 boende (Wånell SE, Trygg B 2010).

Om ett korttidsboende får det uppdrag som föreslås ovan anser vi att dessa nyckeltal ska motsvara den bemanning som vanligen finns på en geriatrisk klinik dvs. minst 1.0 arbetsterapeut respektive 1.0 sjukgymnast per 15 boende.

Vi anser också att de kommuner som bedriver rehabilitering i hemmet för hemmaboende äldre bör ha ett nyckeltal på minst 1.0 arbetsterapeut respektive 1.0 sjukgymnast för 600 personer över 65 år. I vissa fall kan nyckeltalen vara högre beroende på geografiska avstånd, vilka patientgrupper som ingår, om verksamheten syftar till att återvinna eller bibehålla funktions- och aktivitetsförmåga med mera.

## **Satsa på specifik rehabilitering**

Om vi ska kunna nå folkhälsomålen och undvika ättestupan för äldre medborgare bör tillgången till evidensbaserad rehabilitering öka. Då krävs kraftfulla incitament som kvalitetsindikatorer för rehabilitering inom äldreomsorg och äldreomsorg, ökat antal arbetsterapeut- och sjukgymnastbefattningar, en annan prioritering av resurser än idag samt lagstiftning om Medicinsk Ansvarig för Rehabilitering (MAR) inom kommunal verksamhet.

## **Vad säger hälso- och sjukvårdslagen om skyldigheter att erbjuda rehabilitering?**

Enligt § 2 hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) är målet för hälso- och sjukvården en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har största behovet ska ges företräde till vården.

### **Landstingen**

- ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget samt verka för god hälsa hos hela befolkningen (§3).
- har ansvar för att erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för funktionshindrade om detta inte faller inom ramen för kommunens ansvar (§3b).

Landstinget kan efter överenskommelse med respektive kommun och efter medgivande från regeringen överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård för de som vistas i kommunen (§18).

### **Kommunerna**

- ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt de personer som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre med behov av särskilt stöd (§18).
- ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas i dagverksamhet som omfattas av §6 i SoL.
- ska erbjuda rehabilitering, habilitering och hjälpmedel för funktionshindrade i samband med kommunens hälso- och sjukvårdsansvar (§18a).

Där hälso- och sjukvård bedrivs ska det finnas personal, lokaler och utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (§2e).

I kommunerna ska det finnas en sjuksköterska som har det medicinska ansvaret (MAS) i verksamheten. Allt fler kommuner har också en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Befattningen innehas av en sjukgymnast eller arbetsterapeut som bevakar att patienterna får en säker och ändamålsenlig rehabilitering av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde (§24).

# Referenser

- Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, Roth EA, Shekelle PG. (2004) Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal*, 328: 680.
- Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, Skinner JS. (2009) American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41: 1510-30.
- Clark F, Azen SP, Zemke R et al. (1997) Occupational therapy for independent-living older adults - a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association* 278: 1321-1326.
- Diskrimineringslag (SFS 2008:567)  
[http://www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file\\_archive/090717/6608ff7228257c71781509fb587b5658/diskrimineringslag.pdf](http://www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file_archive/090717/6608ff7228257c71781509fb587b5658/diskrimineringslag.pdf)
- Fisher AG, Atler K, Potts A. (2007) Effectiveness of occupational therapy with frail communityliving older adults. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 14: 240-249.
- Folkhälsoinstitutet, <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Fysisk-aktivitet/>
- Forster A, Lambley R, Hardy J, Young J, Smith J, Green J, Burns E. (2009) Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database Systematic Review*, 21; (1): CD004294.
- Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO 2010
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, (FSA). (2005). Etisk kod för arbetsterapeuter. Stockholm: Globalt företagstryck.
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Systematic Review*, 2:CD007146.
- Gustafsson U, Gunnarsson B, Boman Sjöstrand Å, Grahn B.(2010) Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner – upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelse för utvecklingen. FoU Kronoberg, FOU-RAPPORT Nr. 11.
- Hagberg LA, Lindholm L. Cost-effectiveness of healthcare-based interventions aimed at improving physical activity. *Scand J Public Health*. 2006;34(6):641-53.
- Hagberg LA. Äldres rätt till fysisk aktivitet. *Nordisk Geriatrik* 2009; 6: 26-29.
- Hall P. Interprofessional teamwork. (2005) Professional culture as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, 188-196.
- Littbrand H, Lundin-Olsson L, Gustafson Y, Rosendahl E. (2009) The effect of a high-intensity functional exercise program on activities of daily living: a randomized controlled trial in residential care facilities. *Journal of American Geriatric Society*, 57: 1741-9.
- Littbrand H, Stenvall M, Rosendahl E. (2011) Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90: 495-518.

- Liu H, Frank A. (2010) Tai chi as a balance improvement exercise for older adults: a systematic review. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 33: 103-9.
- Malkan Nelson, A & Öhrström E. (2006) Utvärdering av ”Gråboprojektet” – ett utvecklingsarbete kring rehabiliterande synsätt inom särskilt boende. Social- och omsorgsförvaltningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Habiliterings- och Rehabiliteringen, Gotlands Kommun.
- Mann WC, Ottenbacher KJ, Fraas L, Tomita M, Granger CV. (1999) Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly. *Archives of Family Medicine*, 8: 210-217.
- Socialstyrelsen, Nationell värdegrund i äldreomsorgen,  
<http://www.socialstyrelsen.se/aldre/nationellvardegrund>
- Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. (2008) Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *Journal of American Geriatric Society*, 56: 2234-43.
- Sjukgymnastik som vetenskap och profession 2009.
- Socialstyrelsen 2001. Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö.
- Socialstyrelsen 2007. Rehabilitering för hemmaboende äldre personer.
- Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom>
- Stultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, Van den Ende CMH. (2004) Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and Ageing*, 33: 453-460.
- Stultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Leemrijse CJ, Van den Ende CMH. (2005) Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. *Clinical rehabilitation*, 19:247-254.
- Sveriges Kommuner och Landsting, [http://www.skl.se/press/nyheter\\_2/mest-sjuka-aldre-kartlagda](http://www.skl.se/press/nyheter_2/mest-sjuka-aldre-kartlagda)
- Thorslund M. (1998) Förebyggande vård, honnörsord på modet igen. *Äldre i centrum*, 2, 13 – 14.
- Wheelan S. *Creating effective teams. A guide for members and leaders.* 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks, California. 2005
- Woolcott JC, Ashe MC, Miller WC, Shi P, Marra CA. (2010) Does physical activity reduce seniors’ need for healthcare?: a study of 24 218 Canadians. *British Journal of Sports Medicine*, 44: 902-4.
- World Confederation of Physical Therapists, Position Statement [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org)
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT). (2004). WFOT information. What is occupational therapy? <http://www.wfot.org/information.asp>
- Wånell SE, Trygg B. (2010) Lämplig Bemanning – i boende särskilt avsett för personer med demenssjukdom. Äldrecentrum
- Zingmark M. (2009) Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig – en jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser. FOU Jämt, Rapport 1.  
<http://www.fou.jamtland.net/WebControls/Upload/Dialogs/Download.aspx?ID=15521>

Manifestet är framtaget av Sektionen för Äldres hälsa inom Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR), samt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och deras Äldreutskott.



[www.sjukgymnastforbundet.se](http://www.sjukgymnastforbundet.se)



förbundet  
sveriges arbetsterapeuter

[www.fsa.akademikerhuset.se](http://www.fsa.akademikerhuset.se)